



Bundesministerium
für Gesundheit

Achter Pflegebericht

Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung
und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Berichtszeitraum: 2020–2023



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
I. Einleitende Zusammenfassung	6
II. Herausforderungen und Weiterentwicklungen im Bereich der Pflegeversicherung	13
II.1 Herausforderungen und Krisen	14
II.1.1 COVID-19-Pandemie	14
II.1.1.1 Infektionsgeschehen und Infektionsfolgen	15
II.1.1.2 Infektionsschutz, Test- und Impfmöglichkeiten	18
II.1.1.3 Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung	21
II.1.1.4 Corona-Sonderregelungen: Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag	24
II.1.1.5 Corona-Sonderregelungen: Unterstützung der häuslichen Pflege	26
II.1.1.6 Corona-Studien und Lessons Learned	29
II.1.2 Weitere Herausforderungen und Krisensituationen	31
II.1.2.1 Gestiegene Energiepreise	31
II.1.2.2 Vermittlung von pflegebedürftigen Geflüchteten aus der Ukraine	33
II.1.2.3 Umgang mit dem Klimawandel	34
II.1.2.4 Krisenresilienz	37
II.1.3 Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Erziehungsaufwand	38
II.1.4 Finanzielle Lage und Stabilisierung	40
II.1.4.1 Finanzielle Herausforderungen	40
II.1.4.2 Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation	42
II.2 Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung	44
II.2.1 Verbesserung der Leistungen und Ausbau der Versorgung	46
II.2.1.1 Finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen	46
II.2.1.2 Verbesserte Leistungen und Entlastung pflegender Angehöriger	50
II.2.1.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	52
II.2.1.4 Neustrukturierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	54
II.2.1.5 Ausbau der Versorgungsstrukturen	55
II.2.1.6 Nationale Demenzstrategie	59
II.2.2 Mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte	60

II.2.2.1	Aus- und Weiterbildung	60
II.2.2.2	Bessere Bezahlung	61
II.2.2.3	Mehr Stellen	63
II.2.2.4	Bessere Arbeitsbedingungen – Konzertierte Aktion Pflege	65
II.2.2.5	Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten	67
II.2.3	Digitalisierung in der Pflege	71
II.2.3.1	Digitale Technologien für die pflegerische Versorgung	72
II.2.3.2	Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), elektronische Abrechnung und Beschäftigtenverzeichnis	74
II.2.4	Forschungs- und Modellmaßnahmen	77
II.2.4.1	Projekte zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger und Pflegenetzwerk beim BMG	77
II.2.4.2	Projekte des Innovationsfonds	81
II.2.4.3	Projekte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)	82
II.2.4.4	Projekte anderer Bundesministerien	83
II.2.5	Pflegepolitische Initiativen auf internationaler Ebene	85
II.3	Ausblick	89
III.	Zahlen, Daten, Fakten: Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung	93
III.1	Leistungen der Pflegeversicherung im Kurzüberblick	94
III.2	Leistungsbezug	97
III.2.1	Leistungsbeziehende der sozialen und privaten Pflegeversicherung insgesamt	99
III.2.2	Leistungsbeziehende nach Pflegegraden	100
III.2.3	Leistungsbeziehende nach Leistungsarten	105
III.2.4	Leistungsbeziehende nach Alter und Geschlecht	106
III.3	Finanzielle Entwicklung	108
III.3.1	Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV	108
III.3.2	Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der PPV	111
III.3.3	Private geförderte Pflegevorsorge	112
III.4	Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und Medicproof	114
III.4.1	Begutachtung durch die Medizinischen Dienste (MD)	115
III.4.2	Begutachtung durch Medicproof	126

III.5	Hilfe zur Pflege	134
III.6	Pflegeinfrastruktur	137
III.6.1	Ambulante Pflegedienste	137
III.6.2	Stationäre Pflegeeinrichtungen	138
III.6.3	Teilstationäre Angebote	138
III.6.4	Kurzzeitpflege(-plätze)	138
III.6.5	Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sowie Fördermaßnahmen nach § 45c SGB XI und § 45d SGB XI	138
III.6.6	Pflegeberatung/Pflegestützpunkte	149
III.6.7	Gesamtversorgungsverträge	153
III.7	Investitionskosten und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Bundesländer	154
III.8	Qualitätssicherung	157
III.8.1	Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI	157
III.8.2	Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen	159
III.8.3	Qualitätsindikatoren nach § 114b SGB XI in der vollstationären Pflege	162
III.9	Vergütung der einzelnen Leistungen	164
III.9.1	Häusliche Pflegehilfe	164
III.9.2	Tages- und Nachtpflege	164
III.9.3	Kurzzeitpflege	165
III.9.4	Vollstationäre Pflege	168
III.10	Personal	170
III.10.1	Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	170
III.10.2	Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	170
III.10.3	Beschäftigungsverhältnisse (Voll- und Teilzeit) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	172
III.10.4	Ausbildungssituation und Pflegeausbildung	173
III.10.4.1	Berufliche Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz	173
III.10.4.2	Hochschulische Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz	175
III.10.4.3	Pflegehelfer- und -assistenzausbildungen	176

III.10.5	Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen	181
III.10.6	Förderung von Umschulungsmaßnahmen und Ausbildungsförderung im Pflegebereich	182
III.10.7	Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen	184
III.11	Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalten	186
IV.	Anhang	188
IV.1	Abkürzungsverzeichnis	189
IV.2	Literatur- und Quellenverzeichnis	192
IV.3	Abbildungsverzeichnis	199
IV.4	Tabellenverzeichnis	200
IV.5	Anhang A – Tabellen	206
IV.6	Anhang B – Forschungs- und Modellprojekte	258
Impressum		280

I. Einleitende Zusammenfassung

Zum 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als umlagefinanzierte Pflichtversicherung eingeführt. Sie wurde als Teilleistungssystem konzipiert, das je nach Versorgungsform und in Anspruch genommener Leistung unterschiedlich hohe finanzielle Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen voraussetzt. Die Einführung dieser fünften Säule der Sozialversicherung hatte zum Ziel, die finanziellen und sozialen Auswirkungen des Pflegerisikos abzumildern, die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen nachhaltig zu verbessern und wichtige Anreize zu schaffen, um die pflegerische Versorgung in Deutschland auszubauen. In den folgenden Jahren wurden das SGB XI und seine Leistungen kontinuierlich weiterentwickelt und die Versorgungsstrukturen verbessert und ausgebaut.

Nach § 10 Absatz 1 SGB XI berichtet die Bundesregierung alle vier Jahre über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Beim Siebten Pflegebericht kam es aufgrund der COVID-19-Pandemie zu Verzögerungen, weshalb der Bericht erst im Jahr 2021 vorzulegen war. Der Berichtszeitraum wurde jedoch nicht verändert, sodass der Achte Pflegebericht die gesamte COVID-19-Pandemie abdeckt. Er umfasst den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2023.

Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erscheint alle zwei Jahre. Die Pflegestatistik 2023 erscheint voraussichtlich Ende 2024 und deckt den Berichtszeitraum des Achten Pflegeberichts ab, kann aber nicht berücksichtigt werden, ohne das Erscheinen des Pflegeberichts erheblich zu verzögern. Diese zeitliche Diskrepanz ist durch die Ausweitung des Berichtszeitraums des Sechsten Pflegeberichts von vier auf fünf Jahre entstanden.

Als Datengrundlage für den vorliegenden Bericht dienen daher insbesondere die Pflegestatistik 2021¹, Datenabfragen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), beim Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), beim Medizinischen Dienst Bund (MD Bund), bei Medicproof GmbH, Careproof GmbH und compass private pflegeberatung GmbH sowie den Bundesländern und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

Der vorliegende Bericht umfasst drei Kapitel:

- I. Das erste Kapitel ist die einleitende Zusammenfassung, in der auch die zentralen Ergebnisse des Berichts dargestellt werden.
- II. Im zweiten Kapitel werden die größten Herausforderungen und Krisen sowie die wichtigsten im Berichtszeitraum angestoßenen und umgesetzten Gesetze, Projekte und Maßnahmen dargestellt. Zum Schluss wird ein Ausblick auf die anstehenden Vorhaben und gesetzlichen Änderungen gegeben.
- III. Im dritten Kapitel werden die wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zum Stand der pflegerischen Versorgung dargestellt.

Da der Siebte Pflegebericht anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Pflegeversicherung einen besonderen Fokus auf die Entwicklung der Pflegeversicherung und die Herausforderungen des demografischen Wandels gelegt hat, wird – auch um den Rahmen des vorliegenden Berichts nicht zu sprengen – anstelle eines eigenständigen Kapitels an dieser Stelle kurz und einleitend auf den demografischen Wandel und seine Folgen für die Pflege eingegangen. Damit werden die Rahmenbedingungen deutlich, die für eine Einordnung der aktuellen Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege wichtig sind.

¹ Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021.

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt, wenn auch etwas gedämpft durch die COVID-19-Pandemie. Aktuell liegt die Lebenserwartung bei 78,2 Jahren für Männer bzw. bei 83,0 Jahren für Frauen (Ergebnisse der aktuellen Sterbetafel 2021/2023). Entsprechend ist die Zahl der 65-Jährigen und Älteren seit 1991 von 12 Millionen auf 18,9 Millionen im Jahr 2023 deutlich gestiegen (Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung). In Kombination mit niedrigen Geburtenraten hat sich der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung entsprechend von 15 Prozent im Jahr 1991 auf 22 Prozent im Jahr 2023 erhöht.

Das Pflegerisiko steigt mit zunehmendem Alter. Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. 2021 lag die Pflegequote bei den 70- bis unter 75-Jährigen bei rund 9 Prozent. Sie steigt mit dem Alter an und beläuft sich bei den über 90-Jährigen auf fast 82 Prozent. Aufgrund der weiteren Alterung der Gesellschaft erwarten Prognosen und Vorausberechnungen auch für die nächsten Jahre eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und einen weiter steigenden Versorgungsbedarf und damit auch eine wachsende Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung sowie ihrer Ausgaben.

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen ist von 2,34 Millionen im Jahr 2009 auf 4,96 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI im Jahr 2021 gestiegen. Mit rund 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen Ende 2023 zeigt sich insbesondere seit Mitte des letzten Jahrzehnts ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der weit über das allein aus der demografischen Entwicklung erwartbare Maß hinausgeht. Hinzu kommt, dass in den nächsten Dekaden die Generation der „Babyboomer“ in die Altersgruppe mit wachsendem Pflegebedarf hineinwächst und gleichzeitig von einem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials auszugehen ist. Der demografische Wandel führt damit einerseits zu einem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen und setzt andererseits die Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung unter Druck. Ausführliche Informationen zur finanziellen Lage der Pflegeversicherung und über die Maßnahmen zu deren Stabilisierung finden sich im Kapitel II.1.4.

Die aktuell schwierige Finanzsituation der Pflegeversicherung ist nicht nur auf die steigenden Empfängerzahlen, sondern auch auf die deutlichen Leistungsausweitungen der letzten Jahre sowie auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen, die zu einer starken finanziellen Belastung geführt haben. Zur Bewältigung der Pandemie wurden von der Bundesregierung umfangreiche Maßnahmen ergriffen, um vulnerable Personengruppen zu schützen und die beruflich Pflegenden sowie die pflegenden An- und Zugehörigen in dieser schwierigen Situation zu entlasten. Die ergriffenen Maßnahmen, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und die daraus gezogenen Lehren werden unter II.1.1 beschrieben.

Deutlich bevor die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den internationalen Gesundheitsnotstand und damit die COVID-19-Pandemie im Mai 2023 endgültig für beendet erklärt hatte, war bereits die nächste Krise in vollem Gange: Der völkerrechtswidrige Angriff Russlands auf die Ukraine hat viele Menschen tief erschüttert und auch das Thema Krisenresilienz unserer Versorgungsstrukturen, gerade auch in der Pflege, durch steigende Energiepreise erneut in den Mittelpunkt gestellt; siehe hierzu II.1.2.1 und II.1.2.2.

Zum Thema Krisenresilienz gehört auch der Umgang mit dem Klimawandel, weshalb Maßnahmen für den Klimaschutz vorangetrieben werden müssen. Bereits abzusehen ist, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer Zunahme der klimawandelbedingten Extremwetterereignisse wie insbesondere Hitze, Hochwasser und Starkniederschlag zu rechnen ist. Auch die Infrastruktur im Gesundheitswesen und in der Pflege muss darauf vorbereitet werden; Informationen dazu unter II.1.2.3 und II.1.2.4.

Der demografische Wandel hat zum einen Auswirkungen auf den Bedarf an Pflegeleistungen und zum anderen auf die verfügbare Anzahl an beruflich Pflegenden. Auch die beruflich Pflegenden altern und der Fachkräftemangel verschärft sich dadurch weiter. Durch die zusätzlichen Belastungen und die vermehrten

Personalausfälle hat die COVID-19-Pandemie den Personalmangel im Bereich der Pflege noch einmal besonders sichtbar gemacht. Auch im aktuellen Berichtszeitraum stellten deshalb Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften, zur Verbesserung der Personalausstattung, der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung einen wichtigen politischen Schwerpunkt dar, der unter II.2.2 genauer erläutert wird.

Auf die wichtigste Säule der Langzeitpflege kann trotz Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nicht verzichtet werden: die pflegenden An- und Zugehörigen. Und auch die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien steht weiterhin im Vordergrund. Deshalb wurden im Berichtszeitraum Maßnahmen ergriffen, um die Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu verbessern und zu vereinfachen, die pflegebedürftigen Menschen finanziell zu entlasten und weitere Anreize zum Ausbau der Versorgungsstrukturen zu schaffen. Mehr Informationen hierzu sind unter II.2.1 zu finden.

Einen weiteren Schwerpunkt des Berichts, dessen Bedeutung durch die COVID-19-Pandemie noch einmal deutlicher wurde, bildet die Digitalisierung in der Pflege. Sie wurde sowohl durch die Einführung digitaler Technologien in die pflegerische Versorgung als auch durch den Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) und die geplante Einbindung der Pflege in die digitale Datenautobahn des Gesundheitswesens vorangetrieben. Im Frühjahr 2023 wurde die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege veröffentlicht; weitere Informationen unter II.2.3.

Innovative Pflegekonzepte und Modellmaßnahmen können die pflegerische Versorgung qualitativ verbessern und effizienter ausgestalten. Unter II.2.4 ist daher ein Überblick über die Forschungs- und Modellmaßnahmen im Bereich der Langzeitpflege zu finden, deren Projektbeginn in den Berichtszeitraum fiel. In die Praxis transferiert werden die aus diesen Projekten resultierenden wissenschaftlichen Erkenntnisse seit März 2020 über das Pflegenetzwerk Deutschland (PND).

Das Kapitel III berichtet über Zahlen, Daten und Fakten zum Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung. Mit diesem Kapitel wird die kontinuierliche Vergleichbarkeit zwischen den im Laufe der Jahre veröffentlichten Pflegeberichten sichergestellt.

Die zentralen Ergebnisse des Berichts zusammengefasst:

- **COVID-19-Pandemie:** Die Aufrechterhaltung des Umfangs und der Qualität der pflegerischen Versorgung während der COVID-19-Pandemie gestaltete sich schwierig. Neben fehlenden materiellen Ressourcen wie dem anfänglichen Mangel an persönlicher Schutzausrüstung stellte die COVID-19-Pandemie die Pflegeeinrichtungen auch konzeptionell insbesondere aufgrund von Personalausfällen sowie beim Management von Krankheitsausbrüchen vor große Herausforderungen.
- **Pflegeschutzschirm für Pflegeeinrichtungen u. a.:** Zugelassene Pflegeeinrichtungen konnten sich mithilfe einer Kostenerstattungsregelung pandemiebedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung schnell erstatten lassen. Bis Ende 2023 beliefen sich die Bruttoausgaben der sozialen Pflegeversicherung hierfür insgesamt auf rund 13,2 Milliarden Euro.² Zudem wurde die ersatzweise Übernahme der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen durch stationäre medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht. Auch für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI gab es zur Kompensation der Pandemiefolgen Kostenerstattungsregelungen.

² Geschäftsstatistik der Pflegekassen.

- Im Bereich der **häuslichen Pflege** wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um pandemiebedingten Versorgungsengpässen entgegenzuwirken und die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen zu entlasten. Zu nennen sind hier die Möglichkeit der Kostenerstattung in Höhe des ambulanten Sachleistungsbetrags, der flexible Einsatz und die zeitliche Erweiterung der Ansparmöglichkeit des Entlassungsbetrags, der erhöhte Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die Ausweitung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und des Pflegeunterstützungsgeldes und die Flexibilisierung des Beratungseinsatzes nach § 37 Absatz 3 SGB XI.
- Die **COVID-19-Pandemie** hat die Stärken, aber v. a. auch die strukturellen Defizite in der Langzeitpflege deutlich gemacht. Hierauf aufbauend müssen Ansatzpunkte für die Förderung der Resilienz des pflegerischen Versorgungssystems definiert werden, mit denen eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung pflegebedürftiger Menschen nachhaltig sichergestellt werden kann.
- Es gilt, eine Verbindung zwischen den Lehren aus der Pandemie und einer verbesserten **Krisenresilienz** herzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat hierzu eine strukturierte Aufarbeitung angestoßen, der Lessons-Learned-Prozess wird kontinuierlich weitergeführt.
- **Umgang mit weiteren Krisen:** Vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 wurden den Pflegeeinrichtungen Bundesmittel im Umfang von bis zu zwei Milliarden Euro (davon bis zu 1,5 Milliarden Euro bis Ende 2023) als Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Preise für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Wärme und leitungsgebundenen Strom zur Verfügung gestellt. Hiermit wurde sichergestellt, dass die Versorgungssicherheit nicht durch steigende Energiepreise beeinträchtigt wurde und die Pflegebedürftigen nicht mit den energiepreisbedingten Mehrkosten belastet wurden.
- Viele Leistungserbringer widmen sich engagiert dem Thema **Nachhaltigkeit**, ergreifen selbst Maßnahmen im Umgang mit dem Klimawandel und übernehmen selbst Verantwortung. Dies wird im „Klimapakt Gesundheit“ deutlich. Das BMG begleitet diesen partizipativen Prozess aktiv.
- **Hitzeschutz:** Neben Extremwetterereignissen wie Hochwasser und Starkniederschlägen stellt insbesondere die Hitze eine Gefahr für die Versorgung Pflegebedürftiger dar. Das BMG hat das Thema mit dem „Hitzeschutzplan für Gesundheit“ aktiv aufgegriffen und gemeinsam mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren unterschiedliche unterstützende Schritte, wie Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Risikogruppen in der Pflege, eingeleitet. Darüber hinaus hat das BMG den Qualitätsausschuss Pflege gebeten, „Bundeseinheitliche Empfehlungen zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in der Pflege“ zu entwickeln. Diese wurden im Mai 2024 vom Qualitätsausschuss Pflege veröffentlicht.
- Zur **Vorbereitung auf Katastrophensituationen** ist es wichtig, dass Pflegeeinrichtungen Vorkehrungen wie die Bevorratung von Sachmitteln (z. B. Atemschutzmasken für Infektionslagen) und die Etablierung und Einübung von Verfahren (Krisenpläne, Evakuierungspläne) treffen. Der Qualitätsausschuss Pflege wurde dazu verpflichtet, die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Pflegequalität in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege um flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen zu ergänzen.
- Die insbesondere durch eine über dem demografisch erwartbaren Niveau stärkere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen – aber auch durch die COVID-19 Pandemie – schwierig gewordene **Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung** konnte kurzfristig durch die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,35 Prozentpunkte, den Bundeszuschuss in den Jahren 2022 und 2023 in Höhe von jeweils einer Milliarde Euro, ein vom Bund gewährtes Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro (Ende 2023 hälftig zurückgezahlt) und die zeitliche Verschiebung der Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds stabilisiert werden. Während der Corona-Pandemie wurden aus dem Bundeshaushalt zudem erhebliche finanzielle Mittel bereitgestellt, um die Wirtschaft zu stützen bzw. Arbeitsplätze zu erhalten und somit die Einnahmebasis der

Pflegeversicherung zu stärken. Zusätzlich wurde die soziale Pflegeversicherung unmittelbar gestützt. So wurden in den Jahren 2020 bis 2022 für „Leistungen des Bundes an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen“ 5,5 Milliarden Euro insgesamt ausgezahlt (inkl. Prämien für Beschäftigte in der Langzeitpflege mit 0,5 Milliarden Euro). Weitere 0,5 Milliarden Euro an Prämien gingen an Pflegekräfte in Krankenhäusern. Rund 2,4 Milliarden Euro sind durch die gesetzliche Krankenversicherung sowie die private Pflege-Pflichtversicherung geleistet worden.

- **Finanzielle Entlastung und Verbesserung der Leistungen:** Seit dem 1. Januar 2022 übernimmt die Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI mit einem Leistungszuschlag einen prozentualen Anteil des – nach Berücksichtigung des pflegegradabhängigen Leistungsbetrags noch verbleibenden – pflegebedingten Eigenanteils in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Je nach Verweildauer der pflegebedürftigen Person in der vollstationären Versorgung gibt es gestaffelte Zuschüsse, wodurch die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen spürbar gemindert und die Leistungsbeziehenden finanziell entlastet werden. Auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung und der Kurzzeitpflege konnten mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Leistungsverbesserungen umgesetzt werden.
- Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)³ wurden die Zuschläge gemäß § 43c SGB XI zum 1. Januar 2024 nochmals erhöht, außerdem wurden die Beträge für die ambulante Geld- und Sachleistung angehoben, um die häusliche Pflege zu stärken.
- Um die häusliche Pflege weiter zu verbessern, wurde mit dem PUEG ferner die Einführung eines **Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** auf den Weg gebracht, die in zwei Stufen erfolgt. Bereits seit dem 1. Januar 2024 gilt diese wesentliche Verbesserung für junge Schwerstpflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ab dem 1. Juli 2025 wird dann für alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 der Gemeinsame Jahresbetrag eingeführt, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann und eine Reihe von Vereinfachungen und Verbesserungen mit sich bringt.
- Mit dem PUEG wurde außerdem ein neuer Leistungsanspruch eingeführt, der es pflegenden An- und Zugehörigen erleichtern soll, eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen, wenn die pflegebedürftige Person in dieser Zeit eine vollstationäre Versorgung benötigt. Der **neue, eigenständige Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger während der Zeit, in der ihre Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt**, besteht seit dem 1. Juli 2024 bereits ab Pflegegrad 1.
- **Stärkung der kommunalen Pflege:** Die Förderung regionaler Netzwerke (nach § 45c Absatz 9 SGB XI) wurde weiter ausgebaut, sodass seit 2022 mehr Fördermittel für längere Förderzeiträume bereitstehen und mehr Netzwerke pro Kreis bzw. kreisfreier Stadt gefördert werden können. Zudem haben die Kommunen ein dauerhaftes Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erhalten. Mit § 123 SGB XI wurde ein neues Förderbudget eingeführt, über das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit Bundesländern und/oder Kommunen im Zeitraum von 2025 bis 2028 regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier fördert.
- **Personalgewinnung:** Im Berichtszeitraum wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die Attraktivität des Pflegeberufs umfassend zu stärken. Die Initiativen reichen von der Aus- und Weiterbildung über eine

³ Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023, BGBl. 2023 I Nr. 155.

bessere Bezahlung und die Verbesserung der Personalausstattung bis hin zu weiteren attraktiveren Arbeitsbedingungen im Pflegebereich.

- **Die faire und ethische Anwerbung von Pflegefachkräften nach Deutschland** wird gefördert durch das vom BMG eingeführte Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ und die mit dem PUEG geschaffene Möglichkeit, den Aufwand für die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland in den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zu berücksichtigen. Die Rahmenbedingungen für die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland wurden weiter verbessert, unter anderem durch den Arbeitsmarktzugang auch für Pflegehilfskräfte, die Ermöglichung von Anerkennungspartnerschaften und Regelungen zur Beschleunigung der Anerkennung der Pflegeausbildung durch die Länderbehörden.
- Eine **Stärkung und Modernisierung des Berufsbildes der Pflege** erfolgt durch eine Verbesserung der Attraktivität der hochschulischen Pflegeausbildung mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)⁴, unter anderem durch die Zahlung einer Ausbildungsvergütung für Studierende.
- Mit der **Verpflichtung zur Entlohnung mindestens in Höhe eines Tarifvertrags** durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)⁵ werden seit dem 1. September 2022 die Tarifabschlüsse in der Pflege zum Maßstab für die Entlohnung aller Pflegeeinrichtungen – auch der nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen. Bereits zum Jahresende 2022 stiegen die Löhne gegenüber 2021 in der Pflege deutlich: in der stationären Pflege bei vollzeitbeschäftigten Fachkräften um rund 8 Prozent, bei vollzeitbeschäftigten Hilfskräften sogar um rund 11 Prozent.
- Eine ausreichende **Personalausstattung** ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege und zur Bindung des Personals. Mit dieser Zielsetzung wurde für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Juli 2023 ein bundesweit einheitliches Personalbemessungsverfahren gesetzlich eingeführt sowie Anreize für Weiterqualifizierungen und zur Reduzierung von Leiharbeit geschaffen.
- **Digitalisierung in der Pflege:** Es wurden unterschiedliche Maßnahmen umgesetzt mit dem Ziel, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung digitale Techniken u. a. mit digitalen Pflegehilfsmitteln aus Mitteln der Pflegeversicherung zugänglich zu machen. Ferner wurde die Möglichkeit eröffnet, Beratungen auch per Videokonferenz durchzuführen.
- Der Pflegebereich hat als erste Gruppe der nicht approbierten Gesundheitsberufe die Möglichkeit erhalten, die **Telematikinfrastruktur** umfassend zu nutzen. Dabei wurde der Pflegebereich bei der Finanzierung weitgehend der Ärzteschaft gleichgestellt.
- **Ergebnisse von Forschungs- und Modellprojekten:** Seit März 2020 transferiert das vom BMG als bundesweite Plattform geschaffene PND wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis. Mit seinem umfangreichen Informationsangebot bietet das PND in Zeiten einer häufig diffusen Informationslage fachlich abgesicherte Materialien zu zahlreichen relevanten Pflege Themen.

⁴ Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) vom 12. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 359.

⁵ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, BGBl. 2021 I S. 2754; 2022 I S. 1025.

II. Herausforderungen und Weiterentwicklungen im Bereich der Pflegeversicherung

II.1 Herausforderungen und Krisen

Der Berichtszeitraum war durch unterschiedliche Herausforderungen und Krisen geprägt. Der durch die COVID-19-Pandemie hervorgerufene internationale Gesundheitsnotstand konnte im Berichtszeitraum wieder beendet und die Zeit anschließend genutzt werden, um die Pflege auf ähnliche Situationen und Katastrophen besser vorzubereiten und die Resilienz zu stärken.

II.1.1 COVID-19-Pandemie

Im Dezember 2019 wurde in der chinesischen Provinz Wuhan erstmalig das neuartige „Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2“ (SARS-CoV-2) diagnostiziert. Es kann die Krankheit „Coronavirus Disease 2019“ (COVID-19) auslösen, bei der es sich um eine akute Atemwegserkrankung handelt, die mit Erkältungssymptomen einhergeht. Die Erkrankung kann zu schweren Verläufen, z. B. einer Pneumonie, die eventuell auch eine künstliche Beatmung erfordert, und sogar zum Tod führen.

Innerhalb weniger Wochen breitete sich das SARS-CoV-2-Virus weltweit aus. In Deutschland wurde am 27. Januar 2020 der erste COVID-19-Fall in einem Labor bestätigt.⁶ Am 30. Januar 2020 rief die WHO den internationalen Gesundheitsnotstand aus, am 11. März 2020 hat sie die Ausbreitung von COVID-19 zur Pandemie erklärt.

Es wurde rasch deutlich, dass besonders schwere Verläufe der Erkrankung bzw. Todesfälle insbesondere bei Menschen in hohem Alter, mit Vorerkrankungen und geschwächtem Immunsystem auftreten. Diese Menschen bedurften daher eines besonderen Schutzes; in Gemeinschaftseinrichtungen wie stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch, wenn sie in der Häuslichkeit auf Unterstützung von Dritten angewiesen sind.

In Deutschland wurden ab März 2020 erste Maßnahmen zum Management von SARS-CoV-2-Infektionen und zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in die Wege geleitet. Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und -chefs der Länder beschlossen gemeinsam am 12. und 22. März 2020 erste Corona-Maßnahmen.⁷ Zudem wurden Ende März das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27. März 2020⁸, mit dem unter anderem auch im SGB XI wichtige Regelungen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eingeführt wurden, und das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 verkündet.

Die COVID-19-Pandemie und auf sie bezogene Maßnahmen prägten einen großen Teil des Berichtszeitraums. Die letzten Corona-Schutzmaßnahmen in Deutschland liefen am 7. April 2023 aus.⁹ Seit dem 5. Mai 2023 gilt der von der WHO ausgerufenen internationalen Gesundheitsnotstand als beendet.¹⁰

⁶ www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus [abgerufen am 06.08.2024].

⁷ Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (2020): Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020 und Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22. März 2020.

⁸ Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27. März 2020, BGBl. 2020 I S. 580.

⁹ www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/ende-corona-massnahmen-2068856#:~:text=Am%207.,Besuch%20eines%20Krankenhauses%20oder%20Pflegeheimes [abgerufen am 07.08.2024].

¹⁰ WHO (2023): Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic.

Während der COVID-19-Pandemie haben sich weltweit etwa 700 Millionen Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert, etwa 7 Millionen Menschen verstarben im Zusammenhang mit einer Infektion.¹¹ In Deutschland waren es im Berichtszeitraum (Anfang 2020 bis Ende 2023) laut RKI etwa 38,8 Millionen Infizierte¹² und nach Statistischem Bundesamt knapp 187.000 Todesfälle¹³.

II.1.1.1 Infektionsgeschehen und Infektionsfolgen

Das Infektionsgeschehen im Überblick

Das Auftreten des Krankheitserregers SARS-CoV-2 sowie auch das Auftreten der Erkrankung COVID-19 sind seit dem 1. Februar 2020 nach §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG)¹⁴ meldepflichtig. Ziel des IfSG ist die Vorbeugung gegen übertragbare Krankheiten beim Menschen, die frühzeitige Erkennung von Infektionen und die Verhinderung ihrer Verbreitung. Im IfSG ist daher auch geregelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind.

Während der Zeit der COVID-19-Pandemie konnten aufgrund dieser Meldepflicht mehrere COVID-19-Erkrankungswellen mit unterschiedlichen Virusvarianten identifiziert werden (vgl. auch Abbildung 1). Die erste Welle begann im März 2020 und erreichte im April 2020 ihren Höhepunkt. Während der zweiten Welle von Ende September 2020 bis zum Jahresende 2020 kam es ebenfalls zu einem sprunghaften Anstieg der Fallzahlen. Eine dritte Welle mit der Alpha-Variante schloss sich fast nahtlos an. Die vierte Pandemiewelle (mit vorherrschender Delta-Variante) erreichte im Herbst 2021 ihren Höhepunkt. Diese Welle ging fast nahtlos in die fünfte Welle über, die vorherrschend von der Omikron-Variante geprägt war (seit Ende 2021).¹⁵ Derzeit wird das Infektionsgeschehen auf niedrigem Niveau insbesondere durch das Auftreten diverser Omikron-Subvarianten geprägt.

¹¹ Datenstand 3. Oktober 2023, JHU www.coronavirus.jhu.edu/map.html [abgerufen am 07.08.2024].

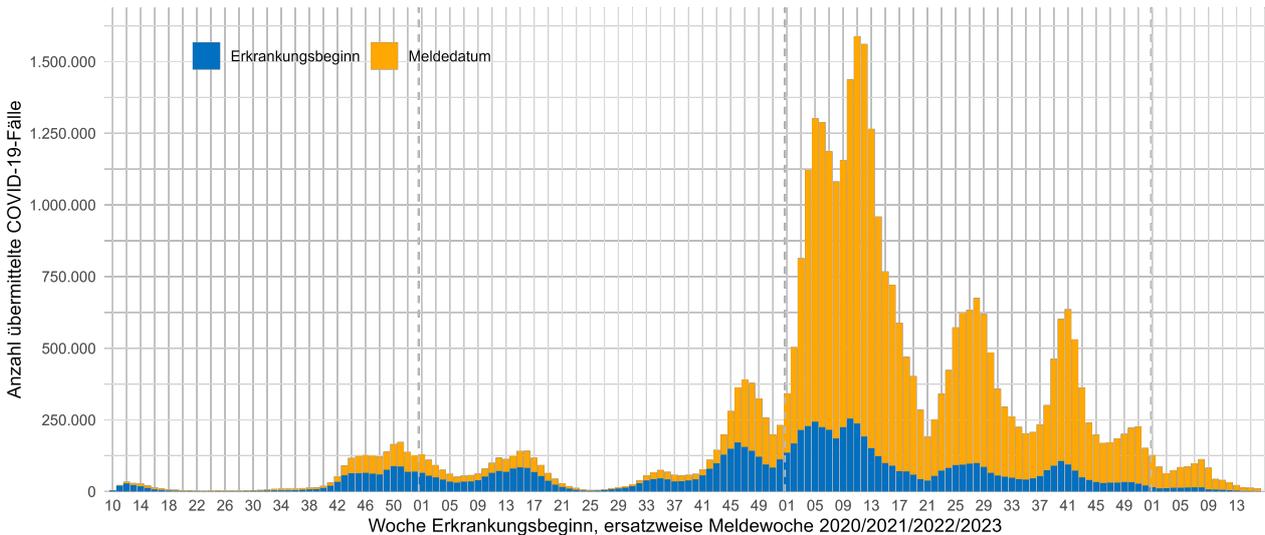
¹² RKI, SurvStat-Abfrage 07.10.2024.

¹³ Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024 | Stand: 07.10.2024.

¹⁴ Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000, BGBl. 2000 I S. 1045; § 7 IfSG in der Fassung vom 21.07.2023.

¹⁵ Tolksdorf, K., Loenenbach, A., Buda, S.: Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“.

Abbildung 1: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche.



Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche (MW) seit MW 10/2020 (Datenstand 26. April 2023, 00:00 Uhr).

Quelle: RKI (2023): Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht vom 27.04.2023

Das Infektionsgeschehen in der Pflege

Leitungspersonen von Pflegeeinrichtungen sind nach § 8 Absatz 1 Nr. 7 IfSG zur Meldung übertragbarer Krankheiten wie COVID-19 verpflichtet. Dies schließt die namentliche Meldung von Personal bzw. Bewohnenden sowie Daten zur Einrichtung ein (§ 9 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe f bzw. Buchstabe h IfSG).

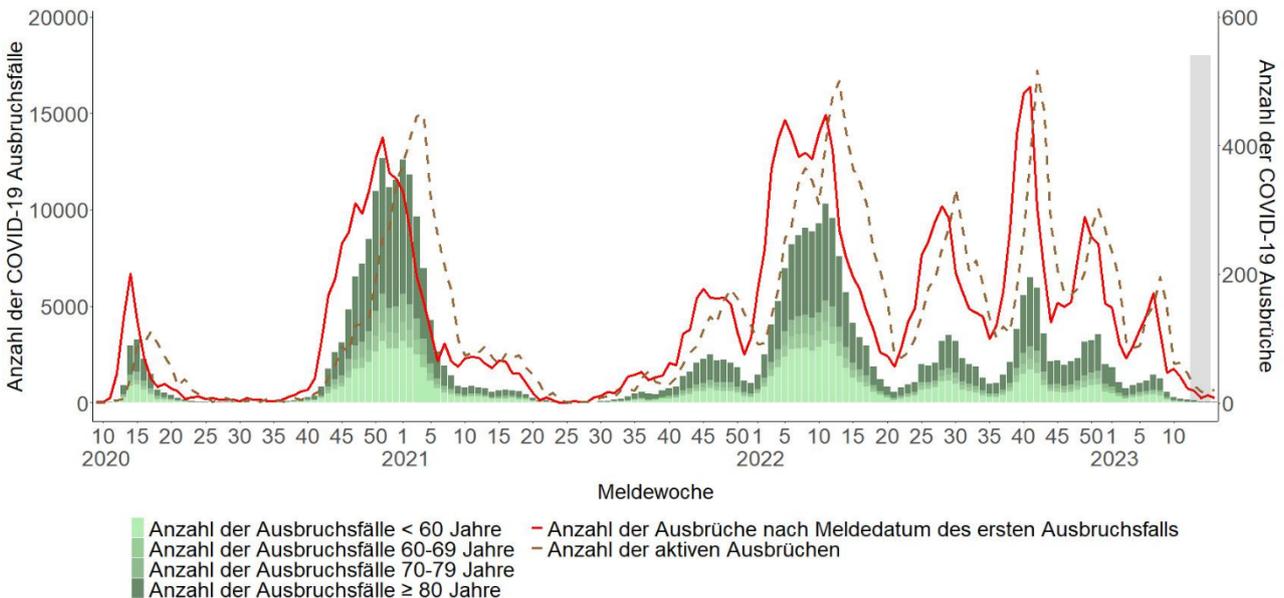
Während der COVID-19-Pandemie wurden zeitweise täglich Daten zu Infektionen und Todesfällen veröffentlicht. Auf Basis der Angaben nach den §§ 8 und 9 IfSG gab es diese auch unterteilt nach besonderen Einrichtungen wie Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten und differenziert nach Bewohnenden und Personal. Neben wöchentlichen Lage- und Situationsberichten hat das Robert Koch-Institut (RKI) auf der Grundlage dieser gemeldeten Corona-Fallzahlen in Pflegeeinrichtungen diverse Publikationen veröffentlicht.¹⁶

Aus den gemeldeten Daten kann abgelesen werden, dass es am Anfang der Pandemie zu vielen COVID-19-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen kam. Das RKI bezeichnet hierbei als Ausbruch die Situation, wenn bei zwei oder mehr Personen mit gleichartigen Erkrankungen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.¹⁷ Vor allem in Pflegeeinrichtungen mit ihrer besonders vulnerablen Klientel gab es viele Ausbrüche und hohe Infektionszahlen und bis zur Verfügbarkeit von Impfstoffen Ende 2020 auch viele Todesfälle, die die besondere Gefährdung von Pflegebedürftigen deutlich machten (vgl. Abbildung 2).

¹⁶ Siehe z. B. Said, D.; Suwono, B.; u. a.: SARS-CoV-2 Outbreaks in Care Homes for the Elderly and Disabled in Germany oder Suwono, B.; Steffen, A.; u. a.: SARS-CoV-2 outbreaks in hospitals and long-term care facilities in Germany: a national observational study.

¹⁷ Vgl. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/Ausbrueche_node.html [abgerufen am 06.06.2024].

Abbildung 2: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen mit mindestens zwei Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020



(Datenstand 25. April 2023, 00:00 Uhr) Insbesondere für die letzten drei Meldewochen sind Nachübermittlungen für Ausbrüche zu erwarten (graue Balken). Die Ausbruchsfälle mit der Angabe <60 Jahre umfassen auch Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitende der Einrichtungen.

Quelle: RKI (2023): Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht vom 27.04.2023

Ein Großteil der Infektionsfälle im Jahr 2020 ist auf die zweite Pandemiewelle zurückzuführen, die bis zum Jahresanfang 2021 reichte. Umfangreiche und gezielte Impfungen mit dem Schwerpunkt Pflegebedürftige und Pflegepersonal starteten zur Hochzeit dieser zweiten Pandemiewelle Ende 2020 (siehe II.1.1.2), sodass viele zuvor Infizierte noch nicht oder noch nicht ausreichend vor einem schweren Verlauf geschützt waren. Danach traten zwar weiterhin Infektionen auf, aber diese waren nicht mehr mit hohen Todesfallzahlen verbunden.

Langfristige Infektionsfolgen: Post-COVID, Long-COVID und Post-Vac

Ein Teil der Menschen, die sich mit dem Erreger SARS-CoV-2 infizieren, hat auch lange nach der Infektion noch Beschwerden. Nach einer Infektion werden diese auch als „Long-COVID“ bezeichnet. Für nach einer Impfung auftretende Langzeitfolgen, die mit denen nach einer Infektion vergleichbar sind, wird häufig der Begriff „Post-Vac“ verwendet. Beschwerden, die mindestens zwölf Wochen und länger nach einer akuten Infektion entweder noch vorhanden sind oder nach diesem Zeitraum neu auftreten und nicht anderweitig erklärt werden können, nennt man „Post-COVID-Syndrom“.¹⁸

Die bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des MD Bund zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI, Begutachtungs-Richtlinien) beinhalten, dass eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der betroffenen Person vorliegen muss, um eine Pflegebedürftigkeit festzustellen. Das Vorliegen einer bestimmten gesundheitlichen Einschränkung bzw. eines Krankheitsbildes allein ist hier nicht ausreichend. Diagnosen wie Long-COVID, Post-COVID oder ME/CFS, die mit dem Symptom der Postexertionellen Malaise (PEM) einhergehen können (dies kann z. B. auch bei Post-Vac auftreten), werden bei der Pflegebegutachtung mit Auswirkungen auf die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten eines

¹⁸ www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Long-COVID/Inhalt-gesamt.html [abgerufen am 13.06.2024].

Menschen berücksichtigt. Seit 2021 wird der Post-COVID-19-Zustand als pflegebegründende Diagnose verwendet.

Im Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. März 2024 sind z. B. in Schleswig-Holstein bei 198.806 durchgeführten Erstgutachten zur Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI insgesamt 214 Diagnosen „Post-COVID und ME/CFS“ (ICD-10-Code U09 bzw. U09.9) notiert worden (davon jedoch 56 ohne Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI).¹⁹

II.1.1.2 Infektionsschutz, Test- und Impfmöglichkeiten

Infektionsschutz und der Einsatz antiviraler Arzneimittel in der Pflege

Bereits relativ schnell nach dem Pandemiebeginn zeigte sich, dass persönliche Schutzausrüstung Infektionsketten unterbrechen kann. Nach heutigem Wissen zählt hierzu insbesondere der Einsatz von FFP2-Atemschutzmasken und von Händedesinfektionsmitteln.

Allerdings war bereits die erste Pandemiewelle von einem Mangel an Schutzausrüstung geprägt, insbesondere an Atemschutzmasken. Da ein Großteil der Produktion von Schutzmasken und ähnlicher Produkte zum Schutz vor Infektionen in China erfolgt und China als erstbetroffenes Land zu Pandemiebeginn einen Exportstopp für Atemschutzmasken eingeführt hatte, kam es in vielen Ländern, auch in Deutschland, zu nationalen Engpässen in der Versorgung mit Atemschutzmasken, aber auch weiterer Schutzkleidung wie Handschuhen sowie Desinfektionsmitteln. Die Bundesregierung setzte sich daher schnell dafür ein, dass Schutzmaterialien national beschafft bzw. später auch hergestellt und über die Bundesländer an medizinische und pflegerische Einrichtungen verteilt wurden.²⁰ Im Verlauf der Pandemie wurde ausreichend Schutzausrüstung verfügbar, sodass die Pflicht zum Tragen von FFP2-Atemschutzmasken insbesondere in Pflegeeinrichtungen und an vielen Orten phasenweise auch für die Gesamtbevölkerung keine logistischen Probleme mehr verursachte.²¹

Das BMG unterstützte Pflegeeinrichtungen auch im weiteren Verlauf der Pandemie mehrfach durch Aktionen wie den Versand von PoC-Antigen-Tests, von FFP2-Atemschutzmasken sowie von OP-Masken.

Aufgrund der Engpässe in der Versorgung mit FFP2-Atemschutzmasken zu Pandemiebeginn wurden bei den sogenannten AHA+L-Regeln anfangs „Alltagsmasken“ propagiert: Abstand halten, Händehygiene einhalten, Alltagsmasken und Lüften. Zum Teil wurde noch ein weiteres A oder C eingefügt, für die Nutzung der Corona-Warn-App, die zeitweise verfügbar war, um anzuzeigen, ob man sich in der Nähe positiv getesteter Personen aufgehalten hatte.

Ab dem 2. Quartal 2020 erfolgten Pflegebegutachtungen mittels vorliegender Unterlagen und eines strukturierten Telefoninterviews – und nicht mehr in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person bzw. einer stationären Einrichtung. Damit wurde sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen trotz Pandemie einen zeitnahen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, aber vor zusätzlichen Kontakten geschützt waren.²²

¹⁹ Landesregierung Schleswig-Holstein (2024): Bericht zur Situation von Post-Covid und ME/CFS Erkrankten in Schleswig-Holstein.

²⁰ www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/beschaffung-schutzausruestung-1751334 [abgerufen am 13.06.2024].

²¹ Vgl. z. B. § 28b IfSG i. d. F. vom 23. April 2021 sowie vom 24. September 2022.

²² MD Bund (2021): Die Arbeit des Medizinischen Dienstes Zahlen, Daten, Fakten 2020.

Auch auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen musste aus Gründen des Infektionsschutzes ab März 2020 verzichtet werden (siehe III.8.1).

Im Laufe der Pandemie zeichnete sich ab, dass Infektionen mit dem Erreger SARS-CoV-2 einen saisonalen Charakter haben. Vor allem während der Herbst-/Winterzeit in den Jahren 2020 und 2021 war ein Maximum gemeldeter Fälle erkennbar. Zur Vorbereitung auf die Herbst-/Winterwelle 2022/2023 wurde daher ein Konzept entwickelt und gesetzlich wie untergesetzlich verankert, um insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen durch Koordinierungspersonen für Hygiene, Impfen, Testen und die Vorhaltung antiviraler Arzneimittel besser vor Infektionen und ihren Folgen zu schützen (das sogenannte Herbstkonzept, vgl. § 35 IfSG i. d. F. vom 17. September 2022). BMG und Pflegefachverbände trugen das Konzept in einer gemeinsamen Erklärung mit.²³ Zudem verständigte sich die Selbstverwaltung im Qualitätsausschuss Pflege auf „Pflegefachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise des Qualitätsausschusses Pflege zur Sicherstellung der Einhaltung der in § 35 Absatz 1 Satz 7 IfSG genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen in voll- und teilstationären Einrichtungen“.²⁴

Mit der Verfügbarkeit antiviraler Arzneimittel seit Ende Januar 2022 wurde die Therapie insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen einfacher. Seit dem 25. Februar 2022 dürfen derartige Arzneimittel ärztlich verordnet werden. Das BMG schuf daher im Zusammenhang mit dem Herbstkonzept die rechtlichen Voraussetzungen dafür, dass unter anderem Pflegeeinrichtungen eine geringe Menge an antiviralen Arzneimitteln aus Beständen des Bundes bevorraten dürfen, um sie im Bedarfsfall nach Verordnung schneller einsetzen zu können.²⁵

Testen

Zur frühzeitigen Erkennung von Infektionen in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten und zur Vermeidung von Infektionsketten und unkontrollierten Ausbrüchen waren verlässliche und umfassende Testverfahren von entscheidender Bedeutung.

PCR-Tests erkennen das Vorliegen des Erregers SARS-CoV-2 am zuverlässigsten. Sie standen bereits kurz nach dem Pandemiebeginn im Januar 2020 zur Verfügung.²⁶ Diese Tests sind jedoch kostenintensiv, zudem waren die dafür notwendigen Kapazitäten der Testdurchführung und -analyse anfangs begrenzt. Schon Mitte 2020 standen jedoch mehr Testmöglichkeiten zur Verfügung. In der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (TestV) vom 8. Juni 2020 wurde daher festgelegt, dass Personen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen und zur Verhütung der Verbreitung von SARS-CoV-2 auf das Coronavirus getestet werden konnten, auch wenn sie keine Symptome aufwiesen. Auch umfassende PCR-Tests in Pflegeheimen wurden in den durch die Verordnung bestimmten Fällen möglich. Alle Personen in diesen Einrichtungen konnten jetzt getestet werden, wenn dort ein

²³ BMG, BAGFW, bpa, u. a. (2022): Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundesverbände der Leistungserbringer in der Pflege, des GKV-Spitzenverbands, des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zur Bewältigung der Corona-Pandemie und der Rolle der Pflegeeinrichtungen im Herbst/Winter 2022/2023.

²⁴ Qualitätsausschuss (2023): Pflegefachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise des Qualitätsausschuss Pflege zur Sicherstellung der Einhaltung der in § 35 Abs. 1 Satz 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen in voll- und teilstationären Einrichtungen.

²⁵ www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/covid-19-arzneimittel.html [abgerufen am 13.06.2024].

²⁶ www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/erster_test_fuer_das_neuartige_coronavirus_in_china_entwickelt/ [abgerufen am 13.06.2024].

COVID-19-Fall auftrat. In Pflegeheimen und Pflegediensten konnten auch unabhängig von aufgetretenen Fällen Tests durchgeführt werden. Bezahlt wurden die PCR-Tests von den gesetzlichen Krankenkassen. Gegen Ende der Pandemie gab es auch vereinfachte PCR-Testverfahren (PoC-NAT und PoC-PCR); ihr Einsatz blieb aufgrund der Kosten und des eingeschränkten Anwendungszugangs (Ärzte und Apotheker) jedoch weiterhin begrenzt.

Im Herbst 2020 gab es die ersten Zulassungen für PoC-Antigen-Tests. Diese weisen nicht den Erreger selbst, sondern nur bestimmte Eiweiße in den Schleimhäuten infizierter Personen nach, sodass sie etwas weniger zuverlässig in der Erkennung einer Infektion sind als die oben beschriebenen PCR-Tests. Aufgrund der einfachen Anwendbarkeit auch bei größeren Personengruppen, schnell verfügbarer Ergebnisse und relativ geringer Kosten wurden PoC-Antigen-Tests in Pflegeeinrichtungen während der Pandemie in großem Stil eingesetzt.

Die rechtliche Grundlage hierfür bildete die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung) vom 14. Oktober 2020. Die Verordnung brachte eine wesentliche Veränderung. Sie war Grundlage und Ausgangspunkt für umfangreiche PoC-Antigen-Testungen in Pflegeeinrichtungen. Nach der Coronavirus-Testverordnung konnten Pflegeeinrichtungen und -dienste sowie nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag PoC-Antigen-Tests sowie Antigen-Tests zur Eigenanwendung selbst beschaffen und nutzen sowie die Erstattung der Beschaffungskosten und von Durchführungsaufwendungen bei einer zuständigen Pflegekasse geltend machen. Die damit ermöglichten Tests erfolgten im Rahmen eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts. Die beschaffbaren Mengen an Tests waren auf ein nach der Coronavirus-Testverordnung festgelegtes monatliches Kontingent begrenzt.

Aufgrund der mit der Pandemie einhergehenden besonderen organisatorischen, personellen und finanziellen Herausforderungen war es gesetzgeberisches Ziel, ein möglichst schnelles und – im Sinne einer pragmatischen Umsetzung – unbürokratisches Erstattungsverfahren auf den Weg zu bringen. Es galt sicherzustellen, dass auf die infektionsmedizinisch für den Schutz der Pflegebedürftigen wie der Beschäftigten alternativlos angezeigten Testungen seitens der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen nicht aus Gründen einer organisatorischen und/oder finanziellen Überforderung verzichtet wurde. Die Erstattung von Kosten für die Beschaffung und Durchführung der PoC-Antigen-Tests erfolgte durch die Pflegekassen. Der GKV-Spitzenverband bestimmte hierfür in „Festlegungen nach § 7 Absatz 2 TestV zum Ausgleich der durch die Coronavirus-Testverordnung anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (Kostenerstattungs-Festlegungen TestV) – erstmals am 13. November 2020 – das Nähere zu den Verfahren der Abrechnung und Erstattung.

Die Coronavirus-Testverordnung und die Kostenerstattungs-Festlegungen (TestV) wurden im Verlauf der Pandemie mehrfach hinsichtlich der Kontingentumfänge und Erstattungsbeträge mit Blick auf die notwendige Testdichte einerseits und die Marktsituationen andererseits angepasst.

Die Kosten für die Testungen nach Coronavirus-Testverordnung (TestV), die von der Pflegeversicherung getragen wurden, beliefen sich bis Ende 2023 auf insgesamt rund 4,4 Milliarden Euro.

Die Tests wurden zunächst hauptsächlich von Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen durchgeführt; hier war auch die Medizinprodukte-Abgabenverordnung angepasst worden, damit diese Tests auch von Pflegefachpersonen angewendet werden durften.²⁷ Im weiteren Verlauf wurde deutlich, dass viele insbesondere stationäre

²⁷ Siehe z. B. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/MPAV-Aend_Auslegungshilfe.pdf [abgerufen am 13.06.2024].

Einrichtungen personeller Unterstützung bedurften, um das Aufkommen an Testungen von Beschäftigten, Bewohnenden und Besuchspersonen bewältigen zu können.

Um in den stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe Besuche zu ermöglichen und Übertragungen von Infektionen vorzubeugen, wurde auf Initiative der Bundesregierung ab Januar 2021 die Unterstützung dieser Einrichtungen bei den Testungen von Besucherinnen und Besuchern, Personal und ggf. Dienstleistern durch externe Testhelferinnen und -helfer sichergestellt. Diese Unterstützung erfolgte durch Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr und durch freiwillige Testhelferinnen und -helfer, die über ein eigens eingerichtetes Portal der Bundesagentur für Arbeit (BA) an nachfragende Landkreise und kreisfreie Städte vermittelt wurden. Die erforderlichen Schulungen wurden durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) auf der Grundlage einer Vereinbarung mit dem BMG durchgeführt. Dabei waren im Maximum ca. 4.400 Kräfte der Bundeswehr für Schnelltestungen im Einsatz.

Impfen

Noch vor Jahresende 2020 wurden in Deutschland COVID-19-Impfstoffe zugelassen. Die zur Durchführung der Impfungen mit Wirkung vom 15. Dezember 2022 in Kraft getretene Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV) enthielt in § 2 insbesondere auch Regelungen zur Priorisierung der zu impfenden Bevölkerungs- und Berufsgruppen. Hierzu gehörten Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen sowie enge Kontaktpersonen wie Gesundheits- und Pflegepersonal. Ab dem 27. Dezember 2020 konnten Impfungen in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten und organisiert werden. Erleichtert wurde die Impfkation durch die Installation von regionalen Impfzentren; Pflegeeinrichtungen wurden zudem vielfach durch mobile Impfteams aufgesucht. Im ersten Quartal 2021 konnte so eine hohe Anzahl an Bewohnenden und Personal geimpft werden.

Das RKI begann im Oktober 2021 mit einem Impfquotenmonitoring in Pflegeeinrichtungen, das zunächst auf freiwilliger Teilnahme beruhte und ab April 2022 gesetzlich verpflichtend wurde (§ 20a Absatz 7 IfSG, i. d. F. vom 19. März 2022 bzw. § 35 Absatz 6 IfSG i. d. F. vom 17. September 2022). Das verpflichtende Impfquotenmonitoring ergänzte die zwischen dem 16. März 2022 und dem 31. Dezember 2022 für das Personal von Pflegeeinrichtungen und weiteren ähnlichen Einrichtungen für die Tätigkeitsausübung geltende „Pflicht zur Vorlage eines Immunitätsnachweises gegen COVID-19“ (§ 20a IfSG i. d. F. vom 12. Dezember 2021).

II.1.1.3 Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung

Infektionsschutzmaßnahmen und Teilhabesicherung

Es wurde bereits zu Beginn der Pandemie deutlich, dass das Coronavirus vor allem in der Pflege eine große Herausforderung hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Umfangs und der Qualität der pflegerischen Versorgung bedeuten würde.

Bereits kurz nach dem Beginn der Pandemie wurden Infektionsschutzmaßnahmen eingeführt, die viele Lebensbereiche der Bevölkerung betrafen, aber insbesondere auch in Pflegeeinrichtungen zu drastischen Einschränkungen führten. Besonders einschneidend wirkten die sogenannten Lockdowns²⁸, die für die Bewohnenden in Pflegeeinrichtungen und ihre An- und Zugehörigen zu starken Besuchseinschränkungen und Besuchsverboten führten. Um Ausbrüche zu verhindern, gab es für neue Bewohnerinnen und Bewohner sowie

²⁸ Siehe z. B. Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (2020): Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22. März 2020.

Infizierte Vorgaben zur Quarantäne, Verdachtspersonen wurden isoliert. Länderseitig wurden aufgrund der anfänglichen hohen Infektions- und Letalitätsraten insbesondere in Pflegeeinrichtungen Schließungen von Tagespflegeeinrichtungen angeordnet, und es gab Besuchsbeschränkungen in vollstationären Einrichtungen, um die Anzahl an Kontakten zu reduzieren. Zudem wurden anfangs in der Regel alle Veranstaltungen und Gruppenangebote in Pflegeeinrichtungen abgesagt. Dies führte oft zu Einsamkeit unter den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Besondere Bedeutung für die Pflegeeinrichtungen erlangten die infektionsmedizinischen Hinweise des RKI. Das RKI veröffentlichte Ende März 2020 eine erste Empfehlung zum Umgang mit dem Coronavirus speziell für Pflegeeinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen („Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“). Jeweils angepasst an die pandemische Entwicklung, an aktuelle Erfahrungen und an den neuen Wissensstand wurden diese Empfehlungen regelmäßig aktualisiert. Das RKI empfahl für Pflegeeinrichtungen weiterhin spezielle Maßnahmen, sollten COVID-19-Fälle auftreten.²⁹ Ähnliches galt für ambulante Pflegedienste, für die auch gesonderte Empfehlungen entwickelt wurden.³⁰ Diese Empfehlungen bildeten in Pflegeeinrichtungen in der Regel die Basis für Vorgaben für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Anfangs hatten die Empfehlungen eher den Infektionsschutz als die Wohnsituation in den Einrichtungen im Blick, berücksichtigten aber im Laufe der Zeit immer mehr die Wahrung von sozialen und insbesondere von Teilhabeaspekten, um einer coronabedingten Einsamkeit vorzubeugen.

Im Juni 2022 veröffentlichte das RKI die „Fachlichen Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht“³¹, um auch positiv auf das Coronavirus getesteten Angehörigen die Begleitung Sterbender in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu ermöglichen.

Der Umgang mit den unterschiedlichen Zielen der Teilhabe und des Infektionsschutzes wurde intensiv diskutiert. Um Einrichtungen der stationären Langzeitpflege dabei zu unterstützen, Besuche mit möglichst geringen Einschränkungen für Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen und trotzdem angemessen sicher mit Blick auf den Infektionsschutz zu handeln, veröffentlichte der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege Ende 2020 die Handreichung „Besuche sicher ermöglichen“.³²

Im August 2020 publizierte die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft die S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ für die stationäre Pflege. Diese ist mittlerweile nicht mehr gültig, eine Überarbeitung bis 31. Dezember 2024 ist vorgesehen.³³ Im Dezember 2020 wurde zudem die S1-Leitlinie „Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-

²⁹ RKI (2024): Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses).

³⁰ RKI (2023): Hinweise für ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit COVID-19.

³¹ RKI (2022): Fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht.

³² Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege (2020) : Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie.

³³ S2e-Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie, www.dg-pflegewissenschaft.de/aktuelles/s1-ll-soziale-teilhabe-covid-19-pandemie sowie www.register.awmf.org/de/leitlinien/detail/184-001 [abgerufen am 18.06.2024].

Pandemie“ veröffentlicht, um dem Teilhabe-Aspekt auch im Bereich der ambulanten Pflege mehr Raum zu geben.³⁴

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)³⁵ unterstützt die Pflegeversicherung unter anderem finanziell die Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. In den Jahren 2019 bis 2030 wurden bzw. werden entsprechende Fördermittel bereitgestellt. Hierdurch wurde es während der COVID-19-Pandemie einfacher, auch digitale Angebote für den Austausch zwischen pflegebedürftigen Personen und Angehörigen zu nutzen, sofern eine entsprechende Ausrüstung einrichtungsseitig angeschafft wurde.

Mit der Einführung der PoC-Antigen-Tests Ende 2020 und vor allem nach dem Start der Impfkampagne konnten zudem viele kontaktreduzierende Maßnahmen wieder aufgehoben werden. Auch Tagespflegeeinrichtungen öffneten frühestmöglich wieder, um pflegende Angehörige zu entlasten.³⁶

Pflegepersonal

Mit Einsetzen der Pandemie zeigten sich für das Pflegepersonal diverse Herausforderungen. Ein erhöhter Personalbedarf war verschiedenen Ursachen geschuldet. Einerseits gab es aufgrund von COVID-19-Erkrankungen des Personals Ausfälle, die kompensiert werden mussten. Andererseits war die Versorgung SARS-CoV-2-Infizierter aufwendiger. Aufgrund der Besuchseinschränkungen konnten sich Angehörige nicht wie sonst in vielen Fällen üblich bei der Betreuung von pflegebedürftigen Personen einbringen, zugleich musste die fehlende Ansprache ebenso kompensiert werden wie fehlende tagesstrukturierende Angebote durch individuelle Betreuung. Nach der Einführung der PoC-Antigen-Tests sowie mit dem Beginn der Impfungen wurden den Pflegeeinrichtungen neue Aufgaben zugewiesen, da sie hierdurch auch die Test- und Impflistik in der Einrichtung allein bzw. unterstützend bewerkstelligen mussten. Auch Hygienemaßnahmen waren umfangreicher und damit zeitintensiver. Personalengpässe traten auch auf, weil Pflegekräfte aufgrund der Corona-Situation ihren Arbeitsplatz aufgaben. Mitarbeitende waren vielfach auch selbst durch eine Corona-Infektion betroffen oder sogar nach einer Corona-Infektion nicht mehr arbeitsfähig.

Das BMG setzte sich auch dafür ein, dass Personalpools wie #pflegereserve aufgebaut wurden, um die Unterstützung der Pflegeeinrichtungen durch Personen aus dem Pflegesektor, aber auch durch Personen ohne pflegerische Ausbildung zu ermöglichen.³⁷ Zudem wurden Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst aufgehoben, und das dort beschäftigte Personal unterstützte – wenn möglich und erforderlich – Pflegeeinrichtungen sowie auch Krankenhäuser und Gesundheitsämter.³⁸

Die zusätzlichen Aufgaben waren unter erschwerten Bedingungen auszuführen. Einerseits war Schutzkleidung erforderlich, und diesbezügliche Arbeitsschutzstandards der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) waren einzuhalten.

³⁴ Diese ist mittlerweile als S2k-Leitlinie 184-002 (Stand Oktober 2022) unter dem Link abrufbar: www.awmf.org/service/awmf-aktuell/haeusliche-versorgung-soziale-teilhabe-und-lebensqualitaet-bei-menschen-mit-pflegebedarf-im-kontext-ambulanter-pflege-unter-den-bedingungen-der-covid19-pandemie [abgerufen am 12.06.2024].

³⁵ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. 2018 I S. 2394.

³⁶ Siehe z. B. BMG (2020): Regelungen für Einrichtungen der Tagespflege im Zusammenhang mit Sars-CoV-2 – Übersicht der Rechtsverordnungen der Bundesländer.

³⁷ www.zeitschrift-pflegewissenschaft.de/content/component/content/article/78-pflegejournal/nachrichten/12316-pflegereserve-praktische-unterstuetzung-im-gesundheits-und-sozialwesen-finden [abgerufen am 07.06.2024].

³⁸ www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus [abgerufen am 11.06.2024].

Insbesondere war die Arbeit mit Atemschutzmaske anstrengender, regelmäßige Pausen waren erforderlich, und auch die häufige Anwendung von Hygieneschutzmaßnahmen wie Desinfektionsmitteln war zeitaufwendiger. Andererseits gab es eine höhere psychische Belastung durch die Versorgung Infizierter, die Kompensation fehlender Besuche und die Begleitung von Sterbenden. Die Angst vor der eigenen Ansteckung oder auch die Sorge um die eigene Familie begleitete die Tätigkeit. Hinzu kamen Ausfälle von Schulen und Kindergärten, die aufgefangen werden mussten. Insbesondere während der Lockdowns boten Kindergärten und Schulen zumindest Eltern in systemrelevanten Berufen Betreuungsmöglichkeiten an.

Als Zeichen der Anerkennung der zusätzlichen Belastungen des Pflegepersonals und um diese monetär zu kompensieren, setzte sich das BMG für steuerfreie Sonderzahlungen an das Pflegepersonal ein: 2020 und 2021 haben Pflegekräfte eine Corona-Prämie erhalten, 2022 gab es den Pflegebonus. Im Rahmen des Herbstkonzeptes im Herbst/Winter 2022/2023 unterstützten die Pflegekassen zudem Personal, das besondere Koordinationsaufgaben wahrnahm, durch Sonderzahlungen; auch das Herbstkonzept umsetzende Einrichtungen erhielten eine finanzielle Unterstützung (§ 150c SGB XI i. d. F. vom 17. September 2022).

Eine hinreichende Personalausstattung ist insbesondere für personalbindende Maßnahmen des Infektionsschutzes und der Ausbruchskontrolle in Pflegeeinrichtungen essenziell – vor allem in Krisenzeiten. Zum 1. Juli 2023 wurde für vollstationäre Pflegeeinrichtungen daher ein bundeseinheitliches Personalbemessungsverfahren eingeführt, welches eine qualifikationsorientierte Personalausstattung ermöglicht (§ 113c Absatz 1 SGB XI). Damit besteht für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, insgesamt deutlich mehr Personal zu vereinbaren (siehe hierzu II.2.2.3).

Kommunikation

Zu einem frühen Zeitpunkt in der Pandemie etablierte das BMG regelmäßige wöchentliche Besprechungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen auf Bundesebene. Zudem gab es auch regelmäßige Austausche mit den zuständigen Ländervertretern. Die intensive Kommunikation förderte den Austausch zwischen allen Beteiligten über Fragen und Problemstellungen aus der Praxis und die vielfach auch kurzfristigen Änderungen unterliegenden gesetzlichen oder untergesetzlichen (Coronavirus-Rechtsverordnungen), politischen und administrativen Vorgaben.

Das RKI war dabei häufig in die Beratung infektionsbezogener Fragestellungen zur Prävention und zu den Auswirkungen von COVID-Infektionen in der Pflege eingebunden und unterstützte regelmäßig die wöchentlichen Besprechungen.

II.1.1.4 Corona-Sonderregelungen: Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen während der COVID-19-Pandemie hatte für die Bundesregierung oberste Priorität. Deshalb wurden mit dem *COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz*³⁹ vom 27. März 2020 alle nach dem SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, eine wesentliche Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 umgehend gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Ziel dieser unmittelbaren Information an die Pflegekassen war es, dass diese zusammen mit den betreffenden Pflegeeinrichtungen für den Einzelfall in der aktuellen Situation prüfen, ob die pflegerische Versorgung der den Pflegeeinrichtungen anvertrauten

³⁹ Gesetz zum Ausgleich COVID-19-bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27. März 2020, BGBl. 2020 I S. 580.

Pflegebedürftigen sichergestellt ist oder welche individuellen Maßnahmen und Lösungen vor Ort erforderlich sind. Dies hatte in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen wie den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Gesundheitsämtern zu erfolgen. Dabei konnte zum Zweck der Aufrechterhaltung der weiteren Versorgung der Pflegebedürftigen insbesondere von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung abgewichen werden.

Durch die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 waren nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeeinrichtungen auch vor finanzielle Herausforderungen gestellt. Angesichts der zu erwartenden finanziellen Belastungen konnten sie in wirtschaftlich schwierige Situationen geraten bis hin zur Gefahr einer Insolvenz. Dies sollte vermieden werden, um die pflegerische Versorgung auch zukünftig sicherstellen zu können. Der Gesetzgeber gab daher den zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit einer Kostenerstattungsregelung in § 150 Absatz 2 SGB XI (i. d. F. bis 30. Juni 2022) die Möglichkeit, pandemiebedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung schnell erstattet zu bekommen. Dazu zählten etwa Ausgaben für infektionshygienische Schutzvorkehrungen der Mitarbeitenden (Einmalmaterial, Desinfektionsmittel) oder zusätzliche Aufwendungen für Ersatzpersonal oder Mehrarbeitsstunden bei krankheits- oder quarantänebedingten Ausfällen. Ebenso konnten Einrichtungen von pandemiebedingten Mindereinnahmen betroffen sein, wenn z. B. Tagespflege- oder Kurzzeitpflegegäste ihre Aufenthalte dauerhaft absagten oder Kunden ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ihre Leistungsanspruchnahme reduzierten. Nicht von der Erstattung erfasst waren hierbei die Investitionskosten, die auch nicht Bestandteil der Pflegevergütungen sind. Gleichzeitig wurden vorübergehend für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen Neuverhandlungen ihrer Vergütungen nach § 85 Absatz 7 SGB XI zur Geltendmachung von Coronavirus-SARS-CoV-2-bedingten Mehrausgaben oder Einnahmeausfällen ausgeschlossen, um eine Belastung der Pflegebedürftigen mit erhöhten Pflegevergütungen zu vermeiden. Diese Regelungen, die im März 2020 in Kraft traten, waren ursprünglich bis zum 30. September 2020 befristet und wurden mehrmals verlängert, zuletzt durch die *Dritte Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie*⁴⁰ bis zum 30. Juni 2022.

Auch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI gab es im Rahmen der Pandemie Kostenerstattungsregelungen, um den besonderen pandemiebedingten Belastungen dieser Angebote zu begegnen. Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde für sie gemäß § 150 Absatz 5a SGB XI die Möglichkeit geschaffen, eine Kompensation für pandemiebedingte und nicht anderweitig finanzierte außerordentliche Aufwendungen sowie Mindereinnahmen zu erhalten. Voraussetzung war, dass die Angebote diese Aufwendungen nachweisen oder die Mindereinnahmen glaubhaft machen konnten. Zu den außerordentlichen Aufwendungen zählten zusätzliche Personalaufwendungen zur Kompensation eines SARS-CoV-2-bedingten Personalausfalls und erhöhte Sachmittelaufwendungen. Mindereinnahmen konnten dadurch entstehen, dass betreute Pflegebedürftige die Leistungen aufgrund der Corona-Pandemie nicht mehr in Anspruch nehmen konnten oder wollten. Der Ausgleichsanspruch für Mindereinnahmen wurde gesetzlich auf einen Kostenerstattungsbetrag von monatlich 125 Euro pro betreuter pflegebedürftiger Person begrenzt, was dem Betrag nach dem Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI entsprach. Vergleichsmaßstab für die Berechnung war jeweils die Anzahl der im letzten Quartal des Jahres 2019 monatsdurchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen.

Ab dem 1. Juli 2022 wurden die Regelungen dahin gehend angepasst, dass gemäß § 150 Absatz 5a SGB XI den Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstandene und nachgewiesene Beschaffungskosten und

⁴⁰ Dritte Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie vom 16. März 2022, BGBl. 2022 I S. 475.

Durchführungsaufwendungen für selbst beschaffte PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung gemäß den gesetzlichen Vorgaben erstattet werden konnten.

Das Nähere zum Verfahren der Erstattung von Mehrausgaben bzw. zum Ausgleich von Mindereinnahmen – die sogenannten Kostenerstattungs-Festlegungen – wurde sowohl im Hinblick auf die Pflegeeinrichtungen als auch auf die Angebote zur Unterstützung im Alltag vom GKV-Spitzenverband geregelt und auf dessen Internetseiten veröffentlicht. Zu Fragen im Zusammenhang mit den Erstattungsverfahren hatte der GKV-Spitzenverband dort ergänzend einen umfangreichen Fragen-und-Antworten-Katalog (FAQs) veröffentlicht, der unter anderem erstattungsfähige Aufwendungen und Mindereinnahmen darlegte.

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite⁴¹ vom 19. Mai 2020 wurden in § 149 Absatz 3 SGB XI ferner Regelungen zur sogenannten anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung getroffen. Für den Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020 konnten stationäre medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Regel für bis zu 14 Kalendertage ersatzweise die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen, wenn diese in der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung infolge einer notwendigen Quarantäne bzw. Isolation aufgrund der COVID-19-Pandemie vorübergehend nicht gewährleistet war. Die Abrechnung der Leistungen erfolgte über das o. a. Kostenerstattungsverfahren gemäß § 150 Absatz 2 SGB XI (i. d. F. bis 30. Juni 2022) und damit ohne eine Mehrbelastung der ursprünglichen Pflegeeinrichtung oder der Pflegebedürftigen.

Im Rahmen des oben dargestellten sogenannten Pflege-Schutzschirms wurden im Berichtszeitraum 7,3 Milliarden Euro aus Mitteln der Pflegeversicherung aufgewendet, um pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen auszugleichen. Insgesamt entstanden der Pflegeversicherung rund 13,2 Milliarden Euro pandemiebedingte Ausgaben.

II.1.1.5 Corona-Sonderregelungen: Unterstützung der häuslichen Pflege

Auch zur Überbrückung coronabedingter Versorgungsengpässe in der häuslichen Pflege sind direkt zu Beginn der COVID-19-Pandemie verschiedene Sonderregelungen eingeführt worden. Zur Unterstützung der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen sind insbesondere folgende Regelungen erlassen worden:

Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 150 Absatz 5 SGB XI)

Zur Vermeidung pflegerischer Versorgungsengpässe im häuslichen Bereich konnten die Pflegekassen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nach ihrem Ermessen Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge aus § 36 SGB XI nach vorheriger Antragstellung gewähren (§ 150 Absatz 5 SGB XI). Voraussetzung war, dass andere Maßnahmen nicht ausreichend waren, um die Versorgung sicherzustellen. Entsprechende Kostenerstattungszusagen waren auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der GKV-Spitzenverband hat nähere Einzelheiten in Empfehlungen festgelegt.

Mit dieser Regelung wurde eine flexible Möglichkeit bereitgestellt, um coronabedingte Versorgungsengpässe bei der Pflege zu Hause aufzufangen. Den Pflegekassen wurde dabei ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt. Sie sollten diesen abgestuft nutzen können: Je größer die Versorgungsprobleme waren, desto unbürokratischer sollte die Versorgung möglich sein. Vorrangig war auf Leistungserbringer, die von Pflegefachkräften

⁴¹ Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020, BGBl. 2020 I S. 1018.

geleitet wurden, zurückzugreifen. Sodann war auf andere Leistungserbringer wie Betreuungsdienste, andere medizinische Leistungserbringer und zuletzt auf Nachbarinnen und Nachbarn zurückzugreifen.

Diese Regelung war mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 eingeführt worden und galt ursprünglich bis zum 30. September 2020. Sie wurde mehrmals verlängert, zuletzt bis zum 30. April 2023.

Flexibler Einsatz des Entlastungsbetrags (§ 150 Absatz 5b SGB XI)

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 war durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 ein flexibler Einsatz des Entlastungsbetrags ermöglicht worden, ebenfalls um coronabedingte Versorgungsengpässe zu vermeiden. Die Gewährung des Entlastungsbetrags wurde ausnahmsweise nicht auf die Erstattung von Aufwendungen beschränkt, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI entstanden sind (§ 45b Absatz 1 Satz 3 SGB XI), sondern erstreckte sich auf sonstige Hilfen, die der Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen dienen (§ 150 Absatz 5b SGB XI). Diese Hilfen konnten von professionellen Angeboten bis zur Inanspruchnahme nachbarschaftlicher Hilfen reichen. An den Nachweis gegenüber der Pflegekasse zur Erstattung der Kosten sollten die Pflegekassen im Interesse einer zügigen und unbürokratischen Abwicklung keine überhöhten Anforderungen stellen. Auch diese Regelung galt ursprünglich bis zum 30. September 2020, sie wurde mehrmals verlängert, zuletzt bis zum 30. April 2023.

Ansparmöglichkeit für den Entlastungsbetrag (§ 150 Absatz 5c SGB XI)

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 wurde auch die bestehende Ansparmöglichkeit für den Entlastungsbetrag erweitert. Wird der Entlastungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag grundsätzlich noch bis zum Ende des folgenden Kalenderhalbjahrs übertragen werden (§ 45b Absatz 1 Satz 5 SGB XI). Viele Betroffene hatten die Sorge, dass die angesparten Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie nicht mehr rechtzeitig bis zum 30. Juni 2020 genutzt werden konnten. Die Übertragbarkeit angesparter Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 war daher zunächst auf den 30. September 2020 erweitert worden (§ 150 Absatz 5c SGB XI). Im weiteren Verlauf wurde die Ansparmöglichkeit mehrmals verlängert und auch auf die noch nicht verbrauchten Teile des Entlastungsbetrags aus dem Jahr 2020 erweitert. Sie galt für Pflegebedürftige aller Pflegegrade. Die erweiterte Ansparmöglichkeit galt bis zum 31. Dezember 2021 und ist dann ausgelaufen.

Erhöhte Hilfsmittelpauschale (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Gemäß § 40 Absatz 1 SGB XI haben häuslich gepflegte Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Hierzu gehören unter anderem auch zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie z. B. saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel.

Für diese Pflegehilfsmittel dürfen von den Pflegekassen gemäß § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI regulär bis zu 40 Euro im Kalendermonat übernommen werden. Auf der Grundlage von Sonderregelungen betrug der Leistungsbetrag bis zum 31. Dezember 2021 bis zu 60 Euro im Kalendermonat. Seit dem 1. Januar 2022 gilt wieder der reguläre Betrag von 40 Euro im Kalendermonat.

Die Pflegehilfsmittelpauschale war vorübergehend erhöht worden, um die im Zuge der COVID-19-Pandemie stark angestiegenen Preise für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, insbesondere für Schutzmasken und Desinfektionsmittel, auszugleichen. Dadurch wurde die Versorgung mit derartigen Produkten im häuslichen Bereich vorübergehend besonders unterstützt.

Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 9 Absatz 1 Pflegezeitgesetz – PflegeZG)⁴² und Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld (§ 150 Absatz 5d SGB XI)

Abweichend von § 2 Absatz 1 PflegeZG (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) hatten Beschäftigte das Recht, im Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. April 2023 bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn die akute Pflegesituation aufgrund der COVID-19-Pandemie aufgetreten war. Der Zusammenhang wurde vermutet. Diese Regelung war ebenfalls mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite eingeführt worden. Gleiches galt für die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld als Entgeltersatzleistung in § 150 Absatz 5d SGB XI, ebenfalls im Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. April 2023. Danach hatten Beschäftigte – abweichend von den sonstigen Regelungen zum Bezug von Pflegeunterstützungsgeld – Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege einer bzw. eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG vorlag. Voraussetzungen waren, dass

1. die Beschäftigten glaubhaft darlegten, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie übernahmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder anderweitige Lohnersatzleistungen hatten und
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden konnte.

Beratung bei reinen Pflegegeldbeziehenden (§ 148 SGB XI)

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben halbjährlich bzw. vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen (§ 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI). Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und somit dem Schutz der pflegebedürftigen Person. Gleichzeitig dient sie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der Pflegepersonen.

Während der COVID-19-Pandemie bestand die befristete und immer wieder verlängerte Möglichkeit, die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünschte (§ 148 SGB XI). Zweimal war auch für einen bestimmten Zeitraum vorgesehen, dass das Pflegegeld nicht gekürzt oder entzogen werden durfte, wenn die pflegebedürftige Person überhaupt keine Beratung abrief. § 148 SGB XI ist zum 30. Juni 2022 ausgelaufen.

⁴² Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) vom 28. Mai 2008, BGBl. 2008 I S. 874, 896, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022, BGBl. 2022 I S. 2510, geändert worden ist.

Die Möglichkeit, die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen, ist von den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen gut angenommen worden. Seit dem 1. Juli 2022 kann deshalb auf Wunsch der pflegebedürftigen Person jede zweite Beratung per Videokonferenz durchgeführt werden (§ 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI). Diese Regelung ist bis zum 31. März 2027 befristet und wird wissenschaftlich evaluiert.

II.1.1.6 Corona-Studien und Lessons Learned

Aus Sicht des BMG war es wichtig, Erfahrungen aus der Pflegepraxis und die fachliche Analyse der pflegerischen Versorgung in der Pandemie strukturiert aufarbeiten zu lassen und für weitere Überlegungen nutzbar zu machen.

Im Jahr 2021 gab das BMG die Studie „SARS-CoV-2-Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen. Literaturauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention“ in Auftrag.⁴³ Durch diese Auswertung konnten Rückschlüsse auf effektive Corona-Schutzmaßnahmen gezogen werden, die hilfreich waren für die Planung weiterer Corona-bezogener Maßnahmen.

Zudem wurde im Auftrag des BMG eine Evaluation der Wirkungen der Regelungen vom September 2022, des sogenannten Herbstkonzeptes (siehe II.1.1.2), durchgeführt. Die Auswertung zeigte, dass die gesetzlichen Vorgaben in den meisten Einrichtungen erfolgreich umgesetzt wurden.⁴⁴

Mit dem Ende der Pandemie wurde ein Lessons-Learned-Prozess eingeleitet, der weiterhin anhält. So legte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR), der seit 1985 gesetzlich verankert ist und dessen Mitglieder vom BMG berufen werden, im Januar 2023 ein Gutachten zur „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ vor.⁴⁵ Im dortigen Kapitel „Langzeitpflege“ sind anhand der SARS-CoV-2-Pandemie strukturelle Defizite der Langzeitpflege dargestellt. Ziel ist, auf Basis der dargestellten Defizite und Stärken Ansatzpunkte für die Förderung der Resilienz des pflegerischen Versorgungssystems zu definieren, mit denen nachhaltige Strategien für eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiterentwickelt werden können.

Darüber hinaus hat das BMG wichtige Pandemieerkenntnisse aus weiteren Literaturquellen zusammenstellen lassen, Fokusgruppendifkussionen in Auftrag gegeben und im Rahmen einer Konferenz eine Verbindung zwischen Lehren aus der Pandemie und einer verbesserten Krisenresilienz hergestellt.⁴⁶ Die Studie beinhaltete die Auswertung wissenschaftlicher Literatur sowie Diskussionsrunden zu den Erkenntnissen mit Leitungspersonen aus Pflegeeinrichtungen und weiteren Expertinnen und Experten.

⁴³ BMG (2021): SARS-CoV-2 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen – Literaturauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention.

⁴⁴ www.pflegenetzwerk-deutschland.de/bilanz-zur-umsetzung-des-herbstkonzepts [abgerufen am 12.06.2024].

⁴⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen, Wege zur Bewältigung künftiger Krisen.

⁴⁶ ISO (2023): Lehren aus der Corona-Pandemie und zukünftige Krisenresilienz in der Langzeitpflege, Teil 1: Ergebnisbericht „Analyse der Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Pflege 2020–2022“ und INFO (2023): Lehren aus der Corona-Pandemie und zukünftige Krisenresilienz in der Langzeitpflege Teil 2: Ergebnisbericht „Qualitative Befragung von Leitungspersonen stationärer Pflegeeinrichtungen sowie weiterer Expertinnen und Experten aus der Pflege zu ihren Erfahrungen aus der Corona-Pandemie“.

Zu den Ergebnissen dieser Auswertung sowie zu weiteren Perspektiven der Vorbereitung auf Krisenereignisse und Katastrophen wurde im Dezember 2023 durch das BMG eine Fachveranstaltung durchgeführt. Studienergebnisse (mit Literaturhinweisen) und Ergebnisse der Fachveranstaltung sind umfassend dokumentiert.⁴⁷

Aus der Literaturlauswertung und den Diskussionsrunden gingen insbesondere die folgenden Themen und Einschätzungen sowie Empfehlungen hervor.

Zum Themenfeld infektionsepidemiologische Situation in stationären Pflegeeinrichtungen:

- Notwendigkeit der Entwicklung erregerspezifischer Pandemiepläne (ggf. mit externer Hilfe, da Pflegeeinrichtungen oft über begrenzte Kapazitäten und Kompetenzen verfügen);
- Sicherung der Qualität des Hygienemanagements und Erhöhung der Hygienekompetenz in Pflegeeinrichtungen auch durch dazu ausgebildete Kräfte (unter Berücksichtigung vorhandener Kompetenzen und Strukturen); Bedarf an praxistauglichen Hygienevorschriften;
- praxisorientierte Schulungen für alle Beschäftigten in der Pflege;
- Stärkung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern (nicht nur Meldungen, sondern proaktive Beratung und strategische Planung);
- Bereitstellung und Verwendung persönlicher Schutzausrüstung sowie diesbezügliche Schulungen der Beschäftigten (Reserve an Schutzausrüstung vorhalten); Strategien zur Stabilisierung globaler Lieferketten;
- Vermeidung einer Überforderung der Einrichtungen durch (viele, neue) Regelungen unterschiedlicher administrativer Ebenen (Bund/Land/Kommune); Vermeidung praxisferner Regelungen; ggf. (auf Länderebene) multidisziplinär besetzte Gremien zur Ermöglichung eines nachvollziehbaren Theorie-Praxis-Transfers gesetzlicher Regelungen.

Zum Themenfeld psychische Gesundheit der Pflegebedürftigen:

- Minimierung der sozialen Isolation bei der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen durch Abwägung von Wirksamkeit und potenziell negativen Auswirkungen spezifischer Schutzmaßnahmen;
- Erhalt bzw. Stärkung der sozialen Teilhabe bzw. Lebensqualität trotz Kontakteinschränkungen, z. B. durch Sicherstellung ausreichender Kommunikationswege und -mittel innerhalb und außerhalb der Einrichtungen sowie mehr Flexibilität für die Pflegeeinrichtungen bei der Anwendung der geeigneten Infektionsschutzmaßnahmen.

Zum Themenfeld Arbeitsbelastung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen:

- stärkerer Einbezug von Pflegekräften in Entscheidungsprozesse zur Stärkung ihrer Autonomie und zur Nutzung ihrer Kompetenzen;
- externe Unterstützung, um psychische und physische Belastungen des Personals zu reduzieren (wie z. B. beim Testen erfolgt);
- Verbesserung des betrieblichen Gesundheitsmanagements inkl. betrieblicher Gesundheitsförderung, um psychische, oft durch Traumata hervorgerufene Belastungen zu reduzieren und z. B. einem Suchtmittelmissbrauch vorzubeugen;

⁴⁷ www.pflegenetzwerk-deutschland.de/coronalehren-krisenresilienz [abgerufen am 18.06.2024].

- Entlastung von Leitungspersonen durch neue Führungsstile wie z. B. kollegiale Führung.

Zum Themenfeld Versorgung der Pflegebedürftigen:

- Aufrechterhaltung der Versorgung Pflegebedürftiger durch hierfür geeignete Maßnahmen: Vermeidung von Aufnahmestopps in Pflegeeinrichtungen und von Schließungen von Tagespflegeangeboten;
- Aufrechterhaltung der medizinischen und therapeutischen Versorgung; verstärkter Einsatz telemedizinischer Lösungen in Krisenzeiten, um die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten;
- Prüfung der Machbarkeit und Wirtschaftlichkeit alternativer Wohnformen, um Infektionsschutz und Lebensqualität generell zu erhöhen;
- Aufrechterhaltung der Prüfung der Situation vor Ort durch den medizinischen Dienst.

Zum Themenfeld Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen:

- Vorantreiben der Digitalisierung, um Pflegekräfte zu entlasten und Prozesse zu erleichtern (z. B. für einrichtungsübergreifenden Theorie-Praxis-Transfer von Verordnungen und Ausbruchmanagement); hierfür erforderlich: schnittstellenübergreifende Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtungen und externen Leistungserbringern, Reorganisation von Arbeitsprozessen, qualifizierte externe Beratung und Begleitung, begleitende Schulungen bei der Einführung digitaler Produkte und Vermittlung digitaler Kompetenzen bereits in der Pflegeausbildung bzw. im Studium.

II.1.2 Weitere Herausforderungen und Krisensituationen

II.1.2.1 Gestiegene Energiepreise

Um die infolge des völkerrechtswidrigen russischen Angriffskriegs gegen die Ukraine ab Februar 2022 stark gestiegenen Energiepreise abzufedern, hat die Bundesregierung im Jahr 2022 verschiedene Entlastungspakete und einen wirtschaftlichen Abwehrschirm geschaffen. Darunter fallen insbesondere die Soforthilfen für Gas und Fernwärme (Übernahme des Dezember-Abschlags 2022) sowie die allgemeinen Energiepreisbremsen, durch die die Kosten für den Bezug von Erdgas, Wärme und Strom rückwirkend zum 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 für 70 bis 80 Prozent des Vorjahresverbrauchs gedeckelt wurden. Diese Maßnahmen galten auch für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus wurde mit dem Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetz vom 20. Dezember 2022 unter anderem auch ein ergänzendes Hilfsprogramm für zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen eingeführt, um die direkten energiebedingten Mehrkosten, die trotz dieser Preisbremsen verblieben, auszugleichen. Vorausgegangen war ein Beschluss des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 2. November 2022, nach dem Pflegeeinrichtungen zwar von der Gas- und Strompreisbremse profitieren würden, sie aber – genau wie Krankenhäuser – „in besonders hohem Maße belastet und nicht immer und umfassend in der Lage [sind], Energiekosten durch einen geringeren Verbrauch oder mehr Energieeffizienz schnell zu reduzieren“.

Mit der Einführung von § 154 SGB XI erhielten zugelassene teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen daher für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 einen Anspruch auf sogenannte Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Preise für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Wärme und leitungsgebundenen Strom. Dabei wurde die jeweils einrichtungsindividuelle Differenz zwischen den gestiegenen Energiekosten und der Höhe der Abschlagszahlung des Referenzmonats März 2022 erstattet. Hiermit wurde auch sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen nicht mit den entsprechenden Mehrkosten belastet wurden. Der Bundesgesetzgeber hatte insgesamt Mittel im Umfang von bis zu

zwei Milliarden Euro für den oben genannten Zeitraum bereitgestellt, die aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds (WSF) an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen wurden. Nicht verausgabte Mittel fließen bis zum Jahresende 2024 an den Bundeshaushalt zurück. Die Pflegeeinrichtungen waren aufgefordert, entsprechende Anträge bei den für die Auszahlung der Ergänzungshilfen zuständigen Pflegekassen einzureichen. Zugleich wurde für diesen Zeitraum eine Einpreisung von Steigerungen der Aufwendungen in die Vergütungsvereinbarungen bei diesen konkreten Energieträgern ausgeschlossen.

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen, die diese Ergänzungshilfen erhalten haben, wurden zudem verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2023 eine Energieberatung durch einen Gebäudeenergieberater durchführen zu lassen. Die verpflichtende Energieberatung soll dazu beitragen, den Energieverbrauch der Einrichtungen weiter zu senken und ihre Energieeffizienz zu verbessern. Die Pflegeeinrichtungen waren verpflichtet, den Pflegekassen einen Nachweis über die erfolgte Beratung und die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlungen zu übermitteln. Die Kosten der Energieberatung waren bis zu einer gesetzlich festgelegten, in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße gestaffelten Höhe erstattungsfähig, sofern diese Kosten nicht aus anderen Fördermitteln finanziert werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist gemäß § 154 Absatz 7 SGB XI aufgefordert, die Auswirkungen der Regelungen dieses Abschnitts insbesondere auf die Entwicklung der Heimentgelte zu evaluieren und hierzu bis zum 29. November 2024 einen entsprechenden Bericht vorzulegen. Nach Auslaufen der Ergänzungshilfen zum Ende April 2024 werden Änderungen bei den Energiekosten im Rahmen der regulären Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen geltend gemacht.

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestags hatte die Bundesregierung mit Maßgabebeschluss vom 14. Dezember 2022 (Ausschussdrucksache 20/3502) dazu aufgefordert, die Entwicklung des Energieverbrauchs der stationären Pflegeeinrichtungen in 2023 unter dem Einfluss des Härtefallfonds bis zum 30. September 2023 zu evaluieren. Hierfür hat das BMG die Curacon GmbH (mit einer Unterbeauftragung von Solites, Steinbeis Forschungsinstitut für solare und zukunftsfähige thermische Energiesysteme) als externe Dritte mit der Durchführung einer entsprechenden Evaluation beauftragt. Der Ergebnisbericht dieser Evaluation, die auf zwei Datenquellen – der Analyse von Energieverbrauchsdaten und einer Befragung von stationären Pflegeeinrichtungen zu einrichtungsindividuellen Maßnahmen zur Energieeinsparung – basiert, beinhaltet insbesondere die folgenden zentralen Schlussfolgerungen:

- Nachdem die Energieverbräuche der betrachteten Pflegeeinrichtungen (für 122 Einrichtungen lagen Energieverbrauchsdaten vor) bereits im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr gesunken waren, konnte der Energieverbrauch im ersten Halbjahr 2023 nochmals reduziert werden. Im ersten Halbjahr 2023 wurden im Vergleich zum ersten Halbjahr 2022 durchschnittlich 4 Prozent Strom und 7 Prozent Wärme eingespart. Eine Analyse der Daten zeigt, dass die Stromverbräuche und der Energieverbrauch für die Wärmeversorgung unabhängig vom Alter der Einrichtung und von einer Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI tendenziell gesunken sind.
- Die Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI haben in der überwiegenden Anzahl der Fälle die Betreiber (und die Pflegebedürftigen) vor hohen Steigerungen im Energiekostenbereich geschützt. Anhand der Daten von ausgewählten Einrichtungen ist festzustellen, dass ohne die Ergänzungshilfen Mehrkosten in einer Bandbreite zwischen 50 Euro und 100 Euro pro Monat von den Pflegebedürftigen zusätzlich zu tragen gewesen wären.
- Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass unabhängig vom Härtefallfonds auch das gesteigerte Problembewusstsein gegenüber der Thematik seitens der Mitarbeitenden zu verhaltensbezogenen

Energiespareffekten geführt und der generelle Kostendruck sowie damit verbundene Unsicherheiten die Einrichtungsträger zu weiteren Energiesparmaßnahmen veranlasst haben könnten.

- Hinsichtlich der Umsetzung von Energiesparmaßnahmen gaben fast die Hälfte (47 Prozent) der 231 an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen an, dass sie bereits in den Jahren vor 2022 Energiesparmaßnahmen in ihren Pflegeeinrichtungen umgesetzt hätten. Ca. zwei Drittel (65 Prozent) setzten im Jahr 2022 oder 2023 weitere Energiesparmaßnahmen um. Knapp 30 Prozent haben bisher keine Energiesparmaßnahmen umgesetzt, sodass weiterhin Einsparpotenziale bestehen könnten.

Um zugelassene ambulante wie auch stationäre Pflegeeinrichtungen im Umgang mit Energiepreiserhöhungen zu unterstützen, wurde zudem mit dem am 22. November 2022 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Heizkostenzuschussgesetzes und des Elften Buches Sozialgesetzbuch⁴⁸ die bestehende Regelung im Pflegeversicherungsrecht in § 85 Absatz 7 SGB XI (ambulant über den Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 4 SGB XI) zur vorzeitigen Neuverhandlung der Vergütung entsprechender Kostenpositionen mit den Kostenträgern in Satz 2 konkretisiert und geschärft. Damit wurden klarstellend erhebliche Änderungen der Energieaufwendungen explizit als Grund für Neuverhandlungen mitaufgenommen.

Weiterhin wurde bei allen unvorhersehbaren und wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die eine vorzeitige Neuverhandlung der Pflegevergütung notwendig machen, eine Beantragung der Festsetzung der Pflegevergütung durch die Schiedsstelle frühzeitiger, nämlich bereits nach einem Monat, ermöglicht (§ 85 Absatz 7 Satz 4 SGB XI). Zugleich sollen nach dem Willen des Gesetzgebers diese Schiedsstellenverfahren möglichst zügig abgeschlossen werden und Festsetzungen innerhalb von einem Monat erfolgen; normalerweise sind hierfür bis zu 3 Monate vorgesehen. Dies dient insgesamt einer beschleunigten Konfliktlösung für die Vergütungsvereinbarungsparteien bei diesen Sonderverfahren. Damit soll eine schnelle Finanzierung gestiegener Energiekosten über die vereinbarten Vergütungen ermöglicht werden und in diesem Zusammenhang entstehende finanzielle Schieflagen von Trägern von Pflegeeinrichtungen verhindert werden.

II.1.2.2 Vermittlung von pflegebedürftigen Geflüchteten aus der Ukraine

Seit Beginn des Kriegs in der Ukraine sind zahlreiche Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedarf aus der Ukraine nach Deutschland geflüchtet. Auf der Grundlage des MPK-Beschlusses vom 7. April 2022 haben sich BMAS und BMG verständigt und ein gemeinsames Konzept zur Bundeskoordinierung eingeführt, das v. a. eine adäquate Unterbringung von vulnerablen Gruppen von Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedarf aus der Ukraine unterstützt. Das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) trägt insbesondere bei aufenthaltsrechtlichen Fragen zu einem Gelingen der Unterbringung bei. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt hierbei durch die beim Deutschen Roten Kreuz (DRK) angesiedelte Bundeskontaktstelle (BKS) in Zusammenarbeit mit den 16 Landeskoordinierungsstellen sowie den Drehkreuzen in Berlin-Tegel, Hannover und Cottbus. Die BKS hat keine behördlichen Kompetenzen und wird durch Spenden finanziert. Am 4. Mai 2022 nahm die BKS offiziell ihre Tätigkeit auf. Seitdem verbessert sie vor allem den Informationsfluss zwischen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren, wie Land, Kommune und Leistungserbringer, und unterstützt bei der Suche nach passenden Hilfsangeboten in ganz Deutschland für die schutzsuchenden vulnerablen Menschen aus der Ukraine. Sie arbeitet dafür eng mit den oben genannten Ministerien und den Landeskoordinierungsstellen zusammen. Die BKS führt ein monatliches Monitoring durch: Seit Beginn ihrer Arbeit wurde eine Vielzahl an Informationsanfragen beantwortet und darüber hinaus etwa 290 Menschen mit einer Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit in bedarfsgerechten stationären Einrichtungen untergebracht. Mit Wirkung zum

⁴⁸ Gesetz zur Änderung des Heizkostenzuschussgesetzes und des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 9. November 2022, BGBl. 2022 I S. 2018.

1. Juli 2024 wurde die Arbeit der BKS auf verschiedene Bundesministerien übertragen, deren Zuständigkeiten in einem „Leitfaden zu Anfragen über Evakuierungen von vulnerablen Personengruppen aus der Ukraine sowie Berücksichtigung von Vulnerabilitäten von aus der Ukraine Geflüchteten im Rahmen der Verteilung in Deutschland“ geregelt wurden.

Das ukrainische Reintegrationsministerium hatte sich zudem an die Bundesregierung sowie andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) mit der Bitte gewandt, Kinder und Jugendliche mit palliativpflegerischem Bedarf zu evakuieren. Zur Unterstützung einer Unterbringung und Versorgung dieser besonders vulnerablen Gruppe hat das BMG den Bundesverband Kinderhospiz e. V. (BVKH) mit dem Projekt „Koordination von palliativversorgungsbedürftigen, zu evakuierenden Kindern und jungen Menschen aus der Ukraine in Deutschland“ – kurz KPKJ-U – beauftragt. Im Dezember 2022 konnten elf Kinder mit palliativpflegerischem Bedarf aus der Ukraine in Deutschland (Gotha und Chemnitz) untergebracht werden. Weitere elf schwerstmehrfachbehinderte Kinder konnten auch mit der Unterstützung des BVKH erfolgreich evakuiert und in Berchtesgaden untergebracht werden.

II.1.2.3 Umgang mit dem Klimawandel

Deutschland muss seinen Beitrag zu den Zielen der Europäischen Union leisten, die seit 2021 in der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung des Rahmens für die Verwirklichung der Klimaneutralität („Europäisches Klimagesetz“) für die Mitgliedstaaten rechtlich bindend sind. Im Europäischen Klimagesetz verpflichtet sich die EU dazu, bis 2050 Klimaneutralität zu erreichen. Bereits 2030 sollen die Netto-Treibhausgasemissionen innerhalb der EU um mindestens 55 Prozent gegenüber 1990 gesunken sein.

Ebenfalls muss die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von Ende März 2021 berücksichtigt werden. Auf der Grundlage des Urteils, das Teile des Klimaschutzgesetzes (KSG) als nicht ausreichend ansah und deshalb für verfassungswidrig erklärte, hat die deutsche Bundesregierung das Gesetz angepasst: Zur Erreichung der Klimaziele für Deutschland gilt seit Mitte 2021, dass bis 2030 mindestens 60 Prozent und bis 2040 mindestens 88 Prozent weniger Emissionen als im Jahr 1990 ausgestoßen werden dürfen. Bis 2045 soll Treibhausgasneutralität erreicht werden. Die Bundesregierung treibt neben dem KSG auch mit weiteren bereits bestehenden sowie angekündigten Gesetzen und Gesetzgebungsvorhaben wie dem Klimaanpassungsgesetz (KAnG)⁴⁹, dem Gesetz zur Wärmeplanung (WPG)⁵⁰, der Novelle des Gebäudeenergiegesetzes (GEG-Novelle)⁵¹ sowie dem Energieeffizienzgesetz (EnEfG)⁵² Klimaschutz und Klimaanpassung weiter voran. In den kommenden Jahren müssen sich voraussichtlich auch die Einrichtungen der Langzeitpflege zunehmend anpassen.

Viele Leistungserbringer in der Pflege widmen sich engagiert dem Thema Nachhaltigkeit, setzen sich eigene ambitionierte Nachhaltigkeitsziele und fordern beispielsweise eine Ergänzung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit um den Grundsatz der Nachhaltigkeit in § 69 SGB IV.

Im gemeinsamen Zusammenschluss von Vertreterinnen und Vertretern aus der Selbstverwaltung, der Bundesländer und Kommunen hat das BMG den „Klimapakt Gesundheit“ initiiert und mit den beteiligten

⁴⁹ Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KAnG) vom 20. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 393.

⁵⁰ Gesetz für die Wärmeplanung und zur Dekarbonisierung der Wärmenetze (Wärmeplanungsgesetz – WPG) vom 20. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 394.

⁵¹ Gesetz zur Einsparung von Energie und zur Nutzung erneuerbarer Energien zur Wärme- und Kälteerzeugung in Gebäuden (Gebäudeenergiegesetz – GEG) vom 8. August 2020, BGBl. 2020 I S. 1728.

⁵² Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – EnEfG) vom 17. November 2023, BGBl. 2023 I Nr. 309.

Organisationen Ziele und Maßnahmen bei Klimaschutz und Klimaanpassung vereinbart.⁵³ Das BMG wird diesen partizipativen Prozess weiter aktiv und engagiert moderieren, vorantreiben und auch teilweise steuern. Neben dem erforderlichen gemeinsamen Handeln werden alle Beteiligten auch eigenverantwortlich die notwendigen Schritte in ihrem jeweiligen Einflussbereich einleiten. Engagement beim Thema Energieeffizienz und Klimawandel von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist bei den Bundesländern und Verbänden sowie Akteurinnen und Akteuren im Pflegesetting gegeben. Sie werden durch das Etablieren unterschiedlicher Förderprogramme, Ziele und Erklärungen dokumentiert.

Hitze stellt eine der größten klimawandelbedingten Gesundheitsgefährdungen für Menschen in Deutschland dar. Hohe Temperaturen und Hitzewellen können bestehende Erkrankungen verschlimmern und zu Hitzerschöpfung, Dehydrierung und einem lebensbedrohlichen Hitzschlag führen. Gerade Menschen im höheren Lebensalter sind aufgrund einer Reihe von Risikofaktoren besonders gefährdet. Das BMG ist sich der Bedeutung des Hitzeschutzes in der Pflege sehr bewusst und nimmt sich dieses Themas daher seit dem Sommer 2023 aktiv an. Mit dem Hitzeschutzplan des BMG⁵⁴ wurden gemeinsam mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen, den Pflegekassen sowie den Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte kurzfristig zahlreiche Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Risikogruppen in der Pflege auf den Weg gebracht, beispielsweise für häuslich versorgte Pflegebedürftige.⁵⁵ Auf Initiative des BMG wurden vom Qualitätsausschuss Pflege im Frühjahr 2024 „Bundeseinheitliche Empfehlungen zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten“ erarbeitet und von der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUg) Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen vorgelegt.⁵⁶ Auf den Informationsseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)⁵⁷ und dem HitzeService-Portal des Klinikums der Universität München⁵⁸, das vom BMG gefördert wird, finden Interessierte Informationen und Maßnahmen für mehr Hitzeschutz sowie die Hitzeschutzaktionspläne, aber auch auf der Seite des vom BMG geförderten Pflegenetzwerks Deutschland⁵⁹ sind weitergehende Informationen für Pflegeeinrichtungen gebündelt.

Die Stiftung viamedica hat im Auftrag des BMG eine umfassende Bestandsaufnahme zum Handlungsfeld Ressourceneffizienz, Klimaschutz und ökologische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen (ReKlimaMed)⁶⁰ durchgeführt. Daraus ist ein „Mapping“ von vorhandenen Ansätzen und Aktivitäten zu ökologischer Nachhaltigkeit, Ressourceneffizienz und Klimaschutz im Gesundheitswesen im gesamten Versorgungsbereich inklusive des Krankenhaussektors entstanden. Unter anderem werden auch gute Praxisbeispiele zur Nachahmung dargestellt. ReKlimaMed bildet durch seinen Überblickscharakter eine wichtige Grundlage zur Planung und Durchführung weiterer Aktivitäten im Bereich Ressourceneffizienz, Klimaschutz und ökologische Nachhaltigkeit. Die Ergebnisse sind – gegliedert nach Bereichen des Gesundheitswesens – auf der Website von viamedica

⁵³ BMG (2022): GEMEINSAME ERKLÄRUNG Gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen eintreten Klimapakt Gesundheit.

⁵⁴ BMG (2023): Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG.

⁵⁵ BMG (2023): Merkblatt Hitze bei Pflegebedarf.

⁵⁶ Qualitätsausschuss (2023): Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

⁵⁷ www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz [abgerufen am 07.08.2024].

⁵⁸ www.hitzeservice.de [abgerufen am 07.08.2024].

⁵⁹ www.pflegenetzwerk-deutschland.de/klimaschutz-und-hitzeschutz-zusammen-denken [abgerufen am 07.08.2024].

⁶⁰ Viamedica (Hrsg.) (2023): Sachbericht zum Projekt Ressourceneffizienz, Klimaschutz und ökologische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Eine Bestandsaufnahme ReKlimaMed, Abschlussbericht.

freigeschaltet.⁶¹ Zwei Forschungsvorhaben zu Ressourceneffizienz im ambulanten Gesundheitswesen sind bereits gestartet und bauen auf den Ergebnissen von ReKlimaMed auf.⁶²

Unter dem Titel „Nachhaltigkeit im Gesundheitssektor gezielt stärken – eine Analyse der Förderlandschaft“ wurde zudem von Partner für Deutschland (PD) (Inhouse-Beratung für die öffentliche Hand, Finanzierung durch das Bundesministerium für Finanzen [BMF] im Rahmen des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans [DARP])⁶³ eine Analyse der Fördermittellandschaft für Gesundheitseinrichtungen im Bereich Umwelt, Klimaschutz und ökologische Nachhaltigkeit (Mai 2022 bis April 2023) realisiert. Diese beinhaltet auch (kommunale) Grundversorger und Universitätsklinika. Damit soll allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ein schneller Überblick über mögliche förderfähige Maßnahmen gegeben sowie Fördermittelgeber und -nehmer schneller zusammengebracht werden.

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) fördert gezielt Klimaanpassungsmaßnahmen in sozialen Einrichtungen. Die Förderung richtet sich an Kindertagesstätten, Krankenhäuser oder Alten- und Pflegeheime, in denen vulnerable Personen betreut werden, die in besonderem Maße unter den Folgen der Klimakrise leiden. Die Förderung von „Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen“ wurde 2020 im Rahmen des Konjunktur- und Zukunftspakets zur Bewältigung der Corona-Krise befristet für die Laufzeit von 2020 bis 2023 mit einem Volumen von 150 Millionen Euro aufgelegt. Im Rahmen des Sofortprogramms Klimaanpassung hat das BMUV festgelegt, dass die Förderung zur Unterstützung sozialer Einrichtungen nach 2023 fortgesetzt und verstetigt wird. Insbesondere werden individuelle Beratungen, umfassende Anpassungskonzepte und konkrete Maßnahmen gefördert, um sich an die klimatischen Belastungen durch den Klimawandel anpassen zu können. Sie reichen von Dach- und Fassadenbegrünungen über Speicherkapazitäten für Regenwasser bis hin zu Sonnensegeln oder Trinkbrunnen. Mit der neuen Förderrichtlinie sollen wirksame Modellvorhaben, die geeignet sind, soziale Einrichtungen klimaresilient zu gestalten, und zur Nachahmung anzuregen, gefördert werden. Damit soll sich der weiträumig erforderliche Umbau der sozialen Einrichtungen in Deutschland an guten Beispielen und nachhaltigen Lösungen orientieren. Voraussichtlich wird es im Jahr 2025 ein weiteres Förderfenster für gemeinnützige oder öffentlich-rechtlich organisierte soziale Einrichtungen und deren Trägerschaften geben. Alle aktuellen Informationen hierzu sind erhältlich bei der Zukunft – Umwelt – Gesellschaft (ZUG)⁶⁴.

Im Zeitraum 2020 bis 2022 hat das BMUV zudem das Flottenaustauschprogramm „Sozial & Mobil“ betrieben, mit dem unter anderem stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten oder Kindertagesstätten dabei geholfen wurde, ihre Flotte auf Elektromobilität umzustellen. Derzeit sind ca. 270.000 Fahrzeuge für die Unternehmen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen auf deutschen Straßen unterwegs, wovon bislang nur eine kleine Zahl elektrisch betrieben wird. Um sozialen Einrichtungen den Umstieg ihrer Flotten auf Elektroantriebe zu erleichtern, wurden sie mit dem Förderprogramm unterstützt. Gefördert wurden die Beschaffung rein batterieelektrischer Neufahrzeuge und der Aufbau von Ladeinfrastruktur. Das BMUV-Förderprogramm hatte ein Volumen von 200 Millionen Euro.

Neben Förderangeboten für Pflegeeinrichtungen, um auf negative Folgen von Klimaveränderungen besser vorzubereiten, gibt es auch gesetzliche Vorgaben, die auf eine bessere Eigenvorsorge der Einrichtungen zielen.

⁶¹ www.viamedica-stiftung.de/projekte/reklimed [abgerufen am 07.08.2024].

⁶² www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/gesundheitsversorgung/oenag.html [abgerufen am 07.08.2024].

⁶³ www.pd-g.de/aktuell-im-fokus/nachhaltigkeit-im-gesundheitswesen [abgerufen am 07.08.2024].

⁶⁴ www.z-u-g.org/anpaso/ [abgerufen am 07.08.2024].

Das nächste Kapitel II.1.2.4 enthält Hintergründe und Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI auch in Krisensituationen.

II.1.2.4 Krisenresilienz

Die COVID-19-Pandemie hat die Vulnerabilität der Gesellschaft gegenüber Infektionslagen verdeutlicht. Auch viele Pflegeeinrichtungen wurden von diesem Ereignis überrascht, da eine Vorbereitung auf epidemische Ereignisse mit derartigen Ausmaßen bisher nicht erfolgt war. Neben materiellen Schwierigkeiten wie dem anfänglichen Mangel an persönlicher Schutzausrüstung stellte die Pandemie die Pflegeeinrichtungen auch konzeptionell vor große Herausforderungen, insbesondere bei der Aufrechterhaltung der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sowie auch beim Management von Krankheitsausbrüchen.

Auch Hochwassersituationen haben in Pflegeeinrichtungen zu großen Schäden und auch dazu geführt, dass in etlichen Regionen Heime evakuiert werden mussten. Beispiele sind das – schon zurückliegende – Hochwasser vom August 2002 insbesondere in Sachsen-Anhalt und Sachsen (allein in Sachsen wurden 1.286 Personen aus Alters- und Pflegeheimen evakuiert)⁶⁵, im Berichtszeitraum insbesondere das Hochwasser in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen im Juli 2021⁶⁶ und zuletzt die in der ersten Jahreshälfte 2024 aufgetretenen Hochwasser im Saarland⁶⁷, bei denen auch viele Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner betroffen waren. Wie in Kapitel II.1.2.3 bereits dargestellt, ist zukünftig mit einer Zunahme dieser klimawandelbedingten Extremwetterereignisse wie insbesondere Hitze, Hochwasser und Starkniederschlag zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund wuchs im Berichtszeitraum das Bewusstsein dafür, wie wichtig es ist, dass Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf Katastrophensituationen Vorkehrungen wie die Bevorratung von Sachmitteln (z. B. Atemschutzmasken für Infektionslagen) und die Etablierung und Einübung von Verfahren (Krisenpläne, Evakuierungspläne) treffen.

Daher hat auch der Gesetzgeber auf die Notwendigkeit des Ausbaus von Vorsorgemaßnahmen in Pflegeeinrichtungen reagiert. Mit einer Ergänzung des § 113 SGB XI im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde der Qualitätsausschuss Pflege verpflichtet, die Maßstäbe und Grundsätze für die Pflegequalität in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege um flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen zu ergänzen. Im Herbst 2022 wurden diese Vereinbarungen für die jeweiligen Versorgungsformen beschlossen und im Bundesanzeiger veröffentlicht. Die Maßstäbe und Grundsätze sind abrufbar auf der Internetseite des Qualitätsausschusses.⁶⁸

Die zentrale Aussage verdeutlicht, wie vielfältig Krisenbedrohungen sein können und wie wichtig eine umfassende Krisenvorbereitung ist. Sie lautet: „Für den Fall akuter Krisensituationen, wie anhaltende Stromausfälle, Brände, Bombenfunde, Unwetter/Naturkatastrophen oder Pandemien, die Einfluss auf die Versorgung haben können, hält der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung in Absprache mit den Gefahrenabwehrbehörden seiner Kommune ein Krisenkonzept vor. Der Träger hält einen Pandemieplan entsprechend den Vorgaben der

⁶⁵ Unabhängige Kommission der Sächsischen Staatsregierung (2002): Bericht der Unabhängigen Kommission der Sächsischen Staatsregierung Flutkatastrophe 2002.

⁶⁶ Siehe z. B. www.alloheim.de/magazin/artikel/hochwasser-2021-grosse-solidaritaet-und-hilfsbereitschaft Stand vom 06.08.2021 [abgerufen am 19.06.2024] und www.ksta.de/region/rhein-erft/erftstadt/flut-in-erftstadt-pflegeheim-in-frauenthal-wieder-hergestellt-672848 vom 27. Oktober 2023 [abgerufen am 19.06.2024].

⁶⁷ Siehe www.lokalo.de/artikel/326579/saar-teilevakuierung-in-schoden-ist-abgeschlossen-altenheim-saarburg-wird-evakuiert/#google_vignette [abgerufen am 20.06.2024] und in Bayern www.merkur.de/bayern/hochwasser-bayern-verzweiflung-altenheim-kaempft-mit-folgen-bittet-um-spenden-93113604.html [abgerufen am 20.06.2024].

⁶⁸ Siehe www.gs-qa-pflege.de/download [abgerufen am 13.08.2024].

Gesundheitsbehörden vor.⁶⁹ Die zu treffenden Maßnahmen sind auf die Sicherstellung der elementaren körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen auch in Krisensituationen auszurichten. Hierfür sind insbesondere Krisenkonzepte vorzuhalten, in denen personelle Zuständigkeiten sowie Maßnahmen zur internen und externen Kommunikation und zur Bevorratung festzulegen sind.

Aus der Selbstverwaltung und aus der Wissenschaft wurden diese gesetzgeberischen Maßnahmen und fachlichen Entwicklungen mit konkreten Initiativen und Planungsgrundlagen unterstützt. Dies ist hilfreich, um die Vorgaben der Vereinbarungen auf Einrichtungsebene umsetzen zu können.

Im Herbst 2023 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) eine „Handreichung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen“ vorgelegt. Kurz darauf folgte die Handreichung für ambulante Pflegeeinrichtungen „Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen für ambulante Pflegeeinrichtungen“.⁷⁰ Aus dem Bereich der Pflegefachwelt und der Pflegewissenschaft sind z. B. parallele Empfehlungen von der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUPIK) entwickelt worden.⁷¹

Das BMG hat auf einer Fachveranstaltung am 6. Dezember 2023 das Thema Krisenresilienz mit einem Rückblick auf Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie und auch auf das Ahr-Hochwasser von 2021 kombiniert. Die Veranstaltung verdeutlichte damit plastisch die Notwendigkeit einer durchdachten und planvollen Krisenvorbereitung. Auch die genannten Handreichungen wurden präsentiert.⁷²

Insgesamt ist dieser Prozess der Verbesserung der Krisenvorbereitung in der Pflege eingebettet in die Gesamtstrategie der Bundesregierung zur Stärkung der Resilienz kritischer Infrastrukturbereiche. So sieht die „Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai-Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030“ des BMI aus dem Jahr 2022⁷³ vor, dass auch Pflegeeinrichtungen sich besser auf Krisensituationen vorbereiten. Hierzu gehören z. B. die Weiterentwicklung des Risikomanagements für die Pflege, eine engere Verzahnung zwischen Katastrophenvorsorge und Pflege und die Etablierung einer krisenfesten Pflege.

II.1.3 Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Erziehungsaufwand

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 7. April 2022 (1 BvL 3/18 u. a.) entschieden, dass das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung insoweit mit dem Grundgesetz unvereinbar ist, als beitragspflichtige Eltern unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet

⁶⁹ Qualitätsausschuss (2023): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018, zuletzt geändert am 5. April 2023.

⁷⁰ BAGFW (2023): Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen Handreichung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen, Stand 8. September 2023, Version 2.0; BAGFW (2023): Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen Handreichung für ambulante Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen, Stand 6. November 2023, Version 1.0.

⁷¹ Ewers, M.; Lessinnes, S.; u. a. (2022): Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen.

⁷² Siehe www.pflegenetzwerk-deutschland.de/coronalehren-krisenresilienz [abgerufen am 13.08.2024].

⁷³ BMI (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen, Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030.

werden. Es hat dem Gesetzgeber aufgegeben, spätestens bis zum 31. Juli 2023 verfassungskonforme Regelungen zu schaffen.

Zur Umsetzung dieses Beschlusses wurde mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege vom 19. Juni 2023 ein Abschlag für Mitglieder mit Kindern in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind unter 25 Jahren eingeführt. Dies gilt vom zweiten bis zum fünften Kind. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt bis zu 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte. Der Abschlag wird somit grundsätzlich auch für Kinder gewährt, die vor Vollendung des 25. Lebensjahres versterben. Bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben. Die Regelungen sind am 1. Juli 2023 in Kraft getreten.

Eltern mit mehreren Kindern werden somit in der Zeit der aktiven Kindererziehung spürbar entlastet. Für Mitglieder mit einem Kind gilt weiterhin der reguläre Beitragssatz von derzeit 3,4 Prozent. Dieser gilt auch für Eltern mit mehreren Kindern, wenn nicht mehr mindestens zwei Kinder jünger als 25 Jahre alt sind.

Zur Finanzierung der Abschläge für Kinder wurde der Beitragszuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Beitragssatz liegt damit für Kinderlose bei 4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Beitragssatz von 3,4 Prozent zzgl. des Beitragszuschlags für Kinderlose). Den Kinderlosenzuschlag (KLZ) tragen die Mitglieder allein. Den Beitrag von 3,4 Prozent tragen Beschäftigte und Arbeitgeber grundsätzlich zur Hälfte, also jeweils zu 1,7 Prozent. Eine abweichende Regelung gilt im Bundesland Sachsen, das bei der Einführung der Pflegeversicherung keinen Feiertag gestrichen hatte. Dort entfallen von den 3,4 Prozent: 2,2 Prozent auf die Beschäftigten und 1,2 Prozent auf die Arbeitgeber. Der Arbeitgeberanteil ist unabhängig von der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder. Werden Abschläge für Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt, gelten sie nur für den Arbeitnehmeranteil.

Für die Berücksichtigung der Abschläge muss die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren gegenüber der beitragsabführenden Stelle (z. B. der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber oder dem Rentenversicherungsträger) nachgewiesen sein, es sei denn, dieser sind die Angaben bereits bekannt. Bei Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern ist der Nachweis gegenüber der Pflegekasse zu führen.

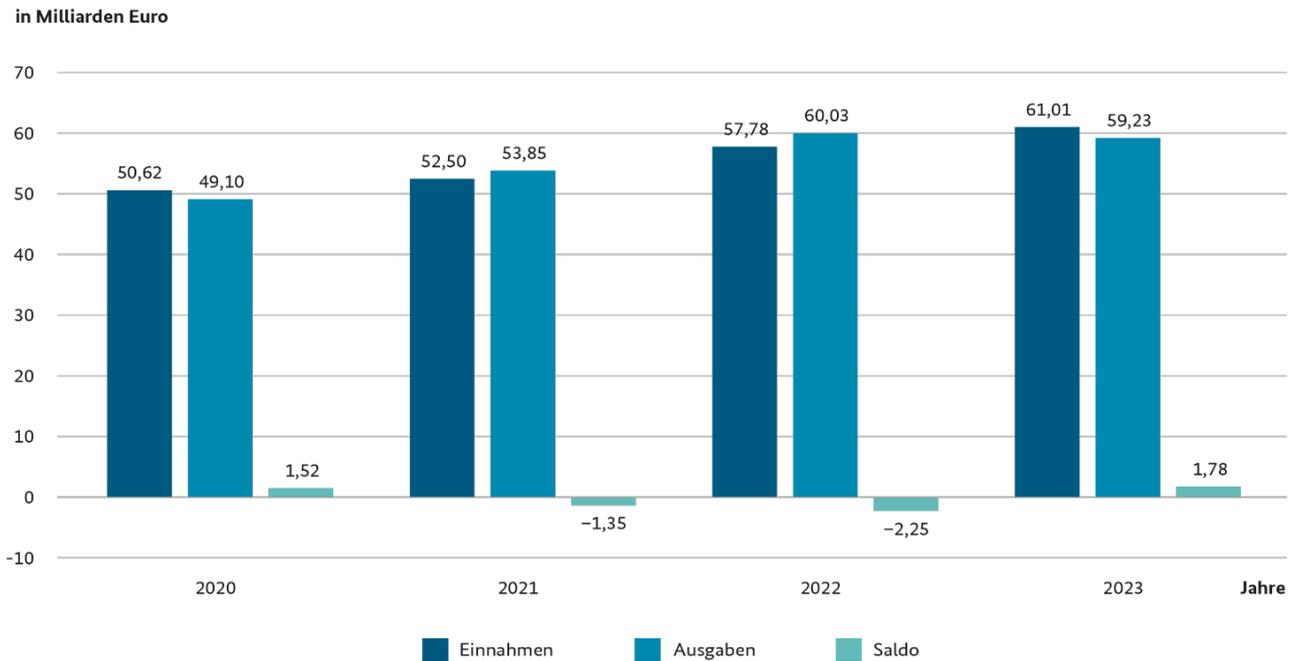
Die Umsetzung der – je nach Kinderzahl – unterschiedlichen Beitragssätze ist für die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen mit nicht unerheblichem Aufwand verbunden. Deshalb sieht der Gesetzgeber für sie eine Übergangsfrist vor: Können die Abschläge von ihnen nicht direkt ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025, zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist zu verzinsen. Außerdem gilt in dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 der Nachweis hinsichtlich der Kinder unter 25 Jahren auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt. Auf die Vorlage und Prüfung konkreter Nachweise kann in diesem Fall verzichtet werden. Spätestens nach dem Übergangszeitraum müssen die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen die Angaben jedoch überprüfen.

Um sowohl die Eltern als auch die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen von Verwaltungsaufwand zu entlasten, soll bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt werden. Damit sollen den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen die Daten zu den berücksichtigungsfähigen Kindern bis spätestens zu diesem Zeitpunkt in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden.

II.1.4 Finanzielle Lage und Stabilisierung

Im Jahr 2020 beliefen sich die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf ca. 50,6 Milliarden Euro. Bis 2023 stiegen die Einnahmen im Vergleich zu 2020 um 20,5 Prozent auf etwa 61 Milliarden Euro. Die Ausgaben betragen 2020 ca. 49,1 Milliarden Euro; bis 2023 sind sie auf rund 59,2 Milliarden Euro und damit um 20,7 Prozent gestiegen.

Abbildung 3: Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Die soziale Pflegeversicherung wies Ende 2023 einen Mittelbestand von etwa 6,9 Milliarden Euro aus, dies entsprach 1,4 Monatsausgaben. Die Untergrenze für einen Mindestmittelbestand stellen 1,0 Monatsausgaben dar. Bei diesem Mittelbestand funktioniert der zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen notwendige monatliche Finanzausgleich noch ohne Schwierigkeiten. Möglich war dies u. a. durch die Beitragssatzerhöhung zum 1. Juli 2023, welche einen Überschuss von rund 1,8 Milliarden Euro im Gesamtjahr 2023 ergab, den Bundeszuschuss nach § 61a SGB XI, welcher vorgezogen wurde (siehe hierzu auch Kapitel II.1.4.2), sodass ab Januar 2023 890 Millionen Euro von insgesamt einer Milliarde Euro dieses Zuschusses zur Liquiditätssicherung sowie eine Verschiebung der Zahlungen für das Jahr 2023 an den Pflegevorsorgefonds in das Jahr 2024 genutzt werden konnten. Die ebenfalls zum 1. Juli 2023 in Kraft getretene Differenzierung des Beitragssatzes nach der Kinderzahl vor dem Hintergrund eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts ist in ihrer Gesamtwirkung finanzneutral.

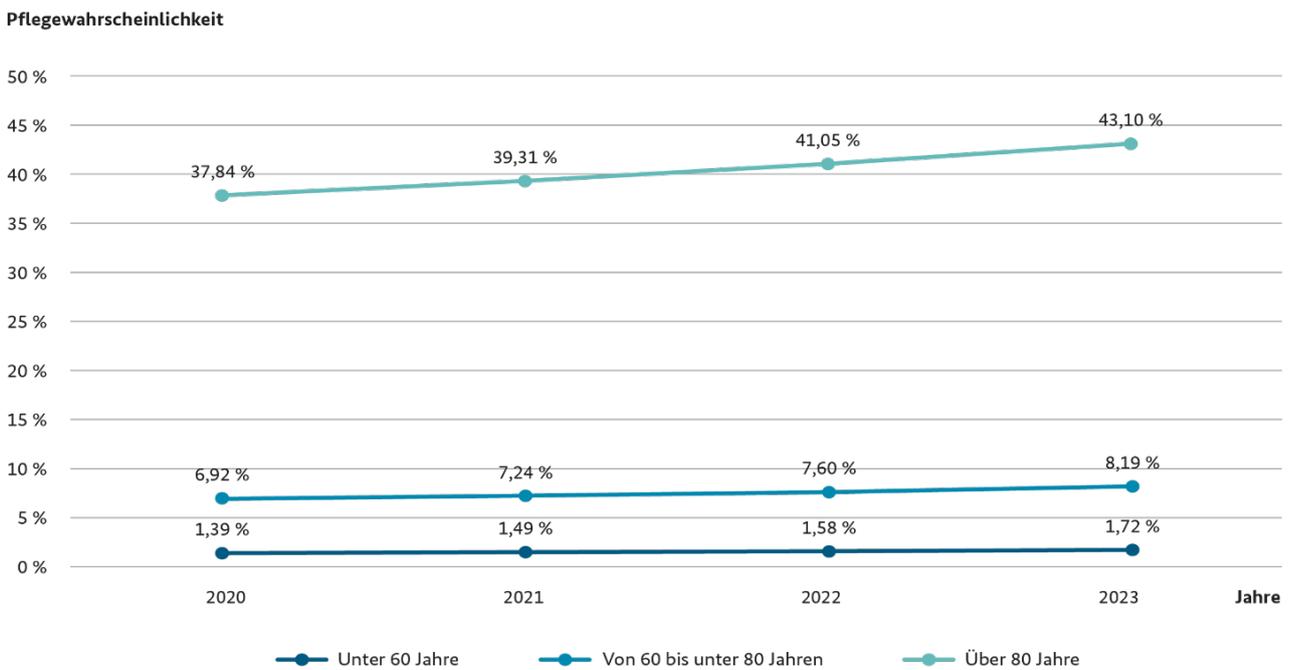
II.1.4.1 Finanzielle Herausforderungen

Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist in den Jahren 2020 bis 2023 zum einen durch die Corona-Pandemie geprägt worden, zum anderen beeinflussen strukturelle Faktoren wie beispielsweise der demografische Wandel sowie der anhaltend starke Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen die Finanzsituation langfristig und tiefgreifend. Dieser Anstieg ist im Berichtszeitraum sogar deutlich höher ausgefallen, als er sich rein demografisch bedingt bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit unter den Bedingungen

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erklären lassen würde. Im Jahr 2022 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung um rund 270.000 und im Jahr 2023 sogar um rund 360.000 angestiegen. Das BMG beabsichtigt, die Ursachen für diesen unerwartet starken Anstieg wissenschaftlich zu analysieren.

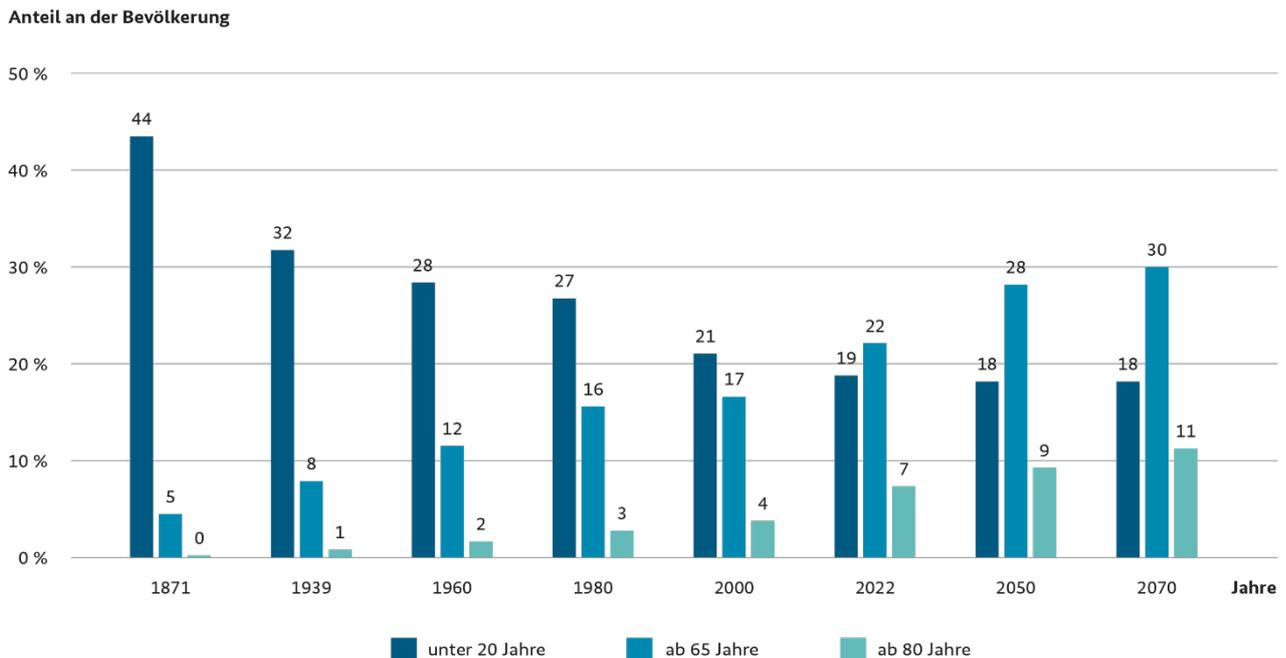
Auch künftig ist infolge einer weiter steigenden Lebenserwartung sowie einer Geburtenrate unterhalb von zwei und damit unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus mit einer steigenden Zahl der Pflegebedürftigen absolut und relativ zur Gesamtbevölkerung zu rechnen. Eine steigende Lebenserwartung wirkt sich bei altersspezifisch konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten dahin gehend aus, dass mehr Menschen in ihrem Leben pflegebedürftig werden. Den Zusammenhang verdeutlicht die folgende Abbildung.

Abbildung 4: Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit nach Lebensalter (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Neben der demografiebedingten Zunahme der Pflegebedürftigen ist die Zahl der Beitragszahlenden ebenfalls von hoher Bedeutung, da die laufenden Ausgaben der Pflegeversicherung größtenteils durch Beiträge der aktuellen Mitglieder gedeckt werden. Durch den erwartbaren Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in der Zukunft und durch eine Pflegeprävalenz, die aktuell über dem demografisch erwarteten Niveau liegt, stellen die demografischen Veränderungen eine Herausforderung für die soziale Pflegeversicherung dar (Abbildung 4).

Abbildung 5: Anteile der Bevölkerung unter 20 Jahren, ab 65 Jahre und ab 80 Jahre (1871 bis 2070^a)

^a 1871 und 1939 Reichsgebiet, 1960 und 1980 früheres Bundesgebiet und Gebiet der ehemaligen DDR insgesamt, ab 2000 Deutschland
2050 und 2070: Ergebnisse der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder, Variante 2: Moderate Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung (langfristiger Wanderungssaldo: 250.000 jährlich)

Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: BiB

Hinzu kommt, dass seit dem 1. September 2022 für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste die Verpflichtung gilt, ihre Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung nach Tarif zu bezahlen. So sind die Löhne in der Alten- bzw. Langzeitpflege bundesweit sowohl auf Helfer- als auch Fachkraftniveau zwischen 2021 und 2023, d. h. im Zuge der Umsetzung der Regelungen, deutlich gestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes erhielten vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in der Altenpflege im April 2023 durchschnittlich 3.920 Euro. Beschäftigte mit Helfertätigkeiten in der Altenpflege verdienten 2022 erstmals mehr als alle Beschäftigten auf Helferniveau. Dies wirkt sich kostensteigernd auf die Pflegesätze und damit auf die Kosten der nach Verweildauer gestaffelten Eigenanteilsbegrenzungsregelung in der stationären Pflege aus.

II.1.4.2 Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation

Zum 1. Juli 2023 wurde zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen des PUEG vorgesehenen Leistungsanpassungen der allgemeine Beitragssatz um 0,35 Prozentpunkte auf 3,4 Prozent angehoben. Diese Maßnahme ist im ersten Jahr mit Mehreinnahmen in Höhe von rund 6,6 Milliarden Euro verbunden (danach aufwachsend).

Des Weiteren leistete der Bund zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 gemäß § 61a SGB XI einen Zuschuss zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von jährlich einer Milliarde Euro. Aufgrund der angespannten Haushaltslage wird dieser Zuschuss laut dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 für die Jahre 2024 bis 2027 allerdings ausgesetzt und ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen. Zur Gegenfinanzierung des für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzten

Bundeszuschusses wird in den Jahren 2024 bis 2027 die Zuführung von Mitteln der SPV an den Pflegevorsorgefonds um jährlich eine Milliarde Euro, von 1,7 Milliarden Euro auf 0,7 Milliarden Euro, abgesenkt.

Darüber hinaus wurde der sozialen Pflegeversicherung mit dem Haushaltsgesetz 2022 gemäß § 61a Absatz 2 SGB XI ein Darlehen in Höhe von insgesamt einer Milliarde Euro gewährt. Dieses Darlehen wurde zur Hälfte (also 0,5 Milliarden Euro) bis zum 31. Dezember 2023 zurückgezahlt. Die andere Hälfte ist bis zum 31. Dezember 2028 rückzahlbar.

Weiterhin wurde mit Inkrafttreten des PUEG am 1. Juli 2023 die Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds von 1,7 Milliarden Euro für das Jahr 2023 auf das darauffolgende Jahr 2024 verschoben.

Über diese akuten Maßnahmen hinaus wurde die Bundesregierung mit dem PUEG beauftragt, bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorzulegen. Hierbei sollte insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden, auch im Zusammenhang der Leistungsdynamisierung. Hierfür wurde eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Federführung des BMG eingesetzt, die ihre Arbeit im Juni 2023 aufgenommen und am 31. Mai 2024 beendet hat. Das Kabinett hat den Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ samt Anlagen in seiner Sitzung am 3. Juli 2024 beschlossen.

II.2 Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung

Tabelle 1: Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum

Gesetz/Verordnung	Beschreibung
Vierte Pflegearbeitsbedingungenverordnung (4. PflegeArbbV) Inkrafttreten ab: 1. Mai 2020 Banz AT 28. April 2020 V2	Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 22. April 2020. Aufgehoben durch die Fünfte Verordnung vom 20. April 2022, die zum 1. Mai 2022 in Kraft getreten ist. Die Verordnung erhöht den Pflegemindestlohn und sieht einen über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehenden zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub vor.
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 22. Dezember 2020 Inkrafttreten: 1. Januar 2021 BGBl. 2020 I Nr. 66, S. 3299	Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen einschl. Kurzzeitpflege, Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelpfehlungen bei der Pflegebegutachtung; Modellprogramme zur Förderung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen, wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen; Berücksichtigung digitaler Technologien in der Pflegehilfsmittelversorgung und bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.
Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) vom 3. Juni 2021 Inkrafttreten ab: 9. Juni 2021 BGBl. 2021 I, S. 1309	Schwerpunkte sind digitale Pflegeanwendungen und die Möglichkeit von Beratung sowie von Pflegekursen in digitaler Form. Medizinische Dienste werden bei der Wahrnehmung von Aufgaben in der Pflegeversicherung an die TI eingebunden. Digitale Gesundheitskompetenzen werden weiter gestärkt. Leistungserbringer werden durch gesetzliche Datenschutz-Folgenabschätzung entlastet.
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 Inkrafttreten: 20. Juli 2021 BGBl. 2021 I, S. 2754 (2022 I S. 1025)	Der von den Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zu entrichtende Eigenanteil an den Pflegekosten wird prozentual begrenzt, die ambulanten Sachleistungsbeträge und der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege werden angehoben. Zugleich Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung in § 88a SGB XI zur Abgabe von Empfehlungen zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege unter Berücksichtigung insbesondere der verschiedenen Arten und Formen sowie der inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. Im Bereich der häuslichen Pflege und Langzeitpflege (SGB V, SGB XI und Pflegeberufegesetz) werden insbesondere Regelungen eingeführt, die zentrale Beschlüsse der Konzierten Aktion Pflege umsetzen und auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden zielen (insbes. Personalbemessungsverfahren in der stationären Pflege, Zahlung nach Tarif in der Langzeitpflege). Zur Finanzierung der Maßnahmen wird ein jährlicher Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro eingeführt und der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte angehoben.
Fünfte Pflegearbeitsbedingungenverordnung (5. PflegeArbbV)	Fünfte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 20. April 2022. Aufgehoben durch die Sechste Verordnung vom 28. November 2023, die zum 1. Februar 2024 in Kraft getreten ist. Die

Gesetz/Verordnung	Beschreibung
Inkrafttreten ab: 1. Mai 2022 Banz AT 26. April 2022 V1	Verordnung erhöht den Pflegemindestlohn und sieht einen über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehenden zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub vor.
Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 Inkrafttreten: 30. Juni 2022 BGBl. 2022 I, S. 938 (2023 I Nr. 42)	Bereitstellung von einer Milliarde Euro für Prämienzahlungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege wegen der besonderen Belastung durch die COVID-19-Pandemie, bürokratiearme und transparente Umsetzung der bestehenden Regelungen zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tariffhöhe durch zugelassene Pflegeeinrichtungen.
Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) vom 29. September 2022 Inkrafttreten: 7. Oktober 2022 BGBl. 2022 I, S. 1568	Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vom 29. September 2022.
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 Inkrafttreten ab: 1. Juli 2023 BGBl. 2023 I Nr. 155	Umfangreiche Anpassungen in der Pflegeversicherung zur Verbesserung der Pflege, insbesondere Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen sowie Verbesserung der Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende. Anhebung des Beitragsatzes u. a. zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung sowie Einführung einer Differenzierung des Beitragsatzes nach Kinderzahl (Umsetzung der Bundesverfassungsgericht(BVerfG)-Entscheidung), allgemeine Leistungsdynamisierung sowie Anhebung der Zuschläge zur Begrenzung der Eigenanteile bei vollstationärer Pflege, neuer Anspruch auf pflegerische Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, Verbesserung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld, schrittweise Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, Verbesserung der Transparenz für Leistungsbeziehende, Förderung der Digitalisierung in der Pflege, Neustrukturierung und -systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Beschleunigung des Personalbemessungsverfahrens, regelhafte Finanzierung von Springerpools zur Entlastung des Pflegepersonals bei Personalausfällen, Anreize für eine weitergehende Qualifizierung von Pflegehilfskraftpersonal.
Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) vom 12. Dezember 2023 Inkrafttreten: 16. Dezember 2023 BGBl. 2023 I Nr. 359	Steigerung der Attraktivität des Pflegestudiums durch Integration der Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen in das bestehende System der beruflichen Pflegeausbildung, Ausbildungsvergütung für die gesamte Dauer des Studiums, ebenfalls finanziert über die Ausgleichsfonds in den Ländern, Struktur- der Organisationsänderungen der Praxiseinsätze sowie Ausgestaltung als duales Studium, Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen auch der beruflichen Pflegeausbildung auf der Grundlage inzwischen vorliegender Umsetzungserfahrungen; Verbesserung der Pflegefachkräfteeinwanderung durch weitere Vereinheitlichung und Vereinfachung der Anerkennungsverfahren.

Gesetz/Verordnung	Beschreibung
Sechste Pflegearbeitsbedingungenverordnung (6. PflegeArbbV) vom 28. November 2023 Inkrafttreten: 1. Februar 2024 BGBl. 2023 I Nr. 336	Sechste Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 28. November 2023, die zum 01. Februar 2024 in Kraft getreten ist. Die Verordnung erhöht den Pflegemindestlohn und sieht einen über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehenden zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub vor.

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

II.2.1 Verbesserung der Leistungen und Ausbau der Versorgung

Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und abhängig von den persönlichen Lebensumständen der Personen können sich die Leistungsempfängerinnen und -empfänger für unterschiedliche Leistungen entscheiden. Die meisten Menschen möchten trotz Hilfe- und Unterstützungsbedarf so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. In § 3 SGB XI ist daher der Vorrang der häuslichen Pflege verankert. Im Jahr 2023 wurden 4,7 Millionen Pflegebedürftige bzw. rund 84 Prozent zu Hause versorgt und überwiegend von Angehörigen gepflegt. 0,9 Millionen Pflegebedürftige, rund 16 Prozent der pflegebedürftigen Menschen insgesamt, lebten im Jahr 2023 in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

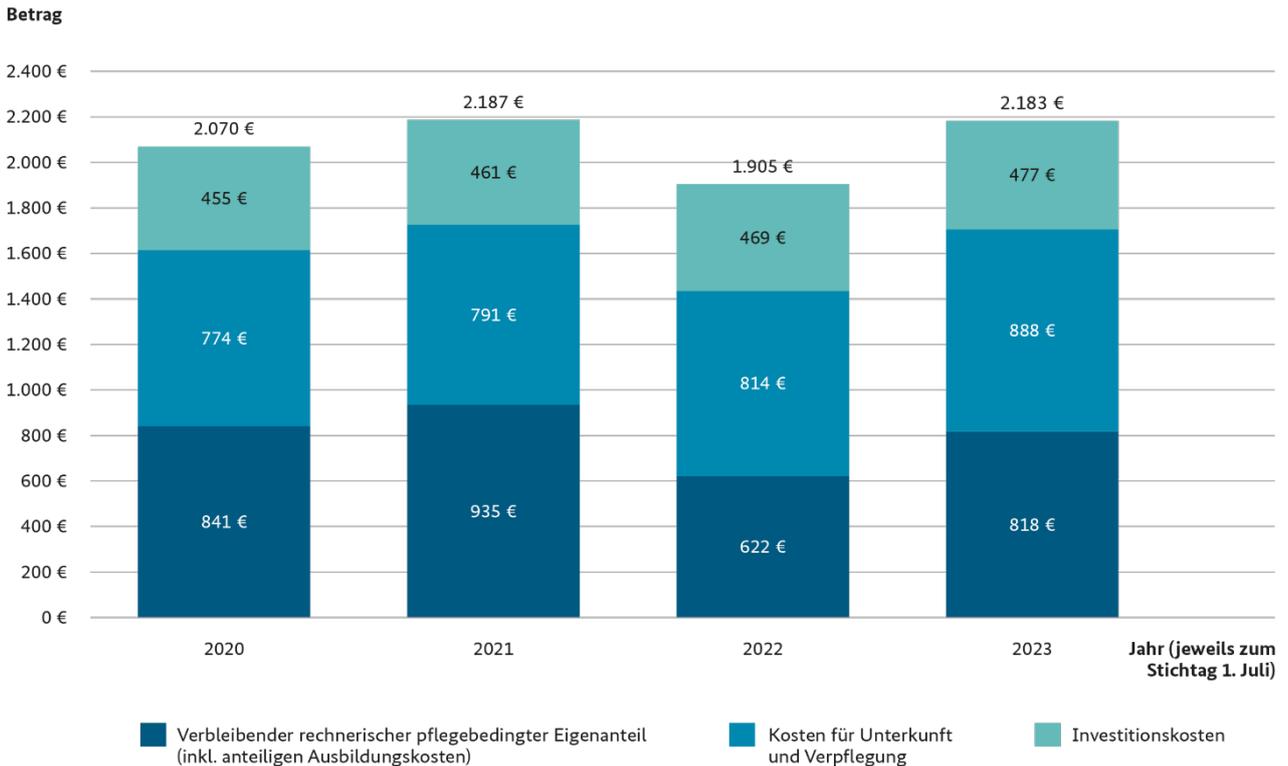
Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 ging mit umfassenden Leistungsverbesserungen und -ausweitungen einher. Seitdem werden die Leistungen mit dem Ziel, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen weiter zu unterstützen und zu entlasten, kontinuierlich weiterentwickelt. Im Folgenden werden die im Berichtszeitraum umgesetzten Verbesserungen, Vereinfachungen und finanziellen Entlastungen sowie die gesetzten Anreize zum Ausbau der Versorgungsstrukturen dargestellt.

II.2.1.1 Finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen

Vollstationärer Bereich

Die Höhe der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden monatlichen Kosten bei vollstationärer Versorgung variiert zwischen den Regionen und den einzelnen Einrichtungen. Im Bundesdurchschnitt hat sich die finanzielle Gesamtbelastung bei einer vollstationären Versorgung von 2.070 Euro im Jahr 2020 auf 2.183 Euro im Jahr 2023 erhöht. Im Zeitverlauf ergibt sich daraus eine Erhöhung von rund 5,5 Prozent (113 Euro). Die finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung setzt sich aus den Investitionskosten, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie dem – nach den Leistungen der Pflegeversicherung – verbleibenden rechnerisch pflegebedingten Eigenanteil zusammen. Die Investitionskosten sind von 2020 auf 2023 im Durchschnitt um 22 Euro (rund 4,3 Prozent) gewachsen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind von 774 Euro im Jahr 2020 auf 888 Euro in 2023 gestiegen. Dies entspricht einer Differenz von 114 Euro und somit einem Anstieg von etwa 14,7 Prozent. Die pflegebedingten Eigenanteile sind hingegen von durchschnittlich 841 Euro im Jahr 2020 auf 818 Euro im Jahr 2023 gesunken. Dies entspricht einer Reduzierung von ca. 2,7 Prozent.

Abbildung 6: Entwicklung des monatlichen pflegebedingten Eigenanteils und der monatlichen finanziellen Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung) auf Basis von Daten des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Der Rückgang der pflegebedingten Eigenanteile ist auf den mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) eingeführten § 43c SGB XI zurückzuführen. Die soziale Pflegeversicherung übernimmt seit dem 1. Januar 2022 mit einem Leistungszuschlag einen prozentualen Anteil des nach Berücksichtigung des pflegegradabhängigen Leistungsbetrags verbleibenden pflegebedingten Eigenanteils. Die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen werden dahin gehend gemindert, dass es je nach der Verweildauer der pflegebedürftigen Person in der vollstationären Versorgung gestaffelte Zuschüsse gibt.

Vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023 galten folgende Zuschläge zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen⁷⁴.

⁷⁴ Zum 1. Januar 2024 wurden diese Zuschläge um fünf bis zehn Prozentpunkte erhöht.

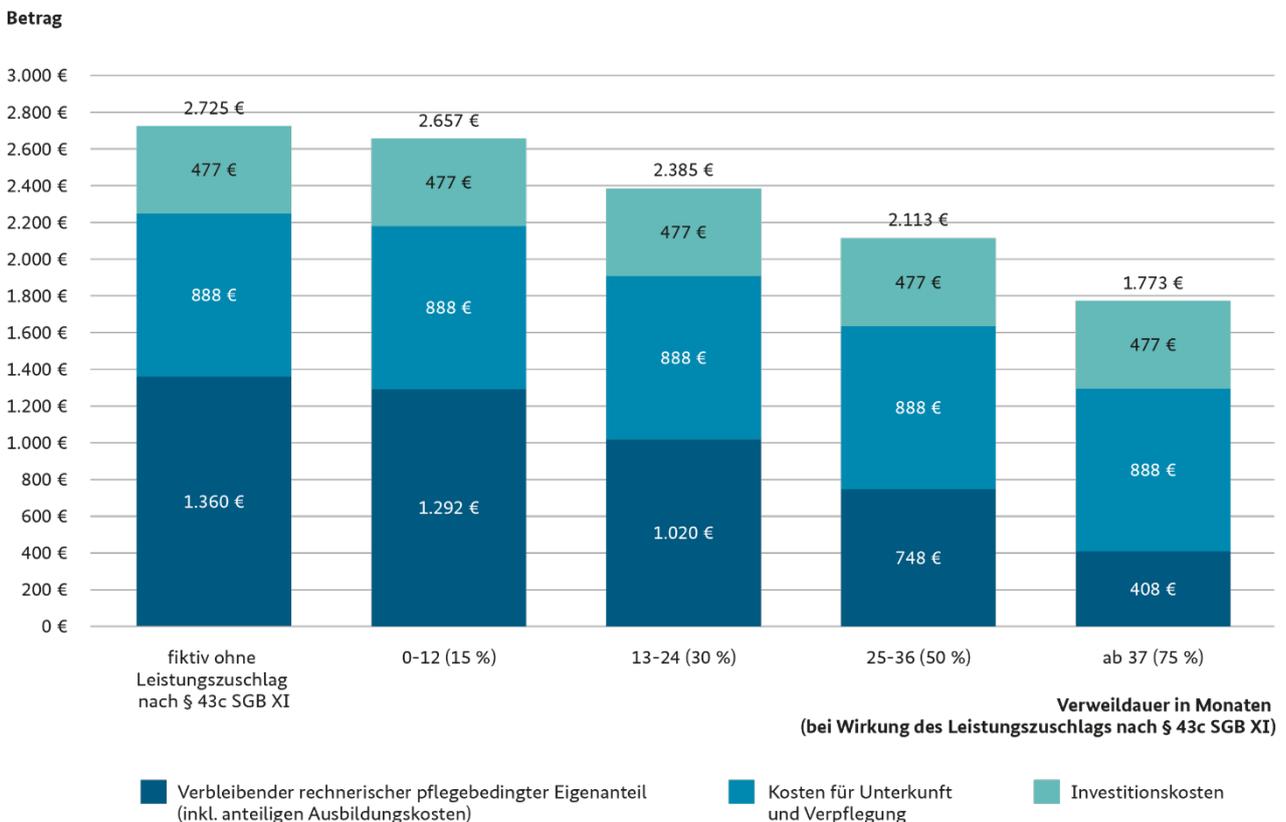
Tabelle 2: Übersicht zum monatlichen Zuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen

Verweildauer	Zuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen vom 01.01.2022 bis 31.12.2023 (in %)
0 bis 12 Monate	5
13 bis 24 Monate	25
25 bis 36 Monate	45
ab 37 Monaten	70

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Im Bundesdurchschnitt ergab sich unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zum Stichtag 1. Juli 2023 folgendes Bild:

Abbildung 7: Übersicht über die bundesdurchschnittliche monatliche finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Pflege



Quelle: BMG (eigene Darstellung) auf Basis von Daten des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Mit dem PUEG wurden die Anteile an den pflegebedingten Aufwendungen, die die Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet, **ab dem 1. Januar 2024** angehoben:

- bei einer Verweildauer von 0 bis 12 Monaten von 5 auf 15 Prozent,

- bei einer Verweildauer von 13 bis 24 Monaten von 25 auf 30 Prozent,
- bei einer Verweildauer von 25 bis 36 Monaten von 45 auf 50 Prozent und
- bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten von 70 auf 75 Prozent

des von der oder dem Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflegeeinrichtung zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Damit wird bei den Pflegebedürftigen jeweils eine spürbare Entlastung bewirkt.

Ambulanter Bereich und allgemeine Leistungsbetrags erhöhungen

Im ambulanten Bereich wurde mit dem GVWG die **Pflegesachleistungen** nach § 36 SGB XI, auf die Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch haben, ab dem 1. Januar 2022 um 5 Prozent auf folgende Beträge erhöht⁷⁵.

Pflegegrad 2: bis zu 724 Euro (davor 689 Euro)

Pflegegrad 3: bis zu 1.363 Euro (davor 1.298 Euro)

Pflegegrad 4: bis zu 1.693 Euro (davor 1.612 Euro)

Pflegegrad 5: bis zu 2.095 Euro (davor 1.995 Euro)

Des Weiteren wurde der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für Leistungen der **Kurzzeitpflege** ab dem 1. Januar 2022 um 10 Prozent angehoben. Für die Kurzzeitpflege stehen demnach seither bis zu 1.774 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung (vorher: 1.612 Euro). Nach wie vor können die nicht ausgeschöpften Mittel der Verhinderungspflege genutzt werden, um den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege entsprechend zu erhöhen. Damit stehen seit dem 1. Januar 2022 gemäß § 42 Absatz 2 SGB XI bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Mit dem PUEG wurde ferner eine **Anpassung der Leistungsbeträge** der Pflegeversicherung in Bezug auf den **ambulanten Bereich sowie** in Bezug auf **alle im SGB XI benannten Leistungsbeträge** geregelt. Das PUEG sieht eine Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in drei Stufen vor:

- Im ersten Schritt wurden die Hauptleistungen im häuslichen Bereich angehoben: Zum **1. Januar 2024** wurden die Beträge des Pflegegeldes jeweils um 5 Prozent angehoben. Gleichzeitig wurden auch die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, also häusliche Pflegehilfen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, jeweils um 5 Prozent erhöht.
- Zum **1. Januar 2025** steigen dann sämtliche Leistungsbeträge der Pflegeversicherung um 4,5 Prozent.
- Zum **1. Januar 2028** ist gemäß PUEG eine weitere Erhöhung vorgesehen in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigter Arbeitskraft im selben Zeitraum. Hierbei werden erneut sämtliche Leistungsbeträge der Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung dynamisiert.

⁷⁵ Zum 1. Januar 2024 sind die Beträge für die ambulanten Pflegesachleistungen erneut um 5 Prozent gestiegen. Siehe für die Leistungsbetragsanhebungen im Rahmen des PUEG die nachfolgenden Ausführungen.

II.2.1.2 Verbesserte Leistungen und Entlastung pflegender Angehöriger

Mit dem PUEG konnten zudem weitere Verbesserungen umgesetzt werden, die Pflegebedürftigen zugutekommen und gleichzeitig zu einer Entlastung pflegender An- und Zugehöriger beitragen. Hier sind insbesondere die Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in zwei Stufen sowie die Einführung einer neuen Leistung zur vollstationären Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch eine Pflegeperson zu nennen.

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Im Bereich der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege werden durch das PUEG Änderungen eingeführt, die in zwei Stufen in Kraft treten. Mit der zweiten Stufe werden ab 1. Juli 2025 grundlegende Vereinfachungen für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 vorgenommen, eine erste Stufe – die hierauf zum Teil vorgreift – betrifft Leistungen für junge Schwerstpflegebedürftige und trat bereits am 1. Januar 2024 in Kraft. Im Folgenden werden beide Stufen beschrieben.

Künftige volle Umsetzung der Vereinfachungen – Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zum 1. Juli 2025

Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengefasst. Damit wird für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ab dem 1. Juli 2025 ein kalenderjährlicher Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung stehen, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Die bisher unterschiedlichen, für die Versicherten schwer verständlichen Regelungen zur Übertragung zwischen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entfallen damit. Die Höhe des neuen Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege wird ab 1. Juli 2025 bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr betragen.

Gleichzeitig werden die Anspruchsvoraussetzungen vereinheitlicht und entbürokratisiert. So wird die zeitliche Höchstdauer der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege.

Zudem entfällt ab dem 1. Juli 2025 das Erfordernis einer sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Damit wird der Anspruch auf Verhinderungspflege – wie heute bereits der Anspruch auf Kurzzeitpflege – künftig unmittelbar ab dem Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden können.

Zeitgleich werden Informations- und Transparenzregelungen eingeführt, die dazu dienen, dass die Pflegebedürftigen jederzeit im Blick behalten können, in welcher Höhe Leistungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden, sodass sie nachverfolgen können, in welcher Höhe der Betrag jeweils noch zur Verfügung steht.

Vorgezogene Vereinfachungen bei der Verhinderungspflege für junge Schwerstpflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs ab 1. Januar 2024

Zum 1. Januar 2024 sind in einer ersten Stufe bereits Änderungen im Bereich der Verhinderungspflege für junge Pflegebedürftige mit besonders hohen Pflegegraden in Kraft getreten. Hiermit werden für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits zum 1. Januar 2024 vorgezogen. Dies hat den Hintergrund, dass pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten typischerweise langjährig durch ihre Eltern gepflegt werden, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind und die damit bereits frühzeitiger Entlastung erfahren sollen.

Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs gilt daher seit 1. Januar 2024 gemäß § 39 Absatz 4 und 5 SGB XI insbesondere:

- Die Verhinderungspflege kann anstatt bis zu sechs bereits bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
- Auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs bereits für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr.
- Es können im Kalenderjahr bis zu 100 Prozent – im Jahr 2024 also bis zu 1.774 Euro – der Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind (der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet, vermindert diesen also entsprechend).
- Die Voraussetzung der sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege entfällt bei diesen Pflegebedürftigen.

Der erhöhten zeitlichen Höchstdauer entsprechend gibt es zudem auch hier Änderungen hinsichtlich der Höhe der regelmäßigen Kostenübernahme in den Fällen, in denen die Ersatzpflege durch Personen erbracht wird, die mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr oder ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und die die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Verhinderungspflege dürfen dabei im Kalenderjahr aber weiterhin insgesamt den Leistungsbetrag, der für die Verhinderungspflege zur Verfügung steht – ggf. auch unter Umwidmung von Mitteln der Kurzzeitpflege –, nicht überschreiten. Im Jahr 2024 sind dies regulär bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr, bei einer Umwidmung von Mitteln der Kurzzeitpflege in der höchstmöglichen Höhe kann dieser Betrag im Jahr 2024 auf bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Bei einer stationären Rehabilitation hatten Pflegepersonen bereits bislang im Rahmen des § 40 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Anspruch auch auf die Versorgung der von ihnen gepflegten pflegebedürftigen Person, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen wird. Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegeperson aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse gemäß § 40 SGB V mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person. Dieser Anspruch wurde mit dem PUEG weiterentwickelt.

Bis einschließlich 30. Juni 2024 konnten im Rahmen der Pflegeversicherung die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ebenfalls in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen

werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn die Pflegeperson in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Seit dem 1. Juli 2024 greift ein neuer, eigenständiger Anspruch auf vollstationäre Versorgung Pflegebedürftiger während der Zeit, in der eine Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Dieser Anspruch, der Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 1 zusteht, besteht künftig unabhängig von dem Anspruch Pflegebedürftiger auf Kurzzeitpflege ab Pflegegrad 2. Damit wird es pflegenden An- und Zugehörigen erleichtert, an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, wenn die zu pflegende Person in dieser Zeit eine vollstationäre Versorgung benötigt.

Der Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen besteht, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson der pflegebedürftigen Person in Anspruch genommen werden und die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt ist. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung kann hierbei auch einen ambulanten Pflegedienst einsetzen, der in die Einrichtung kommt. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst nicht sichergestellt werden, ist im Rahmen des neuen Anspruchs auch eine Aufnahme der pflegebedürftigen Person in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung während dieser Zeit möglich.

Der Anspruch nach dem SGB XI umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben zudem Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

Das Antragsverfahren ist dabei besonders versichertenfreundlich ausgestaltet. Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und wünscht die Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag der pflegebedürftigen Person auf die neue Leistung dar, sofern Letztere dem zustimmt. Über den Antrag auf die Leistung ist unverzüglich zu entscheiden. Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person deren Versorgung.

Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder die versorgende Pflegeeinrichtung erhält die Kosten für die Versorgung der pflegebedürftigen Person unmittelbar von deren Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, erstattet. Der Anspruch auf Pflegegeld ruht während der Zeit der jeweils vollstationären Versorgung von Pflegeperson und pflegebedürftiger Person.

II.2.1.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Etwa 84 Prozent der knapp 5 Millionen pflegebedürftigen Personen wurden im Jahr 2021 zu Hause versorgt, zumeist von Nahestehenden und Angehörigen. 61 Prozent (rund 2,55 Millionen Personen) der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen wurden allein durch Angehörige und Nahestehende gepflegt. Weitere

25 Prozent (1,05 Millionen) der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen wurden entweder von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zusammen mit Angehörigen und Nahestehenden (Kombinationsleistung Pflegegeld und Sachleistung) oder allein durch die Dienste (reine Sachleistungen) betreut.⁷⁶ In der Regel erfolgte hierbei auch Pflege durch Angehörige und Nahestehende. Von den 7,1 Millionen informell Pflegenden im Jahr 2021 waren 4,1 Millionen erwerbstätig. 57 Prozent der informell Pflegenden waren Frauen, was in absoluten Zahlen 4 Millionen entspricht. Von den 4,1 Millionen pflegenden Beschäftigten waren rund 56 Prozent weiblich.⁷⁷

Seit dem 25. Dezember 2022 besteht in Unternehmen mit weniger als den für die Pflegezeit erforderlichen regelmäßig mehr als 15 und für die Familienpflegezeit mehr als 25 Beschäftigten die Möglichkeit, mit dem Arbeitgeber auf freiwilliger Basis Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz⁷⁸ (FPfZG) zu vereinbaren. Der Arbeitgeber hat den Antrag innerhalb von vier Wochen zu beantworten und im Falle der Ablehnung diese zu begründen. Wenn eine Pflegezeit oder Familienpflegezeit vereinbart wurde, haben Beschäftigte auch das Recht, das zinslose Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) zu beantragen.

Der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (§ 14 FPfZG) hat am 13. Juli 2023 seinen zweiten Bericht an Bundesministerin Paus übergeben. Der Bericht enthält Handlungsempfehlungen für ein konkretes Modell zu einer Entgeltersatzleistung und besseren Freistellungsmöglichkeiten für pflegende Beschäftigte. Der Bericht geht zudem auf die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ein und setzt sich mit den Vereinbarkeitsfragen von pflegenden Eltern und verbesserten Versorgungsstrukturen für deren pflegebedürftige Kinder auseinander. Darüber hinaus sind Ausführungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in kleinen und mittleren Unternehmen und zur Vereinbarkeit unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie enthalten.⁷⁹

Mit dem PUEG wurde zum Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld geregelt, dass die Leistung ab dem 1. Januar 2024 je pflegebedürftigen nahen Angehörigen für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann statt wie vorher für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Um Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen zu können, müssen die Voraussetzungen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz vorliegen. Der Anspruch dient der Unterstützung der häuslichen Pflege und soll Arbeitnehmende, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation entlasten.

Projekt „Pausentaste“ – Unterstützung pflegender Kinder und Jugendlicher

In Deutschland kümmern sich rund 500.000 Kinder und Jugendliche um chronisch kranke oder pflegebedürftige Angehörige. Deshalb wurde im Januar 2018 das Projekt „Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“ durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ins Leben gerufen.

⁷⁶ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021.

⁷⁷ www.fit.fraunhofer.de/de/presse/23-11-30_aktualisierung-der-daten-zur-informellen-pflege.html [abgerufen am 22.10.2024].

⁷⁸ Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfZG) vom 6. Dezember 2011, BGBl. 2011 I S. 2564, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022, BGBl. 2022 I S. 2510, geändert worden ist.

⁷⁹ Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023): Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Das Projekt will junge Pflegende bundesweit durch ein niedrighschwelliges Beratungsangebot unterstützen. Die „Pausentaste“ soll ihnen helfen, Pausen einzulegen, zu reflektieren und Hilfsangebote wahrzunehmen oder über die eigene Situation zu sprechen – auch anonym. Das Angebot richtet sich in erster Linie an pflegende Kinder und Jugendliche. 2021 wurde es um die Zielgruppe der pflegenden Studierenden und jungen Erwachsenen erweitert. Aber auch Lehrkräfte, ambulante Pflegedienste, Sozialdienste an Schulen, Hochschulen und Kliniken sowie Jugendorganisationen und die Öffentlichkeit sollen auf das Thema aufmerksam gemacht und für Fragen in diesem Zusammenhang sensibilisiert werden. In der aktuellen Förderperiode (1. Januar 2023 bis 12. Dezember 2024) wird der Fokus des Projekts „Pausentaste“ auf Bewältigungsstrategien und die Verbesserung der psychischen Gesundheit von jungen Pflegenden gerichtet. Ferner ist zusätzlich eine bessere Adressierung von pflegenden jungen Menschen mit Migrationserfahrung und/oder Fluchtbiografie im Projekt vorgesehen.⁸⁰

Das Angebot umfasst die Website www.pausentaste.de sowie eine telefonische Beratung und eine Onlineberatung (E-Mail-Beratung und Terminchat) beim Kinder- und Jugendtelefon der „Nummer gegen Kummer“. Das BMFSFJ hat darüber hinaus ein bundesweites Netzwerk mit aktuell über 130 Mitgliedern zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung ins Leben gerufen. Das Netzwerk trifft sich mindestens einmal im Jahr zu einem Fachtag und einem Netzwerktreffen. Zudem wird halbjährlich ein netzwerkinterner Newsletter versendet.

II.2.1.4 Neustrukturierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit war bis zum Inkrafttreten der Neuregelung durch das PUEG vom 19. Juni 2023 in § 18 SGB XI geregelt. Die Praxis hatte gezeigt, dass mit der in verschiedenen Reformschritten seit 2008 gewachsenen Komplexität und Unübersichtlichkeit der geltenden Norm Verständnisschwierigkeiten, Auslegungsfragen und Unsicherheiten verbunden waren. Das Verfahren wurde daher in den §§ 18 ff. SGB XI neu strukturiert und systematisiert, sodass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sind.

Dadurch wurden die Regelungen für die Hauptnutzergruppen, d. h. die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste, leichter verständlich dargestellt. Die Inhalte der bis dahin geltenden §§ 18 und 18a SGB XI wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 SGB XI hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a SGB XI regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b SGB XI führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c SGB XI bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung und § 18d SGB XI nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und GKV-Spitzenverband. Zudem enthält § 18e SGB XI Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Im neuen § 142a SGB XI wurde zudem geregelt, unter welchen Voraussetzungen die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung der Versicherten in ihrem Wohnbereich vorgenommen werden können. Die Ermöglichung telefonischer Begutachtungen in bestimmten Situationen hilft beim Leistungszugang und entlastet Antragsteller und auch Medizinische Dienste.

Um den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von

⁸⁰ www.pausentaste.de/artikel/rueckblick-7-fachtag-und-netzwerktreffen/ [abgerufen am 07.08.2024].

Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen, traten die neuen Vorschriften einschließlich der mit der neuen Struktur einhergehenden Folgeänderungen erst zum 1. Oktober 2023 in Kraft.

Am 1. Januar 2022 ist die Zuständigkeit für die auf dieser Grundlage zu erarbeitenden Begutachtungs-Richtlinien vom GKV-Spitzenverband auf den neu gebildeten Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) übergegangen. Die vom MD Bund erarbeiteten Begutachtungs-Richtlinien traten am 18. November 2023 in Kraft. In seiner Genehmigung der Richtlinien hatte das BMG noch Ergänzungen erbeten. Die insoweit aktualisierten Begutachtungs-Richtlinien wurden am 21. Dezember 2023 erlassen und traten nach Genehmigung durch das BMG am 13. Januar 2024 in Kraft.

Weitere Informationen zu den Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien und zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und Medicproof im Berichtszeitraum finden sich unter III.4.

II.2.1.5 Ausbau der Versorgungsstrukturen

Die Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung liegt in der gemeinsamen Verantwortung von Bundesländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen. Im Berichtszeitraum wurden im Recht der Pflegeversicherung zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, die zur Sicherstellung und Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen sollen.

Mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen GVWG wurde zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung der Kurzzeitpflege der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene in § 88a Absatz 1 SGB XI der gesetzliche Auftrag erteilt, handlungsleitende Empfehlungen zu vereinbaren. Diese Empfehlungen richten sich zum einen an die Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI in den Bundesländern zur Überprüfung und Anpassung der bestehenden Verträge. Zum anderen dienen sie den Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Leistungserbringer vor Ort als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen mit den Kostenträgern über die verschiedenen Arten und Formen der Kurzzeitpflege. Hintergrund für den gesetzlichen Auftrag zur Erarbeitung der Bundesempfehlungen war, dass als eine Ursache für fehlende Kurzzeitpflegeangebote vor Ort unter anderem von den Leistungserbringern berichtet wurde, dass die besonderen Strukturen und Merkmale der Kurzzeitpflege für die Vorhaltung entsprechender Plätze in den Verhandlungen mit den Kostenträgern nicht ausreichend in den Vereinbarungen berücksichtigt werden konnten. Hinzu kommt, dass die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI für die pflegerische Versorgung in der Kurzzeitpflege seit ihrem Bestehen von den Vereinbarungspartnern überwiegend den vollstationären Rahmenverträgen nachgebildet werden, obwohl die Zielsetzung und die Leistungsinhalte andere sind.

Die „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 88a SGB XI zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungen in der Kurzzeitpflege“ sind am 1. März 2023 in Kraft getreten und dienen als Grundlage für den Abschluss entsprechender Vereinbarungen über Leistungs- und Qualitätsmerkmale einschließlich der Vergütungsvereinbarungen (zur Vergütung der Kurzzeitpflege im Berichtszeitraum siehe III.9.3). Die Empfehlungen berücksichtigen differenziert die verschiedenen Arten und Formen der Kurzzeitpflege des SGB XI mit ihren unterschiedlichen inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten, ohne einer Angebotsform den Vorzug zu geben. Die Empfehlungen konzentrieren sich dabei auf nähere Vorgaben zur Personalbemessung, zur Auslastung, zur Abwesenheit von Pflegebedürftigen und zur Ausgestaltung der Pflegevergütung.

Im Rahmen einer Evaluation soll ab dem Jahr 2024 festgestellt werden, inwieweit diese Bundesempfehlungen dazu beitragen, dass die Vergütungen in der Kurzzeitpflege im Sinne des Gesetzes leistungsgerecht vereinbart werden, um entsprechenden Hemmnissen bei der Vorhaltung von Kurzzeitpflegeplätzen entgegenzuwirken.

Die Pflegeversicherung beteiligt sich an der Finanzierung der Zusammenarbeit bei der Versorgung Pflegebedürftiger vor Ort. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, können regionale Netzwerke zur pflegerischen Versorgung einzeln oder gemeinsam fördern. Mit dem GVWG wurde die Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI ab dem Jahr 2022 weiter ausgebaut. Pro Landkreis oder kreisfreier Stadt können seitdem zwei regionale Netzwerke, pro Landkreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke mit jeweils bis zu 25.000 Euro pro Kalenderjahr gefördert werden. Der Umfang der Förderung nach § 45c Absatz 9 SGB XI je Bundesland kann für den Berichtszeitraum der Tabelle 3 entnommen werden. Voraussetzung für eine Förderung ist auch, dass Kreise und kreisfreie Städte an dem Netzwerk mitwirken können. Eine finanzielle Beteiligung der Kommunen ist keine Fördervoraussetzung. Auch Selbsthilfegruppen, Organisationen und Kontaktstellen sowie organisierte Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen sollen sich beteiligen können. Mögliche weitere Akteurinnen und Akteure in den regionalen Netzwerken zur Versorgung Pflegebedürftiger sind unter anderem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände sowie Krankenkassen.

Tabelle 3: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a nach § 45c Absatz 9 SGB XI zur Förderung von regionalen Netzwerken

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SH	53.357,13	3,25	50.000,00	2,88	80.000,00	2,74	75.000,00	2,08
HH	20.000,00	1,22	20.000,00	1,15	20.000,00	0,68	125.940,00	3,50
NI	81.891,23	5,00	122.825,40	7,07	128.034,00	4,38	153.910,00	4,28
HB	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NW	379.772,59	23,17	400.697,14	23,08	940.781,00	32,17	1.206.053,00	33,52
HE	48.000,00	2,93	43.820,00	2,52	30.400,00	1,04	3.109,00	0,09
RP	188.988,48	11,53	224.531,66	12,93	294.046,27	10,05	386.283,91	10,74
BW	194.995,49	11,89	220.601,00	12,71	346.166,25	11,84	492.807,00	13,70
BY	191.621,00	11,69	195.091,50	11,24	251.351,32	8,59	323.827,58	9,00
SL	65.777,88	4,01	69.845,13	4,02	84.680,17	2,90	85.442,23	2,37
BE	16.042,68	0,98	18.978,92	1,09	250.000,00	8,55	250.000,00	6,95
BB	186.706,72	11,39	175.707,03	10,12	227.687,52	7,79	220.136,57	6,12
MV	37.583,07	2,29	55.005,00	3,17	64.062,11	2,19	73.553,73	2,04
SN	89.377,70	5,45	80.000,00	4,61	112.843,00	3,86	123.580,00	3,43
ST	46.644,57	2,85	20.612,50	1,19	33.263,00	1,14	30.963,00	0,86
TH	38.578,52	2,35	38.521,24	2,22	61.150,58	2,09	47.124,59	1,31
Gesamt	1.639.337,06	100,00	1.736.236,52	100,00	2.924.465,22	100,00	3.597.730,61	100,00

^a Mit Pflegeversicherung ist hier die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

Quelle: BAS

Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen auf einer eigenen Internetseite eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke. Zum Informations- und Wissensaustausch sowie zur Vernetzung der beteiligten Akteurinnen und Akteure hat der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (DV) zudem im November 2021 eine vom BMG geförderte zweitägige digitale Fachtagung durchgeführt. Darüber hinaus stellt das vom BMG geförderte Pflegenetzwerk Deutschland Hilfestellungen und Übersichten zum Aufbau regionaler Netzwerke zur Verfügung.⁸¹

Mit dem PUEG wurden auch zwei weitere Maßnahmen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung in den Kommunen auf den Weg gebracht. So wurde das mit dem Pflegestärkungsgesetz III⁸² eingeführte sogenannte kommunale Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten entfristet. Nach § 7c Absatz 1a Satz 1 SGB XI können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe nun dauerhaft aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. Die Pflegestützpunkte sind in gemeinsamer Trägerschaft von den beteiligten Kosten- und Leistungsträgern zu führen. Darüber hinaus können auch zugelassene Pflegeeinrichtungen beteiligt werden. Ziel der Pflegestützpunkte ist es unter anderem, eine wohnortnahe Beratung zu gewährleisten und dabei die vorhandenen Beratungsstellen für eine strukturierte Zusammenarbeit besser zu vernetzen, sodass Doppelstrukturen vermieden werden. Derzeit gibt es bundesweit bereits 437 Pflegestützpunkte (siehe hierzu auch III.6.6).

Zudem wurde mit dem PUEG in § 123 SGB XI eine Regelung eingeführt, nach der Bundesländer und Kommunen über ein neu geschaffenes Förderbudget gemeinsam mit der Pflegeversicherung in den Jahren 2025 bis 2028 in Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier investieren können, um die Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern. Hierfür werden bis zu 30 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt, sodass zusammen mit der Kofinanzierung durch Bundesländer und Kommunen ein Gesamtfördervolumen von 60 Millionen Euro pro Jahr erreicht werden kann. Mit der Förderung der Modellvorhaben sollen die Bürgerinnen und Bürger durch innovative Maßnahmen und verbesserte Versorgungsstrukturen unterstützt und entlastet werden. Die Förderung soll auch dazu dienen, mehr Transparenz über die Pflege- und Unterstützungsangebote vor Ort zu schaffen und den Zugang zu den vorhandenen Hilfsangeboten zu verbessern. Weitere Ziele sind u. a., die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen, den Fachkräftebedarf zu decken und ehrenamtliche Strukturen aufzubauen, eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Sozialraumentwicklung zu unterstützen sowie Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren.

Das Nähere zu den Rahmenbedingungen und zur Durchführung der gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 SGB XI regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Bundesländern in Empfehlungen. Um die Modellvorhaben und ihre mögliche Überführung in die Regelversorgung beurteilen zu können, ist nach § 124 SGB XI für jedes Modellvorhaben eine nach anerkannten wissenschaftlichen Standards durchzuführende Begleitung und Auswertung erforderlich, die insbesondere die Wirksamkeit, die Qualität und die Kosten der Modellvorhaben analysiert und bewertet. Dabei ist insbesondere zu evaluieren, ob und inwieweit durch die Entwicklung innovativer örtlicher Konzepte und landesspezifischer und regionaler Angebote die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer

⁸¹ www.pflegenetzwerk-deutschland.de/thema-regionale-netzwerke [abgerufen am 07.08.2024].

⁸² Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 23. Dezember 2016, BGBl. 2016 I S. 3191.

Pflegepersonen sowie die Inanspruchnahme von Hilfen vor Ort und im Quartier verbessert werden und mit welchem Ressourceneinsatz dies erreicht wird.

II.2.1.6 Nationale Demenzstrategie

Die Nationale Demenzstrategie (NDS) wurde 2020 unter gemeinsamer Federführung des BMG und des BMFSFJ sowie dem Co-Vorsitz der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DAIzG) entwickelt. Ein Bündnis aus 74 Akteuren aus Bund und Ländern, Pflege, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft will die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz verbessern. Dafür sollen bis 2026 insgesamt 162 Maßnahmen umgesetzt werden. Die jährlich erhobene Monitoring-Abfrage, die den aktuellen Umsetzungsstand der Maßnahmen abbildet, wird in Form eines Berichts der Steuerungsgruppe vorgelegt und nach deren Zustimmung auf der Internetseite der NDS veröffentlicht⁸³.

Die NDS ist in vier Handlungsfelder unterteilt:

1. Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen,
2. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen,
3. die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln und
4. exzellente Forschung zu Demenz fördern.

Mit der NDS hat sich ein starkes Bündnis gebildet, das sich aktiv und systematisch dafür engagiert, dass Demenz als gesamtgesellschaftliche Herausforderung thematisiert wird, über die immer offener gesprochen werden kann und soll. Die Akteure der NDS sorgen durch ihre Arbeit in vielen unterschiedlichen Projekten, Initiativen und Aktivitäten dafür, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gesehen und ihre Lebensbedingungen verbessert werden. Bundesweit sind viele lokale Hilfe- und Unterstützungsnetzwerke für Menschen mit Demenz entstanden. Es wurden Sport-, Kultur- und Bildungsangebote für Betroffene entwickelt und die Informationsangebote für Angehörige kontinuierlich ausgestaltet und erweitert. In den Projekten und Initiativen der Strategie wird die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort auf- und ausgebaut, Beratung und Unterstützung auch für Angehörige systematisch verbessert und die medizinische und pflegerische Versorgung dort weiterentwickelt, wo die Betroffenen wohnen und konkrete Angebotsstrukturen im Alltag mit Demenz helfen. Darüber hinaus wird die Forschung zu Demenz gefördert. Die Bundesregierung versteht es als gemeinsame Aufgabe von Politik, Zivilgesellschaft und Wissenschaft, die Betroffenen und ihre Angehörigen als integralen Teil der Gesellschaft zu sehen, gute Versorgungsangebote zu machen und passende Angebotsstrukturen nachhaltig zu etablieren.

Dieser Herausforderung stellen sich die Akteurinnen und Akteure der NDS. Die Bundesregierung geht mit gutem Beispiel voran: Mit dem PUEG wurden Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige umgesetzt und die finanziellen Belastungen begrenzt. Durch das 2024 verabschiedete Medizinforschungsgesetz und den Ausbau lokaler klinischer Forschungseinheiten werden auch die Voraussetzungen für klinische Studien in der Demenzforschung entscheidend verbessert.

Jährlich treffen sich die Akteure und Akteurinnen der NDS zur „Woche der Demenz“ (die Kalenderwoche um den Internationalen Alzheimerstag am 21. September). Im Jahr 2023 fand bereits die vierte Netzwerktagung unter dem Motto „Drei Jahre Nationale Demenzstrategie – Zwischenbilanz 2023: Erfolge, Erfahrungen,

⁸³ www.nationale-demenzstrategie.de/umsetzung/monitoring-1 [abgerufen am 07.08.2024].

Perspektiven“ statt⁸⁴. Es wurde gemeinsam auf exemplarische Maßnahmen der Strategie geblickt, Raum zu einer breiten Diskussion gegeben und eine gemeinsame Perspektive für die weitere Zusammenarbeit entwickelt. Bundesseniorenministerin Lisa Paus und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach veröffentlichten dazu eine gemeinsame Broschüre zur Halbzeit der NDS⁸⁵. In ihr werden die Arbeit und die Fortschritte der nationalen Demenzpolitik nach drei Jahren Umsetzung zusammengefasst und Ziele, Projektergebnisse und Akteurinnen und Akteure aus der Strategie vorgestellt. Darüber hinaus wird ein Ausblick auf die weitere Arbeit der NDS gegeben.

Von 2019 bis 2023 setzte sich Martina Voss-Tecklenburg, ehemalige Fußball-Bundestrainerin der deutschen Nationalmannschaft der Frauen, als Demenzbotschafterin der Bundesregierung aktiv für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ein. Durch diverse Aktionen rückte sie das Thema Demenz pointiert in den Fokus und konnte die öffentliche Aufmerksamkeit maßgeblich stärken. Neben vielen Aktionen war ein Veranstaltungshighlight eine Demenz-Partner-Schulung⁸⁶, an der nicht nur die Nationaltrainerin selbst, sondern die gesamte deutsche Fußballfrauen-Nationalmannschaft teilnahm. In dem kostenlosen Kompaktkurs „Demenz-Partner“ erhält man Tipps und Hinweise zum Umgang und zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Dies ist ein wertvolles Schulungsprogramm, das für alle Interessierten von der Initiative „Demenz Partner“ der DALzG angeboten wird.

II.2.2 Mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte

Die Fachkräftesicherung in der Pflege ist entscheidend für die Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Pflegeberufe stehen aktuell – nicht zuletzt durch den demografischen Wandel – vor besonderen Herausforderungen. Für die Bundesregierung sind deshalb die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Gewinnung von Pflegekräften zentral. Im Berichtszeitraum 2020 bis 2023 wurden – auch auf der Grundlage des Koalitionsvertrags für die 20. Legislaturperiode⁸⁷ sowie der Vereinbarungen im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege – zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die Attraktivität des Pflegeberufs umfassend zu stärken. Die Initiativen reichen von der Aus- und Weiterbildung über eine bessere Bezahlung und die Verbesserung der Personalausstattung bis hin zu attraktiveren Arbeitsbedingungen im Pflegebereich. Flankiert werden diese Maßnahmen durch die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten, um die bestehenden Bedarfe decken zu können.

Diese Maßnahmen sind wesentliche Bausteine, um die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Pflege auch in Zukunft sicherzustellen. Hierfür ist ein stringentes Vorgehen aller beteiligten Akteure entscheidend.

II.2.2.1 Aus- und Weiterbildung

Die Attraktivität des Pflegeberufs ist ein wichtiger Eckpfeiler für die Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege und eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sich Menschen für eine Arbeit in der Pflege entscheiden. Eines der wesentlichen Ziele des im Jahr 2023 verabschiedeten Pflegestudiumstärkungsgesetzes ist es daher, das Berufsbild der Pflege zu stärken und zu modernisieren und dadurch seine Attraktivität zu erhöhen. Im

⁸⁴ www.nationale-demenzstrategie.de/die-strategie/netzwerk-nationale-demenzstrategie/netzwerktagung-nds-2023?tx_powermail_pi1%5Baction%5D=disclaimer&tx_powermail_pi1%5Bcontroller%5D=Form&tx_powermail_pi1%5Bhash%5D=2ff90318aa54b403fbfb3e10286024e8fcc7a8a42c44e7d6508b9fb0a28d7d2a&tx_powermail_pi1%5Bmail%5D=61&cHash=f432f3690afc8275b2158acdc3bd81a [abgerufen am 07.08.2024].

⁸⁵ BMFSFJ, BMG (2023): Gemeinsam für Menschen mit Demenz – Zur Halbzeit der Nationalen Demenzstrategie.

⁸⁶ www.demenz-partner.de/ [abgerufen am 07.08.2024].

⁸⁷ Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP (20. Legislaturperiode): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

Zentrum des Gesetzes steht dabei die Verbesserung der Attraktivität der hochschulischen Pflegeausbildung, bei der sich im Gegensatz zur beruflichen Pflegeausbildung die Nachfrage seit ihrer Einführung verhalten entwickelt hat.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde insbesondere die Zahlung einer Ausbildungsvergütung für Studierende eingeführt. Dadurch erhalten Studierende ab 2024 für die gesamte Dauer ihres Studiums eine angemessene Ausbildungsvergütung, die sich an den Gehältern für Auszubildende der beruflichen Ausbildung orientiert. Damit wird die finanzielle Situation der Studierenden verbessert und Anreize für die Aufnahme einer hochschulischen Pflegeausbildung als Alternative zur beruflichen Pflegeausbildung geschaffen. Zusätzlich werden für Krankenhäuser sowie für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Anreize zur Ausbildung von Studierenden geschaffen, indem den ausbildenden Einrichtungen künftig auch die Kosten für die Ausbildungsleistungen im Rahmen des praktischen Teils in der hochschulischen Pflegeausbildung – und nicht nur wie bisher in der beruflichen Pflegeausbildung – finanziert werden. Mit weiteren Maßnahmen wird die Pflegeausbildung modernisiert und digitalisiert, indem beispielsweise digitale Unterrichtsformate und der elektronische Ausbildungsnachweis ermöglicht werden und digitale Kompetenzen als Teil des Ausbildungsziels verankert werden.

Darüber hinaus sollen die Kompetenzen von Pflegefachkräften perspektivisch weiter gestärkt werden. Hierfür werden in einem ersten wichtigen Schritt ab 2025 spezifische und erweiterte Kompetenzen für eine selbstständige Ausübung von Heilkunde in die hochschulische Pflegeausbildung integriert. Konkret sollen in der hochschulischen Pflegeausbildung künftig die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung der erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen vermittelt werden, insbesondere hinsichtlich der Pflege- und Therapieprozesse für Menschen in diabetischer Stoffwechselleage sowie für Menschen, die von chronischen Wunden oder einer Demenz betroffen sind.

Zudem nimmt die Bundesregierung Führungspersonen in der Pflege in den Blick. In der vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) verantworteten Studie „Qualifizierung von Führungspersonen in der Pflege“ werden die gegenwärtigen und künftigen Anforderungen und Qualifikationsangebote für Führungspersonen in der Pflege untersucht. Sie umfasst neben der Recherche bestehender Weiterbildungsangebote auch die Analyse der gegenwärtigen und künftig zu erwartenden Qualifikationsanforderungen sowie die Erarbeitung eines Rahmenkonzepts für Weiterbildungen auf Basis dieser Erkenntnisse. Die Publikation samt Zusatzmaterialien und Übersichten wurde 2023 online als kostenloser Download zur Verfügung gestellt.⁸⁸

II.2.2.2 Bessere Bezahlung

Die Verbesserung der Entlohnungsbedingungen von Pflegekräften ist ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Diesbezüglich wurde als zentrale gesetzgeberische Maßnahme im Rahmen des GVWG die tarifliche Entlohnung von Pflegekräften gestärkt:

Seit dem 1. September 2022 können Pflegeeinrichtungen nur dann nach dem SGB XI zugelassen werden, wenn sie hinsichtlich ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, besondere Anforderungen an die Entlohnung erfüllen. Tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen müssen ihren in der Pflege oder Betreuung tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dasjenige Gehalt zahlen, das in dem entsprechenden Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbart ist. Nicht tarifgebundene Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber haben die Wahl, die bei ihnen angestellten Pflege- und Betreuungskräfte entweder mindestens in Höhe eines in der Region

⁸⁸ Bräutigam, C.; Evans, M.; Zimmermann, H. (2023): Qualifizierungen von Führungspersonen in der Pflege – Analyse und Rahmenkonzept.

anwendbaren Pflege-Tarifvertrags bzw. kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen zu entlohnen oder eine Entlohnung zu zahlen, die nach den definierten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt mindestens der Höhe des jeweiligen Durchschnittsentgelts der tarifgebundenen Einrichtungen in der Region (regional übliches Entlohnungsniveau) entspricht (vgl. § 72 Absatz 3b SGB XI).

Dass tatsächlich eine Entlohnung mindestens in Tariffhöhe an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung gezahlt wird, muss gegenüber den Pflegekassen jederzeit nachweisbar sein. Die damit angestrebte, möglichst flächendeckende Zahlung von Löhnen in Tariffhöhe in der Pflege wird darüber hinaus vergütungsrechtlich abgebildet, indem wie bisher die Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bei tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen bei der Vereinbarung der Pflegevergütung mit den Kostenträgern gegenüber der Pflegeeinrichtung von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Dies gilt grundsätzlich auch bei nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen bei einer zugrunde gelegten Entlohnung ihrer Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Tariffhöhe. Dabei wird das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die betreffende Einrichtung betrieben wird, als Vergleichswert herangezogen. Eine Entlohnung von bis zu zehn Prozent über diesem Durchschnitt kann in den Verhandlungen über die Pflegevergütung mit den Kostenträgern gegenüber der Pflegeeinrichtung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für die Anerkennung einer darüber hinausgehenden Entlohnung bedarf es eines sachlichen Grundes.

Das BMG evaluiert die Wirkungen der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif unter Beteiligung des BMAS bis zum 31. Dezember 2025. In der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung wird unter anderem überprüft, welche Auswirkungen die neue Regelung auf das Lohnniveau der Pflege- und Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen hat.

Nach Zahlen der Bundesagentur für Arbeit stiegen die Löhne in der Pflege seit 2021 bis zum Jahresende 2023 deutlich – in der stationären Pflege bei vollzeitbeschäftigten Fachkräften um rund 16 Prozent, bei vollzeitbeschäftigten Hilfskräften sogar um rund 22 Prozent. Dieser Effekt hebt sich von den stetigen, aber moderateren Lohnsteigerungen der vorherigen Jahre ab. Mit der Verpflichtung zur tariflichen Entlohnung werden seit dem Jahr 2022 die Tarifabschlüsse in der Pflege zum Maßstab für die Entlohnung aller Pflegeeinrichtungen – auch der nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen.

Die rechtliche Grundlage für die Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflegebranche ist das Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG)⁸⁹. Demnach sind zwei Wege zur Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege möglich: Zum einen können diese auf der Grundlage einer Empfehlung durch eine vom BMAS berufene Pflegekommission per Rechtsverordnung durch das BMAS festgesetzt werden (Kommissionslösung). Zum anderen wurde mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz⁹⁰ im Jahr 2019 ein zweiter Weg zur Festsetzung verbindlicher Lohnuntergrenzen in das AEntG aufgenommen, das die Erstreckung eines Tarifvertrags für die Pflegebranche unter Einbeziehung des kirchlichen Bereichs in das Verfahren vorsieht (Tarifvertragslösung).

Vor dem Hintergrund, dass eine Tarifvertragslösung nicht erfolgreich umgesetzt werden konnte, hat die Fünfte Pflegekommission ihre Arbeit im Dezember 2021 aufgenommen und am 5. Februar 2022 in ihrem ersten Beschluss neue Mindestentgelte und zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub empfohlen. Diese Empfehlung wurde vom BMAS durch die Fünfte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (5. PflegeArbbV) umgesetzt. Die Verordnung hatte eine Laufzeit vom 1. Mai 2022 bis zum 31. Januar 2024 und

⁸⁹ Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz – AEntG) vom 20. April 2009, BGBl. 2009 I S. 799.

⁹⁰ Gesetz für bessere Löhne in der Pflege (Pflegelöhneverbesserungsgesetz) vom 22. November 2019, BGBl. 2019 I S. 1756.

sah – wie bereits die vorhergehende Verordnung – eine Staffelung der Mindestentgelte nach Qualifikationsstufen vor.

Am 22. August 2023 hat die Fünfte Pflegekommission in ihrem zweiten Beschluss neue Pflegemindestlöhne und zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub empfohlen. Diesen Beschluss hat das BMAS durch Erlass der Sechsten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (6. PflegeArbbV) umgesetzt. Die Verordnung trat am 1. Februar 2024 in Kraft und hat eine Laufzeit bis zum 30. Juni 2026.

Demnach wurden die Mindestentgelte in der Pflegebranche wie folgt festgesetzt: Ab 1. Februar 2024 wurden zunächst die unmittelbar zuvor gültigen Mindestentgelte in gleicher Höhe (weiterhin) festgeschrieben. Im Folgenden wurden diese zum 1. Mai 2024 und werden noch einmal zum 1. Juli 2025 angehoben. Seit dem 1. Mai 2024 (1. Juli 2025) betragen die Mindestentgelte für Pflegehilfskräfte 15,50 Euro pro Stunde (16,10 Euro pro Stunde), für qualifizierte Pflegehilfskräfte 16,50 Euro pro Stunde (17,35 Euro pro Stunde) und für Pflegefachkräfte 19,50 Euro pro Stunde (20,50 Euro pro Stunde).

Ferner sieht die 6. PflegeArbbV für Beschäftigte in der Pflege – neben dem gesetzlichen Urlaub – einen Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Erholungsurlaub vor, der an die entsprechende Regelung der 5. PflegeArbbV anknüpft und das dort zuletzt erreichte Niveau weiterhin festschreibt. Demnach erhöht sich der gesetzliche Mindesturlaub – ausgehend von einer Fünftagewoche – für das Jahr 2024 und die folgenden Kalenderjahre jeweils um neun Tage.

II.2.2.3 Mehr Stellen

Eine ausreichende Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein zur Sicherung einer guten Qualität der Pflege und zur Bindung des Personals. Mit dieser Zielsetzung wurde für vollstationäre Pflegeeinrichtungen am 1. Juli 2023 ein bundesweit einheitliches Personalbemessungsverfahren gesetzlich eingeführt (§ 113c SGB XI). Grundlage bildete das wissenschaftliche Forschungsprojekt des Forschungszentrums SOCIUM der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang.⁹¹ Die in § 113c Absatz 1 SGB XI geregelten Personalanhaltswerte beschreiben, wie viel Personal mit welcher Qualifikation für die Versorgung der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden verhandelt werden kann. Für jede Qualifikationsstufe und jeden Pflegegrad ist in § 113c Absatz 1 SGB XI rechnerisch eine bestimmte Menge an Personal (in Vollzeitäquivalenten) vorgesehen. Die möglichen zu berücksichtigenden Personalmengen sind im Gesetz für drei Qualifikationsstufen geregelt:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung oder mit Pflegebasiskurs (sogenannte Qualifikationsniveaus [QN] 1 und 2),
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr (sogenanntes QN 3),
3. für Fachkraftpersonal (sogenanntes QN 4).

Für Pflegeeinrichtungen besteht durch das neue Instrument die Möglichkeit, insgesamt deutlich mehr Personal zu vereinbaren – bis zur Höhe der Personalanhaltswerte, in bestimmten Fällen auch darüber hinaus.

⁹¹ SOCIUM, IPP, iaw, KKSb (2020): 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).

Zur Beschleunigung des Personalbemessungsverfahrens wurde mit dem PUEG zudem die Möglichkeit geschaffen, dass Pflegehilfskräfte ohne Berufsausbildung (QN 1 oder 2), die sich berufsbegleitend zur ein- oder zweijährigen Pflegehilfs- oder -assistenzkraft (QN 3) oder zur Pflegefachperson (QN 4) weiterqualifizieren, bereits während der berufsbegleitenden Ausbildung beim Stellenschlüssel für den angestrebten Berufsabschluss berücksichtigt werden können. Gleiches gilt für ausländische Fachkräfte während eines Anerkennungslehrgangs. Dadurch kann zügig mehr Personal eingestellt werden, sodass die Pflegekräfte besser entlastet werden. Zugleich bestehen dadurch Anreize für eine weitergehende Qualifizierung von Pflegehilfskraftpersonal, was der Qualität der Versorgung zugutekommt. Zudem wurde zur Entlastung des Stammpersonals mit dem PUEG klargestellt, dass unter anderem dann weiteres Personal vereinbart werden kann, wenn dieses in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

Diese Maßnahmen dienen auch dazu, Anreize zur Reduzierung nicht notwendiger Leiharbeit zu setzen. Leiharbeit sollte nur ein zusätzliches Instrument sein, um bei kurzfristigen Personalausfällen oder nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Um wirtschaftliche Fehlanreize für den Einsatz von Leiharbeitskräften oder anderem Fremdpersonal in Pflege und Betreuung auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der Pflegebedürftigen und ihrer Familien zu verhindern, wurde durch das PUEG geregelt, dass die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Überlassungsentgelte für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird, übertragen werden. Mögliche Ausnahmen bedürfen eines sachlichen Grundes. Die Finanzierung von Leiharbeit wird damit grundsätzlich auf die Höhe tariflicher Entlohnung beschränkt und damit ein klarer Rahmen für den Einsatz von Leiharbeit geschaffen, dessen Fortentwicklung und Anpassung an aktuelle Herausforderungen kontinuierlich geprüft wird.

In § 8 Absatz 3b SGB XI hat der Gesetzgeber zudem die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Diese wird vom GKV-Spitzenverband durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen sichergestellt. Seit Ende des Jahres 2022 wird im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI ein Modellprojekt der Universität Bremen in Zusammenarbeit mit der contec GmbH und dem AQUA Institut durchgeführt. Im Rahmen des Projekts erfolgt die Entwicklung eines Konzeptes für Personal-, Organisationsentwicklungs- und Digitalisierungsmaßnahmen sowie die Erprobung dieses Konzeptes in Modelleinrichtungen mit einer Personalmenge, die sich an den Erkenntnissen aus der PeBeM-Studie von 2020 orientiert. Das erprobte Konzept wird im Hinblick auf Mitarbeiterzufriedenheit und die Qualität der Versorgung sowie auf einen Vorschlag für einen Personalbemessungs-Algorithmus 2.0 unter Berücksichtigung digitaler und technischer Maßnahmen evaluiert. Darüber hinaus erfolgt die Entwicklung eines Konzeptes für die flächendeckende Implementation dieser Maßnahmen in allen Pflegeeinrichtungen. Der Abschluss des Projektes ist für Mitte 2025 geplant.

Aufbauend auf den Ergebnissen des Modellprojekts werden gemäß § 113c Absatz 7 SGB XI weitere Schritte zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen geprüft.

Die Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens erfolgt stufenweise, auch damit die Einrichtungen das Personal nach den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes schrittweise aufbauen und die neu gewonnenen Kompetenzen in ihr Team und ihre Organisation fachlich sinnvoll einbinden können. Hierfür prüft das BMG ab dem Jahr 2025 alle zwei Jahre, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte erforderlich ist. Einbezogen werden hierbei insbesondere auch vorliegende Erkenntnisse aus dem Modellprogramm zur Weiterentwicklung des

Personalbemessungsverfahrens (§ 8 Absatz 3b SGB XI) und die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

II.2.2.4 Bessere Arbeitsbedingungen – Konzertierte Aktion Pflege

Im Jahr 2019 wurden im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) zwischen den drei Bundesministerien BMG, BMFSFJ und BMAS zusammen mit dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, den Ländern, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbänden, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern in der Pflege ein umfangreiches Maßnahmenpaket vereinbart, um die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege zu verbessern sowie das Ansehen des Pflegeberufs zu steigern. In den folgenden Jahren wurden und werden die in der KAP vereinbarten Ziele von den jeweils zuständigen Akteuren in ihrem Verantwortungsbereich weiter umgesetzt und nachgehalten. Die Bundesregierung begleitet die Umsetzung bei den Partnern und setzt sich mit gezielten Initiativen und Instrumenten für eine weitere Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege ein.

Der vollständige Vereinbarungstext sowie ausführliche Informationen zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der KAP können dem im November 2020 veröffentlichten „Ersten Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5“ und dem im August 2021 veröffentlichten „Zweiten Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5“ entnommen werden⁹²; weitere Umsetzungsmaßnahmen werden seitdem auf der Website der KAP dokumentiert.⁹³

Neben der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung, der Erleichterung bei der Fachkräfteanwerbung aus dem Ausland sowie der Erweiterung von Befugnissen von Pflegefachpersonen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen gehören dazu auch Initiativen für eine angemessene Entlohnung von Pflegefachpersonen. Hervorzuheben sind insbesondere die Verpflichtung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, seit dem 1. September 2022 ihre Beschäftigten in Pflege und Betreuung mindestens auf Tarifniveau zu vergüten. Zudem gelten seit dem 1. Juli 2023 neue Personalanhaltswerte in den vollstationären Pflegeeinrichtungen; dadurch kann deutlich mehr Pflegepersonal vereinbart und eingestellt werden. Darüber hinaus wurden viele weitere Maßnahmen in die Wege geleitet, um die Attraktivität des Berufs weiter zu steigern, Personal zu gewinnen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu gehören unter anderem:

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege (§ 125a SGB XI)

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)⁹⁴ wurden für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen von 2022 bis 2025 zehn Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt und im Rahmen des PUEG die Projektlaufzeit verlängert. Durch die gezielte Förderung von Modellprojekten zur Telepflege und deren wissenschaftlich gestützten Erprobung sollen neuartige Formen der Pflege entwickelt und getestet werden. Diese sollen der Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen dienen. Ziel der Telepflege ist insbesondere die Entlastung des Pflegepersonals in der ambulanten

⁹² BMG, BMFSFJ, BMAS (2020): Konzertierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 und BMG, BMFSFJ, BMAS (2021): Konzertierte Aktion Pflege – Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.

⁹³ www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege [abgerufen am 07.08.2024].

⁹⁴ Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) vom 3. Juni 2021, BGBl. 2021 I S. 1309; mit dem PUEG wurde das Modellvorhaben bis 2025 verlängert.

und stationären Langzeitpflege und die Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Telepflege wird dabei insbesondere als Dienstleistung im Sinne einer Anleitung von Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen, Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte oder spezialisierte Pflegefachkräfte verstanden. Erste Ergebnisse der Modellprojekte und der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation sind Ende 2025 zu erwarten. Weitere Informationen über das Modellprogramm zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI hat der GKV-Spitzenverband auf seiner Homepage veröffentlicht.⁹⁵

Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege

Das BMG hat im Jahr 2020 eine zweiteilige Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege sowie zur Ermittlung und modellhaften Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Auftrag gegeben. Ziel der Studie war die Identifizierung weiterer Maßnahmen, mit denen die Pflege attraktiver gestaltet werden kann, um beruflich Pflegenden zu gewinnen, im Beruf zu halten und solche, die aus der Pflege ausgeschieden sind, zurückzugewinnen. Im Rahmen der Studie wurden über 5.500 Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege sowie in der Akutpflege im Krankenhaus danach befragt, wie sie sich ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen und mit welchen weiteren Maßnahmen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege gesteigert, der Verbleib im Pflegeberuf erhöht und beruflich Pflegenden für die Pflege zurückgewonnen werden können. Die Studie hat gezeigt: Pflegekräfte wünschen sich vor allem eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wenn sich Rahmenbedingungen wie diese deutlich verbessern, würden viele bis zu zehn Stunden ihrer Arbeitszeit aufstocken. Parallel wurden 18 Indikatoren für einen guten Arbeitsplatz in der Langzeitpflege gemeinsam mit beruflich Pflegenden erarbeitet und praktisch erprobt. Die Ergebnisse der praktischen Erprobung machen deutlich, dass die Arbeitgeberattraktivität in der Pflege insbesondere auch durch betriebliche Maßnahmen in den Bereichen Führung (Wertschätzung und Unterstützung durch Vorgesetzte sowie partizipativer Führungsstil), Arbeitszeitgestaltung (z. B. durch eine verlässliche Dienstplangestaltung) sowie durch eine gezielte Außendarstellung des Unternehmens und seiner Werte verbessert werden kann. Die Studie bestätigt die Relevanz vieler Themenbereiche und Vereinbarungen der KAP, bietet aber darüber hinaus ein umfassendes und differenziertes Bild von der Perspektive beruflich Pflegenden auf gute Arbeitsbedingungen. Die Studie wurde in der Pandemie durchgeführt und die Pflegeeinrichtungen konnten selbst in dieser Situation ihre Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit der Beschäftigten verbessern. Die Ergebnisse der Studie wurden im Mai 2023 veröffentlicht.⁹⁶

Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, § 8 Absatz 7 SGB XI

Der Gesetzgeber hat bereits mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) gesetzliche Regelungen geschaffen, um Pflegeeinrichtungen finanziell zu unterstützen, wenn sie die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch entsprechende Maßnahmen unterstützen. So soll beruflich Pflegenden mit dem Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 SGB XI ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere mit der Betreuung von Kindern oder der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen, in Einklang zu bringen. Bis zum Jahr 2024 werden zielgerichtet Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen in diesem Bereich mit bis zu 100 Millionen Euro jährlich finanziell unterstützt. Mit dem PUEG wurde das Förderprogramm verlängert und differenzierter ausgestaltet. So werden in den Jahren 2025 bis 2030 Maßnahmen mit den in den Vorjahren nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln finanziell unterstützt. Die Höhe des Zuschusses ist nun von der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

⁹⁵ www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/pflege_modellprojekte_125a.jsp [abgerufen am 07.08.2024].

⁹⁶ www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html [abgerufen am 07.08.2024].

abhängig und beträgt für Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jährlich bis zu 10.000 Euro und ab 26 solcher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis zu 7.500 Euro je Pflegeeinrichtung. Durch das PflStudStG wurde der Katalog der förderfähigen Maßnahmen neu strukturiert und begrifflich konkretisiert. Neben Maßnahmen bezogen auf Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, können z. B. die Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten sowie mit Kunden und die kompetenzorientierte Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung finanziell unterstützt werden. Geförderte Maßnahmen können weiterhin z. B. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal sowie jeweils dazugehörige Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung einschließlich dazugehöriger Schulungen und Weiterbildungen sein.

Projekt „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (GAP)“

Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege unterstützt seit 2021 mit ihrem Projekt „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (GAP)“ Pflegeeinrichtungen und -dienste bei der Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. Bundesweit sind 70 speziell geschulte Coaches im Einsatz, um Einrichtungen bei ihrem individuellen Veränderungsprozess zu begleiten. Dazu nutzen sie 25 praxisnahe Leitfäden, beispielsweise zur Arbeitszeitorganisation, Dienstplanerstellung oder Personalgewinnung. Der konkrete Handlungsbedarf wird dabei mithilfe einer vorgelagerten Ist-Analyse identifiziert. Ein Coach unterstützt im weiteren Prozess die Einrichtung bei der Umsetzung der gemeinsam ausgewählten Maßnahmen vor Ort. Seit 2024 können sich mit GAP vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch auf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI vorbereiten. Dazu wurden relevante Leitfäden weiterentwickelt. Pflegeeinrichtungen können ihre Projektkosten aus Fördermitteln nach § 8 Absatz 7 SGB XI kofinanzieren lassen. Mit der gesetzlichen Verlängerung dieses Fördermitteltopfs bis Ende 2030 beabsichtigt die Pflegebevollmächtigte die Ausschreibung eines Anschlussprojekts ab 2025.⁹⁷

II.2.2.5 Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten

Deutschland braucht Pflegefach- und -hilfskräfte, um langfristig die Versorgungssicherheit und eine gute, professionelle Pflege gewährleisten zu können. Die Versorgungssicherheit in der Pflege sowie eine gute professionelle Pflege sollen vorrangig durch Pflegefachpersonen aus dem Inland gewährleistet werden. Darüber hinaus ist aber auch die Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten notwendig, um die bestehenden Bedarfe decken zu können. Pflegefachpersonen aus Drittstaaten haben entsprechend den geltenden Aufenthaltsregelungen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und arbeiten dort zu den gleichen Bedingungen wie Beschäftigte aus dem Inland. Deutsche Arbeitgebende, die eine Pflegefachkraft oder einen potenziellen Auszubildenden aus einem Drittstaat gewinnen wollen, können sich an den Arbeitgeber-Service der örtlichen Agentur für Arbeit wenden. Sie können zudem eine private Personalvermittlungsagentur beauftragen (eine Beschäftigung in Zeitarbeit ist aber für Drittstaatsangehörige immer dann nicht möglich, wenn die Bundesagentur für Arbeit [BA] zustimmen muss) oder selbst im entsprechenden Herkunftsland anwerben. Zu beachten ist, dass die WHO in 55 Staaten einen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal festgestellt hat. Die Anwerbung und Vermittlung für eine Beschäftigung oder Ausbildung in Gesundheits- und Pflegeberufen aus diesen Staaten darf nach § 38 der Beschäftigungsverordnung (BeschV)⁹⁸ nur die BA durchführen. Anwerbungs- und Vermittlungsaktivitäten Dritter

⁹⁷ Nähere Informationen finden sich unter: www.gap-pflege.de [abgerufen am 16.08.2024].

⁹⁸ Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (Beschäftigungsverordnung – BeschV) vom 6. Juni 2013, BGBl. 2013 I S. 1499; die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 7. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 353, geändert worden ist.

bzw. Privater sind unzulässig und stellen eine Ordnungswidrigkeit dar (§ 39 BeschV). Informationen und Beratungen zum Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt erhalten Interessierte im Ausland durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA sowie durch das Portal der Bundesregierung „Make it in Germany“⁹⁹ für Fachkräfte aus dem Ausland. Auch für Arbeitgeber, die an der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte interessiert sind, bietet das Portal weiterführende Informationen. Speziell zur Anerkennung von Berufsqualifikationen, der bei der Beschäftigung in den reglementierten Gesundheitsberufen eine besondere Bedeutung zukommt, sind umfassende Informationen online auf „Anerkennung in Deutschland“¹⁰⁰ verfügbar. Für eine erste Orientierungsberatung können sich Ratsuchende an die Hotline „Arbeiten und Leben in Deutschland“¹⁰¹ wenden. Die Hotline vermittelt die Anerkennungsinteressierten weiter an die Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA)¹⁰² zur vertieften individuellen Beratung und Verfahrensbegleitung; an sie können sich Anerkennungsinteressierte aus dem Ausland auch direkt wenden. Die Anwerbung und Vermittlung von Pflegefachkräften durch die BA erfolgt in enger Abstimmung mit den Partnerverwaltungen der Herkunftsländer. Gemeinsam mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) wird unter anderem das Programm „Triple Win“¹⁰³ aktuell mit Bosnien-Herzegowina, den Philippinen, Tunesien, Indien (Bundesstaaten Kerala und Telangana), Indonesien, Jordanien und Vietnam (nur Auszubildende) umgesetzt. Zudem rekrutiert die ZAV Pflegefachkräfte aus Mexiko und Kolumbien sowie Auszubildende für Gesundheitsberufe aus Mexiko, Brasilien und El Salvador.

Insgesamt ist es das Ziel, die Einrichtungen des Gesundheitswesens durch verbesserte Rahmenbedingungen bestmöglich bei der Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland zu unterstützen. Die Strategie der Bundesregierung umfasst einen kohärenten Gesamtansatz ineinandergreifender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen.

Die Verwaltungsverfahren im In- und Ausland sollen verkürzt, die Möglichkeiten der Fachkräftegewinnung vereinfacht und die berufliche Anerkennung in Deutschland beschleunigt werden. Gleichzeitig sollen Menschen aus Ländern außerhalb der EU bessere Möglichkeiten erhalten, in Deutschland eine Arbeitsstelle zu finden. Hiervon profitieren auch Beschäftigte im Gesundheitswesen. Der Rechtsrahmen für eine erleichterte Zuwanderung von qualifizierten Fach- und Arbeitskräften aus Nicht-EU-Ländern wurde 2023 mit dem neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG)¹⁰⁴ und der begleitenden Verordnung¹⁰⁵ weiterentwickelt. Die Änderungen sind sukzessive seit November 2023 in Kraft getreten.

Die neuen Regelungen ermöglichen nunmehr unter anderem einen Arbeitsmarktzugang auch für Pflegehilfskräfte aus Drittstaaten (§ 22a BeschV). Zudem können Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie Pflegehelferinnen und -helfer aus Drittstaaten, die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben, künftig einen Aufenthaltstitel zur Arbeitsplatzsuche beantragen. Darüber hinaus wird es mit der Anerkennungspartnerschaft ausländischen Pflegekräften ermöglicht, einen Aufenthaltstitel zur Ausübung einer Beschäftigung zu erhalten

⁹⁹ www.make-it-in-germany.com/de [abgerufen am 17.09.2024].

¹⁰⁰ www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/index.php, ein Angebot des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) im Auftrag des BMBF [abgerufen am 06.05.2024].

¹⁰¹ www.make-it-in-germany.com/de/ueber-das-portal/kontakt/hotline [abgerufen am 06.05.2024].

¹⁰² Mit dem FEG wurde die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung einer Zentralen Servicestelle Berufsanerkennung für Fachkräfte im Ausland (ZSBA) geschaffen. Die ZSBA ist bei der Zentrale für Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA) in Bonn angesiedelt. Sie wurde vom BMBF als Modellvorhaben zunächst für eine Phase von vier Jahren (2020 bis 2023) mit bis zu 3,5 Millionen Euro pro Jahr gefördert. Mit der Weiterentwicklung des Fachkräfteeinwanderungsrechts wurde die Laufzeit der ZSBA bis Ende 2026 verlängert.

¹⁰³ www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/triple-win-pflegekraefte [abgerufen am 06.05.2024].

¹⁰⁴ Gesetz zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung (FKrEinwWG) vom 16. August 2023, BGBl. 2023 I Nr. 217.

¹⁰⁵ Verordnung zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung (FKrEinwVW) vom 30. August 2023, BGBl. 2023 I Nr.233.

und ein erforderliches Anerkennungsverfahren erst nach der Einreise begleitend durchzuführen. Die deutschen Auslandsvertretungen werden bei der Bearbeitung von Visumanträgen ausländischer Pflegekräfte zur Erweiterung der Bearbeitungskapazitäten und Beschleunigung der Verfahren vom Bundesamt für Auswärtige Angelegenheiten unterstützt.

Seit 2020 wird die ZSBA bei der BA als Ansprechstelle und Begleitung im Anerkennungsprozess erprobt. Das Modellprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) bei der BA war zunächst bis Ende 2023 befristet und wurde mit der Weiterentwicklung des Fachkräfteeinwanderungsrechts noch bis Ende 2026 verlängert. Aufgabe der ZSBA ist es, Anerkennungssuchende, die sich im Ausland befinden, auch jenseits der Gesundheitsberufe über die Aussichten und Voraussetzungen eines Anerkennungsverfahrens bzw. über die Berufszulassung zu beraten, sie über die damit im Zusammenhang stehenden aufenthaltsrechtlichen Fragen im konkreten Fall zu informieren und sie durch das Anerkennungsverfahren bis zur Einreise nach Deutschland zu begleiten (Lotsenfunktion). Hierdurch sollen die für die Anerkennung zuständigen Stellen von der kommunikationsintensiven Beratung der Antragstellerinnen und Antragsteller vor und während des Anerkennungsprozesses entlastet werden.

Mit den Berufssprachkursen steht im Inland für zuwandernde Pflegefachkräfte ein bundesweit etabliertes und quantitativ ausreichendes Sprachförderangebot des Bundes zur Verfügung. Die Zahlen der an den speziellen Anerkennungskursen für akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe Teilnehmenden sind in den vergangenen Jahren konstant gestiegen. Die derzeit noch in der Erprobung befindlichen Spezialberufssprachkurse für Auszubildende können insbesondere Personen, die eine Ausbildung als Pflegefachkraft absolvieren, dabei unterstützen, ihre Ausbildung erfolgreich abzuschließen.

Die Bundesregierung hat außerdem weitere gesetzliche und untergesetzliche Maßnahmen auf den Weg gebracht, um den Anwerbeprozess fair, ethisch und nachhaltig zu gestalten und um den gesamten Prozess zu vereinfachen, zu entbürokratisieren und zu beschleunigen:

Mit dem PUEG wird es zugelassenen Pflegeeinrichtungen erleichtert, den Aufwand für die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland in den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zu berücksichtigen und entsprechend den Maßgaben des Pflegeversicherungsrechts zu finanzieren. Dabei ist die Berücksichtigung an die Vermittlung im Rahmen des vom BMG eingeführten Gütesiegels gekoppelt. Damit wird ganz gezielt und gewollt die faire und ethische Anwerbung nach Deutschland gefördert.

Mit dem PflStudStG wird unter anderem durch bundeseinheitliche Formvorgaben für die Unterlagen, die bei den jeweils zuständigen Behörden einzureichen sind, die Anerkennung vereinfacht und beschleunigt. Unter anderem wird es ausländischen Pflegefachkräften ermöglicht, auf die oftmals zeit- und kostenaufwendige Gleichwertigkeitsprüfung auf Basis vorgelegter Dokumente zu verzichten und stattdessen direkt eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren. Ist eine dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfung gewünscht, so ist nun im Gesetz geregelt, dass die für die Anerkennung zuständigen Landesbehörden dabei auf die vom Bund finanzierten Mustergutachten zur Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsqualifikationen zurückgreifen sollen. Das beschleunigt die Anerkennung ebenfalls. Die Bundesländer erhalten zudem die Möglichkeit, die Kenntnisprüfungen als anwendungsorientierte Parcours-Prüfungen durchzuführen und auf Simulationsverfahren zurückzugreifen, was die Prüfungskapazitäten entlasten kann.

Neben den Angeboten der BA unterstützen die Programme und Maßnahmen des BMG selbst anwerbende Unternehmen und private Personalvermittlungsagenturen bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung und fördern damit die private Säule der Fachkräftenwerbung. Sie ist eine notwendige Ergänzung der Angebote der BA. Die deutsche Anwerbung soll fair und ethisch sein und sich an den internationalen Standards der

Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Arbeitsorganisation orientieren. Das bedeutet unter anderem, dass der Anwerbeprozess von Anfang an für die Fachkräfte in allen Punkten transparent sein muss, dass Anwerbekosten vom Arbeitgeber getragen werden und dass im aufnehmenden Unternehmen ein Integrationsmanagement besteht, das die erfolgreiche Aufnahme der Fachkräfte gewährleistet. Dafür hat das BMG das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“¹⁰⁶ geschaffen, dessen Mitglieder sich diesen Prinzipien verpflichtet haben. Mit dem Siegel wird nach außen gezeigt, dass die Fachkräfte willkommen sind und dass sie bei der Integration aktiv und offen begleitet werden.

Damit das Integrationsmanagement gelingt und auch die aufnehmenden Teams vorbereitet sind, hat das BMG beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) über das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen einen Werkzeugkoffer Integration¹⁰⁷ entwickeln lassen, der als Hilfe für Unternehmen zur Verfügung steht und der mit Beratung ergänzt wird.

Beim erfolgreichen Anwerbeprogramm „Faire Pflege Deutschland“ wurden mit den Grundsätzen der fairen und ethischen Anwerbung über direkte Zuschüsse von bis zu 3.000 Euro pro Fall über 1.500 Anträge für Pflegekräfte, vorwiegend aus Mexiko, Indien und den Philippinen, bewilligt. Im Rahmen dieses Programms konnten wertvolle Erfahrungen über Abläufe in den zuständigen Behörden gesammelt und eine deutliche Beschleunigung der Verfahren erreicht werden. Die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa), eine GmbH des Saarlandes, wurde dazu befristet vom BMG gefördert, um Probleme und Hindernisse zu erkunden, die einer schnellen Einreise und Anerkennung der Fachkräfte im Wege stehen. Sie hat Behörden im In- und Ausland beraten sowie Unternehmen beim Dokumenten- und Antragsmanagement unterstützt. Die Erfahrungen der DeFa konnten von den Beteiligten genutzt werden, um ihre jeweiligen Prozesse anzupassen und zu beschleunigen. Im Ergebnis konnte z. B. die Dauer von der Antragsstellung bis zur Visa-Erteilung von zuvor eineinhalb bis zwei Jahren in vielen Fällen durch das beschleunigte Fachkräfteverfahren (vgl. § 81a Aufenthaltsgesetz¹⁰⁸) auf rund vier Monate verkürzt werden.

Parallel dazu wurde in zwei weiteren Projekten die Ergänzung der ausländischen Ausbildung zur deutschen Berufsqualifikation pilotiert. Ziel war es, standardisierte Ausbildungswege zu erproben und zu etablieren, die als Blaupause von interessierten Unternehmen im Rahmen der Auslandsanwerbung genutzt werden können. In den Global Skills Partnerships (GSP) arbeitet die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit mit deutschen Universitäten und Partneruniversitäten in Mexiko und auf den Philippinen zusammen. Die universitären Pflegestudiengänge in den Partnerländern werden gemeinsam modifiziert und mit praktischen Ausbildungselementen so ergänzt, dass der Abschluss unmittelbar in Deutschland anerkannt werden kann. Dafür erstellt die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG), auch hier mit Unterstützung des BMG, die notwendigen Mustergutachten.

Für die Qualifizierung der Fachkräfte im Inland steht mit INGA (Integrierte Ausgleichsmaßnahme) ein vom BMG geförderter, berufsintegrierter, modularer Anpassungslehrgang zur Verfügung, der fachliche und sprachliche Inhalte verbindet. Er unterstützt Pflegefachpersonen auf dem Weg zur Anerkennung und bei ihrer langfristigen Integration im Unternehmen. In Sachsen, Brandenburg und Hamburg wurden im Rahmen eines Pilotprojekts die ersten Lehrgänge für philippinische Pflegefachkräfte durchgeführt.

¹⁰⁶ www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de [abgerufen am 07.08.2024].

¹⁰⁷ www.dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wj [abgerufen am 07.08.2024].

¹⁰⁸ Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz – AufenthG) vom 25. Februar 2008, BGBl. 2008 I S. 162, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 8. Mai 2024, BGBl. 2024 I Nr. 152, geändert worden ist; § 81a in der Fassung vom 16. August 2023.

II.2.3 Digitalisierung in der Pflege

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat nach einem intensiven Erarbeitungsprozess am 9. März 2023 die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege¹⁰⁹ öffentlich vorgestellt. Im Rahmen eines breit angelegten partizipativen Prozesses haben mehr als 500 Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Pflegesystems ihre Perspektiven, Ideen und Impulse eingebracht. Insbesondere Ärzte- sowie Apothekerschaft, Beschäftigte der Pflege, Vertretungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, Kranken- und Pflegeversicherungen, weitere Kostenträger, Wissenschaft und Gesundheits- bzw. IT-Wirtschaft waren hier beteiligt.

Die Strategie gibt der digitalen Transformation der Gesundheits- und Pflegeversorgung eine klare Richtung und ein Zielbild. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der sich am Menschen orientiert. Das bedeutet konkret, dass mit ihr ein Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen geleistet wird und dabei die Bedarfe der Versorgten und der Versorgenden konsequent in den Mittelpunkt rücken (Nutzerperspektive). Ein Ziel dieses Ansatzes ist die dringend notwendige Entlastung und Unterstützung der Betroffenen in der pflegerischen Versorgung. Konkrete Handlungsbedarfe wurden vor allem in drei Handlungsfeldern identifiziert: Etablierung personenbezogener und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse, Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung sowie nutzerorientierte Technologien und Anwendungen. Für diese Handlungsfelder wurden Ziele formuliert und strategische Leitlinien skizziert.

In der Strategie werden zudem für jedes der genannten Handlungsfelder kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen formuliert. Ein großer Teil der kurzfristigen Maßnahmen hat bereits unmittelbar Eingang in die Gesetzgebung gefunden, unter anderem mit dem im März 2024 in Kraft getretenen Digital-Gesetz (DigiG)¹¹⁰ und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)¹¹¹ sowie dem im Juli 2023 in Kraft getretenen PUEG. Viele Maßnahmen werden insbesondere in der Pflege wichtige Fortschritte mit sich bringen. Dazu gehören unter anderem

- die Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Identifizierung und Entfaltung relevanter Potenziale der Digitalisierung für die Pflegeversorgung,
- das Vorantreiben der flächendeckenden Etablierung einer digital unterstützten, interoperablen Pflegedokumentation, insbesondere durch syntaktisch und semantisch interoperable Datenformate, die ein Zusammenspiel verschiedener IT-Systeme ermöglichen, sowie das Forcieren von Pflegeterminologien und -klassifikationssystemen,
- die Ausweitung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen um weitere Fördertatbestände und
- die Stärkung der Nutzerorientierung in der zu schaffenden Digitalagentur, insbesondere durch die Berücksichtigung der Nutzerperspektive bei der Ausgestaltung von TI-Anwendungen und als Zulassungskriterium im Rahmen von Bestätigungs- und Zulassungsverfahren für solche Applikationen.

¹⁰⁹ BMG (2023): GEMEINSAM DIGITAL, Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.

¹¹⁰ Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz-DigiG) vom 22. März 2024, BGBl. 2024 I Nr. 101.

¹¹¹ Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken und zur datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Gesundheitsdatennutzungsgesetz-GDNG) vom 22. März 2024, BGBl. 2024 I Nr. 102.

Mit dem PUEG wurde die Errichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschlossen. Das Kompetenzzentrum soll Informationen bereitstellen, die Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte und andere Leistungserbringende, aber auch Pflegekassen, Pflegeberaterinnen und -berater sowie Pflegeverbände bei der Bewertung, Auswahl, Einführung und Nutzung digitaler Technologien in der Pflege unterstützen. Darüber hinaus wird es dazu beitragen, das Wissen und die Kompetenzen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen im Umgang mit digitalen Technologien zu stärken. Es wird zudem den Austausch und die Vernetzung der maßgeblichen Akteure aus Pflege, Digitalwirtschaft, Forschung und anderen relevanten Bereichen fördern. Mit Blick auf die Entwicklung neuer digitaler Lösungen in der Pflege wird das Kompetenzzentrum unter Berücksichtigung bereits vorliegender Ansätze die wissenschaftliche Evaluation und Nutzenbewertung digitaler Lösungen vorantreiben sowie die Qualitätssicherung bei der Nutzung digitaler Technologien in der Pflege durch die Entwicklung von Qualitätsstandards und -kriterien unterstützen.

Unter Berücksichtigung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege soll das Kompetenzzentrum die strukturierte Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens konstruktiv begleiten.

In den letzten Jahren hat die Bundesregierung bereits eine ganze Reihe von Maßnahmen in die Wege geleitet, um die Digitalisierung im gesamten Bereich der Pflege iterativ auszubauen. Auf die wichtigsten soll in den folgenden Kapiteln eingegangen werden.

II.2.3.1 Digitale Technologien für die pflegerische Versorgung

Zur beschleunigten Verankerung digitaler Technologien im Bereich der Pflege wurden mit dem **Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)**¹¹², welches am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist, zahlreiche gesetzliche Änderungen eingeführt. Ziel dieser Maßnahmen war und ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch digitale Tools möglichst zeitnah aus Mitteln der Pflegeversicherung zugänglich zu machen, soweit diese Tools als Pflegehilfsmittel oder als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einen pflegerischen Nutzen aufweisen.

So wurde in § 78 Absatz 2 SGB XI geregelt, dass das Pflegehilfsmittelverzeichnis spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben ist. Darüber hinaus sind seither Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 SGB XI unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen spätestens alle drei Jahre vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beschließen (§ 78 Absatz 2a SGB XI).

Mit dem **Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)**¹¹³, welches am 9. Juni 2021 in Kraft getreten ist, wurde im Bereich der Pflegeversicherung das Pendant zu den digitalen Gesundheitsanwendungen nach dem SGB V geschaffen. Dadurch haben Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit leben, einen Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen in Höhe von bis zu insgesamt 50 Euro monatlich. Digitale Pflegeanwendungen können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit

¹¹² Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22. Dezember 2020, BGBl. 2020 I S. 3299.

¹¹³ Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) vom 3. Juni 2021, BGBl. 2021 I, S. 1309.

oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (§ 40a Absatz 1 SGB XI). Zu diesen Anwendungen gehören neben Pflege-Apps etwa browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern. Unter den Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Mit Inkrafttreten der **Digitalen Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV)**¹¹⁴ im Jahr 2022 wurden differenzierte Anforderungen unter anderem an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Datensicherheit einer DiPA geschaffen, sodass nur qualitätsgesicherte DiPA mit Zustimmung der Pflegekassen in das häusliche Versorgungssetting Pflegebedürftiger gelangen können und diese dort einen individuellen pflegerischen Nutzen für die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen generieren.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen wurde ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Nach erfolgreichem Prüfungsverfahren durch das BfArM erfolgt die Aufnahme einer DiPA in das DiPA-Verzeichnis als Voraussetzung für deren Inanspruchnahme zulasten der Pflegekassen.¹¹⁵

Zur Entwicklung der Potenziale der Telepflege wurde mit dem DVPMG sowie durch eine Verlängerung der Projektlaufzeit im Rahmen des PUEG in § 125a SGB XI ein Modellprogramm von 2022 bis 2025 für die wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege etabliert, das vom GKV-Spitzenverband umgesetzt wird. Erste Ergebnisse der Modellprojekte und der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation sind Ende 2025 zu erwarten; mehr Informationen hierzu unter II.2.2.4.

Um die Möglichkeiten zur Nutzung der Digitalisierung in der Pflege zu erweitern, wurde mit dem **Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)**¹¹⁶, welches am 30. Juni 2022 in Kraft getreten ist, die Möglichkeit geschaffen, jede zweite Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI als Videokonferenz durchführen zu lassen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht.

Während der COVID-19-Pandemie bestand für Pflegegeldbeziehende bis zum 30. Juni 2022 die Möglichkeit, die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchführen zu lassen (§ 148 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 1 Absatz 3 der Dritten Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie vom 16. März 2022). Damit wurde sowohl der Bedeutung der Beratung für die pflegebedürftige Person und die sie ehrenamtlich Pflegenden als auch dem Infektionsschutz Rechnung getragen. Da diese Möglichkeit von den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen gut angenommen worden ist, wurde die Forderung erhoben, sie in das Dauerrecht zu übernehmen. Diese Forderung wurde mit dem Pflegebonusgesetz insofern aufgegriffen, als in § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI die Regelung aufgenommen wurde, dass auf Wunsch der pflegebedürftigen Person im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgt. Diese Möglichkeit wurde inzwischen bis einschließlich 31. März 2027 verlängert.¹¹⁷ Die erstmalige

¹¹⁴ Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendung-Verordnung – DiPAV) vom 29. September 2022, BGBl. 2022 I S. 1568, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 22. März 2024, BGBl. 2024 I Nr. 101, geändert worden ist.

¹¹⁵ www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiPA/_node.html [abgerufen am 01.08.24].

¹¹⁶ Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz – PflegeBonusG) vom 28. Juni 2022, BGBl. 2022 I S. 938; 2023 I Nr. 42.

¹¹⁷ Durch das Gesetz über die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten-Bestandsverbesserung (EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsgesetz) vom 30. Mai 2024, BGBl. 2024 I Nr. 173.

Beratung erfolgt jedoch in jedem Fall in Form der persönlichen Begegnung vor Ort in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person (§ 37 Absatz 3 Satz 6 SGB XI).

Nach § 7a SGB XI haben Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, sowie Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt oder einen erklärten Bedarf an einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit haben, einen Anspruch auf eine umfassende und individuelle Pflegeberatung. Auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber Angehörigen und weiteren Personen. Im Berichtszeitraum wurde die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit dem DVPMG um sichere digitale Beratungsangebote ergänzt. Hierbei kann es sich sowohl um barrierefreie digitale Informationsangebote der Pflegekassen als auch um Beratungsangebote in einem Videoformat handeln, wie z. B. eine Videokonferenz. Die Pflegeberatung in einem Videoformat ist die Kommunikation in Echtzeit zwischen einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater und der anspruchsberechtigten Person mittels der dieser Person zur Verfügung stehenden technischen Ausstattung. Möglich ist hierbei auch die Einbindung Angehöriger oder weiterer Personen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Erfolgt die Pflegeberatung mittels Videoformat, bleibt der Anspruch auf eine persönliche Pflegeberatung an sonstigen Orten unberührt.

Des Weiteren wurde mit dem DVPMG in § 45 SGB XI geregelt, dass die Pflegekassen auch digitale Pflegekurse anbieten sollen. Die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Pflegekursen vor Ort nach § 45 SGB XI bleibt davon unberührt. Ferner wurde in den §§ 45c und 45d SGB XI durch Ergänzungen klargestellt, dass im Rahmen der Förderungen jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden können, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

II.2.3.2 Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), elektronische Abrechnung und Beschäftigtenverzeichnis

Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur (TI)

Als verlässliche, sichere und umfassende digitale Infrastruktur soll die Telematikinfrastruktur (TI) schrittweise alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vernetzen und einen sicheren Austausch von Informationen über die Sektoren hinweg gewährleisten, unabhängig von den Systemen der Leistungserbringer. Die Gesellschaft für Telematik (gematik) baut die TI auf und legt die Vorgaben für deren sicheren Betrieb fest.

Im Berichtszeitraum wurden insbesondere mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)¹¹⁸, dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) sowie dem PUEG umfassende gesetzliche Regelungen zur Einbindung der Pflege in die TI auf den Weg gebracht: Der Pflegebereich hat als erste Gruppe der nicht approbierten Gesundheitsberufe die Möglichkeit erhalten, die TI umfassend zu nutzen. Dabei wurde für die Finanzierung der Anbindung des Pflegebereichs an die TI die entsprechende Anwendung der Finanzierungsregelungen für die Ärzteschaft vorgesehen.

Mit dem PUEG wurden die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die TI und zur Erfüllung der Voraussetzungen für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) (§ 341 Absatz 8 SGB V) verpflichtet. Zur Erprobung dieses Prozesses wurde im Jahr 2020 das Modellprogramm nach § 125 SGB XI zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI initiiert, welches vom GKV-Spitzenverband umgesetzt wird. Ziel ist es, die Einbindung der Pflege in die TI wissenschaftlich gestützt zu erproben und so Erkenntnisse

¹¹⁸ Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. Oktober 2020, BGBl. 2020 I S. 2115.

für die verpflichtende Anbindung aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland zu gewinnen. Das Modellprogramm läuft bis Ende 2024, mit dem Abschlussbericht wird Anfang 2025 gerechnet. Aktuell liegt bereits ein „Leitfaden aus der Praxis“ seitens des GKV-Spitzenverbandes vor.¹¹⁹

Der Kreis derjenigen, die berechtigt sind, auf die elektronische Patientenakte (ePA) zuzugreifen, wurde mit dem PDSG erweitert. Seither haben Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (nach dem Krankenpflegegesetz wie auch nach dem Pflegeberufegesetz [PflBG]¹²⁰), Altenpflegerinnen und Altenpfleger (nach dem Altenpflegegesetz¹²¹ wie auch nach dem PflBG), Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Pflegehilfskräfte unter Aufsicht von Pflegefachkräften Zugriff (vgl. § 352 SGB V).

Um auch eine mobile Nutzung der Anwendungen der TI zu ermöglichen, wurde die gematik mit dem DVPMG beauftragt, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass mobile Zugangsmöglichkeiten zur TI zur Verfügung stehen (§ 312 Absatz 1 Nr. 10 SGB V). Dadurch sollen auch ambulante Pflegedienste die Möglichkeit erhalten, von ihrem jeweiligen Einsatzort aus Anwendungen der TI zu nutzen. Zwischenzeitlich wurden Rahmenbedingungen dafür geschaffen, die TI im Gesundheitswesen auch außerhalb der Kern-TI zu nutzen. Der Konnektor ist mittlerweile durch die Migration zur TI 2.0 verzichtbar, damit ist eine mobile Anbindung an die TI möglich.

Um die fachgerechte Nutzung der ePA durch den Pflegebereich zu unterstützen, wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem DVPMG verpflichtet, im Benehmen mit den Bundesverbänden der Pflege nach § 355 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V die semantischen und syntaktischen Festlegungen für die Inhalte der ePA zur pflegerischen Versorgung zu schaffen (§ 355 Absatz 2b SGB V). Dazu gehören beispielsweise die Inhalte und die Struktur von Pflegedokumenten (z. B. elektronischer Überleitungsbogen oder elektronischer Wundbericht). Mit dieser gesetzlichen Regelung wurde der bereits für den medizinischen Bereich bestehende gesetzliche Auftrag an die KBV, universell verwendbare und kombinierbare Informationsbausteine, sogenannte MIOs (Medizinische Informationsobjekte), zu erstellen, auf den Pflegebereich erweitert.

Zudem wurde die Grundlage für eine weitergehende Anbindung der Pflege an die TI geschaffen. Ab dem 1. Juli 2024 war die elektronische Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP) sowie außerklinischer Intensivpflege (AKI) verpflichtend vorgesehen. Hierfür sollten sich die entsprechenden Leistungserbringer bis zum 1. Januar 2024 an die TI anschließen. Mit dem Digital-Gesetz (DigiG), das am 26. März 2024 in Kraft getreten ist, wurde die erste Frist um zwei Jahre, die Anbindungsverpflichtung um eineinhalb Jahre verschoben. Die Erstellung der hierfür notwendigen Spezifikationen durch die gematik wurde im Arbeitsplan der gematik postponed, auch im Hinblick darauf, dass 2024 noch kaum Pflegeeinrichtungen an die TI angebunden waren.

Förderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI

Das 2019 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Programm zur Förderung der Digitalisierung in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (§ 8 Absatz 8 SGB XI) wurde mit dem PDSG um zwei Jahre – bis 2023 – und mit dem PUEG nochmals bis 2030 verlängert, weil die Fördergelder wegen der COVID-19-Pandemie nur zum Teil in Anspruch genommen werden konnten. Die Pflegeversicherung stellt insgesamt Fördermittel für Digitalisierungsprojekte in Höhe von etwa 310 Millionen Euro zur Verfügung, die insbesondere der Entlastung der beruflich Pflegenden dienen. Pflegeeinrichtungen erhalten als

¹¹⁹ GKV-Spitzenverband (2024): Einbindung von Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur, Ein Leitfaden aus der Praxis.

¹²⁰ Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017, BGBl. 2017 I S. 2581, das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 359, geändert worden ist.

¹²¹ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 25. August 2003, BGBl. 2003 I S. 1690.

Anteilsfinanzierung einen einmaligen Zuschuss für digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie die dazugehörigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Altenpflege betreffen. Mit dem PUEG wurden die möglichen Fördertatbestände inhaltlich ausgeweitet. Pro Pflegeeinrichtung werden bis zu 40 Prozent der Kosten für die digitale oder technische Ausrüstung und damit verbundene Schulungen übernommen. Höchstens ist ein einmaliger Zuschuss von 12.000 Euro möglich. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband Förderrichtlinien erlassen. In den Förderjahren 2019 bis 2023 wurden Mittel in Höhe von insgesamt 119 Millionen Euro verausgabt.

Elektronische Abrechnung und Beschäftigtenverzeichnis im ambulanten Bereich

Mit dem PDSG wurden Regelungen beschlossen, die die elektronische Abrechnung in der ambulanten Pflege erleichtern und zur Nutzung elektronischer Verfahren bei der Übermittlung von Abrechnungsunterlagen verpflichten. Beschlossen wurden hierfür auch Regelungen, die ein Verzeichnis für eine lebenslange Beschäftigtennummer für Pflegepersonal im ambulanten Bereich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und eine Schiedsstellenregelung einführen sowie Anforderungen an die Schnittstellen für die in der Pflege eingesetzten informationstechnischen Systeme festlegen.

Mit der Neuregelung wird ein Verzeichnis der Leistungserbringer eingeführt, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 SGB V abgeschlossen haben oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI handelt, der Personen, die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), außerklinische Intensivpflege (§ 37c SGB V) oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI erbringen sowie der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen haben. Auch Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI sind mit umfasst. Die Beschäftigtennummer soll im Rahmen der Umstellung auf eine papierlose elektronische Abrechnung die bisher geübten papiergebundenen Verfahren der Übermittlung von handschriftlich abgezeichneten Leistungsnachweisen und Handzeichenlisten ablösen. Einrichtung und Führung des Verzeichnisses obliegen dem BfArM. Die Angaben (§ 293 Absatz 8 Satz 4 und 5 SGB V) dienen der Transparenz und sind für eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung erforderlich. Pflege- und Betreuungsdienste sowie Einzelpflegekräfte sind verpflichtet, dem BfArM die für den Aufbau und die Führung des Verzeichnisses erforderlichen Angaben sowie Veränderungen dieser Angaben auch ohne Aufforderung mitzuteilen (§ 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V). Die Beschäftigtennummer wird vom BfArM entsprechend der Struktur der Arztnummer nach § 293 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V festgelegt und den Kassen sowie den Leistungserbringern für die gesetzlich geregelten Verwendungszwecke zur Verfügung gestellt. Seit dem 1. Januar 2023 ist die Beschäftigtennummer verpflichtend anzuwenden. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses trägt der GKV-Spitzenverband.¹²²

Für den Fall, dass für ambulante Leistungen die Festlegungen über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen oder die Einzelheiten des elektronischen Datenträgeraustauschs nicht innerhalb der Frist getroffen wurden, kann die bereits erwähnte Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 Satz 1 SGB V angerufen werden. Die Neuregelung bezieht sich auch auf § 105 Absatz 2 Satz 2 SGB XI, weil die Einzelheiten für die elektronische Datenübertragung für die Abrechnung von den Beteiligten nicht innerhalb der Frist bis zum 1. Januar 2018 festgelegt wurden. Die Schiedsstelle bestimmt die Inhalte der Festlegung innerhalb von drei Monaten.

¹²² www.dserver.bundestag.de/btd/19/207/1920708.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

II.2.4 Forschungs- und Modellmaßnahmen

Die Erforschung und die Erprobung neuer Formen der Versorgung pflegebedürftiger Menschen gehören zu den Aufgaben der Institutionen, die für die Weiterentwicklung der Pflege zuständig sind. Deswegen finanzieren sowohl das BMG als auch die Pflegekassen, der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), andere Bundesministerien und die Bundesländer entsprechende Forschungs- und Modellprojekte. In den folgenden Abschnitten wird ein kurzer Überblick über Umfang und Themen dieser Forschungs- und Modellprojekte gegeben. Eine Übersicht mit kurzer Beschreibung der von den Bundesministerien im Einzelnen geförderten Projekte findet sich in Anhang B – Forschungs- und Modellprojekte Angaben zu den einzelnen Projekten des Innovationsfonds und der Pflegekassen finden sich jeweils auf deren Website.

II.2.4.1 Projekte zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger und Pflegenetzwerk beim BMG

Das BMG fördert im Rahmen seiner Ressortforschung Forschungs- und Modellprojekte, die die pflegerische und medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf wissenschaftlicher Grundlage weiterentwickeln. Im Berichtszeitraum von 2020 bis 2023 wurden dementsprechend 35 Forschungs- und Praxisprojekte mit Bezug zur ambulanten, teil- und vollstationären Langzeitpflege initiiert.

Um den vielfältigen Aufgaben und Anforderungen in der Pflege gerecht zu werden, wird in den Modell- und Forschungsprojekten ein breites Spektrum an Themen bearbeitet. Dazu gehören etwa Fragen der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, die Weiterentwicklung alternativer Wohn-Pflege-Formen und der Telepflege. Im Fokus des Interesses standen im Berichtszeitraum auch die Sicherung des Bedarfs an Pflegefachkräften und, damit zusammenhängend, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation in der Pflege. Exemplarisch soll an dieser Stelle auf drei Projekte näher eingegangen werden:

In einer vom BMG im Rahmen der KAP beauftragten Studie über die Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege wurden die Wünsche beruflich Pflegenden untersucht sowie zentrale Einflussfaktoren in Bezug auf Zufriedenheit im Pflegeberuf herausgearbeitet (siehe hierzu auch II.2.2.4). Gemeinsam mit beruflich Pflegenden wurden 18 Indikatoren entwickelt, die die Zufriedenheit im Beruf maßgeblich beeinflussen. Aus Sicht der Pflegenden braucht es für einen Arbeitsplatz mit Zukunft vor allem: eine gute Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, attraktive Bezahlung, gute Personalausstattung, partizipative Führungsmodelle, eine Stärkung der Pflegeprofession, einen digital unterstützten Arbeitsplatz sowie eine aktive Förderung von Berufseinstieg und -verbleib.

Einer dieser Faktoren, die Stärkung der Pflegeprofession, stand im Projekt „Kompetenzkommunikation und Wertschätzung in der Pflege (KoWeP)“ im Fokus. Die öffentliche Wahrnehmung der Tätigkeiten und Aufgaben in der Pflege ist oft noch immer von Stereotypen und Klischees geprägt wie etwa: „Das bisschen Waschen und Füttern kann doch jeder.“ Diese Wahrnehmung stimmt jedoch mit der konkreten Pflegepraxis nicht überein, für die vielfältige Kompetenzen erforderlich sind. Für die Wahrnehmung durch andere ist entscheidend, wie Pflegenden selbst über die Ausübung ihres Berufs sprechen. Um diese Sprechfähigkeit zu fördern, wurde mit Bezug auf das Modell der „Kompetenzkommunikation“ ein Schulungskonzept zur Professionalisierung der Kommunikationskompetenzen von Pflegefachkräften entwickelt und erprobt.

Ein anderer Themenschwerpunkt fokussierte die Partizipation und Kommunikationskultur aller Akteurinnen und Akteure, die an der Gestaltung des Pflegealltags in einem Pflegeheim beteiligt sind. Dies war das Anliegen des Projekts „Praxisorientierte Weiterentwicklung des Schulungskonzepts aus dem Projekt „Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim“ (SeLeP 2.0)“. Ziel war es, das im Vorgängerprojekt entwickelte Schulungskonzept

weiterzuentwickeln. Dieses Lernkonzept ist darauf ausgerichtet, dass sich alle relevanten Akteurinnen und Akteure, die im Alltag eines Pflegeheims zusammenarbeiten und interprofessionell das Leben und Wohnen der Bewohnerinnen und Bewohner gestalten, kontinuierlich und systematisch mit den Themen Würde und Selbstbestimmung befassen. Es geht darum, diese Befassung möglichst zugänglich und leicht zu gestalten und um einen aktiven, konstruktiven und gestalterischen Austausch über die unterschiedlichen Perspektiven zu unterstützen. Es sollen Veränderungsprozesse im Großen, aber vor allem gemeinsam auch im Kleinen und Naheliegenden angestoßen werden. Das ursprüngliche integrative Modell (Beteiligung aller relevanten Gruppen) wurde in ein Blended-Learning-Modell überführt. Kernstück ist dabei das Tool CareIna, das zur Lernbegleitung gedacht ist und neben Texten und Podcasts zu zentralen Inhalten auch Lernaufträge und Reflexionsaufgaben umfasst, die zur leichten Übertragung in den Alltag gedacht sind. Workshops, Lerntandems, moderierte Selbstlernphasen und eine Handreichung sind weitere Elemente dieses Lernkonzepts. In der Erprobung erwies sich das integrative Konzept mit seiner Adressierung der unterschiedlichen Beteiligungsgruppen als sehr gelungen. Im Anschlussprojekt „SeLeP 3.0“ wird mit ausgewählten Einrichtungen ein Train-the-Trainer-Konzept erprobt, um die Voraussetzungen für eine Verbreitung des Schulungskonzepts in der Fläche zu schaffen.

Um den Herausforderungen des demografischen Wandels und der Gestaltung des Pflegesystems auch bei künftig knapperen öffentlichen Mitteln gerecht werden zu können, wurden die bisherigen Schwerpunkte der Forschungs- und Modellmaßnahmen des BMG während des Berichtszeitraums überprüft und angepasst. Ziel war es, die Fördermaßnahmen noch stärker an den Bedarfen zu orientieren. Zur Bedarfsfeststellung wurde ein mehrstufiges Verfahren eingesetzt: Neben einer Auswertung ausgewählter Fachzeitschriften wurden mehrere „Werkstattgespräche“ mit Akteuren aus Praxis, Politik und Wissenschaft geführt. Die zentralen inhaltlichen Aussagen zu Entwicklungs- und Innovationsbedarfen, die die unterschiedlichen Beteiligten getroffen haben, wurden in fünf Themenschwerpunkten gebündelt.

Professionelle Pflegearbeit: Die Diversität in den beruflichen Hintergründen der Pflegeteams hat enorm zugenommen und wird sich infolge der Einführung der neuen Personalbemessung weiter ausdifferenzieren, daher steigen die Anforderungen an die Organisation und Qualität der Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeteams. Umso dringlicher erscheint es, neue Formen der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zu entwickeln. Auch die Einmündung frisch ausgebildeter Pflegefachkräfte in den Beruf und die Integration neuer Kolleginnen und Kollegen in den Pflegebetrieb sind häufig mit Enttäuschungen verbunden; dies kann bis hin zum Rückzug aus dem Pflegeberuf führen. Dem Eintritt in den Pflegebetrieb muss mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, er sollte vonseiten der Organisation mithilfe entsprechender Konzepte der Personalentwicklung bewusst gestaltet werden.

Arbeitsbedingungen: Fachkräftemangel, stark belastende Arbeitsbedingungen vor allem durch unattraktive Arbeitszeiten und ungeplanten Arbeitseinsatz, Leiharbeit und die verstärkte, aber oft nicht nachhaltige Einführung von Pflegetechnologien machen es aus Sicht von Wissenschaft und Praxis notwendig, die gesamte (Neu-)Gestaltung von Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozessen in den Pflegeeinrichtungen künftig viel stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken als bisher. Gefragt sind vor allem Ansätze integrierter Organisations- und Führungskräfteentwicklung, die begleitet werden sollten, um den umfassenden Anforderungen gerecht zu werden.

Ethik: Immer wieder ein Thema der Fachdiskussion in der Pflege ist es, wie berufsethische Orientierungen im Pflegealltag umgesetzt werden können. Weil das angesichts der Arbeitsbedingungen in der Pflege oft nicht machbar ist, erleben Pflegefachkräfte „moralischen Stress“. Weil solche Wertekonflikte die Folge struktureller Bedingungen sind, wird in der Fachdiskussion der Schluss gezogen, dass ethische Fragestellungen durch die Organisation zu klären sind.

Digitalisierung: Digitalen Anwendungen wird die Chance zugeschrieben, den pflegerischen Kernprozess durch soziale Robotik zu unterstützen, zur effektiven Gestaltung und Verbesserung von Arbeitsprozessen beizutragen (z. B. bei der Erstellung von Dienstplänen) oder Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte durch E-Learning voranzubringen. Solche Potenziale digitaler Anwendungen können nur dann ausgeschöpft und nachhaltig werden, wenn sie zu den Arbeitsprozessen der Einrichtungen und zu den Menschen passen, die die Leistungs- und Arbeitsprozesse gestalten. Vor allem die späteren Anwenderinnen und Anwender müssen frühzeitig einbezogen und an der Entwicklung konkreter Anwendungen beteiligt werden.

Pflege im Quartier: Damit ältere und pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich im angestammten Umfeld und in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, muss im sozialräumlichen Umfeld möglichst frühzeitig Förderung und Unterstützung organisiert werden, und zwar so, dass die Menschen auch erreicht werden. Verschiedene unterstützende Dienstleistungen werden auch benötigt, wenn sich ältere Menschen für den Umzug in „kleinräumige“ (statt stationäre) Wohnformen wie z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften entscheiden. Damit das gelingt, ist eine (stärkere) Vernetzung und Koordination der Dienste und Angebote auf sozialräumlicher Ebene erforderlich.

Künftige Modell- und Forschungsprojekte sollen an den skizzierten Frage- und Themenstellungen ansetzen. Es ist geplant, die Themenschwerpunkte auf der Basis von Literaturrecherchen und Werkstattgesprächen regelmäßig zu überprüfen und anzupassen.

Ein zentrales Anliegen des BMG ist es, die Erkenntnisse aus den Modell- und Forschungsprojekten noch stärker in die Fläche zu bringen, das heißt vor allem, die Akteurinnen und Akteure in Praxis und Politik in geeigneter Weise mit solchen Forschungsergebnissen bekannt zu machen und, wo möglich, auch mit ihnen zu diskutieren. Für eine solche nutzerfreundliche Kommunikation von Ergebnissen kommt dem vom BMG geförderten Pflegenetzwerk Deutschland (PND) eine Schlüsselrolle zu.

Das Pflegenetzwerk Deutschland

Die Durchführung von Studien- und Modellprojekten ist kein reiner Selbstzweck. Damit aus ihnen tatsächlich ein Mehrwert erwachsen kann, müssen die gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis gelangen und dort rezipiert werden. Zudem müssen Forschungsergebnisse adressatengerecht aufbereitet werden. Für einen gelingenden Transfer bedarf es geeigneter Strukturen, die eine effektive Kommunikation und Partizipation überhaupt erst ermöglichen. Mit dem Pflegenetzwerk Deutschland (PND) hat das BMG im März 2020 eine bundesweite Plattform geschaffen, die ebendiesen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis unterstützen soll. Mit seinem umfangreichen Informationsangebot bietet das PND in Zeiten einer häufig diffusen Informationslage fachlich abgesicherte Materialien zu zahlreichen relevanten Pflege Themen. Das PND versendet zudem wöchentliche Newsletter und regelmäßige Mailings mit aktuellen Hinweisen zu Veranstaltungen, insbesondere zu den „Online-Praxisdialogen“, zu Entwicklungen in der Pflegepolitik, zu neuen Erkenntnissen aus der Forschung oder zu Gute-Praxis-Beispielen. Ziel der Initiative ist es, den Austausch guter Ideen zu fördern und Menschen, die in unterschiedlichen Funktionen in der und für die Pflege arbeiten, regional sowie bundesweit zu vernetzen getreu dem Motto „informieren, austauschen, vernetzen“. Dementsprechend werden geförderte Projekte schon während der Projektlaufzeit auch im PND begleitet, der Austausch mit der Praxis im Rahmen regelmäßig stattfindender Dialogformate gefördert und (Zwischen-)Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Dadurch eröffnen sich neue und vielfach direktere Kanäle in der Anwendung und Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Das PND dient aber nicht nur dem Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Vielmehr soll damit ein interdisziplinärer Austausch über pflegerelevante Themen gefördert werden. Das PND stellt somit eine

Plattform dar, die unterschiedliche Stakeholderinnen und Stakeholder, Perspektiven, Kompetenzen und Aufgaben zusammenführt. Hier können diverse Akteurinnen und Akteure aus der Pflege ihre Expertise einbringen und neue Ansätze im Hinblick auf ihre Alltagstauglichkeit diskutiert werden. Das PND möchte so allen Interessierten die Möglichkeit bieten, sich in den aktuellen Pflegediskurs einzubringen und sich an der Ausgestaltung und Weiterentwicklung ihrer Profession aktiv zu beteiligen, unabhängig von Funktion oder Aufgabenbereich.

Das PND lebt folglich von der direkten Beteiligung und Mitwirkung sowie den Ideen der Menschen, die sich in der und für die Pflege einsetzen möchten. Dieser integrative Ansatz ermöglicht auch Menschen, die in ihrem Beruf bislang kaum mit Wissenschaft in Berührung kamen, sich am Forschungsprozess zu beteiligen und aktiv die Wissensgenerierung und Themensetzung mitzugestalten. Eine Gelegenheit zur Mitwirkung bieten unter anderem partizipative Formate wie Praxisdialoge, wo Forschende ihre Ergebnisse präsentieren und diese gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern diskutieren. Dieser Austausch auf Augenhöhe stellt für die Wissenschaft ein wichtiges Korrektiv dar. Das direkte Feedback aus der Praxis eröffnet den Zugang zu unterschiedlichen Perspektiven, hilft, die eigenen Erkenntnisse kritisch zu hinterfragen und neue praxisrelevante Forschungsbedarfe zu identifizieren. Neben den Praktikerinnen und Praktikern sind deshalb insbesondere auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eingeladen, sich an der konkreten Ausgestaltung des Pflegenetzwerks, dessen Weiterentwicklung und der Themensetzung zu beteiligen. Wissenschaft und Forschung werden so stärker in der Pflege verankert, was wiederum das gegenseitige Verständnis fördert, Transparenz schafft und das Vertrauen stärkt, denn nur gemeinsam kann es gelingen, die Pflege evidenzbasiert und wissenschaftlich fundiert im Sinne der Menschen weiterzuentwickeln und den Herausforderungen der Zukunft angemessen zu begegnen.

Weitere vom BMG geförderte Projekte

Neben den Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger wurden vonseiten des BMG vor allem Projekte im Bereich der Digitalisierung in der Langzeitpflege gefördert. In zwei Forschungsprojekten (ETAP, AktiSmart) wird beispielsweise untersucht, inwieweit ein durch künstliche Intelligenz (KI) gestütztes Bewegungsmonitoring zur Erkennung von Stürzen, zur besseren Versorgung von Menschen mit Bewegungsproblemen und so auch zur Verbesserung des Pflegeprozesses und zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen kann. Im Projekt KIPRODE wird KI dazu genutzt, eine Wundentstehung bei älteren und bettlägerigen Personen durch ein sensorbasiertes Frühwarnsystem („Sensorpflaster“) frühzeitig zu erkennen. In einer Implementierungsstudie (mit den zwei Teilprojekten MUT und MUT21) ging es um die Einführung telemedizinisch unterstützter Betreuung von Pflegeheimbewohnenden durch ambulante Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum. Dazu wurden in einer Pilotphase zunächst die Hemmnisse bei der Umsetzung telemedizinischer Betreuung festgestellt (u. a. Ängste, technische Hürden, erforderliche Investitionen). Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse wurde ein telemedizinisches Versorgungskonzept (Handlungsleitfaden) entwickelt und getestet. So konnte eine Steigerung der Arzt-Patienten-Kontakte und eine Entlastung bei pflegerischen Ressourcen erreicht werden. Der überarbeitete Handlungsleitfaden steht zur bundesweiten Anwendung zur Verfügung. Im Forschungsprojekt „Robotik in der Pflege“ wird untersucht, wie der Einsatz robotischer Assistenzsysteme gestaltet werden muss, damit er dem Wohl der zu pflegenden Menschen dient. Ziel ist es, Richtlinien für einen ethisch vertretbaren Einsatz sozialer Roboter zu verfassen.

Detaillierte Informationen zu den geförderten Projekten können der Übersicht in Anlage B entnommen sowie auf der Website des BMG zur Ressortforschung nachgelesen werden.¹²³ Informationen zur Verbreitung der Projektergebnisse finden sich auf der Website des PND.¹²⁴

II.2.4.2 Projekte des Innovationsfonds

Der Innovationsfonds beim G-BA hat die Aufgabe, Projekte zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung zu fördern. Es geht zum einen darum, über die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus vor allem solche neuen Versorgungsformen zu erproben, die auf neue Arbeitsstrukturen und integrierte Leistungsprozesse setzen, um die Schnittstellen zwischen Bereichen und Sektoren zu überwinden oder zu optimieren. Die Versorgungsforschung dient zum anderen dazu, für die Lösung relevanter Versorgungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung die entsprechenden (neuen) wissenschaftlichen Grundlagen zu schaffen oder zu verbessern. In den Jahren 2020 bis 2023 wurden dafür insgesamt rund 664 Millionen Euro aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt.

In 37 Projekten mit einem Fördervolumen von rund 110 Millionen Euro, die im Berichtszeitraum 2020 bis 2023 gestartet sind, stand die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen im Fokus, wobei unterschiedliche Versorgungsansätze erprobt und ein breites Spektrum an Themen- und Fragestellungen untersucht wurde.

Eine ganze Reihe von Projekten zu neuen Versorgungsformen zielt darauf, Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnenden sowie älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit zu vermeiden. Dies soll durch eine Verbesserung der akuten (ambulanten) Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte erreicht werden, etwa indem telemedizinische Möglichkeiten der Diagnostik und Konsultation genutzt oder mit Pflegefachkräften stärker zusammengearbeitet wird, um die vielfältigen Bedarfe abzudecken. Einige andere Projekte konzentrieren sich darauf, den Übergang vom Krankenhaus zurück ins Heim oder in die Häuslichkeit durch spezielle Rehabilitationsangebote abzufedern, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

In den Projekten werden unterschiedliche Versorgungsformen adressiert, wobei die hausärztliche Versorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung besonders häufig im Fokus stehen. Einen Schwerpunkt bildet hier die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren, vor allem die interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen im Heim und in der Häuslichkeit, z. B. durch assistierte Videosprechstunden, eine neue Aufgabenverteilung durch den Einsatz einer akademisch ausgebildeten Pflegefachkraft oder einer Advanced Practice Nurse. Auch andere Arten der Zusammenarbeit wurden vereinzelt erprobt, etwa zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen, zwischen Pflege- und Betreuungskräften im Krankenhaus oder zwischen Pflege, Medizin, Therapie, Sozialarbeit und Nachbarschaftshilfe bei der Rehabilitation. Digitale Unterstützung der Diagnose, Versorgung oder Gesundheitsförderung durch Apps, Videokonferenz-Tools, künstliche Intelligenz (KI) oder andere digitale Lösungen wird in rund der Hälfte der Projekte zur Erprobung neuer Versorgungsformen genutzt.

Viele Projekte der Versorgungsforschung widmen sich der Überarbeitung oder Entwicklung von Leitlinien sowie der Entwicklung von Handlungsempfehlungen, die jeweils auf die Bearbeitung unterschiedlicher

¹²³ www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung.html [abgerufen am 07.08.2024].

¹²⁴ Vgl. www.pflegenetzwerk-deutschland.de [abgerufen am 07.08.2024].

gesundheitlicher Problemlagen zielen, etwa die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Delir, Schmerz, chronischer Nierenerkrankung oder nach Operationen.

Zielgruppen der Projekte sind überwiegend und etwa zu gleichen Teilen ältere Menschen im Allgemeinen, Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit und Pflegeheimbewohnende. Mehrere Projekte richten sich allgemein an ältere, noch nicht pflegebedürftige Personen in der Häuslichkeit, um durch gut erreichbare Bewegungsangebote, gezielte Impfansprache oder eine intelligente (multiprofessionelle, transdisziplinäre) Erste Hilfe darauf hinzuwirken, dass die Gesundheit möglichst lange erhalten bleibt und Unterstützung bei unterschiedlichen Bedarfslagen schnell erreichbar ist. Werden pflegebedürftige Menschen in Heim oder Häuslichkeit in den Projekten adressiert, geht es oft um die Verbesserung der Versorgung, indem die Erreichbarkeit von Unterstützung (durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, andere Dienste) erleichtert und vereinfacht wird. In vier Projekten stand der besondere Versorgungsbedarf von Menschen mit Demenz im Mittelpunkt, etwa von demenziell erkrankten Menschen mit Downsyndrom oder Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In zwei Projekten ging es um die Unterstützung pflegender Angehöriger durch spezielle Angebote, z. B. der Gesundheitsförderung.

Einzelheiten zum Profil und zur Durchführung jedes Projekts können auf der Website des G-BA nachgelesen werden.¹²⁵

II.2.4.3 Projekte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann nach § 8 Absatz 3 SGB XI mit Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, wissenschaftliche Studien, Expertisen und Fachtagungen fördern, die der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und insbesondere der Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen dienen. Detaillierte Informationen zu den geförderten Projekten können auf der Website des GKV-Spitzenverbandes nachgelesen werden.¹²⁶

Im Berichtszeitraum von 2020 bis 2023 wurden insgesamt zehn Projektförderungen begonnen, das Fördervolumen belief sich auf über 2,6 Millionen Euro. Entsprechend den aktuellen Herausforderungen im Bereich der Pflege werden in den geförderten Projekten sehr unterschiedliche Themen bearbeitet. Wie schon im vorherigen Berichtszeitraum wurden Fragestellungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeberatung wie auch zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Häuslichkeit mittels App-basierter individualisierter Musik weiterverfolgt. In zwei Projekten werden Möglichkeiten geprüft, die die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit mit ausgewählten Anwendungen zu sichern oder zu verbessern versuchen, wie etwa Schmerzmanagement oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Im Rahmen einer Folgestudie wurde untersucht, wie sich das Angebot an neuen Wohnformen nach Abschluss des Modellprogramms gemäß § 45f SGB XI entwickelt hat. Darüber hinaus hat eine Studie den Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege thematisiert. Im Rahmen eines laufenden Projekts erfolgt gegenwärtig die Erprobung und Weiterentwicklung der Instrumente, die zu einer möglichst adäquaten Arzneimitteltherapie in Pflegeeinrichtungen beitragen sollen. Eine weitere Studie adressiert den Einsatz digitaler Assistenztechnologien bei der Inkontinenzversorgung pflegebedürftiger Menschen im stationären Setting.

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes (GPVG) zum 1. Januar 2021 wurde der § 8 SGB XI um den Absatz 3a ergänzt, der darauf ausgelegt ist, solche Versorgungsansätze zu

¹²⁵ Vgl. www.innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen und www.innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung [abgerufen am 07.08.2024].

¹²⁶ www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/forschung.jsp [abgerufen am 07.08.2024].

erproben oder zu erforschen, die auf eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung innerhalb des Personals in Pflegeeinrichtungen ausgerichtet sind. In einem ersten Schritt standen konzeptionelle Arbeiten und vorbereitende Analysen zu den nationalen und internationalen beruflichen Qualifikationen und Kompetenzen sowie der Aufgabenverteilung in der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung an. Unter Berücksichtigung sich verändernder Rahmenbedingungen dienen diese Analysen als Grundlage für die gegenwärtige Initiierung von Projekten zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation spezifischer Modelle und Konzepte. Ausführungen zum zeitgleich eingeführten Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI, das der Erprobung und Evaluation der Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege sowie der wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung dient, sind in II.2.2.3 zu finden.

Darüber hinaus wird mit Mitteln des Ausgleichsfonds auch die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur im Rahmen eines eigenen Modellprogramms nach § 125 SGB XI gefördert, an dem sich 87 Pflegeeinrichtungen beteiligen (siehe II.2.3.2). In einem weiteren in § 125a SGB XI verankerten Modellprogramm geht es darum, die Telepflege zu erproben und zu evaluieren, inwieweit Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegepersonal in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen entlastet und unterstützt werden können (siehe hierzu II.2.2.4).

II.2.4.4 Projekte anderer Bundesministerien

Zur Erstellung des vorliegenden Berichts wurde bei allen Bundesministerien abgefragt, welche Forschungs- und Modellprojekte mit Bezug zur Langzeitpflege, deren Projektbeginn in den Berichtszeitraum fällt, gefördert werden. Fünf Bundesministerien haben passende Projekte gemeldet. Das Fördervolumen dieser 20 Modell- und Forschungsprojekte beträgt insgesamt knapp 22 Millionen Euro.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert sechs Projekte im Bereich der Langzeitpflege. Wie schon im vorherigen Berichtszeitraum (2016 bis 2019) liegt der Schwerpunkt im aktuellen Berichtszeitraum bei fünf Vorhaben auf der Entwicklung und Erforschung neuer Pflegetechnologien, dem Einsatz technischer Assistenzsysteme sowie der Digitalisierung in der Pflege. Im Projekt AdaMeKoR wird ein teilautomatisiertes Bett-Roboterarm-System erforscht, das bestimmte Tätigkeiten am Bett unterstützt, um die körperlichen Belastungen von Pflegekräften zu reduzieren und Pflegeempfangende in ihrer Autonomie zu fördern. Vermehrt wird künstliche Intelligenz genutzt, um Assistenzsysteme zu entwickeln. Im PYSY-Projekt etwa generiert ein Sprachassistent aus Spracheingaben strukturierte Dokumentationseinträge für die Pflegedokumentation. Im PFLIP-Projekt werden Daten, die im Pflegealltag permanent anfallen, aufgenommen und so aufbereitet, dass sie KI-basiert analysiert und zur Verbesserung des Pflegeprozesses genutzt werden können. Auch die Anwendung ViKIpro zielt darauf, den Pflegeprozess optimal zu gestalten, indem den Pflegefachkräften wissenschaftlich gestützte Entscheidungshilfen in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden. Das Projekt KARE unterstützt Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Umfeld durch ein Monitoring von Alltagshandlungen (z. B. Medikamenteneinnahme) und aktive Ansprache, um an notwendige oder förderliche Aktivitäten zu erinnern.

Im Förderschwerpunkt „Stärkung der Pflegeforschung“ entwickelt und erprobt das Verbundvorhaben Expand-Care Berufsrollen für Pflegespezialistinnen und -spezialisten in der Langzeitpflege. Im ersten Schritt entsteht ein Rahmenmodell der Rollen und Aufgaben für eine personenzentrierte Pflege von Pflegeheimbewohnenden mit komplexen gesundheitlichen Versorgungsbedürfnissen und -bedarfen. Im zweiten Schritt wird in zwölf Pflegeeinrichtungen untersucht, ob die definierten Rollen im Versorgungsalltag ausgefüllt und die pflegerische Versorgung verbessert werden kann – und ob es dadurch Hinweise auf z. B. eine Verbesserung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner oder weniger Verlegungen ins Krankenhaus gibt.

Auf die Möglichkeiten der Digitalisierung setzen auch zwei Projekte, die das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) im Rahmen des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung und Regionale Wertschöpfung (BULEplus) fördert. In beiden Projekten geht es um den Aufbau digitaler Plattformen. Pflangl.NEW konzentriert sich dabei auf die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, indem Wissen über die Unterstützungsbedarfe und -möglichkeiten zusammengetragen und veröffentlicht wird. Das Projekt „Connected Caring Community (CCC)“ zielt auf den Aufbau einer digitalen Landkarte, auf der Informationen zu ehrenamtlichen Angeboten und professionellen Dienstleistungen für Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige gebündelt sind.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert sieben Projekte mit Bezug zur Pflege. Zwei thematische Schwerpunkte sind erkennbar: In drei Forschungsprojekten wurde bzw. wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei pflegenden Angehörigen untersucht, um Unterstützungs- und Beratungsangebote weiterzuentwickeln. In zwei dieser drei Projekte stehen Angehörige von besonders vulnerablen Gruppen im Fokus, nämlich die Eltern pflegebedürftiger Kinder sowie die Angehörigen von Menschen mit Demenz. In einem dritten Projekt ging es darum, allgemein die Nutzung von Akuthilfen nach dem Familienpflegezeitgesetz, Pflegezeitgesetz und Elften Buch Sozialgesetzbuch abzuschätzen, die während der COVID-19-Pandemie eingeführt worden waren. In drei anderen Projekten des Familienministeriums steht die Hospiz- und Palliativversorgung im Fokus. In einem Forschungsprojekt wird das Sterben zu Hause in den Blick genommen, unter anderem um Versorgung und Begleitung aus den Perspektiven der verschiedenen Beteiligten zu betrachten und ggf. einen Beitrag zur Diskussion einer Neuregelung der Gesetzesgrundlage zur Suizidassistenz zu leisten. In einem anderen Forschungsprojekt wird insbesondere die Hospiz- und Palliativversorgung in strukturschwachen ländlichen Sozialräumen betrachtet. Im Pilotprogramm „Sterben, wo man lebt und zu Hause ist“ schließlich werden elf Projekte realisiert, die ebenfalls auf eine Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ausgerichtet sind.

Das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) fördert vier Projekte mit Pflegebezug, wovon drei im Programm *Region gestalten* angesiedelt sind. Mit diesem Programm sollen in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) insbesondere solche Vorhaben unterstützt werden, die die Entwicklung der ländlichen Räume zum Ziel haben. Finanziert wird *Region gestalten* aus Mitteln des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung und Regionale Wertschöpfung (BULEplus). Die drei Projekte aus *Region gestalten* setzen bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung an dem jeweils ausgewählten Standort auf Digitalisierung. Im Projekt „LOKAL-digital“ wurde ein smartes Wissensmanagementsystem entwickelt, das Informationen über lokale Angebote der Daseinsvorsorge in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Bauen und Wohnen bündelt und so den Zugang zu Angeboten erleichtert. Im Projekt „Dorf.Gesundheit.Digital“ wurden in 17 Ortschaften eines Landkreises barrierefreie Gesundheitskioske eingerichtet und mit IT-Equipment ausgestattet, damit Bürgerinnen und Bürger VR-Brillen, Smartwatches und Gesundheits-Apps ausprobieren können. Auch eine E-Learning-Plattform wurde eingerichtet. Im Projekt TELAV wurde eine Televersorgungsstruktur entwickelt, die auf videobasierten Austausch setzt, z. B. in Form von Onlineberatungen, Onlineschulungen oder digitalen Hausbesuchen. Das Projekt „WarnowQuartier“ dient der Weiterentwicklung der Städtebauförderung. Im Mittelpunkt steht die Errichtung des Mehrgenerationenhauses „Buten und Binnen“, von dem ausgehend in Rostock ein neues städtisches Quartier entwickelt werden soll. Verschiedene Angebote werden im Mehrgenerationenhaus zusammengeführt, so Begegnung von Jung und Alt, Kindertagesbetreuung sowie verschiedene Angebote der Altenpflege.

Ein weiteres Projekt aus dem Programm *Region gestalten* wird vom Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) gefördert. In dem Forschungsprojekt „Stärkung von bedarfsorientierten Pflegestrukturen in ländlichen und strukturschwachen Regionen“ wurde untersucht, welche spezifischen Herausforderungen für Kommunen in ländlichen strukturschwachen Regionen im Bereich der Langzeitpflege bestehen, welche

kommunalen Handlungsansätze in solchen Regionen bereits erfolgreich eingesetzt werden und wo besondere Unterstützungsbedarfe gesehen werden. Auf dieser Grundlage wurde ein Handlungsleitfaden entwickelt, der die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen vor Ort unterstützen soll.

Detaillierte Informationen zu den geförderten Projekten können der Übersicht in Anhang B – Forschungs- und Modellprojekte entnommen werden.

II.2.5 Pflegepolitische Initiativen auf internationaler Ebene

Auch auf europäischer und internationaler Ebene wirkte die Bundesregierung in den relevanten Gremien daran mit, die gesellschaftliche Bedeutung des Themas Langzeitpflege in den Vordergrund zu rücken und den fachspezifischen Austausch zwischen den Mitgliedstaaten zu verstetigen und zu fördern.

Aktivitäten auf EU-Ebene

Vor dem Hintergrund der Verankerung des „Rechts auf bezahlbare und hochwertige Langzeitpflegedienste“ im 18. Grundsatz der Europäischen Säule sozialer Rechte wurde das Thema Langzeitpflege im Berichtszeitraum in verschiedenen Gremien der Europäischen Union und auch von der Europäischen Kommission verstärkt aufgegriffen. Im Jahr 2021 veröffentlichte die Europäische Kommission ein **Grünbuch zum Thema Altern**¹²⁷, um eine breite öffentliche Debatte über die Herausforderungen und Chancen einer alternden Gesellschaft in Europa anzustoßen.¹²⁸ Hierfür wurden aktives Altern, Erwerbstätigkeit im Alter, aber auch die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen thematisiert. Im Jahr 2021 wurde gemeinsam von der Europäischen Kommission und dem EU-Sozialschutzausschuss (SPC) und unter Beteiligung der Mitgliedstaaten ein **Bericht zur Langzeitpflege**¹²⁹ veröffentlicht, der die zentralen Herausforderungen in diesem Bereich beschreibt. Hierzu zählt unter anderem, einen möglichst breiten Zugang zu professionellen und bezahlbaren Pflegeleistungen zu gewährleisten, die Qualität der Pflege sicherzustellen sowie die nachhaltige Finanzierung von Pflege zu ermöglichen.

Im Aktionsplan zur Europäischen Säule sozialer Rechte¹³⁰ kündigte die Kommission für das Jahr 2022 an, eine Initiative zur Langzeitpflege vorzuschlagen. Daraufhin wurde im September 2022 eine Europäische Strategie für Pflege und Betreuung durch die Europäische Kommission vorgelegt, um sicherzustellen, dass Menschen in allen Lebensphasen Zugang zu einer hochwertigen und erschwinglichen Pflege und Betreuung erhalten. Die Strategie zielt insbesondere darauf ab, angemessene Arbeitsbedingungen für Betreuungs- und Pflegekräfte zu fördern und dafür zu sensibilisieren, dass Betreuung- und Pflegearbeit anerkannt und in einer Weise vergütet werden muss, die ihren hohen gesellschaftlichen Wert und ihr wirtschaftliches Potenzial widerspiegelt. Besonders hervorgehoben wird auch die starke geschlechtsspezifische Komponente, die Pflege und Betreuung haben.

¹²⁷ Europäische Kommission (2021): GRÜNBUCH ZUM THEMA ALTERN Förderung von Solidarität und Verantwortung zwischen den Generationen.

¹²⁸ Ebenfalls in 2022 veröffentlichte die Europäische Kommission den „2021 Ageing Report“, in dem die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für den Bereich der Langzeitpflege einen Schwerpunkt einnehmen (Europäische Kommission (2021): The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070).

¹²⁹ Europäische Kommission (2021): Long-term care report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I sowie Länderberichte: Europäische Kommission (2021): Long-term care report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles.

¹³⁰ Europäische Kommission (2021): Aktionsplan zur europäischen Säule sozialer Rechte.

Aufbauend auf der Strategie für Pflege und Betreuung nahm der Rat der Europäischen Union am 8. Dezember 2022 eine Empfehlung über den Zugang zu erschwinglicher und hochwertiger Langzeitpflege an.¹³¹ Mit der Ratsempfehlung sollen die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen unterstützt werden, den Zugang zu bezahlbarer und hochwertiger Langzeitpflege zu verbessern. Der Vorschlag enthält Leitlinien für die Ausrichtung von Reformen, um die Herausforderungen in Bezug auf Bezahlbarkeit, Verfügbarkeit, Qualität sowie Personalgewinnung und -sicherung anzugehen. Die Mitgliedstaaten entscheiden, abhängig von ihren jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen, wie sie die Empfehlung des Rates bestmöglich umsetzen können. Daneben soll auch die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten auf Unionsebene verbessert werden, beispielsweise über verbesserte Zusammenarbeit zwischen den relevanten Gremien auf Unionsebene sowie durch die Etablierung eines wirksamen Koordinierungsmechanismus für die Konzipierung, Durchführung und Überwachung von politischen Maßnahmen und Investitionen. Die Bundesregierung hat sich aktiv in den Ratsarbeitsgruppensitzungen zur Erarbeitung der Empfehlung eingebracht. Das BMG hat die Rolle der Nationalen Kontaktstelle in Bezug auf die Umsetzung der Empfehlung übernommen und sich in der Folge aktiv an den von der Kommission organisierten Austauschformaten beteiligt.¹³²

In der Folge werden weitere Beispiele für pflegepolitische Aktivitäten der Bundesregierung im internationalen Bereich genannt.

WHO-Bukarest-Deklaration

Im März 2023 wurde durch das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Tagung der Region Europa in Bukarest, Rumänien, einberufen, auf der mehr als 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 50 Ländern die „Erklärung von Bukarest“ verabschiedeten. Die Erklärung beinhaltet Maßnahmenvorschläge zur Verbesserung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheits- und Pflegewesen sowie zur Personalgewinnung und -bindung, zu einer besseren strategischen Personalplanung, zu verbesserten Arbeitsbedingungen und zu staatlichen Investitionen in den Mitgliedstaaten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, darunter auch Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, bekannten sich dazu, sich für die Optimierung der Leistung des Gesundheits- und Pflegepersonals in ihren Ländern einzusetzen. Auf der 73. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa in Astana, Kasachstan, wurde im Oktober 2023 von Vertreterinnen und Vertretern aus 53 Ländern einstimmig eine Resolution zur Unterstützung des Handlungsrahmens für das Gesundheits- und Pflegepersonal in der europäischen Region der WHO für den Zeitraum von 2023 bis 2030 angenommen.

„Gesundheitsquintett“

Die Fachkräftesicherung in Europa ist zentral für die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme und die wirtschaftliche und gesellschaftliche Stabilität. Viele europäische Staaten stehen vor dem Hintergrund einer alternenden Bevölkerung und der damit einhergehenden steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen vor Herausforderungen. Durch eine gute Vernetzung wollen die deutschsprachigen Staaten in Europa gegenseitig von erfolgreichen Modellen und Regelungen lernen, Lösungsstrategien identifizieren und Maßnahmen vereinbaren. Die Gesundheitsministerinnen und -minister der fünf deutschsprachigen Staaten

¹³¹ Zeitgleich wurde auch eine Empfehlung des Rates zur Überarbeitung der Barcelona-Ziele zu frühkindlicher Betreuung, Bildung und Erziehung angenommen (Rat der EU (2022): Council Recommendation of 8 December 2022 on early childhood education and care: the Barcelona targets for 2030).

¹³² Weiterführende Informationen zur Europäischen Strategie für Pflege und Betreuung sowie zur Ratsempfehlung über den Zugang zu erschwinglicher und hochwertiger Langzeitpflege, insbesondere auch die Berichte der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Ratsempfehlung, bietet die folgende Internetseite der Europäischen Kommission: www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en&

Deutschland, Schweiz, Österreich, Luxemburg und Liechtenstein tauschen sich deshalb regelmäßig im Rahmen des „Gesundheitsquintetts“ zu aktuellen Themen aus. Im August 2023 fand ein gemeinsames Treffen der Gesundheits- sowie Sozialministerinnen und -minister auf Einladung Deutschlands statt, um unter anderem über die Fachkräftesicherung in Gesundheits- und Pflegeberufen zu beraten. In ihrer gemeinsamen Erklärung unterstreichen die Ministerinnen und Minister die Bedeutung moderner Arbeitsstrukturen mit einem hohen technischen Standard, um Fachkräfte langfristig im Beruf zu halten und neue Kräfte zu gewinnen. Eine faire, ethische und nachhaltige Zuwanderung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten ergänzt dabei die Maßnahmen und Strategien der inländischen Fachkräftesicherung.

„EU HEROES“ (Fachkräftesicherung unter Einbeziehung der Pflege)

Der Bedarf an Pflegekräften wird in den kommenden Jahren insbesondere aufgrund des demografischen Wandels weiter steigen. In den letzten Jahren wurden verschiedene Studien mit Prognosen zum künftigen Fachkräfteangebot und zum voraussichtlichen Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Pflegewesen erstellt, die in der Gesamtschau alle von einem Engpass in den Pflegeberufen ausgehen. Allerdings verweist die Bandbreite der vorliegenden Ergebnisse auf eine gewisse Unsicherheit der Prognosen. Für eine zielgerichtete Fachkräftesicherung ist es erforderlich, eine gute und bundesweit einheitliche Datengrundlage zu haben, die es erlaubt, das heutige und das künftige Angebot an Arbeitskräften mit dem konkreten Versorgungsbedarf der Bevölkerung abzugleichen. Aus diesem Grund hat das BMG unter der Federführung des BIBB eine Machbarkeitsstudie für ein „detailliertes langfristiges Monitoring des Bedarfs und des Angebots von Gesundheitsberufen (BMG-Fachkräftemonitoring)“ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse wurden am 18. April 2024 veröffentlicht. Auf der Grundlage dieses Konzepts soll bereits im Jahr 2024 ein BMG-Fachkräftemonitoring auf den Weg gebracht werden, mit dessen Hilfe verlässliche Prognosen – insbesondere auch für den besonders relevanten Pflegesektor – berechnet werden können.

In diesem Zusammenhang beteiligt sich Deutschland seit Beginn des Jahres 2023 an der von der Europäischen Union geförderten Initiative „Health Workforce To Meet Health Challenges“ (HEROES). Insgesamt arbeiten 19 europäische Länder und 51 Partnerorganisationen in diesem Projekt gemeinsam an der Verbesserung ihrer Planungs- und Prognosemodelle für Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegewesen, insbesondere durch einen Wissensaustausch zu Best-Practice-Ansätzen im Hinblick auf Datengrundlagen, Modellierungstechniken und Planungsprozesse. Denn auch im EU-Ausland existieren Ansätze oder Bestrebungen für Projektionsmodelle. Für Deutschland sind das BMG sowie das BIBB beteiligt. Das im Rahmen der Machbarkeitsstudie entwickelte Projektionskonzept wurde dabei bereits einem internationalen Publikum vorgestellt. Nach den ersten Ergebnissen des gemeinsamen Austauschs zeigt sich, dass die EU-Mitgliedstaaten, die bereits Prognosemodelle implementiert haben, nachhaltig von diesen Prognoseinstrumenten profitieren.

EU-Expertentreffen „Group of Governmental Experts on Dementia“

Die Bundesregierung nimmt an den regelmäßigen Treffen der „European Group of Governmental Experts on Dementia“ teil, präsentiert dort den Fortschritt sowie die Ergebnisse der Nationalen Demenzstrategie und verfestigt den Austausch mit Demenz-Verantwortlichen und Entscheidungsträgern aus anderen europäischen Staaten. Diese Expertengruppe wurde im Jahr 2018 von Alzheimer Europe (als Dachverband der Betroffenenorganisationen auf europäischer Ebene) und Vertretungen mehrerer Mitgliedstaaten mit dem Ziel ins Leben gerufen, eine Plattform zu schaffen, auf der Regierungsexperten Wissen und Informationen zum Thema Demenz austauschen. Im Berichtszeitraum tauschten sich die Teilnehmenden im Rahmen dieser Treffen vertieft über die jeweiligen Entwicklungen im Bereich der Demenzpolitik aus. Darüber hinaus wurden demenzspezifische Initiativen auf europäischer und internationaler Ebene vorgestellt.

Des Weiteren wird mit der europäischen Initiative JPND („EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research“) die interdisziplinäre Vernetzung auf europäischer Ebene gefördert, um die Erforschung neurodegenerativer Erkrankungen zu koordinieren und voranzubringen. JPND ist damit die weltweit größte Forschungsinitiative, die sich der Bekämpfung neurodegenerativer Erkrankungen widmet.

II.3 Ausblick

Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel werden die pflegerische Versorgung in den kommenden Jahren vor große Herausforderungen stellen. Ziel ist es, eine qualitativ gute Versorgung in der Langzeitpflege auch künftig sicherzustellen. Zahlreiche Maßnahmen wurden bereits umgesetzt oder angestoßen. Gleichzeitig steht die soziale Pflegeversicherung angesichts der Folgen des demografischen Wandels vor großen finanziellen Herausforderungen.

Für sämtlich genannten zukünftige Maßnahmen gelten die Vorgaben von Haushalts- und Finanzplanung – soweit sie sich finanziell auf den Bundeshaushalt und die Sozialversicherungssysteme auswirken.

Maßnahmen des BMG zur Verbesserung der Fachkräftesituation bezüglich Pflege

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung in der Pflege ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine wesentliche Herausforderung. Hierfür wird eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften benötigt, die gut qualifiziert sind und diese wichtigen Versorgungsaufgaben effizient und motiviert erbringen können. Auf der Grundlage der branchenübergreifenden Fachkräftestrategie der Bundesregierung arbeitet das BMG daher an Maßnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheits- und Pflegebereich, um in verschiedenen Handlungsfeldern den besonderen Bedarfen zur Sicherung, Stärkung und zum Ausbau von Personal gerecht zu werden. Die Bundesregierung hat vor diesem Hintergrund bereits zentrale Vorhaben zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Gewinnung von Pflegekräften umgesetzt. Beispielhaft sind hier die Einführung des bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (siehe II.2.2.3) und die seit dem 1. September 2022 geltende Entlohnung von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege nach Tarif (siehe II.2.2.2) zu nennen. Weitere Maßnahmen sind geplant, wie die Stärkung der Pflegeausbildung.

Modellprojekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege

Um die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege gemäß § 8 Absatz 3b SGB XI zu fördern, sollen im Rahmen weiterer Modellprojekte die strukturellen personellen Gegebenheiten dieses Bereichs untersucht werden. In diesem Rahmen sollen zudem innovative Ansätze identifiziert werden, die die Versorgung Pflegebedürftiger verbessern, informell Pflegenden besser unterstützen und einen qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz sowie die Arbeitsorganisation ambulant Pflegenden optimieren. Ziel ist die Stärkung bedarfsorientierter, wohnort- und quartiersnaher Pflege- und Betreuungsstrukturen, auch zur Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung z. B. in ländlichen Räumen.

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege

Um den Prozess der Fachkräftesicherung durch wissenschaftliche Expertise zu flankieren, hat Bundesminister für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach im Februar 2023 den Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege damit beauftragt, ein Gutachten zur Fachkräftesituation in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu erstellen, in dem aktuelle Rahmenbedingungen und künftige Handlungsmöglichkeiten analysiert werden.

Im April 2024 hat der Sachverständigenrat sein Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ vorgestellt. Im Gutachten werden exemplarisch die drei zahlenmäßig größten in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen betrachtet. Hierunter fallen neben Ärztinnen und Ärzten

sowie Medizinischen Fachangestellten insbesondere auch Pflegefachpersonen. Um der herausfordernden Fachkräftesituation in diesen Bereichen zu begegnen, werden im Gutachten umfangreiche Empfehlungen

- zur Erhöhung des Fachkräfteangebots,
- zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften sowie
- zu strukturellen Maßnahmen

vorgeschlagen. Die Vorschläge bestätigen in vielen Bereichen aktuelle (Reform-)Bestrebungen des BMG. So sollen bei Pflegefachpersonen nach Einschätzung des Rates beispielsweise vorhandene Kompetenzen besser genutzt und Aufgaben- und Verantwortungsprofile modernisiert werden. Bei entsprechender Qualifikation sollen sie eigenverantwortlich und selbstständig heilkundlich tätig werden dürfen.¹³³

Pflegefachassistenzeinführungsgesetz und weitere Gesetzesvorhaben

Mit dem vom BMFSFJ gemeinsam mit dem BMG erarbeiteten Gesetzentwurf zum Pflegefachassistenzeinführungsgesetz werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflegefachassistentenausbildung an moderne Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe angepasst. Der Gesetzentwurf sieht die Vereinheitlichung der derzeit 27 Regelungen mit verschiedenen landesrechtlichen Ausbildungen in der Pflegehilfe und Pflegeassistenz vor. Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen, der bei einer entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichen schulischen Abschlüssen und beruflichen Hintergründen sehr attraktiv sein kann. Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind daher die Kompetenzen der Pflegeberufe und ihre Aufgaben und Befugnisse in der Versorgung auf allen Qualifikationsniveaus – von der Pflegefachassistentenperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss – zu betrachten.

Derzeit bereitet das BMG weitere Gesetzgebungsvorhaben zur Stärkung der Pflegeausbildung und der Erweiterung der Befugnisse von beruflich Pflegenden vor. Denn bereits heute können Pflegefachkräfte häufig mehr Aufgaben ausführen, als sie rechtlich selbstständig dürfen. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachkräften werden in Deutschland in der Versorgung noch nicht hinreichend genutzt. Damit bleiben zugleich Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung, auch an Übergängen und im Bereich der Prävention, und Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ungenutzt. Mit der weiteren strukturellen Verbesserung soll die Attraktivität der Profession Pflege gestärkt und vor allem junge Menschen sollen für den Pflegeberuf begeistert werden. In den Eckpunkten zum Pflegekompetenzgesetz vom 19. Dezember 2023 hat Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach angekündigt, das Berufsbild der Advanced Practice Nurse¹³⁴ (APN) unter Einbeziehung des Berufsbildes der Community Health Nurse (CHN) noch in dieser Legislaturperiode gesetzlich zu etablieren.¹³⁵ Dies soll – aufbauend auf den Regelungen des Pflegekompetenzgesetzes – in einem eigenen Gesetzgebungsverfahren erfolgen. Dies erfordert unterschiedliche fachliche Perspektiven, die in einem

¹³³ Das Gutachten sowie eine Kurzfassung werden unter www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024 zur Verfügung gestellt.

¹³⁴ „Advanced Practice Nurse“ (APN) ist ein international akzeptierter Oberbegriff, der zwei allgemein anerkannte fortgeschrittene Expertinnen- bzw. Expertenrollen in der Pflege umfasst: Nurse Practitioner und Clinical Nurse Specialist (ICN, 2020). Der Begriff „Advanced Practice Nurse“ wird zunächst – auf der Grundlage von und anknüpfend an internationale Erfahrungen – verwendet und stellt keine abschließende zukünftige Berufsbezeichnung in Deutschland dar.

¹³⁵ www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf

gemeinsamen Prozess des BMG und des BMFSFJ mit den zuständigen Akteurinnen und Akteuren im Berufsfeld Pflege zur weiteren Umsetzung erörtert wurden.

In dem vom BMG vorgelegten Referentenentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz¹³⁶ wird zudem das Ziel verfolgt, die Pflegestrukturen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort zu stärken und mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier zu setzen. Weiterhin sollen die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen gestärkt und die Zusammenarbeit von Pflegekassen und Kommunen mit Blick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Zudem sollen weitere Verbesserungen und Vereinfachungen im Pflegeversicherungsrecht und wichtige Schritte in Richtung einer Stärkung der präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems unternommen werden. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung wurde der Referentenentwurf des BMG zum Pflegekompetenzgesetz regierungintern abgestimmt.

Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Der Gesetzgeber hat die Bundesregierung mit dem PUEG beauftragt, Vorschläge für die langfristige Leistungsdynamisierung zu erarbeiten und bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorzulegen. Hierbei sollte insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden.

Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags hat die Bundesregierung eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Federführung des BMG eingesetzt, in der das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, das Bundesministerium der Finanzen, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vertreten waren. Das Bundeskanzleramt war beteiligt. Bei der Erarbeitung dieses Berichts wurden zudem die Bundesländer einbezogen – unter anderem auch vor dem Hintergrund der Zuständigkeiten für die Versorgungsstrukturen gemäß § 9 Absatz 1 SGB XI und die Sozialhilfe/Hilfe zur Pflege. Die Arbeitsgruppe hat auch den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag aufgegriffen und den Vorschlag für eine die soziale Pflegeversicherung ergänzende freiwillige, paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung geprüft.

Als Grundlage für die Arbeiten wurden zwei Studien in Auftrag gegeben, die durch das IGES Institut erarbeitet wurden. Darüber hinaus wurden zwei Expertenanhörungen zu den Themen „Generationengerechtigkeit“ und „Prüfung einer freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung“ durchgeführt, deren Ergebnisse in den Bericht eingeflossen sind.

Die interministerielle Arbeitsgruppe hatte ihre Arbeit im Juni 2023 aufgenommen und hat diese am 31. Mai 2024 beendet. Dabei wurde deutlich, dass im Hinblick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten teilweise unterschiedliche Ansätze und Blickwinkel bestehen – dies galt sowohl innerhalb der Arbeitsgruppe als auch für die einbezogenen Positionen aus der Wissenschaft. Insoweit lassen sich folglich auch unterschiedliche Ansätze zur Weiterentwicklung denken. Mit dem Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ werden nunmehr datengestützte Darstellungen möglicher Szenarien für eine systemische Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, die damit verbundenen Langfristprojektionen zu ihrem Finanzierungsbedarf bis zum Jahr 2060 sowie mögliche Stellschrauben auf der Ausgaben- wie auch der Einnahmenseite mit entsprechenden Finanzwirkungen wertneutral dargelegt. Der Bericht beinhaltet sowohl die Expertise der Exekutive als auch der

¹³⁶ www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegekompetenzgesetz-pkg.html
[zuletzt abgerufen am 23.10.2024]

Wissenschaft und wird gestützt durch objektive Studien und Analysen. Er schließt mit einem Kompass ab, den es bei weiteren Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen zur Entwicklung von Lösungsansätzen und zu ihrer Prüfung auf Umsetzbarkeit, Finanzierbarkeit und politische Anschlussfähigkeit zu berücksichtigen gilt. Insgesamt liegt damit ein wegweisender Bericht vor, sowohl bezüglich der Beschreibung der Herausforderungen als auch mit Blick auf die möglichen Reforminstrumente.

III. Zahlen, Daten, Fakten: Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung

III.1 Leistungen der Pflegeversicherung im Kurzüberblick

Tabelle 4: Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2023 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
		Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich		316	545	728	901
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich	^a	724 ^a	1.363 ^a	1.693 ^a	2.095 ^a
	Kombinationsleistung	Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.				
Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich		474 (1,5-Faches von 316)	817,50 (1,5-Faches von 545)	1.092 (1,5-Faches von 728)	1.351,50 (1,5-Faches von 901)
Verhinderungspflege durch sonstige Personen			1.612	1.612	1.612	1.612
		Der Leistungsbetrag von 1.612 Euro kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.				
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	^a	1.774 ^a	1.774 ^a	1.774 ^a	1.774 ^a
		Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.				
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	^a	689 ^a	1.298 ^a	1.612 ^a	1.995 ^a
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	125	125	125	125	125

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
		Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214	214	214	214	214
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	125	770	1.262	1.775	2.005
		Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: ab dem ersten Monat 5 % des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 25 %, nach 24 Monaten 45 % und nach 36 Monaten 70 %.				
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Absatz 4 SGB XI	Pflegeaufwendungen in Höhe von	15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung, höchstens 266 € monatlich				
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten.				
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu	4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von bis insgesamt zu € monatlich	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
		Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich		170,50	271,53	442,03	631,47
	Ostdeutschland		165,22	261,13	428,36	611,94
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	€ monatlich		44,14	44,14	44,14	44,14
	Ostdeutschland		42,77	42,77	42,77	42,77
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ^b	183,33	183,33	183,33	183,33	183,33
	bis zu € monatlich Pflegeversicherung	34,52	34,52	34,52	34,52	34,52
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	für insgesamt bis zu 10 Arbeitstage	90 % – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts				

^a Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

^b Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,6 % in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

III.2 Leistungsbezug

Nach der stufenweisen Einführung der Leistungen der SPV in den Jahren 1995 und 1996 und nach dem Abbau des anfänglichen Bearbeitungsrückstaus betrug die Zahl der Pflegebedürftigen Ende 1998 rund 1,74 Millionen. Seitdem hat sich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger bis zum Jahr 2023 verdreifacht. Die Anzahl der Versicherten ist dabei lediglich um 6,5 Prozent bis zum Jahr 2023 gestiegen. Als Folge dessen hat sich der Anteil der Leistungsbeziehenden an den Versicherten von anfänglich ca. 2,5 Prozent im Jahr 1995 auf etwa 7 Prozent im Jahr 2023 entwickelt. Dies entspricht einem Anstieg von 183 Prozent (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl der Versicherten und Leistungsbeziehenden in der SPV (1998 bis 2023)

Jahr	Anzahl der Leistungsbeziehenden	Anzahl der Versicherten	Anteil der Leistungsbeziehenden an den Versicherten (in %)
1998	1.738.118	69.991.008	2,48
2000	1.822.169	71.362.473	2,55
2005	1.951.953	70.646.719	2,76
2010	2.287.799	69.849.693	3,28
2015	2.665.109	71.119.877	3,75
2020	4.322.772	73.469.372	5,88
2023	5.236.586	74.561.433	7,02

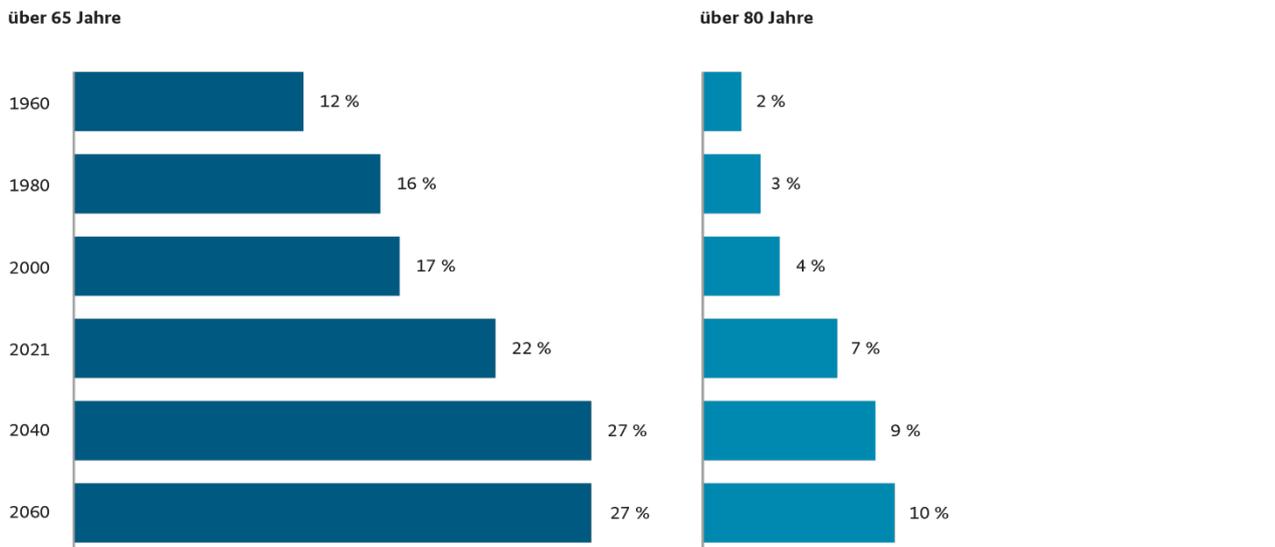
Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Ein wesentliches Merkmal des demografischen Wandels ist die Alterung der Bevölkerung. In Deutschland wird dies daran erkennbar, dass der Anteil der älteren Bevölkerung kontinuierlich steigt. Laut Abbildung 8 lag im Jahr 1960 der Anteil der über 65-Jährigen bei 12 Prozent und derjenige der über 80-Jährigen bei 2 Prozent. Im Jahr 2021 waren bereits 22 Prozent der Gesamtbevölkerung über 65 Jahre alt und 7 Prozent über 80 Jahre. Der Anteil der über 65-Jährigen hat sich somit in diesem Zeitraum fast verdoppelt und der Anteil der über 80-Jährigen knapp vervierfacht. Auffallend ist, dass sich dieser Trend bei allen 21 Varianten der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in Zukunft fortsetzt und nach jetzigem Stand der Anteil der älteren Bevölkerung bis 2040 aufgrund einer weiter steigenden Lebenserwartung kontinuierlich ansteigen dürfte.¹³⁷ 2060 könnte bereits jede zehnte Person in Deutschland über 80 Jahre alt sein. Zurückzuführen ist diese Entwicklung einerseits auf die seit Jahrzehnten niedrige Geburtenrate in Deutschland. Andererseits nimmt die Langlebigkeit der Menschen in Deutschland stetig zu. In Deutschland leben heute viele Menschen länger und mit höherer

¹³⁷ Ausgehend von einer Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren von derzeit 17,8 Jahren bei Männern und 21,1 Jahren bei Frauen nimmt die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2070 einen Anstieg der Restlebensdauer im Alter von 65 Jahren von 2,5 bis 5,3 Jahren bei Männern und von 1,8 bis 5,1 Jahren bei Frauen an. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html?nn=208696#631544 [abgerufen am 07.08.2024].

Lebensqualität im Alter als jemals zuvor. Ausgehend von der Gesamtbevölkerung wächst schlussendlich der Anteil der älteren Menschen durch die schrumpfenden jungen Jahrgänge und die Langlebigkeit.

Abbildung 8: Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung (1960 bis 2060)

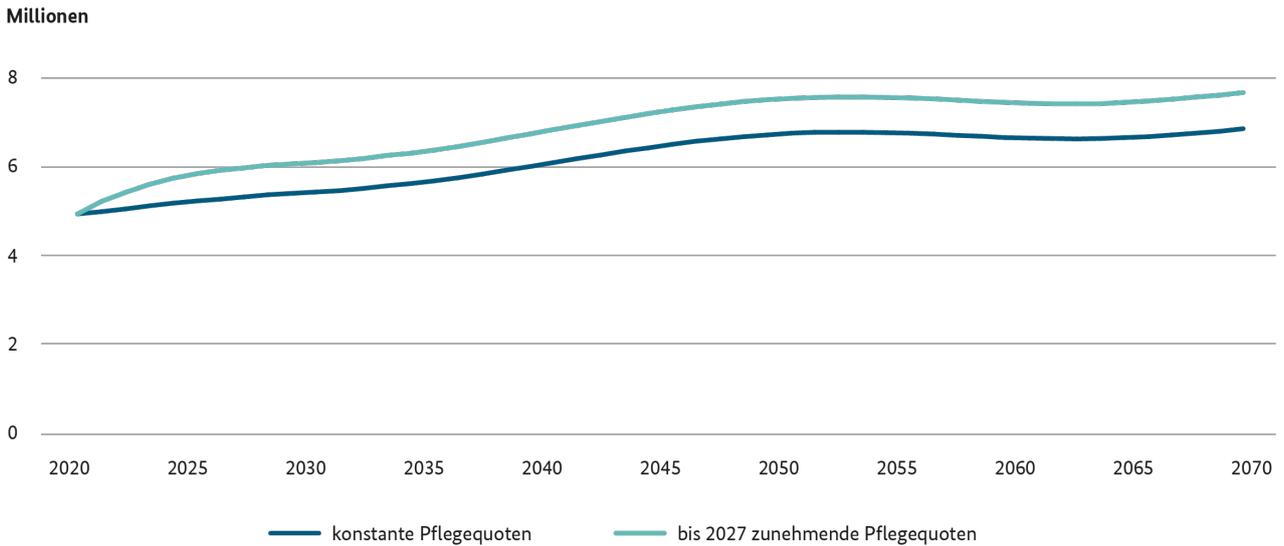


2040 und 2060: 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2 (moderate Entwicklung)

Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB); Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2023)

Gesundheitliche Probleme und Beschwerden nehmen im Alter zu. Dies muss nicht immer mit Einschränkungen verbunden sein, aber das Risiko einer Pflegebedürftigkeit steigt: Auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der gleichaltrigen Bevölkerung nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach einer Schätzung des Statistischen Bundesamtes schon bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit bis zum Jahr 2050 auf geschätzt 6,7 Millionen steigen (vgl. Abbildung 9). Unter Berücksichtigung der aktuell steigenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten ergibt sich ein noch stärkerer Anstieg.

Abbildung 9: Demografische Entwicklung mit Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (2021 bis 2070)



Ab 2022 Varianten der Pflegevorausberechnung mit moderater demografischer Entwicklung. Bis 2027 noch Einführungseffekte des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Statistischem Bundesamt¹³⁸

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung spielt somit eine entscheidende Rolle für den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung und ist damit auch entscheidend für das Verhältnis von Beitragszahlenden und Leistungsempfangenden.

III.2.1 Leistungsbeziehende der sozialen und privaten Pflegeversicherung insgesamt

Ende des Jahres 2023 gab es in der sozialen und in der privaten Pflegeversicherung (SPV und PPV) zusammen rund 5,6 Millionen Pflegebedürftige, von denen rund 4,7 Millionen ambulante Leistungen (rund 83,9 Prozent), etwa 0,8 Millionen vollstationäre Leistungen (etwa 13,6 Prozent) und ca. 0,1 Millionen stationäre Leistungen in Behinderteneinrichtungen (rund 2,5 Prozent) erhielten. Im Vergleich zum Ende des Jahres 2020 mit etwa 4,6 Millionen Pflegebedürftigen hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen damit um knapp 21,4 Prozent erhöht (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden von SPV und PPV am Jahresende (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
ambulant/teilstationär	3.697.461	4.001.347	4.300.486	4.678.839
vollstationär	757.121	756.552	746.015	760.445

¹³⁸ Statistisches Bundesamt (2023): Statistischer Bericht – Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer – 2022 bis 2070.

	2020	2021	2022	2023
stationär in Behinderteneinrichtungen ^a	140.903	141.126	140.424	140.045
Insgesamt	4.595.485	4.899.025	5.186.925	5.579.329

^a Diese Kategorie wird in der PPV nicht ausgewiesen, weswegen sich die Zahlen nur auf die SPV beziehen.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Betrachtet man allein die SPV, stellt man fest, dass es bis Ende des Jahres 2023 eine Steigerung um rund 21,1 Prozent gegenüber dem Jahr 2020 bzw. etwa 0,9 Millionen Pflegebedürftige gab. Innerhalb der PPV belief sich die Steigerung gegenüber 2020 hingegen auf etwa 25,7 Prozent bis Ende des Jahres 2023 (vgl. Tabelle 7 für die SPV und Tabelle 8 für die PPV).

Tabelle 7: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden der SPV am Jahresende (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
ambulant/teilstationär	3.478.535	3.763.305	4.044.126	4.393.497
vollstationär	703.334	702.059	690.787	703.044
stationär in Behinderteneinrichtungen	140.903	141.126	140.424	140.045
Insgesamt	4.322.772	4.606.490	4.875.337	5.236.586

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Tabelle 8: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden der PPV am Jahresende (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
ambulant/teilstationär	218.926	238.042	256.360	285.342
vollstationär	53.787	54.493	55.228	57.401
Insgesamt	272.713	292.535	311.588	342.743

Quelle: Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Insgesamt bleibt der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in der PPV (2023: rund 9,1 Millionen) mit rund 3,8 Prozent nach wie vor deutlich niedriger als in der SPV (2023: rund 74,6 Millionen) mit etwa 7 Prozent (vgl. hierzu auch Tabelle 75 im Anhang A – Tabellen). Gegenüber dem Berichtszeitraum des Siebten Pflegeberichts (bis Ende 2019: PPV mit einem Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten von 2,7 Prozent und SPV von 5,5 Prozent) haben sich die Anteile der Leistungsbeziehenden damit bei der PPV um knapp 40 Prozent und bei der SPV um etwa 28 Prozent erhöht.

III.2.2 Leistungsbeziehende nach Pflegegraden

Einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihre Verteilung auf die Pflegegrade geben die Tabelle 9 und Tabelle 10. Deutlich wird zunächst, dass der größte Anteil der Betroffenen im Pflegegrad 2 verortet ist. Seit dem Jahr 2020 hat sich der Anteil der Leistungsbeziehenden in Pflegegrad 1 und

Pflegegrad 3 im ambulanten Bereich leicht erhöht. Beim Pflegegrad 1 lag der Anteil im Jahr 2020 bei 15,0 Prozent und stieg 2023 auf 17,2 Prozent. Beim Pflegegrad 3 ist der prozentuale Anstieg geringer ausgefallen: Hier ist er von 2020 bis 2023 um 0,6 Prozentpunkte gestiegen. Bei den Pflegegraden 2, 4 und 5 ist der Anteil unter den Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung dagegen jeweils leicht gesunken.

Tabelle 9: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich (2020 bis 2021)

ambulant	31.12.2020		31.12.2021	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	552.980	15,0	650.229	16,3
Pflegegrad 2	1.660.916	44,9	1.781.174	44,5
Pflegegrad 3	1.009.347	27,3	1.085.837	27,1
Pflegegrad 4	353.274	9,6	362.725	9,1
Pflegegrad 5	120.944	3,3	121.382	3,0
Insgesamt	3.697.461	100,0	4.001.347	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Tabelle 10: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich (2022 bis 2023)

ambulant	31.12.2022		31.12.2023	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	732.627	17,0	805.825	17,2
Pflegegrad 2	1.892.342	44,0	2.040.465	43,6
Pflegegrad 3	1.174.909	27,3	1.306.437	27,9
Pflegegrad 4	377.443	8,8	402.319	8,6
Pflegegrad 5	123.165	2,9	123.793	2,6
Insgesamt	4.300.486	100,0	4.678.839	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Im stationären Bereich ist der Anteil der Leistungsbeziehenden mit Pflegegrad 5 seit dem Jahr 2020 um rund 1,6 Prozentpunkte von 16,5 Prozent auf 14,9 Prozent gesunken. Beim Pflegegrad 2 ist der Anteil um 1,4 Prozentpunkte gesunken. Hingegen ist der Anteil der Leistungsbeziehenden in Pflegegrad 3 etwa um 2,3 Prozentpunkte angewachsen. Bei den Leistungsbeziehenden der Pflegegrade 1 und 4 gab es lediglich leichte Veränderungen (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12).

Tabelle 11: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im vollstationären Bereich (2020 bis 2021)

vollstationär	31.12.2020		31.12.2021	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	4.317	0,6	4.401	0,6
Pflegegrad 2	126.847	16,8	130.452	17,2
Pflegegrad 3	264.195	34,9	271.642	35,9
Pflegegrad 4	236.625	31,3	232.444	30,7
Pflegegrad 5	125.137	16,5	117.613	15,5
Insgesamt	757.121	100,0	756.552	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Tabelle 12: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im vollstationären Bereich (2022 bis 2023)

vollstationär	31.12.2022		31.12.2023	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	4.047	0,5	3.604	0,5
Pflegegrad 2	125.212	16,8	116.902	15,4
Pflegegrad 3	274.330	36,8	283.263	37,2
Pflegegrad 4	231.334	31,0	243.099	32,0
Pflegegrad 5	111.092	14,9	113.577	14,9
Insgesamt	746.015	100,0	760.445	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

In Behinderteneinrichtungen ist der Anteil in Pflegegrad 2 um 3,5 Prozentpunkte gesunken. In den Pflegegraden 3 bis 5 gab es einen durchschnittlichen Anstieg der Leistungsbeziehenden um 1,2 Prozentpunkte (vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14).

Tabelle 13: Leistungsbeziehende (SPV) nach Pflegegraden in Behinderteneinrichtungen (2020 bis 2021)

stationär in Behinderteneinrichtungen	31.12.2020		31.12.2021	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	0	0,0	0	0,0
Pflegegrad 2	64.575	45,8	63.294	44,8
Pflegegrad 3	40.724	28,9	41.220	29,2

stationär in Behinderten- einrichtungen	31.12.2020		31.12.2021	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 4	24.128	17,1	24.813	17,6
Pflegegrad 5	11.476	8,1	11.799	8,4
Insgesamt	140.903	100,0	141.126	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

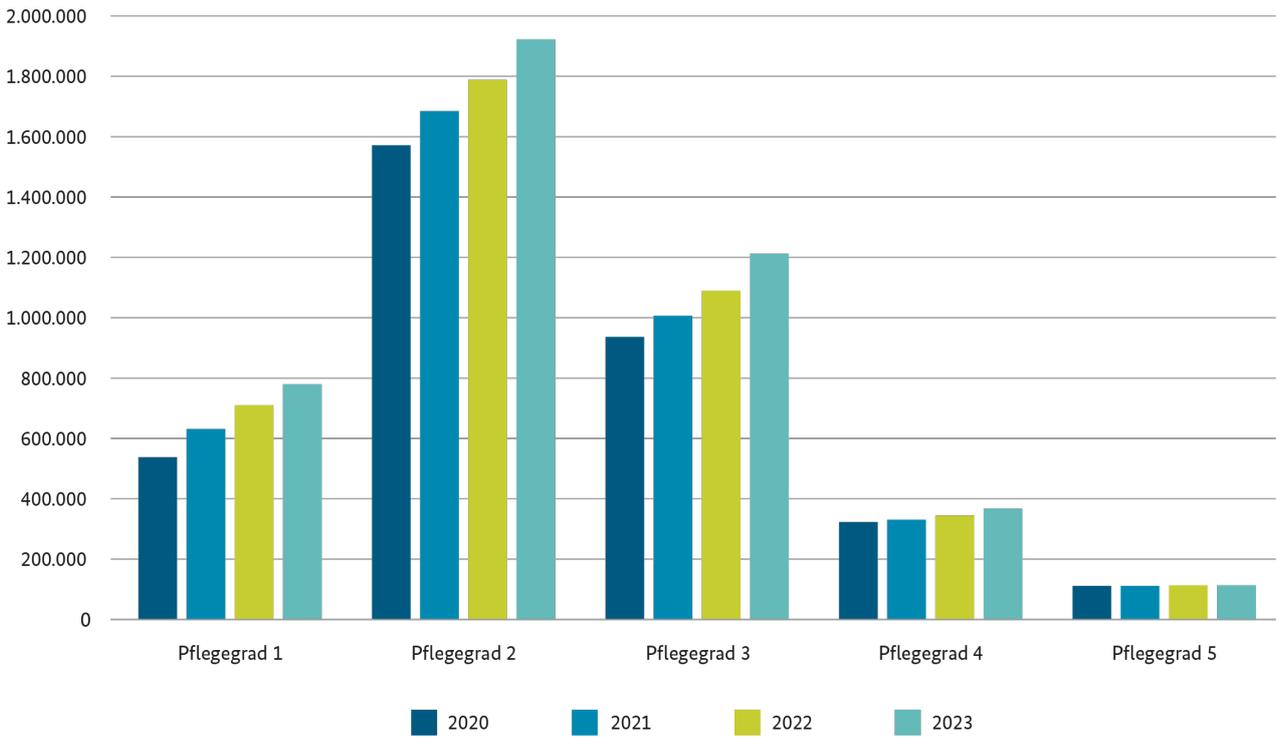
Tabelle 14: Leistungsbeziehende (SPV) nach Pflegegraden in Behinderteneinrichtungen (2022 bis 2023)

stationär in Behinderten- einrichtungen	31.12.2022		31.12.2023	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	0	0,0	0	0,0
Pflegegrad 2	61.544	43,8	59.219	42,3
Pflegegrad 3	41.424	29,5	42.020	30,0
Pflegegrad 4	25.323	18,0	26.236	18,7
Pflegegrad 5	12.133	8,6	12.570	9,0
Insgesamt	140.424	100,0	140.045	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

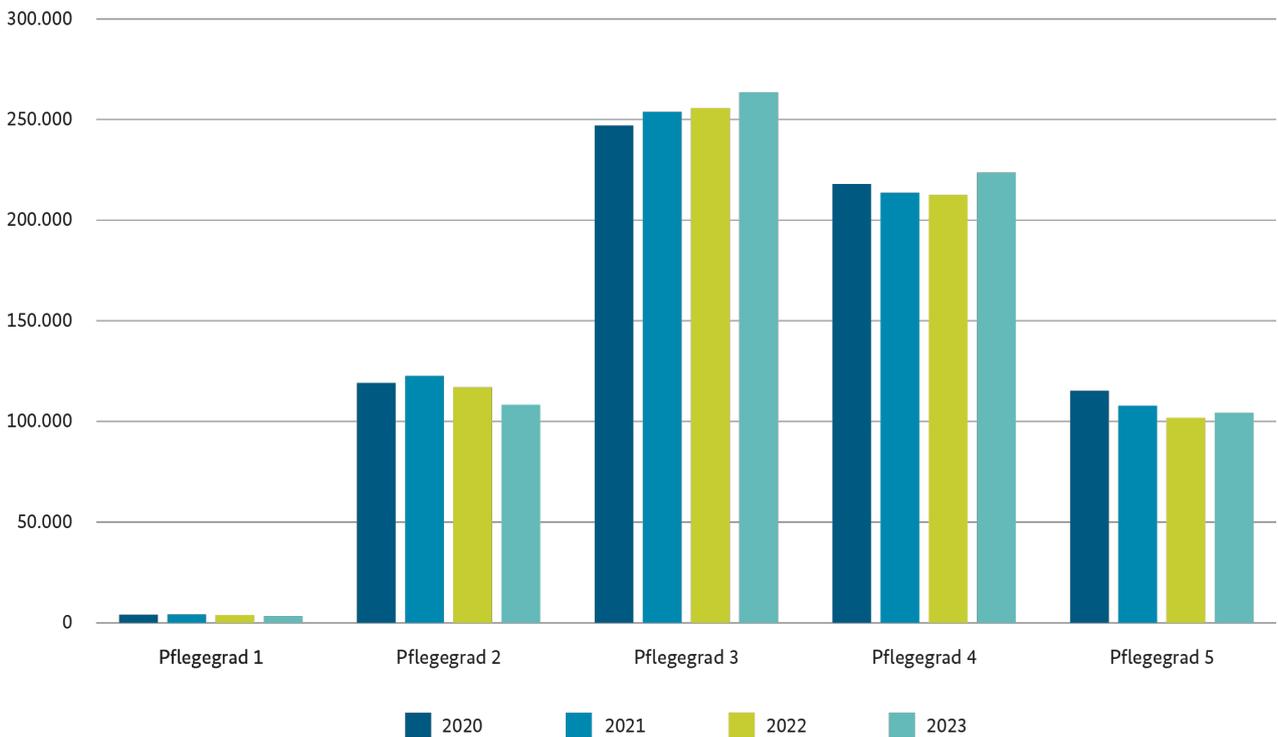
Die Abbildung 10 zeigt den absoluten Aufwuchs der Leistungsbeziehenden im ambulanten Bereich über alle Pflegegrade hinweg. Er ist wesentlich stärker, als aus demografischen Gründen bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen wäre. In Abbildung 11 und Abbildung 12 ist ein anderer Trend erkennbar: Im vollstationären Bereich sank die absolute Zahl von 2020 bis 2023 in den Pflegegraden 1, 2 und 5. In Behinderteneinrichtungen ist ebenfalls eine absolute Abnahme im Pflegegrad 2 zu verzeichnen.

Abbildung 10: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im ambulanten Bereich (2020 bis 2023)



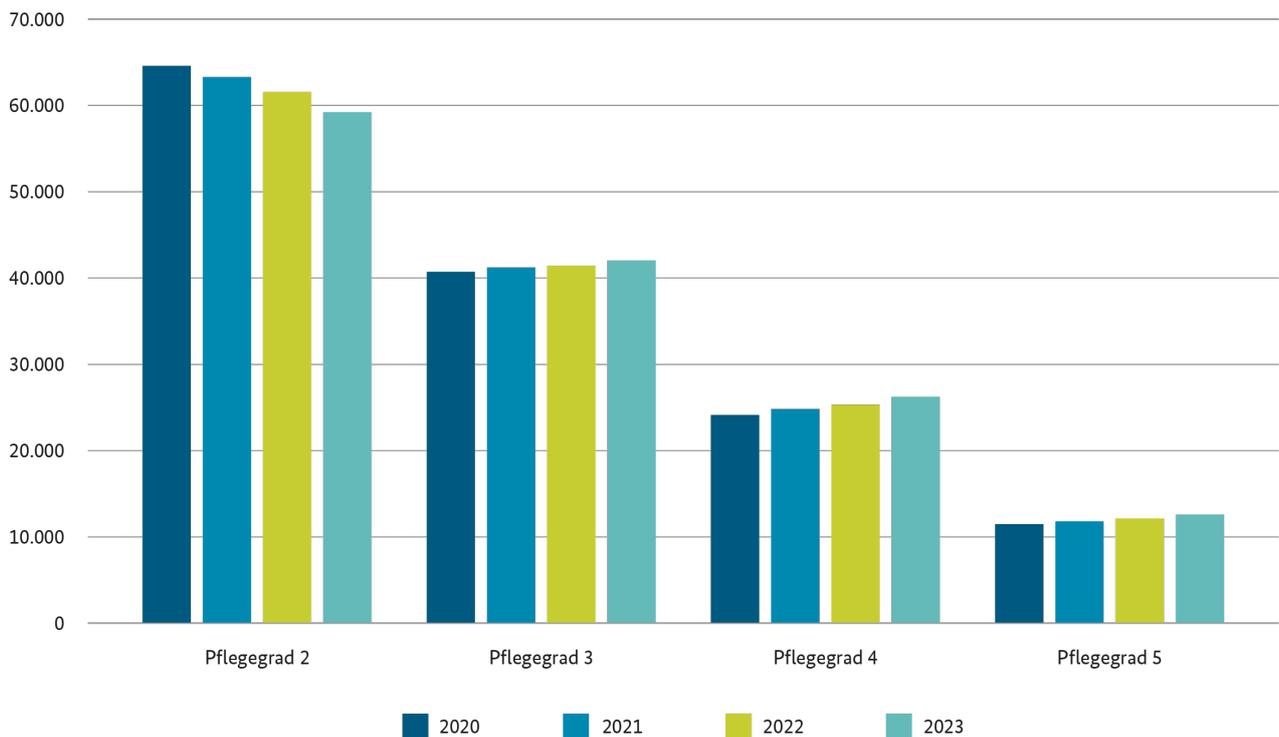
Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Abbildung 11: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im vollstationären Bereich (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Abbildung 12: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende – stationär in Behinderteneinrichtungen (2020 bis 2023)

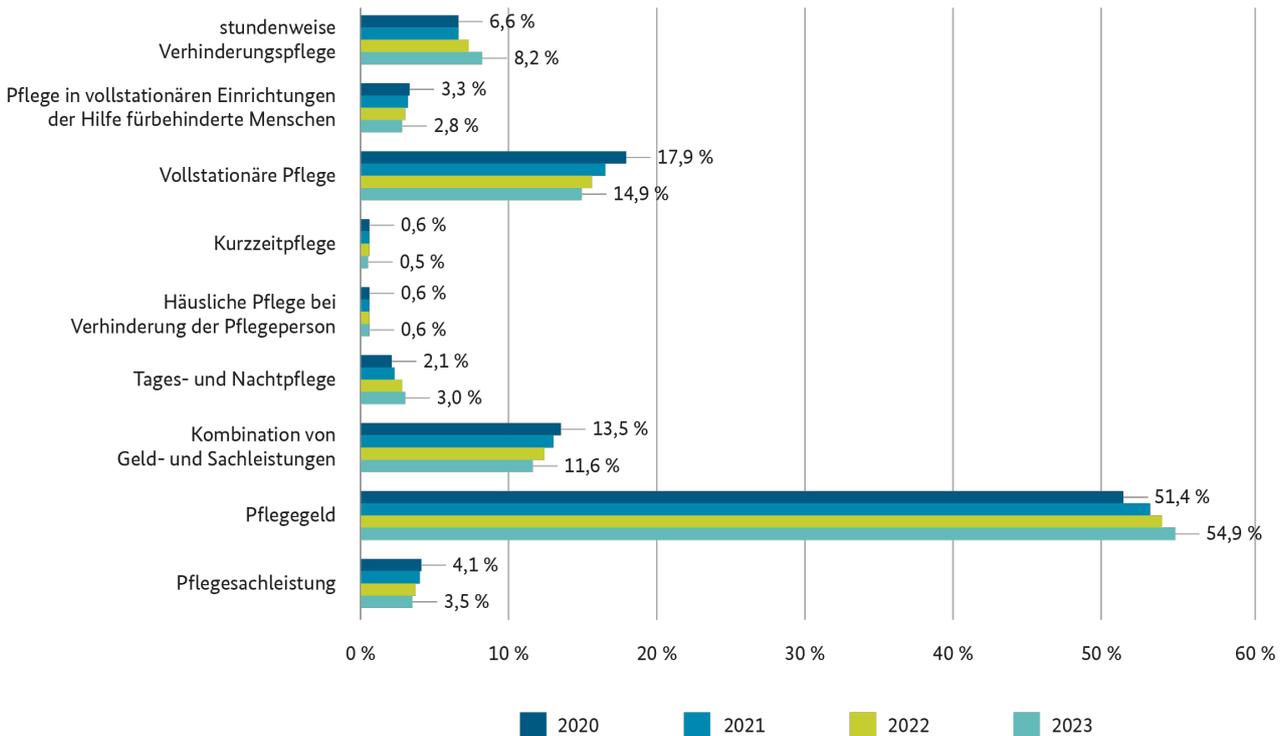


Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

III.2.3 Leistungsbeziehende nach Leistungsarten

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Leistungsbeziehenden der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt zeigt sich folgendes Bild: Das Pflegegeld ist weiterhin die Leistungsart, die am häufigsten in Anspruch genommen wird. 2023 bezogen rund 54,9 Prozent aller Leistungsbeziehenden ausschließlich Pflegegeld (2020 rund 51,4 Prozent). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich ambulante Pflegesachleistungen in Anspruch genommen haben, ist seit dem Jahr 2020 von rund 4,1 Prozent auf etwa 3,5 Prozent im Jahr 2023 gesunken. Der Anteil derer, die Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombinierten, belief sich im Jahr 2023 auf 11,6 Prozent (2020 rund 13,5 Prozent). Der Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der vollstationären Pflege sank bis Ende 2023 auf etwa 14,9 Prozent (gegenüber 17,9 Prozent Ende 2020). Die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen betrug im Jahr 2023 rund 2,8 Prozent. Die Werte für die weiteren Leistungsarten können der folgenden Abbildung 13 entnommen werden.

Abbildung 13: Leistungsbeziehende der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

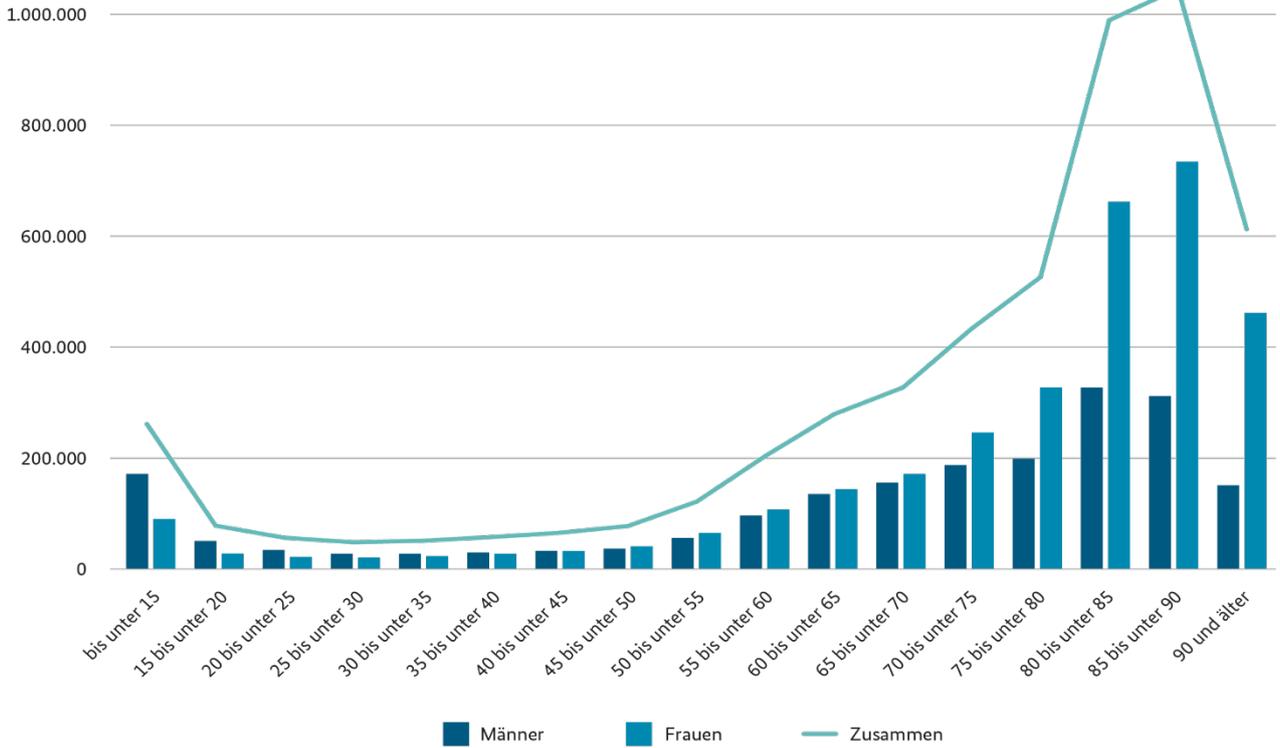
Unterschiede zwischen den Regionen, urbanen Zentren und ländlichen Räumen werden auf den interaktiven Karten des Deutschlandatlas abgebildet. Die Karten zeigen die regionale Verteilung der Anteile der Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege sowie der Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.¹³⁹

III.2.4 Leistungsbeziehende nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den hohen Altersgruppen auf. So waren Ende 2023 insgesamt knapp 51 Prozent der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt (2,65 Millionen von 5,24 Millionen), wobei hiervon rund 30 Prozent männlich (0,79 Millionen von 2,65 Millionen) und rund 70 Prozent weiblich (1,86 Millionen von 2,65 Millionen) waren (Abbildung 14). Aufgrund der höheren Lebenserwartung bilden die Frauen auch unter allen Pflegebedürftigen eine Mehrheit mit rund 61 Prozent (3,20 Millionen von 5,24 Millionen) (vgl. Abbildung 15).

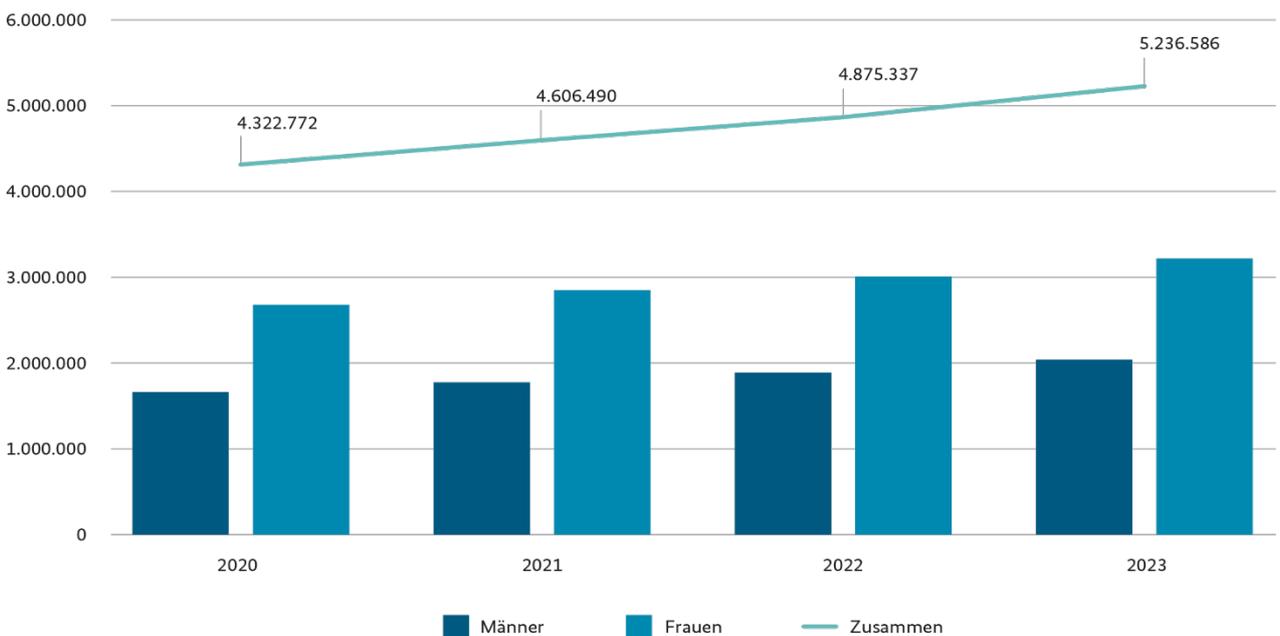
¹³⁹ www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Service/Kartensuche/kartensuche_node.html?cms_filter=UnsereGesundheitsversorgung [abgerufen am 12.07.2024].

Abbildung 14: Entwicklung der Leistungsbeziehenden der SPV nach Alter und Geschlecht im Jahr 2023 (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)



Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Abbildung 15: Entwicklung der Leistungsbeziehenden der SPV nach Geschlecht am Jahresende (2020 bis 2023) (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)



Quelle: BMG (eigene Darstellung) nach Geschäftsstatistik der Pflegekassen

III.3 Finanzielle Entwicklung

III.3.1 Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV

Die Mittel für die soziale Pflegeversicherung werden weit überwiegend durch Beiträge aufgebracht. Der Beitragssatz beträgt seit dem 1. Juli 2023 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Beiträge der abhängig Beschäftigten werden paritätisch von Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanziert. Eine abweichende Regelung gilt im Bundesland Sachsen, das bei der Einführung der Pflegeversicherung keinen Feiertag gestrichen hatte. Dort entfallen von den 3,4 Prozent Pflegeversicherungsbeitrag 2,2 Prozent auf die Beschäftigten und 1,2 Prozent auf die Arbeitgeber. Hinzu kommt ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten für kinderlose Mitglieder. Damit liegt der Beitragssatz für Kinderlose bei 4,0 Prozent. Von diesem ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Personen, die Bürgergeld beziehen. Für Eltern mit mehreren Kindern reduziert sich der vom Mitglied zu tragende Beitragsanteil seit dem 1. Juli 2023 um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind unter 25 Jahren. Dies gilt vom zweiten bis zum fünften Kind. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt bis zu 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte. Bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben. Die Entwicklung des Beitragssatzes in den Jahren 2020 bis 2023 wird in der folgenden Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)^a

	2020	2021	2022	Bis 30.06.2023	Seit 01.07.2023	
Beitragssatz (in %)	3,05	3,05	3,05	3,05	3,40	
Kinderlosenzuschlag (in %)	0,25	0,25	0,35	0,35	0,60	
Davon						
Arbeitnehmer-Anteil (in %)	kinderlos	1,775	1,775	1,875	1,875	2,30
	mit Kindern	1,525	1,525	1,525	1,525	
	1 Kind	keine Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderanzahl bis 30. Juni 2023				1,70
	2 Kinder					1,45
	3 Kinder					1,20
	4 Kinder					0,95
	5+ Kinder					0,70
+						
Arbeitgeber-Anteil (in %)	1,525	1,525	1,525	1,525	1,70	

		2020	2021	2022	Bis 30.06.2023	Seit 01.07.2023
=						
Gesamtbeitrag (in %)	kinderlos	3,30	3,30	3,40	3,40	4,00
	mit Kindern	3,05	3,05	3,05	3,05	
	1 Kind	keine Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderanzahl bis 30. Juni 2023				3,40
	2 Kinder					3,15
	3 Kinder					2,90
	4 Kinder					2,65
	5+ Kinder					2,40

^a Für das Bundesland Sachsen gelten abweichende Regelungen.

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Die zu entrichtenden Beiträge werden für die Mitglieder im Regelfall aus den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze betrug im Jahr 2023 monatlich 4.987,50 Euro und im Gesamtjahr entsprechend 59.850 Euro.

In den Jahren 2022 und 2023 erhielt die SPV einen Bundeszuschuss in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro, der für die Jahre 2024 bis 2027 aus Gründen der Haushaltskonsolidierung ausgesetzt wurde.

Seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung steigen sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben regelmäßig an. Im Jahr 2023 nahm die soziale Pflegeversicherung rund 61 Milliarden Euro ein und gab rund 59,2 Milliarden Euro aus, davon rund 56,9 Milliarden Euro für Leistungsausgaben (vgl. Tabelle 16 und Tabelle 77 im Anhang A – Tabellen). Wie Tabelle 16 zeigt, kam es in den Jahren 2021 und 2022 in der Pflegeversicherung insbesondere aufgrund der COVID-19-Pandemie und eines Anstiegs an pflegebedürftigen Menschen, welcher über dem demografisch erwartbaren Niveau lag, zu Defiziten. Im Jahr 2023 ergab sich allerdings ein geringfügiger Rückgang bei den Gesamtausgaben, der auf das allmähliche Auslaufen der pandemiebedingten Mehrausgaben zurückzuführen ist. Daneben sorgte die im Jahr 2023 erfolgte Beitragssatzerhöhung wesentlich dafür, dass am Ende des Berichtszeitraums wieder ein Überschuss zu verzeichnen war.

Seit dem Jahr 2015 fließen aus den Beitragseinnahmen jährlich Mittel im Umfang von 0,1 Beitragssatzpunkten in den mit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) eingerichteten Pflegevorsorgefonds. Die Mittelzuführungen an den Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 wurden auf 2024 verschoben. Der Kapitalstock des Pflegevorsorgefonds betrug Ende des Jahres 2023 inklusive Verzinsung rund 11,6 Milliarden Euro. Der Fonds soll künftige Beitragssteigerungen abfedern und so einen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der Pflege leisten. Er ist als Sondervermögen der sozialen Pflegeversicherung ausgestaltet und wird von der Deutschen Bundesbank verwaltet. Die Mittel werden bis zum Jahr 2034 angespart. Ab dem Jahr 2035 kann über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren jeweils ein Teil des angesammelten Kapitals verwendet werden, um die Beitragsentwicklung abzumildern und das Leistungsniveau zu erhalten.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Die Angabe „von mindestens 20 Jahren“ ergibt sich aus § 136 Satz 2 SGB XI, wonach jedes Jahr ab 2035 maximal fünf Prozent, dies entspricht dem 20. Teil, des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens abgerufen werden dürfen.

Tabelle 16: Jahresergebnis^a der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)

Jahr	Einnahmen gesamt (in Mrd. Euro)	Ausgaben gesamt ^b (in Mrd. Euro)	Finanzierungs- saldo (in Mrd. Euro)	Liquide Mittel am Jahresende (in Mrd. Euro)	Betriebs- mittel- und Rücklagesoll (in Mrd. Euro)	Mittelbestand Pflegevor- sorgefonds (in Mrd. Euro)
2020	50,6	49,1	1,5	8,2	5,7	9,0
2021	52,5	53,9	-1,4	6,9	5,0 ^c	10,7
2022	57,8	60,0	-2,2	5,6 ^d	5,6	10,5
2023	61,0	59,2	1,8	6,9 ^d	5,9	11,6

^a Ohne Rechnungsabgrenzung, gerundet auf eine Nachkommastelle, ggf. Rundungsdifferenzen möglich.

^b Einschließlich Verwaltungskosten.

^c Absenkung des Betriebsmittelsolls von 1,0 Monatsausgaben auf 0,7 Monatsausgaben.

^d Einschließlich eines Bundesdarlehens in Höhe von 1 Mrd. Euro, von dem Ende 2023 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt worden sind.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Bericht über die Verwaltung des Vermögens des Versorgungsfonds der sozialen Pflegeversicherung – Jahr 2020 bis 2023; Werte gerundet; Rundungsdifferenzen möglich

Während die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich im Jahr 2011 mit jeweils rund 10,4 Milliarden Euro noch etwa gleich hoch waren, lagen die Ausgaben für ambulante Leistungen im Jahr 2023 bereits bei rund 35,5 Milliarden Euro und waren damit um knapp 15,7 Milliarden Euro höher als die Leistungsausgaben im stationären Bereich (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18). Die stationären Leistungsausgaben stiegen seit dem Jahr 2020 um etwa 30 Prozent und lagen im Jahr 2023 bei knapp 20 Milliarden Euro. Insgesamt unterstreicht diese Entwicklung die weiter (stark) zunehmende Bedeutung der ambulanten Pflege. Näheres zur Verteilung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung auf die unterschiedlichen Leistungsarten sowie zu deren Entwicklung wird in tabellarischer Form im Anhang dieses Pflegeberichts dargestellt (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 77).

Tabelle 17: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)

Jahr	ambulant (in Mrd. Euro)	Anteil (in %)	stationär (in Mrd. Euro)	Anteil (in %)	Sonstige Leistungs- ausgaben ^a	Anteil (in %)	Insgesamt (in Mrd. Euro)
2020	27,4	60,1	15,0	32,9	3,2	7,0	45,6
2021	30,1	60,0	14,7	29,3	5,4	10,7	50,2
2022	32,3	57,5	18,4	32,7	5,5	9,8	56,2
2023	35,5	62,4	19,8	34,8	1,6	2,8	56,9

^a Beinhaltet im Wesentlichen die pandemiebedingten Mehrausgaben und die Ausbildungskosten nach dem Pflegeberufgesetz.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

Tabelle 18: Entwicklung der Leistungsbeziehenden, Einnahmen und Ausgaben der SPV (2020 bis 2023) (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)

Jahr	Leistungs- bezieher	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)	Einnahmen (in Mrd. Euro)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)	Ausgaben (in Mrd. Euro)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)
2020	4.322.772	7,7	50,6	7,2	49,1	11,5
2021	4.606.490	6,6	52,5	3,7	53,9	9,7
2022	4.875.337	5,8	57,8	10,1	60,0	11,5
2023	5.236.586	7,4	61,0	5,6	59,2	-1,3

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

III.3.2 Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der PPV

Die Höhe der Versicherungsprämie in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) richtet sich nach dem individuellen Versicherungsrisiko und dem Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn. Daher sind die Beiträge für ältere Versicherte, wenn sie erst im höheren Alter eingetreten sind, gegebenenfalls höher, für jüngere Versicherte hingegen ggf. niedriger. Allerdings müssen private Versicherungsunternehmen bei der Gestaltung der Prämien für die private Pflege-Pflichtversicherung eine Reihe besonderer gesetzlicher Vorgaben beachten. Beispielsweise dürfen die Prämien nicht mehr nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Die Unternehmen unterliegen zudem dem Kontrahierungszwang; sie können also niemanden ablehnen, der zum Abschluss einer privaten Pflege-Pflichtversicherung verpflichtet ist. Schließlich unterliegt auch die Prämienhöhe in der Regel einer gesetzlichen Höchstgrenze, die im Jahr 2023 bei 152,12 Euro lag. Die entsprechenden Vorgaben finden sich in § 110 SGB XI.

Die Beitragseinnahmen der PPV stiegen im Berichtszeitraum um 38,2 Prozent an. Dem stand allerdings eine deutliche Zunahme der Zahl der Leistungsbeziehenden um 25,7 Prozent gegenüber (vgl. Tabelle 19). Die Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Personen sowie die zahlreichen Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung haben auch in der PPV im Berichtszeitraum zu einem kontinuierlichen und deutlichen Anstieg der Leistungsausgaben (um 36,4 Prozent) geführt und teilweise deutlich höhere Beiträge notwendig gemacht. Auch die Beteiligung an pandemiebedingten Mehrausgaben hat hier eine deutliche Rolle gespielt (einschließlich eines Dämpfungseffekts durch das allmähliche Auslaufen in 2023 – Abnahme der Leistungsausgaben in 2023 zu 2022 um ca. 1,2 Prozent).

Tabelle 19: Leistungsbeziehende, Einnahmen durch die Versichertenprämien und Leistungsausgaben der PPV (2020 bis 2023)

Jahr	Leistungs- bezieher	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Versicherten- prämien (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Leistungs- ausgaben (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)
2020	272.713	8,3	4,2	30,6	1,8	11,6
2021	292.535	7,3	4,4	4,9	2,2	22,6
2022	311.588	6,5	5,1	15,3	2,4	12,8

Jahr	Leistungs- bezieher	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Versicherten- prämien (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Leistungs- ausgaben (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)
2023 ^a	342.743	10,0	5,8	14,3	2,4	-1,2

^a Die Werte für das Jahr 2023 sind vorläufig.

Quelle: Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

III.3.3 Private geförderte Pflegevorsorge

Um Bürgerinnen und Bürger bei der ergänzenden privaten Vorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, hat die Bundesregierung in der 17. Legislaturperiode eine staatliche Förderung der privaten Pflege-Zusatzversicherungen eingeführt. Diese Regelung ist zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten. Die staatliche Zulage beträgt seitdem monatlich 5 Euro und damit 60 Euro im Jahr. Sie ist für alle Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer gleich hoch, unabhängig vom jeweiligen Einkommen der zulagenberechtigten Person. Pro Person kann ein förderfähiger Vertrag abgeschlossen werden.

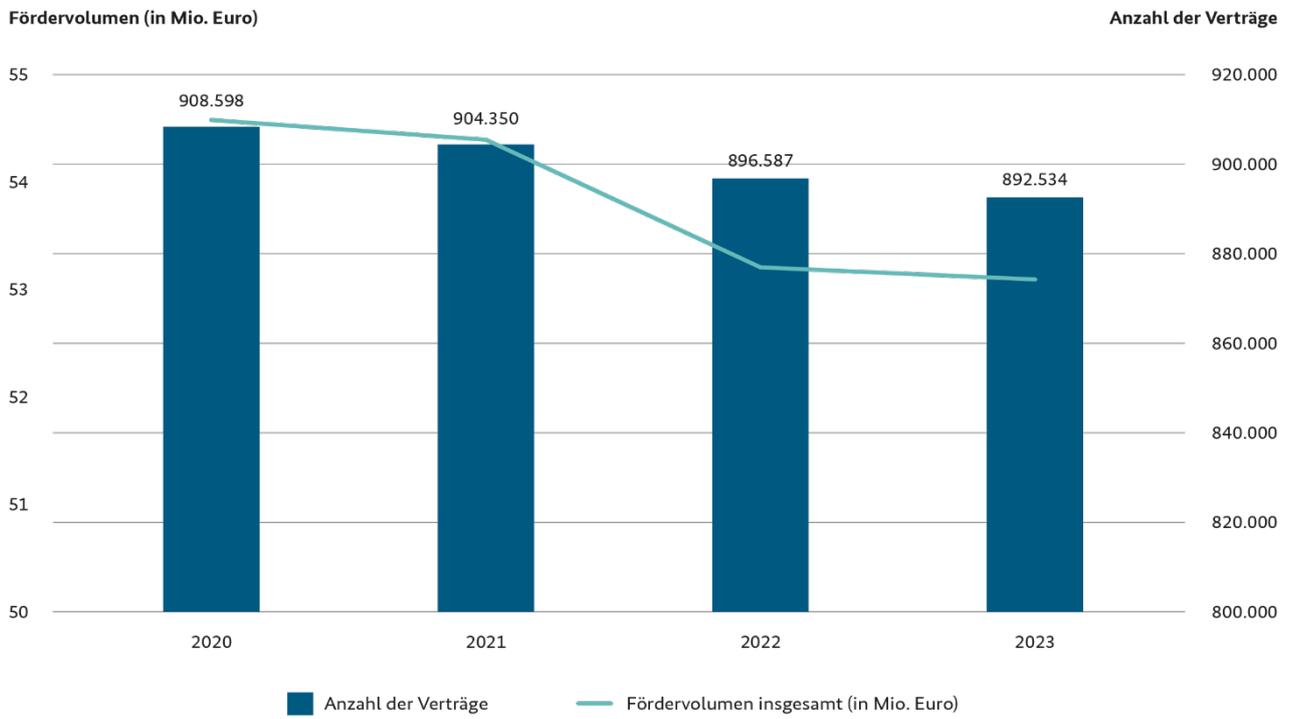
Tabelle 20: Abgeschlossene Verträge und staatliches Fördervolumen der privaten Pflege-Zusatzversicherungen (2020 bis 2023)

Jahr	Anzahl der Verträge	Fördervolumen insgesamt (in Mio. Euro)
2020	908.598	54,6
2021	904.350	54,4
2022	896.587	53,2
2023	892.534	53,1

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Zum 31. Dezember 2023 haben rund 893.000 Personen eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung abgeschlossen. Das finanzielle Fördervolumen im Jahr 2023 betrug rechnerisch insgesamt 53,1 Millionen Euro (vgl. Tabelle 20 und Abbildung 16).

Abbildung 16: Abgeschlossene Verträge und staatliches Fördervolumen der privaten Pflege-Zusatzversicherungen (2020 bis 2023)



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

III.4 Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und Medicproof

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragen die Pflegekassen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung übernimmt dies der Medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen (Medicproof) für die betreibenden Versicherungsunternehmen.

Grundlage der Begutachtung sind die gesetzlichen Regelungen in §§ 14, 15 und 18 ff. SGB XI sowie die Richtlinien zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments – Begutachtungs-Richtlinien (BRi). Im Berichtszeitraum wurden sowohl die gesetzlichen Grundlagen als auch die Begutachtungs-Richtlinien weiterentwickelt.

Eine erste Änderung der Begutachtungs-Richtlinien erfolgte im Januar 2021; es erfolgten darin Anpassungen, die durch das Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetzes (IPReG) am 29. Oktober 2020 erforderlich geworden waren.

Umfangreicher war eine weitere Änderung im März 2021. Diese schon länger vorbereitete Überarbeitung hatte zum Ziel, die aus der Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste gewonnenen Erfahrungen mit dem durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführten Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in die Richtlinien einfließen zu lassen. Neben Präzisierungen und Klarstellungen lag der Fokus der Anpassungen auf pflegfachlichen Konkretisierungen der Module und Kriterien sowie der Abstufung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten. Jedoch wurde durch die Überarbeitung weder die Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments verändert noch der Zugang zu höheren Pflegegraden erschwert; die Änderungen zielten auf höhere Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Begutachtungsergebnisses, auch für die antragstellenden Personen und ihre Angehörigen, ab.

Eine wichtige Änderung in der Zuständigkeit für die Begutachtungs-Richtlinien ergab sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz).¹⁴¹ War bisher der GKV-Spitzenverband Richtliniengeber, so ging zum 1. Januar 2022 diese Verantwortung auf den neu gebildeten Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) über. Die durch den GKV-Spitzenverband bis dahin erlassenen Richtlinien galten und gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den MD Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 SGB XI fort.

Das bedeutete auch, dass die nach dem PUEG vom 19. Juni 2023 notwendige umfassende Neuformulierung der Begutachtungs-Richtlinien in der Verantwortung des MD Bund lag. Durch das PUEG wurden die Inhalte der bis dahin geltenden §§ 18 bis 18c SGB XI in den neuen §§ 18 bis 18e SGB XI umstrukturiert, ergänzt und klarer gefasst (siehe hierzu II.2.1.4).

Um den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen interner Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen, traten die neuen Vorschriften einschließlich der mit der neuen Struktur einhergehenden Folgeänderungen erst zum 1. Oktober 2023 in Kraft.

¹⁴¹ Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, BGBl. 2019 I S. 2789.

Die vom MD Bund auf dieser Grundlage zu erarbeitenden Begutachtungs-Richtlinien traten am 18. November 2023 in Kraft. In seiner Genehmigung der Richtlinien hatte das BMG noch Ergänzungen erbeten. Die insoweit aktualisierten Begutachtungs-Richtlinien wurden am 21. Dezember 2023 erlassen und traten nach Genehmigung durch das BMG am 13. Januar 2024 in Kraft.

III.4.1 Begutachtung durch die Medizinischen Dienste (MD)

Begutachtungsaufkommen

Die Zahl der Begutachtungsverfahren ist bei den MD von 2,33 Millionen im Jahr 2020 auf 2,89 Millionen im Jahr 2023 gestiegen (vgl. Tabelle 21). Dieser deutliche Anstieg des Begutachtungsaufkommens ist insbesondere auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen. Rund 2,6 Millionen der von den MD durchgeführten Begutachtungen entfielen im Jahr 2023 auf den ambulanten, rund 300.000 auf den stationären Sektor (vgl. Tabelle 21). Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Begutachtungen im Berichtszeitraum angestiegen, im stationären Bereich hingegen war die Zahl im Jahr 2021 rückläufig, stieg aber 2023 wieder an. Die Zahl der Begutachtungen von Kindern ist von rund 62.000 zu Beginn des Betrachtungszeitraums auf rund 103.000 im Jahr 2023 angewachsen. Die Zahl der Begutachtungen bei Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ist im Jahr 2021 auf rund 9.100 leicht gesunken (2020: 9.550), um dann wieder auf knapp 9.900 im Jahr 2023 anzusteigen.

Tabelle 21: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten (Ziffer 6.1.1, 6.1.2 und 6.1.3 der BRi), differenziert nach Art der beantragten Leistungen (2020 bis 2023)

Antrag auf ...	2020	2021	2022	2023
... Leistungen ambulant	2.009.503	2.082.705	2.226.977	2.561.627
... Leistungen vollstationär	319.655	275.447	293.179	314.193
... Leistungen nach § 43a SGB XI ^a	9.550	9.065	9.282	9.896
Gesamtzahl	2.338.708	2.367.217	2.529.438	2.885.716
davon Erwachsene	2.276.343	2.294.998	2.443.000	2.781.729
davon Kinder	62.365	72.219	86.438	103.987

^a Anträge auf Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Quelle: MD Bund

MD-Begutachtungen werden nach ihrem Durchführungsanlass in Erst-, Höherstufungs-, Rückstufungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten unterschieden. Die Gesamtzahl der Erstbegutachtungen stieg im Berichtszeitraum um etwa 17 Prozent an. Im Jahr 2020 waren es 1,10 Millionen Erstbegutachtungen und im Jahr 2023 1,29 Millionen. Durchschnittlich entfielen im Berichtszeitraum 45,9 Prozent aller Begutachtungsfälle auf Erstbegutachtungen (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 78).

Entfielen im letzten Berichtszeitraum mit großem Abstand die meisten Begutachtungen auf Erstbegutachtungen, so trifft dies für den aktuellen Berichtszeitraum nicht mehr zu. Erstbegutachtungen und Höherstufungsgutachten haben sich nunmehr zahlenmäßig angenähert. Bei den Höherstufungsgutachten kam es zu einem Anstieg von ursprünglich rund einer Million Höherstufungsgutachten im Jahr 2020 auf mehr als 1,27 Millionen Höherstufungen im Jahr 2023. Bei den Wiederholungsgutachten lässt sich im Berichtszeitraum ein merkliches

Wachstum verzeichnen. Waren es im Jahr 2021 trotz Aussetzung bis zur Mitte des Jahres etwa 69.000 Wiederholungsgutachten, so stieg die Anzahl im Jahr 2023 auf rund 104.400. Bei den Widerspruchsgutachten war wiederum ein eher geringfügiger Anstieg von rund 178.000 im Jahr 2020 auf rund 213.000 im Jahr 2023 zu verzeichnen (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 78).

Im ambulanten Sektor entfiel der größte Teil an Begutachtungen auf Erstgutachten, gefolgt von Höherstufungsgutachten. Im stationären Sektor führte der MD in der Mehrzahl der Fälle Begutachtungen in Form von Höherstufungsgutachten durch, Erstgutachten folgten erst auf Rang zwei.

Im betrachteten Zeitraum gab es bei den Anträgen auf Leistungen nach § 43a SGB XI einen Rückgang an Erstbegutachtungen. Ihr Anteil an allen Regelbegutachtungen sank von 46,2 Prozent im Jahr 2020 auf 30,5 Prozent im Jahr 2023. Gleichzeitig stieg der Anteil an Höherstufungsgutachten von 46,1 Prozent im Jahr 2020 auf 56,4 Prozent im Jahr 2023 (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 78).

Der Anstieg des Begutachtungsaufkommens ist auch unter dem Gesichtspunkt des Personalbedarfs relevant. Der MD Bund hat 2022 erstmals gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflegeversicherung mit einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten erlassen. Die Geltungsdauer der Richtlinie war auf ein Jahr befristet mit dem Ziel, die Richtlinie weiterzuentwickeln und zwischenzeitlich zu evaluieren. Zentrales Ergebnis der Evaluation war, dass die Voraussetzungen für eine hinreichend belastbare, auf einheitlichen Grundlagen basierende Personalbedarfsermittlung noch nicht gegeben sind und dass eine Konvergenzphase erforderlich ist. Zwischen MD Bund und BMG wurden 2023 wesentliche Punkte einer schrittweisen Weiterentwicklung der Richtlinie bis 2026 konsentiert. Die Richtlinie wurde 2023 entsprechend der Evaluation überarbeitet.

Die Einsatzbereiche der Beschäftigten im MD können zudem variieren: Infolge des mit Wirkung vom 19. November 2020 durch das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite neu eingefügten § 275 Absatz 4b SGB V wurde die rechtliche Grundlage für die MD geschaffen, während der COVID-19-Pandemie Unterstützung bei der Bewältigung der Krise zu leisten. Zeitweise waren über 800 MDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern sowie in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auf freiwilliger Basis tätig.

Ablauf der Begutachtung

Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person, kann jedoch bei bestimmten Fallkonstellationen und unter festgelegten Kriterien seit November 2023 auch wieder mittels eines strukturierten Telefoninterviews erfolgen (§ 142a Absatz 4 SGB XI); Begutachtungen nach Aktenlage sollen die Ausnahme sein (§ 18a Absatz 2 SGB XI).

Wenn eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich nicht möglich ist oder den Antragstellerinnen und Antragstellern nicht zugemutet werden kann, erfolgt eine Begutachtung nach Aktenlage (ausgeführt und konkretisiert in den Richtlinien des MD Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter 3.2.2.5 und 6.1.3). Ausnahmsweise kann auch auf eine persönliche Begutachtung verzichtet werden, wenn bei Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen die Informationslage eindeutig ist.

Die mit Wirkung vom 1. Oktober 2023 durch das PUEG eingeführte Regelung des § 18a Absatz 2 Satz 5 SGB XI übernimmt mit ihrer Nummer 1 die bisherige Regelung und erweitert die Möglichkeit einer Begutachtung ohne Untersuchung der versicherten Person in ihrem Wohnbereich um den neuen Tatbestand der Nummer 2. Der

neue Satz 5 Nummer 2 gewährleistet den Versicherten auch in Krisensituationen einen zeitnahen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen. Krisenlagen können auf nationaler oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, regionaler Ebene entstehen, etwa als pandemische Notlagen oder auch durch Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse. In solchen Situationen können die Pflegegutachten aufgrund der den Gutachterinnen und Gutachtern zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie durch – gegebenenfalls telefonische oder digitale – strukturierte Befragungen der Versicherten, ihrer Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuer sowie ihrer Angehörigen und sonstiger zur Auskunft fähiger Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn) erstellt werden. Anhand der eingeholten Unterlagen und Informationen entscheiden die Gutachterinnen und Gutachter über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit und empfehlen die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen bleiben unberührt.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie, in der insbesondere für Pflegebedürftige und für Personen mit Vorerkrankungen ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf gegeben war, wurde es schon im ersten Quartal 2020 notwendig, Alternativen zur Begutachtung in der Häuslichkeit der Antragstellenden zu suchen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurde ein neuer § 147 SGB XI eingeführt, der Ausnahmen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (häusliche Begutachtung) ermöglichte. Die Vorschrift wurde im Verlauf der Pandemie mehrfach angepasst und ihre Geltung zuletzt bis zum 31. März 2022 verlängert.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)¹⁴² entwickelte daraufhin „bundesweit einheitliche Maßgaben für Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der COVID-19-Pandemie“. Die Maßgaben gaben vor, bei welchen Fallkonstellationen eine Begutachtung ohne Untersuchung im Wohnbereich der Versicherten erfolgt und unter welchen Schutz- und Hygienemaßnahmen eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich der Versicherten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen war. Zur Reduzierung des allgemeinen Infektionsrisikos war von der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste zudem ein Hygienekonzept entwickelt und umgesetzt worden, das auch bei Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Anwendung fand. Auch der Impfstatus der beteiligten Personen war zu beachten.

Im Ergebnis wurde während der Pandemie ein großer Teil der Begutachtungen als strukturiertes Telefoninterview durchgeführt. So stützten sich im Jahr 2020 77,6 Prozent der Begutachtungen im ambulanten Bereich auf Angaben von Telefoninterviews und Akten und nur 22,4 Prozent der Begutachtungen auf einen persönlichen Hausbesuch. Im stationären Sektor wurden sogar 83,2 Prozent der Begutachtungen telefonisch umgesetzt und nur 16,8 Prozent persönlich. Im Berichtszeitraum erfolgte im ambulanten Setting ein kontinuierlicher Anstieg der persönlich durchgeführten Begutachtungen auf 62,7 Prozent im Jahr 2023. Im stationären Bereich zeigte sich ein anderes Bild; hier stieg die Anzahl der persönlichen Begutachtungen lediglich um einen halben Prozentpunkt auf 17,3 Prozent im Jahr 2023 (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 79).

Die Erfahrungen mit den telefonischen Begutachtungen waren letztendlich wesentlicher Auslöser dafür, dass mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) und den darauf aufsetzenden Begutachtungsrichtlinien die gesetzlichen (§ 142a SGB XI) und untergesetzlichen Voraussetzungen geschaffen wurden, um die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen regelhaft auch mittels eines strukturierten telefonischen Interviews durchführen zu können.

¹⁴² Seit dem 1. Januar 2022 ist der MD Bund der Rechtsnachfolger des MDS.

Begutachtungsergebnisse bei Erstbegutachtungen

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Einstufungsempfehlungen des MD bei den Regelbegutachtungen und die Zuordnung zu den Pflegegraden nach den neuen Begutachtungs-Richtlinien. Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Versicherten, die im ambulanten Sektor als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, in den Jahren 2020 bis 2023 in geringem Umfang gestiegen ist. Im ambulanten Bereich entfiel der größte Anteil der Zuordnungen zu Pflegegraden auf die Pflegegrade 1 (fast 28 Prozent im Durchschnitt) und 2 (fast 37 Prozent im Durchschnitt). Der Anteil der Zuordnungen zu Pflegegrad 1 stieg im Berichtszeitraum kontinuierlich an (2020: 26,1 Prozent, 2023: 28,8 Prozent). Die Anteile der in Pflegegrad 4 (3,3 Prozent im Durchschnitt) und Pflegegrad 5 (1,1 Prozent im Durchschnitt) zugeordneten Versicherten blieben bei leicht sinkender Tendenz weitgehend konstant.

Ein anderes Bild zeigte sich im stationären Sektor: Hier entfiel der größte Anteil der Begutachteten auf die Pflegegrade 2 (rund 27 Prozent) und 3 (rund 35 Prozent). Der Anteil der Personen in Pflegegrad 4 fiel im Berichtszeitraum von 21,7 Prozent im Jahr 2020 auf 19,5 Prozent im Jahr 2023 und in Pflegegrad 5 von 11,2 Prozent auf 9,4 Prozent (vgl. Tabelle 22, vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 80).

Die Betrachtung, nach Kindern und Erwachsenen, zeigt eine unterschiedliche Verteilung bei den Pflegegraden. So wurde die überwiegende Mehrheit der Kinder den Pflegegraden 2 (mit 41,5 Prozent im Durchschnitt) und 3 (mit 28,7 Prozent im Durchschnitt) zugeordnet, Erwachsene hingegen mehrheitlich den Pflegegraden 2 (mit 36,1 Prozent im Durchschnitt) und 1 (mit 27,4 Prozent im Durchschnitt) zugeteilt.

Insgesamt betrachtet machen die durchgeführten Regelbegutachtungen im ambulanten Setting zahlenmäßig den größten Teil aus. Hier lassen sich im Berichtszeitraum auch weiterhin starke Zuwächse verzeichnen. In dieser mengenmäßig herausragenden Gruppe überwiegen bei den Ergebnissen der Begutachtungen die Pflegegrade 2 und 1.

Tabelle 22: Anteile der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut- achtungen	davon					
		nicht pflege- bedürftig (in %)	Pflege- grad 1 (in %)	Pflege- grad 2 (in %)	Pflege- grad 3 (in %)	Pflege- grad 4 (in %)	Pflege- grad 5 (in %)
ambulant							
2020	1.046.564	16,1	26,1	38,2	14,7	3,8	1,2
2021	1.057.353	18,1	28,3	36,2	13,0	3,3	1,1
2022	1.094.010	18,1	28,4	36,1	13,1	3,3	1,1
2023	1.244.186	17,9	28,8	36,7	12,8	2,9	0,9
stationär							
2020	50.500	2,1	4,7	26,5	33,8	21,7	11,2
2021	46.554	2,4	5,4	27,3	33,6	20,7	10,6

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut- achtungen	davon					
		nicht pflege- bedürftig (in %)	Pflege- grad 1 (in %)	Pflege- grad 2 (in %)	Pflege- grad 3 (in %)	Pflege- grad 4 (in %)	Pflege- grad 5 (in %)
2022	47.602	2,1	4,8	27,1	35,5	20,7	9,8
2023	46.786	1,8	4,6	28,3	36,3	19,5	9,4
Erwachsene (ambulant + stationär)							
2020	1.063.604	15,7	25,5	37,4	15,1	4,6	1,7
2021	1.068.400	17,7	27,8	35,6	13,3	4,0	1,5
2022	1.101.830	17,8	27,9	35,4	13,4	3,9	1,5
2023	1.240.386	17,7	28,5	36,1	13,0	3,5	1,3
Kinder (ambulant + stationär)							
2020	37.876	8,8	13,7	42,1	29,0	5,6	0,7
2021	39.226	10,2	14,8	40,9	28,3	5,1	0,7
2022	43.619	9,7	14,4	41,5	28,5	5,2	0,7
2023	53.601	9,7	14,3	41,5	28,9	4,8	0,8

Quelle: MD Bund

Fristen im Begutachtungsverfahren

Gemäß § 18c Absatz 1 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, den Antragstellerinnen und Antragstellern innerhalb von 25 Arbeitstagen ab Antragseingang die Entscheidung über den Antrag schriftlich mitzuteilen. Wird diese Frist oder werden die in § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI enthaltenen verkürzten Begutachtungsfristen z. B. wegen eines Aufenthalts der oder des Versicherten in einem Krankenhaus oder in einem Hospiz nicht eingehalten, hat die Pflegekasse für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die Antragstellerin oder den Antragsteller zu zahlen, sofern sie die Verzögerung zu vertreten hat (§ 18c Absatz 5 SGB XI). Die nachfolgende Tabelle 23 zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der unterschiedlichen Fristfälle für den Berichtszeitraum.

Tabelle 23: Anzahl der Anträge, differenziert nach gesetzlicher Frist vom Zeitpunkt der (formlosen) Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheiderteilung durch die Pflegekassen (2020 bis 2023)

Gesetzliche Frist	2020	2021	2022	2023
25 Arbeitstage (Bearbeitungsfrist der Pflegekasse) (§ 18 Abs. 3 S. 2 SGB XI)	1.374.305 (in der Zeit vom 01.02.2020– 30.09.2020 war die Frist ausge- setzt.)	1.765.570	1.835.897	2.056.846
2 Wochen (Begutachtungsfrist) (§ 18 Abs. 3 S. 5 SGB XI)	5.727	4.748	3.714	3.452
1 Woche (Begutachtungsfrist, z. B. bei Aufenthalt im Krankenhaus zur Sicherstellung der Weiterversorgung) (§ 18 Abs. 3 S. 3 und 4 SGB XI)	78.811	101.991	110.040	113.729
Anträge insgesamt	1.458.843	1.872.309	1.949.651	2.174.027

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 24 informiert über die Erledigungsdauer von Regelbegutachtungen durch den MD, und zwar auch für diejenigen Fälle, für die es keine Verzögerungen im Verfahren gab. Die durchschnittliche Erledigungsdauer für Regelbegutachtungen lag bei 13,4 Arbeitstagen zu Beginn des Berichtszeitraums und stieg auf 16,3 Arbeitstage bis zum Jahr 2023 an. Zu beachten ist hier, dass im Jahr 2020 die Fristen von Februar bis September für die Mehrzahl der Fälle ausgesetzt waren.

Tabelle 24: Erledigungsdauer für Begutachtungen mit einer Frist-Laufzeit von 25 Arbeitstagen^a (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI	538.139	1.766.676	1.856.608	2.139.139
davon:				
Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren gemäß BRi	424.886	1.408.342	1.462.369	1.746.724
bis 15 Arbeitstage	285.541	753.048	691.141	902.373
über 15 bis 20 Arbeitstage	115.274	515.779	536.044	571.580
über 20 bis 25 Arbeitstage	19.673	66.228	100.869	110.799
über 25 bis 30 Arbeitstage	2.449	31.386	69.047	50.289
über 30 bis 40 Arbeitstage	1.394	25.365	29.412	45.735

	2020	2021	2022	2023
über 40 Arbeitstage	555	16.536	11.623	65.948
durchschnittliche Laufzeit (in Arbeitstagen)	13,4	15,5	15,6	16,3

^a Durch die Aussetzung der Fristen von Februar bis September 2020 muss für diese Auswertung auf eine Sondererhebung der Medizinischen Dienste zurückgegriffen werden.

Quelle: MD Bund

Ausgehend von den durchgeführten Regelbegutachtungen gab es bei 351.796 durchgeführten Begutachtungen im Jahr 2020 Verzögerungen im Verfahren, die der MD nicht zu verantworten hatte (unter Berücksichtigung auch der Fälle, für die die 25-Arbeitstage-Frist ausgesetzt war); im Jahr 2023 traf dies in 392.415 Fällen zu (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 81).

In durchschnittlich 45,1 Prozent aller genannten Fälle wurde der Termin von der antragstellenden Person abgesagt, durchschnittlich 20 Prozent der Personen befanden sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, durchschnittlich 15,7 Prozent der Antragstellerinnen und Antragsteller waren in der Zwischenzeit verstorben, und in jeweils durchschnittlich 11,1 Prozent der Fälle wurden die Personen beim Hausbesuch nicht angetroffen.

Wegen Überschreitungen der Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen ergaben sich für die Pflegekassen Zusatzzahlungen in Höhe der in Tabelle 25 aufgeführten Beträge.

Tabelle 25: Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Fristen (§ 18 Absatz 3b SGB XI) (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Zahlungen bei Überschreitung der Begutachtungsfristen 2020 bis 2023 gerundet in Mio. Euro	7,2	10,7	18,0	45,5

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis

Die Anzahl der Widerspruchsgutachten ist im Berichtszeitraum im ambulanten und im stationären Setting entsprechend dem Gesamtanstieg der Begutachtungszahlen angestiegen. Bei den Begutachtungen für den ambulanten Bereich stieg die Zahl der Widersprüche von 164.761 im Jahr 2020 auf 197.196 im Jahr 2023. Während im Jahr 2020 12.850 Versicherte dem Ergebnis der Begutachtung im stationären Sektor widersprachen, waren es im Jahr 2023 15.384 Versicherte. Der Anteil der Widerspruchsgutachten an den durchgeführten Begutachtungen blieb im ambulanten Bereich im Wesentlichen konstant (2020: rund 8 Prozent, 2023: rund 8 Prozent) und stieg im stationären Bereich von rund 4 Prozent im Jahr 2020 auf rund 5 Prozent im Jahr 2023 an.

Die Ergebnisse der Widerspruchsgutachten weisen insgesamt im Berichtszeitraum eine relativ große Konstanz auf (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 82): Bei Erwachsenen wurde im Jahr 2023 bei 56 Prozent (rund 114.200) der Widerspruchsgutachten das Ergebnis der vorherigen Begutachtung bestätigt (2020: 53,7 Prozent), bei 15,9 Prozent der Widerspruchsgutachten (rund 32.400) wurde aufgrund der Veränderung des Hilfebedarfs ein anderer Pflegegrad empfohlen (2020: 16,8 Prozent) und bei 28,1 Prozent der Fälle (rund 57.200) bestanden

zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bereits die Voraussetzungen für den neu empfohlenen Pflegegrad (2020: 29,5 Prozent).

Bei Kindern stieg im Vergleich die Quote der bestätigten Vorgutachten von 53,3 Prozent in 2020 auf 61,3 Prozent in 2023 an, während der Anteil der veränderten Gutachtenergebnisse von 35,1 Prozent (2020) auf 27,3 Prozent (2023) sank.

Empfehlungen zu Heilmitteln, Hilfsmitteln und zur medizinischen Rehabilitation

Nach § 18b Absatz 1 SGB XI beinhaltet das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter anderem auch Feststellungen zu Maßnahmen der Prävention, zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie zur Heil- und Hilfsmittelversorgung. Nach § 18b Absatz 2 SGB XI sind die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Zudem gelten Empfehlungen nach § 18b Absatz 3 SGB XI jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die versicherte Person zustimmt. Nach § 18c Absatz 4 SGB XI übermittelt die Pflegekasse dem zuständigen Rehabilitationsträger den entsprechenden Antrag und löst somit das Antragsverfahren aus, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

Die Pflegekassen sind gemäß § 18d Absatz 1 SGB XI (§ 18a Absatz 2 und 3 SGB XI alte Fassung) seit dem Jahr 2013 dazu verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband jährlich über die Anwendung der bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahren zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der Gutachter zur medizinischen Rehabilitation zu berichten. Der Bericht enthält zudem Angaben zur Anzahl der Empfehlungen und der Anträge sowie zu Genehmigungen und durchgeführten Reha-Maßnahmen. Er enthält auch Angaben zu Ablehnungen sowie zu Gründen für Ablehnungen und zu Nichteinwilligungen und zur Anzahl an Widersprüchen.

In dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18d Absatz 1 und 2 SGB XI, der dem BMG am 1. Juli 2024 für das Berichtsjahr 2023 übermittelt wurde, ist erkennbar, dass die Rehabilitationsempfehlungen und die Rehabilitationsempfehlungsquote seit der Etablierung des optimierten Begutachtungsstandards im Jahr 2015 im Trend gestiegen sind, aber durch die COVID-19-Pandemie auch zeitweise rückläufig waren. Insgesamt wurden im Jahr 2023 bei 2,93 Millionen Begutachtungen rund 89.300 Reha-Empfehlungen ausgesprochen (Quote 2023: 3,0 Prozent; zum Vergleich 2022: 3,2 Prozent und 2019, vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie: 3,4 Prozent; vgl. auch Abbildung 17). Die Einwilligungssquote in eine Antragstellung wird für 2023 mit 32 Prozent angegeben (2022: 28 Prozent, 2019: 37 Prozent). Insgesamt wurden von den 28.400 gestellten Anträgen (5,7 Prozent der Anträge wurden durch die Rehabilitationsträger abgelehnt) 21.800 genehmigt und rund 15.400 bis Ende 2023 durchgeführt (Durchführungsquote 2023 und 2022: etwa 70 Prozent). Insbesondere gesundheitliche Gründe haben dazu geführt, dass Antragsverfahren seitens der Versicherten nicht ausgelöst wurden.

In den Vorjahren zeigten sich, vermutlich bedingt durch die COVID-19-Pandemie und eine damit einhergehende hohe Anzahl an Befunderhebungen per Telefon, geringere Anzahlen an Rehabilitationsempfehlungen (vgl. Abbildung 17 und Tabelle 26).

Der GKV-Spitzenverband hat zur Stärkung des Ansatzes „Reha vor und bei Pflege“ und zur Optimierung des Prozesses der Rehabilitationsempfehlungen nach § 18b SGB XI das Forschungsprojekt „REHA-Post – Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ durchführen lassen.¹⁴³ Ein Folgeprojekt ist initiiert, um den Begutachtungsprozess noch weiter zu verbessern. Bereits im Jahr 2020 wurde die vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Studie „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“ veröffentlicht, mit der untersucht wurde, warum so viele Rehabilitationsempfehlungen nicht in einen Antrag münden.¹⁴⁴ Neben soziodemografischen und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen spielen insbesondere gesundheitliche und finanzielle Gründe sowie auch rehabilitationsbezogene Erwartungen, Ängste und Präferenzen der versicherten Personen eine Rolle. In der Studie wurde angeregt, die Erkenntnisse für die Entwicklung von Empfehlungen zu nutzen, um die Begutachtungs- und Beratungsprozesse bei Versicherten mit einer Rehabilitations-Indikation gezielter adressieren zu können. Thematisiert wurde jedoch auch eine nicht flächendeckend verfügbare rehabilitative Angebotsstruktur, die einem Antrag oft entgegensteht.

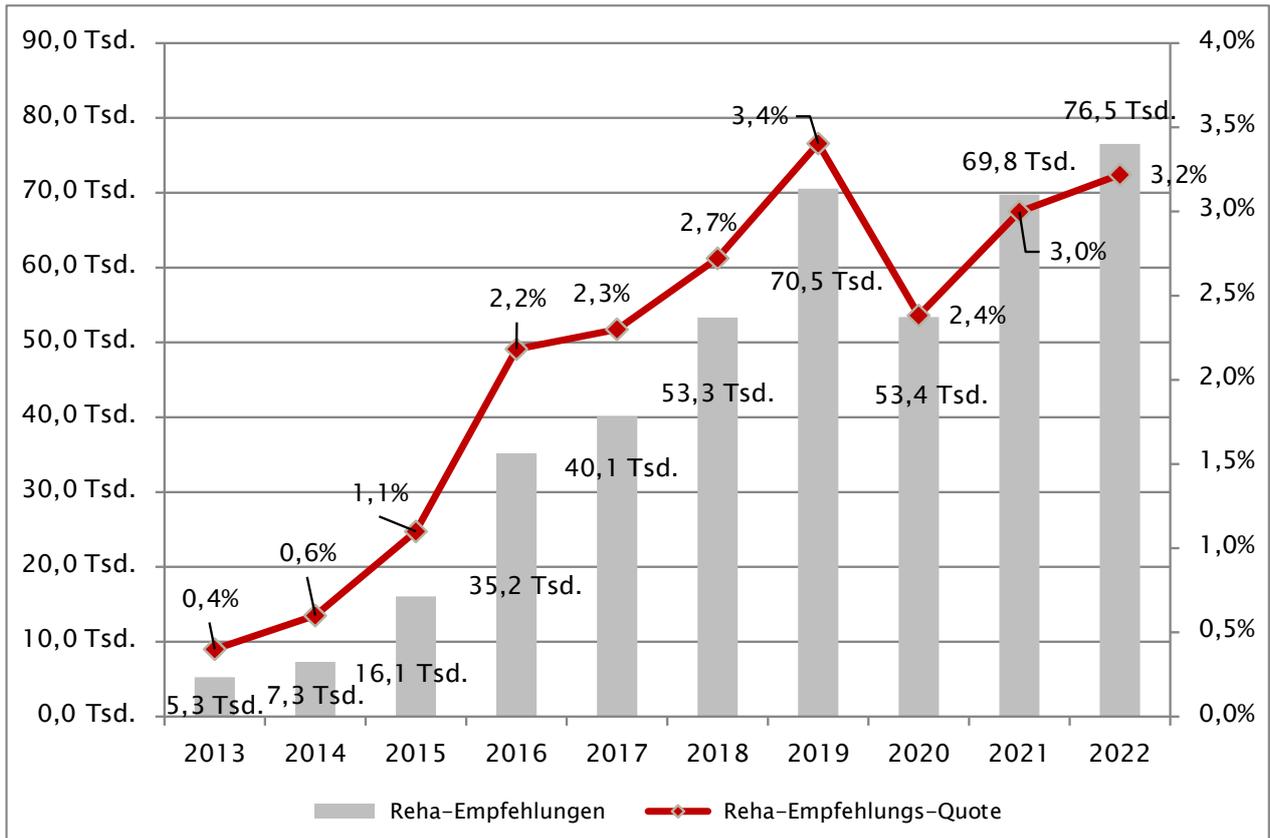
Insbesondere für das Antragsverfahren für geriatrische Rehabilitationen wurde mit dem IPReG eine Verbesserung für den Reha-Zugang aus dem ambulanten Bereich erwirkt. Seit dem 1. Juli 2022 erhalten Versicherte leichter Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation. Von der Krankenkasse werden seitdem lediglich leistungsrechtliche Prüfungen der Voraussetzungen durchgeführt. Der antragstellende Vertragsarzt bzw. die antragstellende Vertragsärztin stellt hierfür anhand festgelegter Kriterien und über Funktionstests einen medizinischen Bedarf für diese Maßnahme fest. Voraussetzung sind ein Alter von mindestens 70 Jahren sowie das Vorliegen entsprechender Diagnosen (§ 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V i. V. m. § 15 der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Gemeinsamen Bundesausschusses).¹⁴⁵ Erste Ergebnisse zeigen, dass rund 11.300 Anträge einer geriatrischen Rehabilitation aus dem vertragsärztlichen Bereich erfolgt sind. Insgesamt kamen im Jahr 2022 im Vergleich zu anderen Zugangswegen 1,8 Prozent der Anträge für geriatrische Rehabilitationen über den Zugangsweg „nicht Anschlussrehabilitation“ (siehe BT-Drs. 20/8950 vom 23. Oktober 2023). Die vereinfachte Möglichkeit zur Verordnung der geriatrischen Rehabilitation stellt gerade für bereits pflegebedürftige Menschen, aber auch für Menschen, die von einer Pflegebedürftigkeit bedroht sind, einen großen Vorteil dar, da hierdurch in der Regel die Pflegebedürftigkeit abgewendet oder abgemildert oder zumindest die Teilhabemöglichkeit erhöht werden kann.

¹⁴³ MD Bund u.a. (2022): Endbericht Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Potentiale der Stärkung (REHA-Post).

¹⁴⁴ Golla, A.; Richter, C.; Mau, W.; Saal, S. (2019): Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“.

¹⁴⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie/Reha-RL) in der Fassung vom 16. März 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004 zuletzt geändert am 19. Januar 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.03.2023 B5) in Kraft getreten am 22. März 2023.

Abbildung 17: Entwicklung der Zahl an Rehabilitationsempfehlungen und Reha-Empfehlungs-Quote



Quelle: GKV-Spitzenverband (2022): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Tabelle 26: Entwicklung Rehabilitationsempfehlungen und durchgeführte Leistungen (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023 (vorläufig)
Anzahl an Rehabilitationsempfehlungen, die den antragstellenden Personen übermittelt wurden	53.388	69.757	76.535	89.300
davon Anzahl an Fällen, in denen ein Antragsverfahren nach § 31 Abs. 3 SGB XI, § 14 SGB IX ausgelöst wurde	17.706	20.160	21.479	28.400
davon bewilligte Anträge	14.788	16.772	15.630	21.800
davon durchgeführte Leistungen	10.154	12.216	10.976	15.400

Quelle: GKV-Spitzenverband

Neben den Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation enthält der Bericht des GKV-Spitzenverbandes auch Daten zu Empfehlungen für Heil- und (Pflege-)Hilfsmittel. Tabelle 83 (vgl. Anhang A – Tabellen) enthält eine Übersicht mit den Empfehlungsquoten für Heil- und (Pflege-)Hilfsmittel für den Zeitraum 2020 bis 2023. Im gesamten Berichtszeitraum haben im ambulanten und im stationären Setting die Empfehlungen zur

Physiotherapie überwogen, gefolgt von Empfehlungen zur Ergotherapie. Im ambulanten Sektor wurden im Berichtszeitraum bei durchschnittlich 48,7 Prozent aller Begutachtungsfälle Empfehlungen zu Heilmitteln ausgesprochen, im stationären Setting erfolgte dies bei durchschnittlich 31,7 Prozent der Fälle. Empfehlungen zu (Pflege-)Hilfsmitteln wurden im ambulanten Bereich in durchschnittlich 23,5 Prozent der Fälle abgegeben, im stationären Bereich lag die Empfehlungsquote zu den (Pflege-)Hilfsmitteln bei knapp 1 Prozent. Empfehlungen zur Physiotherapie wurden ambulant in durchschnittlich 38,5 Prozent der Fälle und stationär in 24,5 Prozent der Fälle gegeben. Stimmtraining sowie Ernährungstherapie wurden im Berichtszeitraum nur selten empfohlen.

Qualitätssicherung der Begutachtung innerhalb der Medizinischen Dienste¹⁴⁶

Die Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung nach dem SGB XI ist in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes „zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung“ (QSRi) geregelt.

Das Prüfverfahren der kontinuierlichen Qualitätsprüfung (KQP) besteht aus drei Teilen:

1. einer MD-internen sowie MD-übergreifenden Qualitätsprüfung von Pflegegutachten,
2. einem MD-übergreifenden Audit in der Pflegebegutachtung und
3. einer Befragung der Versicherten, die am Auditverfahren beteiligt waren.

Die Prüfkonzeption, die Prüfkriterien und der jährliche Abschlussbericht werden von der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung“ (AG Ü 2) erarbeitet. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Vertreterinnen und Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der Medizinischen Dienste (MD) und des Medizinischen Dienstes Bund.

Der Schwerpunkt der kontinuierlichen Qualitätsprüfung liegt auf den MD-internen Prüfungen. Jeder MD prüft dazu jährlich mindestens 0,5 Prozent seines Begutachtungsvolumens ambulanter und stationärer Pflegegutachten (Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit) des vorangegangenen Jahres, die per Zufallsprinzip ausgewählt werden.

Aus dem Pool der bereits MD-intern geprüften Pflegegutachten werden vierteljährlich ebenfalls per Zufallsprinzip 24 bzw. 12¹⁴⁷ Pflegegutachten nach einem Haus-/Einrichtungsbesuch sowie von 2020 bis 2022 Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview in die vom MD Bund bereitgestellte KQP-Datenbank der AG Ü 2 in eine MD-übergreifende Prüfung eingebracht, um sie dort einer Prüfung nach denselben Kriterien zuzuführen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie waren für die Jahre 2020 bis 2022 Anpassungen der Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung gemäß SGB XI notwendig. Diese trugen besonders den unterschiedlichen Auswirkungen des regionalen Infektionsgeschehens (Anzahl von Begutachtungen ohne persönliche Befunderhebung nicht vorhersehbar) Rechnung.

Ziel der MD-übergreifenden Audits ist es, zu überprüfen, ob die beim Hausbesuch vorgefundene Pflege- und Versorgungssituation in dem zugehörigen Gutachten von der Gutachterin bzw. dem Gutachter sachgerecht dargestellt und bewertet wird.

¹⁴⁶ Ausführungen basieren auf einer leicht gekürzten Rückmeldung des MD Bund.

¹⁴⁷ Medizinische Dienste Saarland und Bremen.

Zu jedem Audit findet eine Befragung der bzw. des begutachteten Versicherten statt. Hierzu wird der gleiche Fragebogen wie bei der bundesweiten Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung der MD genutzt und im Hausbesuch ausgehändigt. Die oder der in das Audit einbezogene Versicherte wird gebeten, den ausgefüllten Bogen zur Auswertung per Freiumschlag an den MD Bund zu schicken. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wird erläutert.

Zum Schutz der Versicherten, ihrer Angehörigen sowie der Gutachterinnen und Gutachter vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mussten die MD-übergreifenden Audits für die Jahre 2020 bis einschließlich 2022 ausgesetzt werden.

Nach Angaben des MD Bund zeigt sich, dass die Gemeinschaft der MD auch bei steigenden Anforderungen an die Gutachtenerstellung und zunehmendem Auftragsvolumen unverändert die in den Prüfanforderungen definierten Qualitätsanforderungen erfüllt. Die positiven Ergebnisse sowohl der internen als auch der übergreifenden Prüfung sind Ausdruck einer konstant guten Qualität. Bezeichnend hierfür ist, dass die internen Beurteilungen für die einzelnen Prüfkriterien im Rahmen der übergreifenden externen Überprüfung grundsätzlich bestätigt werden konnten.

Auch konnte bei insgesamt 44 Audits im Jahr 2023 nach Angaben des MD Bund eine gute Qualität festgestellt werden.

III.4.2 Begutachtung durch Medicproof¹⁴⁸

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder andere die Pflege-Pflichtversicherung betreibende Unternehmen sind gemäß § 23 Absatz 6 SGB XI dazu verpflichtet, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden die gleichen Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden.

Begutachtungsaufkommen

Bei Medicproof kam es im Berichtszeitraum im ambulanten Sektor zu einer Zunahme an Erstbegutachtungen. Im Jahr 2020 wurden 80.595 und im Jahr 2023 103.624 erwachsene Personen erstbegutachtet. Im stationären Bereich ist die Anzahl der Begutachtungen ebenfalls leicht um insgesamt 386 von 6.586 im Jahr 2020 auf 6.972 im Jahr 2023 gestiegen. Insgesamt ist auch die Zahl der Änderungsgutachten, Wiederholungsgutachten und Zweitgutachten zwischen 2020 und 2023 angestiegen (vgl. Tabelle 85 im Anhang A – Tabellen).

Bei Medicproof wurde seit dem Jahr 2020 die Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter um 79 Personen auf 1.263 im Jahr 2023 erhöht (vgl. Tabelle 27). Im Gegensatz zu den Gutachterinnen und Gutachtern der MD sind diese ausschließlich auf Honorarbasis freiberuflich tätig. Der Anteil der Pflegefachkräfte, die als Gutachterinnen oder Gutachter tätig waren, stieg von 48 Prozent im Jahr 2020 auf 61 Prozent im Jahr 2023. Der Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die im Begutachtungszeitraum in die Begutachtung eingebunden waren, sank zwischen 2020 und 2023 stetig auf 39 Prozent.

¹⁴⁸ Die Daten im Abschnitt III.4.2 beruhen auf Angaben von Medicproof oder auf dieser Grundlage durchgeführten eigenen Berechnungen.

Tabelle 27: Anzahl der Medicproof-Gutachterinnen und -Gutachter nach Qualifikation

Stand	Ärztinnen/Ärzte		Pflegefachkräfte		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
31.12.2020	611	52	573	48	1.184
31.12.2021	553	47	616	53	1.169
31.12.2022	526	44	678	56	1.204
31.12.2023	492	39	771	61	1.263

Quelle: Medicproof

Persönliche Befunderhebungen durch Hausbesuch bei Antragstellenden an unterschiedlichen Begutachtungsorten

Das Verfahren der Begutachtung durch Medicproof entspricht dem der Begutachtung durch die MD. Es erfolgt grundsätzlich eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch eine telefonische Befunderhebung durchgeführt werden. Begutachtungen nach Aktenlage sind die Ausnahme. Dies spiegelt sich auch in den von Medicproof für den Berichtszeitraum gemeldeten Daten wider (vgl. Tabelle 86 im Anhang A – Tabellen). Beispielsweise fand eine ambulante Erstbegutachtung nach Aktenlage bei Erwachsenen im Jahr 2023 in nur 1,5 Prozent aller Erstgutachtenfälle statt (2.834 Fälle) (siehe Tabelle 86).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie fielen die persönlichen Begutachtungsbesuche im Jahr 2020 eher gering aus. So wurden von 80.595 Erstbegutachtungen bei Erwachsenen im ambulanten Bereich nur 21.161 vor Ort durchgeführt. Insgesamt 57.116 Begutachtungen wurden telefonisch durchgeführt. Dagegen wurden im Jahr 2023 bei den Erwachsenen im ambulanten Bereich 99.005 von insgesamt 103.624 Erstgutachten persönlich vor Ort durchgeführt. Auch im stationären Setting erfolgte im Jahr 2020 der größte Teil der Erstbegutachtungen bei Erwachsenen telefonisch, nämlich 4.442 von insgesamt 6.586 gegenüber 74 telefonischen Begutachtungen von insgesamt 6.972 im Jahr 2023 (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Anzahl der Erstgutachten nach Ort der Erhebung

Erstgutachten	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder

Begutachtungen ambulant

Erstgutachten mit Befunderhebung vor Ort	21.161	475	26.141	430	52.976	888	99.005	1.387
Erstgutachten mit Befunderhebung telefonisch	57.116	1.205	57.729	1.334	34.660	1.019	1.785	874

Erstgutachten	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
Erstgutachten mit Befunderstellung nach Aktenlage	2.318	1	2.631	3	2.694	1	2.834	3
Gesamt	80.595	1.681	86.501	1.767	90.330	1.908	103.624	2.264

Begutachtungen stationär

Erstgutachten mit Befunderhebung Vor-Ort	1.805	0	1.921	0	3.260	1	6.466	4
Erstgutachten mit Befunderhebung telefonisch	4.442	3	4.524	0	3.035	1	74	0
Erstgutachten mit Befunderstellung nach Aktenlage	339	0	447	0	502	0	432	0
Gesamt	6.586	3	6.892	0	6.797	2	6.972	4

Quelle: Medicproof, eigene Berechnung

91,4 Prozent aller Erstbegutachtungen bei Erwachsenen, die im Jahr 2020 vor Ort durchgeführt wurden, fanden in der Privatwohnung der Versicherten statt. Etwa 7,2 Prozent der Vor-Ort-Begutachtungen bei Erwachsenen im Jahr 2020 wurden in stationären Pflegeheimen durchgeführt (1.659 Begutachtungen), teilweise gab es auch Begutachtungen im Hospiz (145 Begutachtungen). Ähnliches gilt für das Jahr 2023. Hier fanden 93,3 Prozent der Erstbegutachtungen bei Erwachsenen in der Privatwohnung und 5,6 Prozent in stationären Pflegeheimen statt.

Begutachtungsergebnisse

Die Begutachtungsergebnisse zeigen, dass es im ambulanten Sektor zu einem Anstieg der Zahl der Erstgutachten (Erwachsene) von rund 80.500 im Jahr 2020 mehr als 100.000 im Jahr 2023 kam (vgl. Tabelle 87 im Anhang A – Tabellen). In den Jahren 2020 bis 2023 entfielen die meisten Einstufungen von Erwachsenen und Kindern im ambulanten Bereich auf Pflegegrad 2 (37,8 Prozent im Durchschnitt). Dagegen erhielten im Durchschnitt nur 20,7 Prozent den Pflegegrad 3 und im Durchschnitt 23,5 Prozent den Pflegegrad 1 (vgl. Tabelle 29).

Im vollstationären Bereich war bei den Erwachsenen ein leichter Anstieg an Erstbegutachtungen um 386 zwischen den Jahren 2020 und 2023 zu beobachten. Die Mehrzahl der erwachsenen Versicherten wurde in den Jahren 2020 bis 2023 in Pflegegrad 3 eingestuft (35,4 Prozent im Durchschnitt). Auf Pflegegrad 4 entfielen im Durchschnitt 26,6 Prozent der Einstufungen und auf Pflegegrad 2 im Durchschnitt 21,3 Prozent. In den höchsten Pflegegrad 5 wurden im Berichtszeitraum durchschnittlich 13,2 Prozent der Erwachsenen im stationären Setting eingestuft (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Anteile der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut- achtungen	davon					
		nicht pflege- bedürftig (in %)	Pflege- grad 1 (in %)	Pflege- grad 2 (in %)	Pflege- grad 3 (in %)	Pflege- grad 4 (in %)	Pflege- grad 5 (in %)
Erwachsene ambulant							
2020	80.592	9,1	21,3	38,2	22,4	6,9	2,0
2021	86.498	10,4	23,5	37,4	20,8	6,0	1,9
2022	90.327	10,8	24,2	37,6	20,0	5,6	1,9
2023	103.621	11,0	25,5	38,4	18,7	5,0	1,5
Erwachsene stationär							
2020	6.586	0,9	3,0	20,3	35,2	27,1	13,5
2021	6.891	0,8	2,6	21,4	35,4	26,5	13,3
2022	6.797	0,8	2,4	21,4	34,9	26,7	13,8
2023	6.972	0,8	2,7	22,0	36,0	26,1	12,3
Kinder ambulant							
2020	1.681	3,0	10,6	33,3	37,4	15,2	0,5
2021	1.767	4,2	11,5	33,3	36,5	13,2	1,3
2022	1.909	4,0	12,7	34,9	35,0	12,3	1,0
2023	2.263	3,2	13,5	36,9	34,3	11,3	0,8
Kinder stationär							
2020	3	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7
2021	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2022	2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
2023	4	0,0	0,0	50,0	0	25,0	25,0

Quelle: Medicproof

Ergebnisse von Folge- und Zweitbegutachtungen

Im Vergleich zu den für die Erstbegutachtungen gemeldeten Daten wurden im Berichtszeitraum seitens Mediproof die im Anhang beigefügten Daten (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 88) hinsichtlich des Anteils der im

Berichtszeitraum bei den Höherstufungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade übermittelt. Veränderungs- sowie Höherstufungsgutachten werden bei Medicproof unter dem Begriff „Änderungsgutachten“ geführt.

In der Gesamtschau wurden 314.328 Veränderungsgutachten (Höherstufungs- und Rückstufungsgutachten) im Berichtszeitraum erbracht. Dabei wurde im ambulanten Bereich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern, in durchschnittlich 37,6 Prozent der Fälle, am häufigsten auf den Pflegegrad 3 eingestuft. Im Berichtszeitraum erfolgte insgesamt nur in seltenen Fällen – durchschnittlich 0,3 Prozent – eine Rückstufung in keinen Pflegegrad. Demgegenüber wurden im stationären Bereich im gesamten Berichtszeitraum Erwachsene und Kinder am häufigsten mit durchschnittlich 43,5 Prozent in den Pflegegrad 4 eingestuft (siehe Tabelle 88 im Anhang A – Tabellen).

Insgesamt wurden 44.320 Wiederholungsgutachten im Berichtszeitraum erstellt. Dabei wurde im ambulanten Bereich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern in durchschnittlich rund 60 Prozent der Begutachtungen das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt. Der Wert bei Erwachsenen im stationären Bereich sank von rund 67 Prozent im Jahr 2020 auf rund 62 Prozent im Jahr 2023. Die Anzahl an Höherstufungen (Erwachsene) im ambulanten Bereich hat sich von 320 im Jahr 2020 auf 1.024 im Jahr 2023 mehr als verdreifacht, sank aber zuletzt wieder. Die Anzahl an Höherstufungen (Erwachsene) im stationären Bereich hat sich von 71 im Jahr 2020 auf 139 im Jahr 2023 fast verdoppelt.

Bei Kindern gab es im gesamten Berichtszeitraum in durchschnittlich 11,9 Prozent der Fälle eine Höherstufung. In geringerem Umfang kam es zu Rückstufungen bei Kindern unterhalb des Pflegegrades 1 (7,73 Prozent).

Die private Pflege-Pflichtversicherung kennt kein Widerspruchsverfahren, wie es in der sozialen Pflegeversicherung möglich ist. Stattdessen wird von den privaten Versicherungsunternehmen auf freiwilliger Basis ein Zweitgutachten in Auftrag gegeben, wenn sich der Versicherte gegen die Inhalte des Gutachtens wendet. Daneben besteht für Versicherte, die mit einer Entscheidung ihres Versicherungsunternehmens nicht einverstanden sind, nur die Möglichkeit des Klageweges.

Im Berichtszeitraum erfolgten insgesamt 40.045 Zweitgutachten im Sinne eines Widerspruchsgutachtens. Bei Berücksichtigung nur der Zweitgutachten, deren Vorgutachten Einstufungsgutachten nach dem neuen Begutachtungsinstrument waren, ergibt sich folgendes Bild: Im Durchschnitt wurde im ambulanten Bereich bei den Erwachsenen in 16,2 Prozent der Fälle und im stationären Bereich in 23,6 Prozent der Zweitgutachten ein anderer Pflegegrad aufgrund zwischenzeitlich eingetretener Veränderungen des Hilfebedarfs empfohlen. Bei durchschnittlich 51,9 Prozent der Erwachsenen im ambulanten Bereich und 51,8 Prozent im stationären Bereich bestanden zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfohlenen Pflegegrad. Im Durchschnitt wurde das Ergebnis des Vorgutachtens im Berichtszeitraum in 32 Prozent der Zweitgutachten bei Erwachsenen im ambulanten Bereich und in 24,6 Prozent der Fälle der Erwachsenen im stationären Bereich bestätigt.

Sonstige gutachterliche Empfehlungen

Die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof sprechen auch Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen, zu Hilfsmitteln und zur medizinischen Rehabilitation aus. Die Gutachterinnen und Gutachter geben ebenfalls an, ob bereits Heilmittel verordnet wurden bzw. Therapien laufen. Bei Bedarf empfehlen sie weitere Heilmittel. Heilmittel sind innerhalb der privaten Krankenversicherung Bestandteil der Versicherungsleistung. Dort haben Versicherte individuelle Verträge abgeschlossen.

Die Anzahl der gutachterlichen Empfehlungen stieg im ambulanten Bereich deutlich von rund 240.075 Gesamtempfehlungen (Mehrfachnennungen möglich) bei Kindern und Erwachsenen im Jahr 2020 auf knapp 335.576 Gesamtempfehlungen bis zum Ende des Berichtszeitraums im Jahr 2023. Im ambulanten Bereich wurden 2023 127.651 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln ausgesprochen sowie 49.065 technische Hilfen und bauliche Maßnahmen empfohlen; rund 95.000 Empfehlungen entfielen auf sonstige präventive Maßnahmen sowie bereits durchgeführte, laufende und zusätzlich erforderliche Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen.

Im stationären Bereich war ebenfalls ein Anstieg der gutachterlichen Empfehlungen von insgesamt 12.629 im Jahr 2020 bei Kindern und Erwachsenen auf 13.196 im Jahr 2023 zu beobachten. Im Jahr 2023 entfielen im stationären Bereich bei Kindern und Erwachsenen insgesamt 12.595 Empfehlungen auf sonstige präventive Maßnahmen.

Die Anzahl der im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation stieg in den Jahren 2020 bis 2023 im ambulanten Bereich stetig an von insgesamt 64.275 Empfehlungen bei Erwachsenen und Kindern im Jahr 2020 auf 90.803 Empfehlungen im Jahr 2023. Dies entspricht auch einer leichten prozentualen Steigerung von 40,76 Prozent auf 42,92 Prozent. Im stationären Sektor war die Anzahl an Empfehlungen fast gleichbleibend: Im Jahr 2020 gab es insgesamt 12.040 Empfehlungen (37,37 Prozent) und im Jahr 2023 insgesamt 12.324 (38,24 Prozent).

Bearbeitungszeiten

Die Bearbeitungsdauer bei durchgeführten Regelbegutachtungen mit einer Frist von 25 Arbeitstagen lag im ambulanten und im stationären Sektor im Jahr 2023 in 69,3 Prozent der Fälle bei maximal 15 Arbeitstagen. In rund 14 Prozent der Fälle wurden im Jahr 2023 mehr als 20 Arbeitstage für die Bearbeitung benötigt. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer lag zu Beginn des Berichtszeitraums bei 7,7 Arbeitstagen, erhöhte sich aufgrund des erhöhten Begutachtungsaufkommens im Jahr 2021 auf 9,7 Arbeitstage und steigerte sich bis zum Jahr 2023 auf insgesamt 13,5 Tage (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Durchgeführte Regelbegutachtungen mit 25-Arbeitstage-Frist (unter Berücksichtigung auch der Gutachten, für welche die 25-Arbeitstage-Frist im Zeitraum 01.02.2020 bis 30.09.2020 ausgesetzt war), differenziert nach Erledigungsdauer und Leistungsart (2020 bis 2023)^a

	2020				2021				2022				2023							
	ambulant		stationär		ambulant		stationär		ambulant		stationär		ambulant		stationär					
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %				
bis 15 Arbeitstage	95.732	97,3	3.059	97,6	94.460	88,5	2.911	90,3	95.463	89,4	2.810	90,4	83.241	69,0	2.449	80,3				
über 15 bis 20 Arbeitstage	2.359	2,4	67	2,1	8.118	7,6	205	6,4	8.668	8,1	232	7,5	20.021	16,6	360	11,8				
über 20 bis 25 Arbeitstage	254	0,3	6	0,2	2.655	2,5	67	2,1	1.647	1,5	45	1,4	9.157	7,6	126	4,1				
über 25 bis 30 Arbeitstage	39	0,0	1	0,0	1.056	1,0	31	1,0	525	0,5	10	0,3	4.492	3,7	54	1,8				
über 30 bis 40 Arbeitstage	17	0,0	1	0,0	364	0,3	7	0,2	304	0,3	6	0,2	2.823	2,3	41	1,3				
über 40 Arbeitstage	4	0,0	0	0,0	72	0,1	2	0,1	133	0,1	4	0,1	850	0,7	19	0,6				
Gesamt	98.405	100,0	3.134	100,0	106.725	100,0	3.223	100,0	106.740	100,0	3.107	100,0	120.584	100,0	3.049	100,0				
Durchschnittliche Erledigungsdauer mit 25-Arbeitstage-Frist in Tagen					7,7				9,7				10,0				13,5			

^a Für 2023 erfolgt die Berechnung ganzjährig nach der Logik vor dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz. Das Reporting wird im Laufe des Jahres 2024 umgestellt.

Quelle: Medicproof

Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung von Pflegegutachten innerhalb von Medicproof

Die Begutachtungsqualität der Gutachterinnen und Gutachter wird systematisch überprüft. Dazu hat Medicproof ein eigenes Messinstrument zur Bewertung der Pflegegutachten entwickelt. Verschiedene Inhalte des Gutachtens werden hinsichtlich ihrer Richtlinienkonformität (korrekte Anwendung des Begutachtungsinstruments), Leistungsrelevanz (z. B. Beginn, Empfehlungen) und Außenwirkung (z. B. Datenschutz, Neutralität, Lesbarkeit, Einhaltung der Prozesse) geprüft. Jede Gutachterin und jeder Gutachter erhält regelmäßig ein individuelles Feedback zu den Ergebnissen.

Im Berichtszeitraum wurden durchschnittlich 10.951 Gutachten mit dem eigenen Messinstrument von Medicproof überprüft.

III.5 Hilfe zur Pflege

Sofern im Einzelfall keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden, um den notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu decken, und der Pflegebedürftige sowie seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten zu tragen, können Leistungen der Hilfe zur Pflege durch die Träger der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Gegenüber dem SGB XI ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff insoweit weiter gefasst, als die Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss. Soweit häusliche Pflege ausreicht, soll darauf hingewirkt werden, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung. Die Beibehaltung eines weitgehend gemeinsamen Leistungskatalogs von sozialer Pflegeversicherung nach dem SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII erforderte die Einführung eines Anspruchs auf digitale Pflegeanwendungen im SGB XI durch das DVPMG auch die Einführung eines entsprechenden Anspruchs in der Hilfe zur Pflege. Mit dem Teilhabestärkungsgesetz¹⁴⁹ vom 2. Juni 2021 sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege daher mit Wirkung vom 10. Juni 2021 um einen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige ergänzt worden.

Grundsätzlich können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben aufgrund der nur geringen Beeinträchtigungen lediglich einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Darüber hinaus kann ein Entlastungsbetrag in Höhe von maximal 125 Euro monatlich gewährt werden.

Zum Jahresende 2022 bezogen von rund 5,1 Millionen Pflegebedürftigen insgesamt 291.000 Menschen Hilfe zur Pflege (vgl. Tabelle 31 und Tabelle 32). Dies waren knapp sechs Prozent aller Pflegebedürftigen.

In Einrichtungen (also üblicherweise vollstationären Pflegeeinrichtungen) waren im Jahr 2022 rund 238.000 Menschen ergänzend auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Dies entsprach einem Anteil an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen von knapp 32 Prozent. In den Jahren 2020 und 2021 belief sich diese Zahl noch jeweils auf rund 263.000 respektive je auf einen Anteil von knapp 35 Prozent. Der Rückgang resultiert aus der Einführung der Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung im Jahr 2022. Außerhalb von Einrichtungen (also bei ambulanter Pflege) benötigten von 2020 bis 2022 relativ konstant etwa 54.000 Menschen Hilfe zur Pflege. Dies entsprach einem Anteil von unter zwei Prozent aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen.

Tabelle 31: Pflegebedürftige in sozialer (SPV) und privater (PPV) Pflegeversicherung nach Versorgungsform (2020 bis 2023)

Jahr	Insgesamt (in Tausend)	Stationär (in Tausend)	Ambulant (in Tausend)
2020	4.455	758	3.697
2021	4.758	757	4.001

¹⁴⁹ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger von Leistungen für Bildung und Teilhabe in der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz – TStärkG) vom 2. Juni 2021, BGBl. 2021 I S. 1387.

Jahr	Insgesamt (in Tausend)	Stationär (in Tausend)	Ambulant (in Tausend)
2022	5.046	746	4.300
2023	5.439	760	4.679

Quelle: Statistisches Bundesamt, jeweils Stichtagszahlen (am Jahresende), und BMG (eigene Berechnungen).

Tabelle 32: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsform (2020 bis 2022)

Hilfe zur Pflege am Jahresende und im Verhältnis zur Anzahl der Pflegebedürftigen (HzP/PV)

Jahr	Insgesamt (in Tausend)	HzP/PV (in %)	Stationär (in Tausend)	HzP/PV (in %)	Ambulant (in Tausend)	HzP/PV (in %)
2020	316	7,1	263	34,7	54	1,5
2021	315	6,6	263	34,7	52	1,3
2022	291	5,8	238	31,9	54	1,3

Hinweise: Die Ergebnisse für das Jahr 2023 liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Werte sind gerundet; geringe Rundungsdifferenzen sind daher möglich. 2019 erfolgte eine Umstellung der statistischen Erfassung der Pflegebedürftigen. Konkret wurden ab 2019 die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erstmals auch zum Stichtag separat ausgewiesen und im Gegensatz zu den Vorjahren nicht mehr zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen, die Hilfe zur Pflege erhalten können, hinzugerechnet (2022 waren dies rund 140.000). Vorher wurde diese Gruppe von Pflegebedürftigen bei den vollstationären Pflegebedürftigen oder, sofern sie zeitweise nicht in der Pflegeeinrichtung versorgt wurden (z. B. am Wochenende durch die Familie), bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen erfasst.

Quelle: Statistisches Bundesamt, jeweils Stichtagszahlen (am Jahresende), und BMG (eigene Berechnungen).

Die Entwicklung der Hilfe zur Pflege in den Jahren 2020 bis 2023 ist zunächst geprägt von stark steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Der Rückgang der absoluten Zahlen und des Anteils von 2021 auf 2022 trotz steigender Pflegesätze und Kosten der vollstationären Pflege ist auf die Einführung des prozentualen Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI zurückzuführen, der seit 2022 zusätzlich zum Leistungsbetrag der Pflegeversicherung gewährt wird, um die finanzielle Belastung der Betroffenen zu begrenzen. Dies führte auch zu einer geringeren Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege, sodass die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 2022 um ein Viertel von 4,7 Milliarden Euro auf 3,5 Milliarden Euro gesunken sind. Im Jahr 2023 beliefen sich die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege auf 4,5 Milliarden Euro – ein Anstieg von 27,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die seit dem 1. September 2022 im SGB XI geltenden Regelungen zur Entlohnung nach Tarif und die seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltszahlen in der Langzeitpflege dürften zur Erhöhung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils in der vollstationären Pflege beigetragen haben, wodurch die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege im Jahr 2023 wieder zugenommen hat. Allerdings liegt der Anteil der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege im Verhältnis zu den gesamten Leistungsausgaben der Pflegeversicherung (SPV und PPV) mit 7,6 Prozent weiterhin unter dem Wert vor Einführung des prozentualen Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI (2021: 9 Prozent). Knapp drei Viertel der Ausgaben der Hilfe zur Pflege entfallen auf Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, wohingegen die Ausgaben für die ambulante Hilfe zur Pflege nur ca. ein Viertel der Ausgaben ausmachen. Die vollständigen Ergebnisse zu den Ausgaben können der folgenden Tabelle 33 entnommen werden.

Tabelle 33: Leistungsausgaben der SPV und PPV in Relation zu den Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege

Jahr	Leistungs- ausgaben SPV (in Mrd. Euro)	Leistungs- ausgaben PPV (in Mrd. Euro)	Leistungs- ausgaben Pflege- versicherung insgesamt (PV) (in Mrd. Euro)	Nettoausgaben Hilfe zur Pflege (in Mrd. Euro)	Verhältnis Hilfe zur Pflege zu PV insgesamt (in %)
2020	45,6	1,6	47,2	4,3	9,1
2021	50,2	2,1	52,3	4,7	9,0
2022	56,2	2,4	58,6	3,5	6,0
2023	56,9	2,3	59,2	4,5	7,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Hinweis: Werte sind gerundet; geringe Rundungsdifferenzen sind daher möglich.

Infolge der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 sanken die Bruttoausgaben der Bundesländer für die Hilfe zur Pflege deutlich. Im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor ihrer Einführung, gaben die Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege rund 9,1 Milliarden Euro aus (auf das Jahr 2023 hochgerechnet wären das unter Zugrundelegung der allgemeinen Inflationsrate¹⁵⁰ rund 15,2 Milliarden Euro). Im Jahr 2023 waren es brutto¹⁵¹ lediglich rund 5,1 Milliarden. Wenn die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 1994 jährlich gemäß der allgemeinen Inflationsrate gewachsen wären, so beliefe sich die mutmaßliche Größe der Minderausgaben im Jahr 2023 auf nominal rund 4 Milliarden Euro und real auf mindestens 10,1 Milliarden Euro.

Im Anhang A – Tabellen werden in den Tabellen 89 bis einschließlich 92 weitere Auswertungen zur Hilfe zur Pflege dargestellt.

¹⁵⁰ www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0001&startjahr=1991#abreadcrumb [abgerufen am 20.09.2024].

¹⁵¹ Im Vergleich zu den Bruttoausgaben sind die Nettoausgaben der Sozialhilfe die um die Einnahmen bereinigten Ausgaben der Sozialhilfe. Zu den Einnahmen gehören Erstattungen von anderen Sozialleistungsträgern, eigene Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen, Kostenbeiträge von verpflichteten Angehörigen sowie Rückzahlungen von gewährten Hilfen oder Darlehen. Im genannten Jahr 2022 betragen die Bruttoausgaben rd. 4,1 Milliarden Euro. Die Einnahmen beliefen sich auf rd. 0,6 Milliarden Euro, sodass sich Nettoausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege in Höhe von rd. 3,5 Milliarden Euro ergeben haben.

III.6 Pflegeinfrastruktur

Die Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung zu einem erheblichen Ausbau der Pflegeangebote beigetragen. So hat die Zahl der Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen seit dem Jahr 1999 – dem ersten Jahr der zweijährlich erhobenen Pflegestatistik – kontinuierlich zugenommen (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung (1999 bis 2021)

Jahr	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen	und zwar nach Art der Leistung ^a		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
1999	10.820	8.859	8.073	1.621	1.487
2001	10.594	9.165	8.331	1.436	1.570
2003	10.619	9.743	8.775	1.603	1.720
2005	10.977	10.424	9.414	1.529	1.779
2007	11.529	11.029	9.919	1.557	1.984
2009	12.026	11.634	10.384	1.588	2.277
2011	12.349	12.354	10.706	1.673	2.767
2013	12.745	13.030	10.949	1.671	3.302
2015	13.323	13.596	11.164	1.674	3.880
2017	14.050	14.480	11.241	1.205	4.565
2019	14.688	15.380	11.317	1.336	5.352
2021	15.376	16.115	11.358	1.263	5.878

^a Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten werden hierbei mehrfach berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

Im Anhang A – Tabellen werden in Tabelle 92 und Tabelle 93 weitere Auswertungen zur Pflegeinfrastruktur dargestellt.

III.6.1 Ambulante Pflegedienste

Im Jahr 2021 gab es laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 15.376 ambulante Pflegedienste. Dies waren etwa 4,7 Prozent mehr als im Jahr 2019. 10.430 Dienste (rund zwei Drittel) waren dabei in privater Trägerschaft, etwa 31 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger (4.742 Dienste), und lediglich 1,3 Prozent befanden sich unter öffentlicher Trägerschaft (204 Dienste). Im Durchschnitt versorgte ein ambulanter Pflegedienst 68 pflegebedürftige Personen.

III.6.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Ebenso sind der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes die Daten von Pflegeheimen zu entnehmen. Demgemäß gab es im Jahr 2021 in Deutschland 16.115 Pflegeheime. Das waren 4,8 Prozent mehr als im Jahr 2019. Etwa 70,5 Prozent davon waren Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege (11.358 Pflegeheime). Dies sind knapp 0,4 Prozent mehr als im Jahr 2019. Von den insgesamt 984.688 Plätzen entfielen 877.878, also rund 89 Prozent, auf die vollstationäre Dauerpflege. 42,7 Prozent der Einrichtungen befanden sich in privater Trägerschaft, 52,8 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger und lediglich 4,5 Prozent befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Verteilung der Trägerschaft hat sich seit dem Jahr 2019 kaum verändert. Im Durchschnitt werden im Jahr 2021 58 Pflegebedürftige pro Pflegeheim betreut. Diese Zahl ist im Zeitverlauf rückläufig (2019: 62 Pflegebedürftige pro Pflegeheim betreut, 2017: 64 Pflegebedürftige pro Pflegeheim betreut).

III.6.3 Teilstationäre Angebote

Die Zahl der Einrichtungen, die auch oder ausschließlich Tages- und/oder Nachtpflege anbieten, belief sich im Jahr 2021 laut der vom Statistischen Bundesamt erstellten Pflegestatistik auf 5.878. Gegenüber dem Jahr 2019 waren dies rund 526 Einrichtungen mehr, was einem Anstieg von rund 10 Prozent entspricht. Die Zahl der zugelassenen Plätze für Tages- und/oder Nachtpflege stieg im gleichen Zeitraum um rund 16,4 Prozent: Im Jahr 2019 gab es 82.899 Plätze, im Jahr 2021 bereits 96.494 Plätze. Gesonderte Angaben zur Trägerstruktur sind für die Tagespflege nicht möglich.

III.6.4 Kurzzeitpflege(-plätze)

2021 wurden in der „Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse“ des Statistischen Bundesamtes 1.263 Einrichtungen verzeichnet, die entweder ausschließlich oder teilweise Kurzzeitpflege anbieten. 10.316 Plätze waren ausschließlich für die Kurzzeitpflege verfügbar (rund ein Prozent der Plätze im stationären Bereich; 2019: 9.492 Plätze). Dabei ist zu beachten, dass in den meisten Verträgen mit Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege auch die Option der flexiblen Einstreuung von Kurzzeitpflegeplätzen enthalten ist. Es gab 46.376 Plätze, die bei Bedarf auch flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können (2019: 42.160 Plätze). Insgesamt gab es damit 56.692 Kurzzeitpflegeplätze (2019: 51.652 Plätze). Gegenüber 2019 stieg die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze damit um rund 9,8 Prozent (plus 5.040 Plätze).

III.6.5 Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sowie Fördermaßnahmen nach § 45c SGB XI und § 45d SGB XI

Im Rahmen einer Abfrage bei den Bundesländern und beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wurden für den Berichtszeitraum Daten zur Anzahl der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag, zum Teil differenziert nach Angebotsart oder -form, soweit dies erfasst wird, und Daten zur Förderung nach § 45c SGB XI und § 45d SGB XI erhoben.

Angebote zur Unterstützung im Alltag (AzUiA) sind ein eigenständiges Segment niedrigschwelliger Hilfen im Rahmen der Pflegeversicherung, das in bedeutendem Umfang durch ehrenamtlich Helfende getragen wird. AzUiA tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Gemäß § 45a Absatz 1 SGB XI bedürfen AzUiA der Anerkennung durch die hierfür zuständige Behörde nach Maßgabe des jeweiligen geltenden Landesrechts. Einen Überblick über die Anzahl der anerkannten AzUiA in den Bundesländern gibt die nachfolgende Tabelle. Die Unterscheidung der

Angebote nach ihrem Schwerpunkt in Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden – also speziell von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden – und Angebote zur Entlastung im Alltag – also in Form praktischer Alltagshilfen – sowie Zahlen zu nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag in Form von Einzelhelfenden werden dargestellt, soweit diese Merkmale erfasst wurden und Daten hierzu zur Verfügung stehen. Zu beachten ist ebenfalls, dass durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag auch mehrere der drei genannten Bereiche abgedeckt werden können („integrierte Angebote“), sodass in manchen Bundesländern auch deswegen teilweise keine Differenzierung erfolgt. Zudem kann ein Anbieter auch mehrere Angebote tragen. Dadurch ist die Zahl der anerkannten Angebote höher als die Anzahl der jeweils anerkannten Anbieter.

Tabelle 35: Anerkannte AzUjA im Sinne des § 45a SGB XI (Stichtag: 31. Dezember 2023)

Land	Anzahl Anbieter	Anzahl Angebote	davon			anerkannte Einzelhelfende unabhängig von der Angebotsart zum Stichtag 31.12.2023
			Betreuungsangebote (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI)	Angebote zur Entlastung von Pflegenden (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI)	Angebote zur Entlastung im Alltag (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI)	
BW ^a	1.243	2.568	k. A.	k. A.	k. A.	unzutreffend ^b
BY	1.124	2.185	716	75	1.394	6.013
BE	201	225	105	0	115	22
BB	403	2.313	2.313	150	1.087	unzutreffend ^b
HB	34	88	60	0	28	unzutreffend ^b
HH ^c	36	71	49	1	21	4.541
HE ^d	3.352	3.736	267	337	3.132	-
MV ^e	226	655	114	100	448	2.322
NI	1.928	6.650	1.929	1.043	3.678	1.051
NW ^f	3.700	4.130	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
RP	1.695	2.126	595	0	1.531	1.437
SL	159	431	200	17	214	26
SN ^g	743	759	460	k. A.	299	5.176
ST ^h	240	240	215	215	215	13
SH ⁱ	674	1.494	572	369	553	1.963
TH	174	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	5
Gesamt	15.932	27.671	7.595	2.307	12.715	22.569

^a Weil die überwiegende Anzahl der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag konzeptionell Elemente sowohl der Betreuung als auch der Entlastung enthält, wird aus Sicht von Baden-Württemberg keine Notwendigkeit gesehen, dies differenziert darzustellen.

^b „Unzutreffend“ bedeutet, dass in dem Bundesland landesrechtlich keine Anerkennung von Einzelhelfenden vorgesehen ist.

- ^c Anzahl der Anbieter insgesamt: 36 (ohne Einzelhelfende).
- ^d In Hessen ist die Angebotserbringung durch Einzelhelfende als Einzelgewerbetreibende, Einzelselbstständige, qualifizierte Einzelpersonen und Nachbarschaftshelfende möglich. Es besteht lediglich Kenntnis darüber, wie viele qualifizierte Einzelpersonen und Nachbarschaftshelfende in Hessen anerkannt sind (-> 2.743 Angebote). In Bezug auf die Gewerbetreibenden / selbstständig Tätigen erfolgt keine Differenzierung zwischen Einzelleistungserbringern und Leistungserbringern mit mehreren Personen. Insofern ist eine konkretere Angabe nicht möglich.
- ^e Die Anzahl anerkannter Einzelhelfender setzt sich aus 190 Einzelhelfenden und 2.132 ehrenamtlich Nachbarschaftshelfenden zusammen.
- ^f Anzahl der Anbieter: ca. 3.700, genaue Anzahl lässt sich retrospektiv nicht mehr ermitteln. Anzahl der Angebote insgesamt: 4.130 zzgl. Nachbarschaftshelfende; keine klare Abgrenzung der einzelnen Leistungsangebote möglich. Die Anerkennung der anerkannten Einzelhelfenden (in Nordrhein-Westfalen: Nachbarschaftshelfende) erfolgt durch ein unbürokratisches Verfahren. Die Leistungen der Helfenden gelten bis zum Entlastungsbetrag als anerkannt, sofern die genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese werden von den Pflegekassen bei der Antragstellung überprüft. Eine Registrierung erfolgt nicht, die Kassen können keine Auskünfte zur Anzahl der Nachbarschaftshelfenden geben. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich selbstständige (gewerblich tätige) Einzelhelfende nach der Landesverordnung anerkennen lassen. Hiervon hat eine nicht unerhebliche Anzahl an Helfenden Gebrauch gemacht. Eine zahlenmäßige Differenzierung ist jedoch nicht möglich.
- ^g Die Angebote zur Entlastung von Pflegenden (§ 45a Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI) gibt es ausschließlich als kombiniertes Angebot, also in ein Betreuungs- oder Entlastungsangebot integriert. Anerkannte Einzelhelfende gibt es in Form der Nachbarschaftshilfe.
- ^h 25 Anbieter erbringen ausschließlich Dienstleistungen. Die Anerkennung von Einzelhelfenden mit Kooperationsvereinbarung ist mit dem Inkrafttreten der PflBetrVO vom 5. Mai 2023 möglich. Seitdem wurden fünf Einzelpersonen und acht Einzelpersonen mit Kooperationsvereinbarung anerkannt. Abgegrenzt von den genannten Einzelpersonen wurde mit der PflBetrVO in Sachsen-Anhalt die Nachbarschaftshilfe eingeführt. Mit Stand 31. Dezember 2023 wurden 514 Nachbarschaftshelfende anerkannt (www.nachbarschaftshilfe-sachsen-anhalt.de).
- ⁱ Bei den „Einzelhelfenden“ handelt es sich hier um die sogenannten ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfenden.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 36: Neu anerkannte AzUiA nach § 45a SGB XI für die Jahre (2020 bis 2023)

Land	2020	2021	2022	2023
BW^a	157	147	133	201
BY^b	101	1.712	1.919	2.444
BE	12	27	18	26
BB	43	90	72	95
HB	3	3	3	3
HH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
HE	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
MV	40	73	51	62
NI	43	79	412	921
NW	k. A.	3.312	3.723	4.130
RP	83	365	390	641
SL	17	48	15	29
SN^c	140	157	94	770
ST	16	24	24	52

Land	2020	2021	2022	2023
SH	82	81	205	327
TH	20	19	22	19
Gesamt	600	5.990	6.948	9.519

^a Da die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg als Anerkennungsstelle regelhaft die Anerkennungen auf Dauer aussprechen, handelt es sich hierbei um die Zahl der neu hinzugekommenen Anerkennungen. Insgesamt sind in Baden-Württemberg weit über 2.500 Angebote zum Stichtag 31. Dezember 2023 anerkannt.

^b Zählung mit selbstständig und ehrenamtlich tätigen Einzelhelfenden.

^c Ohne Anerkennungen von Einzelhelfenden in Form der Nachbarschaftshilfe (Antragstellungen werden statistisch nicht erfasst) und ohne nach § 6 Absatz 2 SächsPflUVO als anerkannt geltende ambulante Pflegedienste.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 37: Neu anerkannte Einzelhelfende nach § 45a SGB XI für die Jahre (2020 bis 2023)

Land	2020	2021	2022	2023
BW	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a
BY ^b	18	1.607	1.844	2.327
BE	0	0	0	0
BB	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a
HB	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a
HH	823	905	931	1.329
HE	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
MV ^c	803	879	443	241
NI	unzutreffend ^a	unzutreffend ^a	339	855
NW ^d	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
RP	40	310	350	594
SL	3	4	7	8
SN ^e	3.918	4.074	4.401	5.176
ST ^f	unzutreffend	unzutreffend	unzutreffend	13
SH ^g	k. A.	k. A.	39	1.924
TH	0	0	0	5
Gesamt	5.605	7.779	8.354	12.472

^a „Unzutreffend“ bedeutet, dass in diesem Bundesland bzw. in diesem Jahr landesrechtlich keine Anerkennung von Einzelhelfenden möglich war oder vorgesehen ist.

^b Angebote zur Unterstützung im Alltag können in Bayern seit dem Jahr 2021 durch ehrenamtlich tätige Einzelhelfende erbracht werden.

^c Die Anzahl neu anerkannter Einzelhelfender setzt sich wie folgt zusammen: 2020: 26 Einzelhelfende (EH) + 777 ehrenamtliche Nachbarschaftshelfende (eNBH); 2021: 53 EH + 526 eNBH; 2022 51 EH + 392 eNBH; 2023: 60 EH + 181 eNBH.

- ^d Die Anerkennung der anerkannten Einzelhelfenden (in Nordrhein-Westfalen: Nachbarschaftshelfende) erfolgt durch ein unbürokratisches Verfahren. Die Leistungen der Helfenden gelten bis zum Entlastungsbetrag als anerkannt, sofern die genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese werden von den Pflegekassen bei der Antragstellung überprüft. Eine Registrierung erfolgt nicht, die Kassen können keine Auskünfte zur Anzahl der Nachbarschaftshelfenden geben.
- ^e Anerkennungen von Einzelhelfenden in Form der Nachbarschaftshilfe (jeweils Stand 31. Dezember).
- ^f 2023 anerkannte Einzelhelfende: fünf Einzelpersonen und acht Einzelpersonen mit Kooperationsvereinbarung. Abgegrenzt von den Einzelpersonen wurde mit der PflBetrVO in Sachsen-Anhalt die Nachbarschaftshilfe eingeführt. Mit Stand 31. Dezember 2023 wurden 514 Nachbarschaftshelfende anerkannt (www.nachbarschaftshilfe-sachsen-anhalt.de).
- ^g Bei den „Einzelhelfenden“ handelt es sich um die sogenannten ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfenden. Für die Jahre 2020 und 2021 unbekannt, da die Anerkennung der Nachbarschaftshelfenden bis zum 17. November 2022 über die jeweilige Pflegekasse der pflegebedürftigen Person erfolgte. Zahlen wurden nicht erhoben. Die Anerkennung der Nachbarschaftshelfenden erfolgt seit dem 18. November 2022 zentral beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Gemäß § 45c SGB XI stellt die Pflegeversicherung jedes Jahr mindestens 25 Millionen Euro an Fördermitteln zur Verfügung, um im Rahmen einer Kofinanzierung gemeinsam mit den Bundesländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften Folgendes zu fördern: Angebote zur Unterstützung im Alltag, in der Pflege tätige Initiativen des Ehrenamts und entsprechende ehrenamtliche Strukturen sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf. Die Pflegeversicherung übernimmt hierbei einen Anteil von 50 Prozent der jeweiligen Fördersumme. Gemäß einer im Juni 2021 mit dem DVPMG eingeführten Ergänzung wird in § 45c SGB XI dabei klargestellt, dass im Rahmen der Förderung jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden können, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Einen besonderen Schwerpunkt der Förderung, der in den vergangenen Jahren weiter erheblich gestärkt werden konnte, bildet bei § 45c SGB XI die Förderung des Auf- und Ausbaus von AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI und des Auf- und Ausbaus sowie der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen gemäß § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2, Absatz 3 und 4 SGB XI.

Tabelle 38: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (2020 bis 2023)

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SH	13.832,24	0,12	167.067,75	1,31	93.000,00	1	41.700,00	0,34
HH	417.379,86	3,74	397.185,28	3,10	446.623,07	5	341.062,23	2,74
NI	1.097.781,02	9,83	1.316.362,61	10,29	1.411.112,36	16	1.432.373,71	11,51
HB	283.965,00	2,54	258.411,00	2,02	220.150,00	2	210.000,00	1,69
NW	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
HE	1.821.205,68	16,30	1.763.347,69	13,78	1.638.034,50	18	1.396.643,51	11,22
RP	90.562,41	0,81	47.428,15	0,37	25.629,00	0	45.122,00	0,36
BW	3.716.416,20	33,27	3.877.535,32	30,30	942.746,41	10	4.444.621,69	35,71
BY	643.793,81	5,76	1.713.321,91	13,39	1.297.476,69	14	1.565.063,36	12,57
SL	178.162,37	1,59	106.383,00	0,83	159.658,22	2	110.660,55	0,89
BE	1.173.235,44	10,50	1.247.712,81	9,75	1.199.925,31	13	1.334.965,86	10,72
BB	582.065,05	5,21	740.093,01	5,78	614.001,56	7	505.375,70	4,06
MV	72.692,50	0,65	84.047,15	0,66	57.032,15	1	76.779,48	0,62
SN	376.429,49	3,37	473.812,15	3,70	304.569,68	3	162.377,36	1,30

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
ST	337.551,90	3,02	212.973,49	1,66	173.323,35	2	122.328,79	0,98
TH	365.295,96	3,27	390.014,24	3,05	426.601,88	5	658.314,26	5,29
Gesamt	11.170.368,93	100,00	12.795.695,56	100,00	9.009.884,18	100	12.447.388,50	100,00

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

Quelle: BAS

Tabelle 39: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Initiativen des Ehrenamts und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen (2020 bis 2023)

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.812,72	1,35
NI	156.025,31	8,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HB	33.630,00	1,85	0,00	0,00	69.506,50	6,96	69.447,50	2,41
NW	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HE	43.225,00	2,38	3.875,00	0,22	44.338,00	4,44	233.998,12	8,13
RP	13.270,00	0,73	6.375,00	0,36	3.600,00	0,36	1.400,00	0,05
BW	681.372,50	39,65	987.237,73	58,03	283.433,98	29,53	1.000.528,35	34,77
BY	145.128,79	8,00	52.400,00	2,99	44.500,00	4,46	26.684,45	0,93

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BE	375.186,54	20,67	369.119,10	21,09	276.839,38	27,72	535.411,15	18,61
BB	57.666,67	3,18	7.500,00	0,43	77.275,03	7,74	236.617,65	8,22
MV	4.394,15	0,24	19.564,00	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00
SN	237.282,50	13,07	250.423,00	14,31	148.824,60	14,90	725.689,02	25,22
ST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TH	29.490,85	1,62	25.353,40	1,45	38.924,30	3,90	8.955,00	0,31
Gesamt	1.776.672,31	100,00	1.721.847,23	100,00	987.241,79	100,00	2.877.543,96	100,00

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

Quelle: BAS

Gemäß § 45c SGB XI können im Rahmen der Kofinanzierung von Pflegeversicherung und Bundesländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften ebenfalls Modellvorhaben gefördert werden, in denen exemplarisch und unter wissenschaftlicher Begleitung neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen erprobt werden, um Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, noch besser unterstützen zu können. Hierzu gehören neben an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen derzeit z. B. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Die Förderung dieser Modellvorhaben erfolgt gemäß § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie Absatz 5 SGB XI.

Tabelle 40: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen (2020 bis 2023)

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SH	231.687,50	3,63	240.250,00	3,40	258.424,00	3,61	254.631,50	3,31
HH	0,00	0,00	151,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HB	0,00	0,00	0,00	0,00	42.740,01	0,60	36.753,15	0,48
NW	4.898.911,56	76,79	5.127.305,30	72,51	5.473.485,55	76,46	5.359.352,30	69,60
HE	376.272,83	5,90	555.729,44	7,86	182.439,55	2,55	346.882,59	4,50
RP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BW ^b	242.180,70	3,80	236.308,90	3,34	333.500,83	4,66	54.677,00	0,71
BY	347.814,31	5,45	639.870,42	9,05	816.922,68	11,41	838.092,57	10,88
SL	79.643,33	1,25	61.118,34	0,86	41.643,33	0,58	0,00	0,00
BE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BB	32.500,00	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	531.818,18	6,91
MV	112.428,20	1,76	154.967,54	2,19	9.402,33	0,13	203.643,22	2,64
SN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ST	58.304,33	0,91	55.089,35	0,78	0,00	0,00	74.511,13	0,97
TH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gesamt	6.379.742,76	100,00	7.070.790,54	100,00	7.158.558,28	100,00	7.700.361,64	100,00

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

^b In Baden-Württemberg wurden im Berichtszeitraum auch Modellvorhaben im Bereich des Ehrenamtes nach § 45c SGB XI anteilig gefördert, diese Fördersummen sind hier mit enthalten: 2020: 38.180,70 Euro; 2021: 28.308,90 Euro; 2022: 11.522,83 Euro.

Quelle: BAS

Gemäß § 45d SGB XI stellt die Pflegeversicherung ferner Fördermittel zur Unterstützung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung. Zu beachten ist hierbei, dass die Förderung nach § 45d SGB XI mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ab dem 1. Januar 2019 wesentlich verbessert wurde. So wurden die Fördermittel, die seitens der Pflegeversicherung für die Förderung bereitgestellt werden, von früher 0,10 Euro auf nunmehr 0,15 Euro pro Pflegeversichertem pro Kalenderjahr erhöht. Aus diesen Fördermitteln können im Rahmen einer Kofinanzierung gemeinsam mit den Bundesländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert werden, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Die Pflegeversicherung übernimmt hierbei seit dem 1. Januar 2019 anstelle von früher 50 Prozent nun einen Anteil von 75 Prozent der jeweiligen Fördersumme. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auch ohne eine Kofinanzierung mit Bundesländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften nach § 45d SGB XI zu gewähren. Insoweit können Anträge auf Förderung unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen gestellt werden. Gemäß einer im Juni 2021 mit dem DVPMG eingeführten Ergänzung, wird in § 45d SGB XI ferner klargestellt, dass im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden können, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 45d SGB XI ist in den folgenden Tabellen dargestellt.

Im Rahmen der Kofinanzierung erfolgte folgende Förderung:

Tabelle 41: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45d SGB XI für die Förderung und den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
SH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HH	282.327,15	7,55	68.055,05	1,29	85.923,58	1,80	75.191,67	1,36

Land	2020		2021		2022		2023	
	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %	Förderung in Euro	Anteil an der Gesamtförderung in %
NI	369.922,96	9,90	311.748,59	5,90	311.224,76	6,52	325.558,52	5,88
HB	145.336,21	3,89	103.320,00	1,96	104.175,00	2,18	105.532,50	1,90
NW^b	1.356.914,60	36,30	1.873.692,89	35,47	2.066.588,38	43,32	1.887.983,43	34,07
HE	0,00	0,00	41.975,50	0,79	37.186,00	0,78	69.025,50	1,25
RP	15.285,00	0,41	408.518,62	7,73	211.068,70	4,42	230.286,18	4,16
BW^c	73.233,50	1,96	372.107,38	7,04	219.280,82	4,60	776.849,43	14,02
BY	11.400,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	109.180,57	1,97
SL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BE	970.535,20	25,96	1.215.136,40	23,01	990.388,57	20,76	1.349.984,14	24,36
BB	342.127,70	9,15	415.704,20	7,87	395.271,13	8,29	215.739,93	3,89
MV	10.500,00	0,28	10.083,33	0,19	7.500,00	0,16	7.500,00	0,14
SN	32.750,83	0,88	53.085,97	1,01	73.330,00	1,54	168.667,92	3,04
ST	81.071,98	2,17	342.829,04	6,49	221.729,30	4,65	207.594,21	3,75
TH	46.540,33	1,25	65.664,64	1,24	46.440,04	0,97	11.581,10	0,21
Gesamt	3.737.945,46	100,00	5.281.921,61	100,00	4.770.106,28	100,00	5.540.675,10	100,00

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

^b In Nordrhein-Westfalen wurden im Berichtszeitraum Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI anteilig gefördert, Fördersummen sind hier enthalten: 2020: 1.356.914,60 Euro; 2021: 1.873.692,89 Euro; 2022: 2.026.588,38 Euro; 2023: 1.887.983,43 Euro.

^c In Baden-Württemberg wurden im Berichtszeitraum Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI anteilig gefördert, Fördersummen sind hier enthalten: 2020: 52.437,50 Euro; 2021: 94.359,38 Euro; 2022: 27.500,00 Euro; 2023: 7.137,50 Euro.

Quelle: BAS

Im Rahmen der Regelungen zu Fördermöglichkeiten ohne Kofinanzierung erfolgte folgende Förderung:

Tabelle 42: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Alleinfinanzierung nach § 45d Satz 3 SGB XI für Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Förderung in Euro	300,00	18.550,00	0,00	14.840,00
Fälle	1	6	0	2

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

Quelle: BAS

Tabelle 43: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung^a im Wege der Alleinfinanzierung nach § 45d Satz 7 und 8 SGB XI für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Förderung in Euro	510.700,00	522.649,32	584.836,00	610.815,00
Fälle	3	3	4	6

^a Mit Pflegeversicherung ist hier jeweils die Förderung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einschließlich der Mittel der PPV gemeint.

Quelle: BAS

Zur Förderung von regionalen Netzwerken im Sinne des § 45c Absatz 9 SGB XI siehe II.2.1.5.

III.6.6 Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Pflegebedürftigen und ihren Familien steht nach § 7a SGB XI eine umfassende und individuelle Pflegeberatung zu, die zumeist von den Pflegekassen geleistet wird. Sie benötigen eine qualifizierte Beratung bezüglich ihres Hilfebedarfs, der ihnen zustehenden Leistungsansprüche, der Angebote vor Ort sowie der für sie am besten geeigneten Leistungskombination. Ein individueller Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Leistungen dient der Umsetzung der Pflegeberatung. Der Versorgungsplan schließt ein, Pflegebedürftige bei den erforderlichen Maßnahmen für die Genehmigung zu unterstützen, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und diesen an eine veränderte Bedarfslage anzupassen.

Seit 2020 legt der GKV-Spitzenverband dem BMG alle drei Jahre einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Bericht über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen sowie die Durchführung, die Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit vor. Die Berichtspflicht wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz in § 7a Absatz 9 SGB XI eingeführt und zielt darauf ab, einerseits Mängel und Defizite aufzudecken und andererseits Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie sich die Beratungsstrukturen entwickeln. Der Bericht ist somit eine wichtige Erkenntnisquelle hinsichtlich der Wirksamkeit der Pflegeberatung sowie eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Regelungen

zur Pflegeberatung nach § 7a sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Die Berichte werden auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.¹⁵²

Im Jahr 2008 wurden für die Beratung und Unterstützung von Hilfesuchenden Pflegestützpunkte (PSP) gesetzlich eingeführt. Wie aus dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes hervorgeht, wurde die Beratung in PSP als lokale Anlaufstellen vor Ort von 2020 auf 2023 in etwa der Hälfte der Bundesländer weiter ausgebaut. Die Verteilung und Struktur der insgesamt 486 PSP, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, kann Tabelle 44 entnommen werden. Sie vermitteln und koordinieren auch pflegerische, medizinische sowie soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. In den PSP sind häufig Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen tätig. Die meisten PSP befinden sich in einer gemeinsamen Trägerschaft aus Kommune/Landkreis und Kranken-/Pflegekassen. Nur in zwei Bundesländern (Sachsen und Sachsen-Anhalt) gibt es keine PSP, da dort eine andere Form der vernetzten Pflegeberatung umgesetzt wird.

Tabelle 44: Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen und Bundesländern (Stichtag: 31. Dezember 2023)

Land	Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen					
	Anzahl PSP insgesamt	Kranken-/Pflegekassen	Kommune	Kommune + Kranken-/Pflegekassen	Kommune + Kranken-/Pflegekassen + Land	sonstige Trägerschaften
BW ^a	44	0	0	44	0	0
BY	51	0	0	51	0	0
BE	36	0	0	0	36	0
BB ^b	20	0	0	20	0	0
HB ^c	3	0	0	0	3	0
HH	9	0	0	9	0	0
HE	35	0	0	35	0	0
MV	19	0	0	19	0	0
NI	57	0	56	0	0	1
NW ^d	49	0	0	49	0	0
RP	135	0	0	0	135	0
SL	8	0	0	0	8	0
SN ^e	0	0	0	0	0	0
ST ^f	0	0	0	0	0	0

¹⁵² www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/pflegeberatung.jsp [abgerufen am 07.08.2024].

Land	Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen					
	Anzahl PSP insgesamt	Kranken-/Pfle-gekassen	Kommune	Kommune + Kranken-/Pfle-gekassen	Kommune + Kranken-/Pfle-gekassen + Land	sonstige Trägerschaften
SH	15	0	0	15	0	0
TH	5	0	5	0	0	0
Gesamt	486	0	61	242	182	1

^a In Baden-Württemberg gibt es in allen Stadt- und Landkreisen Pflegestützpunkte, die in einer kommunalen Trägerstruktur und in Mitträgerschaft der Kranken- und Pflegekassen organisiert sind. Derzeit sind insgesamt 200,75 Vollzeitkräfte tätig, basierend auf einer Orientierungsgröße von 1:60.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

^b Neben den 20 Pflegestützpunkten gibt es 25 Außenstellen.

^c Neben den drei festen Pflegestützpunkten (zwei in Bremen, einer in Bremerhaven) gibt es drei Außenstellen in weiteren Stadtteilen Bremens.

^d Hauptstandorte ohne Außenstellen und/oder -sprechstunden (Stand: November 2022), Quelle: IGES (2023): Bericht „Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI“

^e Der Freistaat Sachsen hat sich alternativ für das Konzept der Vernetzten Pflegeberatung in Form von regionalen Pflege-netzwerken und einer Informationsplattform „PflegeNetz“ mit Pflegedatenbank entschieden. In allen 13 Landkreisen und kreisfreien Städten werden daher Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren gefördert (jeweils 40.000 Euro pro Jahr) und ein regionales Pflegebudget (jeweils 100.000 Euro pro Jahr) bereitgestellt sowie der Betrieb der Datenbank aus Landesmitteln finanziert.

^f In Sachsen-Anhalt wird ein Konzept zur Vernetzten Pflegeberatung umgesetzt. Pflegestützpunkte gibt es in Sachsen-Anhalt nicht, stattdessen die Vernetzung der Geschäftsstellen aller im Land tätigen Pflegekassen mit den Beratungsstellen der Kommunen. Die Individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt bei der zuständigen Pflegekasse der/des Versicherten. Die Kommunen bringen ihre Beratungskompetenz gemäß § 11 SGB XII (Beratung und Unterstützung, Aktivierung) in die Vernetzte Pflegeberatung ein. Insgesamt gibt es in Sachsen-Anhalt 128 Anlaufstellen für die Beratung.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Bei der Anzahl der Beratungskräfte, die pro Bundesland in den PSP tätig sind, reicht die Spannweite von fünf bis 192 Beschäftigten. Die Qualifikation der Beratungskräfte in den PSP kann nicht vollumfänglich dargestellt werden. Die vorliegenden Rückmeldungen aus sieben Bundesländern geben aber Hinweise darauf, dass dort neben Pflegefachkräften vorwiegend Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen arbeiten.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Versicherten – sowie auf deren Wunsch auch ihren pflegenden Angehörigen und nahestehenden Personen – eine individuelle Pflegeberatung anzubieten. Die Pflegeberatung darf jeweils nur durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden.

Der Beratungsdienst der privaten Pflegeversicherung, compass private pflegeberatung GmbH (compass), hat sich bei der Zahl der durchgeführten Pflegeberatungen von fast 186.000 im Jahr 2020 auf über 226.555 im Jahr 2023 gesteigert (vgl. Tabelle 45). Bei compass sind im Berichtszeitraum die Ausgaben für die Pflegeberatung um ca. 31 Prozent gestiegen (von ca. 31,2 Millionen Euro auf ca. 40,8 Millionen Euro). Auch die Anzahl der bei compass beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist von 389 auf 449 (in Vollzeitäquivalenten [VZÄ]) deutlich gestiegen (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 45: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

Jahr	2020	2021	2022	2023
Durchgeführte Pflegeberatungen	185.709	190.314	186.557	226.555
Je 100 Leistungsempfänger	68,10	65,06	59,87	liegt noch nicht vor
Je 100 versicherte Personen	2,02	2,08	2,04	liegt noch nicht vor

Quelle: compass

Tabelle 46: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der PPV

Jahr	2020	2021	2022	2023
Zahl der Pflegeberaterinnen und -berater insgesamt (in VZÄ)	389	398	418	449
Gesamtausgaben (in Tsd. Euro)	31.187	32.745	36.651	40.854
Personalausgaben (in Tsd. Euro)	19.083	20.894	22.159	24.854

Quelle: compass

Bei den gesetzlichen Pflegekassen ist bei der Zahl der durchgeführten Pflegeberatungen ein Anstieg von 231.071 im Jahr 2020 auf 314.796 im Jahr 2023 zu verzeichnen. Zwischen 2020 und 2024 sind die Ausgaben der Pflegekassen für die Pflegeberatung von gut 130 Millionen Euro auf über 148 Millionen Euro gestiegen.

Tabelle 47: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der SPV

Jahr	2020	2021	2022	2023
Von den Pflegekassen durchgeführte Pflegeberatungen	231.071	293.812	300.220	314.796
Je 100 Leistungsempfänger	5,3	6,4	6,2	6,0
Je 100 versicherte Personen	0,3	0,4	0,4	0,4

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 48: Zahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der SPV

Jahr	2020	2021	2022	2023
Zahl der Pflegeberaterinnen und -berater insgesamt (in VZÄ) ^a	1360,7	1361,78	1383,98	1353,53
Gesamtausgaben (in Tsd. Euro)	130.445	125.433	138.948	148.155
Personalausgaben (in Tsd. Euro)	87.398	84.361	89.626	95.007

^a Die meisten der Betriebskrankenkassen verfügen über einen Dienstleistungsvertrag zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit einer bundesweit vertretenen Pflegeberatung. Einer der großen Pflegeberatungsdienstleister ist hier spektrumK, bei dem die beteiligten Betriebskrankenkassen auch Gesellschafter sind. Mitunter stellen die Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag auch im Mix mit eigenen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern sicher, solange eine räumliche Erreichbarkeit für die bei der jeweiligen Pflegekasse angestellten Beraterinnen und Berater gegeben ist; weiter entfernt wohnende Anspruchsberechtigte werden durch einen externen Dienstleister betreut.

Quelle: GKV-Spitzenverband

III.6.7 Gesamtversorgungsverträge

Träger von Pflegeeinrichtungen können durch die Verknüpfung einzelner Versorgungsverträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen sogenannte Gesamtversorgungsverträge für selbstständig wirtschaftende und vor Ort organisatorisch verbundene Einrichtungsteile, auch einschließlich einzeln eingestreuter Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, abschließen (§ 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Ziel dieser Verbundkonzepte zugelassener Pflegeeinrichtungen ist es, einen Mehrwert in der Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Ausbau des Versorgungsangebots im Quartier zu erreichen. Sie erlauben es Pflegeeinrichtungsbetreibern, ihre pflegerischen Leistungsangebote, sowohl in der häuslichen als auch in der vollstationären Versorgung flexibler zu erbringen. Die Pflegekräfte eines Trägers können übergreifend in den verschiedenen Versorgungsbereichen, etwa in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege, arbeiten.

Die Anzahl der abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträge weist mit 357 Verträgen im Jahr 2020 und 464 Verträgen im Jahr 2023 eine steigende Tendenz auf niedrigem Niveau auf. Das Instrument wird insgesamt relativ selten genutzt, in acht Bundesländern sind entsprechende Verträge weit verbreitet (Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen) oder finden vereinzelt Anwendung (Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) (vgl. Anhang A – Tabellen, Tabelle 120).

III.7 Investitionskosten und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Bundesländer

Nach § 9 SGB XI sind die Bundesländer dafür verantwortlich, eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftlich pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. Durch Landesrecht kann das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen geregelt und bestimmt werden, ob, wie und in welchem Umfang eine Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen erfolgt. Zur Förderung der Investitionskosten sollen Einsparungen genutzt werden, die sich aufseiten der Bundesländer aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben (§ 9 Satz 3 SGB XI). Diese Einsparungen der Bundesländer, die auch heute noch laufend anfallen, beliefen sich im Jahr 2023 auf circa 4 Milliarden Euro.

Seit dem 1. Januar 2017 sind die Bundesländer gemäß § 10 Absatz 2 SGB XI verpflichtet, dem BMG jährlich über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen zu berichten.

Für die Berichtsjahre 2020 und 2021 hat die IGES Institut GmbH im Auftrag des BMG eine Abfrage bei den Bundesländern durchgeführt und ausgewertet. Für die Berichtsjahre 2022 und 2023 wurde die Abfrage bei den Bundesländern durch das BMG durchgeführt, die Auswertung und Berichtstellung der Ergebnisse erfolgte erneut durch IGES. Diese Angaben der Bundesländer wurden darüber hinaus jeweils mit den Ergebnissen einer Auswertung von Daten des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zu den (durchschnittlichen) Investitionskostensätzen der Einrichtungsbewohner auf Einrichtungsebene ergänzt. Die zentralen Ergebnisse der jährlichen Ergebnisberichte werden in der Folge kurz zusammengefasst.

In den Berichtsjahren 2020 und 2021 gab es in 13 Bundesländern eine Investitionskostenförderung. Keine Förderung gab es in Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Während in den meisten Bundesländern eine Objektförderung umgesetzt wurde, erfolgte in den genannten Jahren in drei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern) eine Subjektförderung in der vollstationären Pflege. Bei der Subjektförderung orientiert sich die Förderung an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen. Dementsprechend ist das Pflegewohngeld in den drei Bundesländern an bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Pflegebedürftigen geknüpft. Demgegenüber zielt die Objektförderung auf die Förderung der Kosten im Zusammenhang mit Investitionen in Pflegeeinrichtungen, unabhängig von der Auslastung der Einrichtungsplätze oder der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Bewohner. Sowohl eine Objekt- als auch eine Subjektförderung reduzieren die Kostenlast der Bewohnerinnen und Bewohner, wobei nur eine Objektförderung zu einer Kostenreduzierung für alle Bewohnerinnen und Bewohner führt. Daneben erfolgte in vier Bundesländern (Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen) eine subjektbezogene Objektförderung, bei welcher der Träger die Fördermittel für belegte Plätze unabhängig von den Vermögens- oder Einkommensverhältnissen der Bewohnerinnen und Bewohner erhält.

Für das Berichtsjahr 2022 haben 14 Bundesländer insgesamt 27 Maßnahmen zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zurückgemeldet. In Rheinland-Pfalz und Sachsen wurden – wie in den Jahren 2020 und 2021 – keine Maßnahmen der Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Allerdings ist gegenüber den Vorjahren eine Fördermaßnahme in Sachsen-Anhalt dazugekommen (wobei diese erst im Folgejahr finanzwirksam wurde). Die über alle Bundesländer hinweg dominante Förderart war erneut die Objektförderung, die es in 12 Bundesländern gab. Weiterhin wurden in vier Bundesländern Maßnahmen

der subjektbezogenen Objektförderung und in drei Bundesländern Maßnahmen einer reinen Subjektförderung (Pflegewohngeld) umgesetzt.

Im Berichtsjahr 2023 erfolgte nur noch in 13 Bundesländern eine Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen, in Hessen wurde keine Maßnahme mehr umgesetzt. Da auch in Bayern ein Förderprogramm weggefallen ist, ging die Gesamtzahl der umgesetzten Maßnahmen auf 25 leicht zurück. Die Objektförderung blieb allerdings über alle Bundesländer die häufigste Förderart (11 Bundesländer), gefolgt von der Subjektförderung und der subjektbezogenen Objektförderung (jeweils drei Bundesländer).

Der Betrag der Förderung lag im Jahr 2020 über alle Versorgungssektoren und Förderarten insgesamt bei 875 Millionen Euro, im Jahr 2021 bei 883 Millionen Euro, im Jahr 2022 bei 876 Millionen Euro und im Jahr 2023 bei 929 Millionen Euro. Mit über 575 Millionen Euro entfielen im Jahr 2023 über 60 Prozent der Förderung auf die Subjektförderung (Pflegewohngeld) in der vollstationären Pflege. Die gesamte Objektförderung lag 2023 bei 349 Millionen Euro und macht damit knapp 40 Prozent der gesamten Investitionskostenförderung aus. Entsprechend fiel der verbleibende Anteil der subjektbezogenen Objektförderung mit weniger als 1 Prozent vergleichsweise gering aus. Diese Proportionen haben sich über die vier betrachteten Jahre etwas verschoben. Im Jahr 2020 entfielen noch knapp 70 Prozent auf die Subjektförderung, nur knapp ein Viertel auf die Objektförderung und immerhin noch 8 Prozent auf die subjektbezogene Objektförderung. Die Investitionskostenförderung nach Versorgungsbereichen für die Jahre 2020 bis 2023 kann der Tabelle 121 in Anhang A – Tabellen entnommen werden.

Der überwiegende Teil der gesamten Fördersumme entfiel im Jahr 2023 – insbesondere durch das Pflegeohngeld in Nordrhein-Westfalen – auf die vollstationäre Pflege (68 Prozent), während die Fördermaßnahmen in der ambulanten Pflege (16 Prozent), der teilstationären Pflege (10 Prozent) und der Kurzzeitpflege (6 Prozent) vergleichsweise geringe Anteile an der gesamten Fördersumme ausmachten. In den Jahren seit 2020 hat sich diese Verteilung etwas verändert. Insbesondere ist der Anteil der vollstationären Pflege an der gesamten Fördersumme zurückgegangen (noch 73 Prozent in 2020), während der Anteil der ambulanten Pflege (15 Prozent), der teilstationären Pflege (7 Prozent) und der Kurzzeitpflege (5 Prozent) jeweils etwas zugenommen hat. Insgesamt bleibt die Fördersumme in allen drei Berichtsjahren damit erheblich hinter den eingangs genannten Einsparungen, die sich für die Sozialhilfeträger durch Einführung der sozialen Pflegeversicherung ergeben, zurück. Die Fördersummen im Jahresvergleich nach Bundesländern für die Jahre 2020 bis 2023 können der Tabelle 122 in Anhang A – Tabellen entnommen werden.

Mit der Förderung von Investitionskosten werden in der Regel nicht alle umlagefähigen Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen finanziert. Der nicht gedeckte Teil kann den Pflegebedürftigen gemäß § 82 Absatz 3 SGB XI gesondert in Rechnung gestellt werden. Im Berichtsjahr 2023 unterschieden sich diese von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden Investitionskosten in ihrer durchschnittlichen Höhe sehr deutlich – sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen den Versorgungsbereichen. In der vollstationären Dauerpflege bewegten sich die durchschnittlichen Investitionskosten pro Platz zwischen 10,54 Euro/Tag in Sachsen-Anhalt und 19,79 Euro/Tag in Nordrhein-Westfalen (Bundesdurchschnitt: 16,08 Euro/Tag). In der Kurzzeitpflege lag die Spannbreite zwischen 8,95 Euro/Tag in Sachsen-Anhalt und 19,65 Euro/Tag in Nordrhein-Westfalen (Bundesdurchschnitt: 17,26 Euro/Tag), während die durchschnittlichen in Rechnung gestellten Investitionskosten in der teilstationären Pflege durchweg deutlich geringer ausfielen: zwischen 6,20 Euro/Tag in Mecklenburg-Vorpommern und 11,13 Euro/Tag in Nordrhein-Westfalen (Bundesdurchschnitt: 9,46 Euro/Tag).

Seit dem Berichtsjahr 2020 haben die durchschnittlichen Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen stetig zugenommen. In der vollstationären Dauerpflege stiegen sie im Bundesdurchschnitt im Jahr 2020 um 1,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr, im Jahr 2021 ebenfalls um 1,3 Prozent, im Jahr 2022 um 1,9 Prozent und im Jahr 2023

um 2,7 Prozent. In der Kurzzeitpflege betrug der Anstieg im Jahr 2020 nur 0,9 Prozent, im Jahr 2021 fiel er mit 1,7 Prozent etwas größer aus, im Jahr 2022 mit 1,8 Prozent ebenfalls und im Jahr 2023 mit 2,7 Prozent noch etwas größer. In der teilstationären Pflege nahmen die Investitionskosten bundesdurchschnittlich bereits im Jahr 2020 mit 2,6 Prozent etwas kräftiger zu als in den anderen beiden Versorgungsbereichen, im Jahr 2021 mit 3 Prozent ebenso wie im Jahr 2022 mit 2,7 Prozent und im Jahr 2023 mit 3,6 Prozent sogar noch etwas stärker.

III.8 Qualitätssicherung

Die Berichtsjahre 2020 bis 2023 waren maßgeblich durch die COVID-19-Pandemie geprägt. Diese Gesundheitskrise von bisher nicht gekanntem Ausmaß stellte die Pflegekräfte, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen dauerhaft vor große Herausforderungen. Neben dem Schutz der pflegebedürftigen Menschen vor dem Virus war die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung unter widrigen Bedingungen das vorrangige Ziel. Die Qualitätssicherung der pflegerischen Leistungen hingegen konnte in dieser Krisensituation nicht wie gewohnt durchgeführt werden.

III.8.1 Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI

Alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden gemäß § 114 SGB XI im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr vom Medizinischen Dienst (MD), vom Prüfdienst der PKV oder von einem beauftragten Sachverständigen geprüft. Neben diesen Regelprüfungen gibt es Anlassprüfungen bei konkreten Hinweisen auf Qualitätsmängel oder Unregelmäßigkeiten sowie Wiederholungsprüfungen. Zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge werden dem PKV-Prüfdienst erteilt. Im Rahmen einer Regelprüfung ist zu überprüfen, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI sowie die darauf fußenden vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, bei denen ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist, werden gemäß § 114c im Abstand von zwei Jahren geprüft.

Anfang des Jahres 2020 begann sich das Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland auszubreiten, am 22. März erfolgten die als „Lockdown“ bekannten ersten Kontaktbeschränkungen. Daraufhin setzte der Gesetzgeber mit dem „COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“ vom 27. März 2020 bundesweit die Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) in der Pflege aus. Anlassprüfungen bei konkreten Hinweisen auf Qualitätsmängel waren hingegen weiterhin möglich. Ziel der Aussetzung war es, Infektionsrisiken für Pflegebedürftige, Pflegekräfte sowie Prüferinnen und Prüfer zu reduzieren und während der zum Teil angespannten Versorgungssituation kein Pflegepersonal durch Prüfungen zu binden. Ab dem 1. Oktober 2020 fanden die Regelprüfungen unter Beachtung der notwendigen Hygieneregeln wieder statt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS; heute: MD Bund) hatte für die Durchführung von Prüfungen unter Pandemiebedingungen ein Hygienekonzept erstellt.¹⁵³

Im November 2020 wurden aufgrund der Pandemieentwicklung erneut Kontaktbeschränkungen verhängt, die dann im Januar 2021 noch einmal verschärft werden mussten. Vor diesem Hintergrund hatten sich die Medizinischen Dienste und der GKV-Spitzenverband Anfang November 2020 in Abstimmung mit dem PKV-Verband und dem BMG darauf verständigt, einen Beitrag zur Kontaktreduzierung zu leisten und erneut keine Regelprüfungen durchzuführen. Insgesamt blieben die Qualitätsprüfungen in der Folge bis zum 14. März 2021 ausgesetzt. Mit dem „Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“¹⁵⁴ vom 29. März 2021 wurden die Vorschriften zur Prüfpflicht vom Gesetzgeber an die besonderen Herausforderungen angepasst: Im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 sollte in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchgeführt werden, sofern die pandemische Situation

¹⁵³ MD Bund (2024): Allgemeines Hygienekonzept der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste für die Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von SARS-CoV-2.

¹⁵⁴ Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiRFortgeltG) vom 29. März 2021, BGBl. 2021 I S. 370.

vor Ort es zuließ. Der GKV-Spitzenverband wurde gesetzlich verpflichtet, das Nähere zur Durchführung von Prüfungen zu beschließen.

Die „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI“¹⁵⁵ sahen zunächst vor, dass in Regionen mit einer stabilen Inzidenz von höchstens 50 Neuinfektionen mit SARS-CoV-2-Virus pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb der letzten sieben Tage vor Prüfbeginn Regelprüfungen durchgeführt werden können. Zudem waren Regelprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unabhängig von regionalen Inzidenzwerten möglich, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der Reihenimpfung ein Impfangebot gegen das SARS-CoV-2-Virus erhalten hatten. Sofern von den zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden bestätigt wurde, dass die Personen mit der höchsten und mit der hohen Priorität laut § 2 und § 3 der damaligen Corona-Impfverordnung im jeweiligen Bundesland ein Impfangebot erhalten hatten, konnten auch in ambulanten Pflegediensten Regelprüfungen unabhängig von der regionalen Inzidenz durchgeführt werden.

Der prioritäre Zugang von pflegebedürftigen Menschen zu COVID-19-Schutzimpfungen hat damit maßgeblich dazu beigetragen, dass wieder mehr Qualitätsprüfungen stattfinden konnten. Entsprechend der Entwicklung der Pandemie, die einerseits durch den Einsatz der Impfstoffe und die steigende Immunisierung in der Bevölkerung, andererseits aber auch durch regelmäßige Mutationen des Virus geprägt war, wurden die „Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen“ immer wieder an die neuen Gegebenheiten angepasst. Ab Ende des Jahres 2021 fanden Regelprüfungen statt, sofern es in der Einrichtung kein Ausbruchsgeschehen oder den Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2-Viren gab.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste haben insbesondere in Zeiten ausgesetzter Qualitätsprüfungen je nach regionalem Bedarf den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krisenstäbe, Krankenhäuser sowie auch Pflegeeinrichtungen personell unterstützt. Anfang 2021 waren bis zu 280 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – darunter viele Pflegefachkräfte – zur Bewältigung der Pandemie unterstützend im Einsatz.

Auch in den Phasen der COVID-19-Pandemie, in denen Regelprüfungen grundsätzlich durchgeführt werden konnten, waren die Rahmenbedingungen schwierig. Der Organisationsaufwand im Vorfeld stieg erheblich, der Ablauf vor Ort war durch die Infektionsschutzmaßnahmen erschwert, und viele Prüfungen mussten aufgrund von Infektionen kurzfristig abgesagt oder bereits begonnene Prüfungen abgebrochen werden. In der Folge waren die Prüfquoten erheblich geringer als üblich. Gemäß § 114a Absatz 6 SGB XI stellt der Medizinische Dienst Bund alle zwei Jahre die Erfahrungen der Medizinischen Dienste sowie des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit Qualitätsprüfungen sowie die eigenen Erkenntnisse in einem Bericht zusammen. Der 7. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund vom 31. Mai 2024 weist für das Berichtsjahr 2021 in der vollstationären Pflege eine Prüfquote von 58,9 v. H. und für die zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste eine Quote von 28,9 v. H. aus.¹⁵⁶ Insgesamt konnte die Prüfquote seit dem ersten Pandemiejahr 2020 bis zum Jahr 2023 aber kontinuierlich gesteigert werden.

¹⁵⁵ GKV-Spitzenverband (2023): Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI in der Fassung vom 27. März 2023.

¹⁵⁶ MD Bund (2024): 7. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

Tabelle 49: Anzahl der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI

	2020	2021	2022	2023
Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI	6.581	10.750	17.124	21.885
Prüfungen in der ambulanten Pflege	3.146	3.815	7.768	9.853
davon:				
Regelprüfung	2.874	3.414	7.317	9.365
Anlassprüfung	223	368	384	378
Wiederholungsprüfung	49	33	67	110
Prüfungen in der stationären Pflege	3.435	6.935	9.356	12.032
davon:				
Regelprüfung	3.120	6.437	8.629	11.323
Anlassprüfung	309	384	531	423
Wiederholungsprüfung	6	114	196	286

Quelle: Medizinischer Dienst Bund

Aufgrund der pandemiebedingten Ausnahmesituation weist der MD Bund darauf hin, dass die Ergebnisse im 7. Qualitätsbericht nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar seien. Dies ist grundsätzlich nachvollziehbar, denn während der Pandemie wurde die Pflege unter erheblichen zusätzlichen Belastungen durchgeführt, da es infektionsbedingt häufiger Personalnot gab und zudem erheblich weniger Prüfungen stattfanden, die auch noch verstärkt in Einrichtungen mit Hinweisen auf Qualitätsdefizite durchgeführt wurden.

Pflegeheime, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt worden ist, werden nicht im Folgejahr, sondern erst im Abstand von zwei Jahren erneut qualitätsgeprüft. Die Regelung konnte nach dem Ende der COVID-19-Pandemie im Laufe des Jahres 2023 erstmals praktisch umgesetzt werden. Grund hierfür waren unter anderem der verzögerte Start der verbindlichen Erhebung und Übermittlung von indikatorenbasierten Qualitätsdaten durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen (siehe hierzu III.8.3). Die Umsetzung des verlängerten Prüfrhythmus erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien des MD Bund gemäß § 114c SGB XI. Die Kriterien für ein hohes Qualitätsniveau beziehen sich sowohl auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 114 als auch auf die Ergebnisse der indikatorenbasierten Datenerfassungen nach § 114b SGB XI. Nach Angaben der Landesverbände der Pflegekassen zufolge haben im Jahr 2023 961 Pflegeheime die Kriterien der Richtlinien für den verlängerten Prüfrhythmus erfüllt – dies entspricht rund 7,9 Prozent der vollstationären Einrichtungen insgesamt bzw. 12,1 Prozent der Einrichtungen, bei denen die Kriterien geprüft werden konnten, weil die Vorbedingungen (u. a. durchgeführte Qualitätsprüfung im Jahr 2023) erfüllt waren.

III.8.2 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen

Seit 2013 führen die Medizinischen Dienste (MD) und der PKV-Prüfdienst eine Qualitätssicherung (QS) ihrer Prüftätigkeit durch (§ 53d Absatz 3 Nr. 4 SGB XI). Die QS-Maßnahmen, die zur Anwendung kommen, sind bundesweit einheitlich und verbindlich geregelt. Grundlage sind die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung – QS-Ri QP). Das in den Richtlinien festgelegte Gesamtverfahren zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Verfahren)

zielt darauf ab, die Vergleichbarkeit der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI hinsichtlich der Einheitlichkeit und Korrektheit in der Anwendung der Prüfgrundlagen durch die MD und den PKV-Prüfdienst sicherzustellen, die Verbesserungspotenziale in der Anwendung der Prüfgrundlagen und in den Prüfgrundlagen selbst aufzuzeigen sowie die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsberichte zu erhöhen.

Im Wesentlichen stützt sich das QS-Verfahren auf die Anwendung von drei Instrumenten: gegenseitige fachliche Begleitung der Prüferinnen und Prüfer während der Qualitätsprüfungen (übergreifende Audits), Auditierung kommunikativer Anforderungen durch externe sachverständige Personen (externe Audits) sowie anonyme Befragungen der Pflegeeinrichtungen zu ihren Erfahrungen und ihrem subjektiven Erleben der Qualitätsprüfungen.

In den Jahren 2020 und 2021 konnte die Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht wie geplant umgesetzt werden. Gleichwohl fanden in dieser Zeit auf Bundesebene regelmäßige Erfahrungsaustausche zwischen den Prüfdiensten statt mit dem Ziel, auch während der COVID-19-Pandemie Schwierigkeiten in der Umsetzung der Prüfgrundlagen rechtzeitig zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln. Ab dem zweiten Halbjahr 2022 wurde das QS-Verfahren wieder regelhaft umgesetzt.

Jährlich werden mindestens zehn Prozent aller Prüferinnen und Prüfer bei den Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI von erfahrenen Prüferinnen und Prüfern eines anderen MD bzw. des PKV-Prüfdienstes begleitet und vor Ort auditiert. Die Auditorinnen und Auditoren beobachten die Prüferinnen und Prüfer während ihrer Arbeit und bewerten gleichzeitig als stille Beobachter und Beobachterinnen („Witness-Audit“) die pflegerische Versorgungsqualität der Pflegeeinrichtung. Im Nachgang der gegenseitigen Auditbesuche werden die Prüfurteile der Prüferinnen und Prüfer gegenübergestellt und im Falle von nicht übereinstimmenden Bewertungen bei bestimmten Prüfinhalten die Ursachen hierfür analysiert.

2022 und 2023 wurden aufgrund der Einführung der neuen Qualitätsprüfung im stationären Bereich zum 1. November 2019 ausschließlich übergreifende Audits von stationären Qualitätsprüfungen durchgeführt. Die Übereinstimmung zwischen den Beurteilungen der auditierten Prüferinnen und Prüfer und denen der Auditorinnen und Auditoren für die Gesamtheit aller auditierten Qualitätsaspekte der vollstationären Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (QPR) betrug im Jahr 2022 95 Prozent, im Jahr 2023 lag die Übereinstimmung bei 94 Prozent. Nicht übereinstimmende Bewertungen zu ausgewählten Prüfinhalten wurden einer qualitativen Analyse unterzogen und Maßnahmen daraus abgeleitet.

Tabelle 50: Anzahl der jährlich durchgeführten MD-übergreifenden Audits stationärer und ambulanter Qualitätsprüfungen (differenziert nach den jeweiligen Medizinischen Diensten)

Prüfdienst ^a	2022		2023 ^a	
	Durchgeführte Audits	Auditbesuche	Durchgeführte Audits	Auditbesuche
MD Baden-Württemberg	6	6	6	6
MD Bayern	9	9	11	11
MD Berlin-Brandenburg	3	3	4	4
MD Bremen	2	2	2	2

Prüfdienst ^a	2022		2023 ^a	
	Durchgeführte Audits	Auditbesuche	Durchgeführte Audits	Auditbesuche
MD Hessen	5	5	6	6
MD Mecklenburg-Vorpommern	2	2	2	2
MD Niedersachsen	7	7	7	7
MD Nord	3	3	4	4
MD Nordrhein	4	5	6	6
MD Rheinland-Pfalz	3	3	3	3
MD Saarland	2	2	2	2
MD Sachsen	3	3	2	2
MD Sachsen-Anhalt	2	2	2	2
MD Thüringen	2	2	2	2
MD Westfalen-Lippe	6	6	7	7
Knappschaft	0	0	0	0
PKV-Prüfdienst	12	11	12	12
Insgesamt	71	71	77	77

^a Die Anzahl der durchzuführenden Audits pro Jahr wird auf der Grundlage der in den jeweiligen Diensten tätigen Prüferinnen und Prüfer zum Stichtag 31. Dezember des Vorjahres bestimmt. Die Zuordnungen für die gegenseitige Auditierung werden durch ein Losverfahren ermittelt.

Quelle: MD Bund

Das Qualitätssicherungsinstrument der externen Audits war im Zeitraum des vorliegenden Berichts neu zu konzipieren und auf die kommunikativen Anforderungen, die mit der Qualitätsprüfung verbunden sind, auszurichten. Hierfür wurde ein Auftrag an einen externen Dienstleister vergeben. Der Auftrag beinhaltet neben der Entwicklung eines Instruments zur Auditierung kommunikativer Aspekte der Prüfungen auch die Umsetzung dieses neuen Instruments für die Berichtsjahre 2023, 2024 und 2025. Die ersten Ergebnisse werden im Laufe des Jahres 2024 auf der Internetseite des MD Bund veröffentlicht.¹⁵⁷

Jährlich werden alle geprüften Pflegeeinrichtungen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Tätigkeit der Prüfdienste befragt. Dabei geht es zum einen um die Zufriedenheit mit der Durchführung der Qualitätsprüfung, zum anderen um die Zufriedenheit mit den Prüfberichten. Laut MD Bund zeigen die Ergebnisse zusammenfassend eine hohe Zufriedenheit mit den Prüferinnen und Prüfern, die Prüftätigkeit werde durch die Pflegeeinrichtungen als wertschätzend und die Kommunikation als konstruktiv und professionell wahrgenommen. Einzelne kritische Rückmeldungen zeigten aber, dass herausfordernde Prüfsituationen insbesondere dann entstehen, wenn unterschiedliche fachliche Meinungen bestehen.¹⁵⁸

¹⁵⁷ www.md-bund.de/themen/pflegequalitaet/qualitaets-sicherung-der-qualitaetspruefung.html [abgerufen am 07.08.2024].

¹⁵⁸ MD Bund (2024): Ergebnisbericht Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen 2023.

III.8.3 Qualitätsindikatoren nach § 114b SGB XI in der vollstationären Pflege

Gemäß § 114b SGB XI sind alle vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, regelmäßig im Abstand von sechs Monaten Qualitätsdaten für alle Bewohnerinnen und Bewohner anhand von insgesamt zehn Indikatoren zu erheben und an die unabhängige Datenauswertungsstelle (DAS) zu übermitteln. Die Indikatoren sind ein elementarer Bestandteil des pflegewissenschaftlich entwickelten Qualitätssystems für die stationäre Pflege. Die so erhobenen Daten dienen der Messung der Ergebnisqualität, bilden die Grundlage für die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI und liefern den Pflegeeinrichtungen wichtige Hinweise für Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale. Zudem werden die Ergebnisse veröffentlicht und erhöhen damit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Transparenz über die Qualität der pflegerischen Leistungen. Darüber hinaus dienen die Daten der Ermittlung eines hohen Qualitätsniveaus als Voraussetzung für den verlängerten Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI.

Der ursprünglich für das Jahr 2020 vorgesehene Start der Erhebung und Übermittlung der indikatorenbasierten Qualitätsdaten wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie zunächst vom Gesetzgeber mit dem „COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“ vom 27. März 2020, danach vom BMG per „Verordnung zur Aussetzung der gesetzlichen Pflicht zur Erhebung, Übermittlung und Veröffentlichung von indikatorenbasierten Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ vom 8. Januar 2021 und abschließend vom Gesetzgeber mit dem „EpiLage-Fortgeltungsgesetz“ vom 29. März 2021 verschoben. Die Aussetzung der verpflichtenden Datenerhebungen entsprach den Einschränkungen bei der Durchführung von Regelprüfungen und diente der Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der besonderen Belastungssituation durch die COVID-19-Pandemie. Die Pflegeeinrichtungen hatten währenddessen aber durchgängig die Möglichkeit, das Verfahren zu erproben, ohne dass es zu einer Veröffentlichung der Ergebnisse kam. Der verbindliche Start des Indikatorenverfahrens erfolgte dann zum 1. Januar 2022.

Gemäß den Maßstäben und Grundsätzen für die vollstationäre Pflege nach § 113 SGB XI müssen sich zunächst alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei der DAS registrieren. Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind Pflegeeinrichtungen, die sich auf die Versorgung von Wachkoma-Patienten spezialisiert haben, sowie Kleinsteinrichtungen mit weniger als 15 Plätzen. Laut GKV-Spitzenverband waren zum Jahresende 2023 rund 11.600 vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Datenauswertungsstelle registriert. Verglichen mit den Daten des Statistischen Bundesamtes (vgl. auch III.6.2) geht der GKV-Spitzenverband von einer Registrierungsrate von nahezu 100 Prozent aus.

Tabelle 51: Anzahl der bei der DAS registrierten vollstationären Pflegeeinrichtungen

	31.12.2021	31.1.2022	31.12.2023
registrierte vollstationäre Pflegeeinrichtungen	11.396	11.408	11.567

Quelle: GKV-Spitzenverband

Der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die ihrer Verpflichtung zur Datenerhebung nachgekommen sind, lag im ersten und im zweiten Halbjahr laut GKV-Spitzenverband bei 92 Prozent. In Einrichtungen, die keine Daten übermitteln, werden gemäß § 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI unangekündigte Qualitätsprüfungen durchgeführt. Zudem sind diese Einrichtungen vom verlängerten Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI ausgeschlossen. Eine vollständige Veröffentlichung der Ergebnisse aller Indikatoren gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI war erstmals im Jahr 2023 möglich. Die Veröffentlichung setzt voraus, dass die Daten vollständig und statistisch plausibel sind.

Der GKV-Spitzenverband geht für das erste Halbjahr 2023 von rund 10.300 und für das zweite Halbjahr von rund 10.400 veröffentlichten Datensätzen aus.

III.9 Vergütung der einzelnen Leistungen

Die Vergütung der Leistungen erfolgt in der ambulanten und stationären Versorgung über unterschiedliche Mechanismen. Im Folgenden werden die Entwicklung der Zahlen zu den Vergütungsvereinbarungen, der Pflegesätze und der weiteren Entgelte für die ambulanten, die teilstationären und die vollstationären Pflegeleistungen dargestellt.

III.9.1 Häusliche Pflegehilfe

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Dabei muss die Vergütung leistungsgerecht sein und es einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung insbesondere ermöglichen, seine Personal- und Sachaufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Eine Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern für die Jahre 2020 bis 2023 findet sich im Anhang A – Tabellen, Tabelle 94. Die vereinbarten Leistungskomplexe in den Ländern können auf der Internetseite des BMG zum Achten Pflegebericht eingesehen werden.

Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel des SGB XI werden nur mit Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI geschlossen. Für die Jahre 2020 bis 2023 ist eine Zunahme der Anzahl an Vergütungsvereinbarungen sichtbar.

Tabelle 52: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulante Pflege)

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
16.040	16.678	17.178	17.426

Quelle: GKV-Spitzenverband

III.9.2 Tages- und Nachtpflege

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer stationären Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der Leistungsbeträge des § 41 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der nachfolgenden Tabelle können die durchschnittlichen Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im teilstationären Bereich für die Jahre 2020 bis 2023 entnommen werden.

Tabelle 53: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag

	PG 1 (in Euro)	PG 2 (in Euro)	PG 3 (in Euro)	PG 4 (in Euro)	PG 5 (in Euro)	Unterkunft (in Euro)	Verpfle- gung (in Euro)	Investi- tions- kosten (in Euro)
2020	41,74	47,84	52,32	56,98	60,82	7,79	5,84	8,26
2021	43,73	50,03	54,67	59,36	64,76	8,05	6,03	8,56
2022	45,68	52,15	56,85	61,72	65,87	8,34	6,19	8,79
2023	51,37	58,57	63,82	69,25	73,86	9,09	6,67	9,06

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – jeweils zum Stichtag 1. Juli

Der Tabelle kann entnommen werden, dass insbesondere im Jahr 2023 ein deutlicher Anstieg der Pflegesätze und Entgelte zu verzeichnen ist. Die Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Bundesländern sind im Anhang A – Tabellen den Tabellen 95 bis 98 zu entnehmen.

In den teilstationären Pflegeeinrichtungen ist für die Jahre 2020 bis 2023 eine Zunahme der Zahl der Pflege-satzvereinbarungen in der Tagespflege sichtbar, während sie in der Nachtpflege leicht zurückgegangen ist.

Tabelle 54: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Tagespflege)

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
6.123	6.529	6.857	6.962

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 55: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Nachtpflege)

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
116	114	114	111

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Zahlen der Pflegesatzvereinbarungen für die Tages- und Nachtpflege in den Bundesländern sind der Übersicht im Anhang A – Tabellen der Tabelle 99 und Tabelle 100 zu entnehmen.

III.9.3 Kurzzeitpflege

Für die Kurzzeitpflege wird zwischen einer Versorgung, die in vollstationären Einrichtungen in eingestreuten Betten oder in separaten Abteilungen erbracht wird, und einer Versorgung in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen unterschieden.

Kurzzeitpflege in eingestreuten Betten oder separater Abteilung

Nachfolgende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden und die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten für die Jahre 2020 bis 2023.

Tabelle 56: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege)

	PG 1 (in Euro)	PG 2 (in Euro)	PG 3 (in Euro)	PG 4 (in Euro)	PG 5 (in Euro)	Unterkunft (in Euro)	Verpflegung (in Euro)	Investitions- kosten (in Euro)
2020	48,56	57,17	70,37	84,14	90,29	15,26	12,37	15,25
2021	50,48	59,81	73,10	86,95	93,17	15,80	11,11	15,36
2022	52,60	62,66	76,02	89,94	96,18	16,26	11,40	15,58
2023	59,11	71,09	86,10	99,35	105,81	17,65	13,91	15,77

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – jeweils zum Stichtag 1. Juli

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze haben sich seit dem Jahr 2020 und insbesondere im Jahr 2023 in allen Pflegegraden erhöht. Ebenso sind die bundesdurchschnittlichen Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten angestiegen.

Die Pflegesätze für die eingestreuete Kurzzeitpflege in den Bundesländern sind der Übersicht im Anhang A – Tabellen den Tabellen 101 bis 104 zu entnehmen.

Tabelle 57: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen für eingestreuete Kurzzeitpflege in der vollstationären Pflege

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
9.654	9.687	9.710	9.685

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Zahl der Vergütungsvereinbarungen für eingestreuete Kurzzeitpflege ist von 2020 bis 2022 angestiegen und im Jahr 2023 leicht gesunken.

Die Zahlen der Vergütungsvereinbarungen in den Bundesländern sind der Übersicht im Anhang A – Tabellen der Tabelle 105 zu entnehmen.

Solitäre Kurzzeitpflege

Solitäre Kurzzeitpflege wird in baulich abgegrenzten Räumlichkeiten durch wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit eigenem Versorgungsvertrag erbracht. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegesätze und der Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten.

Tabelle 58: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege)

	PG 1 (in Euro)	PG 2 (in Euro)	PG 3 (in Euro)	PG 4 (in Euro)	PG 5 (in Euro)	Unterkunft (in Euro)	Verpflegung (in Euro)	Investitions- kosten (in Euro)
2020	64,09	73,14	84,89	96,59	102,40	17,00	10,79	10,71
2021	68,62	78,06	89,99	101,73	107,60	17,97	11,53	11,19
2022	71,89	81,91	94,14	106,18	112,24	18,54	12,07	12,27
2023	80,41	91,65	104,64	117,65	124,16	20,18	13,23	12,95

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – jeweils zum Stichtag 1. Juli

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze haben sich hierbei in allen Pflegegraden erhöht. Auch hier ist der Anstieg für das Jahr 2023 markant. Ebenso sind die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten angewachsen.

Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau und über die weiteren Entgelte in der solitären Kurzzeitpflege in den einzelnen Bundesländern ist im Anhang A – Tabellen der Tabelle 106 zu entnehmen.

Tabelle 59: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen)

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
492	526	522	516

Quelle: GKV-Spitzenverband

Bundesweit ist die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insgesamt im Jahr 2021 leicht angestiegen, um dann auf einem ähnlichen Niveau zu stagnieren. Eine Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den Bundesländern ist im Anhang A – Tabellen der Tabelle 110 zu entnehmen.

Gemeinsame Empfehlungen nach § 88a zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege

Die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege ist in § 88a SGB XI geregelt. Im März 2023 hat der GKV-Spitzenverband dazu gemeinsame Empfehlungen veröffentlicht. Diese Empfehlungen sollen gemäß § 88a SGB XI und gemäß der Präambel unmittelbar angewandt werden, solange keine Anpassung im jeweiligen Landesrahmenvertrag erfolgt ist.

Bis zum 31. Dezember 2023 wurden nach Daten des GKV-Spitzenverbands keine Landesrahmenverträge hinsichtlich der Bundesempfehlungen zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung der Kurzzeitpflege angepasst. Auf Grundlage der Bundesempfehlungen wurden zwischen dem 1. März 2023 und dem 31. Dezember 2023 bundesweit 91 Pflegesatzvereinbarungen geschlossen.

III.9.4 Vollstationäre Pflege

Vollstationär betreute Personen müssen die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die nicht vom jeweiligen Bundesland geförderten Investitionskosten selbst tragen. Seit dem Jahr 2017 entrichten die Pflegebedürftigen unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) für die Pflege. Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten für die Jahre 2020 bis 2023 sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 60: Bundesdurchschnittliche Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen

Jahr	EEE ^a (Monat in Euro)	EEE ^b (Tag in Euro)	Ausbildungs- kosten (durchschnitt- lich pro Monat in Euro)	Entgelt für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Entgelt für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitions- kosten pro Tag (in Euro)
2020	785,60	25,83	106,47	15,22	10,24	14,96
2021	872,65	28,69	131,41	15,60	10,40	15,16
2022	964,44	31,70	131,41	16,09	10,67	15,43
2023	1.244,91	40,92	138,11	17,53	11,67	15,67

^a Ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI; Rundungsdifferenzen möglich.

^b Der Monatsbetrag ist immer durch 30,42 zu teilen, um den Tagesbetrag zu erhalten. Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – jeweils zum Stichtag 1. Juli

Die durchschnittlichen Entgelte für die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI), Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten haben sich zwischen 2020 und 2023 erhöht. Besonders deutlich haben sich die Kosten für die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI) im Jahr 2023 erhöht. Die Ausbildungskosten sind zwischen 2020 und 2022 angestiegen und 2023 leicht gesunken.

Tabelle 61: Bundesdurchschnittliche tägliche Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Jahr	Pflegegrad 1 (in Euro)	Pflegegrad 2 (in Euro)	Pflegegrad 3 (in Euro)	Pflegegrad 4 (in Euro)	Pflegegrad 5 (in Euro)
2020	39,95	51,38	67,55	84,40	91,96
2021	41,85	54,23	70,40	87,26	94,82
2022	43,83	57,14	73,31	90,16	97,72
2023	50,29	66,39	82,57	99,43	106,98

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – jeweils zum Stichtag 1. Juli

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind im Laufe des Berichtszeitraums in allen Pflegegraden angestiegen, insbesondere im Jahr 2023.

Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern und der durchschnittlichen Eigenanteile für EEE, Ausbildungskosten, Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten ist im Anhang A – Tabellen den Tabellen 111 bis 118 zu entnehmen.

Die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen ist zwischen 2020 und 2023 minimal zurückgegangen.

Tabelle 62: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege

01.07.2020	01.07.2021	01.07.2022	01.07.2023
11.712	11.670	11.689	11.661

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Zahlen der Pflegesatzvereinbarungen für die vollstationäre Pflege in den Bundesländern sind der Übersicht im Anhang A – Tabellen der Tabelle 119 zu entnehmen.

III.10 Personal

III.10.1 Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Zunahme der Zahl der Beschäftigten in der Pflege ist seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung ungebrochen. In den letzten 22 Jahren (ab dem Jahr 1999) hat sich die Zahl der Menschen, die in der Pflege arbeiten, um rund 632.000 erhöht und damit verdoppelt (vgl. Tabelle 63). Dies zeigt: Die Langzeitpflege ist ein Jobmotor. Die Zahl der Beschäftigten bei ambulanten Pflegediensten stieg dabei seit dem Jahr 1999 (rund 184.000 Beschäftigte) um etwa 141 Prozent auf rund 442.860 Beschäftigte im Jahr 2021 an. Die große Mehrzahl der Beschäftigten ist weiblich (rund 85 Prozent). In Pflegeheimen stieg seit dem Jahr 1999 (rund 441.000 Beschäftigte) die Zahl der Beschäftigten um etwa 85 Prozent auf rund 814.000 Beschäftigte im Jahr 2021 an. Weiterhin ist die Mehrzahl der Beschäftigten auch im stationären Bereich weiblich (rund 82 Prozent).

Tabelle 63: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI (1999 bis 2021)

Jahr	ambulant	stationär	gesamt	Veränderung gegenüber dem letzten Stichtag	
				absolut	in %
1999	183.782	440.940	624.722	–	–
2001	189.587	475.368	664.935	40.213	6,4
2003	200.897	510.857	711.754	46.819	7,0
2005	214.307	546.397	760.704	48.950	6,9
2007	236.162	573.545	809.707	49.003	6,4
2009	268.891	621.392	890.283	80.576	10,0
2011	290.714	661.179	951.893	61.610	7,0
2013	320.077	685.447	1.005.524	53.631	5,6
2015	355.613	730.145	1.085.758	80.234	8,0
2017	390.322	764.648	1.154.970	69.212	6,4
2019	421.550	796.489	1.218.039	63.069	5,5
2021	442.860	814.042	1.256.902	38.863	3,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

III.10.2 Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die examinierten Altenpflegerinnen und -pfleger (ca. 22,9 Prozent) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (ca. 16,7 Prozent) stellen die größten Gruppen der Beschäftigten im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 64). Knapp die Hälfte der Beschäftigten im ambulanten Bereich, die in der Grundpflege eingesetzt wurden, verfügte über einen Berufsabschluss als Altenpflegerin bzw. -pfleger (rund 28 Prozent) oder als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger (rund 19 Prozent).

Tabelle 64: Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich (Stichtag: 15. Dezember 2021)

Berufsabschluss	Personal gesamt	Pflegdienst- leitung	Körper- bezogene Pflege	Hauswirt- schaftliche Versorgung	Administra- tiver Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	101.534	9.505	84.772	496	2.272	4.489
Altenpflegehelfer/-in	22.167	356	20.388	471	193	759
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	73.786	9.417	56.869	419	2.964	4.117
Krankenpflege- helfer/-in	14.394	70	13.090	435	140	659
Fachhochschul-/ Hochschulabschluss	1.308	532	196	28	458	94
Sonstiger Berufsabschluss	165.618	1.375	250.928	42.984	13.669	24.055
Ohne Berufs- abschluss oder noch in Ausbildung	64.053	22	41.055	14.512	2.321	6.143
Gesamt	442.860	21.277	299.905	59.345	22.017	40.316

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

Hinsichtlich der Altersstruktur im ambulanten Bereich gestaltete sich die Situation der Beschäftigten folgendermaßen: Rund 13,6 Prozent waren laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2021 unter 30 Jahre alt, etwa 45,4 Prozent der Beschäftigten waren zwischen 30 und 49 Jahren alt und ca. 41 Prozent waren 50 Jahre und älter.

Die examinierten Altenpflegerinnen und -pfleger (rund 22,7 Prozent) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (ca. 5,9 Prozent) stellen im stationären Bereich ein knappes Drittel der Beschäftigten (vgl. Tabelle 65). Knapp 42 Prozent sind der Kategorie „Sonstiger Berufsabschluss“ zugeordnet, dem auch Funktionspersonal (z. B. Ergotherapeuten) zugeordnet wird. 67,1 Prozent der Beschäftigten in stationären Einrichtungen waren 2021 im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt. Ein knappes Drittel verteilt sich auf die übrigen Tätigkeitsbereiche.

Tabelle 65: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich (Stichtag 15. Dezember 2021)

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Pflege und Betreuung	Hauswirt- schaftliche Versorgung und Haus- technik	Administra- tiver Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	184.802	173.019	327	7.650	3.806
Altenpflegehelfer/-in	53.140	51.389	292	257	1.202
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	48.421	42.460	145	4.202	1.614

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Pflege und Betreuung	Hauswirtschaftliche Versorgung und Haustechnik	Administrativer Bereich	Sonstiger Bereich
Krankenpflegehelfer/-in	15.444	14.870	178	42	354
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	3.432	877	19	2.273	263
Sonstiger Berufsabschluss	342.818	147.135	101.157	29.922	64.604
Ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	165.985	116.385	37.713	2.327	9.560
Gesamt	814.042	546.135	139.831	46.673	81.403

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

Laut der Pflegestatistik 2021 des Statistischen Bundesamtes stellt sich die Altersstruktur der Beschäftigten im stationären Bereich folgendermaßen dar: 17,7 Prozent waren unter 30 Jahre alt, 39,2 Prozent der Beschäftigten waren zwischen 30 und 49 Jahren alt und ca. 43,1 Prozent waren 50 Jahre und älter.

III.10.3 Beschäftigungsverhältnisse (Voll- und Teilzeit) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflege generell, aber insbesondere die Altenpflege ist durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung gekennzeichnet. So waren im Jahr 2021 nur etwa 28 Prozent (124.685 von 442.860) des Personals in ambulanten Pflegediensten vollzeitbeschäftigt, fast 53 Prozent (232.734 von 442.860) waren teilzeitbeschäftigt (vgl. Tabelle 66). Der Anteil der geringfügig Beschäftigten am Gesamtpersonal ambulanter Pflegedienste betrug 2021 knapp 16 Prozent (69.035 von 442.860). Ca. 4 Prozent (16.406 von 442.860) waren als Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst sowie als Praktikanten im ambulanten Pflegedienst tätig. Etwa 29 Prozent (236.898 von 814.042) der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen waren Ende 2021 vollzeitbeschäftigt, etwa 56 Prozent (451.768 von 814.042) teilzeitbeschäftigt. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten am Gesamtpersonal betrug 2021 knapp 8 Prozent (63.909 von 814.042). Der Anteil an Auszubildenden, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst und Praktikanten belief sich in stationären Pflegeeinrichtungen auf ca. 8 Prozent (61.467 von 814.042).

Ein Bericht des BMG, der die Ergebnisse der zweiteiligen Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auswertet, hat unter anderem die Gründe für die Teilzeitbeschäftigung betrachtet.¹⁵⁹ Dabei gaben die befragten Teilzeitkräfte primär an, dass sie die Belastung durch eine Vollzeitstelle als zu hoch einschätzen (57 Prozent). Weitere häufig genannte Gründe für eine Teilzeitbeschäftigung sind der Wunsch nach einer besseren und ausgewogeneren Work-Life-Balance (48 Prozent), die Kindererziehung (35 Prozent), der Wunsch nach mehr Freizeit (31 Prozent) und teilweise auch betriebliche Hürden (6 Prozent). Dem drohenden Mangel der Beschäftigten in der Pflege kann folglich auch dadurch wirksam begegnet werden, dass unfreiwillige

¹⁵⁹ BMG (2023): Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick.

Teilzeit reduziert wird und vorhandene Kräfte ihre Arbeitszeit ausweiten. Hierbei sind auch die Arbeitgeber gefordert, Lösungen zu finden, die diesem Wunsch Rechnung tragen.

Tabelle 66: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich (Stichtag 15. Dezember 2021)

Beschäftigungsverhältnis	ambulant	stationär	gesamt
Personal insgesamt	442.860	814.042	1.256.902
Vollzeit	124.685	236.898	361.583
Teilzeitbeschäftigte über 50 Prozent	170.929	342.041	512.970
50 Prozent und weniger	61.805	109.727	171.532
Geringfügig Beschäftigte	69.035	63.909	132.944
Auszubildende, Helfer/in und Praktikant/-in	16.406	61.467	77.873

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

III.10.4 Ausbildungssituation und Pflegeausbildung

III.10.4.1 Berufliche Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz

Seit dem 1. Januar 2020 sind durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) die bisher getrennt geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss, der zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ berechtigt, zusammengefasst. Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann befähigt dazu, Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen zu pflegen. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können nach zwei Dritteln der Ausbildung wählen, ob sie – statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen – einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anstreben wollen.

Die berufliche Ausbildung nach dem PflBG ist dual strukturiert: Zwischen Auszubildenden und dem Träger der praktischen Ausbildung wird ein Ausbildungsvertrag geschlossen; der Träger der praktischen Ausbildung ist verpflichtet, eine Ausbildungsvergütung zu zahlen; der Anteil der praktischen Ausbildung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen überwiegt den Anteil der schulischen Ausbildung. Die Ausbildung ist für alle Auszubildenden kostenlos.

Für die Finanzierung der Ausbildungskosten und der Ausbildungsvergütung wurde mit dem PflBG ein bundeseinheitliches, jeweils auf Länderebene organisiertes und versorgungsbereichsübergreifendes Umlageverfahren eingeführt. Eine finanzielle Benachteiligung ausbildender Einrichtungen gegenüber nicht ausbildenden Einrichtungen wird dadurch vermieden. Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen profitieren von einer umfassenden Finanzierung der Ausbildungskosten ohne Begrenzung der Ausbildungsplätze. Insbesondere im Bereich der Altenpflege verbesserten sich ausbildende Einrichtungen und Pflegeschulen in Bezug auf die Gesamtkosten der Ausbildung durch die Höhe der vereinbarten Ausbildungsbudgets in der großen Mehrzahl der Fälle ganz erheblich (siehe III.10.5).

Darüber hinaus verbessern Mindestanforderungen hinsichtlich der Qualifikation der Lehrkräfte und der Praxisanleitenden sowie des Verhältnisses von Lehrkräften zu Schülerinnen und Schülern und des Umfangs der

Praxisanleitung die Qualität der Ausbildung, was im Ergebnis zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung führen wird.

Daten zur Ausbildung nach dem PflBG werden seit dem 1. Januar 2020 im Rahmen der „Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung“ erhoben und veröffentlicht. Nach diesen Daten erhöhte sich im Jahr 2021 die Zahl der Ausbildungseintritte von insgesamt 57.294 in 2020 auf 61.329. Dies entspricht einer Steigerung um 7 Prozent. Im Jahr 2022 war ein Rückgang der Ausbildungseintritte um –7,5 Prozent auf 56.706 zu verzeichnen. 2023 stieg die Zahl der Ausbildungseintritte wieder um 6,4 Prozent auf 60.312.¹⁶⁰ Das BIBB forscht im Auftrag von BMFSFJ und BMG zu den Ursachen dieser Entwicklung. Erste Ergebnisse weisen auf ein ausreichendes Angebot an Ausbildungsplätzen und eine sich verändernde Nachfrage hin.¹⁶¹

Daten zur Verteilung der Auszubildenden auf die Geschlechter werden nur für die Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag veröffentlicht, die zum Stichtag 31. Dezember noch in Ausbildung sind. In 2021 lag der Anteil der weiblichen Auszubildenden im Vergleich zu 2020 nahezu unverändert bei 75,6 Prozent. In 2022 sank er auf 74,1 Prozent, in 2023 auf 73,2 Prozent.

Tabelle 67: Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag: Geschlecht

Auszubildende nach dem Pflegeberufegesetz zum 31. Dezember	Gesamt	männlich	weiblich	Anteil der weiblichen Auszubildenden
2020	53.610	13.008	40.602	75,7 %
2021	56.259	13.713	42.546	75,6 %
2022	52.134	13.506	38.625	74,1 %
2023	54.360	14.559	39.801	73,2 %

Quellen: Statistisches Bundesamt (2024): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2023. Tabelle 21242-02. Eigene Darstellung.

Die Ausbildung nach dem PflBG ist im Vergleich zu Ausbildungen nach BBiG/HwO oder zu landesrechtlich geregelten Ausbildungen mit 52.000 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen der 2022 am häufigsten gewählte Ausbildungsberuf in Deutschland. Bei den Frauen liegt er auf Rang 1, aber auch bei den Männern liegt er mit Rang 4 im Spitzenfeld.

Tabelle 68: Die fünf am stärksten besetzten Ausbildungsberufe 2022

Rang	Beruf	insgesamt	Beruf	Frauen	Beruf	Männer
1	Pflegefachfrau/-mann	52.000	Pflegefachfrau	39.000	Kraftfahrzeugmechatroniker	20.000
2	Erzieherin	39.000	Erzieherin	31.000	Fachinformatiker	16.000

¹⁶⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2024): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2023, Tabelle 21241-23.

¹⁶¹ Vgl. Hofrath, C.; Meng, M. (2023): BIBB-Pflegepanel. Kurzbericht zur ersten Erhebungswelle 2022/2023.

Rang	Beruf	insgesamt	Beruf	Frauen	Beruf	Männer
3	Kaufmann/-frau im Einzelhandel	23.000	Medizinische Fachangestellte	17.000	Elektroniker	14.000
4	Kaufmann/-frau für Büromanagement	23.000	Kauffrau für Büromanagement	16.000	Pflegefachmann	14.000
5	Kraftfahrzeug-mechatroniker/-in	21.000	Sozialassistentin	14.000	Anlagenmechaniker für Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	13.000

Quelle: Dionisius, R.; Illiger, A. (2024): Erweiterter Blick auf die Berufsausbildung durch kombinierte Statistiken, eigene Darstellung.

Die Auswertung des Statistischen Bundesamtes führt Daten zur durchschnittlich vertraglich vorgesehenen Ausbildungsvergütung (Median) auf. Für 2023 liegt sie im ersten Ausbildungsjahr bei 1.199 Euro, im zweiten Ausbildungsjahr bei 1.280 Euro und im dritten Ausbildungsjahr bei 1.384 Euro.¹⁶²

III.10.4.2 Hochschulische Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz

Mit dem PflBG wurde neben der beruflichen Ausbildung eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung auf Bachelor-Niveau eingeführt. Dieses generalistische Pflegestudium eröffnet neue Aufstiegsmöglichkeiten und befähigt unmittelbar zur Pflege von Menschen aller Altersstufen auf wissenschaftlicher Grundlage. Das Studium schließt mit der Verleihung des akademischen Grades durch die Hochschule ab. Die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung ist dabei Bestandteil der hochschulischen Prüfung. Die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ wird in Verbindung mit dem akademischen Grad geführt.

Zur hochschulischen Ausbildung nach PflBG liegen keine amtlichen Statistiken vor. Das BIBB hat daher im Auftrag von BMFSFJ und BMG Erhebungen zur hochschulischen Pflegeausbildung durchgeführt. Im Bereich der primärqualifizierenden Studiengänge nach PflBG konnte eine Vollerhebung erreicht werden.

Tabelle 69: Erstimmatrikulationen in primärqualifizierenden Studiengängen nach PflBG (2020 bis 2022)

Studienjahr	Erstimmatrikulationen
2020	424
2021	508
2022	516

Quelle: Hofrath, C.; Meng, M.; Dorin, L. (2024): Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023, S. 80.

¹⁶² Vgl. Statistisches Bundesamt (2024): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2023.

Primärqualifizierende Studiengänge nach PflBG werden an 29 Hochschulen angeboten (Stand März 2023).¹⁶³ Die Auslastungsquote der angebotenen primärqualifizierenden Studiengänge lag im Studienjahr 2022 bei 46 Prozent.¹⁶⁴

Um die Zahl der Immatrikulationen in Studiengänge nach PflBG zu erhöhen, wird mit dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Pflegestudiumstärkungsgesetz das primärqualifizierende Pflegestudium als duales Studium ausgestaltet und die Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung durch die Integration in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung geregelt. Für die Studierenden wird eine angemessene Ausbildungsvergütung für die gesamte Dauer des Studiums eingeführt. Die Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung erhalten eine Finanzierung der Ausbildungskosten und -vergütung. Mit Übergangsvorschriften wird sichergestellt, dass bereits vor dem 1. Januar 2024 immatrikulierte Studierende für die verbleibende Studienzeit ebenfalls eine Ausbildungsvergütung erhalten können. Zudem werden ab 2025 erweiterte Kompetenzen für die selbstständige Ausübung von Tätigkeiten der Heilkunde in die hochschulische Pflegeausbildung integriert. Konkret geht es dabei um die Integration der Fachmodule diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz.

III.10.4.3 Pflegehelfer- und -assistenzausbildungen

Ausbildungen in der Pflegehilfe oder Pflegeassistenz sind landesrechtlich geregelt; sie unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich ihrer Ausrichtung – generalistisch oder auf die Alten- oder Krankenpflege bezogen –, der Ausbildungsdauer zwischen 12 und 24 Monaten und der Begründung eines Ausbildungsverhältnisses mit einem Träger der praktischen Ausbildung (zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung siehe III.10.5).

¹⁶³ Hofrath, C.; Meng, M.; Dorin, L. (2024): Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023., S. 35.

¹⁶⁴ A.a.O., S. 82.

Tabelle 70: Ausbildungsgänge der Pflegehilfe bzw. Pflegeassistenz

Land	Bezeichnung des Ausbildungsgangs	Ausrichtung			Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungs- bzw. Schuljahr				Ausbildungs- vertrag mit einem Träger
		gene- ralistisch	Alten- pflege	Kranken- pflege		2020 bzw. 2020/21	2021 bzw. 2021/22	2022 bzw. 2022/23	2023 bzw. 2023/24	
BW	Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	-	-	x	12	715	719	589	701	ja
	Altenpflegehilfe	-	x	-	12	2.721	2.750	2.628	2.876	ja
	Generalistische Pflegehilfe	x	x	x					ab 2024	ja
BY	Ausbildung zur Pflegefachhelferin/ zum Pflegefachhelfer mit Schwerpunkt Altenpflege	x	-	-	12	1.610	1.833	1.897	2.303	ja
	Ausbildung zur Pflegefachhelferin/ zum Pflegefachhelfer mit Schwerpunkt Krankenpflege	x	-	-	12	818	842	838	1.119	ja
	Ausbildung zur staatlich geprüften Sozialbetreuerin und Pflegefach- helferin/zum staatlich geprüften Sozialbetreuer und Pflegefachhelfer	x	-	-	24	1.158	1.061	891	860	nein
BE	Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	-	-	x	12	262	214	209	x ausgelaufen	ja
	Ausbildung zur Pflegefachassistentin oder zum Pflegefachassistenten (seit November 2022)	x	-	-	18			103		ja
BB	Ausbildung zur staatlich anerkannten Altenpflegehelferin bzw. zum staatlich anerkannten Altenpflegehelfer	-	x	-	12	130	125	159		ja

Land	Bezeichnung des Ausbildungsgangs	Ausrichtung			Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungs- bzw. Schuljahr				Ausbildungs- vertrag mit einem Träger
		gene- ralistisch	Alten- pflege	Kranken- pflege		2020 bzw. 2020/21	2021 bzw. 2021/22	2022 bzw. 2022/23	2023 bzw. 2023/24	
	Ausbildung zur staatlichen anerkannten Krankenpflegehelferin bzw. zum staatlich anerkannten Krankenpflegehelfer	-	-	x	12	157	194	137		ja
HB	Gesundheits- und Krankenpflegehilfesausbildung mit generalistischer Ausrichtung	x	-	-	24	43	36	59	62	ja
	Pflegefachhilfesausbildung (seit 2023)	x	-	-	12				92	ja
	Pflegeassistentenausbildung	-	x	-	24	21	25	27		nein
HH	Gesundheits- und Pflegeassistentenausbildung	x	-	-	24	331	380	350		ja
HE	Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer nach dem Hessischen Altenpflegehilfegesetz	x	-	-	12				1.272	ja
	Staatlich anerkannte/-r Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer nach dem Hessischen Krankenpflegehilfegesetz	x	-	-	12				316	ja
MV	Ausbildung zur/zum Kranken und Altenpflegehelfer/in	x	-	-	18	268	275	325		nein

Land	Bezeichnung des Ausbildungsgangs	Ausrichtung			Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungs- bzw. Schuljahr				Ausbildungs- vertrag mit einem Träger
		gene- ralistisch	Alten- pflege	Kranken- pflege		2020 bzw. 2020/21	2021 bzw. 2021/22	2022 bzw. 2022/23	2023 bzw. 2023/24	
NI	Berufsqualifizierende Berufsfachschule Pflegeassistenz	x	-	-	24	1.696	1.785	1.586	1.530	ja
NW	Altenpflegehilfe (bis 30.06.2021)	-	x	-	12	1.620	777	26		ja
	Gesundheits- und Krankenpflege- assistenz (bis 30.06.2021)	-	-	x	12					ja
	Pflegefachassistentin/Pflegefach- assistent (seit 01.01.2021)	x	-	-	12	1.317	2.937	4.363		ja
RP	Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesund- heits- und Krankenpflegehelfer	-	-	x	12				354	ja
	Ausbildung zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer	-	x	-	12				982	ja
SL	Ausbildung zur Pflegeassistentin und zum Pflegeassistenten	x	-	-	23			über 300	über 300	ja
SN	„Berufsfachschule für Pflegehilfe“ mit dem Berufsabschluss: „Staatlich geprüfte/r Krankenpflegehelfer/in“	x	-	-	24				1.170	ja ^a
ST	Berufsfachschule, Fachrichtung Pflegehilfe	x	-	-	12			525	690 (Vollzeit)	ja

Land	Bezeichnung des Ausbildungsgangs	Ausrichtung			Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungs- bzw. Schuljahr				Ausbildungs- vertrag mit einem Träger
		gene- ralistisch	Alten- pflege	Kranken- pflege		2020 bzw. 2020/21	2021 bzw. 2021/22	2022 bzw. 2022/23	2023 bzw. 2023/24	
								660 (Vollzeit / 33 Teilzeit)		
	Krankenpflegehilfe	-	-	x	12			81	78	nein
SH	Ausbildung zur Altenpflegehelferin/ zum Altenpflegehelfer	-	x	-	12	635	422	411	454	ja
	Ausbildung zur Krankenpflegehelferin/ zum Krankenpflegehelfer	-	-	x	12		179	218	208	ja
	Staatlich geprüfte Pflegeassistentin/ Staatlich geprüfter Pflegeassistent	-	x	x	24		508	464	389	nein
TH	Altenpflegehilfe	-	x	-	12		234	257		ja
	Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	-	-	x	12		177	178		ja

^a Im Bereich Altenpflege: teilweise; sonst in Form eines Betriebspraktikums.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

2022 nahmen rund 15.000 Männer und Frauen eine Ausbildung in der Pflegehilfe bzw. Pflegeassistenz auf.¹⁶⁵

Durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für die Pflegeassistentenausbildung soll eine Vereinheitlichung der bisher landesrechtlich unterschiedlich geregelten Ausbildungen auf Helferniveau erreicht werden. Vorgesehen ist eine generalistische Ausbildung, die sich strukturell an den Regelungen des PflBG orientiert und inhaltlich eine Weiterentwicklung des Qualifikationsmixes in der Pflege ermöglicht. Die Gestaltung der Lehr- und Ausbildungspläne soll nach erfolgreichem Abschluss einen reibungslosen Übergang in eine Ausbildung zur Pflegefachkraft ermöglichen.

III.10.5 Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen

Nach dem (zum 1. Januar 2020 außer Kraft getretenen) Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) hatte der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin oder dem Schüler für die gesamte Dauer der Ausbildung eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (§ 17 Absatz 1 AltPflG). Eine entsprechende Ausbildung, die vor Ablauf des 31. Dezember 2019 begonnen wurde, kann noch bis zum 31. Dezember 2024 auf der Grundlage der Vorschriften des Altenpflegegesetzes einschließlich der darin enthaltenen Kostenregelungen abgeschlossen werden (§ 66 Absatz 2 Satz 1 PflBG). Die Aufwendungen für die Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege sind auf dieser Grundlage daher zunächst weiterhin in der Vergütung der stationären Pflegeleistung bzw. den Vergütungen der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt (§ 24 AltPflG, § 82a SGB XI).

Die Kosten der Ausbildungsvergütungen werden den sogenannten pflegebedingten Aufwendungen zugerechnet. Zu diesen Aufwendungen gehören also auch die Personalkosten, die eine Pflegeeinrichtung für die in der Ausbildung befindlichen Altenpflegefachkräfte bzw. -hilfskräfte aufzubringen hat. Die Ausbildungsvergütung ist dabei in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen (§ 82a Absatz 2 Satz 5 SGB XI).

Mit dem PflBG wurden die neuen Pflegeberufsausbildungen ab dem 1. Januar 2020 inhaltlich und auch hinsichtlich ihrer Finanzierung auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Den Auszubildenden wird dabei eine kostenfreie berufliche Ausbildung gewährleistet. Zugleich besteht ein Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung.

Für die Finanzierung der Pflegeausbildung wurden in den Bundesländern jeweils Ausgleichsfonds eingerichtet. Der jeweilige Landesfonds finanziert dabei die laufenden Betriebskosten der Pflegeschule, die Ausbildungsvergütung (unter Berücksichtigung eines anzurechnenden Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden für das zweite und letzte Ausbildungsdrittel) sowie die Kosten der praktischen Ausbildung. In diese Fonds zahlen alle Krankenhäuser und alle Pflegeeinrichtungen über ein Umlageverfahren ein. Ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen werden dadurch gleichermaßen mit den Ausbildungskosten belastet, damit Wettbewerbsgerechtigkeit sichergestellt und die Ausbildung insgesamt gestärkt wird. Außerdem beteiligen sich die Bundesländer sowie die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung mit einer Direktzahlung in die Ausgleichsfonds. Aus den Fonds werden die entsprechenden Mittel zur Deckung der Ausbildungskosten an die ausbildenden Krankenhäuser sowie die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ausgezahlt. Auch die Pflegeschulen erhalten Geld aus den Fonds.

¹⁶⁵ Dionisius, R.; Illiger, A. (2024): Erweiterter Blick auf die Berufsausbildung durch kombinierte Statistiken, S. 51–53, Tabelle 1 im electronic supplement.

Die Pflegeeinrichtungen können den von ihnen zu tragenden Teil der Umlagebeträge über Ausbildungszuschläge finanzieren und in die Vergütungssätze für die allgemeinen Pflegeleistungen einrechnen. Diese Regelung ergänzt den bisher einschlägigen § 82a SGB XI. Für einen Übergangszeitraum laufen somit die Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz und die Ausbildung nach dem PflBG, einschließlich der jeweiligen Finanzierungsverfahren, parallel.

Nach § 33 Absatz 8 Satz 1 und 2 PflBG ist die Bundesregierung verpflichtet, alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2023, die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung zur Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung zu prüfen und dem Bundestag und dem Bundesrat zu berichten. Der Bericht der Bundesregierung ist bereits vorgelegt worden. Vor Abschluss des Ordnungsverfahrens können allerdings keine Ergebnisse hierzu mitgeteilt werden.

III.10.6 Förderung von Umschulungsmaßnahmen und Ausbildungsförderung im Pflegebereich

Ausbildungsförderung

Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter haben in den vergangenen Berichtsjahren die betriebliche Ausbildung nach dem PflBG und dem Altenpflegegesetz mit verschiedenen Maßnahmen gefördert. So besteht die Möglichkeit, zur Vorbereitung auf eine Ausbildung in diesem Bereich eine Einstiegsqualifizierung durchzuführen oder im Rahmen der Vorphase der Assistierten Ausbildung bereits vor der Ausbildung anzusetzen. Mit ausbildungsbegleitenden Hilfen und der begleitenden Phase der Assistierten Ausbildung (das Förderinstrument Assistierte Ausbildung wurde 2020 mit der ausbildungsbegleitenden Hilfe zusammengeführt und neu strukturiert) können junge Menschen bei der Durchführung und dem erfolgreichen Abschluss ihrer Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger unterstützt werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen gewähren die Agenturen für Arbeit Auszubildenden, die eine betrieblich durchgeführte Ausbildung nach Teil 2, auch in Verbindung mit Teil 5 des Pflegeberufgesetzes oder des Altenpflegegesetzes absolvieren, eine finanzielle Förderung durch die Berufsausbildungsbeihilfe.

Der Bestand an Teilnehmenden in der begleitenden Phase der Assistierten Ausbildung und in den ausbildungsbegleitenden Hilfen in einer Ausbildung in den Pflegeberufen (gefördert werden Ausbildungen nach dem PflBG und Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz) hat von 459 im Jahr 2020 auf 674 im Jahr 2023 zugenommen, was einem deutlichen Anstieg von rund 47 Prozent entspricht.

Darüber hinaus erhielten im Jahr 2023 im Durchschnitt 41.062 Personen während ihrer Erstausbildung Leistungen der Berufsausbildungsbeihilfe (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit). Empfängerinnen und Empfänger von Berufsausbildungsbeihilfe können in der Statistik nicht nach Ausbildungsberuf differenziert werden, sodass keine Zahlen vorliegen, wie viele darunter einer Ausbildung in den Pflegeberufen nachgingen.

Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen

Die Bundesagentur für Arbeit fördert die berufliche Weiterbildung in der Pflege durch die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter in erheblichem Umfang. Dabei können neben arbeitslos gemeldeten und arbeitssuchenden Personen auch beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei Umschulungen zu Pflegefachkräften gefördert werden.

Die bereits 2019 mit dem Qualifizierungschancengesetz gestärkte Weiterbildungsförderung wurde zudem im aktuellen Berichtszeitraum noch einmal deutlich ausgeweitet. Mit dem Arbeit-von-morgen-Gesetz wurde 2020 ein Rechtsanspruch auf das Nachholen eines Berufsabschlusses eingeführt. Bei berufsabschlussbezogenen Weiterbildungen von geringqualifizierten Beschäftigten werden die Lehrgangskosten in voller Höhe von der Bundesagentur für Arbeit erstattet. Zudem kann auch ein Zuschuss zum Arbeitsentgelt von bis zu 100 Prozent gezahlt werden. In 2023 wurden zudem sowohl mit dem Bürgergeld-Gesetz als auch mit dem Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung die Rahmenbedingungen und der Umfang der Förderung von Weiterbildung für Arbeitslose und Beschäftigte erneut erweitert und deutlich gestärkt. Beispielsweise wurden mit dem Bürgergeld-Gesetz die Weiterbildungsprämien für bestandene Zwischen- und Abschlussprüfungen verstetigt und um ein monatliches Weiterbildungsgeld bei abschlussorientierter Weiterbildung ergänzt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung wurde der Zugang zur Beschäftigtenförderung für alle Betriebe und Beschäftigten ab dem 1. April 2024 geöffnet, die Förderkonditionen verbessert und vereinfacht. Durch feste Fördersätze wurde die Planbarkeit für Unternehmen deutlich erhöht. Die Betriebsgrößenklassen, nach denen sich der Zuschuss zum Arbeitsentgelt und den Lehrgangskosten richtet, wurden von vier auf drei reduziert und die Fördersätze insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen angehoben. Darüber hinaus kann die Weiterbildungsförderung von Beschäftigten jetzt bereits zwei Jahre nach dem Berufsabschluss in Anspruch genommen werden, und auch eine erneute Förderung ist nach zwei Jahren wieder möglich. Hiervon profitieren auch die Pflegeberufe.

Tabelle 71: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft (2019 bis 2023)

Jahressummen	begonnen	abgeschlossen ^a	absolviert ^b
2019 ^c	9.811	6.627	5.279
2020	6.518	7.107	5.673
2021	6.092	7.824	6.538
2022	6.088	8.076	6.735
2023	6.887	5.495	4.172

^a Abgeschlossen: entweder erfolgreich oder abgebrochen.

^b Absolviert: erfolgreich teilgenommen.

^c Mit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in 2020 wurde die Datenerfassungssystematik geändert. Die Eintrittszahlen von 2019 sind demnach nur eingeschränkt mit den Eintrittszahlen der Folgejahre vergleichbar.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung vom 30. April 2024

Zudem engagiert sich die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege für die Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen. Hierzu informiert sie beispielsweise in ihren Beratungen und digitalen Angeboten über das Berufsfeld und dessen vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten und spricht geeignete Kandidatinnen und Kandidaten auf eine Nachqualifizierung im Pflegebereich an.

Nichtsdestotrotz sind die Eintritte in geförderte Umschulungen zur Pflegefachkraft über den Berichtszeitraum weitestgehend rückläufig (siehe Tabelle 71). So ist die Anzahl der begonnenen Umschulungen zur Pflegefachkraft in 2020 gegenüber dem Vorjahr 2019 (rund 9.800 Eintritte) um rund ein Drittel zurückgegangen.¹⁶⁶ In 2021 betrug der Rückgang gegenüber dem Vorjahr noch fast sieben Prozent. Dieser Rückgang ist in

¹⁶⁶ Ein exakter Vergleich der Eintrittszahlen bis 2019 und ab 2020 ist nicht möglich, da sich aufgrund der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in 2020 die Datenerfassungssystematik und die gesetzlichen Inhalte verändert haben.

wesentlichen Teilen im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie und den Auswirkungen der Pandemie auf die Weltwirtschaft zu sehen. 2022 stabilisierten sich die Eintrittszahlen wieder. In 2023 konnte mit rund 6.900 Eintritten in geförderte Umschulungen zur Pflegefachkraft dann erstmals seit 2020 wieder ein deutlicher Anstieg um 13 Prozent gegenüber dem Vorjahr verzeichnet werden. Das Vorpandemieniveau konnte bisher jedoch noch nicht wieder erreicht werden.

Verglichen mit anderen Berufsgruppen nehmen die Pflegeberufe gleichwohl weiterhin über den gesamten Berichtszeitraum die Spitzenposition bei den geförderten Umschulungen ein. 2023 kam beispielsweise fast jede fünfte geförderte Umschulung aus dem Pflegebereich, in den vorangehenden Jahren 2020 bis 2022 fast jede sechste.

Eine Umschulung im Pflegebereich bietet dabei angesichts des hohen Fachkräftebedarfs sehr gute Voraussetzungen für eine Beschäftigungsaufnahme. Zwischen Juli 2020 und Juli 2023 waren über 90 Prozent der Umschülerinnen und Umschüler in Pflegeberufen sechs Monate nach Umschulungsende sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

III.10.7 Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Wer in Deutschland als Fachkraft in den Pflege- und Gesundheitsberufen tätig sein und die dazugehörige Berufsbezeichnung führen will, braucht eine staatliche Erlaubnis (sogenannte reglementierte Berufe). Dies gilt unabhängig vom Ausbildungsstaat und somit auch für Pflegefachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten, die durch die Freizügigkeit uneingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt haben. Die Voraussetzungen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen und damit zur Erteilung der notwendigen staatlichen Erlaubnis sind für Pflegefachkräfte im PflBG und in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV¹⁶⁷) geregelt. Sie setzen die unionsrechtlichen Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen um.

Um in Deutschland zu arbeiten, benötigt eine Pflegefachkraft mit ausländischer Berufsqualifikation die berufliche Anerkennung dieser Qualifikation (entsprechend dem sogenannten Referenzberuf: insbesondere Pflegefachmann oder Pflegefachfrau). Sie dient als Nachweis der fachlichen Qualifikation im Rahmen des oben genannten Verfahrens zur Erteilung einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung. Falls für die volle Gleichwertigkeit eine Ausgleichsmaßnahme in Deutschland erforderlich sein sollte, kann die betreffende Person bereits während der Maßnahme eine berufsnahe Tätigkeit ausüben (vgl. § 16d Absatz 2 Aufenthaltsgesetz). Soll das Anerkennungsverfahren erst nach der Einreise in Deutschland durchgeführt werden, kann die neue Anerkennungspartnerschaft (§ 16d Absatz 3 Aufenthaltsgesetz) genutzt und währenddessen schon im Pflegebereich gearbeitet werden. Ob eine Tätigkeit als Pflegehilfskraft ausgeübt werden darf, hängt dabei von den landesrechtlich geregelten Bestimmungen ab. Dies ist mit der für die Anerkennung örtlich zuständigen Stelle abzustimmen. Zudem ist die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit zur Aufnahme der Beschäftigung erforderlich. Zur Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung sind neben der Anerkennung ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache erforderlich, die sich nach Auslegung durch die Bundesländer am Sprachniveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen orientieren.

Transparente und zügige Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen sind ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Fachkräftebasis. Das BMBF fördert den Wissenstransfer in der Verwaltungspraxis

¹⁶⁷ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018, BGBl. 2018 I S. 1572, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 359, geändert worden ist.

durch Austauschformate für die zuständigen Stellen. Um die formalen Hürden bei der Anerkennung zu senken, fördert das BMAS mit dem ESF Plus-Förderprogramm „IQ – Integration durch Qualifizierung“ unter anderem eine umfassende Anerkennungs- und Qualifizierungsberatung für Personen mit ausländischen Berufsqualifikationen.

Die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Pflegeberufe stieg zuletzt deutlich an. Seit 2016 hat sich die Zahl der laufenden Anerkennungsverfahren auf rund 21.000 im Jahr 2022 fast verdreifacht.¹⁶⁸

Insgesamt spielt das Gesundheitswesen weiterhin die größte Rolle im Anerkennungsgeschehen. Auf die Heilberufe nach Bundesrecht entfielen im Gesamtzeitraum (seit 2012) rund 75 Prozent aller Anerkennungsanträge. Wie bereits in den Vorjahren wurden 2023 gut zwei Drittel aller anerkannten ausländischen Berufsqualifikationen im Bereich der medizinischen Gesundheitsberufe verzeichnet.¹⁶⁹

¹⁶⁸ www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_342_212.html [abgerufen am 07.08.2024].

¹⁶⁹ [www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_346_212.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis,im%20Vorjahr%20\(%2B11%20%25\)\)](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_346_212.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20(Destatis,im%20Vorjahr%20(%2B11%20%25))) [abgerufen am 30.09.24].

III.11 Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalten

Grundsätzlich ruhen die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung, solange sich der oder die Pflegebedürftige im Ausland aufhält. Allerdings sieht das SGB XI bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr die Weiterzahlung des Pflegegeldes oder des anteiligen Pflegegeldes vor. Pflegesachleistungen können nur in Anspruch genommen werden, sofern die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet.

Bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz haben pflegebedürftige Personen im Rahmen der sogenannten Sachleistungsaushilfe Anspruch auf diejenigen Pflegesachleistungen, die nach dem Recht des Aufenthaltsstaates vorgesehen sind. Sie können jedoch auch Geldleistungen aus der deutschen Pflegeversicherung erhalten. Hierzu zählen das Pflegegeld, das Pflegeunterstützungsgeld, die Leistungen der Verhinderungspflege sowie die Beiträge zur Renten- und zur Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson. Die Leistungen können auch gewährt werden, wenn der Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von sechs Wochen hinausgeht.

Die im Ausland bzw. in EWR-Staaten und der Schweiz lebenden Pflegebedürftigen werden statistisch nicht erfasst. Allerdings liegen Zahlen über die im Ausland durchgeführten Pflegebegutachtungen vor:

Tabelle 72: In EWR-Staaten und der Schweiz durchgeführte Begutachtungen nach Gutachtenart (2020 bis 2023)

Jahr	2020	2021	2022	2023
durchgeführte Begutachtungen	4.272	4.814	5.379	6.357
davon Erstbegutachtungen (B)	2.460	2.508	2.919	3.331
in %	57,6	52,1	54,3	52,4
davon Folgebegutachtungen	1.595	2.030	2.137	2.639
in %	37,3	42,2	39,7	41,5
davon Widersprüche	217	276	323	387
in %	5,1	5,7	6,0	6,1

Quelle: MD Bund

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Durchführung der Begutachtung im Ausland werden die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie im Inland angewendet. Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Begutachtung in diesen europäischen Ländern werden innerhalb der Gemeinschaft der MD aufgeteilt.

Tabelle 73: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen in EWR-Staaten und in der Schweiz (2020 bis 2023)

Jahr	2020	2021	2022	2023
durchgeführte Erstbegutachtungen	2.460	2.508	2.919	3.331
davon nicht pflegebedürftig in %	12,4	12,3	11,3	11,2
davon Pflegegrad 1 in %	12,5	12,2	13,9	11,9
davon Pflegegrad 2 in %	29,8	31,8	31,8	34,6
davon Pflegegrad 3 in %	25,7	26,6	25,7	26,9
davon Pflegegrad 4 in %	14,7	14,5	13,3	11,7
davon Pflegegrad 5 in %	4,9	4,0	4,1	3,7

Quelle: MD Bund

IV. Anhang

IV.1 Abkürzungsverzeichnis

AEntG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz
ALG II	Arbeitslosengeld II
AltPflG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)
AzUiA	Angebote zur Unterstützung im Alltag
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern und für Heimat
BRi	Begutachtungs-Richtlinien
BULEplus	Bundesprogramm Ländliche Entwicklung und Regionale Wertschöpfung
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
DAS	Datenauswertungsstelle
DAIzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
DeFa	Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FEG	Fachkräfteeinwanderungsgesetz
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz (FamilienpflegeZG)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GPVG	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
HzP	Hilfe zur Pflege
k. A.	Keine Angabe
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KI	Künstliche Intelligenz
KLZ	Kinderlosenzuschlag
KQP	Kontinuierliche Qualitätsprüfung
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
PDSG	Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur
PfIAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PflegeArbbV	Pflegearbeitsbedingungenverordnung
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Prüfdienst	Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
PSG III	Drittes Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
PV	Pflegeversicherung insgesamt (SPV und PPV)

QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes
QS-Ri QP	Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung)
QS-Verfahren	Gesamtverfahren zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen
RP	Rheinland-Pfalz
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
SPV	Soziale Pflegeversicherung
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
TI	Telematikinfrastruktur
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
Vgl.	Vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit
ZSBA	Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung

IV.2 Literatur- und Quellenverzeichnis

BAGFW (2023): Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen Handreichung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen, Stand 8. September 2023, Version 2.0; www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/2023/BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte.pdf [abgerufen am 20.06.2024]

BAGFW (2023): Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen Handreichung für ambulante Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen, Stand 6. November 2023, Version 1.0; www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Hanreichung_Krisenkonzepte_11_2023/BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte_ambulant.pdf [abgerufen am 20.06.2024].

BMFSFJ, BMG (2023): Gemeinsam für Menschen mit Demenz – Zur Halbzeit der Nationalen Demenzstrategie, Stand 16. Dezember 2023; www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nationale-demenz-strategie-2223912 [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2020): Regelungen für Einrichtungen der Tagespflege im Zusammenhang mit Sars-CoV-2 – Übersicht der Rechtsverordnungen der Bundesländer, Stand: 09.12.2020; www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/201209-besuchsregelungen-tagespflege-uebersicht-laender.pdf [abgerufen am 11.06.2024].

BMG (2021): SARS-CoV-2 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen - Literaturlauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention, Stand 10. Dezember 2021; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Publikationen/Abschlussbericht_SARS-CoV-2_Ausbrueche_in_stationaeren_Pflegeeinrichtungen.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2022): GEMEINSAME ERKLÄRUNG Gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen eintreten Klimapakt Gesundheit, Stand: 14. Dezember 2022; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2023): Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG, Stand 27. Juli 2023; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/230727_BMG_Hitzeschutzplan.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2023): Merkblatt Hitze bei Pflegebedarf; www.shop.bzga.de/merkblatt-hitze-bei-pflegebedarf [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2023): GEMEINSAM DIGITAL, Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, Stand März 2023; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

BMG (2023): Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick, Mai 2023; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/BMG_Ergebnisse_der_zweiteiligen_Studie_Arbeitsplatzsituation_bf.pdf [abgerufen am 07.08.24].

BMG, BAGFW, bpa, VDAB, ABVP, APH, bad e. V., BHK, AGVP, DBfK, GKV-SV, PKV-Verband, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag (2022): Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundesverbände der Leistungserbringer in der Pflege, des GKV-Spitzenverbands, des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zur Bewältigung der Corona-Pandemie und der Rolle der Pflegeeinrichtungen im Herbst/Winter 2022/2023; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Gem_Erklaerung_Pflege_Sept22.pdf [abgerufen am 13.06.2024].

BMG, BMFSFJ, BMAS (2020): Konzertierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Oktober 2020; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf [abgerufen am 07.08.24].

BMG, BMFSFJ, BMAS (2021): Konzertierte Aktion Pflege – Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, August 2021; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf [abgerufen am 07.08.24].

BMI (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen, Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030, Stand Juli 2022; www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/BMI22017-resilienz-katastrophen.pdf?blob=publicationFile&v=2 [abgerufen am 07.08.2024].

Bräutigam, C. ; Evans, M. ; Zimmermann, H. (2023): Qualifizierungen von Führungspersonen in der Pflege – Analyse und Rahmenkonzept, Bonn 2023; www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203 [abgerufen am 07.08.2024].

Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (2020): Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020; www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/beschluss-zu-corona-1730292 [abgerufen am 13.06.24].

Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (2020): Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22. März 2020; www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/hinweis-einschraenkung-soziale-kontakte.html [abgerufen am 13.06.2024].

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege (2020): Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie, Stand Dezember 2020 www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Handreichung-Besuchskonzepte_4.12.20.pdf [abgerufen am 6.6.2024].

Dionisius, R.; Illiger, A. (2024): Erweiterter Blick auf die Berufsausbildung durch kombinierte Statistiken. In: BWP 2/2024, S. 51–53.

Europäische Kommission (2021): Aktionsplan zur europäischen Säule sozialer Rechte, Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen; www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0102 [abgerufen am 07.08.2024].

Europäische Kommission (2021): GRÜNBUCH ZUM THEMA ALTERN Förderung von Solidarität und Verantwortung zwischen den Generationen, Stand 27. Januar 2021; www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=COM%3A2021%3A50%3AFIN [abgerufen am 07.08.2024].

Europäische Kommission (2021): Long-term care report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I, 2021; www.op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-search [abgerufen am 07.08.24].

Europäische Kommission (2021): Long-term care report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles, 2021; www.op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1 [abgerufen am 07.08.2024].

Europäische Kommission (2021): The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070), Institutional Paper 148, 7 May 2021; www.economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en [abgerufen am 07.08.2024].

Ewers, M.; Lessinnes, S.; Kibler, A.; Gröbe, S.; Köhler, M. (2022): Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin 2022, www.aupik.de/wp-content/uploads/2022/08/eBook_Einzelseiten_Broschuere_2022_Charite_AUPIK.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

GKV-Spitzenverband (2022): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2022, Stand: 31.08.2023; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2022_3/2023-08-31_Bericht_Reha-Empfehlungen_18a.pdf [abgerufen am 24.05.2024].

GKV-Spitzenverband (2023): Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI in der Fassung vom 27. März 2023; Stand 27. März 2023; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2023_03_27_Pflege_Corona_Regelungen_114_2a_XI.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

GKV-Spitzenverband (2024): Einbindung von Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur, Ein Leitfaden aus der Praxis, Stand Juni 2024; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_telematik_125/2024-06_Leitfaden_TI-Einbindung_Pflege_barrierefrei.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

Golla, A.; Richter, C.; Mau, W.; Saal, S. (2019): Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“; www.rehaempfehlung.medfak.uni-halle.de/files/2020/01/Abschlussbericht.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

Hofrath, C.; Meng, M. (2023): BIBB-Pflegepanel. Kurzbericht zur ersten Erhebungswelle 2022/2023; www.bibb.de/dokumente/pdf/AB26_Kurzbericht-BIBB-Pflegepanel_2022-2023.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

Hofrath, C.; Meng, M.; Dorin, L. (2024): Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023. BIBB-Pflegepanel. Bonn 2024; www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19518 [abgerufen am 07.08.2024].

IGES (2023): Bericht Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI, Berlin Februar 2023; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

INFO (2023): Lehren aus der Corona-Pandemie und zukünftige Krisenresilienz in der Langzeitpflege Teil 2: Ergebnisbericht „Qualitative Befragung von Leitungspersonen stationärer Pflegeeinrichtungen sowie weiterer Expertinnen und Experten aus der Pflege zu ihren Erfahrungen aus der Corona-Pandemie“, Oktober 2023; www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/Coronalehren-Studien/231206_BMG_Teilprojekt2_Info_GmbH_Langfassung.pdf [abgerufen am 19.09.24].

ISO (2023): Lehren aus der Corona-Pandemie und zukünftige Krisenresilienz in der Langzeitpflege, Teil 1: Ergebnisbericht „Analyse der Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Pflege 2020–2022“, September 2023; www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/Coronalehren-Studien/231206_BMG_Teilprojekt1_iso_Langfassung.pdf [abgerufen am 19.09.24].

Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP (20. Legislaturperiode): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP); Berlin, den 7. Dezember 2021.

Landesregierung Schleswig-Holstein (2024): Bericht zur Situation von Post-Covid und ME/CFS Erkrankten in Schleswig-Holstein, 14.05.2024 Schleswig-Holsteinischer Landtag – 20. WP, Drucksache 20/2094; www.landtag.lsh.de/infothek/wahl20/drucks/02000/drucksache-20-02094.pdf [abgerufen am 19.09.2024].

MD Bund (2021): Die Arbeit des Medizinischen Dienstes Zahlen, Daten, Fakten 2020, Juni 2021; www.md-bund.de/uploads/media/downloads/21_07_08_Z-D-F_2020.pdf [abgerufen am 19.09.2024].

MD Bund u. a. (2022): Endbericht Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Potentiale der Stärkung (REHA-Post), Essen/Halle, 31.08.2022; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2022_FP_349_REHA-Post_Endbericht.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

MD Bund (2024): Allgemeines Hygienekonzept der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste für die Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von SARS-CoV-2, Stand Januar 2024; www.md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Corona/Hygienekonzept_MD_240117.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

MD Bund (2024): Ergebnisbericht Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen 2023, 31. Juli 2024; www.md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/24_07_31_QSQP_Ergebnisbericht_2023_24_08_06.pdf [abgerufen am 18.09.24].

MD Bund (2024): 7. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Stand Mai 2024; [www.md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/ 7. PflegeQualitaetsbericht MD Bund BA.pdf](http://www.md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/7_PflegeQualitaetsbericht_MD_Bund_BA.pdf) [abgerufen am 07.08.2024].

Ochmann, R.; Braeseke, G. (2021): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen – Berichtsjahr 2020. IGES Institut GmbH. Berlin; www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/berichtspflicht-der-laender-zu-foerderung-und-investitionskosten-von-pflegeeinrichtungen-berichtsjahr-2020-ergebnisbericht-fuer-das-bundesministerium-fuer-gesundheit.html [abgerufen am 30.09.2024].

Ochmann, R.; Braeseke, G. (2022): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen – Berichtsjahr 2021. IGES Institut GmbH. Berlin; www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bericht-laender-2021-foerderung-pflegeeinrichtungen.html [abgerufen am 30.09.2024].

Ochmann, R.; Braeseke, G. (2023): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen – Berichtsjahr 2022. IGES Institut GmbH. Berlin; www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/berichtspflicht-der-laender-zu-foerderung-und-investitionskosten-von-pflegeeinrichtungen-berichtsjahr-2022 [abgerufen am 30.09.2024].

Qualitätsausschuss (2023): Pflegefachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise des Qualitätsausschuss Pflege zur Sicherstellung der Einhaltung der in § 35 Abs. 1 Satz 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen in voll- und teilstationären Einrichtungen; www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/05/Grundlagen-und-Verfahrenshinweise-des-Qualitaetsausschusses-Pflege-gem.-%C2%A7-35-Abs.-1-S.-8-IfSG.pdf [abgerufen am 13.06.2024].

Qualitätsausschuss (2023): Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten; www.gs-qa-pflege.de/project/bundesempfehlung-zum-einsatz-von-hitzeschutzplaenen-in-stationaeren-pflegeeinrichtungen-und-pflegediensten-gemaess-%C2%A7-113-b-absatz-4-satz-3-sgb-xi [abgerufen am 07.08.2024].

Qualitätsausschuss (2023): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018, zuletzt geändert am 5. April 2023, S. 15; www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/06/MuG-vollstationaer_Vereinbarungstext.pdf [abgerufen am 07.08.2024].

Rat der EU (2022): Council Recommendation of 8 December 2022 on early childhood education and care: the Barcelona targets for 2030 (2022/C 484/01, Stand 8. Dezember 2022); www.eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32022H1220%2801%29 [abgerufen am 07.08.2024].

RKI (2022): Fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht, 30.06.2022; www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Infektionsschutz_Sterbebegleitung.html [abgerufen am 06.06.2024].

RKI (2023): Hinweise für ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit COVID-19, Stand 3. April 2023; www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Altenpflegeheime.html [abgerufen am 13.06.2024].

RKI (2023): Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 27.04.2023 – aktualisierter Stand für Deutschland; www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2023-04-27.pdf?blob=publicationFile [abgerufen am 06.06.2024].

RKI (2024): Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses), Stand 7. Mai 2024; www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Pflege/Dokumente.html [abgerufen am 13.06.2024].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen, Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, Gutachten 2023; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf [abgerufen am 13.06.2024].

Said, D.; Suwono, B.; Schweickert, B.; Schönfeld, V.; Eckmanns, T.; Haller, S. (2022): SARS-CoV-2 Outbreaks in Care Homes for the Elderly and Disabled in Germany, Dtsch Arztebl Int. 2022 Jul 11;119 (27–28).

Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021

Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegebedürftige – 2021, 21. Dezember 2022; www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002219005.html [abgerufen am 07.08.2024]

Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2021; 21. Dezember 2022; www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html [abgerufen am 07.08.2024].

Statistisches Bundesamt (2023): Statistischer Bericht – Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer – 2022 bis 2070, 30. März 2023; www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.html?nn=208696 [abgerufen am 07.08.2024].

Statistisches Bundesamt (2024): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022, 24. Juli 2024; www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401237005.html [abgerufen am 07.08.2024].

SOCIUM, IPP, iaw, KKSb (2020): 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 August 2020; www.doi.org/10.26092/elib/294 [abgerufen am 07.08.2024].

Suwono, B.; Steffen, A.; Schweickert, B.; Schönfeld, V.; Brandl, M.; Sandfort, M.; Willrich, N.; Eckmanns, T.; Haller, S. (2022): SARS-CoV-2 outbreaks in hospitals and long-term care facilities in Germany: a national observational study. Lancet Reg Health Eur. 2022 Mar; 14:100303.

Tolksdorf, K.; Loenenbach, A.; Buda, S. (2022): Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. In Epid Bull 2022; 38:3–6.

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023): Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Stand Juli 2023; www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-228546 [abgerufen am 07.08.2024].

Unabhängige Kommission der Sächsischen Staatsregierung (2002): Bericht der Unabhängigen Kommission der Sächsischen Staatsregierung Flutkatastrophe 2002, Dresden 2002.

Viamedica (Hrsg.) (2023): Sachbericht zum Projekt Ressourceneffizienz, Klimaschutz und ökologische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Eine Bestandsaufnahme ReKlimaMed, Abschlussbericht, Stand April 2023; www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/reklamamed-abschlussbericht.html [abgerufen am 07.08.2024].

WHO (2023): Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic, 5. Mai 2023; [www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7D%26gclid=EAIaIQobChMI4Ojtsdbe_gIVjQRyCh07igt4EAAYASACEgJ9pfD_BwE%26fbclid=IwAR2M8EAYiSrAodhK9p-X582nHkP2AigpSX8pYIsLsPwqYh4SG26RGokGe7E](http://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7D%26gclid=EAIaIQobChMI4Ojtsdbe_gIVjQRyCh07igt4EAAYASACEgJ9pfD_BwE%26fbclid=IwAR2M8EAYiSrAodhK9p-X582nHkP2AigpSX8pYIsLsPwqYh4SG26RGokGe7E) [abgerufen am 07.08.2024].

IV.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche.	16
Abbildung 2: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen mit mindestens zwei Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020	17
Abbildung 3: Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)	40
Abbildung 4: Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit nach Lebensalter (2020 bis 2023)	41
Abbildung 5: Anteile der Bevölkerung unter 20 Jahren, ab 65 Jahre und ab 80 Jahre (1871 bis 2070)	42
Abbildung 6: Entwicklung des monatlichen pflegebedingten Eigenanteils und der monatlichen finanziellen Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen (2020 bis 2023)	47
Abbildung 7: Übersicht über die bundesdurchschnittliche monatliche finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Pflege	48
Abbildung 8: Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung (1960 bis 2060)	98
Abbildung 9: Demografische Entwicklung mit Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (2021 bis 2070)	99
Abbildung 10: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im ambulanten Bereich (2020 bis 2023)	104
Abbildung 11: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im vollstationären Bereich (2020 bis 2023)	104
Abbildung 12: Leistungsbeziehende der SPV nach Pflegegraden am Jahresende – stationär in Behinderteneinrichtungen (2020 bis 2023)	105
Abbildung 13: Leistungsbeziehende der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt (2020 bis 2023)	106
Abbildung 14: Entwicklung der Leistungsbeziehenden der SPV nach Alter und Geschlecht im Jahr 2023 (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)	107
Abbildung 15: Entwicklung der Leistungsbeziehenden der SPV nach Geschlecht am Jahresende (2020 bis 2023) (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)	107
Abbildung 16: Abgeschlossene Verträge und staatliches Fördervolumen der privaten Pflege-Zusatzversicherungen (2020 bis 2023)	113
Abbildung 17: Entwicklung der Zahl an Rehabilitationsempfehlungen und Reha-Empfehlungs-Quote	124

IV.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum	44
Tabelle 2: Übersicht zum monatlichen Zuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen	48
Tabelle 3: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung nach § 45c Absatz 9 SGB XI zur Förderung von regionalen Netzwerken	57
Tabelle 4: Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2023 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick	94
Tabelle 5: Anzahl der Versicherten und Leistungsbeziehenden in der SPV (1998 bis 2023)	97
Tabelle 6: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden von SPV und PPV am Jahresende (2020 bis 2023)	99
Tabelle 7: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden der SPV am Jahresende (2020 bis 2023)	100
Tabelle 8: Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden der PPV am Jahresende (2020 bis 2023)	100
Tabelle 9: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich (2020 bis 2021)	101
Tabelle 10: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich (2022 bis 2023)	101
Tabelle 11: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im vollstationären Bereich (2020 bis 2021)	102
Tabelle 12: Leistungsbeziehende (SPV und PPV) nach Pflegegraden im vollstationären Bereich (2022 bis 2023)	102
Tabelle 13: Leistungsbeziehende (SPV) nach Pflegegraden in Behinderteneinrichtungen (2020 bis 2021)	102
Tabelle 14: Leistungsbeziehende (SPV) nach Pflegegraden in Behinderteneinrichtungen (2022 bis 2023)	103
Tabelle 15: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)	108
Tabelle 16: Jahresergebnis der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)	110
Tabelle 17: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung (2020 bis 2023)	110
Tabelle 18: Entwicklung der Leistungsbeziehenden, Einnahmen und Ausgaben der SPV (2020 bis 2023) (inklusive stationär in Behinderteneinrichtungen)	111
Tabelle 19: Leistungsbeziehende, Einnahmen durch die Versichertenprämien und Leistungsausgaben der PPV (2020 bis 2023)	111
Tabelle 20: Abgeschlossene Verträge und staatliches Fördervolumen der privaten Pflege-Zusatzversicherungen (2020 bis 2023)	112
Tabelle 21: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten (Ziffer 6.1.1, 6.1.2 und 6.1.3 der BRi), differenziert nach Art der beantragten Leistungen (2020 bis 2023)	115
Tabelle 22: Anteile der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)	118

Tabelle 23: Anzahl der Anträge, differenziert nach gesetzlicher Frist vom Zeitpunkt der (formlosen) Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheiderteilung durch die Pflegekassen (2020 bis 2023)	120
Tabelle 24: Erledigungsdauer für Begutachtungen mit einer Frist-Laufzeit von 25 Arbeitstagen (2020 bis 2023)	120
Tabelle 25: Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Fristen (§ 18 Absatz 3b SGB XI) (2020 bis 2023)	121
Tabelle 26: Entwicklung Rehabilitationsempfehlungen und durchgeführte Leistungen (2020 bis 2023)	124
Tabelle 27: Anzahl der Medicproof-Gutachterinnen und -Gutachter nach Qualifikation	127
Tabelle 28: Anzahl der Erstgutachten nach Ort der Erhebung	127
Tabelle 29: Anteile der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument)	129
Tabelle 30: Durchgeführte Regelbegutachtungen mit 25-Arbeitstage-Frist (unter Berücksichtigung auch der Gutachten, für welche die 25-Arbeitstage-Frist im Zeitraum 01.02.2020 bis 30.09.2020 ausgesetzt war), differenziert nach Erledigungsdauer und Leistungsart (2020 bis 2023)	132
Tabelle 31: Pflegebedürftige in sozialer (SPV) und privater (PPV) Pflegeversicherung nach Versorgungsform (2020 bis 2023)	134
Tabelle 32: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsform (2020 bis 2022)	135
Tabelle 33: Leistungsausgaben der SPV und PPV in Relation zu den Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege	136
Tabelle 34: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung (1999 bis 2021)	137
Tabelle 35: Anerkannte AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI (Stichtag: 31. Dezember 2023)	139
Tabelle 36: Neu anerkannte AzUiA nach § 45a SGB XI für die Jahre (2020 bis 2023)	140
Tabelle 37: Neu anerkannte Einzelhelfende nach § 45a SGB XI für die Jahre (2020 bis 2023)	141
Tabelle 38: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (2020 bis 2023)	143
Tabelle 39: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Initiativen des Ehrenamts und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen (2020 bis 2023)	144
Tabelle 40: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45c SGB XI für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen (2020 bis 2023)	146
Tabelle 41: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Anteilsfinanzierung nach § 45d SGB XI für die Förderung und den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)	147
Tabelle 42: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Alleinflanzierung nach § 45d Satz 3 SGB XI für Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)	149
Tabelle 43: Umfang der Förderung der Pflegeversicherung im Wege der Alleinflanzierung nach § 45d Satz 7 und 8 SGB XI für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege (2020 bis 2023)	149

Tabelle 44: Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen und Bundesländern (Stichtag: 31. Dezember 2023)	150
Tabelle 45: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)	152
Tabelle 46: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der PPV	152
Tabelle 47: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der SPV	152
Tabelle 48: Zahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der SPV	153
Tabelle 49: Anzahl der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI	159
Tabelle 50: Anzahl der jährlich durchgeführten MD-übergreifenden Audits stationärer und ambulanter Qualitätsprüfungen (differenziert nach den jeweiligen Medizinischen Diensten)	160
Tabelle 51: Anzahl der bei der DAS registrierten vollstationären Pflegeeinrichtungen	162
Tabelle 52: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulante Pflege)	164
Tabelle 53: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag	165
Tabelle 54: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Tagespflege)	165
Tabelle 55: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Nachtpflege)	165
Tabelle 56: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege)	166
Tabelle 57: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen für eingestreuete Kurzzeitpflege in der vollstationären Pflege	166
Tabelle 58: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege)	167
Tabelle 59: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen)	167
Tabelle 60: Bundesdurchschnittliche Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen	168
Tabelle 61: Bundesdurchschnittliche tägliche Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen	168
Tabelle 62: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege	169
Tabelle 63: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI (1999 bis 2021)	170
Tabelle 64: Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich (Stichtag: 15. Dezember 2021)	171
Tabelle 65: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich (Stichtag 15. Dezember 2021)	171
Tabelle 66: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich (Stichtag 15. Dezember 2021)	173
Tabelle 67: Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag: Geschlecht	174
Tabelle 68: Die fünf am stärksten besetzten Ausbildungsberufe 2022	174
Tabelle 69: Erstimmatrikulationen in primärqualifizierenden Studiengängen nach PflBG (2020 bis 2022)	175

IV. Anhang	203
Tabelle 70: Ausbildungsgänge der Pflegehilfe bzw. Pflegeassistenz	177
Tabelle 71: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft (2019 bis 2023)	183
Tabelle 72: In EWR-Staaten und der Schweiz durchgeführte Begutachtungen nach Gutachtenart (2020 bis 2023)	186
Tabelle 73: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen in EWR-Staaten und in der Schweiz (2020 bis 2023)	187
Tabelle 74: Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld in der SPV (2020 bis 2023)	206
Tabelle 75: Verhältnis Versicherte zu Leistungsbeziehenden in der SPV (2020 bis 2023)	206
Tabelle 76: Leistungsbeziehende der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt (2020 bis 2023)	206
Tabelle 77: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung) (2020 bis 2023)	207
Tabelle 78: Begutachtungsaufkommen beim MD (differenziert nach ambulant/stationär/§ 43a SGB XI) (2020 bis 2023)	209
Tabelle 79: Gutachtenarten gemäß Kapitel 6 der Begutachtungsrichtlinie für in den MD durchgeführten Regelbegutachtungen (2020 bis 2023)	211
Tabelle 80: Anzahl und Verteilung der bei den Erstbegutachtungen des MD vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)	213
Tabelle 81: Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren	215
Tabelle 82: Widersprüche gegen das durch den MD ermittelte Begutachtungsergebnis; Fragestellung: Wird das Vorgutachten bestätigt?	216
Tabelle 83: Prozentuale Anteile der Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durchgeführten Regelbegutachtungen (2020 bis 2023)	218
Tabelle 84: Verteilung der Pflegegrade bei Höherstufungsgutachten des MD (2020 bis 2023)	220
Tabelle 85: Anzahl der durchgeführten Regelbegutachtungen von Medicproof, differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2020 bis 2023)	222
Tabelle 86: Verteilung der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2020 bis 2023)	223
Tabelle 87: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)	225
Tabelle 88: Anteile der bei Änderungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)	226
Tabelle 89: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung (2020 bis 2022)	227
Tabelle 90: Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort der Leistungserbringung (2020 bis 2022)	231
Tabelle 91: Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zur Pflege nach Bundesländern, insgesamt und nach Ort der Leistungserbringung im Berichtsjahr 2022	231
Tabelle 92: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI per Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2021	233

Tabelle 93: Anzahl verfügbarer Plätze von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI nach Bundesländern im Jahr 2021	234
Tabelle 94: Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)	235
Tabelle 95: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2020	235
Tabelle 96: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2021	236
Tabelle 97: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2022	237
Tabelle 98: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2023	238
Tabelle 99: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Tagespflege in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)	239
Tabelle 100: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Nachtpflege in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)	239
Tabelle 101: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2020	240
Tabelle 102: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2021	241
Tabelle 103: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2022	242
Tabelle 104: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2023	243
Tabelle 105: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen für eingestreute Kurzzeitpflege in der vollstationären Pflege (2020 bis 2023)	243
Tabelle 106: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2020	244
Tabelle 107: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2021	245
Tabelle 108: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2022	246
Tabelle 109: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2023	247
Tabelle 110: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen) (2020 bis 2023)	247
Tabelle 111: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2020	248
Tabelle 112: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2020	249
Tabelle 113: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2021	250

Tabelle 114: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2021	250
Tabelle 115: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2022	251
Tabelle 116: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2022	252
Tabelle 117: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2023	253
Tabelle 118: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2023	253
Tabelle 119: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege (2020 bis 2023)	254
Tabelle 120: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 SGB XI oder vergleichbarer Vertragsgestaltungen (2020 bis 2023)	255
Tabelle 121: Investitionskostenförderung nach Versorgungsbereichen (2020 bis 2023)	256
Tabelle 122: Fördersumme im Jahresvergleich nach Bundesländern (2020 bis 2023)	256

IV.5 Anhang A – Tabellen

Tabelle 74: Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld in der SPV (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld (in Mio. Euro, gerundet)	8,5	10,6	10,0	9,2

Quelle: Bericht über die Verwaltung des Vermögens des Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung – Jahr 2020 bis 2023

Tabelle 75: Verhältnis Versicherte zu Leistungsbeziehenden in der SPV (2020 bis 2023)

	2020	2021	2022	2023
Zahl der Versicherten	73.469.372	73.511.586	74.258.802	74.561.433
Zahl der Leistungsempfänger	4.322.772	4.606.490	4.875.337	5.236.586
Anteil der Leistungsbeziehenden an der Zahl der Versicherten (in Prozent, gerundet)	5,9	6,3	6,6	7,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Tabelle 76: Leistungsbeziehende der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt (2020 bis 2023)

Leistungsart	2020	2021	2022	2023
Pflegesachleistung	167.369	169.929	168.280	172.695
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	2.076.329	2.253.469	2.461.530	2.693.909
Kombination von Geld- und Sachleistung	544.186	552.729	566.878	569.863
Tages- und Nachtpflege	85.954	97.368	125.761	145.244
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	23.235	23.714	27.718	31.292
Kurzzeitpflege	22.323	23.501	25.197	26.286
stundenweise Verhinderungspflege	266.021	279.690	334.656	404.895
ambulant insgesamt (einschließlich Mehrfachzählung)	3.185.417	3.400.400	3.710.020	4.044.184

Leistungsart	2020	2021	2022	2023
vollstationäre Pflege	724.695	698.843	708.727	732.188
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	131.674	137.446	136.261	134.881
vollstationär insgesamt	856.369	836.289	844.988	867.069
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	4.041.786	4.236.689	4.555.008	4.911.253

Hinweis: Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten im ambulanten Bereich keine der aufgeführten Leistungen und sind deswegen nicht erfasst.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Tabelle 77: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung) (2020 bis 2023)

Bezeichnung	2020	2021	2022	2023
Einnahmen (in Mrd. Euro)				
Beitragseinnahmen	47,89	49,70	52,45	58,53
davon:				
Beiträge für abhängig Beschäftigte	27,91	29,29	31,25	34,86
Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte	7,45	7,60	8,06	9,01
Beiträge aus Renten	8,50	8,69	9,02	10,05
Beiträge für versicherte ALG-I-Beziehende	0,73	0,69	0,59	0,70
Beiträge für versicherte ALG-II-Beziehende	1,04	1,05	1,03	1,19
sonstige Beiträge	2,26	2,36	2,49	2,72
Sonstige Einnahmen	2,73	2,81	5,33	2,48
Einnahmen insgesamt	50,62	52,50	57,78	61,01
Ausgaben (in Mrd. Euro)				
Leistungsausgaben	45,60	50,23	56,23	56,91
davon:				
Geldleistung	12,89	13,92	14,92	16,18
Pflegesachleistung	5,30	5,50	5,68	6,05
Verhinderungspflege	1,63	1,81	2,12	2,57
Tages-/Nachtpflege	0,74	0,88	1,12	1,40

Bezeichnung	2020	2021	2022	2023
zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	2,03	2,39	2,66	2,95
Kurzzeitpflege	0,61	0,67	0,74	0,85
soziale Sicherung der Pflegerpersonen	2,72	3,07	3,24	3,60
Hilfsmittel/Wohnumfeld- verbesserung	1,38	1,70	1,65	1,74
vollstationäre Pflege	12,98	12,55	16,04	17,09
vollstationäre Pflege in Einrich- tungen der Hilfe für behinderte Menschen	0,42	0,45	0,44	0,43
stationäre Vergütungszuschläge	1,46	1,48	1,59	1,82
Vergütungszuschläge für zusätz- liches Personal in vollstationären Einrichtungen	0,14	0,24	0,34	0,41
Pflegeberatung	0,13	0,13	0,14	0,15
Sonstige Leistungsausgaben	3,16	5,45	5,55	1,68
Hälfte der Kosten des Medizini- schen Dienstes	0,53	0,53	0,53	0,59
Verwaltungsausgaben	1,41	1,50	1,62	1,68
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,53	1,57	1,63	0,00
Sonstige Ausgaben	0,01	0,02	0,03	0,06
Ausgaben insgesamt	49,08	53,85	60,03	59,23
Liquidität (in Mrd. Euro)				
Überschuss der Einnahmen	1,54	---	---	1,78
Überschuss der Ausgaben	---	1,35	2,25	---
Mittelbestand am Jahresende	8,20	6,85	5,60	6,89
in Monatsausgaben laut Haus- haltsplänen der Kassen	2,16	1,65	1,21	1,41
Nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	9,01	10,7	10,45	11,64

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Tabelle 78: Begutachtungsaufkommen beim MD (differenziert nach ambulant/stationär/§ 43a SGB XI) (2020 bis 2023)

Jahr/ Beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut- achtungen	davon					davon in %				
		Erstbegut- achtungen	Höher- stufungs- gutachten	Rück- stufungs- gutachten	Wieder- holungs- gutachten	Wider- spruchs- gutachten	Erstbegut- achtungen	Höher- stufungs- gutachten	Rück- stufungs- gutachten	Wieder- holungs- gutachten	Wider- spruchs- gutachten
ambulant											
2020	2.009.503	1.046.564	768.895	568	28.715	164.761	52,1	38,3	0,0	1,4	8,2
2021	2.082.705	1.057.392	795.878	787	65.442	163.206	50,8	38,2	0,0	3,1	7,8
2022	2.226.977	1.094.010	868.506	576	90.771	173.114	49,1	39,0	0,0	4,1	7,8
2023	2.561.627	1.244.186	1.018.716	626	100.903	197.196	48,6	39,8	0,0	3,9	7,7
stationär											
2020	319.655	50.500	254.396	205	1.704	12.850	15,8	79,6	0,1	0,5	4,0
2021	275.447	46.555	214.046	189	2.899	11.758	16,9	77,7	0,1	1,1	4,3
2022	293.179	47.602	230.533	153	2.835	12.056	16,2	78,6	0,1	1,0	4,1
2023	314.193	46.786	249.019	177	2.827	15.384	14,9	79,3	0,1	0,9	4,9
§ 43a											
2020	9.550	4.416	4.405	7	299	423	46,2	46,1	0,1	3,1	4,4
2021	9.065	3.719	4.364	6	660	316	41,0	48,1	0,1	7,3	3,5
2022	9.282	3.837	4.278	9	834	324	41,3	46,1	0,1	9,0	3,5
2023	9.896	3.015	5.584	9	822	466	30,5	56,4	0,1	8,3	4,7

Jahr/ Beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut- achtungen	davon					davon in %				
		Erstbegut- achtungen	Höher- stufungs- gutachten	Rück- stufungs- gutachten	Wieder- holungs- gutachten	Wider- spruchs- gutachten	Erstbegut- achtungen	Höher- stufungs- gutachten	Rück- stufungs- gutachten	Wieder- holungs- gutachten	Wider- spruchs- gutachten
Erwachsene											
2020	2.276.343	1.063.604	1.015.040	736	25.067	171.896	46,7	44,6	0,0	1,1	7,6
2021	2.294.998	1.068.440	1.000.788	908	55.158	169.704	46,6	43,6	0,0	2,4	7,4
2022	2.443.000	1.101.830	1.089.482	681	72.676	178.331	45,1	44,6	0,0	3,0	7,3
2023	2.781.729	1.240.386	1.256.505	742	79.858	204.238	44,6	45,2	0,0	2,9	7,3
Kinder											
2020	62.365	37.876	12.656	44	5.651	6.138	60,7	20,3	0,1	9,1	9,8
2021	72.219	39.226	13.500	74	13.843	5.576	54,3	18,7	0,1	19,2	7,7
2022	86.438	43.619	13.835	57	21.764	7.163	50,5	16,0	0,1	25,2	8,3
2023	103.987	53.601	16.814	70	24.694	8.808	51,5	16,2	0,1	23,7	8,5

Quelle: MD Bund; Ergebnisse der 15 MD ohne Knappschaft

Tabelle 79: Gutachtenarten gemäß Kapitel 6 der Begutachtungsrichtlinie für in den MD durchgeführten Regelbegutachtungen (2020 bis 2023)

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Begutachtungen	Art der Begutachtung in Prozent			davon Begründung Aktenlage in Prozent		
		Persönliche Befunderhebung	Befunderstellung nach Aktenlage (inklusive Telefoninterview)	Telefoninterview ab 2023 ^a	Aktenlage Antragsteller verstorben	Aktenlage Pflegebegutachtung nicht zumutbar	Aktenlage sonstige Gründe
ambulant							
2020	2.009.503	22,4	77,6		5,3	1,3	93,4
2021	2.082.705	28,6	71,4		6,0	1,4	92,6
2022	2.226.977	44,4	55,6		7,8	2,6	89,6
2023	2.561.627	62,7	31,2	6,1	11,7	4,1	84,2
stationär							
2020	319.655	16,8	83,2		12,8	2,2	85,0
2021	275.447	13,7	86,3		14,2	2,7	83,1
2022	293.179	10,1	89,9		13,2	5,1	81,7
2023	314.193	17,3	80,2	2,5	12,8	4,8	82,4
§ 43a							
2020	9.550	23,2	76,8		2,1	0,4	97,5
2021	9.065	27,9	72,1		2,2	0,5	97,3
2022	9.282	36,0	64,0		3,3	3,7	93,0
2023	9.896	69,2	26,8	4,0	7,6	10,9	81,5

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Begutachtungen	Art der Begutachtung in Prozent			davon Begründung Aktenlage in Prozent		
		Persönliche Befunderhebung	Befunderstellung nach Aktenlage (inklusive Telefoninterview)	Telefoninterview ab 2023 ^a	Aktenlage Antragsteller verstorben	Aktenlage Pflegebegutachtung nicht zumutbar	Aktenlage sonstige Gründe
Kinder							
2020	62.365	28,0	72,0		0,1	0,6	99,3
2021	72.219	30,9	69,1		0,2	0,3	99,5
2022	86.438	51,4	48,6		0,2	0,6	99,2
2023	103.987	79,3	16,9	3,8	0,6	2,4	97,0
Erwachsene							
2020	2.276.343	21,5	78,5		6,5	1,5	92,0
2021	2.294.998	26,8	73,2		7,3	1,6	91,1
2022	2.443.000	40,0	60,0		9,0	3,1	87,9
2023	2.781.729	57,0	37,3	5,7	12,1	4,3	83,6

^a Während der COVID-19-Pandemie wurde ein großer Teil der Begutachtungen als strukturiertes Telefoninterview durchgeführt. Diese Begutachtungen wurden bis 2023 statistisch ausnahmsbedingten Aktenlagen (Aktenlagen sonstige Gründe) zugerechnet.

Quelle: MD-Bund, Ergebnisse der 15 MD ohne Knappschaft.

Tabelle 80: Anzahl und Verteilung der bei den Erstbegutachtungen des MD vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)

Jahr/beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegutachtungen	davon						davon in %					
		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
ambulant													
2020	1.046.564	168.231	272.660	399.408	153.775	39.606	12.884	16,1	26,1	38,2	14,7	3,8	1,2
2021	1.057.353	191.237	299.443	382.642	137.335	34.982	11.714	18,1	28,3	36,2	13,0	3,3	1,1
2022	1.094.010	197.910	310.923	394.510	143.108	35.624	11.935	18,1	28,4	36,1	13,1	3,3	1,1
2023	1.244.186	222.633	358.312	456.447	158.969	36.315	11.510	17,9	28,8	36,7	12,8	2,9	0,9
stationär													
2020	50.500	1.059	2.354	13.399	17.051	10.972	5.665	2,1	4,7	26,5	33,8	21,7	11,2
2021	46.554	1.140	2.514	12.692	15.624	9.647	4.937	2,4	5,4	27,3	33,6	20,7	10,6
2022	47.602	986	2.269	12.896	16.892	9.871	4.688	2,1	4,8	27,1	35,5	20,7	9,8
2023	46.786	857	2.150	13.264	16.992	9.110	4.413	1,8	4,6	28,3	36,3	19,5	9,4
§ 43a													
2020	4.416	1.488	1.316	1.080	399	86	47	33,7	29,8	24,5	9,0	1,9	1,1
2021	3.719	1.233	1.124	906	346	79	31	33,2	30,2	24,4	9,3	2,1	0,8
2022	3.837	1.466	1.008	847	382	108	26	38,2	26,3	22,1	10,0	2,8	0,7
2023	3.015	891	904	767	314	96	43	29,6	30,0	25,4	10,4	3,2	1,4

Jahr/beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegutachtungen	davon						davon in %					
		nicht pflegebedürftig	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	nicht pflegebedürftig	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
Erwachsene													
2020	1.063.604	167.445	271.123	397.943	160.240	48.541	18.312	15,7	25,5	37,4	15,1	4,6	1,7
2021	1.068.400	189.617	297.279	380.182	142.211	42.712	16.399	17,7	27,8	35,6	13,3	4,0	1,5
2022	1.101.830	196.114	307.904	390.167	147.949	43.346	16.350	17,8	27,9	35,4	13,4	3,9	1,5
2023	1.240.386	219.184	353.696	448.224	160.796	42.950	15.536	17,7	28,5	36,1	13,0	3,5	1,3
Kinder													
2020	37.876	3.333	5.207	15.944	10.985	2.123	284	8,8	13,7	42,1	29,0	5,6	0,7
2021	39.226	3.993	5.802	16.058	11.094	1.996	283	10,2	14,8	40,9	28,3	5,1	0,7
2022	43.619	4.248	6.296	18.086	12.433	2.257	299	9,7	14,4	41,5	28,5	5,2	0,7
2023	53.601	5.197	7.670	22.254	15.479	2.571	430	9,7	14,3	41,5	28,9	4,8	0,8

Quelle: MD Bund

Tabelle 81: Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren^a

MD/ Sonder- dienst	Durchgeführte Begutach- tungen ^a	davon										davon in %
		mit Verzöge- rungen im Ver- fahren, die der MD nicht zu verantworten hat	Antrag- steller im Kranken- haus/in Reha-Ein- richtung	wichtiger Behand- lungstermin des Antrag- stellers	Termin von Antrag- steller abgesagt (sonstige Gründe)	Beim ange- kündigten Hausbesuch nicht ange- troffen	Antrag- steller umgezogen	Hausbesuch abgebro- chen, Gewaltan- drohung o. ä. schwer- wiegende Gründe	Hausbesuch abgebro- chen wegen Verständ- igungs- schwierig- keiten	Der Wohn- sitz des An- tragstellers ist nicht im Inland	Antrag- steller verstorben	Hausbesuch abgebro- chen wegen schwer- wiegender Gründe (hochinfekt. Erkrankung d. PP) ^b
2020	1.714.521	351.796	21,8	7,2	40,4	12,8	3,6	7,2	0,8	0,6	15,3	0,0
2021	1.766.676	358.334	20,4	8,6	46,2	9,8	4,0	2,2	1,0	0,7	16,6	0,7
2022	1.856.608	394.239	19,0	9,0	47,5	11,7	4,3	0,4	1,0	0,8	15,9	1,1
2023	2.139.139	392.415	18,8	10,8	46,4	10,0	5,6	0,2	0,7	1,0	15,0	0,6

^a Für den Zeitraum 1. Februar 2020 bis 30. September 2020 wurden auch Fälle berücksichtigt, für die die 25-Arbeitstage-Frist ausgesetzt war. (Differenzierung ambulant und stationär ist nicht möglich).

^b Erst 2021 unterjährig eingeführt, hier Gesamtzahlen genannt.

Quelle: MD Bund; Ergebnisse der 15 MD ohne Knappschaft

Tabelle 82: Widersprüche gegen das durch den MD ermittelte Begutachtungsergebnis; Fragestellung: Wird das Vorgutachten bestätigt?

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Widerspruchs- begutachtungen	davon						davon in %
		Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfoh- lenen Pflegegrad	Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen	Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen	Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfoh- lenen Pflegegrad	Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen	Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen	
ambulant								
2020	164.761	48.093	89.876	26.792	29,2	54,5	16,3	
2021	163.206	47.916	90.248	25.038	29,4	55,3	15,3	
2022	173.114	50.355	94.510	28.247	29,1	54,6	16,3	
2023	197.196	53.314	114.198	29.684	27,0	57,9	15,1	
stationär								
2020	12.850	4.517	5.535	2.798	35,2	43,1	21,8	
2021	11.758	3.889	5.248	2.621	33,1	44,6	22,3	
2022	12.056	4.370	4.736	2.950	36,2	39,3	24,5	
2023	15.384	6.271	5.366	3.747	40,8	34,9	24,4	
Kinder^a								
2020	6.138	2.153	3.271	714	35,1	53,3	11,6	
2021	5.576	1.806	3.207	563	32,4	57,5	10,1	

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Widerspruchs- begutachtungen	davon			davon in %		
		Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfoh- lenen Pflegegrad	Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen	Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen	Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfoh- lenen Pflegegrad	Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen	Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen
2022	7.163	2.166	4.160	836	30,2	58,1	11,7
2023	8.806	2.402	5.400	1.004	27,3	61,3	11,4

Erwachsene^a

2020	171.896	50.632	92.342	28.922	29,5	53,7	16,8
2021	169.704	50.125	92.450	27.125	29,5	54,5	16,0
2022	178.331	52.673	95.263	30.394	29,5	53,4	17,0
2023	203.774	57.183	114.164	32.427	28,1	56,0	15,9

^a ambulant und stationär

Quelle: MB Bund; Ergebnisse der 15 MD ohne Knappschaft

Tabelle 83: Prozentuale Anteile der Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durchgeführten Regelbegutachtungen (2020 bis 2023)

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Begutachtungen ^a	Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel in %	Heilmittel (mind. eine Empfehlung) in %	Physiotherapie in %	Ergotherapie in %	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in %	Podologische Therapie in %	Ernährungs- therapie ^b in %	andere therapeutische Maßnahmen in %
ambulant									
2020	1.905.929	21,8	49,4	39,6	31,6	1,9	0,2	0,0	11,9
2021	1.973.253	23,6	48,7	38,6	31,1	1,9	0,2	0,1	11,9
2022	2.098.093	24,7	47,4	36,8	30,8	1,9	0,2	0,6	11,5
2023	2.435.415	24,0	49,2	38,8	33,5	1,8	0,2	0,1	12,5
stationär									
2020	279.696	1,1	37,2	28,9	27,0	1,8	0,0	0,0	6,9
2021	235.252	1,1	35,5	27,5	25,2	1,7	0,0	0,1	7,3
2022	244.916	1,2	27,4	20,9	19,6	1,3	0,0	0,5	5,6
2023	269.834	0,8	26,5	20,7	20,8	1,0	0,0	0,0	4,3
Erwachsene									
2020	2.132.956	19,6	48,2	39,0	31,2	1,6	0,1	0,0	11,2
2021	2.145.414	21,8	47,7	38,3	30,7	1,5	0,2	0,1	11,3
2022	2.265.791	22,9	45,7	36,1	29,8	1,4	0,1	0,6	10,7
2023	2.611.187	22,4	47,4	38,1	32,4	1,3	0,2	0,1	11,5

Jahr/ Leistungsart	Durchgeführte Begutachtungen ^a	Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel in %	Heilmittel (mind. eine Empfehlung) in %	Physiotherapie in %	Ergotherapie in %	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in %	Podologische Therapie in %	Ernährungs- therapie ^b in %	andere therapeutische Maßnahmen in %
Kinder									
2020	62.036	2,5	32,4	9,3	22,7	11,1	0,0	0,0	13,1
2021	71.980	2,5	32,9	9,2	22,9	11,9	0,0	0,0	13,5
2022	86.082	2,7	34,8	8,8	23,8	12,3	0,0	0,7	14,3
2023	103.468	1,9	35,7	7,8	26,1	12,4	0,0	0,1	15,0

^a Grundgesamtheit gemäß 6.1.1, 6.1.2 und 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien ohne Aktenlagengutachten bei bereits verstorbenem Antragsteller und Aktenlagen mit nicht zumutbarer persönlicher Befunderhebung, da der Empfehlungsteil in diesen Fällen entfällt. Ergebnisse der 15 MD ohne Knappschaft

^b 2021 unterjährig eingeführt

Quelle: MD Bund

Tabelle 84: Verteilung der Pflegegrade bei Höherstufungsgutachten des MD (2020 bis 2023)

Jahr/beantragte Leistungsart	Anzahl Höherstufungsgutachten	davon in %			
		niedrigerer Pflegegrad	gleicher Pflegegrad	höherer Pflegegrad	Keine Angabe möglich
ambulant					
2020	768.895	1,0	26,8	72,2	0,1
2021	795.878	1,2	29,7	69,0	0,1
2022	868.506	1,2	26,6	72,2	0,1
2023	1.017.516	1,0	24,4	74,5	0,1
stationär					
2020	254.396	0,3	17,7	81,9	0,1
2021	214.046	0,4	19,0	80,5	0,1
2022	230.533	0,3	15,8	83,8	0,1
2023	249.088	0,3	16,7	83,0	0,1
Kinder (ambulant + stationär)					
2020	12.656	2,9	37,8	59,2	0,1
2021	13.500	3,6	40,9	55,4	0,1
2022	13.835	3,8	40,2	56,0	0,1
2023	16.781	3,5	39,7	56,7	0,1

Jahr/beantragte Leistungsart	Anzahl Höherstufungsgutachten	davon in %			
		niedrigerer Pflegegrad	gleicher Pflegegrad	höherer Pflegegrad	Keine Angabe möglich
Erwachsene (ambulant + stationär)					
2020	1.015.040	0,8	24,4	74,8	0,1
2021	1.000.788	1,1	27,3	71,6	0,1
2022	1.089.482	1,0	24,1	74,8	0,1
2023	1.255.407	0,8	22,7	76,4	0,1

Quelle: MD Bund

Tabelle 85: Anzahl der durchgeführten Regelbegutachtungen von Medicproof, differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2020 bis 2023)

	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
ambulant^a								
Erstbegutachtungen	80.595	1.681	86.501	1.767	90.330	1.908	103.624	2.264
Veränderungsgutachten	50.876	478	56.324	468	59.657	466	68.071	509
Wiederholungsgutachten	3.172	570	10.495	1.848	12.450	2.652	8.404	1.464
Zweitgutachten	7.716	244	8.670	310	8.646	366	9.684	365
BRI 6.1.4 Vorläufige Pflegegradzuordnung ^b	12.348	29	13.611	28	14.036	19	17.136	28
Gesamt	154.707	3.002	175.601	4.421	185.119	5.411	206.919	4.630
stationär^a								
Erstbegutachtungen	6.586	3	6.892	0	6.797	2	6.972	4
Veränderungsgutachten	20.764	5	18.450	8	18.845	3	19.405	0
Wiederholungsgutachten	386	5	1.183	2	1.169	12	717	3
Zweitgutachten	1.093	0	943	2	1.053	4	1.189	2
BRI 6.1.4 Vorläufige Pflegegradzuordnung ^b	3.377	1	3.401	0	3.766	0	3.930	3
Gesamt	32.206	14	30.869	12	31.630	21	32.213	12

^a Ziffer 6.1.1 bis 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien zusammengefasst.

^b Unter 6.1.4 „Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Bearbeitungszeit“ ist bei Medicproof nur die vorläufige Pflegegradzuordnung nach Aktenlage enthalten, alle anderen verkürzten Fristen werden direkt mit einer Vor-Ort-Begutachtung (6.1.1) durchgeführt.

Quelle: Medicproof

Tabelle 86: Verteilung der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2020 bis 2023)

	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
ambulant in %								
Erstgutachten								
persönliche Befunderhebung vor Ort	14,7	21,7	16,7	19,0	32,3	37,1	52,4	49,5
telefonische Befunderhebung	39,7	55,1	36,9	58,9	21,1	42,6	0,9	31,2
Befunderstellung nach Aktenlage	1,6	0,0	1,7	0,1	1,6	0,0	1,5	0,1
Änderungsgutachten								
persönliche Befunderhebung vor Ort	8,9	5,4	10,2	4,2	10,7	8,1	15,5	12,5
telefonische Befunderhebung	24,8	16,3	23,9	16,4	23,8	11,3	18,6	5,6
Befunderstellung nach Aktenlage	1,7	0,1	1,8	0,1	1,9	0,1	1,9	0,1
Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Pflegegradzuordnung“ ^a	8,6	1,3	8,7	1,2	8,6	0,8	9,1	1,0
Gesamt	100,0							
stationär in %								
Erstgutachten								
persönliche Befunderhebung vor Ort	5,9	0,0	6,7	0,0	11,1	20,0	21,3	57,1
telefonische Befunderhebung	14,5	33,3	15,7	0,0	10,3	20,0	0,2	0,0
Befunderstellung nach Aktenlage	1,1	0,0	1,6	0,0	1,7	0,0	1,4	0,0

	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
Änderungsgutachten								
persönliche Befunderhebung vor Ort	16,2	0,0	11,1	12,5	9,7	40,0	15,0	0,0
telefonische Befunderhebung	48,5	55,6	49,3	87,5	49,7	20,0	43,1	0,0
Befunderstellung nach Aktenlage	2,9	0,0	3,8	0,0	4,7	0,0	5,9	0,0
Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Pflegegradzuordnung“ ^a	11,0	11,1	11,8	0,0	12,8	0,0	13,0	42,9
Gesamt	100,0							

^a Bei der Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Pflegegradzuordnung“ gibt es keine Differenzierung nach Begutachtungstyp (Erstgutachten, Höherstufungsgutachten usw.).

Quelle: Medicproof

Tabelle 87: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)

Begutachtungen/ Pflegegradempfehlung	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
Begutachtungen ambulant								
nicht pflegebedürftig	7.351	50	8.972	74	9.735	77	11.356	72
Pflegegrad 1	17.178	178	20.286	203	21.816	243	26.419	306
Pflegegrad 2	30.794	560	32.375	589	33.946	666	39.744	836
Pflegegrad 3	18.072	628	17.984	645	18.048	669	19.328	777
Pflegegrad 4	5.546	256	5.215	233	5.102	235	5.171	255
Pflegegrad 5	1.651	9	1.666	23	1.680	19	1.603	17
Erstbegutachtungen insgesamt	80.592	1.681	86.498	1.767	90.327	1.909	103.621	2.263
Begutachtungen stationär								
nicht pflegebedürftig	62	0	58	0	55	0	54	0
Pflegegrad 1	197	0	180	0	163	0	190	0
Pflegegrad 2	1.334	0	1.476	0	1.453	2	1.537	2
Pflegegrad 3	2.315	0	2.438	0	2.375	0	2.511	0
Pflegegrad 4	1.786	1	1.824	0	1.813	0	1.823	1
Pflegegrad 5	892	2	915	0	938	0	857	1
Erstbegutachtungen insgesamt	6.586	3	6.891	0	6.797	2	6.972	4

Quelle: Medicproof

Tabelle 88: Anteile der bei Änderungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (2020 bis 2023)

Begutachtungen/ Pflegegradempfehlung	2020		2021		2022		2023	
	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder
Begutachtungen ambulant								
nicht pflegebedürftig (in %)	0,3	0,4	0,3	1,9	0,3	1,9	0,3	1,4
Pflegegrad 1 (in %)	3,4	4,0	4,0	5,3	4,4	7,7	4,3	7,9
Pflegegrad 2 (in %)	20,6	16,9	22,7	18,8	23,6	20,0	25,2	19,1
Pflegegrad 3 (in %)	37,6	37,2	37,7	33,5	37,4	36,5	37,7	37,5
Pflegegrad 4 (in %)	27,8	31,8	25,6	28,6	24,8	22,7	23,5	22,8
Pflegegrad 5 (in %)	10,4	9,6	9,7	11,8	9,5	11,2	9,0	11,4
Änderungsbegutachtungen insgesamt	50.876	478	56.324	468	59.657	466	68.070	509
Begutachtungen stationär								
nicht pflegebedürftig (in %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegegrad 1 (in %)	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Pflegegrad 2 (in %)	4,3	40,0	5,1	25,0	5,1	0,0	5,3	0,0
Pflegegrad 3 (in %)	23,6	0,0	23,8	37,5	24,6	0,0	25,2	0,0
Pflegegrad 4 (in %)	44,8	40,0	43,3	37,5	42,7	33,3	43,0	0,0
Pflegegrad 5 (in %)	27,1	20,0	27,6	0,0	27,4	66,7	26,2	0,0
Änderungsbegutachtungen insgesamt	20.764	5	18.450	8	18.845	3	19.405	0

Quelle: Medicproof, Veränderungs- sowie Höherstufungsgutachten werden bei Medicproof unter dem Begriff Änderungsgutachten geführt.

Tabelle 89: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung (2020 bis 2022)

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben	2020			2021			2022		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege^a	4.862.171.376	1.056.822.155	3.805.349.221	5.329.455.014	1.107.941.917	4.221.513.097	4.098.220.278	1.131.927.829	2.966.292.449
Pflegegeld (§ 64a SGB XII)	116.538.921	116.538.921	0	119.042.131	119.042.131	0	120.274.278	120.274.278	0
davon:									
Pflegegrad 2	32.568.321	32.568.321	0	32.098.501	32.098.501	0	30.813.059	30.813.059	0
Pflegegrad 3	39.954.911	39.954.911	0	40.452.866	40.452.866	0	42.724.609	42.724.609	0
Pflegegrad 4	28.283.259	28.283.259	0	28.762.927	28.762.927	0	29.052.860	29.052.860	0
Pflegegrad 5	15.732.430	15.732.430	0	17.727.837	17.727.837	0	17.683.750	17.683.750	0
Häusliche Pflegehilfe (§ 64b SGB XII)	820.939.429	820.939.429	0	866.380.396	866.380.396	0	869.843.088	869.843.088	0
davon:									
Pflegegrad 2	178.363.005	178.363.005	0	177.886.591	177.886.591	0	174.393.772	174.393.772	0
Pflegegrad 3	198.894.761	198.894.761	0	216.772.935	216.772.935	0	224.950.236	224.950.236	0
Pflegegrad 4	258.281.387	258.281.387	0	276.264.321	276.264.321	0	283.864.884	283.864.884	0
Pflegegrad 5	185.400.276	185.400.276	0	195.456.549	195.456.549	0	186.634.196	186.634.196	0
Verhinderungspflege (§ 64c SGB XII)	3.542.563	3.542.563	0	3.353.883	3.353.883	0	2.665.661	2.665.661	0
Pflegehilfsmittel (§ 64d SGB XII)	11.554.040	11.554.040	0	21.544.235	21.544.235	0	38.835.550	38.835.550	0

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben	2020			2021			2022		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen
Maßnahmen zur Verbesse- rung des Wohnumfeldes (§ 64e SGB XII)	1413.559	1.413.559	0	1.486.357	1.486.357	0	1.477.494	1.477.494	0
Andere Leistungen	93.317.533	93.317.533	0	88.111.680	88.111.680	0	91.486.297	91.486.297	0
davon:									
Aufwendungen für die Bei- träge einer Pflegeperson/bes. Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung (§ 64f Absatz 1 SGB XII)	11.645.602	11.645.602	0	9.436.891	9.436.891	0	11.593.575	11.593.575	0
Beratungskosten für die Pflegeperson (§ 64f Absatz 2 SGB XII)	892.692	892.692	0	504.056	504.056	0	394.306	394.306	0
Kostenübernahme für das Arbeitgebermodell (§ 64f Absatz 3 SGB XII)	80.779.239	80.779.239	0	78.170.733	78.170.733	0	79.498.416	79.498.416	0
Digitale Pflegeanwendungen (§ 64j SGB XII) ^b	0	0	0	0	0	0	164.527	164.527	0
Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 64k SGB XII) ^b	0	0	0	0	0	0	667	667	0

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben	2020			2021			2022		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen
Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 (§ 66 SGB XII)	3.024.566	2.224.885	799.681	2.810.583	2.007.632	802.951	2.165.458	1.730.376	435.082
Entlastungsbetrag bei Pflegegraden 2, 3, 4 und 5 (§ 64i SGB XII)	4.387.389	4.387.389	0	3.990.189	3.990.189	0	4.355.099	4.355.099	0
davon:									
Pflegegrad 2	2.526.914	2.526.914	0	2.159.847	2.159.847	0	2.265.778	2.265.778	0
Pflegegrad 3	1.123.149	1.123.149	0	1.183.339	1.183.339	0	1.339.625	1.339.625	0
Pflegegrad 4	384.912	384.912	0	436.449	436.449	0	547.250	547.250	0
Pflegegrad 5	352.414	352.414	0	210.554	210.554	0	202.446	202.446	0
Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) (§ 64g SGB XII)	11.147.799	0	11.147.799	12.376.743	0	12.376.743	13.823.948	0	13.823.948
Kurzzeitpflege (§ 64h SGB XII)	19.412.848	0	19.412.848	17.718.223	0	17.718.223	16.146.069	0	16.146.069
Stationäre Pflege (§ 65 SGB XII)	3.767.997.694	0	3.767.997.694	4.150.974.399	0	4.150.974.399	2.929.432.577	0	2.929.432.577
davon:									
Pflegegrad 2	670.432.600	0	670.432.600	704.131.379	0	704.131.379	557.077.337	0	557.077.337
Pflegegrad 3	1.239.743.888	0	1.239.743.888	1.394.664.404	0	1.394.664.404	1.038.604.144	0	1.038.604.144

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben	2020			2021			2022		
	insgesamt		davon	insgesamt		davon	insgesamt		davon
	außerhalb von Einrichtungen	in Einrich- tungen							
Pflegegrad 4	1.133.635.829	0	1.133.635.829	1.262.928.184	0	1.262.928.184	855.315.523	0	855.315.523
Pflegegrad 5	724.185.377	0	724.185.377	789.250.432	0	789.250.432	478.435.573	0	478.435.573
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	4.306.469.870	1.026.668.571	3.279.801.299	4.736.937.183	1.077.164.269	3.659.772.914	3.519.154.416	1.103.836.477	2.415.317.939

^a Hilfe zur Pflege zusammen entspricht nicht der Summe der einzelnen Positionen.

^b Im Jahr 2022 neu hinzugekommene Leistungsarten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 90: Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort der Leistungserbringung (2020 bis 2022)

Ort der Leistungserbringung/ Geschlecht	2020		2021		2022	
	am Jahresende	im Laufe des Jahres	am Jahresende	im Laufe des Jahres	am Jahresende	im Laufe des Jahres
außerhalb von und in Einrichtungen ^a	315.875	402.965	314.680	400.040	291.105	376.615
davon:						
männlich	113.020	145.270	112.365	144.005	107.410	138.925
weiblich	202.855	257.695	202.310	256.035	183.700	237.695
außerhalb von Einrichtungen ^a	53.715	70.210	52.340	68.295	53.610	69.905
davon:						
männlich	20.445	27.380	19.730	26.425	20.320	27.020
weiblich	33.270	42.830	32.610	41.875	33.285	42.890
in Einrichtungen ^a	262.840	336.580	263.055	334.860	238.320	309.920
davon:						
männlich	92.800	119.310	92.870	118.720	87.355	113.125
weiblich	170.040	217.270	170.180	216.140	150.965	196.795

^a Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 91: Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zur Pflege nach Bundesländern, insgesamt und nach Ort der Leistungserbringung im Berichtsjahr 2022

Bundesland	Ort der Leistungserbringung	zum Stichtag 31.12.2022	im Jahresverlauf 2022
BB	außerhalb von Einrichtungen	1.615	2.090
	in Einrichtungen	5.805	7.410
	insgesamt	7.385	9.420
BE	außerhalb von Einrichtungen	7.195	9.865
	in Einrichtungen	8.715	11.460
	insgesamt	15.845	21.035
BW	außerhalb von Einrichtungen	3.365	4.830
	in Einrichtungen	26.475	34.235
	insgesamt	29.840	38.745

Bundesland	Ort der Leistungserbringung	zum Stichtag 31.12.2022	im Jahresverlauf 2022
BY	außerhalb von Einrichtungen	6.145	7.715
	in Einrichtungen	30.970	42.355
	insgesamt	37.010	49.545
HB	außerhalb von Einrichtungen	885	1.115
	in Einrichtungen	2.700	3.640
	insgesamt	3.585	4.720
HE	außerhalb von Einrichtungen	4.680	6.185
	in Einrichtungen	16.320	21.730
	insgesamt	20.950	27.595
HH	außerhalb von Einrichtungen	5.190	6.015
	in Einrichtungen	6.540	8.525
	insgesamt	11.540	14.030
MV	außerhalb von Einrichtungen	1.385	1.885
	in Einrichtungen	6.530	7.795
	insgesamt	7.830	9.490
NI	außerhalb von Einrichtungen	3.685	4.790
	in Einrichtungen	25.090	31.425
	insgesamt	28.700	36.050
NW	außerhalb von Einrichtungen	11.995	14.850
	in Einrichtungen	60.665	79.235
	insgesamt	72.655	94.030
RP	außerhalb von Einrichtungen	1.755	2.410
	in Einrichtungen	11.280	15.280
	insgesamt	13.025	17.555
SH	außerhalb von Einrichtungen	1.500	2.025
	in Einrichtungen	8.675	10.840
	insgesamt	10.145	12.765
SL	außerhalb von Einrichtungen	420	580
	in Einrichtungen	4.375	5.855
	insgesamt	4.790	6.410

Bundesland	Ort der Leistungserbringung	zum Stichtag 31.12.2022	im Jahresverlauf 2022
SN	außerhalb von Einrichtungen	2.505	3.470
	in Einrichtungen	11.415	14.425
	insgesamt	13.830	17.710
ST	außerhalb von Einrichtungen	665	1.110
	in Einrichtungen	6.315	7.520
	insgesamt	6.935	8.445
TH	außerhalb von Einrichtungen	620	970
	in Einrichtungen	6.450	8.190
	insgesamt	7.045	9.070

Hinweise: Bezieherinnen und Bezieher von Hilfen verschiedener Art und an verschiedenen Orten werden bei jeder Hilfeart und jedem Ort der Leistungserbringung gezählt. Ohne Bezieherinnen und Bezieher, für die kein abgeschlossenes Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades vorliegt. Seit 2020 erfolgt die Veröffentlichung der Ergebnisse der Statistik der Beziehenden von Leistungen nach dem SGB XII unter Einsatz des Geheimhaltungsverfahrens der Ser-Rundung.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 92: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI per Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2021

Bundesland	Ambulante Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung nach Art der Leistung		
			Vollstationäre Dauerpflege	Vollstationäre Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
BW	1.262	2.013	1.536	217	686
BY	2.140	2.089	1.504	119	803
BE	670	402	297	15	111
BB	804	628	340	98	316
HB	110	153	97	37	54
HH	387	203	151	26	48
HE	1.300	1.019	832	86	297
MV	521	526	263	15	254
NI	1.406	2.034	1.427	66	701
NW	3.194	3.149	2.244	272	1.064
RP	575	583	469	17	338
SL	133	203	159	47	61
SN	1.169	1.102	691	82	447
ST	658	728	438	17	303

Bundesland	Ambulante Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung nach Art der Leistung		
			Vollstationäre Dauerpflege	Vollstationäre Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
SH	544	710	559	126	166
TH	503	573	351	23	229
Bund (Summe)	15.376	16.115	11.358	1.263	5.878

Hinweis: Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hierbei mehrfach berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand Ende 2021

Tabelle 93: Anzahl verfügbarer Plätze von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI nach Bundesländern im Jahr 2021

Bundesland	Insgesamt	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege ^a	Teilstationäre Pflege
BW	109.365	98.600	952	9.813
BY	140.261	127.092	489	12.680
BE	33.814	31.217	267	2.330
BB	32.168	26.530	494	5.144
HB	8.021	6.780	283	958
HH	18.269	17.079	150	1.040
HE	67.823	62.225	855	4.743
MV	25.829	20.597	216	5.016
NI	119.891	105.318	1.602	12.971
NW	196.252	177.008	2.594	16.650
RP	46.823	42.995	128	3.700
SL	14.064	12.555	325	1.184
SN	62.680	54.230	1.093	7.357
ST	36.388	30.469	217	5.702
SH	41.854	38.447	456	2.951
TH	31.186	26.736	195	4.255
Bund (Summe)	984.688	877.878	10.316	96.494

^a Hinweis zur Kurzzeitpflege: Es werden nur verfügbare Plätze angegeben, die nicht auch flexibel für vollstationäre Dauerpflege nutzbar sind.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2021

Tabelle 94: Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	1.570	1.627	1.653	1.665
Bayern	2.347	2.473	2.491	2.525
Berlin	672	704	726	725
Brandenburg	804	841	861	855
Bremen	114	112	112	109
Hamburg	393	396	405	412
Hessen	1.307	1.360	1.415	1.460
Mecklenburg-Vorpommern	521	534	555	563
Niedersachsen	1.399	1.434	1.485	1.500
Nordrhein-Westfalen	3.300	3.460	3.647	3.777
Rheinland-Pfalz	600	621	651	640
Saarland	135	141	152	160
Sachsen	1.179	1.198	1.193	1.195
Sachsen-Anhalt	671	696	714	710
Schleswig-Holstein	537	572	605	621
Thüringen	491	509	513	509
Bund (Summe)	16.040	16.678	17.178	17.426

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 95: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2020

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	52,95	55,05	57,02	58,98	59,96	5,71	5,35	6,52
Bayern	32,38	43,57	48,89	55,63	64,22	4,27	6,88	5,75
Berlin	61,90	62,45	62,99	63,52	63,45	6,54	4,07	6,90
Brandenburg	46,32	46,77	47,47	47,85	48,23	8,31	4,08	7,60
Bremen	26,89	34,46	41,36	48,25	51,90	8,05	5,37	N/A
Hamburg	48,75	51,34	53,91	56,48	59,04	8,77	4,72	7,25

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Hessen	55,25	57,82	60,38	62,94	65,48	7,43	7,37	9,72
Mecklenburg- Vorpommern	39,51	47,17	54,13	61,09	64,57	5,63	5,60	5,61
Niedersachsen	32,23	41,43	49,52	57,48	61,54	10,25	4,34	10,37
Nordrhein- Westfalen	53,22	56,02	58,82	61,63	64,43	10,64	8,19	9,68
Rheinland-Pfalz	29,52	37,85	43,47	49,11	52,89	10,51	5,82	7,20
Saarland	38,57	48,48	56,04	62,89	67,58	6,71	8,95	6,57
Sachsen	32,42	41,17	47,82	54,23	57,82	8,52	3,33	6,69
Sachsen-Anhalt	37,90	45,63	50,61	55,57	61,38	6,88	4,59	6,22
Schleswig- Holstein	34,05	41,62	48,52	55,43	58,89	7,69	6,83	10,52
Thüringen	39,65	44,08	48,46	52,83	57,12	9,66	3,31	9,79
Bund (Durchschnitt)	41,74	47,84	52,32	56,98	60,82	7,79	5,84	8,26

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2020

Tabelle 96: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2021

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	57,01	58,64	60,17	61,69	62,46	6,03	5,61	6,64
Bayern	33,41	44,97	50,35	57,22	66,15	4,49	7,09	5,59
Berlin	64,39	64,94	65,49	66,05	66,6	6,77	4,20	8,72
Brandenburg	48,30	48,76	49,51	49,91	50,30	8,80	4,16	8,14
Bremen	27,74	35,57	42,68	49,79	53,54	8,3	5,57	N/A
Hamburg	51,01	53,72	56,40	59,09	61,77	9,11	4,90	7,25
Hessen	58,30	60,91	63,46	66,01	68,60	7,60	7,56	9,77
Mecklenburg- Vorpommern	42,04	50,09	57,41	64,72	68,38	5,75	5,74	6,24
Niedersachsen	33,33	42,96	51,38	59,59	77,14	10,54	4,41	10,37

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Nordrhein- Westfalen	54,79	57,68	60,56	63,45	66,33	10,88	8,45	10,00
Rheinland-Pfalz	30,53	39,14	44,99	50,85	54,77	10,79	5,99	7,43
Saarland	39,24	49,39	57,02	63,92	68,72	6,63	9,26	6,70
Sachsen	34,26	43,49	50,42	57,05	60,92	8,95	3,43	7,09
Sachsen-Anhalt	40,29	48,34	53,65	58,94	64,80	7,09	4,70	6,41
Schleswig- Holstein	35,32	43,24	50,43	57,62	61,22	7,94	6,99	10,71
Thüringen	42,91	47,70	54,47	57,15	61,83	9,94	3,39	10,08
Bund (Durchschnitt)	43,73	50,03	54,67	59,36	64,76	8,05	6,03	8,56

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2021

Tabelle 97: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2022

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	60,32	61,67	62,94	64,20	64,86	6,32	5,84	6,75
Bayern	34,64	46,60	52,09	59,15	68,47	4,52	7,26	5,71
Berlin	67,08	67,65	68,23	68,81	69,39	7,03	4,33	8,70
Brandenburg	50,65	51,09	51,90	52,31	52,73	9,17	4,26	8,23
Bremen	29,54	37,89	45,46	53,04	56,83	8,67	5,78	N/A
Hamburg	51,45	54,16	56,87	59,52	62,28	9,14	4,92	7,25
Hessen	59,55	62,12	64,65	67,18	69,75	7,60	7,57	9,91
Mecklenburg- Vorpommern	45,14	53,75	61,58	69,41	73,33	5,99	6,00	6,55
Niedersachsen	34,56	44,62	53,40	61,94	66,38	10,87	4,50	10,35
Nordrhein- Westfalen	56,19	59,16	62,11	65,07	68,04	11,11	8,56	10,35
Rheinland-Pfalz	31,47	40,35	46,45	52,55	56,63	11,28	6,27	7,52
Saarland	40,63	51,26	59,52	66,89	71,86	6,90	9,46	6,72

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Sachsen	36,28	46,06	53,35	60,19	64,31	9,49	3,53	7,12
Sachsen-Anhalt	42,16	50,56	56,13	61,69	67,76	7,29	4,85	6,61
Schleswig- Holstein	36,75	44,99	52,49	59,98	63,74	8,22	7,19	10,7€
Thüringen	46,37	51,49	56,58	61,67	66,75	10,63	3,49	10,24
Bund (Durchschnitt)	45,68	52,15	56,85	61,72	65,87	8,34	6,19	8,79

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2022

Tabelle 98: Pflegesätze für die teilstationäre Pflege in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag 2023

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	66,97	68,01	68,98	69,95	70,47	6,90	6,29	7,09
Bayern	37,22	50,04	55,84	63,36	73,40	4,76	7,73	5,72
Berlin	83,14	83,87	84,59	85,32	86,04	7,99	4,74	8,85
Brandenburg	56,79	57,29	58,24	58,71	59,18	10,11	4,63	8,21
Bremen	31,97	40,98	49,18	57,38	61,48	9,56	6,37	N/A
Hamburg	59,33	62,45	65,57	68,69	71,82	9,64	5,24	7,25
Hessen	65,33	67,97	70,56	73,15	75,79	7,82	7,79	10,09
Mecklenburg- Vorpommern	53,43	63,66	72,96	82,27	86,92	6,64	6,64	6,13
Niedersachsen	39,58	51,18	61,32	71,27	76,45	12,69	5,20	10,46
Nordrhein- Westfalen	62,35	65,64	68,91	72,20	75,49	11,54	8,89	10,64
Rheinland-Pfalz	34,23	43,87	50,46	57,07	61,46	12,80	7,14	7,84
Saarland	44,77	56,60	65,77	73,90	79,41	7,46	10,29	6,60
Sachsen	43,08	54,87	63,53	71,56	76,59	10,80	3,93	8,50
Sachsen-Anhalt	48,20	57,80	64,23	70,64	77,39	7,85	5,23	6,64
Schleswig- Holstein	43,43	53,27	62,21	71,1	75,63	9,20	8,21	10,81

Tarfbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Thüringen	55,60	61,72	67,82	73,91	79,99	11,33	3,93	10,63
Bund (Durchschnitt)	51,37	58,57	63,82	69,25	73,86	9,09	6,67	9,06

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2023

Tabelle 99: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Tagespflege in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)

Tarfbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	797	856	886	885
Bayern	1.066	1.153	1.187	1.214
Berlin	110	111	114	113
Brandenburg	308	320	342	343
Bremen	51	55	55	53
Hamburg	48	46	48	48
Hessen	307	321	350	357
Mecklenburg-Vorpommern	238	252	260	260
Niedersachsen	650	697	735	745
Nordrhein-Westfalen	1.015	1.099	1.184	1.212
Rheinland-Pfalz	331	337	344	343
Saarland	64	65	67	68
Sachsen	449	473	487	497
Sachsen-Anhalt	305	332	360	382
Schleswig-Holstein	164	175	181	183
Thüringen	220	237	257	259
Bund (Summe)	6.123	6.529	6.857	6.962

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 100: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Nachtpflege in den einzelnen Bundesländern (2020 bis 2023)

Tarfbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	10	8	9	7
Bayern	0	0	0	1

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Berlin	0	1	1	1
Brandenburg	3	3	3	3
Bremen	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0
Hessen	14	13	13	13
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	1
Niedersachsen	2	2	2	1
Nordrhein-Westfalen	3	3	3	3
Rheinland-Pfalz	79	78	77	76
Saarland	0	0	0	0
Sachsen	3	3	3	3
Sachsen-Anhalt	2	2	2	2
Schleswig-Holstein	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0
Bund (Summe)	116	114	114	111

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 101: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege) 2020

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	50,61	61,10	77,68	94,94	102,61	15,38	14,33	14,06
Bayern	78,18	78,52	78,93	79,35	79,55	10,68	12,02	13,53
Brandenburg	50,50	58,61	77,11	96,40	105,05	15,91	5,25	9,00
Bremen	36,13	46,33	62,51	79,37	86,93	15,38	10,25	17,30
Hamburg	25,03	48,46	64,64	81,50	89,06	13,85	11,98	18,02
Hessen	41,71	50,95	67,10	83,95	91,49	13,97	9,31	16,63
Mecklenburg- Vorpommern	42,65	51,98	68,13	85,00	92,51	10,74	8,78	11,59
Niedersachsen	34,75	44,50	60,65	77,51	85,08	14,80	5,06	16,39
Nordrhein- Westfalen	47,39	57,29	71,55	86,42	93,09	19,47	21,21	18,09

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Rheinland-Pfalz	44,59	57,14	73,35	90,24	97,82	18,77	10,51	14,41
Saarland	45,60	58,52	74,41	90,98	98,41	18,79	10,78	16,34
Sachsen	33,50	42,95	57,84	73,31	78,89	15,76	4,83	10,11
Sachsen-Anhalt	68,16	68,16	68,16	68,16	68,16	11,61	7,74	9,50
Schleswig- Holstein	34,89	44,29	60,47	77,33	84,89	13,04	11,47	16,37
Thüringen	32,55	41,73	57,91	74,78	82,34	18,29	4,98	12,05
Bund (Durchschnitt)	48,56	57,17	70,37	84,14	90,29	15,26	12,37	15,25

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2020

Tabelle 102: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2021

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	53,12	64,73	81,46	98,86	106,66	15,87	13,06	14,16
Bayern	81,12	81,31	81,57	81,85	81,97	11,10	12,40	13,63
Brandenburg	52,48	61,47	80,02	99,27	107,93	16,56	5,42	9,27
Bremen	39,06	50,07	66,25	83,11	90,67	16,19	10,79	17,18
Hamburg	25,69	50,67	66,85	83,71	91,27	14,15	12,32	18,55
Hessen	43,14	53,30	69,39	86,16	93,67	14,43	9,60	16,68
Mecklenburg- Vorpommern	46,03	56,21	72,43	89,29	96,79	11,14	9,12	11,47
Niedersachsen	36,26	46,77	62,93	79,79	87,34	15,49	5,13	16,52
Nordrhein- Westfalen	50,02	60,11	74,12	88,72	95,28	20,01	15,40	18,21
Rheinland-Pfalz	46,99	60,22	76,42	93,30	100,88	19,55	10,95	14,55
Saarland	43,49	61,19	77,18	93,86	101,34	19,30	11,08	16,26
Sachsen	33,50	42,95	57,84	73,31	78,89	15,76	4,83	10,09
Sachsen-Anhalt	71,31	71,31	71,31	71,31	71,31	11,94	7,96	9,60

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Schleswig- Holstein	35,76	45,89	62,07	78,93	86,47	13,46	11,84	16,59
Thüringen	35,70	45,82	62,00	78,87	86,43	19,16	5,17	12,19
Bund (Durchschnitt)	50,48	59,81	73,10	86,95	93,17	15,80	11,11	15,36

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2021

Tabelle 103: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreute Kurzzeitpflege) 2022

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	55,88	68,73	85,52	102,97	110,79	16,38	13,45	14,65
Bayern	84,00	84,12	84,29	84,48	84,56	11,44	12,73	13,67
Brandenburg	53,76	64,03	82,42	101,76	110,43	16,97	5,49	9,70
Bremen	41,30	52,94	69,12	85,98	93,54	16,62	11,08	17,65
Hamburg	26,59	52,82	69,00	85,86	93,42	14,46	12,63	18,60
Hessen	44,08	55,06	71,06	87,74	95,22	14,69	9,77	16,73
Mecklenburg- Vorpommern	52,95	64,43	80,59	97,44	105,01	11,89	9,77	11,40
Niedersachsen	37,94	49,30	65,53	82,39	89,95	16,03	5,23	16,61
Nordrhein- Westfalen	51,90	62,32	76,29	90,84	97,39	20,43	15,74	18,44
Rheinland-Pfalz	48,78	62,54	78,78	95,71	103,27	20,22	11,34	14,91
Saarland	44,14	62,65	78,77	95,57	103,10	19,86	11,40	16,51
Sachsen	33,50	42,95	57,84	73,31	78,89	15,76	4,83	11,29
Sachsen-Anhalt	75,19	75,19	75,19	75,19	75,19	12,43	8,28	9,96
Schleswig- Holstein	38,48	49,78	65,95	82,81	90,37	13,94	12,22	16,71
Thüringen	39,33	50,45	66,64	83,51	91,07	19,74	5,37	12,49
Bund (Durchschnitt)	52,60	62,66	76,02	89,94	96,18	16,26	11,40	15,58

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2022

Tabelle 104: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege) 2023

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfe- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	61,75	77,58	94,50	112,05	119,92	17,71	15,35	14,89
Bayern	91,36	91,47	91,63	91,79	91,87	12,42	23,34	13,74
Brandenburg	59,76	74,82	93,37	112,74	121,43	18,97	6,09	9,71
Bremen	46,11	59,12	75,17	91,90	99,42	17,66	11,78	17,61
Hamburg	28,79	59,33	75,51	92,37	99,93	15,19	13,25	18,66
Hessen	49,77	66,48	82,53	99,25	106,75	15,64	10,42	16,9
Mecklenburg- Vorpommern	105,64	76,97	158,98	109,99	117,55	12,66	10,36	11,93
Niedersachsen	46,77	60,81	77,07	93,95	101,51	18,57	6,28	16,71
Nordrhein- Westfalen	58,58	70,09	83,85	98,20	104,65	21,42	16,48	18,75
Rheinland-Pfalz	53,51	68,65	84,87	101,79	109,38	22,99	12,92	15,27
Saarland	49,94	71,00	87,11	103,91	111,44	22,03	12,65	16,55
Sachsen	33,50	42,95	57,84	73,31	78,89	15,76	4,83	11,29
Sachsen-Anhalt	80,86	80,86	80,86	80,86	80,86	13,62	9,08	10,14
Schleswig- Holstein	45,48	60,33	76,47	93,30	100,84	15,20	13,31	16,99
Thüringen	47,80	61,28	77,46	94,33	101,89	20,25	5,99	12,61
Bund (Durchschnitt)	59,11	71,09	86,10	99,35	105,81	17,65	13,91	15,77

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2023

Tabelle 105: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen für eingestreuete Kurzzeitpflege in der vollstationären Pflege (2020 bis 2023)

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	1.418	1.436	1.443	1.451
Bayern	1.523	1.526	1.507	1.488
Berlin	0	0	0	0
Brandenburg	207	210	224	227
Bremen	96	93	95	91
Hamburg	143	139	138	136

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Hessen	742	748	752	756
Mecklenburg-Vorpommern	147	150	156	158
Niedersachsen	1.390	1.399	1.399	1.391
Nordrhein-Westfalen	2.065	2.067	2.078	2.075
Rheinland-Pfalz	460	467	462	458
Saarland	142	144	149	152
Sachsen	3	3	3	3
Sachsen-Anhalt	448	442	445	441
Schleswig-Holstein	536	529	527	522
Thüringen	334	334	332	336
Bund (Summe)	9.654	9.687	9.710	9.685

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 106: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2020

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	57,18	70,28	89,17	109,06	117,82	16,98	13,99	11,28
Bayern	61,56	69,41	81,12	93,49	99,02	10,49	11,68	11,82
Berlin	104,41	104,41	104,41	104,41	104,41	12,76	6,10	8,86
Brandenburg	65,22	79,84	102,80	127,00	137,82	15,93	5,65	11,54
Bremen	65,71	81,28	85,34	89,41	93,47	16,26	10,73	8,51
Hamburg	99,36	99,36	99,36	99,36	99,36	17,49	14,02	7,39
Hessen	42,58	55,26	76,17	93,16	101,44	14,05	9,71	15,37
Mecklenburg- Vorpommern	65,82	81,97	107,26	133,00	144,51	11,53	9,44	11,29
Niedersachsen	48,71	62,96	79,22	95,87	103,43	15,73	4,93	16,29
Nordrhein- Westfalen	81,07	85,75	90,82	96,14	100,17	20,76	15,92	12,00
Rheinland-Pfalz	43,76	56,10	73,04	90,76	98,70	19,74	11,07	11,94
Saarland	76,72	77,49	78,61	79,77	80,29	19,83	11,04	8,98
Sachsen	44,13	56,45	73,11	88,87	96,07	15,05	4,73	7,99

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Sachsen-Anhalt	74,87	74,87	74,87	74,87	74,87	10,68	7,12	8,64
Schleswig- Holstein	56,99	73,07	90,76	108,79	117,37	7,87	6,54	13,79
Thüringen	77,24	78,57	79,89	81,21	82,53	18,54	4,82	14,75
Bund (Durchschnitt)	64,09	73,14	84,89	96,59	102,40	17,00	10,79	10,71

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2020

Tabelle 107: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2021

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	62,21	76,58	96,28	116,81	125,92	18,23	14,77	11,28
Bayern	73,02	81,09	90,38	100,18	104,56	10,85	12,01	12,50
Berlin	123,15	123,15	123,15	123,15	123,1	15,71	7,08	9,33
Brandenburg	71,88	89,1	114,66	141,50	153,51	19,43	5,42	11,09
Bremen	68,00	86,22	90,53	94,84	99,15	16,14	10,76	8,51
Hamburg	100,93	100,93	100,93	100,93	100,93	17,66	14,25	7,39
Hessen	43,01	55,75	76,73	93,76	102,10	14,27	9,52	15,42
Mecklenburg- Vorpommern	70,40	86,40	111,75	138,41	150,48	12,15	9,94	11,29
Niedersachsen	50,72	65,76	82,19	98,98	106,61	17,17	5,31	16,22
Nordrhein- Westfalen	85,21	89,38	93,86	98,42	102,09	21,34	16,43	13,10
Rheinland-Pfalz	44,62	57,21	73,76	91,06	98,81	20,66	11,54	12,95
Saarland	78,84	80,01	81,17	82,37	82,91	20,47	11,38	8,98
Sachsen	47,02	60,43	78,43	95,07	102,65	15,65	4,87	8,12
Sachsen-Anhalt	76,50	76,50	76,50	76,50	76,50	11,02	7,35	8,64
Schleswig- Holstein	74,87	95,99	115,19	134,39	143,99	3,99	3,68	N/A
Thüringen	94,32	94,32	94,32	94,32	94,32	19,13	5,15	16,8

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Bund (Durchschnitt)	68,62	78,06	89,99	101,73	107,60	17,97	11,53	11,19

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2021

Tabelle 108: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2022

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfle- gung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	64,76	80,63	100,24	120,59	129,67	18,75	15,19	11,28
Bayern	73,02	81,09	90,38	100,18	104,56	10,20	11,33	13,17
Berlin	129,96	129,96	129,96	129,96	129,96	16,02	7,31	9,53€
Brandenburg	74,73	93,53	120,77	149,46	162,30	20,13	5,50	10,95
Bremen	70,58	89,51	93,99	98,47	102,94	16,62	11,08	8,54
Hamburg	104,13	104,13	104,13	104,13	104,13	17,96	14,55	7,39
Hessen	43,43	56,15	78,16	95,55	104,44	14,55	9,71	15,23
Mecklenburg- Vorpommern	77,56	93,95	121,53	150,63	163,66	12,89	10,54	11,29
Niedersachsen	51,31	66,67	82,87	99,79	107,37	17,37	5,25	15,59
Nordrhein- Westfalen	87,44	91,68	96,27	100,92	104,70	21,84	16,82	15,29
Rheinland-Pfalz	45,06	57,77	74,42	91,81	99,60	21,27	11,99	12,95
Saarland	80,58	81,77	82,92	84,13	84,67	20,93	11,64	8,98
Sachsen	51,55	66,20	85,54	103,40	111,51	16,64	5,05	8,40
Sachsen-Anhalt	78,64	78,64	78,64	78,64	78,64	11,20	7,47	7,93
Schleswig- Holstein	74,87	95,99	115,19	134,39	143,99	3,99	3,68	N/A
Thüringen	111,97	111,97	111,97	111,97	111,97	19,63	5,23	16,90
Bund (Durchschnitt)	71,89	81,91	94,14	106,18	112,24	18,54	12,07	12,27

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2022

Tabelle 109: Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege) 2023

Tarifbereich	Pflege- grad 1 (in €)	Pflege- grad 2 (in €)	Pflege- grad 3 (in €)	Pflege- grad 4 (in €)	Pflege- grad 5 (in €)	Unter- kunft (in €)	Verpfl- egung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	73,84	92,37	113,53	135,51	145,14	21,15	16,71	11,28
Bayern	73,02	81,09	90,38	100,18	104,56	12,25	13,72	13,17
Berlin	156,36	156,36	156,36	156,36	156,36	17,77	8,36	9,73
Brandenburg	96,05	120,10	152,71	187,05	202,41	25,98	7,59	10,85
Bremen	75,92	96,94	101,79	106,64	111,49	18,43	12,29	8,57
Hamburg	104,03	106,80	106,80	106,80	106,80	18,52	15,13	7,39
Hessen	50,96	63,54	81,80	97,55	106,13	15,03	10,03	15,30
Mecklenburg- Vorpommern	84,29	102,22	131,06	161,46	175,07	13,96	11,42	11,29
Niedersachsen	58,06	75,42	91,75	108,84	116,47	18,96	5,78	15,83
Nordrhein- Westfalen	93,96	98,37	103,07	107,84	111,79	22,81	17,57	16,05
Rheinland-Pfalz	49,96	64,11	81,79	100,27	108,55	24,83	13,93	12,95
Saarland	89,78	90,63	91,28	91,95	92,25	22,97	12,73	8,88
Sachsen	58,79	75,66	97,53	118,28	127,69	18,40	5,60	10,02
Sachsen-Anhalt	91,38	91,38	91,38	91,38	91,38	12,72	8,48	8,87
Schleswig- Holstein	74,87	95,99	115,19	134,39	143,99	3,99	3,68	N/A
Thüringen	127,63	127,63	127,63	127,63	127,63	20,94	8,23	14,42
Bund (Durchschnitt)	80,41	91,65	104,64	117,65	124,16	20,18	13,23	12,95

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2023

Tabelle 110: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen) (2020 bis 2023)

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	85	103	108	113
Bayern	12	12	14	13
Berlin	16	16	16	16
Brandenburg	8	5	4	3
Bremen	13	13	13	10

Tarfbereich	2020	2021	2022	2023
Hamburg	2	2	2	2
Hessen	27	27	27	27
Mecklenburg-Vorpommern	11	10	12	14
Niedersachsen	32	32	30	28
Nordrhein-Westfalen	135	155	159	158
Rheinland-Pfalz	9	8	8	9
Saarland	29	28	28	26
Sachsen	89	89	78	74
Sachsen-Anhalt	14	16	13	13
Schleswig-Holstein	2	1	1	1
Thüringen	8	9	9	9
Bund (Summe)	492	526	522	516

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 111: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2020

Tarfbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	1.062,07	66,32	15,09	13,29	14,10
Bayern	938,08	87,31	10,36	11,64	13,50
Berlin	991,70	135,06	13,46	6,72	12,63
Brandenburg	759,62	82,74	15,80	5,25	9,76
Bremen	642,25	112,25	15,55	10,37	17,38
Hamburg	701,97	123,20	13,80	11,92	18,01
Hessen	760,72	70,88	13,87	9,25	16,46
Mecklenburg- Vorpommern	602,26	62,36	10,83	8,90	11,11
Niedersachsen	602,16	72,10	14,79	5,06	16,38
Nordrhein- Westfalen	818,27	155,75	19,24	14,81	18,11
Rheinland-Pfalz	786,52	99,78	18,85	10,56	14,35
Saarland	936,46	202,90	18,64	10,71	16,83

Tarfbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Sachsen	595,21	100,69	17,37	4,71	11,63
Sachsen-Anhalt	560,21	71,79	11,60	7,73	9,48
Schleswig-Holstein	603,26	N/A	13,03	11,46	16,21
Thüringen	490,46	111,64	18,41	4,99	11,91
Bund (Durchschnitt)	785,60	106,47	15,22	10,24	14,96

^a Ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI; Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2020

Tabelle 112: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2020

Tarfbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Baden-Württemberg	49,67	60,23	76,41	93,27	100,80
Bayern	39,99	56,77	72,93	89,78	97,34
Berlin	43,35	57,91	74,09	90,95	98,51
Brandenburg	43,03	50,01	66,18	83,05	90,61
Bremen	36,21	46,42	62,60	79,46	87,02
Hamburg	25,51	48,92	65,10	81,96	89,52
Hessen	41,64	50,54	66,68	83,51	91,06
Mecklenburg-Vorpommern	34,06	43,66	59,79	76,61	84,16
Niedersachsen	35,02	44,83	60,99	77,85	85,41
Nordrhein-Westfalen	40,87	52,22	68,40	85,26	92,82
Rheinland-Pfalz	39,99	51,26	67,45	84,31	91,87
Saarland	43,35	56,10	72,27	89,13	96,69
Sachsen	35,18	45,05	61,20	78,04	85,59
Sachsen-Anhalt	32,58	41,86	58,03	74,89	82,46
Schleswig-Holstein	35,19	44,67	60,85	77,71	85,27
Thüringen	32,37	41,5	57,68	74,54	82,10
Bund (Durchschnitt)	39,95	51,38	67,55	84,40	91,96

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2020

Tabelle 113: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2021

Tarifbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	1.166,55	114,08	15,55	12,83	14,22
Bayern	1024,70	105,86	10,64	11,91	13,65
Berlin	1066,48	141,15	13,89	6,90	12,99
Brandenburg	849,87	106,77	16,39	5,41	10,00
Bremen	741,91	143,28	16,02	10,68	17,29
Hamburg	774,64	150,27	14,12	12,26	18,60
Hessen	847,01	104,64	14,35	9,55	16,54
Mecklenburg- Vorpommern	723,68	117,12	11,25	9,20	11,13
Niedersachsen	674,50	83,66	15,55	5,14	16,52
Nordrhein- Westfalen	879,02	191,34	19,73	15,19	18,24
Rheinland-Pfalz	884,90	125,94	19,66	10,98	14,48
Saarland	1023,67	208,99	19,18	11,02	16,83
Sachsen	756,83	118,94	15,53	4,84	12,75
Sachsen-Anhalt	640,84	89,74	11,95	7,96	9,61
Schleswig-Holstein	645,47	52,93	13,43	11,82	16,45
Thüringen	614,89	111,34	19,27	5,18	12,00
Bund (Durchschnitt)	872,65	131,41	15,60	10,40	15,16

^a Ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI; Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2021

Tabelle 114: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2021

Tarifbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Baden-Württemberg	51,96	63,68	79,85	96,72	104,28
Bayern	41,43	59,46	75,63	92,48	100,03
Berlin	44,72	60,37	76,54	93,41	100,97
Brandenburg	45,21	52,99	69,16	86,03	93,59

Tarifbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Bremen	39,01	50,01	66,19	83,05	90,61
Hamburg	26,27	51,35	67,53	84,39	91,95
Hessen	43,19	53,17	69,35	86,21	93,77
Mecklenburg-Vorpommern	37,11	47,58	63,75	80,61	88,18
Niedersachsen	36,48	47,15	63,34	80,19	87,75
Nordrhein-Westfalen	42,50	54,26	70,42	87,28	94,84
Rheinland-Pfalz	42,53	54,52	70,71	87,57	95,13
Saarland	41,52	58,96	75,14	92,00	99,56
Sachsen	39,23	50,33	66,48	83,32	90,87
Sachsen-Anhalt	30,82	39,52	55,69	72,55	80,11
Schleswig-Holstein	35,89	46,03	62,20	79,07	86,63
Thüringen	35,51	45,56	61,74	78,60	86,16
Bund (Durchschnitt)	41,85	54,23	70,40	87,26	94,82

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2021

Tabelle 115: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2022

Tarifbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	1.286,10	134,46	16,02	13,11	14,70
Bayern	1.115,47	143,89	10,99	12,22	13,69
Berlin	1.126,20	163,96	14,23	7,05	13,23
Brandenburg	908,95	117,12	16,94	5,51	10,23
Bremen	839,88	145,71	16,62	11,08	17,65
Hamburg	842,73	165,18	14,34	12,49	18,65
Hessen	915,17	127,16	14,69	9,77	16,61
Mecklenburg- Vorpommern	835,50	154,84	11,85	9,68	11,08
Niedersachsen	759,52	102,21	16,06	5,23	16,62
Nordrhein- Westfalen	938,45	146,32	20,14	15,52	18,51

Tarifbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Rheinland-Pfalz	965,40	150,88	20,67	11,38	14,87
Saarland	1.074,37	218,72	19,75	11,35	16,98
Sachsen	910,18	125,94	16,30	4,96	13,64
Sachsen-Anhalt	766,33	91,56	12,44	8,29	9,95
Schleswig-Holstein	763,69	57,80	13,90	12,22	16,56
Thüringen	756,21	121,98	19,83	5,37	12,22
Bund (Durchschnitt)	964,44	131,41	16,09	10,67	15,43

^a Ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI; Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli.2022

Tabelle 116: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2022

Tarifbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Baden-Württemberg	54,43	67,33	83,50	100,36	107,93
Bayern	42,83	62,35	78,50	95,35	102,90
Berlin	45,75	62,37	78,54	95,40	102,96
Brandenburg	46,70	55,54	71,71	88,58	96,14
Bremen	41,28	52,92	69,1	85,96	93,52
Hamburg	27,01	53,22	69,29	86,03	93,54
Hessen	44,39	55,33	71,46	88,28	95,82
Mecklenburg-Vorpommern	41,25	52,87	69,00	85,83	93,37
Niedersachsen	38,13	49,66	65,92	82,77	90,32
Nordrhein-Westfalen	44,03	56,18	72,34	89,20	96,75
Rheinland-Pfalz	44,45	56,99	73,17	90,03	97,60
Saarland	42,51	60,63	76,80	93,67	101,23
Sachsen	43,08	55,23	71,41	88,27	95,83
Sachsen-Anhalt	34,45	44,14	60,32	77,18	84,74
Schleswig-Holstein	38,66	49,96	66,13	82,99	90,55
Thüringen	39,13	50,19	66,37	83,24	90,80
Bund (Durchschnitt)	43,83	57,14	73,31	90,16	97,72

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2022

Tabelle 117: Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen 2023

Tarifbereich	EEE ^a (Monat) (in €)	Ausbildungs- kosten gesamt (Monat) (Durchschnitt) (in €)	Unterkunft (in €)	Verpflegung (in €)	Investitions- kosten (Durchschnitt) (in €)
Baden- Württemberg	1.550,49	156,66	17,39	14,92	15,01
Bayern	1.332,06	122,59	11,93	13,20	13,76
Berlin	1.459,17	152,40	15,73	7,68	13,51
Brandenburg	1.236,42	117,12	19,18	6,14	10,23
Bremen	1.118,21	140,24	17,83	11,89	17,68
Hamburg	1.053,55	162,44	15,24	13,23	18,69
Hessen	1.260,69	146,93	15,69	10,46	16,77
Mecklenburg- Vorpommern	1.231,78	163,96	12,97	10,58	11,52
Niedersachsen	1.097,64	102,52	18,53	6,27	16,73
Nordrhein- Westfalen	1.148,97	218,72	21,12	16,26	18,81
Rheinland-Pfalz	1.160,66	142,37	22,99	12,93	15,23
Saarland	1.335,53	167,92	22,02	12,66	16,98
Sachsen	1.290,83	157,27	18,20	5,56	14,41
Sachsen-Anhalt	1.047,58	124,11	13,63	9,09	10,13
Schleswig-Holstein	1.114,95	57,49	15,28	13,33	16,85
Thüringen	1.120,40	118,33	20,40	6,04	12,48
Bund (Durchschnitt)	1.244,91	138,11	17,53	11,67	15,67

^a Ohne Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI; Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2023

Tabelle 118: Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen pro Tag 2023

Tarifbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Baden-Württemberg	60,35	76,31	92,53	109,39	116,95
Bayern	46,53	69,47	85,6	102,47	110,03

Tarifbereich	Pflegegrad 1 (in €)	Pflegegrad 2 (in €)	Pflegegrad 3 (in €)	Pflegegrad 4 (in €)	Pflegegrad 5 (in €)
Berlin	56,47	73,30	89,47	106,34	113,90
Brandenburg	52,44	66,06	82,23	99,10	106,66
Bremen	49,04	62,87	79,05	95,91	103,47
Hamburg	29,86	60,43	76,61	93,47	101,03
Hessen	50,08	66,68	82,84	99,68	107,23
Mecklenburg-Vorpommern	49,41	63,28	79,40	96,20	103,73
Niedersachsen	46,93	61,09	77,34	94,21	101,76
Nordrhein-Westfalen	49,49	63,15	79,31	96,17	103,72
Rheinland-Pfalz	49,46	63,41	79,58	96,45	104,01
Saarland	48,46	69,22	85,39	102,25	109,81
Sachsen	52,77	67,75	83,92	100,78	108,34
Sachsen-Anhalt	34,47	44,20	60,37	77,24	84,80
Schleswig-Holstein	46,07	60,97	77,15	94,01	101,57
Thüringen	48,46	62,13	78,30	95,17	102,73
Bund (Durchschnitt)	50,29	66,39	82,57	99,43	106,98

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – zum Stichtag 1. Juli 2023

Tabelle 119: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege (2020 bis 2023)

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	1.565	1.586	1.588	1.583
Bayern	1.642	1.574	1.560	1.541
Berlin	280	279	279	277
Brandenburg	392	392	391	390
Bremen	99	97	95	95
Hamburg	163	159	160	159
Hessen	831	830	836	837
Mecklenburg-Vorpommern	251	253	259	261
Niedersachsen	1.479	1.489	1.493	1.495
Nordrhein-Westfalen	2.247	2.254	2.273	2.273
Rheinland-Pfalz	491	493	492	488
Saarland	163	164	166	168

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Sachsen	701	707	709	707
Sachsen-Anhalt	472	468	469	467
Schleswig-Holstein	578	568	562	560
Thüringen	358	357	357	360
Bund (Summe)	11.712	11.670	11.689	11.661

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 120: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 SGB XI oder vergleichbarer Vertragsgestaltungen (2020 bis 2023)

Tarifbereich	2020	2021	2022	2023
Baden-Württemberg	77	101	99	122
Bayern	28	30	30	35
Berlin	2	2	2	2
Brandenburg	4	4	5	5
Bremen	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0
Hessen (hier: sog. Komplexverträge)	191	193	197	202
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0
Niedersachsen	11	16	24	27
Nordrhein-Westfalen	12	17	29	30
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0
Sachsen	32	33	37	41
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0
Bund (Summe)	357	396	423	464

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 121: Investitionskostenförderung nach Versorgungsbereichen (2020 bis 2023)

Versorgungsbereich	2020 in Mio. Euro	2021 in Mio. Euro	2022 in Mio. Euro	2023 in Mio. Euro
vollstationäre Pflege (davon Subjektförderung)	637 (594)	634 (587)	600 (543)	633 (575)
ambulante Pflege	128	132	139	151
Kurzzeitpflege	42	44	58	55
teilstationäre Pflege	59	62	78	88
gesamt	875	883	876	929

Hinweis: Die Unterschiede zwischen Gesamtbetrag und Summe der Einzelbeträge hängen einerseits mit Rundungen zusammen. Andererseits konnten nicht alle Bundesländer eine Aufteilung nach Versorgungssektoren vornehmen, einige konnten nur eine Gesamtfördersumme angeben, mitunter waren in dieser auch Förderbeträge für sonstige Versorgungsbereiche, wie beispielsweise ambulante betreute Wohngemeinschaften und Begegnungsstätten, enthalten.

Quelle: IGES Institut

Tabelle 122: Fördersumme im Jahresvergleich nach Bundesländern (2020 bis 2023)

Bundesland	Fördersumme in Mio. €				Veränderung in %		
	2020	2021	2022	2023	2021/2020	2022/2021	2023/2022
Baden-Württemberg	2,1	3,2	5,4	1,2	+51%	+69%	-78%
Bayern	55,1	61,8	79,2	85,9	+12%	+28%	+8%
Berlin	1,1	1,1	1,1	1,1	-2%	+3%	-6%
Brandenburg	0,1	0,5	1,4	5,4	> +100%	> +100%	> +100%
Bremen	2,3	2,5	2,8	2,7	+8%	+11%	-3%
Hamburg	0,5	0,5	0,2	0,3	+3%	-56%	+18%
Hessen	2,2	1,9	1,2	-	-16%	-38%	-
Mecklenburg- Vorpommern	4,0	3,3	3,5	3,3	-17%	+4%	-6%
Niedersachsen	58,5	55,0	62,8	63,6	-6%	+14%	+1%
Nordrhein-Westfalen	698,5	700,0	667,2	708,7	< +1%	-5%	+6%
Rheinland-Pfalz	-	-	-	-	-	-	-
Saarland	1,1	1,1	0,9	0,9	-1%	-11%	-5%
Sachsen	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	-	-	-	0,5	-	-	-
Schleswig-Holstein	49,0	52,4	50,6	55,1	+7%	-3%	+9%

Bundesland	Fördersumme in Mio. €				Veränderung in %		
	2020	2021	2022	2023	2021/2020	2022/2021	2023/2022
Thüringen	0,1	0,1	0,1	0,1	-28%	-24%	-19%
Insgesamt	874,7	883,1	876,4	928,6	+1%	-1%	+6%

Quelle: IGES Institut

IV.6 Anhang B – Forschungs- und Modellprojekte

Von den Bundesministerien geförderte Modell- und Forschungsprojekte mit Projektbeginn im Berichtszeitraum (2020 bis 2023)

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BEVOLL- MÄCHTIGTE DER BUNDES- REGIERUNG FÜR PFLEGE	<p>GAP – Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf</p> <p>Als Beitrag zur Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) unterstützt die Pflegebevollmächtigte Pflegeeinrichtungen, die Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeitenden in der Pflege unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf flächendeckend zu verbessern. Teilnehmende Einrichtungen durchlaufen zunächst eine Bedarfsanalyse, bei der die jeweiligen verbesserungsfähigen Bereiche identifiziert werden. Projektcoaches unterstützen sie dann vor Ort bei der Umsetzung besserer Arbeitsbedingungen. Eine zweite Befragung nach Beendigung des Projektes misst den Projekterfolg.</p>	BQS Institut für Qualität- und Patientensicherheit GmbH	01/2021 bis 12/2024	www.gap-pflege.de
BMG	<p>Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege</p> <p>Los 1: Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft</p> <p>Um das Personalangebot in der Pflege gezielt beeinflussen zu können, braucht es empirisch gesichertes Wissen über erwerbsbiografische Prozesse. Deshalb wurde in Los 1 der Frage nachgegangen, wie sich beruflich Pflegende ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen und mit welchen Maßnahmen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege gesteigert werden kann. Zur Beantwortung dieser Frage wurden eine systematische Literaturrecherche, eine qualitative Befragung und eine standardisierte Befragung von beruflich Pflegenden durchgeführt sowie flankierend verschiedene Datensätze sekundäranalytisch ausgewertet. Einige zentrale Ergebnisse lauten: Berührungspunkte mit der Pflege wie Praktika, Zivildienst oder ein freiwilliges soziales Jahr stehen häufig am Beginn einer Karriere in der Pflege. Eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf zu erreichen, ist der Hauptgrund für beruflich Pflegenden, in die Zeitarbeit zu gehen, eine Teilzeit- statt einer Vollzeitbeschäftigung auszuüben, das Pflegesetting oder den Arbeitgeber zu wechseln oder den Pflegeberuf ganz zu verlassen. Die Pflegenden wünschen sich einen partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil, der eigene Handlungsspielräume ermöglicht. Der geplante Qualifikationsmix ermöglicht differenziertere Rollenaufteilungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für patientennahe Tätigkeiten. Digitalisierung wird größtenteils als Chance verstanden. Die</p>	<p>IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH</p> <p>WifOR GmbH</p> <p>contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH</p> <p>Ruhr-Universität Bochum</p>	03/2020 bis 09/2022	www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/abschlussbericht-zur-studie-arbeitsplatzsituation-in-der-akut-und-langzeitpflege-teil-1.html

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Entlohnung in der Pflege ist in den letzten Jahren überdurchschnittlich gestiegen und spielt für die Attraktivität des Berufs eine vermittelnde Rolle.			
BMG	<p>Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege</p> <p>Los 2: Entwicklung von Indikatoren zur Darstellung guter Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege</p> <p>Im Rahmen von Los 2 galt es zu ermitteln, anhand welcher Kriterien sich gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege identifizieren lassen und welche Indikatoren zu deren Darstellung geeignet sind. Im ersten Schritt wurde der aktuelle Wissensstand ermittelt, um relevante Indikatoren zu bestimmen: Forschungen zur „Arbeitgeberattraktivität“ wurden zusammengefasst, Studien zu den Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszufriedenheit in der Pflegebranche aufbereitet sowie die Ergebnisse einer systematischen Recherche internationaler Literatur aufgearbeitet. Im Rahmen einer Expertenbefragung wurden die ermittelten Indikatoren aus deutscher Sicht bewertet. Im zweiten Schritt erfolgte eine modellhafte Erprobung, das heißt die gezielte Bearbeitung der relevanten – mithilfe der Indikatoren bestimmten – Arbeitsbedingungen in 17 Einrichtungen der stationären, der ambulanten und der teilstationären Langzeitpflege. Diese Erprobung wurde wissenschaftlich begleitet. Recherchen, Analysen und modellhafte Implementierung haben ergeben, dass die Arbeitgeberattraktivität in der Pflege insbesondere durch betriebliche Maßnahmen gesteigert werden kann: 1. Führung (Wertschätzung und Unterstützung durch Vorgesetzte, partizipativer Führungsstil); 2. Arbeitsorganisation (mehr individuelle Gestaltungsspielräume, Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte, Arbeitssicherheit); 3. Arbeitszeitgestaltung (verlässliche Dienstplangestaltung, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Flexibilität und Zeit für qualitativ hochwertige Pflege); 4. Personalentwicklung (strukturelles Empowerment, Entwicklungs- und Karriere-möglichkeiten) sowie 5. gezielte Außendarstellung des Unternehmens und seiner Werte im Rahmen der Personalrekrutierung.</p>	<p>IGES Institut GmbH, Berlin</p> <p>Institut für angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) Tübingen</p> <p>Karla Kämmer Beratungsgesellschaft Essen</p>	<p>05/2020 bis 10/2022</p>	<p>www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzer-tierte_Aktion_Pflege/Abschlussbericht_Stu-die_Ermittlung_so-wie_modellhaften_Im-plementierung_von_In-dikatoren_fuer_gute_Ar-beitsbedingungen_in_der_Langzeitpflege_bar-rierefrei.pdf</p>
BMG	<p>Effizienzpotenziale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege</p> <p>Der demografisch bedingt wachsende Anteil von pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung und der gleichzeitige Engpass auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte machen es erforderlich, die vorhandenen (Personal-) Ressourcen optimal einzusetzen, etwa durch verbesserte Arbeitsabläufe. Im Projekt sollte daher untersucht werden, welche Effizienzpotenziale sich durch eine bessere Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet realisieren lassen. Dazu wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Darauf aufbauend wurde eine bundesweite Onlinebefragung der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie der Kostenträger durchgeführt, gefolgt von Experten- und Fokusgruppeninterviews. Auf dieser breiten empirischen Grundlage wurde ein</p>	<p>IGES Institut GmbH, Berlin</p>	<p>10/2020 bis 05/2022</p>	<p>www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/effizienzpotenziale-einer-verbesserten-koordinierung-in-der-ambulanten-pflege.html</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	interaktiver Handlungsleitfaden entwickelt. Die Empfehlungen beziehen sich auf neun Themen: Festlegung von Einzugsgebieten, Sicherstellung der Versorgung, Dienst- und Tourenplanung, Wegezeiten, Poolen von Leistungen, Einsatz digitaler Techniken, Personaleinsatz, Förderhilfen sowie Kooperation / Vernetzung.			
BMG	<p>Darstellung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung (Status quo) sowie Prognosen bis 2060</p> <p>Gegenstand dieses Auftrags ist die Erstellung szenarienbasierter Modellrechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts. Das Ziel ist dabei, die Entwicklung des zur Finanzierung der prognostizierten Ausgaben notwendigen Beitragssatzes aufzuzeigen.</p>	IGES Institut GmbH, Berlin	09/2023 bis 02/2024	
BMG	<p>Begleitende Unterstützung der Geschäftsstelle der Konzentrierten Aktion Pflege beim Monitoring der Umsetzung der Vereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege und beim Erstellen des ersten und zweiten Berichts über die Umsetzungsergebnisse der Vereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege in den Jahren 2020 und 2021</p> <p>Der Auftragnehmer hat das BMG wissenschaftlich-fachlich sowie organisatorisch dabei unterstützt, die Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 2 und 3 bei den jeweils hierfür verpflichteten Akteuren nachzuhalten (Monitoring) und aus den Rückmeldungen der Akteure in Abstimmung mit dem zuständigen Fachreferat die Berichte im Jahr 2020 und 2021 zu erstellen (einschließlich Satz, Layout und Druck).</p>	IGES Institut GmbH, Berlin	06/2020 bis 12/2021	www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html
BMG	<p>Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie (Fortführung)</p> <p>Mit dem Beschluss der Nationalen Demenzstrategie am 1. Juli 2020 durch das Bundeskabinett wird das Ziel verfolgt, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in allen Lebensbereichen nachhaltig zu verbessern. In vier Handlungsfeldern wurden hierfür insgesamt 27 Ziele und 162 Einzelmaßnahmen zwischen den beteiligten Akteuren vereinbart, die bis zum Ende des Jahres 2026 umgesetzt werden. Danach wird Bilanz gezogen. Begleitend führt die Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie ein Monitoring durch. Dies beinhaltet eine Abfrage zum Umsetzungsstand der Maßnahmen und die Erstellung eines Berichts zum Fortschritt der Nationalen Demenzstrategie. Zudem wurde ein „Netzwerk Nationale Demenzstrategie“ aufgebaut, das die weitere Zusammenarbeit der Akteure sowie die Umsetzung der Strategie fördern soll. Im Jahr 2026 soll über die Weiterentwicklung entschieden werden.</p>	Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	01/2022 bis 12/2024	www.nationale-demenzstrategie.de

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>Gesund mit Musik – Klassikfestival Kissinger Sommer</p> <p>Das Festival Kissinger Sommer möchte mit dem Projekt „Gesund mit Musik“ Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht oder nicht mehr zu Konzerten gehen können, ein digitales Konzerterlebnis bieten. Vier Konzerte mit Weltklasseorchestern werden aufgezeichnet und als Livestream an verschiedene Einrichtungen im Gesundheitssektor übertragen. Durch ein lokales Rahmenprogramm soll das digitale Musikerlebnis erweitert werden und somit ein umfassendes Kulturerlebnis bieten, um die mentale Gesundheit und Einsamkeitsbewältigung zu stärken.</p>	Stadt Bad Kissingen	05/2023 bis 09/2023	www.kissingersommer.de www.gesund-mit-musik.de
BMG	<p>Initiative Demenz Partner</p> <p>Die Initiative Demenz Partner hatte das Ziel, über Demenzerkrankungen aufzuklären und für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu sensibilisieren. Die Initiative wurde 2016 von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. ins Leben gerufen. Im Mittelpunkt steht die Aufklärung über Demenz mittels 90-minütiger Kompaktkurse, die vor Ort oder online angeboten werden. Durchgeführt werden diese von mehreren hundert kompetenten Organisationen bundesweit. Befragungen, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung der Initiative durchgeführt wurden, haben gezeigt: Die angebotenen Kurse kamen bei den Teilnehmenden gut an. Sie bewerteten den Wissenszuwachs wie auch den erwarteten Nutzen der Inhalte nicht nur unmittelbar nach dem Kurs, sondern auch vier bis fünf Monate später noch sehr positiv. Besonders positiv: Die Befragten beschrieben zahlreiche konkrete Situationen, in denen sie nach der Teilnahme an einer Demenz-Partner-Veranstaltung viel sensibler mit Menschen mit Demenz umgehen.</p> <p>Die Initiative Demenz Partner ist Teil der Maßnahmen, die die Bundesregierung, gemeinsam mit Vertretern aus den Ländern und NGOs, im Rahmen der nationalen Demenzstrategie festgelegt hat.</p>	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.	04/2021 bis 12/2023	www.demenz-partner.de
BMG	<p>Fachtag zur Unterstützung der Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“</p> <p>Im Mai 2019 wurde der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ veröffentlicht. Im Mittelpunkt dieses Expertenstandards steht die Gestaltung und Förderung der Beziehungen zu Menschen mit Demenz. Dem liegt das Konzept der personenzentrierten Pflege zugrunde, die die Person in den Mittelpunkt stellt und dabei die Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt sieht. Vier Jahre nach seiner Veröffentlichung haben zahlreiche Einrichtungen, Dienste und Krankenhäuser den Expertenstandard erfolgreich umgesetzt. Auf der BAGFW-Fachveranstaltung wurden Beispiele vorgestellt und der Stand der</p>	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)	11/2023	www.bagfw.de/veranstaltungen

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Umsetzung diskutiert. Wichtig scheint zu sein, alle Berufsgruppen mitzunehmen und als multiprofessionelles Team zu arbeiten. Im Fokus steht die Haltung der Beteiligten, die nicht kurzfristig geschult, sondern mittel- bis langfristig entwickelt werden muss. Der personenzentrierte Ansatz stellt zwar für Pflegekräfte und Einrichtungen eine gewisse Herausforderung dar, ist im Ergebnis für die Qualität der Pflege und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen aber absolut gewinnbringend.			
BMG	<p>KoWeP – Kompetenzkommunikation und Wertschätzung in der Pflege</p> <p>Im Projekt „KoWeP“ geht es um die Förderung und Verbesserung der sprachlichen Darstellung der Berufskompetenzen von Pflegefachkräften. Auf diese Darstellung(sfähigkeiten) kommt es an, damit sich im öffentlichen Raum ein realistisches Bild des Pflegeberufs durchsetzen kann. Im Projekt wurde zunächst das Konzept der „Kompetenzkommunikation“ empirisch überprüft und weiterentwickelt. Dann wurde auf dieser Grundlage ein Schulungskonzept erarbeitet, umgesetzt und evaluiert. Die Schulung kann Pflegefachkräfte darin bestärken, die eigene Expertise, den Wert der Tätigkeit und die positiven Aspekte des Pflegeberufs deutlicher nach außen zu kommunizieren. Die Erwartung ist, dass eine andere Darstellung des Pflegeberufs auch die Wahrnehmung des Pflegeberufs im öffentlichen Raum und seine gesellschaftliche Wertschätzung wie auch das Selbstwertgefühl der Pflegefachkräfte steigern werden.</p>	Frankfurt University of Applied Sciences	12/2020 bis 03/2023	www.pflegenetzwerk-deutschland.de/thema-kompetenzkommunikation-und-wertschaetzung-in-der-pflege-kowep
BMG	<p>Momedocare: Modern Men do Care – mehr Männer für die Pflege von morgen</p> <p>In dem Projekt wurde der Frage nachgegangen, inwieweit es möglich ist, mehr Männer für die Pflege zu gewinnen, um dem Personalmangel in der Pflege zu begegnen. Dazu wurde mithilfe systematischer Literaturrecherche sowie Interviews und Gruppendiskussionen mit Fach- und Führungskräften der ambulanten und stationären Pflege einschlägiges Wissen zu den „Faktoren“ zusammengetragen, die den Einstieg von Männern in den Beruf der Pflege hemmen oder fördern, sowie Maßnahmen untersucht, die geeignet sind, den Berufseinstieg zu fördern und zu erleichtern. Auf dieser Grundlage wurde eine „Handreichung mit Maßnahmen zur Steigerung des Anteils männlicher Pflegefachpersonen“ erstellt und erprobt. In der „Handreichung“ werden Empfehlungen formuliert, wie Öffentlichkeitsarbeit, Recruiting und Personalmanagement so gestaltet werden können, dass Männer (besser) angesprochen und erreicht werden.</p>	Gesundheitswirtschaft Nordwest e. V.	10/2021 bis 03/2023	www.gesundheitswirtschaft-nordwest.de/themen-projekte/modern-men-do-care-mehr-maenner-fuer-die-pflege-von-morgen
BMG	<p>Neuer Personalmix und neue Modelle zur Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege</p> <p>In der Folge des PSG II war die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen enorm gestiegen, sodass sich die Sicherung der Personalausstattung hier zu einer besonderen Herausforderung entwickelte. In dem Projekt wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um Versorgungs- und Per-</p>	IGES Institut GmbH, Berlin	11/2020 bis 03/2021	

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>sonalkonzepte in der ambulanten Pflege zu ermitteln, die sich im internationalen Vergleich als erfolgversprechend erwiesen haben. Es zeigte sich, dass Case Management zu geringeren Versorgungskosten und einer gesteigerten Versorgungs- und Lebensqualität der Leistungsempfängenden führt. Als erfolgversprechende komplexe Versorgungsmodelle erwiesen sich CAPABLE (USA), Buurtzorg (Niederlande), Community Health Nursing (Skandinavien, England, USA, Kanada) und das 4M-Modell (USA). Wie beim Case Management wird ein „personenzentrierter“ Ansatz verfolgt, der zu einer hohen Zufriedenheit bei pflegebedürftigen Menschen und Pflegefachkräften führt. Die große Herausforderung bei personenzentrierten Ansätzen besteht in der Koordination und Vernetzung einer einzelfallbezogenen sektorenübergreifenden Versorgung. Sie setzt hochqualifizierte Pflegekräfte, eine selbstständigere und selbstverantwortliche Rolle der Pflegekräfte sowie mehr Kooperationsbereitschaft seitens der Ärzteschaft voraus.</p>			
BMG	<p>#pflegereserve – Erprobung und Weiterentwicklung einer bundesweiten Vermittlungsplattform von freiwilligen Pflegekräften</p> <p>Fachkräftemangel und strukturelle Defizite haben der Pflege schon vor der COVID-19-Pandemie zugesetzt. Schutzauflagen und hoher Krankenstand haben die Mängel während der Pandemie weiter verschärft. Um die Belastungen abzumildern, hat die Bertelsmann Stiftung im März 2020 die bundesweite, onlinebasierte Vermittlungsplattform #pflegereserve initiiert. Von Januar 2021 bis Dezember 2021 wurde die Plattform im Auftrag des BMG von der Bundespflegekammer betrieben. Ziel der Plattform war es, Einrichtungen, die einen akuten bzw. zu erwartenden personellen Engpass haben, durch einen IT-gesteuerten Matchingprozess mit freiwilligen Pflegefachpersonen und weiterem (nicht-)medizinischen Personal zusammenzubringen. Um den Betrieb der Plattform zu evaluieren, wurden prozessproduzierte Kennzahlen ausgewertet sowie Pflegeeinrichtungen und „Pflegereservistinnen und -reservisten“ befragt (standardisierte Befragungen, Fokusgruppeninterviews). Bis Ende des Jahres 2021 haben sich fast 3.000 Reservistinnen und Reservisten sowie über 1.000 Einrichtungen mit fast 2.000 Standorten registrieren lassen. Tatsächlich nachgefragt wurde jedoch im Jahresverlauf nur eine relativ geringe Anzahl an Reservistinnen und Reservisten. Gleichwohl sah eine Mehrheit der Befragten in der #pflegereserve einen sinnvollen Ansatz.</p>	Bundespflegekammer	01/2021 bis 12/2021	

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>Potenziale der Telepflege</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat entsprechend den Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) das IGES Institut mit einer Studie zur Untersuchung der Potenziale der Telepflege in der pflegerischen Versorgung beauftragt. Ziel der Studie war es herauszuarbeiten, welche konkreten Einsatzmöglichkeiten es für telepflegerische Lösungen gibt und welche Vorteile diese gegenüber der herkömmlichen Versorgung haben. Anschließend sollten konkrete Handlungsfelder für den regelhaften Einsatz von Telepflege identifiziert und Handlungsempfehlungen bzgl. der erforderlichen Rahmenbedingungen abgeleitet werden.</p>	IGES Institut GmbH, Berlin	12/2019 bis 11/2020	www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf
BMG	<p>Qualität in ambulant betreuten Wohngemeinschaften stärken</p> <p>Das Projekt diente dazu, eine Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) für ambulant betreute Wohngemeinschaften zum Thema „Gut versorgt wohnen – Balance zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung“ im Jahr 2022 vorzubereiten und durchzuführen. Mit dieser Fachtagung (und einer vergleichbaren, ebenfalls geförderten Fachtagung in 2019) will die BAG die Versorgungsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Öffentlichkeit bekannter machen. Diskutiert wurde bei der Fachtagung im Herbst 2022 über fachlich dringliche Themen wie Vernetzung, Zusammenarbeit mit der Kommune, Sozialraumbezug, Qualitätssicherung und Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie. Die einzelnen Fachbeiträge und ein Graphic Recording wurden als Tagungsdokumentation im „Bundesweiten Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften“ (Nr. 10) veröffentlicht.</p>	Verein Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA) e. V., Berlin	11/2021 bis 12/2022	www.wg-qualitaet.de
BMG	<p>SeLeP 2.0</p> <p>Beim Projekt „Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim 2.0 (SeLeP 2.0)“ handelt es sich um eine Fortsetzungsstudie, die dazu diente, das im Vorgängerprojekt SeLeP 1.0 entwickelte Konzept für ein Schulungsmodul gemeinsam mit für den Praxiseinsatz vorzubereiten und dann in Pflegeheimen praktisch zu erproben. Dieses Lernkonzept ist darauf ausgerichtet, sich im Alltag eines Pflegeheims kontinuierlich mit den Themen Würde und Selbstbestimmung zu befassen, Pflege- und Leitungskräfte, Bewohnerinnen und Bewohner sowie An- und Zugehörige daran zu beteiligen, die Arbeit für alle möglichst leicht zu machen und dabei mit den anderen Beteiligten in einen Austausch über ihre unterschiedlichen Perspektiven zu kommen. Kernstück der Schulung ist das Tool CareIna, das zur Lernbegleitung gedacht ist und neben Texten und Podcasts zu zentralen Inhalten auch Lernaufträge und Reflexionsaufgaben umfasst, die zur leichten Übertragung in den Alltag gedacht sind. In der Erprobung erwies sich das integrative Konzept mit seiner Adressierung der unterschiedlichen Beteiligtegruppen als sehr gelungen, hatte es doch das</p>	Universität Augsburg	08/2021 bis 10/2022	www.pflegenetzwerk-deutschland.de/selep-20

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	tägliche Miteinander aller dort lebenden und arbeitenden Menschen verbessert und einen Prozess der Organisationsentwicklung angestoßen.			
BMG	<p>SeLeP 3.0</p> <p>Im Anschlussprojekt SeLeP 3.0 wird mit ausgewählten Pflegeeinrichtungen ein Train-the-Trainer-Konzept erprobt, um die Voraussetzungen für eine Verbreitung des Schulungskonzepts in der Fläche zu schaffen. Begonnen wurde im Herbst 2023 mit einer zweitägigen Schulung von Leitungspersonen aus verschiedenen Einrichtungen der Langzeitpflege, die in den folgenden Monaten ihr Wissen an die Mitarbeitenden weitergeben und ihrerseits zum selbstbestimmten Leben im Pflegeheim schulen werden. Im Frühjahr 2024 sind weitere Veranstaltungen mit den Leitungspersonen geplant, um die Erfahrungen mit der Umsetzung der Schulung zu teilen und zu reflektieren.</p>	Pädagogische Hochschule Freiburg i. Br.	12/2023 bis 03/2024	
BMG	<p>ETAP – Evaluation von teilautomatisierten Pflegeprozessen in der Langzeitpflege am Beispiel von KI-basiertem Bewegungsmonitoring</p> <p>Aufbauend auf der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege sowie den Digitalisierungsstrategien des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der damit erfolgten Förderung von Digitalisierung der Langzeitpflege (LZP) soll die konkrete Nutzung des Einsatzes von künstlicher Intelligenz (KI) in der Pflege erforscht, praktisch umgesetzt und die Kosten-Nutzen-Relation festgestellt werden. Dazu bedarf es entsprechender wissenschaftlicher Untersuchungen und neuer Erkenntnisse zum Einsatz und zur Nutzung von KI im Pflegealltag. Das übergeordnete Ziel beim Projekt ETAP ist die Analyse möglicher Be- und Entlastungseffekte des pflegerischen Personals bei der Versorgungsplanung und der Pflegedokumentation. Dies soll im Projekt aus der Perspektive der Pflege-, Arbeits- und Sozialwissenschaften, der Gesundheitsökonomie sowie der (Medizin-)Informatik in Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege untersucht werden. Hierzu soll ein Sturzerkennungssystem, das das individuelle Bewegungsverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst und analysiert, genutzt werden. Mit diesem System sollen sowohl stationäre Zimmer als auch ambulante Haushalte von Pflegebedürftigen ausgestattet werden, um diese unterschiedlichen Pflegesettings vergleichen zu können. Es wird außerdem analysiert, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit Arbeit im Zusammenhang mit KI-Diensten gesundheitsförderlich beziehungsweise entlastend gestaltet werden kann.</p>	Westfälische Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen Institut Arbeit und Technik (IAT)	02/2022 bis 01/2025	www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/kuenstliche-intelligenz/etap

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>AktiSmart-KI – Automatische Erkennung von Aktivitäten und Bewegungsmustern mithilfe von Sensoren</p> <p>Körperliche Aktivität und Bewegung sind wichtige Faktoren für den Gesundheitszustand. Insbesondere bei älteren Menschen ist Bewegung wichtig, um beispielsweise Gesundheitsschäden vorzubeugen. Aufgrund der im Durchschnitt immer älter werdenden Bevölkerung in Deutschland rückt das Forschungsprojekt AktiSmart-KI das Bewegungsproblem in der geriatrischen Rehabilitation in den Fokus. Dabei stellen Aspekte wie Art und Zusammensetzung der Bewegung wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Diagnose und Therapie dar. Mittels Sensoren können diese Parameter erfasst werden. Heutige Methoden zeichnen jedoch keine komplexen Bewegungsmuster auf. Daher sollen in diesem Projekt neue Methoden entwickelt werden, die mit detaillierten Aufnahmen und Einordnungen von Bewegungsabläufen zu einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten beitragen. Im Rahmen des Projekts AktiSmart-KI sollen mittels smarter Sensoren, die die Patientinnen und Patienten am Körper tragen, Aktivitätsmuster detailliert erfasst werden. So soll beispielsweise ermöglicht werden, automatisiert Stürze zu erkennen oder die Häufigkeit bestimmter Aktivitäten zu zählen. Hieraus können später individuelle Behandlungsbedarfe abgeleitet und auch im Falle eines Sturzes frühzeitig und automatisiert Hilfe angefordert oder Vertrauenspersonen benachrichtigt werden.</p>	Universität Ulm	04/2020 bis 12/2022	www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/digitale-innovation/modul-1-smarte-sensorik/aktismart-ki.html
BMG	<p>KIPRODE – Künstliche Intelligenz zur Vorbeugung von Wundliegeneschwüren</p> <p>Bei älteren, bettlägerigen oder gelähmten Personen und Menschen mit Diabetes können Druckwunden und -geschwüre (Dekubitus und Druckulcus) die Lebensqualität und Gesundheit dauerhaft beeinträchtigen. Unbehandelt können sie zu schlecht heilenden Wunden und schlimmstenfalls zur Amputation von Gliedmaßen führen, was neben den individuell belastenden Folgen auch hohe volkswirtschaftliche Kosten mit sich bringt. Beginnende oder infizierte chronische Wunden werden von den Patientinnen und Patienten aufgrund verminderter Nerven- und Schmerzempfindung oftmals nicht bemerkt oder dem medizinischen Personal aus Scham oder Unkenntnis nicht angezeigt. Vor allem in der ambulanten Pflege können zu behandelnde Menschen jedoch nicht stetig überwacht werden. Diese Versorgungslücke soll durch ein sensorbasiertes Dekubitus-Frühwarnsystem geschlossen werden. Ziel des Projekts KIPRODE ist es, mithilfe automatisierter und auf KI basierender Messmethoden eine Wundentstehung frühzeitig zu erkennen und letztlich zu unterbinden. Hierzu soll ein Prophylaxe-Tool mit Sensorpflastern und telemedizinischer Schnittstelle zwischen ärztlichem Fachpersonal und den zu behandelnden Menschen entwickelt werden.</p>	Fraunhofer-Einrichtung für Mikrosysteme und Festkörper-Technologien (EMFT)	01/2020 bis 12/2022	www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/digitale-innovation/modul-1-smarte-sensorik/kiprode.html

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>MUT – Modell für die Umsetzung der Telemedizinischen Betreuung von PflegeheimbewohnerInnen durch ambulante ÄrztInnen im ländlichen Raum – Konzept & Pilotphase</p> <p>Ziel des MUT-Projekts ist es, im Rahmen einer Implementierungsstudie in der Realversorgung zu erkennen, welche konkreten Hemmnisse im ländlichen Raum für den Einsatz von Telemedizin bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf bestehen, und einen praxistauglichen MUT-Handlungsleitfaden zu entwickeln, wie diese überwunden werden können. Es wurde der Forschungsfrage nachgegangen, welche Hindernisse bei der Implementierung von telemedizinischen Anwendungen in der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden auftreten. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Mixed-Methods-Design umgesetzt. Dieses umfasste eine qualitative Prozessevaluation mit Basis- und Folgeinterviews und eine quantitative Analyse, die auf Basis der Pflegedokumentation und entsprechender quantitativer Erhebungen bei den beiden pilotierten Pflegeheimen und den drei Pilotpraxen in der Niederlausitzer Pilotregion Luckau-Calau beantwortet werden konnte. Die Erfahrungen aus der MUT-Konzept- und -Pilotphase bestätigen die Hypothese, dass die wesentlichen Hemmnisse bei der Einführung von Telemedizin in den Versorgungsalltag von Menschen mit Pflegebedarf vor allem bei der Überwindung von Ängsten und technischen Hürden sowie der Umsetzung dafür notwendiger Infrastrukturinvestitionen zu finden sind. Diese Pilotergebnisse bedürfen jedoch einer Validierung durch längere und breitere Feldtests auch in weiteren Regionen.</p>	<p>fib Forschungsinstitut und Data Science Institute der bbw Hochschule Berlin</p> <p>Zentrum Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg</p> <p>Bayerische Telemedizin Allianz und GOIN Arztnetz Ingolstadt</p> <p>BAB Bildungsgesellschaft der Initiative Luckau.digital</p>	<p>06/2020 bis 02/2021</p>	<p>www.mut-zdg.de</p>
BMG	<p>MUT21 – Modell für die Umsetzung der Telemedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ländlichen Versorgungsräumen</p> <p>Ziel des MUT21-Projekts war es, im Rahmen einer Implementierungsstudie in der Realversorgung zu erkennen, welche konkreten Hemmnisse im ländlichen Raum für den Einsatz von Telemedizin bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen bestehen, und Erkenntnisse zu gewinnen, wie diese überwunden werden können. Das Projektziel der 15-monatigen MUT21-Testphase konnte sowohl bezüglich der messbaren Teilziele als auch bezüglich der Erprobung des MUT-Konzepts und des MUT-Handlungsleitfadens in den beiden ländlichen Testregionen Elbe-Elster und Niederlausitz in Südbrandenburg erreicht werden. Das MUT-Konzept wurde in der ambulanten telemedizinisch unterstützten Versorgungspraxis von 130 Menschen mit Pflegebedarf getestet. Diese wurden in sieben Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Demenz- und Intensivpflege, Pflege-Wohngemeinschaften) von acht Praxen (Haus- und Fachärzte bzw. -ärztinnen) versorgt. Durch den Einsatz von Videosprechstunden ist die mittlere Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte je Monat um signifikante 39 Prozent gestiegen, und die medizinischen und pflegerischen Ressourcen konnten im Mittel um 3,9 Stunden pro Monat entlastet werden. Als weiteres</p>	<p>bbw Hochschule der bbw Akademie für betriebswirtschaftliche Weiterbildung GmbH</p> <p>DSI-Data Science Institute GmbH</p> <p>MEDIS Management GmbH</p> <p>Arbeiterwohlfahrt (AWO) Regionalverband Brandenburg Süd e. V.</p>	<p>10/2021 bis 12/2022</p>	<p>www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/zdg/mut21.html</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Projektergebnis wurden elf fachliche, technische und administrative Hemmnisse bei der Umsetzung von Telemedizin für die Pflege extrahiert und dazu passende Lösungsvorschläge entwickelt. Der weiterentwickelte MUT-Handlungsleitfaden steht nun für die bundesweite Anwendung zur Verfügung.	Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) GmbH		
BMG	<p>Robotik in der Pflege / E-care</p> <p>Um zu erforschen, unter welchen Bedingungen der Einsatz sozialer Roboter in der Pflege verantwortbar oder sogar geboten ist, fördert das BMG seit 2022 das Projekt „Ethics Guidelines for Socially Assistive Robots in Elderly Care: An Empirical-Participatory Approach (E-care)“. Das bis 2025 laufende Projekt der Universität Potsdam soll helfen, den bedarfs- und bedürfnisgerechten sowie sicheren und sinnvollen Einsatz robotischer Assistenzsysteme in der Pflege zum Wohl der zu pflegenden Menschen zu gestalten. Ergebnisse sollen in einen Leitfaden als Orientierungshilfe für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Pflegeeinrichtungen, Patientinnen und Patienten, Angehörige) münden.</p>	Universität Potsdam	11/2022 bis 04/2025	www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/robotik-in-der-pflege/e-care
BMG	<p>HALT-4 – Nosokomiale Infektionen und Antibiotika-Anwendung in Langzeitpflegeeinrichtungen</p> <p>Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) führt seit dem Jahr 2010 regelmäßig europaweit nationale Punkt-Prävalenzstudien zur Häufigkeit von nosokomialen Infektionen (NI) und zur Antibiotika-Anwendung in Langzeitpflegeeinrichtungen (HALT-Studien) durch. Die Daten erlauben u. a. einen Vergleich der teilnehmenden EU-Staaten und Aussagen zur Trendentwicklung auf nationaler und europäischer Ebene. 2023 wird HALT-4 stattfinden, das Vorhaben stellt den deutschen Teil der Erhebung dar. Nach der Schulung der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen werden dort an einem Stichtag sämtliche Bewohner und Bewohnerinnen auf die Gabe von Antibiotika und das Vorliegen von NI überprüft. Daneben werden weitere Daten erhoben, um die Prävalenz von NI mit dem Vorhandensein bestimmter Strukturen korrelieren zu können. Auch die geschätzte Impfquote zu COVID-19 der Mitarbeitenden und der Bewohnenden sowie die antivirale Therapie bei COVID-19 werden erfasst.</p>	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin	10/2023 bis 09/2024	www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/Abt3/FG37/HALT.html#:~:text=Das%20RKI%20ist%20die%20Koordinierungsstelle, April%20bis%20Juni%202024%20durchgef%C3%BChrt
BMBF	<p>AdaMeKoR – Ein adaptives Mehrkomponenten-Robotersystem für die Pflege</p> <p>Pflegende, die Menschen mit Mobilitätseinschränkungen betreuen, bekommen oft Rückenprobleme, da die Belastung für Muskeln und Skelett enorm ist. In der Folge kommt es – bei ohnehin knappem Pflegepersonal – zu Fehlzeiten oder sogar Berufsunfähigkeit. Das Projekt AdaMeKoR entwickelt ethisch und arbeitswissenschaftlich begleitet ein adaptives und multifunktionales Mehrkomponenten-Robotersystem zum Einsatz am Pflegebett. Pflegende wie Pflegeempfangende sollen bei alltäglichen, körperlich belastenden Pflegetätigkeiten am und im Pflegebett unterstützt werden. Hierfür werden Sensorikkomponenten entwickelt, um beispielsweise die Bettposition situationsabhängig anpassen zu können. Im</p>	<p>Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. – Landesverband Niedersachsen/Bremen</p> <p>Fachbereich Forschung und Entwicklung Elsfleth, Carl von Ossietzky</p>	03/2020 bis 09/2023	www.interaktive-technologien.de/projekte/adamekor

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>Pflegelabor werden verschiedene Halte- und Stützfunktionen des Roboterarms getestet, etwa für den Bett-Rollstuhl-Transfer oder das Anreichen von Objekten. Das System soll überdies die Körperhaltung der Pflegekräfte während der Mobilisation oder des Transfers von Pflegeempfangenden kontinuierlich überwachen und bei ungünstigen Belastungen Hinweise zur Optimierung geben. Durch ein teilautomatisiertes Bett-Roboterarm-System können Autonomie und Lebensqualität der Pflegeempfangenden verbessert werden. Für Pflegende stellt die robotische Unterstützung beim Heben und Bewegen eines Patienten eine deutliche Reduzierung der körperlichen Belastung dar. So werden Schädigungen oder Erkrankungen des unteren Rückenbereichs vermieden.</p>	<p>Universität Oldenburg Universität Osnabrück Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH, Bremen</p>		
BMBF	<p>KARE – KI-Assistenz für die häusliche Pflege</p> <p>Ältere Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen sind oft auf ehrenamtliche und semiprofessionelle Unterstützung angewiesen. Bricht diese – wie z. B. während der COVID-19-Pandemie – weg, ist die Versorgung gefährdet. Gleichzeitig erhöhen Kontakteinschränkungen das Risiko sozialer Isolation und Einsamkeit.</p> <p>Im Projekt KARE wird ein Assistenzsystem entwickelt, das die ambulante Pflegeversorgung durch KI-basiertes Monitoring und digitale Interaktion unterstützt. Mithilfe optischer und akustischer Sensordaten erkennt das System, welche Alltagshandlungen von Pflegebedürftigen bereits durchgeführt wurden und welche noch ausstehen. Das System überwacht z. B. eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme oder die Einnahme von Medikamenten. Das multimodale Interaktionssystem kann die Pflegeempfangenden durch eine aktive Ansprache zu Alltagshandlungen motivieren und bei Bedarf die Pflegenden – in Telepräsenz oder direkt vor Ort – durch ein integriertes Informationsmanagement proaktiv einbeziehen. Das System soll so konzipiert werden, dass es sich in andere ambulante Versorgungskonzepte passgenau integrieren lässt. KARE unterstützt durch ein neuartiges, KI-basiertes Interaktionssystem die Lebensqualität und Gesundheit von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind. Gleichzeitig gibt es den Pflegenden die Freiheit, ihre Aktivitäten den individuellen Bedürfnissen anzupassen, ohne die Pflegeleistung einzuschränken – nicht nur in Pandemiezeiten.</p>	<p>Hochschule Karlsruhe 3dvisionlabs GmbH, Chemnitz easierLife GmbH Hochschule Furtwangen Inferics GmbH, Karlsruhe Bruderhaus Diakonie Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg, Reutlingen voice INTERconnect GmbH, Dresden</p>	02/22 bis 01/2025	<p>www.interaktive-technologien.de/projekte/kare</p>
BMBF	<p>PFLIP – Daten nutzen, Pflege verbessern</p> <p>In der ambulanten und stationären Pflege werden täglich große Datenmengen produziert. Die Daten sind meist nicht homogen, da sie in unterschiedlichen Formaten in der stationären, ambulanten oder</p>	Fraunhofer-Institut für Software- und	03/2022 bis 02/2025	<p>www.interaktive-technologien.de/projekte/pflip</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>häuslichen Versorgung gesammelt werden. Das erschwert den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Datenverarbeitung, etwa um sie auszuwerten. Viele Daten, die zu einer besseren Gesundheitsversorgung beitragen könnten, bleiben damit ungenutzt. Die Forschenden des Projekts PFLIP wollen Daten der ambulanten und stationären Pflege harmonisieren und dadurch nutzbar machen – interdisziplinär und unabhängig von der jeweiligen Einrichtung. Hierfür soll ein Datenverzeichnis mit Anschluss an Infrastruktur und Prozesse der Medizininformatik einen sicheren und legitimen Zugang zu den Daten garantieren. Spezielle Module erfassen Prozesse und implizites Pflegewissen. Eine KI-Anwendung erschließt begleitend neue Informationen aus den erhobenen Daten. An einem konkreten Anwendungsfall – der Minimierung von Sturzfolgeschäden – wollen die Forscherinnen und Forscher das System in der Praxis erproben. Die kontinuierliche Erschließung unterschiedlicher Daten zu Versorgung, Diagnosen, Therapien und Medikationen aus verschiedenen Quellen in einer einheitlichen Struktur hat einen umfassenden Nutzen für die Pflege. Der Wissensaustausch wird vereinfacht, Informationen sind sicher und dauerhaft zugänglich, und Datenanalysen zeigen Verbesserungspotenziale im Pflegemanagement. Eine bislang unerschlossene Ressource wird nutzbar.</p>	<p>Systemtechnik (ISST), Dortmund Connex Communication GmbH, Paderborn Hochschule für Gesundheit Bochum Diakonie Michaelshoven, Pflege und Wohnen gGmbH, Köln</p>		
BMBF	<p>PYSA – Pflege entlasten – Pflegedokumentation mit hybridem Sprachassistenten</p> <p>Eine transparente Dokumentation ist essenziell für eine bedarfsgerechte Pflege. Heute angewandte Systeme und Prozesse in der Pflegedokumentation sind vielerorts zeitaufwendig und fehleranfällig, denn meist können Pflegefachpersonen nicht kontinuierlich bei der Pflege dokumentieren und müssen ihre Protokolle händisch im Computer nachtragen. Mit PYSA können Pflegekräfte die Dokumentation frei und interaktiv am Smartphone einsprechen. Ein KI-Assistent generiert daraus strukturierte Dokumentationseinträge, die über standardisierte Schnittstellen in etablierte Bestandssysteme übertragen werden. Das fördert die bedarfsgerechte Pflege, entlastet das Pflegepersonal und erhöht die Attraktivität des Pflegeberufs. Für eine verbesserte Pflegedokumentation entwickeln Forschende im Projekt PYSA einen auf Künstlicher Intelligenz (KI) basierenden Sprachassistenten für das Smartphone. Ein KI-Assistent generiert aus den Spracheingaben strukturierte Dokumentationseinträge, die direkt in die vorhandenen Bestandssysteme der jeweiligen Pflegeeinrichtung übertragen werden. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Dokumentation direkt bei der Pflege. Die neue KI-Lösung wird in Kooperation mit mehreren Pflegeeinrichtungen im Praxisalltag eingeführt und im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie entwickelt. Der KI-Assistent soll interaktiv auf Basis der vorhandenen Pflegedaten auf Fragen antworten können. Dazu wird im lernenden System das Feedback der Anwenderinnen und Anwender kontinuierlich integriert. Das System nutzt selbstlernende, speziell für die Pflege optimierte KI-Modelle, die offline auf Smartphones</p>	<p>voize GmbH, Potsdam Charité Universitätsmedizin Berlin Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH, Berlin Connex Communication GmbH, Paderborn Kleeblatt Pflegeheime gGmbH, Ludwigsburg Pflegerwohnhaus am Waldkranken-</p>	<p>03/2022 bis 01/2025</p>	<p>www.interaktive-technologien.de/projekte/pysa</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	ausgeführt werden. So können auch Pflegeheime ohne flächendeckendes WLAN von PYSÄ profitieren. PYSÄ kann für stationäre und ambulante Pflege sowie im Krankenhaus eingesetzt werden.	haus gGmbH, Berlin		
BMBF	<p>ViKIpro – Digitale Entscheidungshilfe für die Pflege</p> <p>Der Bestand an pflegerischem Fachwissen wächst stetig. Zunehmend geht es im Pflegealltag um komplexe Versorgungsanforderungen. Im Jahr 2020 wurde durch das neue Pflegeberufegesetz die Verantwortung der professionellen Pflege für die Pflegeprozessgestaltung durch Vorbehaltsaufgaben gesetzlich gestärkt. Die zunehmenden Herausforderungen machen u. a. den Einsatz von KI-Technologien sinnvoll und notwendig. Die Forschenden des Projekts ViKIpro entwickeln ein evidenzbasiertes, selbstlernendes System, um Pflegefachkräfte bei der Planung, Organisation und Gestaltung von Pflegeprozessen zu unterstützen. Dieses KI-System ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Entscheidungsfindung für Planung und Alltag in der Pflege. Die wesentliche und erstmals für die Pflege als hybrides KI-System entwickelte Funktion von ViKIpro ist dabei eine interaktive Entscheidungsunterstützung als digital assistierte Pflegeplanung, in der den Pflegefachpersonen wissenschaftlich und fachlich begründete und im Hinblick auf ihre Güte gewichtete Pflegemaßnahmen vorgeschlagen werden. Dieser innovative Ansatz zielt langfristig auf eine Verbesserung der Pflegequalität in der stationären Langzeitpflege ab.</p>	<p>Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln</p> <p>Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM), Kaiserslautern</p> <p>August-Wilhelm Scheer Institut für digitale Produkte und Prozesse, Saarbrücken</p> <p>Connex Communication GmbH, Paderborn</p> <p>Johanniter Seniorhäuser GmbH, Köln</p> <p>Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln</p> <p>AOK-Bundesverband GbR Berlin (assoziiert)</p>	08/2022 bis 07/2025	<p>www.interaktive-technologien.de/projekte/vikipro</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Expand-Care</p> <p>Das 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz hat die hochschulische Ausbildung als zusätzlichen regulären Einstieg in den Pflegeberuf festgeschrieben. Die hochschulische Pflegeausbildung umfasst die in der traditionellen schulischen und beruflichen Pflegeausbildung vermittelten Kompetenzen und befähigt darüber hinaus unter anderem zur Steuerung und Gestaltung evidenzbasierter hochkomplexer Pflegeprozesse. Damit akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss und beruflicher Erfahrung (Pflegespezialistinnen und -spezialisten) im herausfordernden pflegerischen Alltag einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Umsetzung der evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegepraxis in Deutschland leisten können, müssen Berufsrollen für diese Pflegespezialistinnen und -spezialisten entwickelt werden. Die Berufsrollen müssen klar definiert und in die Pflegepraxis integrierbar und umsetzbar sein.</p> <p>Expand-Care entwickelt und erprobt Berufsrollen für Pflegespezialistinnen und -spezialisten in der Langzeitpflege. Im ersten Schritt entsteht ein Rahmenmodell der Rollen und Aufgaben für eine personenzentrierte Pflege von Pflegeheimbewohnenden mit komplexen gesundheitlichen Versorgungsbedürfnissen und -bedarfen (z. B. Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen). Hierzu werden Interviews und Fokusgruppen durchgeführt (z. B. mit Pflegefachpersonen, Heimleitungen, Bewohner- und Angehörigenvertretungen) sowie eine schriftliche Befragung von Langzeitpflegeeinrichtungen. Im zweiten Schritt wird in zwölf Pflegeeinrichtungen untersucht, ob die definierten Rollen im Versorgungsalltag ausgefüllt und die pflegerische Versorgung verbessert werden kann – und ob es dadurch Hinweise auf z. B. eine Verbesserung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner oder weniger Verlegungen ins Krankenhaus gibt.</p>	Universität Lübeck und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	04/2021 bis 09/2024	www.expandcare.de/projekt
BMEL	<p>Pflangl.NEW – Unterstützungsplattform für pflegende Angehörige</p> <p>Auf der digitalen Plattform Pflangl.NEW werden multimediale Inhalte zur Verfügung gestellt, die es pflegenden Angehörigen erlauben, die eigene Gesundheit besser zu schützen. Denkbare Inhalte umfassen dabei das ergonomische Pflegen, den Umgang mit Stress und psychischer Belastung in der Pflege und eine Zusammenfassung der Unterstützungsangebote durch Pflege- und Krankenkassen. Die Inhalte werden dabei mit zentralen Akteuren der häuslichen Pflege im Landkreis Neustadt an der Waldnaab erstellt, ein Einbringen von Inhalten wird dann auch für Dritte nach vorheriger Prüfung möglich sein. Die Inhalte werden auf partizipativem Weg erstellt. Es sollen Betroffene, Vereine und Verbände einbezogen werden, um Bedarfe zu ermitteln und gemeinsam Lösungen für die gesundheitlichen Herausforderungen in der Pflege von Angehörigen zu finden, die über die digitale Plattform an die Betroffenen weiterge-</p>	SEGA Verein zur Förderung der Seelischen Gesundheit mit Alter e. V., Sulzbach-Rosenberg	10/2023 bis 09/2025	www.zukunft.new-perspektiven.de/2023/11/13/die-umsetzung-des-projektes-pflangl-new-aus-der-new-zukunft-beginnt

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>geben werden können. Neben digitalen Inhalten können über die Plattform auch analoge Unterstützungsmöglichkeiten – wie Selbsthilfegruppen oder andere analoge Veranstaltungen – unter den pflegenden Angehörigen bekannt gemacht werden.</p>			
BMEL	<p>Strategie_CCC – Connected Caring Community</p> <p>Im Rahmen des Projekts wird exemplarisch für das Handlungsfeld Gesundheit und Pflege ein Teil der bereits bestehenden Digitalisierungsstrategie des Landkreises Grafschaft Bentheim partizipativ weiterentwickelt. Es wird zudem ermittelt, wie der Aufbau eines digitalen Ökosystems gelingen kann, welches den Austausch zwischen relevanten regionalen Akteuren aus dem Bereich Pflege und Gesundheit und den Bürgerinnen und Bürgern generationsübergreifend erleichtert. In einem intensiven Beteiligungsprozess zur Umfeld- und Strukturanalyse werden die Bedarfe der Stakeholder erhoben. Dieser Prozess wird von einer externen Projektbegleitung unterstützt. Gemeinsam mit den verschiedenen Akteuren aus Verwaltung, Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft wird ein landkreisweites Pflegeportal konzipiert. Doppelstrukturen werden so vermieden. Es wird insbesondere auch eine Roadmap mit Kernaktivitäten zur Bildung einer sogenannten Connected Caring Community konzipiert. Langfristiges Ziel ist es, möglichst umfassend professionelle Dienstleistungen wie ehrenamtliche Unterstützungsangebote innerhalb des Landkreises auf einer digital-analogen Basisplattform zu bündeln und somit für Pflegebedürftige wie auch deren An- bzw. Zugehörige eine leistungsstarke wie bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im Landkreis zu erreichen.</p>	Landkreis Grafschaft Bentheim Nordhorn	01/2022 bis 12/2024	www.grafschaft-bentheim.de/grafschaft/aktuelles/meldungen/projekt-smarte.land.regionen-soll-bestehende-strukturen-im-pflege-sektor-staerken.php
BMFSFJ	<p>Expertise zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für pflegende Angehörige (Eltern) mit einem pflegebedürftigen Kind</p> <p>Wie bereits der erste Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf festgehalten hat, leiden Eltern, die sich um ein pflegebedürftiges Kind kümmern, neben pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz am stärksten unter Einschränkungen der eigenen Lebensqualität. Um Vorschläge für eine künftige Weiterentwicklung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes zu erhalten, wurde eine Expertise in Auftrag gegeben, in der die besonderen Lebenssituationen dieser Zielgruppe untersucht und deren Bedarfe ermittelt werden sollten. Folgende drei zentralen Themenkomplexe sollten in der Expertise empirisch erfasst und analysiert werden: 1. Beschreibung der Situation von Eltern mit einem pflegebedürftigen Kind aus der Perspektive der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf; 2. Ermittlung der Bedarfe der Eltern hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf; 3. Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Eltern pflegebedürftiger Kinder. Für die Beantwortung der einzelnen Themenkomplexe wurde auf eine</p>	UKE Hamburg Institut für Medizinische Soziologie	06/2021 bis 12/2021	www.uke.de/extern/famember/index.html

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>bundesweite Onlineumfrage bei Eltern mit einem oder mehreren pflegebedürftigen Kindern zurückgegriffen. Die Expertise ist auf der Homepage des UKE veröffentlicht worden und in den zweiten Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingeflossen.</p>			
BMFSFJ	<p>Helfende Hände in München-Aubing</p> <p>Mit dem Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung und schwerem Pflegebedarf nachhaltig zu verbessern, hat die Organisation Helfende Hände in München einen Ersatzneubau realisiert und dabei Aspekte der Barrierefreiheit und des Brandschutzes noch einmal deutlich weiterentwickelt. Unter dem Motto „Gemeinsam mit Handicap durchs Leben“ werden rund 150 Menschen verschiedener Altersgruppen in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen begleitet und deren Angehörige beraten und unterstützt. Eine Förderstätte, die auch heilpädagogische Angebote bereithält, wird durch Angebote des Wohnens, der Tagesbetreuung und Freizeitgestaltung ergänzt. Im Mittelpunkt des Projekts stehen Selbstbestimmung, Teilhabe und Partizipation von sehr schwer beeinträchtigten Menschen, denen die Unterstützung anderswo vermutlich nicht ermöglicht werden könnte. Helfende Hände e. V. wurde 1969 von betroffenen Eltern gegründet und ist alleiniger Gesellschafter der Helfende Hände gemeinnützige GmbH, die Trägerin der verschiedenen Einrichtungen ist.</p>	Helfende Hände gemeinnützige GmbH	01/2021 bis 12/2023	www.helfende-haende.org
BMFSFJ	<p>Untersuchung „Hospiz- und Palliativversorgung in strukturschwachen ländlichen Sozialräumen (HoPaSoz)</p> <p>Ziel des Forschungsprojekts ist es, die bestehenden Infrastrukturen und Rahmenbedingungen der hospizlichen und palliativen ambulanten, teilstationären sowie stationären Versorgungsangebote speziell für exemplarische strukturschwache ländliche Sozialräume innerhalb Deutschlands am Beispiel von exemplarischen Regionen zu analysieren und daraus Erkenntnisse mit Transferpotenzialen für ländliche Regionen im gesamten Bundesgebiet abzuleiten. Der wissenschaftlichen Untersuchung der „Hospiz- und Palliativversorgung in strukturschwachen ländlichen Sozialräumen“ liegt das Pilotprogramm „Sterben, wo man lebt und zu Hause ist“ zugrunde. Ein Teil der geförderten Projekte im Pilotprogramm liegt in strukturschwachen ländlichen Regionen, in denen bislang eine flächendeckende Versorgung am Lebensende nur schwer realisierbar ist. Die Ergebnisse sollen im Open-Access-Format veröffentlicht und im Rahmen einer abschließenden Fachtagung diskutiert werden.</p>	Hochschule Rhein-Main Wiesbaden	01/23 bis 12/24	www.hs-rm.de/de/fachbereiche/sozialwesen/forschung/hopasoz
BMFSFJ	<p>Pilotprogramm: „Sterben, wo man lebt und zu Hause ist“</p> <p>Mit dem geförderten Pilotprogramm wurden elf baulich-konzeptionelle Hospizprojekte gefördert, die einen Beitrag zur Verbesserung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit, Lebensqualität und</p>	Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V.	05/2020 bis 06/2024	www.verein.fgw-ev.de/projekte-und-programme/sterben-wo

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>gesellschaftlicher Teilhabe schwerstkranker und sterbender Menschen leisten, insbesondere zur Weiterentwicklung der teilstationären und ambulanten Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung. Zielsetzung war auch die Entlastung der Angehörigen, die die Pflege der schwerstkranken Menschen übernehmen. Betrachtet wurden spezifische Aspekte einer Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, wie z. B. der Quartiersbezug, Maßnahmen zur Entlastung der An- und Zugehörigen, die Kooperation mit relevanten Akteuren insbesondere in strukturschwachen Regionen. Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Pilotprojekts sollen auch in die Weiterentwicklung einfließen. Ergebnisse wurden auf einem Fachtag an der Hochschule RheinMain diskutiert und werden auf dem Publikationsserver KHopen veröffentlicht.</p>	<p>Institut für Angewandte Forschung (IAF) der Katholischen Hochschule Freiburg</p>		<p>man-lebt-und-zu-hause-ist www.kh-freiburg.de/de/forschung www.opus.bsz-bw.de/khfr/home</p>
BMFSFJ	<p>Sterben zu Hause</p> <p>Untersuchungen und Erkenntnisse zu den verschiedenen Sterbewelten (Krankenhaus, Hospiz, Pflegeheim, zu Hause) sind noch wenig vorhanden, insbesondere zum Sterben zu Hause, das von den meisten Menschen als bevorzugter Sterbeort genannt wird. In der Studie soll daher untersucht werden, wie sich das Sterben in den eigenen vier Wänden vollzieht. Es sollen Antworten auf folgende Fragen gefunden werden: In welchen Familien-, Verwandtschafts-, Freundschafts- und Nachbarschaftsbezügen vollzieht sich dieses Sterben? Wie gestaltet sich die Versorgung aus der Sicht der betroffenen Person, aus der Sicht der An- bzw. Zugehörigen? Welche kritischen Belastungssituationen können identifiziert werden? Sind in Bezug auf andere Versorgungs- und Begleitungssettings Unterschiede hinsichtlich des Äußerns von Sterbens- und Todeswünschen erkennbar, auch im Hinblick auf die Bedeutung und Wirkung auf Angehörige? Welche Schlussfolgerungen ergeben sich z. B. für die hospizlich-palliative Beratung, Versorgung und Begleitung? Mit den Erkenntnissen soll auch ein Beitrag zur Diskussion und ggf. Begleitung einer Neuregelung der Suizidassistenz geleistet werden. Die Studienergebnisse wurden auf einer Fachveranstaltung im BMFSFJ vorgestellt und sind nebst einer Broschüre „Zu Hause bis zuletzt“ auf der Website des Zentrums für Palliativmedizin veröffentlicht.</p>	<p>Uniklinik Köln – Zentrum für Palliativmedizin Kosten</p>	<p>07/2021 bis 12/2023</p>	<p>www.palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/sterben-zu-hause</p>
BMFSFJ	<p>Untersuchung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, zu den Belastungen von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen während der COVID-19-Pandemie und den Akuthilfen im Pflegezeitgesetz, Familienpflegezeitgesetz und SGB XI</p> <p>Die COVID-19-Pandemie stellte insbesondere pflegende Angehörige vor große Herausforderungen und Vereinbarkeitsprobleme. Daher traten ab dem 23. Mai 2020 spezielle Regelungen als Akuthilfe für pflegende Angehörige im Familienpflegezeitgesetz, Pflegezeitgesetz und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in Kraft (Verlängerung bis 30. April 2023). So wurde etwa der Anspruch</p>	<p>Ramboll Management Consulting GmbH</p>	<p>10/2020 bis 12/2020</p>	

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>auf Pflegeunterstützungsgeld auf bis zu 20 Arbeitstage ausgeweitet, und die Regelungen im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz wurden flexibilisiert und vereinfacht. Um Rückschlüsse auf die innerfamiliäre Aufteilung der Pflegeaufgaben und die Nutzung und Kenntnisse von Beratungsangeboten sowie den Akuthilfen während der Pandemie zu erlangen, wurde eine Studie in Auftrag gegeben. Die Studie stützte sich auf Literaturrecherchen und Pflegestatistiken, Interviews mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Kurzbefragungen von pflegenden Angehörigen. Die Erkenntnisse der Untersuchung sind bei der Entwicklung von Beratungs- und Informationskonzepten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf berücksichtigt worden.</p>			
BMFSFJ	<p>VeSpaRo – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Angehörige von Menschen mit Demenz. Chancen und Herausforderungen im Spannungsfeld konkurrierender privater und beruflicher Rollen</p> <p>Aktuell leben in Deutschland ca. 1,8 Millionen Menschen mit Demenz. Die überwiegende Mehrheit dieser Menschen wird von pflegenden Angehörigen und Nahestehenden in häuslicher Umgebung versorgt. Viele der Pflegepersonen sind zugleich erwerbstätig und somit mit einer herausfordernden Doppelrolle konfrontiert. Vor diesem Hintergrund zielt die Nationale Demenzstrategie darauf ab, die Forschung im Bereich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln (Maßnahme 4.3.9), um den Betroffenen erforderliche Versorgungsangebote und Hilfenkonzepte unterbreiten zu können. Folgende zentrale Fragestellungen stehen im Mittelpunkt der Studie: Welche Evidenz (national und international) in Bezug auf die spezifischen Chancen und Herausforderungen bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Kontext Demenz gibt es bereits? Wie balancieren pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz konkurrierende private und berufliche Rollen aus? Wo benötigen pflegende Angehörige, die gleichzeitig erwerbstätig sind, Unterstützung? Methodisch stützt sich die Studie auf Literaturrecherchen, einen Experten- und Expertinnen-Workshop sowie eine explorative Studie mit qualitativer Methodologie.</p>	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e. V.	03/2023 bis 05/2025	
BMI/BBSR	<p>Stärkung bedarfsorientierter Pflegestrukturen in ländlichen und strukturschwachen Regionen</p> <p>Im Mittelpunkt steht die Stärkung der bedarfsorientierten Pflegestrukturen in ländlichen, strukturschwachen Räumen. Ziel war es, einen Überblick über die aktuelle Pflegestruktur zu erhalten und die Herausforderungen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge zu benennen. Es sollten beispielhaft bereits vorhandene Konzepte der Regionen sowie die Ergebnisse von Modellvorhaben und Forschungsstudien einbezogen werden. Gleichzeitig waren die medizinisch-pflegerischen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen (unabhängig von der Altersstruktur) aufzuzeigen und die Umsetzungen und Auswirkungen der eingeleiteten pflegestärkenden Gesetze im pflegerischen Alltag darzulegen. Zudem waren die</p>	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft	03/2021 bis 11/2022	www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2022/04/bedarfsorientierte-pflege-laendliche-raeume.html

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>Perspektiven digitaler Angebote und Assistenzsysteme im Bereich der Pflege zu betrachten. Die Zusammenfassung sollte in Form eines 10-Punkte-Programms erstellt werden, in dem Handlungsempfehlungen aufgezeigt und priorisiert werden. Ziel war somit die Gewinnung neuer Erkenntnisse für die Gestaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland. Das 10-Punkte-Programm dient als Basis für die Erarbeitung eines Leitfadens, der zusammen mit Akteuren vor Ort, Betroffenen sowie mit kommunalen Vertretern und Fachleuten aus dem Pflegebereich besprochen werden soll. Der Leitfaden ermöglicht trotz der Heterogenität der Regionen eine Hilfestellung und eine Übertragung auf andere strukturschwache ländliche Regionen.</p>			
<p>BMWSB mit BBSR</p>	<p>LOKAL-digital – Smartes Wissensmanagement für Wohnen, Pflege und Gesundheit (Initiative „Heimat 2.0“ des Programms Region gestalten, BULEplus)</p> <p>Im Projekt wurde ein digitales Informationsportal entwickelt, das die selbstbestimmte Lebensgestaltung im Alter und bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbessern soll. Durch die Digitalisierung von Informationsmaterialien und die Integration von Netzwerkpartnerbeiträgen bietet es einen zentralen Anlaufpunkt für lokale Angebote der Daseinsvorsorge. Das Portal wurde am Beispiel der Stadt Netphen befüllt und umfasst Themen wie Gesundheit, Pflege, Bauen und Wohnen. Das Portal lässt sich mithilfe des entwickelten „digitalen Baukastensystems“ auch in anderen Regionen implementieren. Das Wissensmanagementsystem zielt darauf ab, Wissen und Ressourcen in diesen Sektoren besser zu verknüpfen und für die Bedürfnisse der Zielgruppen optimal zugänglich zu machen. So kann das Leben von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien erleichtert und die Effizienz der Dienstleistungen in diesen Bereichen gesteigert werden.</p>	<p>Stadt Netphen</p>	<p>11/2020 bis 12/2023</p>	<p>www.region-gestalten.bund.de/Region/DE/vorhaben/heimat20/uebersicht/modellvorhaben-netphen.html?nn=3897302</p>
<p>BMWSB mit BBSR</p>	<p>Smarte Gesundheits- und Pflegeversorgung für den ländlichen Raum Höxter (Initiative „Heimat 2.0“ des Programms Region gestalten, BULEplus)</p> <p>Das Projekt „Dorf.Gesundheit.Digital“ hatte das Ziel, die Daseinsvorsorge, Lebensqualität und Teilhabe der Bevölkerung im Kreis Höxter zu stärken, indem bedarfs- und praxisorientierte digitale Anwendungen eingeführt wurden. Ehrenamtlich engagierte Dorfgemeinschaften wurden durch Gesundheits- und Pflegegelotsen dabei unterstützt, smarte Gesundheits- und Pflegeanwendungen zu testen und ihre digitale Kompetenz zu verbessern. In insgesamt 17 Ortschaften wurden barrierefreie „Gesundheitskioske“ eingerichtet und mit IT-Equipment ausgestattet, damit Bürgerinnen und Bürger unter Anleitung digitale Lösungen wie VR-Brillen, Smart Watches und Gesundheits-Apps ausprobieren konnten.</p> <p>Eine zusätzlich eingerichtete kreisweite E-Learning-Plattform als technische Innovation ermöglicht fortan ein effizientes Management aller Schulungs- und Vortragsangebote für die Gesundheits- und</p>	<p>Kreis Höxter</p>	<p>01/2021 bis 04/2024</p>	<p>www.region-gestalten.bund.de/Region/DE/vorhaben/heimat20/uebersicht/modellvorhaben-hoex-ter.html?nn=3897302</p>

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Pflegelotsen. Projektbeteiligte können zudem die in die Plattform integrierten offenen Bürgerforen zum Austausch und zur Zusammenarbeit nutzen.			
BMWSB mit BBSR	<p>TELAV – Televersorgung im Landkreis Vechta (Initiative „Heimat 2.0“ des Programms Region gestalten, BULEplus)</p> <p>Das Projekt hatte den Aufbau einer Televersorgungsstruktur im Landkreis Vechta zum Ziel. Televersorgung meint die Vernetzung und den videobasierten Austausch zwischen den professionellen Akteuren in der Gesundheits- und Pflegebranche sowie mit pflegenden Angehörigen. Zudem zielte das Projekt auf die Förderung digitaler Kompetenzen der beteiligten Akteurinnen und Akteure, auf die Stärkung der pflegerisch-medizinischen Versorgung sowie den Erhalt und Ausbau der Attraktivität der Region als Arbeits- und Wohnort. Im Projekt TELAV wurden dazu mit den beteiligten Praxispartnern (drei Pflegeeinrichtungen, zwei Krankenhäuser) bedarfsgerechte Szenarien der Televersorgung entwickelt, erprobt und evaluiert. Diese beziehen sich auf Unterstützungen für Eltern nach der Geburt, Online-Demenzschulungen und -beratungen, Online-Pflegeberatungen und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der stationären Pflege und lokalen Akteuren (Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten) mittels digitaler Hausbesuche und einer gemeinsamen Dokumentation. Die Ergebnisse flossen in ein Televersorgungskonzept ein, das als Handlungsleitfaden für Kommunen dient und Ansätze der Televersorgung bündelt.</p>	Stadt Vechta	11/2020 bis 12/2023	www.region-gestalten.bund.de/Region/DE/vorhaben/heimat20/uebersicht/modellvorhaben-vechta.html?nn=3897302
BMWSB	<p>Mehrgenerationenhaus „Buten und Binnen“ – WarnowQuartier Rostock</p> <p>Das Mehrgenerationenhaus „Buten und Binnen“ soll auf einer Fläche nördlich der Rostocker Innenstadt, im neu zu entwickelnden WarnowQuartier, entstehen. Das WarnowQuartier in Rostock ist eines von bundesweit sieben geförderten Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Städtebauförderung. Mit der Errichtung des Mehrgenerationenhauses soll in dem zukünftigen Quartier die Möglichkeit entstehen, in einer sozialen Einrichtung der Stadt Angebote für Begegnungen und Aktivitäten für Jung und Alt zu schaffen, indem eine Kindertagesstätte, eine Alten- und Pflegeeinrichtung sowie quartiersöffentlich zugängliche Bereiche miteinander kombiniert werden. Dabei ist die Kindertagesstätte mit einem Platzangebot für 72 Kinder sowie die Alten- und Pflegeeinrichtung mit einem Platzangebot für ca. 54 zu pflegende Personen geplant. Das Pflegeheim gliedert sich in einen Bereich mit Wohngruppen für dauerhaft dort lebende Bewohnerinnen und Bewohner sowie in einen Bereich für die Tagespflege. Es sind vier Wohngruppen mit elf Zimmern für Vollzeitpflege bzw. bei Bedarf auch für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege vorgesehen sowie zehn Plätze für die Tagespflege. Das Mehrgenerationenhaus ist im WarnowQuartier an einem zentralen Platz verortet und soll zu einem Begegnungsort für das</p>	Hanse- und Universitätsstadt Rostock	12/2022 bis 12/2027	www.staedtebaufoerderung.info/DE/Forschung/Modellvorhaben/Rostock/rostock_node.html www.warnowquartier.de

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Miteinander der Generationen im Quartier werden sowie zu einer lebendigen, urbanen Quartiersentwicklung insgesamt beitragen.			



Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 411 – Grundsatzfragen der Pflegeversicherung
11055 Berlin
411@bmg.bund.de
www.bundesgesundheitsministerium.de

 bmg.bund

 bmg_bund

 BMGesundheit

 bundesgesundheitsministerium

Stand

November 2024

Gestaltungskonzept

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout und Satz

die wegmeister gmbh, 70376 Stuttgart

Weitere Publikationen der Bundesregierung zum Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:

www.bundesregierung.de/publikationen

URL-Verweise

Für Inhalte externer Seiten, auf die hier verwiesen wird, ist der jeweilige Anbieter verantwortlich. Das Bundesministerium für Gesundheit distanziert sich ausdrücklich von diesen Inhalten.