



Siebter Pflegebericht

Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung
und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Berichtszeitraum: 2016-2019



**Siebter Bericht der Bundesregierung
über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pfle-
gerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Berichtszeitraum: 2016-2019**

Einleitende Zusammenfassung

Über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland hat die Bundesregierung nach § 10 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) alle vier Jahre zu berichten. Beim Sechsten Pflegebericht wurde hiervon abgewichen und der Berichtszeitraum auf fünf Jahre, 2011 bis 2015, ausgeweitet, um die Effekte des zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)¹ und die Vorarbeiten zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das SGB XI abbilden zu können.

Der Berichtszeitraum des vorliegenden Siebten Pflegeberichts umfasst den Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2019. Da sich bei der Abfrage, der für die Erstellung des Berichts notwendigen Daten schnell abzeichnete, dass einige Institutionen, aber auch die Bundesländer aufgrund der hohen Arbeitsbelastung die Daten nicht fristgerecht liefern können, wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz² die Frist zur Vorlage des Berichts bis 2021 verlängert. Mit dem Erscheinen des Siebten Pflegeberichts kann somit auf das 25-jährige Bestehen der Pflegeversicherung zurückgeblückt werden.

Der Berichtszeitraum wurde nicht verändert, um eine mitten im laufenden Geschehen der COVID-19-Pandemie endende Berichterstattung zu vermeiden. Gleichwohl werden seitdem umgesetzte Maßnahmen und Entwicklungen mitunter erwähnt.

Zur Bewältigung der Pandemie wurden und werden derzeit von der Bundesregierung umfangreiche Maßnahmen ergriffen, um pflegebedürftige Menschen und andere vulnerable Personengruppen vor dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen und die beruflich Pflegenden sowie die pflegenden Angehörigen in dieser schwierigen Situation zu entlasten. Die Wirkung dieser Maßnahmen wird kontinuierlich ausgewertet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) steht hierfür in einem ständigen Austausch mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Kostenträgern sowie Betroffenenverbänden und Organisationen der Selbsthilfe. Mit einer abschließenden Bewertung der umgesetzten Maßnahmen, der vorgenommenen gesetzlichen Änderungen und den Auswirkungen der Pandemie auf den Bereich der Pflege wird sich der nächste Pflegebericht beschäftigen.

Der vorliegende Bericht umfasst vier Kapitel:

1. Im ersten Kapitel werden einleitend die wichtigsten Entwicklungen und Eckdaten der Pflegeversicherung und die größten Herausforderungen skizziert.
2. Im zweiten Kapitel werden inhaltlich strukturiert die wichtigsten im Berichtszeitraum umgesetzten oder angestoßenen Gesetze, Projekte und Maßnahmen dargestellt.
3. Im dritten Kapitel wird ein Ausblick auf die anstehenden gesetzlichen Änderungen gegeben.
4. Das vierte Kapitel gibt die wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zum Stand der pflegerischen Versorgung wieder.

¹ Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014, BGBl. 2014 I S. 2222.

² 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.

Mit dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III)³ wurden gleich zu Beginn des Berichtszeitraums die Weichen für eine grundlegende Reform des SGB XI in Bezug auf die Leistungen der Pflegeversicherung, den Zugang pflegebedürftiger Personen zu den Leistungen und das Begutachtungsverfahren gestellt. Die damit verbundene wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) wird im vorliegenden Pflegebericht aufgegriffen und die wichtigsten Ergebnisse werden dargestellt. Mit dem PSG I und III wurde zudem die Refinanzierung von höheren Gehältern für Pflegekräfte in der Langzeitpflege bis Tarifniveau sichergestellt. Mit der Ausbildungsinitiative Pflege (2019-2023) wird das Thema Ausbildung weiter umgesetzt und die Einführung der neuen Pflegeausbildung begleitet.

In der 18. Wahlperiode wurde mit dem 2017 beschlossenen Pflegeberufegesetz (PflBG) auch der Grundstein für eine zukunftsfähige qualitativ hochwertige Pflegeausbildung gelegt. „Mehr Ausbildung“ war und ist zudem eines der Anliegen der zu Beginn der 19. Wahlperiode im Jahr 2018 ins Leben gerufenen Konzierten Aktion Pflege (KAP). In einem breit aufgestellten, umfassenden Prozess wurden in der KAP gemeinsam mit allen an der Pflege beteiligten Akteuren zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungs-, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs erarbeitet. Mit der Ausbildungsinitiative Pflege (2019-2023) wird das Thema Ausbildung weiter umgesetzt und die Einführung der neuen Pflegeausbildung begleitet.

Zu den zentralen Gesetzen der 19. Wahlperiode gehört das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), mit dem ein Sofortprogramm Pflege, u. a. mit zusätzlichen, aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vollfinanzierten Stellen für Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege, umgesetzt wurde. Darüber hinaus wurde damit die Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf gestärkt, die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte gezielt unterstützt und zur Entlastung der beruflich Pflegenden die technische und digitale Ausstattung in Pflegeeinrichtungen gefördert. Infolge des im Wesentlichen im Jahr 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) können ambulante Betreuungsdienste als neues professionelles Versorgungsangebot zugelassen werden. Hierdurch wurde das Leistungsangebot für Pflegebedürftige zusätzlich erweitert. Zum Ende des Berichtszeitraums wurde mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) der freiwillige Anschluss der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI), das digitale Gesundheitsnetz, geregelt und somit die Digitalisierung des Pflegebereichs weiter gestärkt.

Mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz hat der Gesetzgeber die rechtliche Grundlage geschaffen, um eine Verbesserung der Entlohnungssituation in der Pflege zu erreichen. Das Angehörigen-Entlastungsgesetz stellt sicher, dass unterhaltspflichtige Angehörige erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von bis zu einschließlich 100.000 Euro für den Unterhalt ihrer pflegebedürftigen Eltern oder volljährigen Kinder, die Leistungen der Hilfe zur Pflege oder andere Leistungen der Sozialhilfe erhalten, herangezogen werden.

In weiteren Schritten müssen nun die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte weiter verbessert werden, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen und die Besetzung zusätzlich finanzierter Stellen für Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

³ Informationen zu allen zentralen Pflege-Gesetzen, die im Berichtszeitraum verabschiedet wurden oder in Kraft getreten sind, sind in Kapitel 2.1 in einer Übersicht zu finden. Zu allen nicht dort aufgeführten Gesetze sind die Informationen in der jeweiligen Fußnote zu finden.

Die zentralen Ergebnisse des Berichts zusammengefasst:

- Mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III war die bisher umfassendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung verbunden. Die Reform ging mit einem merklich erhöhten Antragsaufkommen und einem erheblichen Anstieg der Zahl der Anspruchsberechtigten auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung einher. Das Ziel, allen Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen, unabhängig davon, ob sie körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt sind, wurde erreicht.
- Im Mittelpunkt des seit dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegeverständnisses stehen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit liegt bei körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor, die Hilfe durch andere erfordern. Pflege wiederum dient dem Ziel, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten oder wiederzugewinnen und dabei ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.
- Die Systemumstellung auf das neue Pflegeverständnis und das neue Begutachtungsinstrument hat insgesamt gut funktioniert. Im Rahmen der jährlich durchgeführten bundesweiten Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung äußerten die Versicherten im Jahr 2018 eine hohe Zufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Die guten Zufriedenheitswerte resultieren außer aus einem verbesserten Angebot an Pflegeleistungen vor allem aus der verbesserten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation.
- Das neue Qualitätssystem für die stationäre Pflege wurde erfolgreich eingeführt. Im Bereich der ambulanten Pflege wurde ebenfalls ein neues Qualitätssystem entwickelt und einem wissenschaftlich begleiteten Praxistest unterzogen. Die Qualitätssysteme bauen auf dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege auf. Es wird überprüft, inwieweit die Pflege am Bedarf und an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist und wie ihre Fähigkeiten – und damit auch ihre Selbstständigkeit – erhalten und gefördert werden.
- Der Zugang von Pflegebedürftigen zu Maßnahmen der Rehabilitation wurde gestärkt, indem wirksame Verfahren zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs durch Pflegekassen und Medizinische Dienste geregelt wurden.
- Mit der bundesweiten Umsetzung des vom BMG und vom Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege geförderten Strukturmodells wurde bereits in ca. 80 Prozent aller Pflegeeinrichtungen eine vereinfachte Pflegedokumentation eingeführt. Gesetzlich wurde klargestellt, dass die eingesparte Zeit der Pflegekräfte der Versorgung von Pflegebedürftigen zugutekommen soll.
- Der partizipative KAP-Prozess hat die Verbesserung der Ausbildungs-, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen im Bereich Pflege in den Fokus gerückt. Es wurde ein umfangreiches Maßnahmenpaket vereinbart, zu dessen Umsetzung sich alle beteiligten Akteure verpflichtet haben. Im Rahmen des KAP-Prozesses wurde u. a. ein Strategieprozess zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen der Pflege und anderen Bereichen im Gesundheitswesen sowie eine Ausbildungsoffensive Pflege initiiert. Der erste Umsetzungsbericht zur KAP wurde im November 2020 veröffentlicht.
- Auf der Grundlage von § 113c SGB XI wurde von April 2017 bis Juni 2020 ein Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung weiterer Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler sowie Expertinnen und Experten aus der Pflege entwickelt und erprobt. Dem Verfahren liegt das Verständnis von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugrunde.
Mit Abschluss des Projekts liegt erstmals ein fachlich fundiertes Verfahren vor, das eine einrichtungsindividuelle Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach bundeseinheitlichen Maßstäben ermöglicht. Für die weiteren Umsetzungsschritte wurde eine Roadmap entwickelt und veröffentlicht. Mit dem PpSG wurde die Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Fachkraftstellen gesichert, um eine bessere Personalausstattung in der stationären Altenpflege zu erreichen. Die Ergebnisse des Projekts zur wissenschaftlichen Bemessung des Personalbedarfs zeigen, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen zukünftig mehr Pflegefachkräfte und insbesondere auch mehr Pflegehilfs-

kräfte erforderlich sein werden. Mit 20.000 zusätzlichen Stellen in der vollstationären Altenpflege für Pflegehilfskräfte wird mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) der erste Schritt in Richtung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gegangen.

- Verbesserte Gehälter für Pflegekräfte wurden durch Regelungen im PSG I und III sowie im PpSG ermöglicht, die eine vollständige Finanzierung von Gehältern bis Tarifniveau (und bei Vorliegen eines Sachgrundes darüber hinaus) durch die Kostenträger in den Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sicherstellen. Zudem wurden die Pflegemindestlöhne in der Langzeitpflege erhöht und erstmals differenzierte Vorgaben für Pflegefachkräfte vorgesehen. Insgesamt werden die Pflegelöhne dadurch insbesondere in ländlichen Gebieten und in den neuen Bundesländern zum Teil deutlich angehoben.
- Die Pflegeberatung wurde ausgeweitet und qualitativ verbessert. Die zuletzt vom GKV-Spitzenverband⁴ veröffentlichten Evaluationsergebnisse zeigen, dass im Mittel über 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer mit der Beratung, der Zugänglichkeit und der Wirksamkeit sehr zufrieden sind.
- Die soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung wurde verbessert. So wurde der Zugang für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung für die Pflegepersonen erleichtert. Die höchste rentenrechtliche Absicherung erfolgt nunmehr auf der Basis von 100 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) (früher 80 Prozent), was in etwa dem Rentenanspruch entspricht, den Durchschnittsverdienende in einem Kalenderjahr in der gesetzlichen Rentenversicherung erwerben. Außerdem besteht unter bestimmten Voraussetzungen Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung mit Beitragszahlungen durch die Pflegeversicherung. Die Zahl der Pflegepersonen (meist Angehörige), für welche die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung zahlt, hat sich von 2016 bis 2018 mehr als verdoppelt (von knapp 420.000 auf knapp 930.000).
- Zwischen stationären Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen geschlossen, um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen. Mit dem PpSG wurden Regelungen auf den Weg gebracht, um diese Entwicklung weiter zu beschleunigen.
- Um insbesondere die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen weiter zu verbessern, hat das Bundeskabinett im Juli 2020 die Nationale Demenzstrategie beschlossen. Die Strategie wurde während des Berichtszeitraums unter Beteiligung von über 70 relevanten Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegesektor entwickelt. Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen wird in den nächsten Jahren von einem Monitoringprozess begleitet.
- Für das Teilen guter praktischer Ansätze vor Ort sowie den Austausch darüber fehlten bisher ein niedrigschwelliges Instrument und eine bundesweite Vernetzung. Deshalb hat das BMG Anfang 2020 ein Vernetzungsangebot für in der Pflege Tätige initiiert, das Pflegenetzwerk Deutschland (www.pflegenetzwerk-deutschland.de). Mit dieser Initiative soll der Erfahrungs-, Informations- und Best-Practice-Austausch der Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktiker gefördert werden. Das Pflegenetzwerk soll auch dazu beitragen, die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Pflege und der Pflegeberufe – auch durch die Pflegekräfte selbst – zu stärken und zu verbessern.

⁴ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV) ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Er ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Für die Einheitlichkeit wird im vorliegenden Bericht die Bezeichnung „GKV-Spitzenverband“ verwendet.

Inhalt

	Einleitende Zusammenfassung	2
1	25 Jahre Pflegeversicherung: Entwicklungen und Herausforderungen	10
1.1	Entwicklungen in der Pflegeversicherung	10
1.2	Eckdaten der Pflegeversicherung im Laufe der Jahre	11
1.3	Herausforderungen für die Pflege	13
1.3.1	Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	13
1.3.2	Entwicklung des Anteils pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung	15
1.3.3	Personalentwicklung in der Pflege	17
2	Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung	18
2.1	Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum	18
2.2	Ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit	20
2.2.1	Hintergrund der Reform	20
2.2.2	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Pflegegrade	23
2.2.3	Begutachtungsinstrument und Rehabilitationsbedarf	24
2.2.4	Umsetzung und Auswirkungen des neuen Pflegeverständnisses	27
2.2.5	Umsetzung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit erfolgreich	28
2.3	Mehr Qualität und partnerschaftliche Kontrolle	29
2.3.1	Neue Systeme der Qualitätssicherung	30
2.3.2	Bekämpfung von Abrechnungsbetrug	35
2.4	Mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen	37
2.4.1	Schaffung zusätzlicher Pflegefachkraftstellen	37
2.4.2	Die Konzertierte Aktion Pflege	39
2.4.3	Personalbemessungsverfahren	40
2.4.4	Digitalisierung in der Pflege	42
2.4.5	Bessere Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf	43
2.4.6	Entlohnung von Pflegekräften	45

2.4.7	Stärkung der Pflegeausbildung	46
2.4.8	Initiierung des Pflegenetzwerks Deutschland	47
2.4.9	Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland	48
2.5	Verbesserung pflegerischer Angebote und der pflegerischen Versorgung	50
2.5.1	Einzelne Maßnahmen zur Verbesserung des Leistungsangebots	51
2.5.2	Entlastung pflegender Angehöriger	53
2.5.3	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	55
2.5.4	Entwicklung der Pflegeberatung	56
2.5.5	Neue Wohnformen	58
2.5.6	Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger	59
2.5.7	Stärkung der Rolle der Kommunen	60
2.5.8	Investitionskosten und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder	62
2.6	Nationale Demenzstrategie	64
2.6.1	Von der Allianz für Menschen mit Demenz zur Nationalen Demenzstrategie	64
2.6.2	Handlungsfelder und Ziele	65
2.6.3	Europäische und internationale Aktivitäten	65
2.7	Forschungs- und Modellprojekte mit Pflegebezug	66
2.7.1	Projekte zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger beim Bundesministerium für Gesundheit	66
2.7.2	Mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekte	67
2.7.3	Projekte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Abs. 3 SGB XI	68
2.7.4	Forschungsschwerpunkte anderer Bundesministerien und der Bundesländer	68
3	Ausblick	70
4	Zahlen, Daten, Fakten: Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung	71
4.1	Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick	71
4.2	Leistungsempfänger	76
4.2.1	Leistungsempfänger der SPV/PPV insgesamt	76
4.2.2	Leistungsempfänger nach Pflegegraden	77

4.2.3	Leistungsempfänger nach Leistungsarten	80
4.2.4	Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	81
4.3	Finanzielle Entwicklung	82
4.3.1	Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV	82
4.3.2	Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der PPV	84
4.4	Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und MEDICPROOF	84
4.4.1	Begutachtung durch die Medizinischen Dienste	85
4.4.2	Begutachtung durch MEDICPROOF	94
4.5	Hilfe zur Pflege	99
4.6	Pflegeinfrastruktur	101
4.6.1	Ambulante Pflegedienste	101
4.6.2	Stationäre Pflegeeinrichtungen	101
4.6.3	Teilstationäre Angebote	102
4.6.4	Kurzzeitpflege(-plätze)	102
4.6.5	Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sowie Fördermaßnahmen nach § 45c und § 45d SGB XI	102
4.6.6	Pflegeberatung/Pflegestützpunkte	109
4.6.7	Gesamtversorgungsverträge	113
4.7	Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI	114
4.7.1	Durchführung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI	114
4.7.2	Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen	117
4.8	Vergütung der einzelnen Leistungen	120
4.8.1	Häusliche Pflegehilfe	120
4.8.2	Tages- und Nachtpflege	120
4.8.3	Kurzzeitpflege	121
4.8.4	Vollstationäre Pflege	123
4.9	Personal	124
4.9.1	Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	124

4.9.2	Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	125
4.9.3	Beschäftigungsverhältnisse (Voll- und Teilzeit) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	126
4.9.4	Ausbildungssituation und Altenpflegeausbildung	127
4.9.5	Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen	128
4.9.6	Förderung von Umschulungsmaßnahmen und Ausbildungsförderung im Altenpflegebereich	132
4.9.7	Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse	133
4.9.8	Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalten	134
	Abkürzungsverzeichnis	136
	Literatur- und Quellenverzeichnis	139
	Abbildungsverzeichnis	145
	Tabellenverzeichnis	146
	Anhang A: Kleine Anfragen zum Thema Pflege im Berichtszeitraum	151
	Anhang B: Tabellen	153
	Anhang C: Forschungs- und Modellprojekte	203

1 25 Jahre Pflegeversicherung: Entwicklungen und Herausforderungen

1.1 Entwicklungen in der Pflegeversicherung

Im Jahr 2020 ist die Pflegeversicherung 25 Jahre alt geworden. Nach zwei Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat wurde das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit⁵ am 22. April 1994 vom Bundestag verabschiedet. Zum 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als umlagefinanzierte Pflichtversicherung eingeführt. 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.

Wie der damals zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Norbert Blüm, betonte, war der Einführung der Pflegeversicherung ein langer Diskussionsprozess vorausgegangen, und sie war „nicht die exakte, prompte Umsetzung einer Blaupause“⁶. Entsprechend wurden das SGB XI und seine Leistungen in den folgenden Jahren kontinuierlich weiterentwickelt, unter anderem mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2002, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012.⁷

Von 2015 bis 2017 wurde mit den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I bis III) die bisher größte Reform der Pflegeversicherung eingeleitet. Ziel dieser Reform war, für alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Hierdurch wurde die Zahl der Leistungsberechtigten deutlich ausgeweitet. Einzelheiten zur Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des neuen Begutachtungsinstruments sowie der fünf Pflegegrade werden in Kapitel 2.2 des vorliegenden Berichts beschrieben.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wirkt sich auf alle pflegerelevanten Bereiche aus. Er muss in der Praxis durch das Anpassen der fachlichen Handlungsmuster umgesetzt werden. Dies kann nur mit einer angemessenen Personalausstattung erreicht werden. Trotz einer stetigen Zunahme der Zahl der Beschäftigten in der Pflege machen sich im Pflegebereich die Auswirkungen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels bemerkbar. Vor diesem Hintergrund lag im Berichtszeitraum nach der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze ein politischer Schwerpunkt auf der Personalgewinnung und Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Die Finanzierung zusätzlicher Fachkraftstellen wurde mit dem im Wesentlichen zum 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sichergestellt. Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) haben Bund, Länder und alle relevanten Akteure in der Pflege gemeinsam und verbindlich Ziele und konkrete Maßnahmen vereinbart, um den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, sie zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken.

Auch die Qualitätssicherung und die unterschiedlichen Leistungen des SGB XI wurden im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Alle im Berichtszeitraum eingeleiteten Maßnahmen und Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung werden in Kapitel 2 dargestellt und erläutert.

⁵ Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) vom 26. Mai 1994, BGBl. 1994 I S. 1014.

⁶ Rede von Dr. Norbert Blüm im Deutschen Bundestag am 22.04.1994, Plenarprotokoll 12/223, Zusatzpunkt 5.

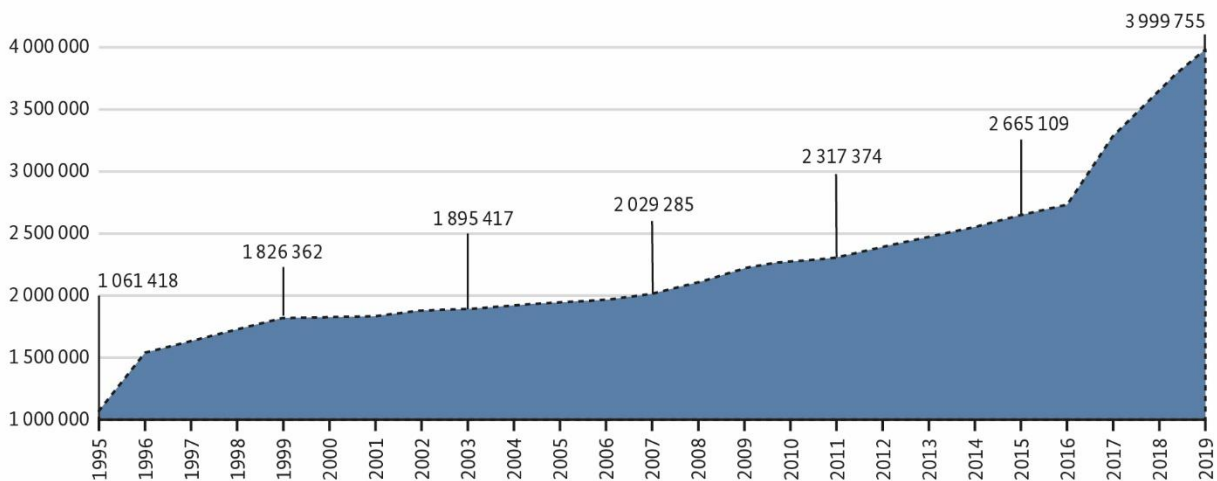
⁷ Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. Dezember 2001, BGBl. 2001 I S. 3728; Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008, BGBl. 2008 I S. 874; Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012, BGBl. 2012 I S. 2246.

1.2 Eckdaten der Pflegeversicherung im Laufe der Jahre

In der sozialen Pflegeversicherung (SPV) waren im Jahr 2019 rund 73,3 Millionen Menschen versichert (knapp 89 Prozent der Bevölkerung, vgl. hierzu auch Tabelle 76 im Anhang B), dazu kamen rund 9,2 Millionen Versicherte (etwa 11 Prozent der Bevölkerung), die als Versicherte der privaten Krankenversicherung eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abgeschlossen hatten. Die Leistungen der PPV sind jenen der SPV gleichwertig. Die Zahl der Versicherten der SPV ist in den letzten vier Jahren um etwa zwei Millionen gestiegen, in der PPV blieb sie hingegen weitgehend konstant.

Bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 nahmen etwa 1,06 Millionen Menschen ihre Leistungen in Anspruch. Ende des Jahres 2015, kurz vor Beginn des Berichtszeitraums, waren bereits rund 2,67 Millionen Menschen leistungsberechtigt. Nach der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten galten 2019 rund 4 Millionen Menschen als pflegebedürftig, was gegenüber dem Jahr 2015 einer Steigerung von über 50 Prozent entspricht.

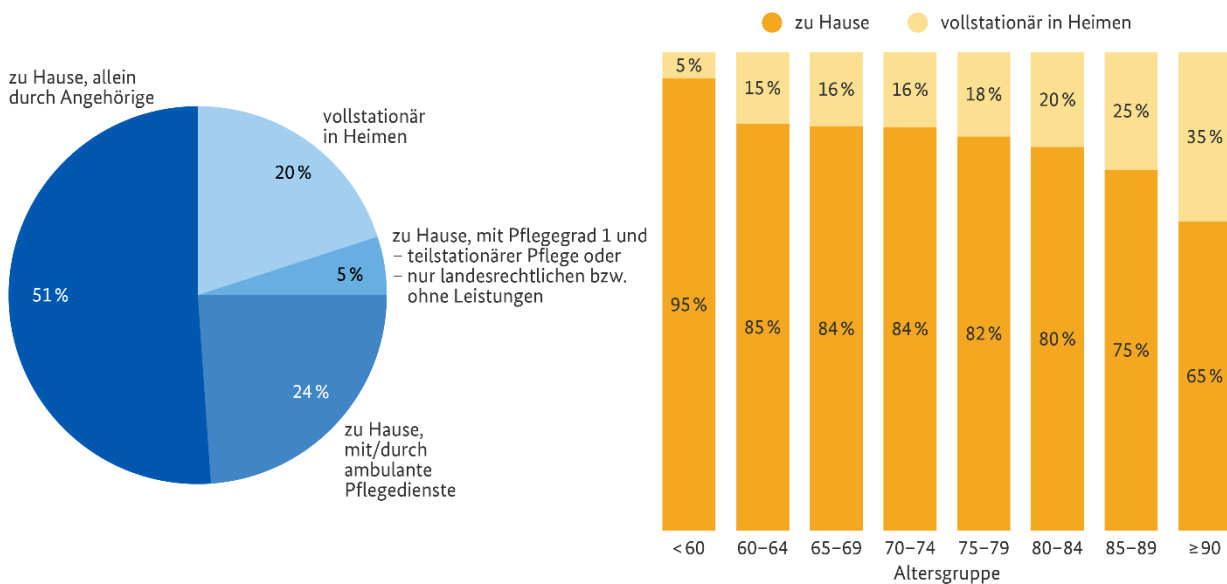
Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Auch wenn sie auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, möchten die meisten Menschen solange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Entsprechend ist in § 3 SGB XI der Vorrang der häuslichen Pflege verankert. Der Anteil der im Rahmen der SPV ambulant versorgten Pflegebedürftigen ist von knapp 72 Prozent im Jahr 2015 auf fast 79 Prozent im Jahr 2019 gestiegen. Das belegt, dass dem Prinzip „ambulant vor stationär“ weiterhin Rechnung getragen wird.

Abbildung 2: Pflegebedürftige der SPV und PPV nach Art der Versorgung (ambulant und stationär) 2019



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
 Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2021)



In der ambulanten Versorgung können Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden, die durch einen nach dem SGB XI anerkannten Pflegedienst erbracht werden. Meistens wird die pflegerische Versorgung aber durch Pflegepersonen sichergestellt. Diese sind in der Regel Angehörige der oder des Pflegebedürftigen oder Personen, die ihm oder ihr nahestehen. In diesen Fällen wird das Pflegegeld in Anspruch genommen oder eine Kombination unterschiedlicher Leistungen. Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen erhält Pflegegeld. Der Anteil der Pflegegeldempfänger ist von fast 46 Prozent im Jahr 2015 auf knapp 50 Prozent im Jahr 2019 leicht gestiegen. Die Höhe der meisten monatlich gewährten Leistungen der Pflegeversicherung, sowohl ambulant als auch stationär, ist nach Pflegegraden gestaffelt. Eine Übersicht der unterschiedlichen Leistungen ist in Kapitel 4.1 zu finden.

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, das Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit, abgebildet durch den jeweiligen Pflegegrad, sowie die individuelle Inanspruchnahme der Pflegeleistungen sind die zentralen Bestimmungsfaktoren für die Höhe und die Entwicklung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Entsprechend sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Laufe der Jahre kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2008 lagen die Gesamtausgaben der SPV unter 20 Milliarden Euro jährlich. Danach erfolgte ein Anstieg um fast 50 Prozent auf 29 Milliarden Euro im Jahr 2015. Im Berichtszeitraum sind die Gesamtausgaben noch einmal um fast 50 Prozent auf 44 Milliarden Euro im Jahr 2019 angestiegen.

Um die steigenden Ausgaben zu decken, musste der Beitragssatz im Laufe der Jahre von ursprünglich 1,7 Prozent (ab dem Beginn stationärer Leistungen zum 1. Juli 1996) auf 2,35 Prozent im Jahr 2015 und bis zum Ende des Berichtszeitraums im Jahr 2019 auf 3,05 Prozent angehoben werden.⁸ Die Gesamteinnahmen sind damit von knapp 31 Milliarden Euro im Jahr 2015 auf über 47 Milliarden Euro im Jahr 2019 gestiegen.

⁸ Hinzu kommt ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Mitglieder. Weitere Informationen hierzu sind in Kapitel 4.3.1 zu finden.

1.3 Herausforderungen für die Pflege

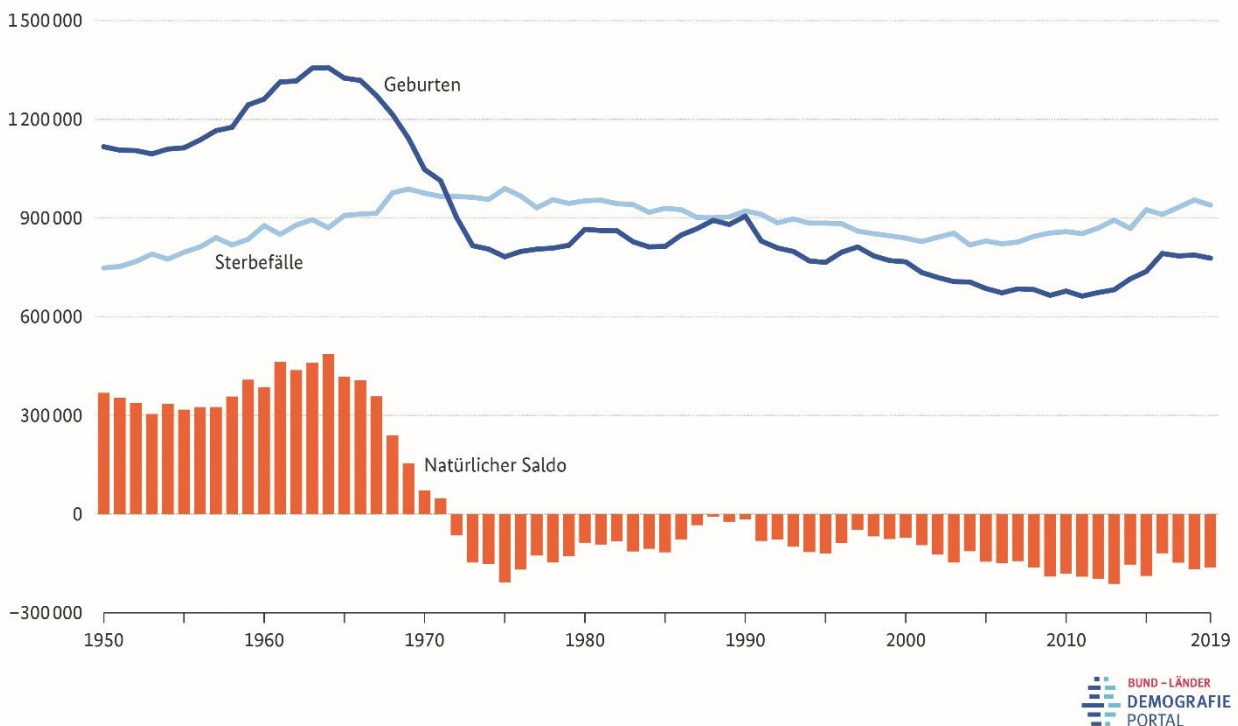
Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung spielt eine entscheidende Rolle für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. In Deutschland leben heute viele Menschen länger und mit höherer Lebensqualität im Alter als jemals zuvor. Gesundheitliche Probleme und Beschwerden nehmen im Alter zu. Dies muss 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 in der sozialen Pflegeversicherung wird bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit bis zum Jahr 2050 auf geschätzt 6,1 Millionen steigen.⁹ Der damit verbundene steigende Bedarf an beruflich Pflegenden muss langfristig gedeckt werden, um die Versorgung aller Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Gleichzeitig gilt es, die durch die Pflege entstehenden Kosten gerecht zu verteilen.

1.3.1 Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Deutschland befindet sich mitten im demografischen Wandel mit dauerhaft niedrigen Geburtenraten und einer immer höheren Lebenserwartung: Seit dem Jahr 1972 übersteigt einerseits die Zahl der Gestorbenen die Zahl der Geborenen. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist in den letzten 60 Jahren um knapp 12 Jahre gestiegen. Sie beträgt mittlerweile (Stand 2017/2019) für Männer knapp 79 Jahre und für Frauen über 83 Jahre. Das bedeutet, dass die Menschen in Deutschland kontinuierlich an Lebenszeit gewinnen. Andererseits ist die Geburtenrate ab Mitte der 1960er-Jahre steil abgefallen. In den letzten Jahren war zwar ein geringer Anstieg der Geburtenziffer zu beobachten, mit einem Wert von 1,54 Kindern je Frau im Jahr 2019 liegt diese aber immer noch deutlich unter dem sogenannten Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern je Frau. Bisher hat vor allem die Nettozuwanderung einen zu erwartenden Bevölkerungsrückgang verhindert.

Abbildung 3: Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 1950-2019



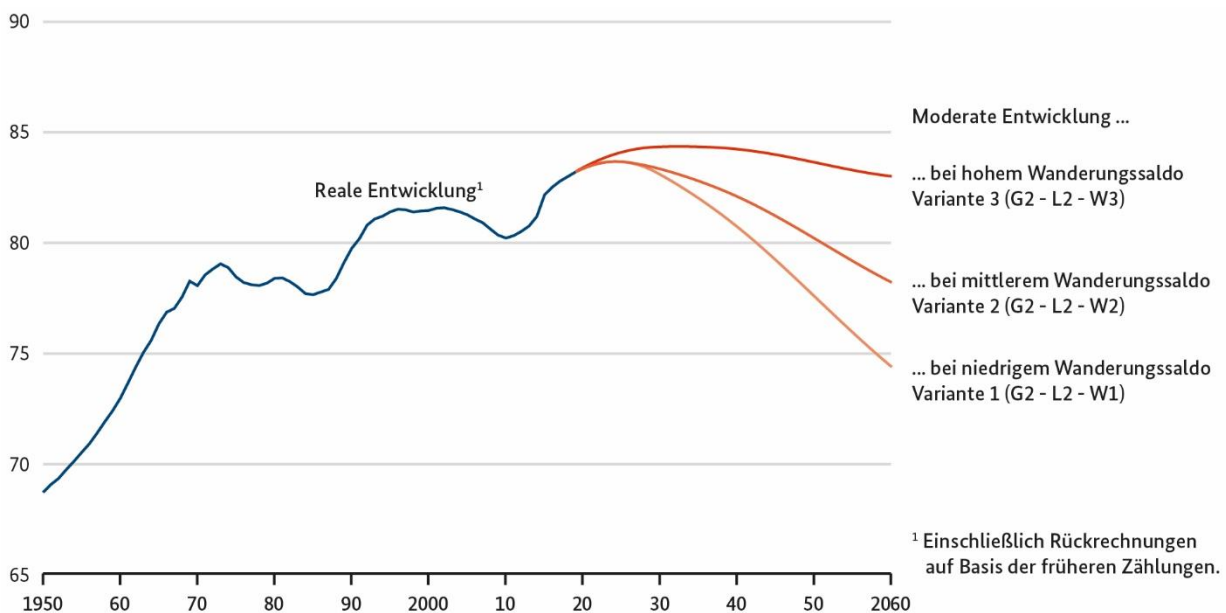
Datenquelle: Statistisches Bundesamt Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2021)

⁹ BMG (2021): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 15. Februar 2021.

Nach den Vorausberechnungen¹⁰ des Statistischen Bundesamtes wird die Bevölkerungszahl – je nach angenommener Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung – von 83 Millionen im Ausgangsjahr 2018 aufgrund der weiterhin erwarteten Nettozuwanderung mindestens bis zum Jahr 2024 zu nehmen, spätestens ab dem Jahr 2040 zurückgehen und sich dann zwischen 74 und 84 Millionen im Jahr 2060 bewegen.

Gleichzeitig wird die Bevölkerung im Schnitt zunehmend älter. Zum Jahreswechsel 2018-2019 lag das Medianalter in Deutschland bei 46,0 Jahren, womit es nach Italien (46,8 Jahre) das „zweitälteste“ Land Europas ist.¹¹ Durch die aktuelle Altersstruktur sind ein Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter und ein Anstieg der Zahl der Menschen im Ruhestand in den nächsten 20 Jahren vorgezeichnet.

Abbildung 4: Bevölkerungszahl Deutschland 1950-2060



* Die Varianten 1 bis 3 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zeigen, wie sich die Bevölkerung bei moderaten Veränderungen in der Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung und bei unterschiedlich starker Nettozuwanderung entwickeln würde. In Variante 2 entspricht der Wanderungssaldo dem Durchschnitt im Zeitraum zwischen 1955 und 2018.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019, 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Die Zahl der unter 20-Jährigen wird je nach angenommener Entwicklung von 15 Millionen (entspricht 18 Prozent der Bevölkerung) im Ausgangsjahr 2018 auf etwa 12 bis 13 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen. Die Zahl der über 67-Jährigen wird im gleichen Zeitraum von 16 Millionen (19 Prozent) auf über 21 Millionen ansteigen.

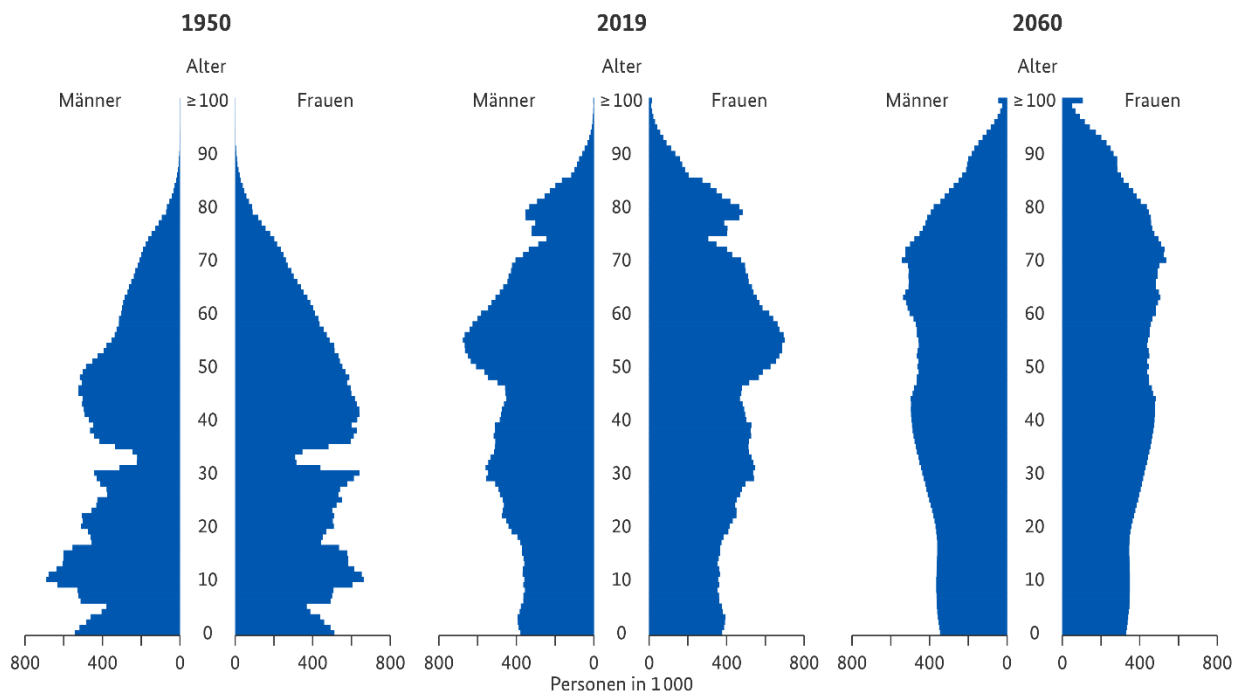
Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird dagegen voraussichtlich schrumpfen. Die mittleren Jahrgänge der 20- bis unter 67-Jährigen werden von gegenwärtig 52 Millionen auf etwa 40 bis 46 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird dabei von 62 Prozent heute auf 54 bis 55 Prozent absinken.

¹⁰ 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung:
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?blob=publicationFile); [abgerufen am 06.04.2021].

¹¹ Eurostat. Bevölkerung – Strukturindikatoren [abgerufen am 06.04.2021]

Die Zahl der Menschen über 80 Jahre würde von derzeit 5,4 Millionen (6 Prozent an der Gesamtbevölkerung) auf 7,8 bis 9,9 Millionen im Jahr 2060 steigen. Dies entspräche 9 bis 13 Prozent der Bevölkerung. Die Entwicklung der Einflussgrößen Fertilität, Wanderungssaldo und Lebenserwartung hat über die Zeit einen deutlichen Einfluss auf die Altersstruktur der gesamten Bevölkerung gehabt und wird diesen auch weiterhin haben. In Abbildung 5 sind die Altersstrukturen der Bevölkerung für die Jahre 1950, 2019 und 2060 (auf Grundlage von Variante 2) dargestellt.

Abbildung 5: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland 1950-2060



2060: 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt
 Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2020)

BUND - LÄNDER
 DEMOGRAFIE
 PORTAL

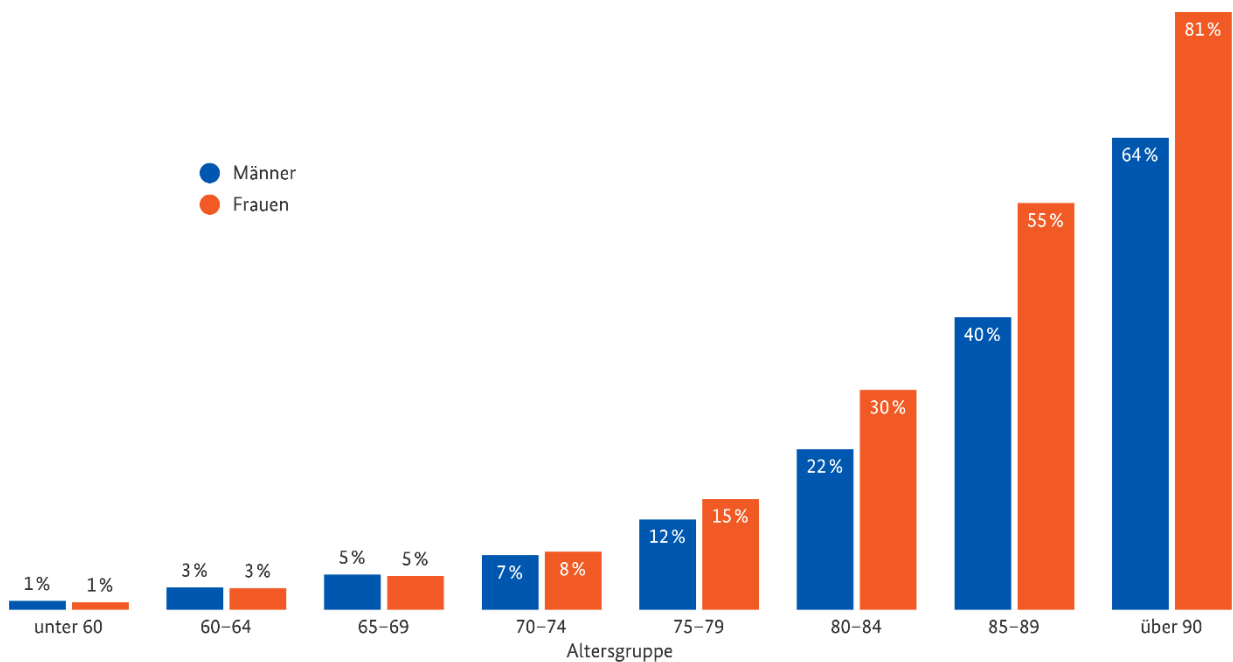
Weitere Informationen zum demografischen Wandel sind auf der Homepage des Statistischen Bundesamts sowie auf dem Demografieportal des Bundes und der Länder zu finden.¹²

1.3.2 Entwicklung des Anteils pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung

Die verbesserten Lebensbedingungen mit ausreichender Ernährung und nachhaltigen Hygiene- und Präventionsmaßnahmen haben zu einer längeren Lebenserwartung geführt. Die steigende Anzahl an älteren und hochaltrigen Personen bringt aber auch Herausforderungen mit sich. Insbesondere steigen damit die Zahl und der Anteil pflegebedürftiger Menschen. Denn im Alter von unter 60 Jahren beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der jeweiligen Altersgruppe weniger als ein Prozent. Diese sogenannte Pflegequote nimmt aber mit dem Alter kontinuierlich zu. In der Altersgruppe der über 90-Jährigen ist mehr als jeder zweite Mann und sind drei von vier Frauen pflegebedürftig.

¹² <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2060&a=20,80&v=5&g>,
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html
 und <https://www.demografie-portal.de/DE/Startseite.html>; [abgerufen am 06.04.2021].

Abbildung 6: Anteil pflegebedürftiger Personen nach Altersgruppen 2019



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
 Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2021)



Ab dem 75. Lebensjahr ist die Pflegequote bei Frauen zunehmend höher als bei Männern. Dies liegt im Wesentlichen an der niedrigeren Lebenserwartung von Männern. Zum anderen leben ältere Frauen häufiger alleine, weil Männer im Durchschnitt früher sterben – zumal die Frauen meistens ältere Partner hatten. Insgesamt sind über 60 Prozent der Leistungsempfänger in der SPV weiblich.

Die steigende Anzahl an älteren und hochaltrigen Personen birgt auch für ihre Angehörigen, ihr soziales Umfeld, aber auch für die langfristige Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung Herausforderungen. Chronische Erkrankungen und das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) werden mit zunehmendem Lebensalter wahrscheinlicher. Damit steigt auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass nur ältere Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Etwa 18,8 Prozent aller Pflegebedürftigen der SPV im Jahr 2019 waren unter 60 Jahren alt; davon rund 5,4 Prozent unter 20 und 3,4 Prozent unter 15 Jahren alt. Auch für diese Pflegebedürftigen muss eine angemessene Versorgung sichergestellt werden.

Eine besondere Herausforderung stellt die steigende Anzahl von Menschen mit Demenz dar. In Deutschland leben derzeit schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen mit Demenz.¹³ Aufgrund der demografischen Entwicklung könnte diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf rund 2,4 bis 2,8 Millionen ansteigen.¹⁴

Die Bundesregierung begegnet diesen Entwicklungen mit zahlreichen Reformen, Initiativen und Projekten. Als ressortübergreifendes Projekt, in das bundesweit zahlreiche Partner involviert waren, kann insbesondere die Nationale Demenzstrategie erwähnt werden, die ausführlich in Kapitel 2.6 behandelt wird.

¹³ Alzheimer Europe (Hg.): Dementia in Europe. Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe.

¹⁴ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Stand Juni 2020.

1.3.3 Personalentwicklung in der Pflege

Im Berichtszeitraum sind sowohl die Anzahl der beruflich Pflegenden als auch die Anzahl der Auszubildenden in der Pflegebranche kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2019 waren insgesamt 1,7 Millionen Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege sozialversicherungspflichtig beschäftigt.¹⁵ Das entspricht einem Zuwachs von rund 24 Prozent gegenüber dem Jahr 2012. In ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen waren im Jahr 2019 rund 1,2 Millionen Personen beschäftigt. Das sind rund 12 Prozent mehr als im Jahr 2015.¹⁶

Die Altenpflege gehörte in den letzten Jahren zu den besonders stark wachsenden sozialen Dienstleistungsbranchen. 64 Prozent der im Jahr 2019 bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeten Stellen in der Altenpflege richteten sich an Fachkräfte (15.000 Stellen); 35 Prozent an Personen mit Helferqualifikation (8.300). Laut Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit kamen 2019 im Jahresdurchschnitt bei Altenpflegefachkräften auf 100 gemeldete Stellen rechnerisch 19 Arbeitslose; bei Altenpflegehelferinnen und -helfern waren es auf 100 gemeldete Stellen 322 Arbeitslose. Der gemeldete Bedarf an examinierten Fachkräften war 2019 leicht gesunken, blieb aber auf hohem Niveau. Gemeldete Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten waren im Bundesdurchschnitt 205 Tage vakant (gleitender Jahreswert Oktober 2019). Das waren 22 Tage mehr als im Vorjahr und 65 Prozent mehr als die durchschnittliche Vakanzzeit über alle Berufe.¹⁷

Der demografische Wandel hat nicht nur Auswirkungen auf den Bedarf an Pflegeleistungen, sondern auch auf die verfügbare Anzahl an beruflich Pflegenden. Auch das Pflege- und Gesundheitspersonal altert und der Fachkräftemangel verschärft sich. Allein für den stationären Bereich wird für den Zeitraum bis zum Jahr 2030 von einem Mehrbedarf von 71.000 Vollzeitstellen ausgegangen.¹⁸ Vor diesem Hintergrund sind die künftige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und die Fachkräftegewinnung zwei der wesentlichen Herausforderungen der aktuellen Gesundheits- und Pflegepolitik.

In der Altenpflege gibt es wie im gesamten Pflegebereich einen hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten. Dieser war im Jahr 2019 mit 56 Prozent deutlich höher als der Teilzeitanteil über alle Branchen mit 12 Prozent. Dies ist unter anderem mit dem hohen Anteil an weiblichen Beschäftigten in der Pflege zu erklären (in der Altenpflege im Jahr 2019 83 Prozent), die Teilzeitarbeit häufig als Möglichkeit zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf nachfragen. Als eine weitere Ursache werden häufig die hohen physischen und psychischen Belastungen im Pflegeberuf genannt.¹⁹

Um diesen Entwicklungen zu begegnen und die Herausforderungen des demografischen Wandels in der Pflege zu bewältigen, hat die Bundesregierung in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen eingeleitet. Dazu zählen insbesondere Initiativen für eine bessere Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen und für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege, die in Kapitel 2.4 näher beschrieben werden.

¹⁵ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.

¹⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis), (2020): Pflegestatistik 2019.

¹⁷ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.

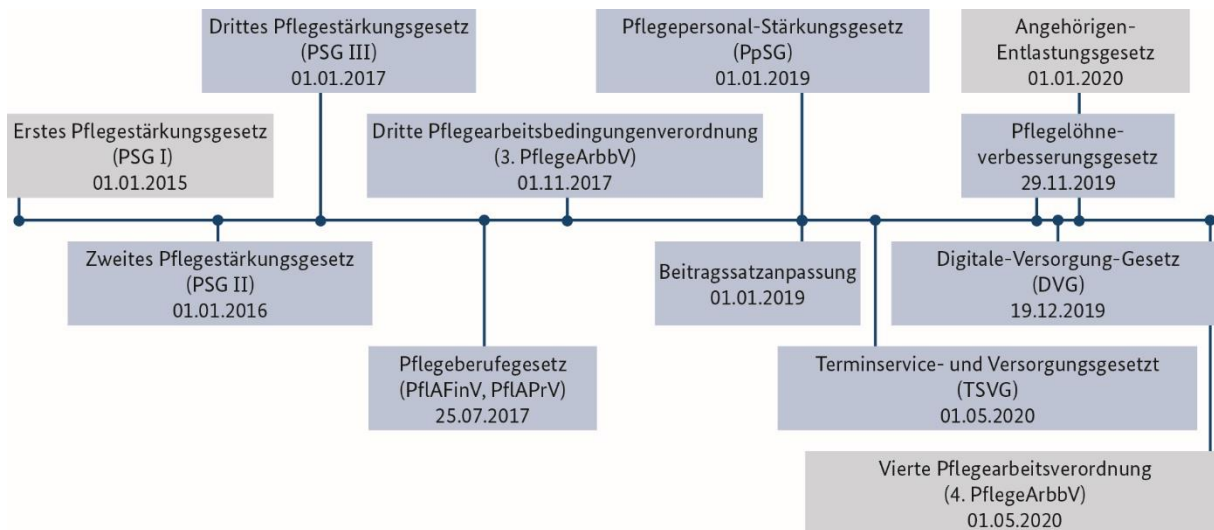
¹⁸ SOCIUM, IPP, iaw, KKSb (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).

¹⁹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.

2 Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung

2.1 Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum

Abbildung 7: Gesetze und Verordnungen zur Pflege im Berichtszeitraum



Quelle: BMG (eigene Darstellung); Datum stellt Inkrafttreten dar; grau hinterlegte Felder liegen außerhalb des Berichtszeitraums.

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

Gesetz/Verordnung	Beschreibung
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) Inkrafttreten ab: 01.01.2016 BGBl. I 2015 S. 2424	Zum 1. Januar 2017 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument in das SGB XI eingeführt. Damit erhalten erstmals alle versicherten Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. Beratung und Qualitätssicherung werden gestärkt. Pflegenden Angehörigen werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte angehoben.
Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) Inkrafttreten: 01.01.2017 BGBl. I 2016 S. 3191	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im Recht der Sozialhilfe verankert. Die Pflege vor Ort wird gestärkt und die Beratung weiter ausgebaut. Damit werden Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Kontrollmöglichkeiten werden verschärft, um Abrechnungsbetrug in der Pflege noch wirksamer zu bekämpfen. Sicherstellung der Refinanzierung von Entlohnungen bis Tariffhöhe in der Langzeitpflege.
Pflegeberufegesetz (PflBG) (PflAFinV, PflAPrV)	Es wird der Grundstein für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege ab dem Jahr 2020 gelegt (gestuftes Inkrafttreten bis 1. Januar 2020). Dazu gehören die Pflegeberufe-Ausbildungsfi-

Gesetz/Verordnung	Beschreibung
Inkrafttreten ab: 25.07.2017 BGBl. I 2017 S. 2581	finanzierungsverordnung (PflAFinV - Inkrafttreten 1. Januar 2019) sowie die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV - gestuftes Inkrafttreten bis 1. Januar 2020).
Dritte Pflegearbeitsbedingungenverordnung (3. Pflege-ArbBV) Inkrafttreten: 01.11.2017 BGBl. I 2017 S. 3200	Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 1. August 2017. Aufgehoben durch die Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 22. April 2020, die zum 1. Mai 2020 in Kraft getreten ist. Die Verordnung erhöht den Pflegemindestlohn.
Beitragssatzanpassung Inkrafttreten: 01.01.2019 BGBl. I 2018 S. 2587	Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte angehoben.
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) Inkrafttreten: 01.01.2019 BGBl. I 2018 S. 2394	Mehr Stellen und Förderprogramme zur Verbesserung der Pflege in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen, zur Digitalisierung, zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege sowie zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Regelungen zum neuen Qualitätssicherungssystem in der vollstationären Pflege; Prüfauftrag für Landesrahmenverträge für flexiblen Personaleinsatz in verschiedenen Versorgungsbereichen; einheitliches Vergütungsverfahren zu Wegezeiten in der ambulanten Pflege; Ermöglichung von Videosprechstunden durch niedergelassene Ärzte; Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen; Ausbau der Selbsthilfeförderung; Sicherstellung der Refinanzierung von Entlohnungen in Tariffhöhe in der häuslichen Krankenpflege.
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Inkrafttreten: 11.05.2019 BGBl. I 2019 S. 646	Es wird die Möglichkeit eröffnet, ambulante Betreuungsdienste als neues professionelles Versorgungsangebot zuzulassen. Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln wird verbessert und die Einführung der elektronischen Patientenakte vorbereitet.
Pflegelöhneverbesserungsgesetz Inkrafttreten: 29.11.2019 BGBl. I 2019 S. 1756	Die Pflegekommission zur Erarbeitung von Mindestlöhnen in der Pflege wird gestärkt. Zudem wird das Verfahren für eine mögliche Erstreckung eines bundesweiten Tarifvertrags auf die gesamte Langzeitpflegebranche gesetzlich geregelt.
Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) Inkrafttreten: 19.12.2019 BGBl. I 2019 S. 2562	Das Gesetz sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, um die Versorgung der Versicherten durch Digitalisierung zu verbessern. Pflegeeinrichtungen können sich freiwillig an die Telematikinfrastruktur anschließen. Sie erhalten die Ausstattungskosten sowie Kosten des laufenden Betriebs von der Pflegeversicherung erstattet. Parallel wird die Einbindung von Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines größeren Modellvorhabens umfassend erprobt.
Angehörigen-Entlastungsgesetz Inkrafttreten: 01.01.2020 BGBl. I 2019 S. 2135	Die Heranziehung von Eltern und Kindern mit einem Jahresbruttoeinkommen von bis zu 100.000 Euro zum Unterhalt Angehöriger wird in der Sozialhilfe ausgeschlossen. Dies ist v. a. relevant für Angehörige stationär versorgter Pflegebedürftiger, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind.

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

2.2 Ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz ist der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung durch eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit und eine vollständige Neufassung des Begutachtungsinstruments (§§ 14 und 15 SGB XI) neu begründet worden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist seit dem 1. Januar 2017 auch die pflegefachliche Grundlage für die pflegerische Leistungserbringung sowie für Ziele und Inhalte pflegerischer Maßnahmen. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenso in das Recht der Sozialhilfe und damit in die Hilfe zur Pflege eingeführt.

2.2.1 Hintergrund der Reform

Seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung stand der ursprüngliche Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Kritik: Er sei an Defiziten orientiert und primär auf alltäglich wiederkehrende Verrichtungen in den Bereichen Ernährung, Körperpflege und Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder anderen psychischen Erkrankungen seien in der Begutachtung nicht oder nicht hinreichend berücksichtigt. Dieser Kritik wurde zwar insbesondere seit 2002 in mehreren Reformen durch Leistungsverbesserungen für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz begegnet. Gleichwohl lag der Schwerpunkt der Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung weiter auf körperlichen Beeinträchtigungen und alltäglichen Verrichtungen im Sinne des bis Ende 2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Bereits im Jahr 2006 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Beirat zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der auch ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erarbeiten sollte. Ein erster entsprechender Bericht wurde im Jahr 2009 vorgelegt.²⁰ Ein weiterer Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde im Jahr 2012 eingerichtet; sein Abschlussbericht konnte im Jahr 2013 vorgelegt werden.²¹ Das darin neu entwickelte Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wurde im Rahmen von zwei umfassenden Modellprojekten auf seine Praxistauglichkeit hin überprüft. Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen wurden in die Gesetzgebung, insbesondere in das PSG II, aufgenommen.

Basierend auf diesen Vorarbeiten erfolgte im Berichtszeitraum die umfassendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrem Bestehen. Sie setzt sich aus den drei Pflegestärkungsgesetzen zusammen. Das Erste Pflegestärkungsgesetz trat zum 1. Januar 2015 in Kraft. Im PSG I wurden mit Blick auf den nächsten Reformschritt des PSG II zahlreiche Leistungen für pflegebedürftige Personen – sowie für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – und ihre Angehörigen flexibilisiert und erheblich ausgeweitet.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz trat in zwei Schritten in Kraft. Bereits zum 1. Januar 2016 wurde eine Vielzahl an Versorgungsverbesserungen umgesetzt. Beispielsweise wurden die Regelungen des SGB XI zur Pflegeberatung konkretisiert und der Anspruch darauf ausgeweitet. Pflegenden Angehörige haben nun einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung, und zwar unabhängig von der Teilnahme der pflegebedürftigen Person, sofern diese dem zustimmt. Zum 1. Januar 2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zusammen mit dem neuen Begutachtungsinstrument als „Kernstück“ der Pflegereform in das SGB XI eingeführt. Seither stehen nicht mehr der Zeitaufwand und der Verrichtungsbezug pflegerischer Hilfen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Fokus, sondern gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und ein sich daraus ergebender Hilfebedarf, der ohne fremde Hilfe nicht abgedeckt werden kann (vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI). Die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen können körperlicher, kognitiver oder psychischer Art sein. Für die Pflegebedürftigen, die bereits vor dem 1. Januar 2017 Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hatten, wurde eine automatische Überleitung in das neue System veranlasst. Zudem wurde die Absicherung von Pflegepersonen in der Renten-

²⁰ BMG (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

²¹ BMG (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

und Arbeitslosenversicherung verbessert und der Anspruch auf zusätzliche Aktivierung und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt (§ 43b SGB XI).

Darüber hinaus wurde mit dem PSG II in § 18c Abs. 2 SGB XI ein umfassender Evaluationsauftrag zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert. Durch eine die Vorbereitung und die Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit begleitende wissenschaftliche Evaluation sollten insbesondere folgende Aspekte untersucht werden:

- Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen,
- die Umsetzung der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren,
- Leistungsentscheidungen anderer Sozialleistungsträger (soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen),
- der Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument,
- die Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze sowie
- die Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege.

Der Evaluationsauftrag wurde in fünf Lose unterteilt (Vergabe von fünf Projekten). In einem zusammenfassenden Bericht wurden die Kernaussagen und Ergebnisse aus den fünf Studien zusammengetragen. In den Projekten wurden verschiedene Fragestellungen mit unterschiedlichen Methoden untersucht. Tabelle 2 gibt einen Überblick zu den inhaltlichen Schwerpunkten sowie zur methodischen Umsetzung der Studien.

Tabelle 2: Übersicht der Themenschwerpunkte und methodischen Umsetzung der Evaluationsstudien

Titel und inhaltlicher Schwerpunkt	Methodische Umsetzung	Zitation im Text
Los 1: Prozessevaluation (IGES Institut GmbH) Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege, Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von ausgewählten Pflegeeinrichtungen (Prozessunterstützung), Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflege	Modellentwicklung in 17 ambulanten Diensten, 16 teilstationären und 22 vollstationären Einrichtungen, Dokumentenanalyse (Rahmenverträge), Schriftliche Befragungen in ambulanten Diensten, in voll- und teilstationären Einrichtungen (Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige)	IGES 2019a
Leitfaden zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Einrichtungen (Zielgruppe: Einrichtungsleitungen) (Anhang Los 1)	<i>Broschüre: Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Pflegepraxis</i>	IGES 2019c
Los 2: Allgemeine Befragungen (Kantar Public) Strukturelle Entwicklungen im Rahmen der Pflegeversicherung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, Finanzielle Situation von Pflegebedürftigen,	Telefonische Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, Schriftliche Befragung von Leitungen ambulanter Dienste, Mündliche und schriftliche Befragung von Leitungen stationärer Ein-	Kantar Public 2019a

Titel und inhaltlicher Schwerpunkt	Methodische Umsetzung	Zitation im Text
Inanspruchnahme von Leistungen, Häusliche Pflegearrangements, Personal und wirtschaftliche Situation in ambulanten und stationären Einrichtungen	richtungen und Pflegekräften zu einzelnen Bewohnern	
Los 3: Eingliederungshilfe (IGES Institut GmbH) Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI und Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege, Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II und III auf die ambulanten und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe	Schriftliche Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe, Pflegekassen, ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe, vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Behindertenverbänden, Trägern der Hilfe zur Pflege.	IGES 2019b
Los 4: Statistische Untersuchung (Universität Bremen SOCIUM) Empfängerzahlen und Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, Empfängerzahlen und Finanzen der Sozialhilfe, Vergütung von Pflegeheimen und Eigenanteile, Unterstützung der informellen Pflege (soziale Absicherung, Regionale Netzwerke und Pflegekurse, Entlastungsangebote)	Datenauswertungen der Pflegestatistik, der Sozialhilfestatistik und der Statistik der sozialen Pflegeversicherung, Auswertung von Routinedaten der BARMER, Auswertung von Daten des vdek, Online-Befragung von Pflegekursanbietern, Befragung von regionalen Netzwerken	SOCIUM 2019
Los 5: Fortschreibung Monitoring (Prognos AG) Fortsetzung des 2016 begonnenen Monitorings zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, Umstellungsprozess auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, Leistungsrecht, vertragliche Grundlagen, Leistungsentscheidungen, Einschätzungen der beteiligten Akteure zur Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments	Datenauswertungen von Kennzahlen verschiedener Akteure, Interviews und Online-Befragungen zu drei Erhebungszeitpunkten von Kranken- und Pflegekassen, Medizinischen Diensten, MEDICPROOF, Verbänden der Leistungserbringer, Betroffenenverbänden, Beratungsinstitutionen und Trägern der Sozialhilfe	Prognos 2019a
Anhang Los 5		Prognos 2019b
Zusammenfassender Evaluationsbericht Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse aus den Losen 1 bis 5	Berichte der Studien aus den Losen 1 bis 5 Pflegeberichterstattung des MDS für die Jahre 2017 und 2018, Expertise zur Quantifizierung der Personalverbesserungen (Rothgang und Wagner 2019)	BMG 2019

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Darüber hinaus sind Untersuchungsergebnisse aus einer Studie zur Personalausstattung²² sowie eine Analyse zu den Auswirkungen einer Tarifbindung²³ und der Pflegeberichterstattung durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) in den die Evaluation zusammenfassenden Bericht des BMG eingeflossen. Ebenfalls Berücksichtigung fand das Ergebnis eines Forschungsprojekts zu den Bedarfskonstellationen von Heimbewohnern mit besonders ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten.²⁴

Mit dem PSG III wurde zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das Recht der Sozialhilfe eingeführt. Darüber hinaus wurden damit die zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden in einer Arbeitsgruppe vereinbarten Empfehlungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt (siehe hierzu Kapitel 2.5.5). Zudem wurde mit dem PSG III klargestellt, dass auch nichttarifgebundene Einrichtungen die Zahlung von Löhnen bis zur Tariffhöhe refinanziert bekommen. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.

2.2.2 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Pflegegrade

Die mit dem PSG II im Jahr 2017 eingeführte Definition von Pflegebedürftigkeit und das darauf basierende Begutachtungsinstrument nach den §§ 14 und 15 SGB XI waren Dreh- und Angelpunkt der großen Pflegereform. Die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung wurden auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt. Es erfolgte eine Abkehr von der bis Ende des Jahres 2016 geltenden Orientierung der Begutachtung an Zeitwerten und Alltagsverrichtungen.

Im Rahmen der Begutachtung werden seither alle relevanten körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen gleichermaßen und pflegfachlich fundierter und differenzierter als bisher berücksichtigt. Damit wurde der Zugang für Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, z. B. vieler Menschen mit Demenzerkrankungen, zu Leistungen der Pflegeversicherung entscheidend verbessert. Im neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit sind der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit oberste Ziele aller pflegerischen Interventionen und gleichzeitig Handlungsorientierung der beruflich Pflegenden.

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht, wenn die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten, bedingt durch körperliche, kognitive oder psychische Faktoren, gesundheitliche Belastungen oder Anforderungen, beeinträchtigt sind, und diese Beeinträchtigungen ohne fremde Hilfe nicht kompensiert oder bewältigt werden können. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus den Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den folgenden – pflegfachlich begründeten – sechs Lebensbereichen (Modulen):

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Mit der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurden die bis Ende 2016 geltenden drei Pflegestufen von fünf Pflegegraden abgelöst (§ 15 Abs. 3 SGB XI). Jedem Pflegegrad ist eine bestimmte Schwere der Beeinträchtigungen zugeordnet. Die entsprechend hinterlegten Punktwerte reichen von

²² Rothgang H., Wagner C. (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

²³ Kantar Public (2019b): Sonderauswertung PSG II: Analyse von tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. München.

²⁴ Wingenfeld K. (2019): Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P19-156, Dezember 2019.

mindestens 12,5 bis maximal 100 Punkte. Die Pflegegrade sind gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI mit folgenden Gesamtpunktwerten hinterlegt:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Überleitung nach § 140 SGB XI

Die neue Unterteilung in fünf Pflegegrade hatte zur Folge, dass alle pflegebedürftigen Personen im Sinne des SGB XI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung von ehemals drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade zum Jahreswechsel von 2016 auf 2017 überführt werden mussten. Die Überleitung erfolgte nach § 140 SGB XI. Alle Versicherten, bei denen zum Zeitpunkt 31. Dezember 2016 Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden war und bei denen spätestens an diesem Tag alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorlagen, wurden automatisch sowie ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung auf das neue Recht übergeleitet und erhielten dabei nach Maßgabe des § 141 SGB XI Besitzstandsschutz. Die Regelungen zur Überleitung und zum Besitzstandsschutz verhinderten eine Schlechterstellung von Pflegebedürftigen durch die Umstellung. Die Überführung auf Basis der Überleitungsregelungen führte für die große Mehrzahl der übergeleiteten Pflegebedürftigen zu Leistungsverbesserungen. Insgesamt wurden rund 2,96 Millionen Pflegebedürftige²⁵ ohne erneute Antragstellung zum Jahreswechsel 2016/2017 in das neue System überführt (SOCIUM 2019).

Das Überleitungsverfahren von knapp drei Millionen Pflegebedürftigen stellte aus Sicht der Pflegekassen im Vorfeld unter verwaltungstechnisch-organisatorischen Gesichtspunkten eine große Herausforderung dar (Kantar Public 2019). Die Ergebnisse der Begleitevaluation zeigen, dass der Überleitungsprozess aufgrund der intensiven Vorbereitung insgesamt reibungslos und gut umgesetzt werden konnte (Prognos 2019a).

2.2.3 Begutachtungsinstrument und Rehabilitationsbedarf

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst Beeinträchtigungen umfassender und genauer als das bis zum 31. Dezember 2016 geltende Instrument. Es misst nicht den individuellen Pflegebedarf, sondern - pflegfachlich fundierter und differenzierter als bisher - Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der betroffenen Person bei der Durchführung von Aktivitäten und bei der Gestaltung von sechs Lebensbereichen (sogenannte Module). Damit wird insgesamt eine gerechtere und individuellere Einstufung ermöglicht und insbesondere Menschen mit Demenz, aber auch Personen mit anderen psychischen Erkrankungen und Pflegebedürftigen mit geistiger Behinderung der gleichberechtigte Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung eröffnet. Bei den Modulen handelt es sich um die Bereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Anhand der Module werden verschiedene Fähigkeiten oder Tätigkeiten, beispielsweise „Essen“ oder „An- und Auskleiden des Oberkörpers“ im Modul „Selbstversorgung“, mittels

²⁵ Hierzu zählten Versicherte, die Ende des Jahres 2016 einer Pflegestufe zugeordnet waren oder bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden war.

einer vierstufigen Skala von „selbständig“ bis „unselbständig“ bewertet und mit Punkten versehen.²⁶ Die gleiche Form der Bewertung und Punktevergabe erfolgt in den Modulen „Mobilität“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“. Das Modul „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ bewertet, inwiefern diese Fähigkeiten „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ sind. Im Modul „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie im Modul „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ wird die Häufigkeit der Hilfe (täglich, wöchentlich, monatlich) bewertet und mit den in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI hinterlegten Punkten gewertet.²⁷ Aus diesem Ordnungsschema ergibt sich für jedes Modul ein Summenwert, der mithilfe einer fünfstufigen Skala in einen gewichteten Punktwert überführt wird (Anlage 2 zu § 15 SGB XI). Die „Selbstversorgung“ (Körperpflege und Ernährung etc.) erhält mit 40 Prozent dabei die höchste Gewichtung. Die Gewichtung der weiteren Module kann Tabelle 3 entnommen werden. Die gewichteten Punktwerte aller Module werden abschließend addiert (§ 15 Abs. 3 SGB XI). Aus der Bewertung der sechs Dimensionen ergeben sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit und die entsprechende Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Das Begutachtungsinstrument wird sowohl bei der Begutachtung von Kindern als auch von Erwachsenen angewendet. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Weil Kinder bis zu 18 Monaten von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig sind, werden bei der Begutachtung nur die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher als Erwachsene eingestuft.

Tabelle 3: Sechs Module des Begutachtungsinstruments

Modul	Gewichtung in %
Mobilität	10
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15
Selbstversorgung	40
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Die Umstellung auf das neue Begutachtungsinstrument stellte für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine große Herausforderung dar. Zum einen mussten die Gutachterinnen und Gutachter zum 1. Januar 2017 im Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument umfassend geschult sein. Zum anderen kam es ab Januar 2017 zu einem erheblichen Anstieg des Begutachtungsaufkommens infolge der veränderten Rechtslage. Allein im Jahr 2017 stieg die Anzahl der Begutachtungsverfahren um 13 Prozent (220.000 Gutachten). Der überwiegende Anteil an Begutachtungen entfiel dabei auf den ambulanten Sektor, während im stationären Sektor ein leichter Rückgang festzustellen war. Im Jahr 2018 nahm die Zahl der Verfahren um weitere 6 Prozent (120.000 Gutachten) zu, sodass in diesem Jahr insgesamt über zwei Millionen

²⁶ MDS (2019a): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung.

²⁷ Ebd.

Gutachten erstellt wurden. Davon entfielen rund 1,7 Millionen auf den ambulanten und mehr als 291.000 auf den stationären Sektor.²⁸

Bei der anonymen Zufriedenheitsbefragung, die von den MDK seit dem Jahr 2014 im Anschluss an alle Begutachtungen durchgeführt werden, äußerten im Jahr 2018 88 Prozent der Befragten ihre Zufriedenheit mit der Begutachtung.²⁹ Dieser Eindruck wurde auch von den Gutachtern des MDK bestätigt. Vor allem, dass bei der Einschätzung besser zwischen psychischen und körperlichen Einschränkungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten unterschieden werden könne, wurde dabei positiv hervorgehoben.

Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hatte es Befürchtungen gegeben, wonach es bei den Begutachtungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten zu Ungerechtigkeiten bei der Einstufung in die Pflegegrade kommen könnte. Hinsichtlich dieser Frage wurde daher ein Forschungsprojekt durchgeführt, in dessen Ergebnis keine Hinweise auf eine systematische Benachteiligung dieser Zielgruppe festgestellt wurden.³⁰

Medizinische Rehabilitation

Eines der sozialpolitischen Postulate im SGB XI lautet „Reha vor und bei Pflege“. Für die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung gibt es drei Wege, um Zugang zu Maßnahmen zur Rehabilitation zu erhalten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt. Sie machen rund 81 Prozent der Rehabilitationsmaßnahmen aus. Weitere 17 Prozent basieren auf einer ärztlichen Verordnung. In rund 2 Prozent der Rehabilitationsfälle erfolgte der Leistungszugang über die Pflegebegutachtung.³¹

Seit dem 1. Januar 2015 erfolgt die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard (OBS). Mit dem seit dem 1. Januar 2017 geltenden Begutachtungsinstrument werden nicht nur alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst, sondern es können auch Präventions- und Rehabilitationsbedarfe besser erkannt werden. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden in einem Formular für die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung festgehalten und den Antragstellern übermittelt.

Die Pflegekassen sind zudem gemäß § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI seit dem Jahr 2013 dazu verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der MDK und den Erfahrungen der Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen des Begutachtungsverfahrens Bericht zu erstatten. Zu diesem Zweck bereitet der GKV-Spitzenverband die ihm jährlich übermittelten Pflegekassendaten über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation auf und prüft ihre Plausibilität. Bis Ende Juni werden die Daten an das BMG weitergeleitet und in einem Bericht jährlich zum 1. September veröffentlicht (§ 18a Abs. 3 SGB XI). Der Bericht enthält ebenfalls wichtige Angaben zur Einwilligung der Versicherten zur Weiterleitung einer positiven Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger. Mit der Weiterleitung wird eine Antragstellung nach § 14 SGB XI ausgelöst.

Die Anzahl der im Rahmen der Pflegebegutachtung von den MDK ausgesprochenen Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ist seit Beginn der Datenerhebung im Jahr 2013 kontinuierlich gestiegen, im Berichtszeitraum um mehr als 50 Prozent. Im Jahr 2016 wurden bei 1,5 Millionen Begutachtungen insgesamt knapp

²⁸ MDS (2019b): Pflegeberichterstattung. Ergebnisse und Erfahrungen nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

²⁹ Ebd.

³⁰ Wingenfeld K. (2019): Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten.

³¹ GKV-Spitzenverband (2020b): 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 Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

42.400 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen und über die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet. Daraus ergibt sich für das Jahr 2016 eine Rehabilitationsempfehlungsquote in Höhe von 2,2 Prozent, die auf 3,4 Prozent im Jahr 2019 anstieg. Die Empfehlungsquote bezieht sich auf die Anzahl der ausgesprochenen Empfehlungen im Verhältnis zu allen durchgeführten Begutachtungen in einem Jahr. Weitere Informationen hierzu sind in Kapitel 4.4.1 zu finden.

Die Zunahme der Zahl der Rehabilitationsempfehlungen im Berichtszeitraum wird neben der Anwendung des OBS auch der systematischen Erfassung der Rehabilitationsbedarfe durch das geltende Begutachtungsinstrument zugeschrieben (Prognos 2019a).

2.2.4 Umsetzung und Auswirkungen des neuen Pflegeverständnisses

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs waren die Vertragspartner der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen aufgefordert, ihre Verträge und Vereinbarungen an das geltende Pflegeverständnis anzupassen. Zugleich bedingte der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine insbesondere inhaltlich-qualitative Anpassung der pflegerischen Konzepte und Aufgaben der Pflegeeinrichtungen. Folgewirkungen hat es darüber hinaus beim Leistungsbezug gegeben.

Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen

Ein Umsetzungsschritt bestand in der Übernahme der Neuausrichtung des Pflegeverständnisses in die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie in die Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen gemäß §§ 85, 89 SGB XI. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt acht Rahmenverträge angepasst. Davon entfielen zwei Rahmenverträge auf den ambulanten, drei auf den teilstationären und drei auf den vollstationären Sektor. In 25 Fällen wurden Verhandlungen aufgenommen und in 28 Fällen wurden diese aus verschiedenen Gründen zurückgestellt (Prognos 2019a). Die Rückstellungen wurden begründet mit der „Priorisierung von Tätigkeiten“ und Problemen bei der inhaltlichen Gestaltung und Leistungsbeschreibung in den Rahmenverträgen (Prognos 2019a).

In allen drei Sektoren wurden jeweils drei Rahmenverträge, in denen bis Juni 2019 Anpassungen vorgenommen wurden, evaluiert (IGES 2019a). Dabei wurde festgestellt, dass in den analysierten Rahmenverträgen die Pflegeleistungen zwar an den § 14 SGB XI angepasst wurden, jedoch die inhaltliche Angleichung durchaus unterschiedlich erfolgte (IGES 2019a). Ein Teil der Vergütungsvereinbarungen orientierte sich an den unveränderten Landesrahmenverträgen; und der Begriff des Verrichtungsbezugs wurde nach wie vor verwendet (ebd.). Auch über den Berichtszeitraum hinaus bleibt es damit Aufgabe der Vertragspartner, das neue Pflegeverständnis in die Rahmenverträge zu implementieren.

Umstellung der Pflegekonzepte und Verfahrensabläufe

Mit dem neuen Pflegeverständnis ging ein Paradigmenwechsel einher: Die Fokussierung auf die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Modulen des Begutachtungsinstruments bringt auch ein erweitertes Verständnis pflegerischer Aufgaben und Hilfen mit sich. In einem Leitfaden „Das neue Pflegeverständnis in der Pflegepraxis“, der als Ergebnis der Evaluation entwickelt wurde, wurde diese Thematik unmittelbar auf der Grundlage von Praxisdialogen und Praxiserprobungen adressiert. Problemlagen der Pflegebedürftigen können so wesentlich umfassender erfasst und das Repertoire an pflegerischen Interventionen und Hilfen kann ausgeweitet werden (IGES 2019c). Durch eine inhaltliche Neuausrichtung pflegerischer Aufgaben gewinnen edukative Maßnahmen erheblich an Bedeutung, denn sie können zur Stabilisierung oder Entlastung der pflegebedürftigen Personen sowie der Angehörigen in der jeweiligen Lebenssituation beitragen (IGES 2019c, Kantar Public 2019). Dadurch soll die Selbstpflegekompetenz bzw. die Pflegekompetenz der Angehörigen gesteigert und durch gezielte Befähigung eine Erhöhung der Selbständigkeit erreicht werden, um besser mit den Herausforderungen ihrer Lebenssituation umgehen zu können (IGES 2019c).

Pflegeeinrichtungen sind damit vor die Aufgabe gestellt, ihr Angebotsprofil, das Pflegekonzept, den Pflegeprozess und das Dokumentationssystem sowie ihr Organisations-, Personal- und Qualitätsmanagement entsprechend auszurichten.

Anzahl der Leistungsempfänger und Verteilung der Pflegegrade

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments hatte erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger und ihre Zusammensetzung. Insbesondere ist festzustellen, dass mehr erstantragstellende Personen einen Pflegegrad und damit Anspruch auf Pflegeleistungen erhalten, als das früher der Fall war.

Zum Jahreswechsel 2016/2017 sowie im darauffolgenden Jahr war ein außerordentlicher Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten festzustellen. Im Jahr 2017 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt um 13 Prozent auf 3,34 Millionen. Diese Entwicklung setzte sich im Jahr 2018 mit einem Anstieg um weitere 10 Prozent auf 3,69 Millionen Pflegebedürftige fort. Dieser Anstieg fand insbesondere im ambulanten Bereich statt. Von 2016 auf 2017 war hierbei ein Anstieg der Leistungsempfängerzahlen um 18 Prozent und von 2017 auf 2018 um weitere 14 Prozent zu verzeichnen (SOCIUM 2019). Gleichzeitig sank die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im stationären Bereich vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017 um 1,1 Prozent und blieb im Jahr 2018 beinahe unverändert.

Im ambulanten Bereich lag der Anteil der im Rahmen der Begutachtung als nicht pflegebedürftig eingestuftten Personen im Jahr 2017 bei 18,6 Prozent und im Jahr 2018 bei 16,4 Prozent, der Anteil ist damit im Vergleich zum Jahr 2016 (32,3 Prozent) spürbar gesunken.³² Im stationären Bereich zeigt sich diese Entwicklung noch deutlicher: Im Jahr 2016 wurden 14 Prozent, im Jahr 2017 5,9 Prozent und im Jahr 2018 lediglich 2,8 Prozent der Antragstellerinnen und Antragsteller, als nicht pflegebedürftig eingestuft.

Neben der Steigerung der Anzahl an Personen, die einem Pflegegrad zugeordnet wurden, gab es insbesondere Anfang des Jahres 2017 einen Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen in den höheren Pflegegraden. So wurden im Jahr 2016 nur knapp 11 Prozent der Antragstellerinnen und Antragsteller in die Pflegestufe III eingeordnet, demgegenüber wurden im Jahr 2017 rund 19 Prozent der antragstellenden Personen in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft, im Jahr 2018 waren es fast 21 Prozent (Prognos 2019a).

2.2.5 Umsetzung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit erfolgreich

Die Evaluationsstudien kommen zu dem Schluss, dass die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument gut funktioniert hat. Die Handhabbarkeit des Begutachtungsinstruments wurde seitens der Gutachterinnen und Gutachter des MDK positiv bewertet. Nach Ansicht der an den Studien beteiligten Expertinnen und Experten wurde das Ziel, allen Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu verschaffen, erreicht. Die befragten Versicherten äußerten eine hohe Zufriedenheit mit den Begutachtungen des MDK. Im Jahr 2018 gaben 88 Prozent der Befragten an, mit der Begutachtung zufrieden zu sein; dies war der bisher höchste Zufriedenheitswert seit dem Beginn der bundesweiten MDK-Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung im Jahr 2014. Die hohen Zufriedenheitswerte resultieren vor allem aus der verbesserten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation.

Im Rahmen der Evaluation wurde auch aufgezeigt, dass weitere Anstrengungen zur Umsetzung und Verankerung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis erforderlich sind. Insbesondere hinsichtlich des erweiterten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und der individuellen Ressourcenorientierung bei den Pflegebedürftigen bedarf es der inhaltlichen und qualitativen Anpassung in den Pflegekonzepten und Aufgabebereichen in den ambulanten und (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Evaluation hat zudem gezeigt, dass es zum Zeitpunkt des Studienabschlusses der Mehrheit der Landesrahmenverträge an einer Abkehr vom Verrichtungsbezug und an Anpassungen an den geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff fehlte. Bei der qualitativen Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten besteht daher noch Handlungsbedarf.

³² MDS (2019b): Pflegeberichterstattung. Ergebnisse und Erfahrungen nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

2.3 Mehr Qualität und partnerschaftliche Kontrolle

Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Aus diesem Grund sind alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, ihre pflegerischen Leistungen qualitätsgesichert und entsprechend dem medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt zu erbringen. Die Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Leistungen werden auf Bundesebene von den Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (MuG) nach § 113 SGB XI vereinbart. Die MuG definieren Ziele und Inhalte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und des internen Qualitätsmanagements. Dabei geht es insbesondere um die sachliche Ausstattung und Organisation, die personelle Ausstattung, Fort- und Weiterbildungen, notwendige Qualifikationen sowie um die Pflegeplanung und -dokumentation. Die MuG sind damit ein zentraler Bezugspunkt für die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 SGB XI.

Pflege-Qualitätsberichte des MDS

Gemäß § 114a Abs. 6 SGB XI in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung stellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. in regelmäßigen Abständen die Erfahrungen der MDK sowie des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) mit Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie eigene Erkenntnisse in einem Bericht zusammen (MDS-Pflege-Qualitätsbericht). Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)³³ geht diese Aufgabe auf den neu zu gründenden Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) über. Ab 2020 ist der Bericht alle zwei Jahre, statt wie zuvor alle drei Jahre, vorzulegen. Für den Berichtszeitraum enthalten zwei Qualitätsberichte Informationen zur Qualitätsentwicklung:

Der 5. MDS-Pflege-Qualitätsbericht wurde im Februar 2018 veröffentlicht.³⁴ Er bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2016 auf der Grundlage der Ergebnisse der jährlichen (im stationären Bereich in diesem Zeitraum noch unangemeldeten) MDK-Qualitätsprüfungen. Der MDS stellt im 5. Qualitätsbericht sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich grundsätzlich weitere Verbesserungen in der Qualität der pflegerischen Versorgung fest. In einigen Bereichen weist er jedoch - im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum - auf eine teilweise Verschlechterung hin. Insgesamt gibt es seit Einführung der Qualitätsberichterstattung laut MDS in der Pflege aber deutliche Qualitätsverbesserungen, zu denen aus Sicht des MDS auch die Qualitätsprüfungen beigetragen haben.

Der 6. MDS-Pflege-Qualitätsbericht wurde im März 2021 veröffentlicht³⁵; die darin zusammengefassten Ergebnisse betreffen insbesondere das Jahr 2019. Grundlage hinsichtlich der stationären Pflege sind rund 13.000 Qualitätsprüfungen unter Einbeziehung von rund 95.000 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die zwischen Januar und Oktober 2019 durchgeführt wurden. Zusammenfassend stellt der MDS fest, dass sich zu einem großen Teil Verbesserungen gegenüber dem Stand der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen im Jahr 2016 gezeigt hätten, zum Teil aber auch Verschlechterungen. Zu den Verbesserungen gehört beispielsweise die rückläufige Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. Positiv wurde zudem die Erfüllung der formalen Hygieneanforderungen hervorgehoben. Verschlechterungen wurden hingegen bei der Versorgung chronischer Wunden sowie bei der Medikamentenversorgung nach ärztlicher Anordnung festgestellt.

Der Bericht enthält zudem erstmals Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach dem neuen Prüfverfahren für die vollstationäre Pflege. Grundlage sind die Daten von rund 2.000 Qualitätsprüfungen unter Einbeziehung von rund 19.000 Pflegebedürftigen, die von November 2019 bis März 2020 durchgeführt wurden. Die Ergebnisse liegen laut MDS insgesamt auf einem mit dem vorherigen Prüfverfahren vergleichbaren Qualitätsniveau. Ein Vorteil aus Sicht des MDS ist die neu eingeführte Unterscheidung zwischen einem festgestellten „Quali-

³³ Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I 2019 S. 2789.

³⁴ MDS (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

³⁵ MDS (2020): 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

tätsdefizit mit Risiko“ und einem „Qualitätsdefizit mit eingetretenen negativen Folgen“. Diese Unterscheidung helfe dabei, die Relevanz der Prüfergebnisse besser einzuordnen.

Die Qualitätsentwicklung im ambulanten Bereich wird im 6. MDS-Pflegequalitätsbericht anhand von über 13.000 im Jahr 2019 in Pflegediensten durchgeführten Qualitätsprüfungen bewertet, rund 87.000 durch die Pflegedienste versorgte Personen wurden in die Prüfungen einbezogen. Auch für die ambulante Pflege stellt der MDS sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum fest. Beispielsweise hat sich die Qualität bei der Medikamentengabe verbessert. Dagegen verschlechterte sich die Qualität der Wundversorgung. Im Bereich erforderlicher Beratungen werden ebenfalls Verschlechterungen der Versorgungsqualität berichtet. Bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität zeigte sich ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien.

2.3.1 Neue Systeme der Qualitätssicherung

Der Qualitätsausschuss Pflege

Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2016 wurden die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung durch die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle Qualitätssicherung in einen entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss gemäß § 113b SGB XI gestrafft. Die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung nach § 113 SGB XI treffen ihre Entscheidungen zur Pflegequalität seitdem durch den Qualitätsausschuss Pflege. Der Ausschuss setzt sich auf Seite der Leistungserbringer aus Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zusammen. Die „Bank“ der Leistungsträger im Qualitätsausschuss besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene. Mit dem durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung³⁶ geänderten § 113b Abs. 2 SGB XI wurde klar gestellt, dass die Entscheidung, ob die Verbände der Pflegeberufe eine Vertreterin oder einen Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege entsenden, ihnen selbst obliegt. Gleichzeitig wurde die Anzahl der Sitze der Leistungsträger und Leistungserbringer auf jeweils elf erhöht, der elfte Sitz der Leistungserbringer wird seither durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der Verbände der Pflegeberufe besetzt. Beratend wirkt zudem der MDS an der Arbeit des Qualitätsausschusses mit. Durch das MDK-Reformgesetz wird diese Aufgabe zukünftig auf den MD Bund übergehen.

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI sind ebenfalls im Qualitätsausschuss vertreten. Ihre Beteiligungsrechte wurden durch das PSG III weiter gestärkt. So haben sie ein Antragsrecht erhalten, das über das vorherige Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht hinausgeht. Die Organisationen pflegebedürftiger Menschen sowie der Menschen mit Behinderungen haben damit die Möglichkeit, im Qualitätsausschuss sowie in den von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen und sonstigen Gremien Anträge zu stellen und damit an der Arbeit im Ausschuss noch aktiver als zuvor mitzuwirken. Darüber hinaus haben die von den Organisationen entsandten ehrenamtlich Tätigen mit dem PSG III Anspruch auf Erstattung von Reisekosten erhalten. Um ihnen die Arbeit im Qualitätsausschuss noch besser zu ermöglichen, wurde mit dem MDK-Reformgesetz für die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen nach § 118 Abs. 1 SGB XI die Erstattung eines gegebenenfalls entstandenen Verdienstaufschlags sowie die Auszahlung eines Pauschbetrags geschaffen.

Sofern im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nicht einvernehmlich zustande kommt, kann auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113 SGB XI, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des BMG der „erweiterte Qualitätsausschuss“ einberufen werden. In diesem Fall wird der Qualitätsausschuss um einen vom BMG benannten unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere von den Ver-

³⁶ Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019, BGBl. 2019 I S. 1202.

tragsparteien gemeinsam benannte unparteiische Mitglieder erweitert. Der „erweiterte Qualitätsausschuss“ entscheidet nach dem Mehrheitsprinzip.

Unterstützt werden der Qualitätsausschuss Pflege und erforderlichenfalls der erweiterte Qualitätsausschuss durch eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle, die – gesetzlich zunächst auf eine Dauer von fünf Jahren begrenzt – von den Vertragsparteien eingerichtet wurde.³⁷

Weichenstellungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Durch das PSG II wurde der neu geschaffene Qualitätsausschuss Pflege auch mit konkreten Aufgaben betraut. Von besonderer Bedeutung sind die gesetzlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI. Dadurch wurden die Vertragsparteien u. a. verpflichtet, jeweils für die stationäre und für die ambulante Pflege neue Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung durch fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige entwickeln zu lassen. Der Gesetzgeber reagierte damit auf die Kritik, das bisherige Qualitätssystem (der sogenannte „Pflege-TÜV“) sei nicht geeignet, tatsächliche Qualitätsunterschiede ausreichend differenziert abzubilden. Die große Mehrheit der Pflegeeinrichtungen hatte im bisherigen System gute bis sehr gute Gesamtnoten, sodass Mängel und Defizite für die Verbraucherinnen und Verbraucher schwer erkennbar waren. Zudem wurde vielfach kritisiert, dass sich die Prüfungen zu stark auf die Pflegedokumentation bezögen und die tatsächliche Versorgung der Pflegebedürftigen nicht angemessen Berücksichtigung findet.

Für die Entwicklung von Instrumenten für die stationäre Pflege wurden das Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) vom Qualitätsausschuss Pflege beauftragt. Auf Grundlage der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht der beiden Institute³⁸ wurden durch den Qualitätsausschuss neue „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ für die vollstationäre Pflege erarbeitet und am 23. November 2018 beschlossen.³⁹ Ebenfalls basierend auf diesem wissenschaftlichen Konzept wurden am 17. Dezember 2018 neue vollstationäre Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom GKV-Spitzenverband beschlossen⁴⁰ und am 19. März 2019 durch den erweiterten Qualitätsausschuss eine Qualitätsdarstellungsvereinbarung vereinbart.⁴¹

Ein neuer Ansatz zur Messung und Bewertung stationärer Pflegequalität

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag nimmt die Ergebnisqualität im neuen stationären Qualitätssystem eine sehr viel größere Rolle ein. Ein zentrales neues Element sind die halbjährlich durch die Pflegeheime anhand von insgesamt zehn Qualitätsindikatoren zu erhebenden Versorgungsergebnisse. Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit denen Ergebnisqualität in der stationären Pflege gemessen und bewertet werden soll. Mithilfe des Indikators „Dekubitusentstehung“ wird beispielsweise erhoben, wie oft bei den Bewohnern eines Pflegeheims ein Druckgeschwür entstanden ist. Das Ergebnis kann dann mit dem Durchschnitt aller vollstationären Pflegeeinrichtungen für diesen Indikator verglichen werden.

³⁷ Informationen über die Arbeit des Qualitätsausschusses, seine Beschlüsse und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Projekte sind auf der Seite www.gs-qa-pflege.de abrufbar; [abgerufen am 06.04.2021].

³⁸ IPW, aQua-Institut (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege, Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung, im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege.

³⁹ Qualitätsausschuss (2018): 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.

⁴⁰ GKV-Spitzenverband (2018b): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege (Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär)).

⁴¹ Erweiterter Qualitätsausschuss (2019): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS).

Das neue stationäre Qualitätssystem umfasst insgesamt zehn Indikatoren:

1. Erhaltene Mobilität
2. Erhaltene Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung
5. Schwerwiegende Sturzfolgen
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Bei einigen dieser Indikatoren ist eine Unterscheidung in jeweils zwei Risikogruppen vorgesehen. Die Auswertung und Aufbereitung der Qualitätsdaten erfolgt durch eine gemäß § 113a Abs. 1b SGB XI von den Vertragsparteien der Pflege-Selbstverwaltung beauftragte, fachlich unabhängige Datenauswertungsstelle (DAS). Die Pflegeheime erhalten von der DAS nach jeder Datenerhebung einen detaillierten Bericht, der auch aussagekräftige Vergleichsdaten enthält. Damit können die Einrichtungen ihre Stärken und Schwächen ermitteln und konkrete Verbesserungspotenziale identifizieren. Die Daten können zudem direkt in das interne Qualitätsmanagement der Pflegeheime einfließen. Geregelt wird das Verfahren zur Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ für die vollstationäre Pflege.

Die externen Qualitätsprüfungen durch die MDK und den PKV-Prüfdienst in Pflegeheimen wurden grundlegend reformiert. Die Prüferinnen und Prüfer können nun zur Beurteilung der Qualitätsaspekte auf mehrere gleichberechtigte Informationsquellen zurückgreifen. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung soll nicht mehr stattfinden. Im Gegensatz zum bisherigen Prüfansatz treten Qualitätsaspekte zur Strukturqualität in den Hintergrund. Prüfungen bauen auf den erhobenen Qualitätsdaten auf, auf deren Grundlage auch ein Teil der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen bestimmt wird. Daneben gehören auch Fachgespräche mit den Pflegekräften zur Qualitätsprüfung. Damit erhalten die Pflegekräfte die Möglichkeit, ihre pflegefachlichen Kompetenzen einzubringen und mit den Prüferinnen und Prüfern in einen partnerschaftlichen Dialog zu treten. Insgesamt sollen die Prüfungen noch deutlicher einen beratungsorientierten Ansatz verfolgen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Die neue Qualitätsdarstellung hat drei Bestandteile: die von den Einrichtungen erhobenen Daten, die Ergebnisse der externen Prüfungen sowie weitere qualitätsrelevante Informationen über die Pflegeeinrichtungen. Verbraucherinnen und Verbraucher sollen damit zukünftig sehr viel mehr und aussagekräftigere Informationen über Pflegeheime erhalten als zuvor. Neues Element der Qualitätsberichte sind die durch die Einrichtungen erhobenen Qualitätsdaten: Anders als die Qualitätsprüfungen basieren diese nicht auf einer begrenzten Stichprobe, sondern sind eine Gesamterhebung für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims. Mit der neuen Qualitätsdarstellung gemäß der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die vollstationäre Pflege nach § 115 SGB XI soll es möglich sein, Qualitätsunterschiede deutlicher sichtbar zu machen.

Der Start des stationären Qualitätssystems nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Konkrete Regelungen für den Start des neuen Qualitätssystems in vollstationären Einrichtungen gab das PpSG vor. Im Zeitraum zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 30. Juni 2020 sollten demnach alle vollstationären Pflegeeinrichtungen ein erstes Mal Qualitätsdaten erhoben haben. Der Einführungsprozess wurde durch den Gesetzgeber sowie durch die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung so gestaltet, dass die Einrichtungen zunächst die Möglichkeit erhielten, sich mit der Erhebung von Qualitätsdaten vertraut zu machen. Damit etwaige fachliche, methodische oder technische Probleme beim Start nicht mit negativen Konsequenzen für die Pflegeheime verbunden waren, wurde festgelegt, dass während der Einführungsphase noch

keine Veröffentlichungen stattfinden. Ab dem 1. Juli 2020 sollte die Datenerhebung dann halbjährlich erfolgen und die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen haben im Jahr 2019 flächendeckend Schulungen zur Einführung der Qualitätsdatenerhebungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vollstationären Pflegeheime organisiert. Dabei konnten Schulungsunterlagen verwendet werden, die das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld im Auftrag des BMG erstellt hat. Zudem hat das PpSG geregelt, dass alle vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung der Umstellung auf das neue System und insbesondere für die notwendigen Schulungen im Jahr 2019 eine einmalige Förderung in Höhe von 1.000 Euro erhalten haben. Darüber hinaus haben die Medizinischen Dienste zahlreiche Informationsveranstaltungen zum Thema „neue Qualitätsprüfungen“ durchgeführt. Auf dieser Grundlage konnte zum 1. November 2019 ein reibungsloser Start der neuen Prüfungen stattfinden.

Zudem regelte das PpSG, dass die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes in Pflegeheimen ab dem 1. November 2019 bundesweit nach dem neuen System stattfinden. Regelprüfungen sind seit Inkrafttreten des PpSG auch in der stationären Pflege grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Die Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Erprobung von Prüfungen mit Bezug auf Indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen hatten gezeigt, dass durch die kurzfristige Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht wird. Angekündigt wird dabei lediglich der Termin der Prüfung. Hingegen erfolgt ausdrücklich keine Information über die in die Prüfung einbezogene Stichprobe von Pflegebedürftigen.

Der GKV-Spitzenverband wurde durch das PpSG beauftragt, in Richtlinien Kriterien für eine mögliche Verlängerung des Prüfrhythmus von einem auf zwei Jahre für vollstationäre Pflegeeinrichtungen festzulegen. Eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität soll wesentliche Grundvoraussetzung für eine solche Verlängerung des Prüfrhythmus sein. Die Richtlinien sollen darüber hinaus Regelungen enthalten, in welchen Fällen Regelprüfungen doch unangekündigt erfolgen, wenn eine vollstationäre Einrichtung ihre Verpflichtung zur Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten nicht bzw. nur unzureichend erfüllt oder eine mangelnde Plausibilität der Daten festgestellt wurde. Die übermittelten Daten werden zunächst durch die Datenauswertungsstelle und im Nachgang im Rahmen der Qualitätsprüfungen auf Plausibilität kontrolliert.

Darüber hinaus erhielt der GKV-Spitzenverband mit dem PpSG Berichts- und Evaluationsaufträge. Er sollte zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen mit dem neuen System berichten. Der erste Bericht soll insbesondere darüber informieren, ob die vollstationären Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten zur Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten nachgekommen sind. Zudem soll der GKV-Spitzenverband darlegen, welche Konsequenzen die Landesverbände der Pflegekassen in Fällen fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Einrichtungen gezogen haben. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI festzulegenden Bewertungssystematik enthalten. Ziel der Evaluation soll es sein, die ersten Praxiserfahrungen mit der neuen Systematik darzustellen und fachlich zu bewerten. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit die Bewertungssystematik in der Lage ist, tatsächliche Qualitätsunterschiede für die Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen.⁴²

Im Praxistest: Das neue ambulante Qualitätssystem

Der Auftrag zur Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht werden, sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege wurde vom Qualitätsausschuss Pflege an die Hochschule Osnabrück und an das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld vergeben. Die Entwicklungsarbeiten wurden mit der Vorlage des Ab-

⁴² Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden die Einführung des neuen Qualitätssystems in der vollstationären Pflege, insbesondere die Erhebung von Qualitätsdaten durch die Pflegeeinrichtungen, der Start eines verlängerten Prüfrhythmus gemäß den Richtlinien nach § 114c sowie die Berichts- und Evaluationspflichten des GKV-SV verschoben. Von März bis September 2020 waren zudem die Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) gesetzlich ausgesetzt, um das Infektionsrisiko zu senken und Pflegeeinrichtungen zu entlasten.

schlussberichts vom 20. August 2018 abgeschlossen.⁴³ Das wissenschaftliche Konzept sieht vor, dass die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege ebenfalls stärker auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein sollen. Wie in der stationären Pflege sollen zukünftig mehrere gleichberechtigte Informationsquellen genutzt und ein Fachgespräch zwischen den Prüferinnen und Prüfern sowie den Pflegekräften durchgeführt werden. Eine zu starke, einseitige Fokussierung auf die Pflegedokumentation soll damit verhindert werden. Die neuen ambulanten Prüfungen sollen auch der Beratung der Pflegeeinrichtungen einen größeren Stellenwert beimessen. Die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten ist in der ambulanten Pflege nicht vorgesehen, weil ambulante Pflegedienste in der Regel nur für einen sehr begrenzten Zeitraum in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen sind und eine Verantwortung des Pflegedienstes für die Ergebnisse der Pflege nur im Rahmen des tatsächlichen Einflussbereichs bestehen kann.

Vor der Umsetzung der erarbeiteten Instrumente und Verfahren findet die gesetzlich vorgesehene Pilotierung statt. Den Auftrag für die wissenschaftliche Testung in der Praxis hat der Qualitätsausschuss Pflege im April 2019 an das IGES Institut vergeben. Zu den zentralen Themen der Pilotierung zählen vor allem die Untersuchung der Praktikabilität und der Zuverlässigkeit des Verfahrens. Es ist möglich, dass die Instrumente und Verfahren auf Grundlage der Pilotierungsergebnisse angepasst bzw. weiterentwickelt werden.

Ein gemeinsames Verständnis von Pflege

Die neuen Qualitätssysteme für die stationäre und die ambulante Pflege bauen auf dem Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege auf, das mit dem PSG II gesetzlich verankert wurde. Viele Begrifflichkeiten sowie der modulare Aufbau des Pflegebedürftigkeitsbegriffs finden sich in den Qualitätsinstrumenten und -verfahren wieder. Im Mittelpunkt stehen dabei die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit liegt bei körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten vor, die Hilfe durch andere erfordern. Pflege wiederum dient dem Ziel, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten oder wiederzugewinnen und dabei ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Im Rahmen der Qualitätssicherung wird überprüft, inwieweit die Pflege am Bedarf und an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist und wie ihre Fähigkeiten – und damit auch ihre Selbstständigkeit – erhalten und gefördert werden. Damit basiert die Qualitätssicherung auf derselben pflegefachlichen Grundlage wie das Verfahren zur Begutachtung.

Auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation⁴⁴, dessen Entwicklung und Einführung durch das BMG und den Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege gefördert wurde, bezieht sich auf das Verständnis der personenzentrierten Pflege. Darüber hinaus wird die Fachlichkeit der Pflegekräfte durch das Strukturmodell und die neuen Qualitätssysteme gestärkt. Durch die „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ wird festgelegt, dass die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation durch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation erfüllt werden.⁴⁵ Damit haben die Vertragsparteien die Kompatibilität der neuen Qualitätssicherung mit dem Strukturmodell bestätigt. Zudem wurde durch den Gesetzgeber mit dem PSG II in § 113 Abs. 1 SGB XI klargestellt, dass die eingesparte Zeit der Pflegekräfte der Versorgung von Pflegebedürftigen zugutekommen soll. 2017 wurde die vereinfachte Pflegedokumentation auf die Tages- und Kurzzeitpflege ausgeweitet. Seit November 2017 haben die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Verantwortung für die weitere Fortführung des Projekts übernommen. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung behält die Schirmherrschaft über das Projekt. Gemäß der Vereinbarung in der Konzentrierten Aktion Pflege stellen die Trägerverbände eine individuelle Begleitung und Schulung der einzelnen Ein-

⁴³ IPW, Hochschule Osnabrück (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.

⁴⁴ EinSTEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) ist eine Initiative zur Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege: <https://www.ein-step.de/>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁴⁵ Erweiterter Qualitätsausschuss (2019): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS).

richtungen bei der Einführung des Strukturmodells sicher (vgl. www.ein-step.de). Das von ihnen dazu eingerichtete Projektbüro stellte aktualisierte Schulungs- und Informationsunterlagen sowie Erklärfilme zur Verfügung und erstellt gemeinsam mit den Prüfinstanzen Leitlinien für die Berücksichtigung des Strukturmodells bei Qualitätsprüfungen. Ende des Jahres 2020 hatten etwa 80 Prozent aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland das Strukturmodell umgesetzt.

Qualitätssicherung als Daueraufgabe

Neben der Entwicklung von stationären und ambulanten Qualitätsinstrumenten wurde der Qualitätsausschuss Pflege vom Gesetzgeber mit weiteren Aufgaben betraut. Im August 2017 hat der Qualitätsausschuss den Auftrag für die wissenschaftliche Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen sowie externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen an die Universität Bremen, die Prognos AG und das Kuratorium Deutsche Altershilfe vergeben. Der Abschlussbericht des Projektes vom 16. Januar 2019 ist ein wichtiger Bezugspunkt für die weitere Arbeit, passgenaue Rahmenbedingungen für Qualitätssicherungen in neuen Wohnformen zu gestalten.⁴⁶ Der Qualitätsausschuss Pflege hat angekündigt, sich weiter mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus dem Erprobungsprojekt zu befassen. Ein Auftrag zur Entwicklung von ergänzenden Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 4 SGB XI wurde vom Qualitätsausschuss bisher noch nicht ausgeschrieben. Die vorgesehene wissenschaftliche Evaluierung der entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung kann sinnvollerweise erst nach ihrer vollständig erfolgten Einführung in die Praxis durchgeführt werden. Aber auch jenseits der noch nicht erledigten gesetzlichen Aufgaben ist allen Akteuren bewusst, dass die Qualitätssicherung in der Pflege immer wieder neue Impulse und Weiterentwicklung erfahren wird und es sich um eine dauerhaft zu bearbeitende Aufgabe für die Pflegeselbstverwaltung handelt.

2.3.2 Bekämpfung von Abrechnungsbetrug

Abrechnungsbetrug in der Pflege schadet den Pflegendürftigen und ihren Angehörigen sowie der Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden. Aber auch der großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden Leistungserbringer wird durch kriminelles Verhalten Einzelner Schaden zugefügt, weil der Ruf einer ganzen Branche dadurch leidet. Die Bundesregierung und der Gesetzgeber prüfen daher regelmäßig, wie die Bedingungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege verbessert werden können. In den vergangenen Jahren wurden hierzu mit dem PSG II und PSG III zahlreiche gesetzliche Regelungen geschärft oder neu eingeführt.

Seit Oktober 2016 findet im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten eine obligatorische Kontrolle der Abrechnungen statt. Die Prüferinnen und Prüfer sowie die Kranken- und Pflegekassen bewerten dieses Abrechnungsscreening als grundsätzlich geeignet und praktikabel, um Abrechnungsauffälligkeiten aufzudecken.

Der MDK und der PKV-Prüfdienst können nunmehr auch in der ambulanten Pflege Anlasskontrollen unangemeldet durchführen. In die Stichproben bei den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten werden zudem Personen einbezogen, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten. Darüber hinaus hat die gesetzliche Krankenversicherung erstmals ein systematisches Prüfrecht für Pflegedienste erhalten, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. Des Weiteren können die Landesverbände der Pflegekassen – bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für Betrug – Abrechnungsprüfungen auch unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK veranlassen. Zudem hat die Pflegeselbstverwaltung den Auftrag erhalten, in den Landesrahmenverträgen das Nähere zu den Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung zu regeln. Damit soll kriminellen Leistungsanbietern der Zugang zur Versorgung erschwert werden.

Eine zentrale Rolle bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nehmen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein, die seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Ja-

⁴⁶ IPP, KDA, Prognos (2019): Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI.

nuar 2004⁴⁷ bei den Kranken- und Pflegekassen, ggf. auch bei ihren Landesverbänden, und seit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes⁴⁸ zum 1. Juli 2008 auch beim GKV-Spitzenverband eingerichtet worden sind. Diese Fehlverhaltensstellen haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder rechtswidrige sowie zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Pflegekasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Jede Person kann sich mit Hinweisen – auch anonym – an diese Stellen wenden. Diese haben den Hinweisen nachzugehen, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen. Gegebenenfalls haben sie die zuständige Staatsanwaltschaft zu informieren. Zudem sind diese Stellen verpflichtet, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch untereinander unter geeigneter Beteiligung der berufsständischen Kammern sowie der Staatsanwaltschaften durchzuführen.

Alle zwei Jahre berichtet der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes über die Arbeit und die Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die in den hier vorliegenden Berichtszeitraum fallenden Berichte der Jahre 2016/2017⁴⁹ und 2018/2019⁵⁰ beschäftigen sich mit der Problematik des organisierten Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege. Mit Sensibilisierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für diese spezielle Ausprägung der organisierten Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen und des verpflichtenden Erfahrungsaustauschs gemäß § 197a Abs. 3 S. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) konnten Teile dieses Phänomens aufgeheilt werden.

Daneben werden in den Berichten Handlungsbedarfe aufgezeigt wie die Einführung der Möglichkeit, Abrechnungen von z. B. ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI zukünftig mit der Erstellung elektronischer Leistungsnachweise zu übermitteln und zu prüfen. Zunächst angestrebt und mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)⁵¹ umgesetzt wurde die Einführung einer Beschäftigtennummer zum 1. Januar 2023. Mit der Einführung eines personengebundenen, lebenslang gültigen Pseudonyms (Beschäftigtennummer) für alle in Pflegediensten Beschäftigten wurde eine Voraussetzung für die Übermittlung und Prüfung von Abrechnungsunterlagen geschaffen.

Mit dem am 18. Juli 2017 beschlossenen Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften (Blut- und Gewebegesetz)⁵² wurde die Verpflichtung der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen, jederzeit die vereinbarte personelle Ausstattung und Bezahlung der Beschäftigten bei der Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, geschärft. Bei Fehlverhalten drohen dem Einrichtungsträger Vergütungskürzungen. Danach ist der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Hierzu hatten die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung zu vereinbaren. Diese Vereinbarung wurde am 27. Februar 2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Darüber hinaus haben die Träger der Sozialhilfe zum 1. Januar 2020 durch eine Ergänzung des § 76a Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ein eigenes Prüfrecht in zugelassenen Pflegeeinrichtungen erhalten.

⁴⁷ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003, BGBl. I 2003 S. 2190.

⁴⁸ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I 2007 S. 378.

⁴⁹ GKV-Spitzenverband (2018a): Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI; Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Berichtszeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017.

⁵⁰ GKV-Spitzenverband (2020c): Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI; Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Berichtszeitraum 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019.

⁵¹ Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. Oktober 2020, BGBl. I 2020 S. 2115.

⁵² Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften (Blut- und Gewebegesetz) vom 18. Juli 2017, BGBl. I 2017 S. 2757.

2.4 Mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen

Die im Kapitel 1.3.3 beschriebene Personalentwicklung in der Pflege macht deutlich, dass noch mehr Menschen dazu motiviert werden müssen, den Pflegeberuf zu ergreifen, in ihn zurückzukehren oder ihren Teilzeitanteil aufzustocken. Neben der Verbesserung der Personalausstattung durch zusätzlich vergütete Stellen ist eine Stärkung der Attraktivität des Berufs erforderlich. Im Berichtszeitraum von 2016 bis 2019 sind – auch auf Grundlage des Koalitionsvertrags aus dem Jahr 2018⁵³ – umfangreiche Maßnahmen ergriffen worden, um diese gesamtgesellschaftlichen Aufgaben schrittweise umzusetzen. Dabei wurde auf verschiedenen Ebenen angesetzt:

- Schaffung zusätzlicher Pflegefachkraftstellen (vgl. Kapitel 2.4.1)
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch die Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege (vgl. Kapitel 2.4.2 und 2.4.5)
- Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens für die vollstationäre Langzeitpflege (vgl. Kapitel 2.4.3)
- Digitalisierung in der Pflege (vgl. Kapitel 2.4.4)
- Verbesserung der Entlohnungsbedingungen in der Pflege (vgl. Kapitel 2.4.6)
- Stärkung der Pflegeausbildung (vgl. Kapitel 2.4.7)
- Verbesserung der Kommunikation und Vernetzung in der Pflege (vgl. Kapitel 2.4.8)
- Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland (vgl. Kapitel 2.4.9)

Durch das Zusammenspiel dieser Maßnahmen auf allen Ebenen soll die pflegerische Versorgung auch in Zukunft gesichert werden. Die Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege war und ist eines der wichtigsten Anliegen der Pflegepolitik der Bundesregierung.

Bereits im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde nach einer im Auftrag des BMG erstellten Studie von Prof. Dr. Rothgang⁵⁴ zwischen den Jahren 2016 und 2018 durch Veränderungen der Vorgaben zur Personalausstattung in den Landesrahmenverträgen eine Pflegepersonal- ausweitung im Umfang von knapp 18.000 zusätzlichen Vollzeitstellen ermöglicht, die jedoch aufgrund der angespannten Arbeitsmarktsituation im Jahr 2020 noch nicht vollständig umgesetzt werden konnte.

2.4.1 Schaffung zusätzlicher Pflegefachkraftstellen

Zur Umsetzung des im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018 vereinbarten Sofortprogramms Pflege wurden mit dem PpSG verschiedene Fördermaßnahmen eingeführt, die für den Arbeitsalltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen spürbare Verbesserungen anstreben. Das Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI regelt seit dem 1. Januar 2019 die Finanzierung zusätzlicher Fachkraftstellen durch die Gewährung eines Vergütungszuschlags für vollstationäre zugelassene Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege, ohne dass die Pflegebedürftigen dadurch eine finanzielle Mehrbelastung tragen müssen. Damit leistet es einen maßgeblichen Beitrag zur Unterstützung der Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege, in der u. a. festgehalten wurde, dass eine fachlich angemessene Personalausstattung einen wichtigen Baustein für gute Arbeitsbedingungen darstellt.

Mit Mitteln der Sozialversicherung kann jede vollstationäre Pflegeeinrichtung auf Antrag ihre mit den Kostenträgern vereinbarte Personalausstattung um zusätzliches Personal im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aufstocken:

- Einrichtungen mit bis zu 40 Bewohnerinnen und Bewohnern um eine halbe Pflegestelle,
- Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnerinnen und Bewohnern um eine Pflegestelle,
- Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnerinnen und Bewohnern um eineinhalb Pflegestellen und
- Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnerinnen und Bewohnern um zwei Pflegestellen.

⁵³ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (19. Legislaturperiode): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.

⁵⁴ Rothgang H., Wagner C. (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegeestärkungsgesetzes.

Ausschlaggebend für die Höhe des Vergütungszuschlags nach § 8 Abs. 6 SGB XI ist zum einen der Stellenumfang in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße, zum anderen die damit verbundenen, tatsächlichen und nachweisbaren Personalaufwendungen. Der Gesetzgeber hat für den Vergütungszuschlag nach § 8 Abs. 6 SGB XI ein von den Pflegesatzverfahren der Pflegeeinrichtung nach § 85 SGB XI abgetrenntes Verfahren vorgesehen.

Das Nähere für die Antragstellung einschließlich des Zahlungsverfahrens des Pflegefachkraftstellen-Förderprogrammes Altenpflege wird bundeseinheitlich durch den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit den Einrichtungsträgervereinigungen auf Bundesebene und mit Zustimmung des BMG sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geregelt.⁵⁵

Zur unbürokratischen Umsetzung und zur einheitlichen Information aller am Verfahren Beteiligten haben auf Initiative des BMG die Verbände der Pflegekassen und der Leistungserbringer auf Bundesebene am 4. Oktober 2019 eine gemeinsame Verfahrensempfehlung („Orientierungshilfe“) beschlossen. Zeitgleich wurde eine umfangreiche FAQ-Liste abgestimmt. Geklärt werden konnte zugunsten der antragstellenden Einrichtungen insbesondere, wie das Verfahren vereinfacht und beschleunigt werden kann.⁵⁶

Die Pflegekassen erhalten für das Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm eine pauschale Abgeltung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 37 Abs. 2a SGB V in Höhe von 640 Millionen Euro sowie nach § 8 Abs. 9 Satz 2 SGB XI von den privaten Pflegeversicherungsunternehmen in Höhe von 44 Millionen Euro, die dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung jährlich zur Verfügung gestellt wird. Durch die Finanzierung zusätzlicher Pflegefachkräfte soll insbesondere der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Altenpflege teilweise pauschal berücksichtigt werden. Laut Bericht des GKV-Spitzenverbands gegenüber dem BMG hat vom 1. Januar 2019 bis zum 30. September 2019 ein Viertel aller anspruchsberechtigten stationären Pflegeeinrichtungen Anträge gestellt, wovon knapp die Hälfte aus Gründen der Fristwahrung bereits im 1. Quartal des Jahres unvollständig eingereicht und auch im weiteren Zeitverlauf nicht ergänzt bzw. zwischenzeitlich zurückgezogen worden seien. Knapp 50 Anträge wurden seitens der Pflegekassen abgelehnt. Anträge und Bewilligungen verteilen sich wie folgt:

Tabelle 4: Anträge- und Bewilligungen des Pflegestellen-Förderprogrammes Altenpflege

01/2019 bis 09/2019	Anzahl antragstellender Pflegeeinrichtungen (nur Erst-/Neuanträge)	davon mit bewilligten Stellen
Einrichtungsgröße 1 bis 40 Plätze	640	316
Einrichtungsgröße 41 bis 80 Plätze	1.307	602
Einrichtungsgröße 81 bis 120 Plätze	859	373
Einrichtungsgröße über 120 Plätze	432	201
Summe	3.237	1.492

Quelle: GKV-Spitzenverband

Nahezu alle Stellen wurden dabei von Pflegefachkräften (1.421 von 1.492 Vollzeitäquivalente, VZÄ) besetzt. Laut GKV-Spitzenverband ist für diesen Zeitraum von einer Auszahlungssumme im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogrammes Altenpflege in Höhe von 19 Millionen Euro auszugehen. Für das Jahr 2019 lag das Ausgabevolumen insgesamt bei ca. 58 Millionen Euro für rund 2.300 Pflegestellen (VZÄ).

⁵⁵ Die einschlägigen Vergütungszuschlags-Festlegungen sind seit Ende Februar 2019 im Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes im Bereich Pflegeversicherung unter https://gkv-Spitzenverband.de/pflegeversicherung/finanzierung_und_foerderung/finanzierungs_und_foerdervorhaben.jsp veröffentlicht; [abgerufen am 06.04.2021].

⁵⁶ Eine entsprechende Meldung des BMG wurde am 1. November 2019 veröffentlicht, die Orientierungshilfe ist hier zu finden: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/neue-pflegestellen/orientierungshilfe-pflegestellenfoerderungprogramm.html>; [abgerufen am 06.04.2021].

Das BMG geht davon aus, dass die Maßnahmen der KAP spürbar dazu beitragen werden, die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege zu verbessern und vor allem die Fachkräfteengpässe in der Pflege abzumildern (siehe auch Kapitel 2.4.2). Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der KAP hatten sich gemeinsam zum Ziel gesetzt, dafür zu sorgen, dass bis Ende des Jahres 2019 möglichst viele, am besten jede vollstationäre Pflegeeinrichtung, einen Antrag auf einen Vergütungszuschlag für zusätzliches oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegefachpersonal gestellt und geeignete Bewerberinnen und Bewerber eingestellt hat. Erkennbar ist, dass die Zahl der Anträge und der Bewilligungen für das Pflegestellen-Förderprogramm deutlich durch die schwierige Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich gebremst wird. Eine kontinuierliche Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen der KAP wird sich daher auch positiv auf die Möglichkeit der vollstationären Pflegeeinrichtungen auswirken, offene Fachkraftstellen zu besetzen und dazu die Finanzierungsmöglichkeit der Vergütungszuschläge des § 8 Abs. 6 SGB XI zu nutzen.

2.4.2 Die Konzertierte Aktion Pflege

Mit der Konzertierte Aktion Pflege haben Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Bundesfamilienministerin Franziska Giffey und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil am 3. Juli 2018 einen umfassenden Prozess für die Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen der beruflich Pflegenden und der Attraktivität des Pflegeberufs gestartet. Zusammen mit den Ländern, weiteren Ressorts, dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, den Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbänden, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern wurden in fünf Arbeitsgruppen zahlreiche konkrete Maßnahmen vereinbart, die im Juni 2019 vorgestellt wurden. Vereinbart wurden insbesondere folgende Maßnahmen:

- **Stärkung der Ausbildung:** Die Einführung der neuen Pflegeausbildungen zum 1. Januar 2020 wird durch die „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019 - 2023) begleitet. Hierzu wurde unter anderem beschlossen, die Anzahl der Auszubildenden und der ausbildenden Einrichtungen bis zum Jahr 2023 im Bundesdurchschnitt um jeweils 10 Prozent gegenüber dem Referenzjahr 2019 zu steigern. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde vom BMFSFJ unter anderem die Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch“ gestartet.
Zu den vereinbarten Maßnahmen gehört auch, dass für jede geeignete Person mit Interesse an einer Ausbildung in allen Regionen Deutschlands ein Ausbildungsplatz zur Verfügung gestellt wird. Zur Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern sollen mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze eingerichtet werden. Die Pflegeschulen werden in den „Digitalpakt Schule“ einbezogen, um sie für die neuen Herausforderungen der Digitalisierung vorzubereiten (vgl. Kapitel 2.4.7).
- **Bessere Arbeitsbedingungen und Personalausstattung:** Um die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern, haben sich Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu mehr Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, verlässlichen Dienstplänen, einer verbesserten Fort- und Weiterbildung von Führungskräften in der Pflege sowie zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verpflichtet. Dazu können auch Rückgewinnungs- und Wiedereinstiegsprogramme für aus dem Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte, die Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten, die Einrichtung von Springerpools oder finanzielle Anreize wie Zuschläge bei kurzfristigem Einspringen und Wochenend-/Nachtdiensten gehören. Die Pflegekassen und Sozialhilfeträger unterstützen die Einrichtungen dabei, indem sie entsprechend begründete Maßnahmen in den Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen berücksichtigen. Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege unterstützt mit einem eigenen Projekt Langzeitpflegeeinrichtungen bei der Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Bedeutende Themen der KAP sind zudem die Vereinbarung zur schrittweisen Umsetzung eines verbindlichen Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen auf Grundlage der hierzu vorgelegten Roadmap und zur Weiterentwicklung der Personalbemessung in Krankenhäusern, aber auch die Erleichterung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland (vgl. Kapitel 2.4.3, 2.4.5 und 2.4.9).
- **Bessere Entlohnung:** In der KAP wurde unter anderem beschlossen, die Entlohnungsbedingungen der Pflegebranche zu verbessern. Mit dem am 29. November 2019 in Kraft getretenen Gesetz für bessere Löhne in der Pflege (Pflegelöhneverbesserungsgesetz) wurde dazu die Grundlage geschaffen.

Darüber hinaus klärt das Gesetz auch das Verfahren, mit dem ein Tarifvertrag auf der Grundlage des Arbeitnehmerentendegesetzes auf die Pflegebranche erstreckt werden kann (vgl. Kapitel 2.4.6). Durch die seit 1. Mai 2020 geltende Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Vierte Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 4. PflegeArbbV) wird erreicht, dass zukünftig bundesweit ein einheitlicher Mindestlohn in der Langzeitpflege gezahlt wird. Dadurch werden vor allem in den neuen Bundesländern die Löhne in den Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt deutlich angehoben und erstmals auch für Pflegefachkräfte Mindestlöhne eingeführt.

- **Mehr Verantwortung im Pflegeberuf**, damit Pflegefachkräfte mehr Entscheidungsbefugnisse im interprofessionellen Umfeld bekommen und mehr Wertschätzung erfahren. Das BMG führt hierzu einen Strategieprozess durch, in dem unter Beteiligung des BMFSFJ und unter Einbeziehung des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege sowie insbesondere von Pflegeberufsverbänden und Pflegekammern, der Bundesärztekammer und aller weiteren relevanten Akteure geklärt werden soll, welche Aufgaben und welche Verantwortung Pflegefachkräfte zukünftig übernehmen und wie entsprechende Änderungen zügig umgesetzt werden können. Darüber hinaus wurden innerhalb der KAP Vorschläge erarbeitet, durch die die Gestaltung innovativer Versorgungsansätze unter Einbeziehung digitaler Lösungen und unter Mitwirkung der in der Pflege Beschäftigten, ein passgenauer Einsatz von Pflegefachpersonen sowie eine Entlastung von beruflich Pflegenden bewirkt werden sollen (vgl. Kapitel 2.4.5).
- **Verstärkte Digitalisierung in der Pflege**, die dazu beitragen soll, die Arbeit von Pflegekräften zu erleichtern, den Papieraufwand zu reduzieren und mehr Zeit für eine personenzentrierte Pflege zu schaffen. Dabei geht es insbesondere um den Anschluss der Pflege an die Telematikinfrastruktur (TI), elektronische Verordnungen und die regelhafte Einführung elektronischer Dokumentation und Abrechnung, um Pflegekräfte bei ihrer Arbeit von Bürokratie zu entlasten (vgl. Kapitel 2.4.4).

Der vollständige Vereinbarungstext kann unter www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html heruntergeladen werden.

Die jeweiligen Akteure setzen die vereinbarten Maßnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich um, damit eine spürbare Verbesserung zügig im Alltag der beruflich Pflegenden ankommt. Die Umsetzung der Vereinbarungen und die Einhaltung der zeitlichen Vorgaben werden durch die Geschäftsstelle der KAP beim BMG – insbesondere durch Berichterstattung der Partner an das BMG – nachgehalten. Das BMG hat am 13. November 2020 zusammen mit dem BMFSFJ und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erstmals über den aktuellen Umsetzungsstand berichtet.⁵⁷ Für die „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019 -2023) wird die Umsetzung der vereinbarten Beiträge durch die beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) vom BMFSFJ eingerichtete Geschäftsstelle begleitet. Der umfassende Bericht zur „Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)“ wurde ebenfalls am 13. November 2020 veröffentlicht.⁵⁸

2.4.3 Personalbemessungsverfahren

Eine ausreichende Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege und für zur Bindung des Personals. Durch das PSG II wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gesetzlich verpflichtet, im Einvernehmen mit BMG, das sich dabei mit dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege abstimmt, sowie BMFSFJ bis zum 30. Juni 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie für ambulante Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zu entwickeln und zu erproben (§ 113c SGB XI). Der Auftrag wurde an das Forschungszentrum SOCIUM der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang vergeben.

Im Rahmen der Entwicklungsphase wurden in stationären Pflegeeinrichtungen Ist-Zeitaufwände für direkte und indirekte Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erhoben. Vorab wurden für alle pflegerischen Handlungen

⁵⁷ BMG (BMFSFJ, BMAS) Konzertierte Aktion Pflege (2020): Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.

⁵⁸ BMFSFJ, Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023): Erster Bericht.

pflegewissenschaftlich fundierte Kriterien für eine fach- und sachgerechte Durchführung konsentiert. Anhand dieser Kriterien wurden zu den empirischen Ist-Zeitaufwänden sogenannte Soll-Zeitaufwände abgeleitet. Diese Soll-Zeitaufwände dienten als Ausgangspunkt für die Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalbemessung. Dabei wurden auch indirekte Tätigkeiten der beruflich Pflegenden berücksichtigt, insbesondere die Zeit, die für Leitungs- und Führungsaufgaben, die Anleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie ihre Team- und Kompetenzentwicklung (einschließlich Fort- und Weiterbildung) erforderlich ist. Zudem wurde die Zeit für Maßnahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen. Darüber hinaus wurde bei der Konzeption des Personalbemessungsinstruments die einrichtungsindividuelle Bewohnerstruktur berücksichtigt, dabei wurden besondere Hilfebedarfe durch demenzielle Erkrankungen einbezogen.

Im Anschluss an die empirische Entwicklung des einheitlichen Personalbemessungsinstruments fand eine konzeptionelle Instrumentenerprobung durch Befragung von Expertinnen und Experten statt. Inhalt der Erprobung war eine Klärung von hemmenden und fördernden Rahmenbedingungen zur Personal- und Organisationsentwicklung, zur Digitalisierung und zum Technikeinsatz sowie zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Erkenntnisse werden in die Vorbereitung der Einführung des Personalbemessungsverfahrens einbezogen.

Der Abschlussbericht des Projekts wurde am 30. Juni 2020 von der Universität Bremen SOCIUM zur Abnahme vorgelegt und später auf der Webseite der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege veröffentlicht.⁵⁹ Zu den zentralen Ergebnissen des Projekts gehört neben dem einheitlichen Personalbemessungsinstrument „Algorithmus 1.0“ für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, dass der mit Einführung des Personalbemessungsinstruments empirisch ermittelte Personalmehrbedarf insbesondere den Pflegehilfskräfte- und Pflegeassistentenkräftebereich betrifft. Darüber hinaus besteht ein weiterhin hoher Fachkräftebedarf aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung. Empfohlen wird eine stufenweise Einführung des Personalbemessungsinstruments begleitet von einer wissenschaftlichen Evaluation. Um die im Rahmen der Studie identifizierten Ineffizienzen, insbesondere bezüglich der fachlich angemessenen Aufgabenverteilung und Arbeitsorganisation, bei der schrittweisen Einführung des einheitlichen Personalbemessungsinstruments nicht weiter fortzuschreiben, werden für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zudem begleitende Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse sowie der Einsatz von Maßnahmen der Digitalisierung und zum Technikeinsatz empfohlen.

Auch für den teilstationären Bereich wurde – wie gesetzlich vorgesehen – ein einsatzfähiges Personalbemessungsinstrument entwickelt. Die Personalbemessungsstudie empfiehlt hierzu, die Umsetzung für den teilstationären Bereich zunächst zurückzustellen, auch weil der in der Studie ermittelte Personalmehrbedarf für Tagespflegeeinrichtungen deutlich geringer ausfällt.

Für den ambulanten Bereich hat das Projekt ergeben, dass ein Personalbemessungsverfahren nicht in derselben Form wie im stationären Bereich möglich ist, da der Personalbedarf in der ambulanten Versorgung vorrangig durch die Kunden bestimmt wird, also durch die jeweilige Nachfrage der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Im Abschlussbericht wird empfohlen, dass Ansätze für eine veränderte Leistungserbringung in der ambulanten Pflege geprüft werden. Dazu gehört die Frage, welche Entlastungswirkung eine Arbeits- und Organisationsentwicklung in der ambulanten Pflege erzielen kann, auch unter Berücksichtigung eines zielgerichteten Einsatzes von Digitalisierung und Technik, z. B. durch telepflegerische Maßnahmen. Im Fokus steht auch hierbei die Frage, mit welchem Personalmix und mit welcher Arbeitsorganisation zukünftig eine qualitäts- und zugleich mitarbeiterorientierte Versorgung sichergestellt werden kann.

Das BMG hat für den ambulanten Bereich die Förderung von Studien initiiert, die zur entsprechenden Weiterentwicklung des ambulanten Pflegebereichs beitragen sollen. Die Studien haben zum Ziel, innovative Ansätze zu identifizieren, welche die Versorgung Pflegebedürftiger verbessern, informell Pflegenden besser unterstüt-

⁵⁹ 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).

zen und den 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.

Das BMG hat, wie in der KAP vereinbart, gemeinsam mit dem BMFSFJ und den relevanten Akteuren eine Roadmap entwickelt, in der die notwendigen Umsetzungsschritte für das einheitliche Personalbemessungsinstrument für vollstationäre Pflegeeinrichtungen beschrieben und ein möglicher Zeitplan erstellt wurde. Die Roadmap wurde im Februar 2021 auf der Internetseite des BMG veröffentlicht.⁶⁰

2.4.4 Digitalisierung in der Pflege

Technologischen Unterstützungssystemen auf digitaler und vernetzter Basis wird ein hohes Potenzial eingeräumt, um den bereits beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Pflege zu begegnen. Beruflich Pflegende sollen durch ihren Einsatz maßgeblich entlastet werden, mehr Zeit für andere pflegerelevante Aufgaben gewinnen und die Attraktivität der Pflegeberufe soll insgesamt gesteigert werden. Entsprechend viele unterschiedliche Forschungs- und Modellprojekte gibt es in diesem Bereich; auf den Forschungsbereich wird in Kapitel 2.7 eingegangen. Informationen zu einzelnen Projekten sind in Anhang C zu finden.

Mit der Änderung des § 105 Abs. 2 SGB XI im Zweiten Bürokratieentlastungsgesetz⁶¹ vom 30. Juni 2017 wurde der Grundstein dafür gelegt, dass die Abrechnung im ambulanten Bereich vollständig elektronisch erfolgen kann. Das Datenaustauschverfahren mit Leistungsnachweisen in Papierform sollte durch eine vollständige elektronische Datenübertragung ersetzt werden. Näheres über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie über Einzelheiten des Datenträgeraustausches sollten die Vereinbarungspartner bis zum 1. Januar 2018 festlegen. Da die Verbände der Leistungserbringer und der GKV-Spitzenverband zu keiner Einigung kamen, wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe 3 der KAP zwischen den Partnern vereinbart, bis zum 30. September 2019 auf eine Vereinbarung für die elektronische Abrechnung ohne Papierbelege gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI hinzuwirken und andernfalls notwendige gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten. Letztlich wurden mit dem am 20. Oktober 2020 in Kraft getretenen PDSG die gesetzlichen Anpassungen vorgenommen, um die vollelektronische Abrechnung im ambulanten Bereich nunmehr zeitnah zu realisieren.

Bis 2021 stellt die Pflegeversicherung mit dem durch das PpSG eingeführten Förderprogramm nach § 8 Abs. 8 SGB XI Fördermittel für Digitalisierungsprojekte in Höhe von etwa 310 Millionen Euro zur Verfügung, die der Entlastung der beruflich Pflegenden dienen. Ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten einen Zuschuss für digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie die dazugehörigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Altenpflege betreffen. 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 der KAP sagten die Einrichtungsträger zu, die Fördermittel bis Ende 2021 möglichst vollständig abzurufen. Um die Pflegeeinrichtungen bei der Antragstellung zu unterstützen, wurden durch die Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene Orientierungshilfen erarbeitet und mit dem BMG abgestimmt.⁶²

⁶⁰ Die „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ ist hier zu finden: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf; [abgerufen am 06.04.2021].

⁶¹ Zweites Gesetz zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz) vom 30. Juni 2017, BGBl. I 2017 S. 2143.

⁶² Informationen zu den Finanzierungs- und Fördervorhaben sind zu finden unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/finanzierung_und_foerderung/finanzierungs_und_foerdervorhaben.jsp; [abgerufen am 06.04.2021].

Im Jahr 2019 wurden insgesamt ca. 3.500 Anträge auf Förderung gemäß § 8 Abs. 8 SGB XI gestellt. Mehrheitlich wurden Anträge vor Durchführung einer Maßnahme auf Basis eines Kostenvoranschlags gestellt (prospektive Anträge). Bis Ende des Jahres 2019 waren seitens der Pflegekassen ca. 2.000 der Anträge beschieden. Fast 90 Prozent der Antragsteller erhielten eine Förderzusage.⁶³

Ende des Jahres 2019 wurden mit dem DVG die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anbindung der Pflege an die TI geschaffen. Im Rahmen eines Modellvorhabens soll die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI wissenschaftlich gestützt erprobt werden (§ 125 SGB XI).

2.4.5 Bessere Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf

Wie Befragungen zeigen, können sich viele beruflich Pflegenden, die wegen der hohen Arbeitsbelastung oder für eine Pflege- oder Familienphase aus dem Beruf (vorübergehend) ausgeschieden sind, einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen. Für diese beruflich Pflegenden gibt es bereits zahlreiche Maßnahmen von Einrichtungsträgern, mit denen die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verbessert wird und ein strukturierter Wiedereinstieg erfolgen kann. Die Inanspruchnahme dieser Angebote zeigt, dass es ein großes Interesse gibt, in den Beruf zurückzukehren. Die Rückkehr hängt aber nicht selten von bestimmten Voraussetzungen ab. Zum Beispiel besteht aufgrund familiärer Sorgeverpflichtungen häufig das Bedürfnis nach flexiblen Arbeitszeiten, wenig Schichtdiensten und verlässlicher Dienstplanung. Zudem ist die Rückkehr manchmal auch davon abhängig, ob eine Vollzeitbeschäftigung angeboten wird und damit – insbesondere bei alleinstehenden oder alleinerziehenden beruflich Pflegenden – der Lebensunterhalt gesichert werden kann.

Aus diesen Gründen haben sich die Partner der KAP zum Ziel gesetzt, Anreize und Unterstützungsangebote für die Planung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf bei Auszeiten - insbesondere nach einer Elternzeit - zu schaffen bzw. auszubauen. Damit soll der Anteil der beruflich Pflegenden erhöht werden, die nach einer Familien- oder Pflegephase wieder in den Beruf zurückkehren. Darüber hinaus setzen sich die Partner der KAP dafür ein, Arbeitszeit und Dienstpläne gesundheitsgerecht, partizipativ, flexibel und verlässlich zu gestalten. Dazu soll u. a. die Entwicklung von innovativen Personalplanungs- und Arbeitszeitkonzepten beitragen, um Personalausfälle sinnvoll zu kompensieren und eine Arbeitsüberlastung zu vermeiden. Auch die Gestaltung von partizipativen und flexiblen Arbeitszeitvolumen kann die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf fördern. Um diese Ziele zu erreichen, wurden verschiedene konkrete Maßnahmen vereinbart.

Zur Umsetzung der Vereinbarungen hat das BMG eine 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, die bis zum Jahr 2022 abgeschlossen werden soll. Ziel der Studie ist die Identifizierung von weiteren 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.

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege förderte von Januar 2019 bis März 2020 ein Pilotprojekt, das darauf zielte, bewährte Instrumente für gute Arbeitsbedingungen in die ambulante und stationäre Langzeitpflege nachhaltig zu implementieren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Führungsverantwortung aus kleinen und mittelständischen Pflegediensten sowie stationären Pflegeeinrichtungen wurden nach einer individuellen Bedarfsanalyse praxisnah im Umgang mit den Instrumenten (Leitfäden) geschult und bei der Einführung im Unternehmen durch professionelle Berater vor Ort begleitet. Ziel war die Schaffung guter Arbeitsbedingungen, beispielsweise durch verlässliche Dienstpläne, mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle und Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse des Projekts wurden im November 2019 vorgelegt. Mit der im März 2020 abgeschlossenen Evaluation konnte die Wirksamkeit des Projektes belegt werden. Demnach haben sich die Arbeitsbedingungen bei den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nach-

⁶³ Aktueller Stand zum Fördervolumen kann dem KAP-Bericht 2020 entnommen werden, BMG (BMFSFJ, BMAS) Konzertierte Aktion Pflege (2020): Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.

weislich verbessert. Ein bundesweites dreijähriges Nachfolgeprojekt „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ hat Anfang des Jahres 2021 begonnen.⁶⁴

Im Zuge des PpSG wurde das Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI als Impuls zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf eingeführt. Bis zum Jahr 2024 werden zielgerichtet Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen in diesem Bereich mit bis zu 100 Millionen Euro jährlich finanziell unterstützt. Beruflich Pflegenden soll dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen, in Einklang zu bringen. Gefördert werden Maßnahmen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, z. B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von beruflich Pflegenden ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Fortbildungen für Leitungskräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel können gefördert werden. Die maximale jährliche Fördersumme je Pflegeeinrichtung beträgt 7.500 Euro.

Pflegekräfte sind hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zu guten Arbeitsbedingungen zählen daher ein wirksamer Arbeitsschutz, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, um beruflich Pflegenden ein physisch und psychisch gesundes Arbeiten bis zum Renteneintritt zu ermöglichen. Deshalb wurden die Krankenkassen durch das PpSG verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und (teil-)stationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Darüber hinaus wurden von den Partnern der KAP zahlreiche Maßnahmen vereinbart, die zu einem sicheren und gesundheitsförderlich gestaltetem Arbeitsumfeld beitragen sollen.

Dazu zählt u. a. die Verpflichtung der Träger der Nationalen Präventionskonferenz, die zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung für beruflich Pflegenden, insbesondere für Beschäftigte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern, als einen Schwerpunkt für die Jahre 2020 bis 2023 zu setzen. Darüber hinaus ist das BMG seiner Selbstverpflichtung im Rahmen der KAP nachgekommen und fördert seit dem Jahr 2020 ein Modellvorhaben zu Unterstützungsangeboten für beruflich Pflegenden, Betreuungskräfte sowie weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die besonderen physischen oder psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

Weiterhin wurde vereinbart, dass die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe den Ist-Stand der subjektiven Arbeitsbelastung von in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung tätigen Pflegefach- und -hilfskräften in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern erhebt. Dies erfolgt in Anlehnung an die bereits in der BAuA erprobten Erhebungsinstrumente. Die Datenerhebung erfolgte erstmalig im Jahr 2019. Die Folgeuntersuchungen sind im Rahmen der BAuA-Arbeitszeitbefragungen der Jahre 2021 und 2023 geplant. Ergebnisse werden in geeigneter Weise veröffentlicht.

Bessere Arbeitsbedingungen sind das übergeordnete Ziel der KAP, sodass – direkt oder indirekt – alle der vereinbarten Maßnahmen dazu beitragen sollen.

⁶⁴ <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/attraktive-pflegeberufe-details/gute-arbeitsbedingungen-in-der-pflege-zur-vereinbarkeit-von-pflege-familie-und-beruf-gap.html>; www.gap-pflege.de; [abgerufen am 06.04.2021].

2.4.6 Entlohnung von Pflegekräften

Als Ursache für den Fachkräftemangel im Pflegebereich werden neben den Arbeitsbedingungen die als zu niedrig empfundenen Löhne angeführt. Immer noch unterscheiden sich die Löhne in der Pflege erheblich zwischen den Pflegeberufen, den Bundesländern und den verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Die Entgelte sind seit dem Jahr 2012 allerdings spürbar gestiegen. Mit durchschnittlich 3.547 Euro verdienen Fachkräfte in der Krankenpflege im Jahr 2019 geringfügig mehr als die Beschäftigten insgesamt. In der Altenpflege waren die Lohnsteigerungen in den letzten Jahren überdurchschnittlich. Mit einem mittleren Lohn von 3.032 Euro verdienen sie im Jahr 2019 dennoch 10,8 Prozent weniger als die Beschäftigten insgesamt.⁶⁵

Pflegelöhneverbesserungsgesetz

In der Arbeitsgruppe 5 der KAP wurde festgelegt, dass die in Einzel- oder Kollektivverträgen vorgenommene Lohnfestsetzung im Bereich der Pflege durch verbindliche Lohnuntergrenzen weiter unterstützt werden soll. Dafür hat das am 29. November 2019 in Kraft getretene Pflegelöhneverbesserungsgesetz die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen. Es sieht verschiedene Änderungen im Arbeitnehmer-Entsendegesetz (A-EntG) vor.

Mit den Änderungen des AEntG wird zum einen der bereits bestehende Weg zur Festlegung verbindlicher Lohnuntergrenzen durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auf Empfehlung der Pflegekommission novelliert. Unter anderem sieht das Gesetz vor, dass die Pflegekommission künftig dauerhaft eingerichtet wird (mit fünfjähriger Amtszeit). Ferner gibt das Gesetz vor, dass künftig eine Differenzierung der empfohlenen Mindestentgelte nach Qualifikation und/oder Art der Tätigkeit vorgesehen wird. Dadurch sollen insbesondere Fachkräfte bessergestellt werden. Die Handlungsfähigkeit der Pflegekommission wird auch insoweit gestärkt, als die Beschlussfähigkeit nicht mehr die Anwesenheit aller Mitglieder oder ihrer Stellvertreter verlangt.

Zum anderen wird mit dem Gesetz ein zweiter Weg zur Festsetzung verbindlicher Lohnuntergrenzen ermöglicht: die Erstreckung eines Tarifvertrags für die Pflege. Besonderheit dieses Weges - im Vergleich zur Möglichkeit der Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen in anderen Branchen auf Grundlage des AEntG - sind vor allem spezielle Regelungen zur Einbeziehung des kirchlichen Bereichs in das Verfahren. Die besondere Berücksichtigung des kirchlichen Bereichs ist vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der kirchlichen Träger in der Pflege und der verfassungsrechtlich geschützten Befugnis der Kirchen, ihre Belange eigenständig zu regeln, angezeigt. Bei Abschluss eines bundesweiten Tarifvertrages für die Pflege und - darauf aufsetzend - einer Verordnung auf Grundlage des AEntG, gingen diese Regelungen den Regelungen zur Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage der Empfehlung der Pflegekommission vor.

Damit stehen den Akteuren in der Pflegebranche zwei Wege zur Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege offen: der Weg über die Pflegekommission und der tarifvertragliche Ansatz.

Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche

Bereits Anfang des Jahres 2019 ist ein Antrag auf Einsetzung einer vierten Pflegekommission gestellt worden. Diese Kommission ist vom BMAS noch auf Grundlage des AEntG alter Fassung, das heißt ohne Berücksichtigung der Änderungen durch das Pflegelöhneverbesserungsgesetz, eingesetzt worden.

In der abschließenden Sitzung am 28. Januar 2020 hat sich die vierte Pflegekommission auf einen Vorschlag für höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Altenpflege geeinigt. Diesen Vorschlag hat das BMAS durch Erlass der Vierten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche verbindlich gemacht.⁶⁶ Die Angleichung der regional unterschiedlichen Pflegemindestentgelte wird für Pflegefachkräfte zum 1. Juli 2021 und im Übrigen bis zum 1. September 2021 vollzogen. Die Mindestlöhne für Pflegehilfskräfte werden in vier Schritten auf einheitlich 12,55 Euro pro Stunde steigen, für qualifizierte Pflegekräfte auf 13,20 Euro pro Stunde und - erstmals - für Pflegefachkräfte auf 15,40 Euro pro Stunde. Ferner sieht die Ver-

⁶⁵ IAB (2020): Aktuelle Daten und Indikatoren Entgelte von Pflegekräften.

⁶⁶ Vierte Pflegearbeitsbedingungenverordnung vom 22. April 2020 (BAnz AT 28042020 V2).

ordnung für Beschäftigte in der Pflege neben dem gesetzlichen Urlaubsanspruch einen Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub vor. Dieser beträgt bei Beschäftigten mit einer 5-Tage-Woche für das Jahr 2020 fünf Tage. Für die Jahre 2021 und 2022 beträgt der Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub jeweils sechs Tage. Die Verordnung ist zum 1. Mai 2020 in Kraft getreten und wird am 30. April 2022 außer Kraft treten.⁶⁷

2.4.7 Stärkung der Pflegeausbildung

Die Zahl der Auszubildenden im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege ist zum Schuljahr 2019/2020 erstmals seit fünf Jahren wieder stark gestiegen, um 5,9 Prozent im Vergleich zum Schuljahr 2018/2019. Weitere Zahlen zur Ausbildungssituation und Altenpflegeausbildung sind unter Kapitel 4.9.4 zu finden.

Bund, Länder und Verbände haben durch die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege in den Jahren 2012 bis 2015 zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, mit denen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege dauerhaft gestärkt wurde. Aufbauend darauf wurde im Jahr 2019 die Ausbildungsoffensive Pflege gestartet mit dem Ziel, die generalistische Ausbildung zur Pflegefachperson zu unterstützen und zu bewerben.

Generalistische Pflegeausbildung

Mit dem im Jahr 2017 verabschiedeten Pflegeberufegesetz und der im Jahr 2018 verabschiedeten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe wurde die Pflegeausbildung umfassend modernisiert, attraktiver gemacht und qualitativ verbessert. Zudem wurde die Finanzierung der Ausbildung reformiert und mit der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung auf eine neue und eigens dafür geschaffene Grundlage gestellt.

Die neue Pflegeausbildung führt ab dem Jahr 2020 die bisher getrennt geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss, der zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ berechtigt, zusammen. Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann befähigt die Auszubildenden dazu, Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen zu pflegen. Daneben haben die Auszubildenden die Möglichkeit, sich nach zwei Dritteln der Ausbildung für einen gesonderten Berufsabschluss in der Altenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden. Durch zahlreiche Verbesserungen im Bereich des Unterrichts in einer Pflegeschule und in der praktischen Ausbildung in Ausbildungseinrichtungen, insbesondere hinsichtlich der Qualifikation der Lehrkräfte und der Praxisanleitung, konnte die Qualität der Ausbildung weiter gesteigert werden, was im Ergebnis zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung führen wird. Die berufliche Pflegeausbildung ist für die Auszubildenden kostenfrei, zudem haben sie Anspruch auf Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung. Dies steigert ebenfalls die Attraktivität der Ausbildung und ist ein wichtiges Signal zur Aufwertung des Pflegeberufs.

Pflegestudium

Neben der beruflichen Pflegeausbildung gibt es erstmals regelhaft eine primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen. Dieses generalistische Pflegestudium eröffnet neue Karrieremöglichkeiten sowie Aufstiegschancen und befähigt unmittelbar zur Pflege von Menschen aller Altersstufen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik. 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.

⁶⁷ <https://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/hoeherer-mindestlohn-in-altenpflege.html> und <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/pflegekraefte-brauchen-bessere-arbeitsbedingungen.html>; [abgerufen am 06.04.2021].

Ausbildungsoffensive Pflege

Im Rahmen der KAP hat das BMFSFJ Anfang des Jahres 2019 die Ausbildungsoffensive Pflege⁶⁸ gestartet. Mit einer Laufzeit von fünf Jahren soll sie den ersten Jahrgang der neuen Pflegeausbildung bis zum Abschluss des Jahres 2023 begleiten. Partner der Ausbildungsoffensive sind die in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege relevanten Akteure wie Bund, Länder, Kommunen, Wohlfahrts-, Berufs- und Trägerverbände, Sozialpartner, Kostenträger und die Bundesagentur für Arbeit. Für die Durchführung wurde eine Geschäftsstelle beim BAFzA eingerichtet.

Mit insgesamt mehr als 100 Einzelvereinbarungen in drei Handlungsfeldern sollen die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umgesetzt, für eine Ausbildung in der Pflege geworben sowie Ausbildung und Qualifizierung gestärkt werden. Kernziel ist die Zahl der ausbildenden Einrichtungen sowie die Zahl der Auszubildenden bis zum Ende der Ausbildungsoffensive im Jahr 2023 um 10 Prozent zu steigern. Jeder und jedem geeigneten Ausbildungsinteressierten in allen Regionen Deutschlands sollen Ausbildungs- und Schulplätze zur Verfügung gestellt werden. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste sollen bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnern zur Zusammenarbeit mit einem Förderprogramm zum Start der neuen Pflegeausbildung unterstützt werden. Die Pflegeschulen wurden in den Digitalpakt Schule einbezogen. Die BA engagiert sich im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege verstärkt in der Aus- und Weiterbildungsförderung im Altenpflegebereich, weitere Informationen dazu sind in Kapitel 9.4.6 beschrieben.

Darüber hinaus werden die Pflegeschulen und die ausbildenden Einrichtungen über die Veröffentlichung von Informationsmaterialien und Handreichungen sowie die Durchführung von Workshops durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) unterstützt. Um dem gestiegenen Informations- und Beratungsbedarf zu den neuen Pflegeausbildungen Rechnung zu tragen, wurde das Beratungsteam Pflegeausbildung beim BAFzA, das vor Ort zu den neuen Pflegeausbildungen informiert und berät, personell aufgestockt. Monatlich findet eine Telefonschaltkonferenz mit den Partnern der Ausbildungsoffensive statt, um die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und der vereinbarten Beiträge kontinuierlich zu begleiten.

Im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege hat das BMFSFJ im Oktober 2019 die auf drei Jahre ausgelegte bundesweite Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ gestartet mit dem Ziel, Jugendliche in der Berufsorientierungsphase und Erwachsene mit dem Wunsch nach beruflicher Neuorientierung für die neuen Ausbildungen in der Pflege zu gewinnen. Die Kampagne wird durch die Partner der Ausbildungsoffensive begleitet. In der ersten Phase der Informations- und Öffentlichkeitskampagne wurden mit schnell umsetzbaren und auffälligen Typo-Motiven die Vorteile und Chancen der neuen Pflegeausbildungen kommuniziert. Der Schwerpunkt der zweiten Kampagnenphase ab 2020 liegt auf Media-Schaltungen im Online-Bereich, um die vornehmlich junge Zielgruppe zu erreichen. Zu diesem Zweck wurden unter anderem verschiedene reale und fiktive Bewegtbildformate entwickelt. Ein Schwerpunkt der dritten Kampagnenphase bildet die Gewinnung von Umschülerinnen und Umschülern für den Pflegeberuf.⁶⁹

2.4.8 Initiierung des Pflegenetzwerks Deutschland

Von März 2016 bis Mai 2017 hat das BMG die Einführung der Pflegestärkungsgesetze mit den Regionaldialogen „Pflege stärken“ begleitet, die in zehn ausgewählten Metropolregionen Deutschlands durchgeführt wurden. Ziel der Veranstaltungen war es, im konstruktiven Dialog über die Pflegestärkungsgesetze zu informieren, mögliche Herausforderungen oder Hindernisse bei ihrer Umsetzung zu identifizieren sowie gemeinsam praxisgerechte Lösungsansätze und Ideen zu entwickeln. Eingeladen waren Leistungserbringer, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekassen und Kommunen, aber auch Pflegebedürftige aus dem privaten Umfeld sowie Pflegebedürftige selbst.

⁶⁸ Hintergrundinformationen zur Ausbildungsoffensive Pflege sind zu finden unter:

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/berufsfeld-pflege/ausbildungsoffensive-pflege/ausbildungsoffensive-pflege--132444>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁶⁹ Informationen zur Kampagne auf www.pflegeausbildung.net; [abgerufen am 06.04.2021].

Die Idee der Regionaldialoge aufgreifend hat das BMG seit Herbst 2017 Akteure vor Ort bei der Konzeption (Zielsetzung, Zusammensetzung, Arbeitsweise eines lokalen Netzwerkes) und Durchführung lokaler Pflergetische unterstützt, die der Vernetzung der Akteure (Einzelpersonen und Institutionen) vor Ort dienen. Der Abschlussbericht zu den Regionaldialogen „Pfleger stärken“ und den kommunalen Pflergetischen wurde im Juli 2018 veröffentlicht.⁷⁰

Ab Herbst des Jahres 2019 wurden mit der Aktion „Mehr Pflerger-Kraft“ in der Pflerger Tätige dazu aufgerufen, gute praktische Ideen und konkrete Lösungsansätze zur Attraktivität der Pflergerberufe zu teilen. Rund 6.000 Einreichungen aus der Pflergerpraxis mit vielen guten selbstinitiierten Umsetzungsvorschlägen vor Ort verdeutlichten das hohe kreative Potenzial. Die Fülle an Antworten wertete ein unabhängiges Institut aus. Insgesamt 13 Themenkomplexe waren Pflergerkräften sowie Leitungs- und Führungspersonal besonders wichtig: besseres Berufsimager, Selbstverwaltung und Mitsprache, klare Arbeitszeiten, guter Personaleinsatz, Arbeitsorganisation und -bedingungen, Selbstpflerger und Erholung, ein gut finanziertes System, gesetzliche Regelungen für bessere Arbeitszeiten und besseren Schutz, ausländisches Personal als Zugewinn, abgestimmte Kontrolle des Einhaltens von Regeln und Vorgaben vor Ort.⁷¹

Für das Teilen guter praktischer Ansätze vor Ort sowie den Austausch darüber fehlten bisher ein niedrigschwelliges Instrument und eine bundesweite Vernetzung der Strukturen. Neben den zahlreichen Rückmeldungen bei der Initiative „Mehr Pflerger-Kraft“ ergab eine Befragung der Pflerger aus dem Jahr 2019, dass ein großes Interesse an einer Fortführung und Weiterentwicklung der Netzwerkidee besteht. Daran anknüpfend hat das BMG Anfang des Jahres 2020 ein Vernetzungsangebot für in der Pflerger Tätige initiiert, das Pflergernetzwerk Deutschland (www.pflergernetzwerk-deutschland.de). Mit dieser Initiative soll der Erfahrungsaustausch, Informations- und Best-Practice-Austausch der Pflergerpraktiker gefördert werden. Es soll auch dazu beitragen, die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Pflerger und der Pflergerberufe auch durch die Pflergerkräfte selbst – zu stärken und zu verbessern.

2.4.9 Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland

Der Fachkräftebedarf der Gesundheitseinrichtungen in Deutschland ist hoch. Die Versorgungssicherheit in der Pflerger sowie eine gute professionelle Pflerger sollen vorrangig durch Pflergerfachpersonen aus dem Inland gewährleistet werden. Die Gewinnung von ausländischen Pflergerfachpersonen aus Ländern der Europäischen Union und aus Drittstaaten zur Deckung eines darüber hinausgehenden Bedarfs ist eine zusätzliche Möglichkeit für Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflergereinrichtungen, offene Stellen zur Sicherung der pflergerischen Versorgung zu besetzen.

Pflergerfachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten haben im Rahmen der Freizügigkeit uneingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Für die Ausübung von reglementierten Berufen, dazu gehören Pflergerfachkräfte, ist jedoch eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erforderlich.

Pflergerfachpersonen aus Drittstaaten haben entsprechend den geltenden Aufenthaltsregelungen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und arbeiten dort zu den gleichen Bedingungen wie Beschäftigte aus dem Inland oder der Europäischen Union. Deutsche Arbeitgeber, die eine Pflergerfachkraft oder einen potenziellen Auszubildenden aus einem Drittstaat gewinnen wollen, können sich an den Arbeitgeber-Service der örtlichen Agentur für Arbeit wenden. Zudem kann eine private Personalvermittlungsentur beauftragt oder selbst im entsprechenden Herkunftsland angeworben werden. Zu beachten gilt, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 47 Staaten einen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal festgestellt hat. Die Anwerbung und Vermittlung für eine Beschäftigung in Gesundheits- und Pflergerberufen aus diesen Staaten darf nach § 38 der Beschäftigungsverordnung nur von der BA durchgeführt werden. Anwerbungs- und Vermittlungsaktivitäten Dritter bzw. Privater sind unzulässig.

⁷⁰ BMG (2018): Regionaldialog „Pfleger stärken“: Abschlussbericht.

⁷¹ Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) (2020): Abschlussbericht zur operativen Vorauswertung der Antworten der Aktion „Mehr Pflerger-Kraft“.

Informationen und Beratungen zum Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt erhalten Interessierte im Ausland durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit sowie durch das Portal der Bundesregierung für Fachkräfte aus dem Ausland „Make it in Germany“⁷². Speziell zur Anerkennung von Berufsqualifikationen sind umfassende Informationen online auf „Anerkennung-in-Deutschland“⁷³ verfügbar. Für eine erste Orientierungsberatung können sich Ratsuchende an die Hotline „Arbeiten und Leben in Deutschland“⁷⁴ wenden. Die Hotline vermittelt die Anerkennungsinteressierten weiter an die Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA)⁷⁵ der ZAV zur vertieften Beratung und Verfahrensbegleitung. Für Unionsbürgerinnen und -bürger gibt es darüber hinaus das EURES-Portal⁷⁶. Hier können sie ihre Bewerbung hochladen und europaweit nach Stellen suchen.

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 u. a. das Programm „Triple Win“⁷⁷ aktuell mit Bosnien und Herzegowina, den Philippinen, Tunesien und Vietnam (nur Auszubildende) umgesetzt. Das Programm wird sukzessive auf weitere Partnerländer ausgebaut, Verhandlungen werden aktuell mit Indien (Bundesstaat Kerala) und Indonesien geführt. Zudem rekrutiert die ZAV der BA aktuell Pflegefachkräfte aus Mexiko und Brasilien sowie Auszubildende für die Altenpflege aus 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. Mangelnde Transparenz der Verfahren, die Belastung der (Landes-)Behörden durch die steigende Zahl der Anerkennungsverfahren und Schwierigkeiten, seriöse Personalvermittler zu erkennen, sind dringend zu lösende Probleme. Im Rahmen der KAP wurden zahlreiche unterstützende Maßnahmen hierzu vereinbart, parallel dazu wurde die Strategie der Bundesregierung zur gezielten Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland⁷⁸ entwickelt. Die Strategie der Bundesregierung umfasst einen kohärenten Gesamtansatz ineinandergreifender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen, in den der Bereich der Pflege aufgenommen wurde. Die Verwaltungsverfahren im In- und Ausland sollen verkürzt, die Möglichkeiten der Fachkräftegewinnung vereinfacht und die berufliche Anerkennung in Deutschland beschleunigt werden. Mit den Änderungen im Aufenthaltsrecht durch das am 1. März 2020 in Kraft getretene Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG)⁷⁹ wurden die Rahmenbedingungen für eine gezielte und gesteigerte Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus Nicht-EU-Ländern verbessert. Die deutschen Auslandsvertretungen werden bei der Bearbeitung von Visumanträgen ausländischer Pflegekräfte zur Erweiterung der Bearbeitungskapazitäten und Beschleunigung der Verfahren seit 2020 durch ein Referat der Zentrale des Auswärtigen Amtes und künftig vom Bundesamt für Auswärtige Angelegenheiten unterstützt.

Zudem wurde die ZSBA bei der ZAV neu aufgebaut. Aufgabe der ZSBA ist es, Anerkennungssuchende, die sich im Ausland befinden, 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

⁷² <https://www.make-it-in-germany.com/de/>, Initiative unter Federführung des BMWi; [abgerufen am 06.04.2021].

⁷³ <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/index.php>, ein Angebot des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) im Auftrag des BMBF; [abgerufen am 06.04.2021].

⁷⁴ <https://www.make-it-in-germany.com/de/ueber-das-portal/kontakt/hotline>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁷⁵ 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 wird vom BMBF als Modellvorhaben zunächst für eine Phase von vier Jahren (2020 bis 2023) mit bis zu 3,5 Millionen Euro pro Jahr gefördert.

⁷⁶ <https://ec.europa.eu/eures/public/de/homepage>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁷⁷ www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/triple-win-pflegekraefte; [abgerufen am 06.04.2021].

⁷⁸ BMWi (2019): Strategie zur gezielten Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten, Fachkräftegewinnungs-Strategie.

⁷⁹ Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 15. August 2019, BGBl. I 2019 S. 1307.

der kommunikationsintensiven Beratung der Antragstellerinnen und Antragsteller vor und während der Anerkennung entlastet werden.

Zur Unterstützung bei der Gewinnung ausländischer Pflegefachkräfte wurde zudem im Oktober 2019 die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa)⁸⁰ gegründet. Ihre Aufgabe ist es, als Verwaltungsdienstleisterin im Auftrag der Gesundheitseinrichtungen und der von ihnen angeworbenen Pflegefachkräfte Anträge auf Einreise, Berufsausübungs- und Aufenthaltserlaubnis zu bündeln und bis zur Bescheiderteilung bei den Behörden zu begleiten, zunächst für die Philippinen und Mexiko. Die DeFa führt selbst keine Anwerbungen durch. Sie ist ein Baustein in der Strategie der Bundesregierung mit einer abgegrenzten Aufgabe im Verhältnis zur BA (ZAV und ZSBA).

Darüber hinaus wird ein Gütesiegel für eine ethisch hochwertige Fachkräftegewinnung durch private Vermittlungsagenturen vom Deutschen Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) vorbereitet.⁸¹

Mit Berufssprachkursen steht im Inland für zuwandernde Pflegefachkräfte ein bundesweit etabliertes und quantitativ ausreichendes Sprachförderangebot des Bundes zur Verfügung. Mit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das FEG wurde die berufsbezogene Deutschsprachförderung auch für Personen aus Drittstaaten geöffnet, die einen Ausbildungsvertrag haben und sich in Deutschland auf eine Ausbildung als Pflegefachkraft vorbereiten. Das Goethe-Institut arbeitet mit Partnern (z. B. GIZ, Pflegeverbände) an der Bereitstellung von sprachlichen und interkulturellen Qualifizierungspaketen und fachbezogenen Fortbildungsangeboten für Lehrpersonal. Außerdem wird mit dem Goethe-Test PRO Pflege (seit 2019 in Vietnam, Ausweitung auf andere Länder in Arbeit) eine berufsbildspezifische Sprachprüfung angeboten.

Weitere detaillierte Informationen zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland können dem im November 2020 veröffentlichten ersten Umsetzungsbericht der KAP entnommen werden.⁸²

2.5 Verbesserung pflegerischer Angebote und der pflegerischen Versorgung

Im Rahmen des PSG I wurden die Leistungen nach dem SGB XI zur Unterstützung der häuslichen Pflege und zur Entlastung pflegender Angehöriger erheblich ausgeweitet und flexibilisiert. Die meisten Leistungsbeträge – auch das Pflegegeld – wurden deutlich erhöht. Darüber hinaus wurde eingeführt, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege in voller Höhe zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, zum Pflegegeld oder zur Kombinationsleistung in Anspruch genommen und die Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege in gewissem Umfang miteinander kombiniert werden können.

Die Verbesserungen durch das PSG I wurden bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf neuen Pflegegrade in Verbindung mit den neu festgesetzten Leistungsbeträgen zum 1. Januar 2017 übernommen, die Leistungen wurden dabei erneut ausgeweitet. Mit dem PSG II hat der Gesetzgeber die Grundlage für mehr Individualität in der Pflege geschaffen. Es werden passgenaue Hilfen bereitgestellt und die pflegenden Angehörigen weiter entlastet, insbesondere ihre soziale Absicherung wurde ausgebaut. Die Grundlage dafür, dass die unterschiedlichen Leistungen individuell und passgenau eingesetzt werden können, ist eine gute Pflegeberatung, diese wurde weiter verbessert und soll in Zukunft kontinuierlich evaluiert werden. Auch im stationären Bereich hat es wichtige Änderungen wie die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils gegeben.

⁸⁰ Gefördert durch das BMG: <https://www.defa-agentur.de/>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁸¹ <https://dkf-kda.de/zertifikat/>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁸² BMG (BMFSFJ, BMAS) Konzertierte Aktion Pflege (2020): Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.

2.5.1 Einzelne Maßnahmen zur Verbesserung des Leistungsangebots

Das neue Leistungsrecht des SGB XI setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger soweit wie möglich zu erhalten und zu stärken. Fast alle Pflegebedürftigen erhalten durch die Pflegestärkungsgesetze auch höhere Leistungen.

Entlastungsbetrag und Angebote zur Unterstützung im Alltag (AzUiA)

Aufgrund des mit dem PSG II eingeführten § 45b SGB XI haben alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege Anspruch auf einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Damit wurden im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze die 2002 ursprünglich im Zusammenhang mit Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf nunmehr alle Pflegebedürftigen erstreckt und entsprechend weiterentwickelt. Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags einzusetzen. Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen zugelassener Pflegedienste (oder zugelassener Betreuungsdienste) im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem für Leistungen zugelassener ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Das sind bestimmte Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Baden.

Bei den bis 2017 als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote bezeichneten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI kann es sich je nach Art der Ausrichtung um folgende Angebote handeln:

- Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
- Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
- Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Diese Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts. Daten zur Förderung der AzUiA auf Landesebene, die durch die Fördermittel der Pflegeversicherung jeweils verdoppelt werden, sind in Kapitel 4.6.5 zu finden. Dort sind ebenfalls Angaben zum bislang in den Ländern erfassten Bestand der Angebote zur Unterstützung im Alltag und deren jährlichen Aufwuchs dargestellt. Den Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege erreichen immer wieder Schreiben zu noch fehlenden Entlastungsangeboten im Alltag insbesondere bei der Haushaltsführung. Da die konkreten Anerkennungsvoraussetzungen für diese ausschließlich landesrechtlich geregelt sind, hat der Pflegebevollmächtigte die Gesundheitsminister der Länder darum gebeten, die Anforderungen für die Anbieter zu prüfen und entsprechende Angebote aktiv zu fördern, um somit die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen aller Altersgruppen noch besser zu unterstützen.

Betreuungsdienste

Die Einführung von Betreuungsdiensten für Leistungen der Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung wurde in den Jahren 2013 bis 2017 nach § 125 SGB XI alter Fassung in Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes bundesweit erprobt.

Diese Betreuungsdienste sind ambulante Dienste, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistungen unter Leitung einer verantwortlichen Fachkraft erbringen, die keine Pflegefachkraft sein muss. Gleiches gilt für das einzusetzende Personal. Dieser Ansatz ermöglicht es, die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und damit auch breitere personelle Basis zu stellen. Das stellt eine wertvolle Ressource und einen Beitrag zur Lösung des Fachkräftemangels in der ambulanten Pflege dar. Betreuungsdienste leisten einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Nach Abschluss des Projektes Ende des Jahres 2017 und nach Auswertung des wissenschaftlichen Abschlussberichts sprach sich insbesondere der GKV-Spitzenverband dafür aus, die Betreuungsdienste in die Regelversorgung aufzunehmen. Grundlage dafür waren vor allem die Erfahrungen der vertragschließenden Pflegekassen in den Modellregionen, die vertiefte Diskussion im fachlichen Begleitgremium während der Laufzeit des Modells und schließlich die Einschätzung im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung.

Die Zulassung von ambulanten Betreuungsdiensten in der Regelversorgung wurde mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen TSVG in das SGB XI eingeführt. Die Landesverbände der Pflegekassen sind nun verpflichtet, mit Leistungserbringern Verträge zu schließen, die qualitätsgesicherte pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes gab es zum 1. Januar 2020 bundesweit 42 ambulante Betreuungsdienste; im August 2020 waren es 46 ambulante Betreuungsdienste und es lagen bundesweit 70 weitere Anträge auf Zulassung vor.

Ergänzend zum Modellvorhaben hat der GKV-Spitzenverband vom IGES-Institut einen Praxisleitfaden entwickeln lassen. Dieser enthält Hinweise und Erläuterungen insbesondere zum Aufbau, zu den Anforderungen und zum Management von ambulanten Betreuungsdiensten sowie Musterverträge für ihre Zulassung. Der Leitfaden ist auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.⁸³

Bürokratieabbau zur Entlastung Pflegebedürftiger

Zur Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wurden mit dem PSG II unnötige bürokratische Hürden und Antragspflichten abgeschafft. So wird das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung in einen Pflegegrad seit 2017 den Betroffenen automatisch, also ohne die bislang erforderliche Antragstellung, weitergeleitet.

Für bestimmte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wie Badewannenlifter, Gehhilfen oder Duschstühle muss der Pflegebedürftige nun auch keinen separaten Antrag mehr stellen, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes diese konkret empfiehlt, sie für den Erhalt der Selbständigkeit im Alltag besonders wichtig sind und sie den Familienangehörigen die Pflege erleichtern. Die entsprechenden Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Kranken- und Pflegekasse weitergeleitet. Hat der oder die Pflegebedürftige eingewilligt, ist der Antrag damit gestellt – in der Regel erfolgt dann keine weitere Prüfung mehr durch die Kranken- oder Pflegekasse.

Verbesserungen im stationären Bereich

Bis zum Jahr 2016 stieg die finanzielle Belastung der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen bei zunehmender Pflegebedürftigkeit an. Mit dem PSG II wurde diese sowohl gesundheits- als auch sozialpolitisch schwierig legitimierbare Praxis beendet: Seit dem 1. Januar 2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein pflegebedingter Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5. Das heißt, Betroffene im Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege genauso viel hinzu wie Betroffene im Pflegegrad 2. Der Eigenanteil unterscheidet sich nur noch von Einrichtung zu Einrichtung. Dies war eine wichtige sozialpolitische Maßnahme: Pflege-

⁸³ IGES (2020): Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, Leitfaden für den GKV-Spitzenverband.

dürftige und ihre Angehörigen können sich seither darauf verlassen, dass die Zuzahlungen nicht steigen, wenn der individuelle Bedarf an Pflege zunimmt.

Das PSG II hat eine weitere Verbesserung für Pflegebedürftige eingeführt: In voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen hat seit dem Jahr 2017 jede und jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung wird mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Die Einrichtungen müssen hierfür mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen. Die Finanzierung erfolgt wie bisher vollständig durch die soziale Pflegeversicherung.

2.5.2 Entlastung pflegender Angehöriger

Gut drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt und betreut. Die häusliche Versorgung wird zumeist durch Angehörige, Nachbarn und Freunde übernommen. Gerade Angehörige kümmern sich zum Teil jahrelang um die Pflege und Betreuung ihrer Verwandten. Dabei kann lang andauernde Pflege zu körperlicher und seelischer Erschöpfung, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die zeitliche Belastung zu sozialer Isolation führen. Daher hat die Unterstützung pflegender Angehöriger und ähnlich nahestehender Personen für die Bundesregierung eine hohe Priorität. Pflegende Angehörige ermöglichen durch ihr Engagement den Betroffenen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Mit den im Berichtszeitraum umgesetzten Reformen hat der Gesetzgeber die häusliche Pflege gestärkt und weitere Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger eingeführt. Die Ergebnisse von Repräsentativerhebungen zur Situation pflegender Angehöriger von 1998 bis 2018 machen deutlich, dass die Leistungen der Pflegeversicherung helfen, die häusliche Pflege in der gewohnten Umgebung der pflegebedürftigen Person zu organisieren und damit die häuslichen Pflegearrangements stabilisieren. Dies legt nahe, dass die Maßnahmen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege, die in der Vergangenheit umgesetzt wurden, ihre Wirkung entfalteteten.⁸⁴

Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegeperson

Mit dem PSG II wurden Pflegepersonen, zum Beispiel pflegende Angehörige, in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert: Seit dem 1. Januar 2017 zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person im Pflegegrad 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung pflegen – sofern sie dies nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, tun. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich.

Die Rentenbeiträge der Pflegeversicherung steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer seit dem 1. Januar 2017 eine Angehörige oder einen Angehörigen mit außerordentlich hohen Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) pflegt, für den werden seither um bis zu 25 Prozent höhere Rentenbeiträge gezahlt. Da nun auch Zeiten der Betreuung berücksichtigt werden, haben auch deutlich mehr Pflegepersonen erstmals Anspruch auf die Entrichtung von Beiträgen zur Rentenversicherung. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden. Zwischen den Jahren 2016 und 2017 ist die Zahl der pflegenden Angehörigen und anderen Pflegepersonen, für die Rentenbeiträge seitens der Pflegekassen gezahlt werden, um 71 Prozent von knapp 420.000 auf knapp 720.000 Personen angestiegen. Betrachtet man den Zeitraum bis zum Jahr 2018, betrug die Steigerung sogar 121 Prozent (930.000 Personen). Damit ist im Hinblick auf die rentenrechtliche Absicherung insgesamt eine Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen erreicht worden.⁸⁵

⁸⁴ Kantar Public (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen (s. Abschnitt 3.5 Pflegende Angehörige).

⁸⁵ Kantar Public (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen (s. Abschnitt 3.5 Pflegende Angehörige) und eigene Berechnungen BMG.

Zudem wurde mit dem PSG II der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung verbessert. Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflege Tätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflege Tätigkeit nicht gelingt.

Tabelle 5: Soziale Absicherung der Pflegeperson; Stand: 31.12.2019

Pflegebedürftigkeit	Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen	Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung	Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit
in Graden	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	€ monatlich (Ostdeutschland)	bis zu € monatlich Krankenversicherung/ Pflegeversicherung
Pflegegrad 1	-	-	160,94/31,67
Pflegegrad 2	156,44 (144,13)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 3	249,14 (229,54)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 4	405,57 (373,67)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 5	579,39 (533,82)	38,94 (35,88)	160,94/31,67

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Rehabilitationsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Mit dem PpSG wurden die Rehabilitationsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen verbessert. Pflegenden Angehörige haben aufgrund ihrer familiären Situation oft keine Möglichkeit, ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Deshalb wurde für sie der Anspruch geschaffen, auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse auch dann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten, wenn aus medizinischer Sicht eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. Die pflegebedürftige Person kann gleichzeitig in der Rehabilitationseinrichtung betreut werden. Andernfalls müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren.

Förderung der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen stärken die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Sie unterstützen bei der Bewältigung der häufig herausfordernden Pflegesituation. Zugleich wirken sie gesundheitsfördernd und entlastend durch gegenseitige Hilfe innerhalb der Gruppen.

Das Engagement von Selbsthilfegruppen hat der Gesetzgeber im Berichtszeitraum mit verschiedenen Verbesserungen im Bereich des Förderbudgets des § 45d SGB XI honoriert. Die Pflegekassen sind seit dem 1. Januar 2019 verpflichtet, jedes Kalenderjahr 15 Cent je Versicherten für die Unterstützung der Selbsthilfe in der Pflege aufzuwenden. Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens. Gleichzeitig wurde im Rahmen der Kofinanzierung der Fördermaßnahmen gemeinsam mit Ländern und Kommunen der Förderanteil der Pflegeversicherung von 50 Prozent auf 75 Prozent der Fördersumme der geförderten Projekte erhöht.

Mit dem PpSG wurde zudem eine Regelung über einen Zuschuss für die Neugründung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne das Erfordernis einer Kofinanzierung direkt über den GKV-

Spitzenverband eingeführt. Gleiches gilt für die Förderung von bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten. Die Finanzierung sowohl des Gründungszuschusses als auch der bundesweiten Tätigkeiten erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung; die private Pflegepflichtversicherung beteiligt sich anteilig.

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege rund 4,5 Millionen Euro durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Daten zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege auf Landesebene sind in Kapitel 4.6.5 zu finden.

Pflegekurse

Im Zuge des PSG II wurden die Pflegekassen dazu verpflichtet, Schulungskurse für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich anzubieten. Bis dahin war dieses Angebot nur als Sollvorschrift ausgestaltet. Außerdem sind die Schulungen seither in der häuslichen Umgebung durchzuführen, wenn die Berechtigten dies wünschen.

Unterstützung pflegender Kinder und Jugendlicher

In Deutschland übernehmen rund 479.000 Kinder und Jugendliche vielfältige Aufgaben bei der Unterstützung ihrer chronisch kranken oder pflegebedürftigen Angehörigen. Im Januar 2018 ist daher das Projekt „Pausentaste - Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“ des BMFSFJ an den Start gegangen.

Das Projekt will junge Pflegende bundesweit durch ein niedrigschwelliges 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. Aber auch Lehrkräfte, ambulante Pflegedienste, Sozialdienste an Schulen und Kliniken sowie Jugendorganisationen und die Öffentlichkeit sollen auf das Thema aufmerksam gemacht und für Fragen in diesem Zusammenhang sensibilisiert werden.

Das Angebot umfasst die Website www.pausentaste.de sowie eine telefonische Beratung und eine Online-Beratung (E-Mail-Beratung und seit Oktober 2019 Terminchat) beim Kinder- und Jugendtelefon der „Nummer gegen Kummer“. Das BMFSFJ hat darüber hinaus ein bundesweites Netzwerk zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung ins Leben gerufen. Das Netzwerk trifft sich mindestens einmal im Jahr zu einem fachlichen Austausch. Zudem wird regelmäßig ein netzwerkinterner Newsletter versendet.

2.5.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Knapp 80 Prozent der über vier Millionen pflegebedürftigen Personen wurden im Jahr 2019 zu Hause versorgt. Ihre Betreuung erfolgte mehrheitlich allein durch Angehörige. Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf⁸⁶ hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2015 die Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) miteinander verzahnt und weiterentwickelt. Bei unerwartetem Eintritt einer akuten Pflegesituation haben Beschäftigte Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für bis zu insgesamt 10 Arbeitstage, um die pflegerische Versorgung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen sicherzustellen oder dessen Pflege zu organisieren. Zudem wurde ein Anspruch auf Familienpflegezeit eingeführt, d. h. eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden. Darüber hinaus gibt es seit dem 1. Januar 2015 die Möglichkeit einer Freistellung für die auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung in der letzten Lebensphase (bis zu drei Monate). Für die Zeiten der Freistellung besteht ein Anspruch der Beschäftigten auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen. Im Jahr 2019 wurden 242 Anträge auf ein zinsloses Darlehen gestellt und davon 169 Anträge bewilligt. Aufgrund der Auswertungen des Mikrozensus ergibt sich für die Pflegezeit und Familienpflegezeit ein Schätzwert von ca. 93.000 Personen für das Jahr 2019.

⁸⁶ Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014, BGBl. I 2014 S. 2462.

Im September 2015 wurde zudem der in § 14 FPfZG vorgesehene unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingesetzt. Der Beirat besteht aus 21 Mitgliedern. Er befasst sich mit Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, begleitet die Umsetzung der einschlägigen Regelungen und berät über ihre Auswirkungen. Nach § 14 Abs. 3 FPfZG legt der Beirat dem BMFSFJ alle vier Jahre einen Bericht vor, in dem auch Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden können. Der erste Bericht wurde am 20. Juni 2019 offiziell an Bundesministerin Franziska Giffey übergeben. Der Bericht enthält neben umfangreichen Erkenntnissen und Auswertungen von Studien insbesondere Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung zur Thematik „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“.⁸⁷

Informationen und Beratung insbesondere zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bietet das Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums, das bundesweit von Montag bis Donnerstag zwischen 9.00 Uhr und 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 030 20179131 erreichbar ist.⁸⁸

2.5.4 Entwicklung der Pflegeberatung

Pflegebedürftigkeit bringt die Betroffenen und ihre Angehörigen in eine besondere Situation, in der sie auf Hilfe angewiesen sind, um die Pflege zu organisieren. Die Pflegeversicherung unterstützt sie deshalb durch eine individuelle und kostenlose Pflegeberatung. Im Berichtszeitraum wurden durch das PSG II die gesetzlichen Regelungen des SGB XI zur Information und Beratung neu strukturiert und ausgeweitet sowie die Beratung selbst qualitativ verbessert. Die Pflegekassen wurden verpflichtet, Versicherte unverzüglich nach Eingang eines Antrags darüber zu informieren, dass ihnen ein Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung zusteht. Ferner wurde ergänzt, dass Angehörige eine Pflegeberatung ohne die pflegebedürftige Person in Anspruch nehmen können, sofern die pflegebedürftige Person zugestimmt hat. Ratsuchenden pflegebedürftigen Personen sollen die Pflegekassen unbürokratisch und unverzüglich feste Ansprechpartner (zuständige Pflegeberater oder Pflegeberaterinnen) für die individuelle Beratung benennen.

Mit dem PSG III wurde die Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit weiteren Beratungsstellen vor Ort, zum Beispiel den kommunalen Stellen der Sozial- oder Altenhilfe, durch verbindliche Landesrahmenverträge nach § 7a Abs. 7 SGB XI verbessert. Die Zusammenarbeit kann somit besser strukturiert und Doppelstrukturen können vermieden werden.

Um dem Ziel einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege Rechnung zu tragen, gibt § 7c Abs. 2a SGB XI den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Sie können bis zum 31. Dezember 2021 von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten auf der Grundlage landesrechtlicher Vorschriften verlangen. Die Aufwendungen werden von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen getragen, soweit nichts anderes vereinbart wurde.

Pflegestützpunkte sind Einrichtungen, in denen Beraterinnen und Berater der Pflege- und Krankenkassen mit Beraterinnen und Beratern der Kommunen zusammenarbeiten. In der vom BMG geförderten „Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten“⁸⁹ wurde festgestellt, dass die Errichtung der Pflegestützpunkte in den Ländern bisher unterschiedlich verlaufen ist. Laut der Studie kann nicht davon ausgegangen werden, „dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, in Pflegestützpunkten bundesweit aktuell in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird.“⁹⁰ Eine Übersicht zur

⁸⁷ Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht des Unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

⁸⁸ Aktuelle Informationen finden sich auch auf der Seite <https://www.bmfsfj.de> oder <https://www.wegenur-pflege.de>; [abgerufen am 06.04.2021].

⁸⁹ IGES (2018): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten.

⁹⁰ Ebd.

Verteilung der Pflegestützpunkte ist unter Kapitel 4.6.6 zu finden. Bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt, die andere Ansätze bei der Beratung verfolgen, haben zwar alle Länder die Einrichtung von Pflegestützpunkten vorgesehen, jedoch ist die regionale Dichte von Pflegestützpunkten sehr unterschiedlich.

Mit den im Jahr 2018 durch den GKV-Spitzenverband erlassenen Pflegeberatungs-Richtlinien⁹¹ wurden für die Durchführung der Pflegeberatung einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen gelten. Zuletzt wurde eine Änderung der Pflegeberatungs-Richtlinien mit dem DVG in die Wege geleitet (Einführung eines einheitlichen elektronischen Versorgungsplans).

Zur Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Entwicklung der Pflegeberatung wurde dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine dreijährliche Berichtspflicht unter wissenschaftlicher Begleitung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit auferlegt (§ 7a Abs. 9 SGB XI). Der erste Bericht ist zum 30. Juni 2020 erschienen.⁹² Aus diesem Bericht geht hervor, dass die Pflegekassen ein an den Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung ausgerichtetes bundesweites Angebot der Beratung nach § 7a SGB XI vorhalten. Ein persönlicher Termin zur Erstberatung wird innerhalb von wenigen Tagen ermöglicht, im Mittel nach 2,7 Tagen ein telefonischer Beratungstermin, nach 3,7 Tagen ein persönliches Beratungsgespräch in den Räumlichkeiten der Organisation und nach 6,1 Tagen eine Beratung in der Häuslichkeit. 86,2 Prozent der Beratungen finden in der häuslichen Umgebung statt. Im Mittel sind über 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer mit der Beratung, ihrer Zugänglichkeit und ihrer Wirksamkeit sehr zufrieden. Gut 90 Prozent der direkt nach ihrer „§ 7a-Pflegeberatung“ befragten Pflegebedürftigen gaben an, immer mit derselben Pflegeberaterin Kontakt gehabt und konkrete Absprachen zur zukünftigen Kontaktaufnahme getroffen zu haben.

Ergebnis der „Wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18c Abs. 2 SGB XI“ war u. a., dass sich bei 56 Prozent der Pflegebedürftigen die Pflegesituation durch die Pflegeberatung verbessert hat. 88 Prozent gaben an, dass auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in der Beratung eingegangen wurde.⁹³

Mit dem PSG II wurden zudem die für Empfänger von Pflegegeld obligatorischen Beratungsbesuche deutlich ausgebaut und verbessert. Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden die Regelungen über den Turnus der regelmäßigen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI notwendigerweise ebenfalls angepasst. Ein Beratungsbesuch findet bei Pflegegrad 2 und 3 mindestens einmal halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich statt. Die verpflichtenden Beratungsbesuche haben eine wichtige Bedeutung sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden. Sie dienen der Sicherung der Qualität und insbesondere der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der Pflegepersonen. Nach dem oben genannten Bericht des GKV-Spitzenverbandes haben die Beraterinnen damit überwiegend positive Erfahrungen gemacht und diese nicht als Kontrolle wahrgenommen.

⁹¹ GKV-Spitzenverband (2018): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien).

⁹² GKV-Spitzenverband (2020a): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI.

⁹³ BMG (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse.

2.5.5 Neue Wohnformen

Nach der im Auftrag des BMG durchgeführten Studie „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen“⁹⁴ weisen Daten aus der Pflegestatistik und Auswertungen der bei den Pflegekassen gelisteten Versorgungsverträge auf einen Trend zur vermehrten Erbringung von Pflegeleistungen in Form der Kombination von Angeboten des betreuten Wohnens mit Angeboten der Tagespflege und ambulanter Pflege hin, während die Zahl der Neubauten klassischer Pflegeheime stark zurückgeht. Diese Versorgungssettings ähneln in der Mehrzahl der Fälle im Ergebnis einer vollstationären Versorgung, bedeuten aber eine für die Pflege- und Krankenversicherung deutlich teurere Kombination verschiedener ambulanter und teilstationärer Leistungen („Stapelung“ von insbesondere ambulanten Pflegesachleistungen, Entlastungsbeitrag, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Wohngruppenzuschlag nach dem SGB XI und häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V – sogenannte Stapellösung). Dies beruht vor allem auf folgenden Umständen:

- Mit der Gesetzgebung in der Pflege wurden die Leistungen im ambulanten und teilstationären Bereich in den letzten Jahren stärker ausgeweitet als im vollstationären Bereich.
- Im ambulanten Bereich wird der Aufwand für medizinische Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege durch die GKV finanziert, im vollstationären Bereich im Regelfall nicht.
- Ordnungsrechtliche Vorgaben der Länder sind im vollstationären Bereich gegenüber dem ambulanten Bereich deutlich schärfer.

Die verstärkte Nutzung alternativer ambulanter Wohnformen verursachte nach der genannten Studie bereits im Jahr 2017 geschätzte Mehrausgaben für die Sozialversicherungsträger in dreistelliger Millionenhöhe. Für die nächsten Jahre ist mit einem weiteren deutlichen Anstieg in den Milliardenbereich zu rechnen.

Mehrkosten in einem solchen Umfang wären allenfalls dann gerechtfertigt, wenn diese Wohnformen mit einer erheblichen Steigerung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen einhergehen würden. Sie wären hingegen nicht gerechtfertigt, wenn es den Anbietern primär darum ginge, die klassische vollstationäre Pflege durch sogenannte „Stapellösungen“ zu substituieren, sich in der Summe also mehr Leistungen der Sozialversicherung zu erschließen, die im Ergebnis aber einer vollstationären Pflege zumindest weitgehend entsprechen. Die oben genannte Studie kommt aber zu dem Ergebnis, dass es bislang keine gesicherten Erkenntnisse dafür gibt, dass alternative Wohnformen zu einer erheblichen Steigerung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen beitragen.

Andererseits ist die Entwicklung alternativer Wohnformen grundsätzlich zu begrüßen und entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers. So wurde zur Stärkung neuer Wohnformen im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes⁹⁵ im Jahr 2012 eine zusätzliche Leistung für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, der sogenannte Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a SGB XI, eingeführt. Auf Grundlage des § 45f SGB XI wurde zudem die Modellförderung zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen im Umfang von 10 Millionen Euro unterstützt. Die insgesamt durchaus positiven Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation dieses Modellprogramms wurden vom GKV-Spitzenverband in einem Bericht veröffentlicht.⁹⁶

Die in diesem Kontext diskutierten Antworten auf die zunehmende Differenzierung der Versorgungssettings in der Pflege, beispielsweise die sogenannte „Drei-Sektoren-Lösung“ (ambulant/neue Versorgungsformen/vollstationär) oder die sogenannte „Ein-Sektoren-Lösung“ (Aufhebung der unterschiedlichen Leistungsarten und Einführung gleicher Leistungen unabhängig vom Leistungsort), würden allerdings grundlegende

⁹⁴ SOCIUM, IPP (2018): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen.

⁹⁵ Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) vom 23. Oktober 2012, BGBl. I 2012 S. 2246.

⁹⁶ https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp; [abgerufen am 06.04.2021].

Neuausrichtungen im Vertrags- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung bedeuten und bedürfen intensiver Prüfung.

2.5.6 Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur ambulanten Behandlung der Pflegebedürftigen geschlossen. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt auch die verbesserten Vergütungsregelungen im Rahmen der Kooperation sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich beigetragen.

Seit der Einführung des Kapitels 37 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) zum 1. Juli 2016 wurden bis Dezember 2018 bundesweit insgesamt 22.096 Kooperationsverträge (März 2017: 7.888) gemäß § 119b SGB V mit 7.391 Pflegeeinrichtungen (März 2017: 3.034) abgeschlossen, ohne Berücksichtigung der Bundesländer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, für die keine Angaben vorlagen.⁹⁷ Im Vergleich zum März 2017 sind damit bis Dezember 2018 zusätzlich 14.208 Verträge abgeschlossen worden. Bundesweit liegt der Anteil der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V mit Stand Dezember 2017 bei 49 Prozent (Stand März 2017: 28 Prozent) ohne Berücksichtigung der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Hamburg, da für diese Bundesländer keine Angaben vorlagen.

Mit Stand Dezember 2018 wurden insgesamt 8.576 Genehmigungen für Kooperationsverträge nach § 119b SGB V erteilt, aus denen die Berechtigung zur Abrechnung von Kooperationsvertragsleistungen resultiert. Im Vergleich zum März 2017 stieg die Zahl der Abrechnungsgenehmigungen um 5.419. Da in fast allen Regionen weniger Abrechnungsgenehmigungen erteilt als Kooperationsverträge abgeschlossen wurden, ist davon auszugehen, dass Ärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung mehrere Kooperationsverträge abgeschlossen haben.

Eigene Gebührenordnungspositionen für zahnärztliche Leistungen, die von Zahnärztinnen und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, wurden in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) bereits zum 1. April 2014 eingeführt. Bis zum Dezember 2018 hatten Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt 4.331 Kooperationsverträge (Juni 2014: 713) abgeschlossen. Die Zahl der an den Verträgen beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte belief sich auf 2.446 (Juni 2014: 713). Damit unterhielt fast jedes dritte Pflegeheim einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, wenn davon ausgegangen wird, dass je Pflegeheim nur ein Kooperationsvertrag abgeschlossen wurde.

Stationäre Pflegeeinrichtungen verfügen regelmäßig nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für anspruchsvolle diagnostische und therapeutische Leistungen. Sofern bei der ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung umfangreicher Behandlungsbedarf festgestellt wird, sind die Pflegebedürftigen daher häufig auf die Krankenfahrt in eine ambulante Arzt- oder Zahnarzt-Praxis angewiesen. Deshalb wurde mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen PpSG das Genehmigungsverfahren für mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Seitdem gilt die Genehmigung der Krankenkasse für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Krankenfahrten für Versicherte, die im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) sind oder die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind, automatisch als erteilt. Bei Pflegegrad 3 muss zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität bestehen.

⁹⁷ Bewertungsausschuss Ärzte (2019): Evaluationsbericht Stufe II (Weiterführende Evaluation) von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 3 SGB V.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere pflegebedürftiger Menschen wurde mit dem PpSG der Anwendungsbereich der Videosprechstunde als telemedizinische Leistung deutlich ausgeweitet. Die bis dahin geltende Begrenzung dieser Leistung auf einige Krankheitsbilder entfällt. Seither liegt es im Ermessen der Ärztin oder des Arztes in Absprache mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten, wer im Rahmen einer Videosprechstunde versorgt werden kann. Auch im Rahmen der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegeheimen nach § 119b SGB V wurden Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht. Der EBM wurde mit Wirkung zum 1. April 2019 dahingehend ergänzt, dass Fallkonferenzen nunmehr auch als Videokonferenzen durchgeführt werden können. Somit wurde die Videosprechstunde insgesamt für alle Versicherten und in der häuslichen Pflege im weiten Umfang weiterentwickelt.

Auch in den BEMA wurden Gebührenordnungspositionen für Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsile sowie ein Technikzuschlag eingeführt. Diese zielen vor allem auf eine weitere Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger. Da ihre Einführung erst mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 erfolgt ist, lassen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Aussagen zur Anwendung und zu den Auswirkungen treffen.

Die Finanzierung der Schulungen und der Investitionskosten für die entsprechende Technik zur Durchführung von Videosprechstunden und Fallkonferenzen aufseiten der Pflegeeinrichtungen kann im Rahmen der unter Kapitel 2.3.4 beschriebenen Förderung gemäß § 8 Abs. 8 SGB XI erfolgen.

Durch das PpSG wurden weitere Regelungen getroffen, um die Entwicklung der Kooperationen zu beschleunigen: Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn-)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, wurde verbindlicher ausgestaltet und die bisherige „Soll-Regelung“ durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Auch diese Verpflichtung trägt dazu bei, die Entwicklung der Kooperationen verbindlicher zu gestalten und weiter voranzutreiben. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen seither eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit benennen.

2.5.7 Stärkung der Rolle der Kommunen

Nach § 8 SGB XI wirken die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen darauf hin, eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei. Der kommunalen Ebene kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Denn hinsichtlich des Wunsches pflegebedürftiger Menschen, möglichst lange im vertrauten Umfeld zu leben, sind die Kommunen gefordert, im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge für die Bürger und Bürgerinnen passgenaue und bedarfsorientierte Angebote für jede Lebenslage vorzuhalten. Um die Rolle der Kommunen vor diesem Hintergrund zu stärken, hat sich in der 18. Legislaturperiode eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit dem Thema befasst und dazu am 12. Mai 2015 Empfehlungen vorgelegt.⁹⁸ Insbesondere mit zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen PSG III wurden die Empfehlungen umgesetzt, die einer gesetzlichen Regelung im Pflegeversicherungsrecht bedurften.

Zusammenarbeit in der Beratung

Änderungen im Bereich der Pflegeberatung wie die Einführung verbindlicher Landesrahmenverträge nach § 7a Abs. 7 SGB XI und das kommunale Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten wurden im Kapitel 2.5.4 bereits dargestellt. Um die Erprobung neuer Beratungsstrukturen zu ermöglichen, wurde mit den §§ 123 bis 125 SGB XI darüber hinaus ein Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung eingeführt, das im Berichtszeitraum allerdings noch nicht zur Anwendung gekommen ist.

⁹⁸ BMG (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Außerdem wurden die Voraussetzungen für den Aufbau eines elektronischen Informationsverbunds zwischen den Beratungsstellen geschaffen, die alle wichtigen regionalen Angebote für Pflegebedürftige enthalten. Die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen wurden deshalb um die von den Ländern anerkannten regionalen Angebote zur Unterstützung im Alltag erweitert. Auch Träger weiterer nicht gewerblicher Angebote, die für Pflegebedürftige von Bedeutung sind, können Angaben zu ihren Angeboten übermitteln, zum Beispiel Selbsthilfegruppen. Die Beratungsstellen der Kommunen erhalten auf Anforderung kostenfrei die Angaben der Leistungs- und Preisvergleichsliste ebenfalls in elektronischer Form. Damit können sie eigene elektronische Portale für die Angebote in der Region erstellen. Auch weitere nicht gewerbliche Beratungsstellen können die Daten gegen Verwaltungskostenersatz erhalten. Auf diese Weise kann ein gemeinsamer Datenverbund über regionale Angebote für Pflegebedürftige zwischen den Beratungsstellen der Pflegeversicherung, der Kommunen und gegebenenfalls mit sonstigen nicht gewerblichen Beratungsstellen entstehen.

Ausbau niedrigschwelliger Angebote

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag vor Ort sollen ausgeweitet werden (weitere Informationen zu den AzUiA unter Kapitel 2.5.1). Die Beteiligung der Kommunen an der Finanzierung von Fördermaßnahmen wurde daher mit dem PSG III vereinfacht. Sie können den erforderlichen Finanzierungsanteil für Maßnahmen zum Auf- und Ausbau dieser Angebote nun auch in Form von Sach- und Personalmitteln einbringen. Die Regelungen zur Mittelausschöpfung sind zudem verbessert worden. Länder, welche die ihnen zustehenden Mittel weitestgehend ausgeschöpft haben (80 Prozent), können nicht verwendete Mittel anderer Länder in Anspruch nehmen. Zusätzlich wurden zehn Millionen Euro zur Verfügung gestellt, die zunächst vorrangig für die finanzielle Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken vorgesehen sind. Nicht verbrauchte Mittel erhöhen das Fördervolumen zum Beispiel für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Regionale Netzwerke

Die Pflegeversicherung beteiligt sich an der Finanzierung der Zusammenarbeit in der Versorgung Pflegebedürftiger vor Ort. Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen, welche die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, können kommunale Netzwerke zur Versorgung einzeln oder gemeinsam mit bis zu 20.000 Euro je Kreis bzw. kreisfreier Stadt pro Kalenderjahr unterstützen. Voraussetzung dafür ist, dass Kreise und kreisfreien Städten eine Teilnahme an dem Netzwerk ermöglicht wird. Eine finanzielle Beteiligung der Kommunen ist keine Fördervoraussetzung. Auch Selbsthilfegruppen, Organisationen und Kontaktstellen sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen soll eine Teilnahme ermöglicht werden. Mögliche weitere Beteiligte an entsprechenden kommunalen Netzwerken für die Versorgung Pflegebedürftiger sind unter anderem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Kommunen sowie Krankenkassen. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation regionaler Netzwerke im Rahmen des Projekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des BMG umgesetzt.⁹⁹ Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen hat einen Werkzeugkasten für den Aufbau kommunaler Versorgungsnetze auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Regionale Pflegeausschüsse

Bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgung sollen Länder und Kommunen zusammenarbeiten. Die Länder sind demgemäß verpflichtet, Landespflegeausschüsse zu bilden. Darüber hinaus können sie nach § 8a SGB XI sektorenübergreifende Ausschüsse und regionale Ausschüsse zur pflegerischen Versorgung einrichten. Regionale Pflegeausschüsse, an denen alle entscheidenden Akteure der Pflege vor Ort mitwirken, können dazu beitragen, regionale Unterschiede besser zu berücksichtigen und sozialraumorientierte Versorgungsstrukturen durch eine engere Zusammenarbeit zu optimieren. Die Kreise und kreisfreien Städte verfügen durch ihre Rolle als Träger der Daseinsvorsorge und kommunalen Altenhilfe über die Nähe zu den sozialräumlichen Strukturen sowie über die Kenntnis der pflegerischen Versorgungssituation vor Ort. Die Gremien können Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abgeben. Dies betrifft zum Beispiel den Abbau von Über- oder Unterversorgung oder die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sek-

⁹⁹ DZNE (2016): Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D).

toren. Durch das PSG III wurden insbesondere die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, in den regionalen Pflegeausschüssen bzw. Pflegekonferenzen mitzuwirken. Die Empfehlungen dieser Gremien sollen von den Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen, beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und beim Abschluss der Vergütungsvereinbarungen einbezogen werden.

Eine Abfrage des BMG bei den Bundesländern hat ergeben, dass bisher in sieben Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland) landesrechtliche Vorschriften zur Einsetzung regionaler Ausschüsse nach § 8a Abs. 3 SGB XI eingeführt wurden. In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland wurden in den Landkreisen und kreisfreien Städten bereits regionale Pflegeausschüsse bzw. -konferenzen eingesetzt.

2.5.8 Investitionskosten und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder

Nach § 9 SGB XI sind die Länder 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 Länder aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben (§ 9 Satz 3 SGB XI). Die Einsparungen der Länder, die auch heute noch anfallen, beliefen sich im Jahr 2019 auf nominal rund 4,7 Milliarden Euro¹⁰⁰. Die Praxis der Länder bzgl. der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen variiert stark von Land zu Land.

Mit dem PSG III wurden die Länder gemäß § 10 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, dem BMG jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen zu berichten. Die Länderberichte für das Berichtsjahr 2016 machten die Heterogenität der Datelage in den Ländern aufgrund der unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen deutlich. Deshalb gab das BMG eine Studie zur Umsetzung der einheitlichen Berichtspflicht der Länder für die Jahre 2017 und 2018 in Auftrag, deren Ergebnisse im Juni 2020 veröffentlicht wurden und hier kurz dargestellt werden.¹⁰¹ Für das Berichtsjahr 2019 hat die IGES Institut GmbH im Auftrag des BMG eine neue Abfrage bei den Ländern durchgeführt und diese mit den Ergebnissen einer (vorläufigen) Auswertung von Daten des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) ergänzt. Die Ergebnisse dieser zweiten aktualisierten Abfrage werden ebenfalls in der Folge kurz zusammengefasst.¹⁰²

In den Berichtsjahren 2017 und 2018 gab es in 13 Ländern eine Investitionskostenförderung i. S. d. § 10 Abs. 2 SGB XI; keine Förderung gab es in Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Während in den meisten Ländern eine Objektförderung umgesetzt wird, erfolgte im Berichtszeitraum in drei Ländern (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern¹⁰³) eine Subjektförderung in der vollstationären Pflege. Bei der Subjektförderung wird den Bewohnern Pflegewohngeld als einkommensabhängige Sozialleistung gewährt (in Anlehnung an die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII). Bei der Objektförderung erfolgt eine Förderung der Anschaffungs- und Herstellungskosten von Gebäuden und sonstigen Anlagengütern. Sowohl eine Objekt- als auch eine Subjektförderung reduziert die Kostenlast der Bewohnerinnen und Bewohner, wobei nur eine Objektförderung zu einer Kostenreduzierung für alle Bewohnerinnen und Bewohner führt. Daneben existiert in vier Ländern (Hamburg, 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.

¹⁰⁰ Im letzten Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung (1994) gaben die Sozialhilfeträger 9,06 Milliarden Euro für Leistungen der Hilfe zur Pflege aus. Im Jahr 2019 waren es 4,33 Milliarden Euro.

¹⁰¹ KPMG (2020): Studie zu der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen.

¹⁰² IGES (2021): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2019.

¹⁰³ In Mecklenburg-Vorpommern wurde das Pflegewohngeld bereits zum Jahreswechsel 2012/2013 abgeschafft, allerdings ein Bestandsschutz für Bewohner aufgenommen, die zu diesem Zeitpunkt die Anspruchsvoraussetzungen erfüllten.

Für das Berichtsjahr 2019 haben 13 Bundesländer insgesamt 19 Maßnahmen zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zurückgemeldet. In Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden – wie in den Jahren 2017 und 2018 – keine Maßnahmen der Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Die über alle Bundesländer hinweg dominante Förderart war die Objektförderung, die es in zehn Bundesländern gab. In vier Ländern wurden Maßnahmen der subjektbezogenen Objektförderung und in drei Ländern eine reine Subjektförderung (Pflegehohngeld) umgesetzt.

Die Höhe der Förderung lag im Jahr 2017 über alle Versorgungssektoren und Förderarten insgesamt bei 789 Millionen Euro, im Jahr 2018 bei 798 Millionen Euro und im Jahr 2019 bei 825 Millionen Euro. Mit über 580 Millionen Euro entfielen 2017 über 70 Prozent der Förderung auf die Subjektförderung (Pflegehohngeld) in der vollstationären Pflege. Die gesamte Objektförderung lag 2017 bei 202 Millionen Euro und 2018 bei 218 Millionen Euro und macht damit weniger als ein Drittel der gesamten Investitionskostenförderung aus. Im Jahr 2019 entfielen rund 589 Millionen Euro auf die Subjektförderung (71 Prozent des Gesamtförderbetrags), rund 168 Millionen Euro auf die Objektförderung (20 Prozent) und 69 Millionen Euro auf die subjektbezogene Objektförderung (8 Prozent).

Tabelle 6: Investitionskostenförderung nach Versorgungsbereichen

Versorgungsbereich	2017 in Mio. Euro	2018 in Mio. Euro	2019 in Mio. Euro
Vollstationäre Pflege (davon Subjektförderung)	588 (587)	581 (580,5)	590 (589)
ambulante Pflege	103	117	124
Kurzzeitpflege	50	50	48
teilstationäre Pflege	45	52	59
Gesamt*	789	798	825

**Die Unterschiede zwischen Gesamtbetrag und Summe der Einzelbeträge hängen einerseits mit Rundungen zusammen. Andererseits konnten nicht alle Länder eine Aufteilung nach Versorgungssektoren vornehmen, sondern nur eine Gesamtfördersumme angeben.*

Quelle: BMG (eigene Darstellung auf Grundlage der Berichte von KPMG und IGES)

Die von KPMG vorgelegte Studie zeigt, dass in den Jahren 2017 und 2018 teilstationäre Pflege in zehn, Kurzzeitpflege in neun, vollstationäre Pflege in acht und ambulante Pflege in vier Ländern gefördert wurde. Für das Jahr 2019 konnten zehn Bundesländer eine Aufteilung der gesamten Fördersumme nach Versorgungsbereichen vornehmen: Demnach wurde teilstationäre Pflege in acht, Kurzzeitpflege in sechs, vollstationäre Pflege in sieben und ambulante Pflege in drei Ländern gefördert; der überwiegende Teil der gesamten Fördersumme entfiel – insbesondere durch das Pflegehohngeld in Nordrhein-Westfalen – auf die vollstationäre Pflege (72 Prozent), während die Fördermaßnahmen in der ambulanten Pflege (15 Prozent), der teilstationären Pflege (7 Prozent) und der Kurzzeitpflege (6 Prozent) vergleichsweise geringe Anteile an der gesamten Fördersumme ausmachten. Insgesamt bleibt die Fördersumme in allen drei Berichtsjahren damit erheblich hinter den Einsparungen, die sich für die Sozialhilfeträger ergeben, zurück.

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 Abs. 3 SGB XI gesondert in Rechnung gestellt werden. Im Berichtsjahr 2019 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 9,62 Euro/Tag in Sachsen-Anhalt und 18,30 Euro/Tag in Nordrhein-Westfalen (Bundesdurchschnitt: 14,98 Euro/Tag). In der Kurzzeitpflege lag die Spannweite zwischen 5,60 Euro/Tag in Brandenburg und 17,93 Euro/Tag in Nordrhein-Westfalen (Bundesdurchschnitt: 16,13 Euro/Tag), während die durchschnittlichen in Rechnung gestellten Investitionskosten in der teilstationären Pflege durchweg deutlich geringer ausfielen: zwischen 5,22 Euro/Tag in Mecklenburg-Vorpommern und 10,40 Euro/Tag in Schleswig-Holstein (Bundesdurch-

schnitt: 8,43 Euro/Tag). Die durchschnittlichen Investitionskostensätze pro Tag waren im Berichtsjahr 2017 in fast allen Bundesländern in von privaten Trägern betriebenen Pflegeeinrichtungen am höchsten, bei kommunalen Trägern am niedrigsten.

2.6 Nationale Demenzstrategie

Ziel der Pflegepolitik der Bundesregierung war und ist es, auch die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Derzeit gibt es in Deutschland etwa 1,6 Millionen Menschen mit Demenz und die Zahl der Erkrankten und der dadurch belasteten Familien nimmt zu. Um die Betroffenen zu unterstützen, bedarf es neben der Gesetzgebung weiterer Maßnahmen. Mit der Nationalen Demenzstrategie wurde diese Herausforderung gesamtgesellschaftlich angegangen.

2.6.1 Von der Allianz für Menschen mit Demenz zur Nationalen Demenzstrategie

Um die Situation von Menschen mit Demenz in Deutschland weiter zu verbessern, hatte die Bundesregierung bereits im Jahr 2012 die „Allianz für Menschen mit Demenz“ ins Leben gerufen. In diesem Rahmen haben sich viele Akteure aktiv am Prozess beteiligt und zahlreiche eigene Projekte und Initiativen umgesetzt. Ein zentraler Baustein war das vom BMFSFJ geförderte Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ (2014 – 2018) zur Etablierung von Hilfenetzwerken aus Haupt- und Ehrenamt, in dessen Rahmen 500 lokale Netzwerke vor Ort auf- und ausgebaut wurden.¹⁰⁴

Der Umsetzungsprozess der Agenda der „Allianz für Menschen mit Demenz 2014-2018“ endete vereinbarungsgemäß mit der Veröffentlichung des Berichts am 19. September 2018.¹⁰⁵ Die im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode verankerte Weiterentwicklung der Agenda wurde durch den Beschluss der Nationalen Demenzstrategie durch das Bundeskabinett am 1. Juli 2020 umgesetzt.

Die Nationale Demenzstrategie wurde unter der gemeinsamen Federführung des BMFSFJ und des BMG und unter maßgeblicher Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Bereich der Demenzforschung entwickelt. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz hatte als Co-Vorsitz in der Steuerungsgruppe eine zentrale Rolle bei der Entwicklung inne. Vertreterinnen und Vertreter der Länder, der Kommunen, der Zivilgesellschaft, der Sozialversicherungsträger, der Trägerverbände der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Fach- und Berufsverbände sowie der Wissenschaft und Forschung haben sich aktiv an der Entwicklung der Strategie beteiligt. Sie werden eigenverantwortlich die erarbeiteten Ziele und Maßnahmen umsetzen. Dieses partizipative, partnerschaftliche Vorgehen wurde nach den positiven Erfahrungen im Rahmen der Allianz für Menschen mit Demenz für die Nationale Demenzstrategie übernommen.

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in allen Lebensbereichen kurz-, mittel- und langfristig nachhaltig zu verbessern. Dazu soll der Blick insbesondere auf die Maßnahmen gerichtet werden, die für die Alltagsgestaltung sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz vor Ort von Bedeutung sind. Weiterführende Informationen und der Text der am 1. Juli 2020 verabschiedeten Strategie können im Internet abgerufen werden.¹⁰⁶

¹⁰⁴ <https://wegweiser-demenz.de/gemeinsam-aktiv/lokale-allianzen.html/> [abgerufen am: 09.04.2021], die Netzwerke bestehen nach Ende des Berichtszeitraums überwiegend weiter und werden seit 2018 von der Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ fachlich begleitet: <https://www.bagso.de/projekte/netzwerkstelle-lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz/> [abgerufen am: 09.04.2021].

¹⁰⁵ BMFSFJ, BMG (2018): Gemeinsam für Menschen mit Demenz, Bericht zur Umsetzung der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz 2014–2018.

¹⁰⁶ BMFSFJ, BMG (2020): Nationale Demenzstrategie.

2.6.2 Handlungsfelder und Ziele

Im Januar 2019 hat die Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie mit einer Auftaktveranstaltung in Berlin begonnen. Zwischen Januar 2019 und April 2020 folgten intensive Arbeitsgruppensitzungen und Abstimmungsrunden zu den vier Handlungsfeldern der Strategie. Innerhalb der Handlungsfelder wurden 27 Ziele vereinbart, die mit insgesamt 162 Maßnahmen hinterlegt wurden. Diese Ziele und Maßnahmen stehen im Kontext aktueller Entwicklungen in der Pflege- und Gesundheitspolitik sowie der Forschung und der Wissenschaft. Die Nationale Demenzstrategie beinhaltet vier Handlungsfelder:

1) Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen: Hier wurden Maßnahmen verabredet, um ein gutes Umfeld für Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort zu schaffen. Dazu gehören zum Beispiel die Gestaltung demenzfreundlicher Sozialräume, die Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit über die Erkrankung, der Ausbau passender Wohnformen und die Förderung ehrenamtlicher und nachbarschaftlicher Hilfe.

2) Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen: Dieses Handlungsfeld enthält Maßnahmen, um pflegenden Angehörigen die nötige Beratung, Unterstützung und Entlastung zu ermöglichen. Denn die meisten Menschen mit Demenz leben in ihrem eigenen Zuhause und werden dort von ihren Familien, von Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn unterstützt und gepflegt.

3) Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln: Über die Maßnahmen dieses Handlungsfeldes soll die Pflege und medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz weiterentwickelt werden. Daher wurden Maßnahmen verabredet, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zum Beispiel in Arztpraxen, in Pflegeheimen und in Krankenhäusern weiter zu verbessern.

4) Exzellente Forschung zu Demenz fördern: Dieses Handlungsfeld zielt darauf ab, die Ursachen von Demenz aufzudecken und Zusammenhänge besser zu verstehen sowie die Potenziale für Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation zu erkennen. Dadurch können in Zukunft beispielsweise die Erkrankungen, die zu Demenz führen, eventuell vermieden, besser therapiert oder sogar geheilt werden.

Mit einer Fachveranstaltung in der Woche der Demenz im September 2020 wurde der Umsetzungsprozess der Strategie gestartet. Begleitend wird die Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie ein Monitoring durchführen. Dieses beinhaltet Abfragen zum Umsetzungsstand der Maßnahmen und die Veröffentlichung eines Berichts zum Fortschritt der Nationalen Demenzstrategie. Zudem wird ein „Netzwerk Nationale Demenzstrategie“ aufgebaut, das die weitere Zusammenarbeit der Akteure sowie die Umsetzung der Strategie fördern soll. Ziel ist es, nach dem Jahr 2026 Bilanz zu ziehen und die Nationale Demenzstrategie weiterzuentwickeln.

2.6.3 Europäische und internationale Aktivitäten

Auch auf internationaler und europäischer Ebene wirkte die Bundesregierung daran mit, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen weiter zu verbessern.

„BMG - WHO Collaborative Programme“

Das BMG stellt der WHO seit dem Jahr 2017 im „BMG – WHO Collaborative Programme“ jährlich freiwillige Mittel im Rahmen der deutschen Prioritäten in der globalen öffentlichen Gesundheit zur Verfügung. Mit den Mitteln des BMG wurde unter anderem die Entwicklung des Global Dementia Observatory (GDO) unterstützt. Das GDO ist eine Plattform für den Transfer von Daten und Wissen, die zur Unterstützung des Monitorings im Rahmen des „Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025“¹⁰⁷ aufgebaut wird. Über die Plattform können die Mitgliedstaaten Informationen über ihre Aktivitäten für Menschen mit Demenz und ihre Demenzstrategien oder -pläne bereitstellen, sodass Fortschritte begleitet werden kön-

¹⁰⁷ WHO (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.

nen.¹⁰⁸ Die deutschen Fördermittel wurden zudem dafür genutzt, um Staaten in Regionen, in denen die Teilnahme am GDO unterdurchschnittlich bleibt, zu unterstützen, das Thema Demenz strategisch anzugehen.

EU-Expertentreffen „Group of Governmental Experts on Dementia“

Als Reaktion auf die Entscheidung der Europäischen Kommission, ihre spezifischen Expertengruppen zugunsten einer umfassenderen Gruppe zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten im Gesundheitswesen aufzulösen, wurde von Alzheimer Europe, dem niederländischen Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, dem italienischen Gesundheitsministerium und der schottischen Regierung eine neue Gruppe von Expertinnen und Experten ins Leben gerufen. Ziel war es, eine Plattform zu schaffen, auf der Regierungen Wissen und Informationen zum Thema Demenz austauschen können. Die ersten Treffen der „Governmental Experts on dementia“ fanden im Dezember 2018 in Brüssel statt. Die von den Regierungen benannten Vertreterinnen und Vertreter aus ganz Europa informierten sich über Fortschritte und Entwicklungen in Bezug auf Demenzpolitik, -praxis und -forschung.

Auch Vertreterinnen und Vertreter der nationalen Gesundheitsministerien, der Europäischen Kommission (GD FTE und GD SANTE), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der WHO nahmen an den von Alzheimer Europe veranstalteten Treffen teil. Im Rahmen dieser Treffen informierten die Länder über die Entwicklungen im Bereich der Demenzpolitik, insbesondere über die jeweilige nationale Demenzstrategie oder den nationalen Demenzplan. Darüber hinaus stellten Beobachterorganisationen ihre relevanten Entwicklungen und ihre jeweiligen Arbeitsprogramme in Bezug auf den globalen Demenz-Aktionsplan der WHO vor.

2.7 Forschungs- und Modellprojekte mit Pflegebezug

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend werden Forschungs- und Modellprojekte in diesem Bereich sowohl über das federführende Bundesministerium für Gesundheit als auch die Pflegekassen, den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses, andere Bundesressorts und die Bundesländer finanziert. Um einen Eindruck davon vermitteln zu können, wie viele unterschiedliche Projekte deutschlandweit gefördert werden, wurde zur Erstellung des vorliegenden Berichts unter anderem bei allen Bundesministerien und den Bundesländern abgefragt, welche Projekte sie im Bereich der Langzeitpflege fördern, deren Projektbeginne in den Berichtszeitraum fallen. Eine Übersicht mit kurzer Beschreibung über die von Bund und Ländern geförderten Projekte findet sich in Anhang C.

2.7.1 Projekte zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger beim Bundesministerium für Gesundheit

Im Rahmen seiner Ressortforschung fördert das BMG Forschung, soweit dies der wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung dient. Ein wichtiger Teilbereich ist dabei die Förderung von Projekten zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Dazu hat das BMG im Berichtszeitraum 35 Forschungs- und Praxisprojekte mit Bezug zur ambulanten, teil- und vollstationären Langzeitpflege gefördert. Allein im Rahmen der „Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ wurden zwischen Januar 2016 und Dezember 2019 insgesamt 30 Projekte im Umfang von 12,5 Millionen Euro auf den Weg gebracht, die wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Um der Komplexität der pflegerischen Versorgung gerecht zu werden, decken die geförderten Projekte ein breites Themenspektrum ab und reichen von der Pflegeberatung, der Auslotung des Potenzials der Digitalisierung in der Pflege sowie Assistenzsystemen und Robotik bis zur sektorenübergreifenden Vernetzung/Versorgung, zur Quartiersentwicklung, zum Personal- und Qualifikationsmix, zur Pflegeausbildung und zur Rolle von pflegenden Angehörigen.

¹⁰⁸ https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/GDO_country_profiles/en/; [abgerufen am 06.04.2021].

Im Berichtszeitraum gab es klar erkennbare inhaltliche Schwerpunkte. So wurde vor allem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des PSG II wissenschaftlich intensiv begleitet. Die in Kapitel 2.2 beschriebene Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) wurde vom BMG in fünf Studien evaluiert und die Ergebnisse wurden in einem abschließenden Bericht zusammengefasst.¹⁰⁹ Hinzu kamen Studien, die sich mit der Umsetzung des sozialpolitischen Postulats „ambulante vor stationär“ beschäftigt haben. Insgesamt wurden sechs Projekte mit Bezug zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstützt.

Ein wesentliches Augenmerk lag im Berichtszeitraum auf der Fachkräftegewinnung und Sicherung sowie auf Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Hierzu zählt beispielsweise das Projekt „Asylbewerber und Flüchtlinge als Potenzialträger in Deutschland – ein Modellprojekt im Gesundheitswesen“ der Sankt Augustinus Gruppe in Neuss. Dabei wurden Flüchtlinge im Rahmen einer dreimonatigen Weiterbildung zu Alltagsbegleitern für Menschen mit Demenz (§ 45a SGB XI) qualifiziert. Ziel war es, Menschen mit Migrationshintergrund einen ersten qualifizierenden Abschluss im Gesundheitswesen zu ermöglichen und sie auf eine mögliche berufliche Weiterqualifizierung vorzubereiten. Gleichzeitig wurden mit den Maßnahmen im Projekt die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine interkulturelle Öffnung sensibilisiert. Hinzuweisen ist zudem auf das in Kapitel 2.4.5 beschriebene Projekt des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege.

In dem Projekt der Sankt Augustinus Gruppe in Neuss zeigt sich zudem ein weiterer wichtiger Baustein: Die Unterstützung von Projekten mit (starkem) Praxisbezug. Ziel ist es, eine Verzahnung von Wissenschaft und Praxis zu forcieren und neue Erkenntnisse möglichst schnell in den Pflegealltag zu implementieren. Diesen Ansatz verfolgt zum Beispiel das Projekt „SeLeP – Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim. Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase“ der Universität Augsburg. Elementarer Bestandteil des Projekts ist die Entwicklung eines forschungsbasierten und praxisorientierten Schulungs- bzw. Umsetzungskonzepts zur Verwirklichung von Würde und Selbstbestimmung in Einrichtungen der Langzeitpflege. Dieses Beispiel zeigt, dass die Förderung und die Begleitung von wissenschaftlichen Studien die unmittelbare Verbesserung der Versorgungssituation zum Ziel haben.

2.7.2 Mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekte

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsfonds fördert innovative Versorgungsmodelle und Vorhaben der Versorgungsforschung zur Weiterentwicklung der Versorgung der GKV. Er bietet die Möglichkeit, innovative Versorgungskonzepte, die über die Regelversorgung hinausgehen, zu erproben. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. In den Jahren 2016 bis 2019 wurden dafür insgesamt 1,2 Milliarden Euro aus Mitteln der GKV zur Verfügung gestellt.

In den laufenden Förderprojekten werden eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze neuer Versorgungsformen erprobt und Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt. Dabei werden auch Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen aufgegriffen. Hierunter sind ebenfalls Projekte, die sich mit Fragestellungen und Konzepten an den Schnittstellen zwischen Gesundheitsversorgung und Pflege beschäftigen. Ein Großteil der geförderten neuen Versorgungsformen beinhaltet telemedizinische Ansätze und E-Health-Lösungen zur besseren Koordination zwischen den beteiligten Einrichtungen und zur besseren Einbindung der Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen.

Auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses können Übersichten und Informationen zu bisherigen und aktuellen Förderschwerpunkten sowie geförderten Projekten eingesehen werden.¹¹⁰

¹⁰⁹ BMG (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse.

¹¹⁰ <https://innovationsfonds.g-ba.de/>; [abgerufen am 06.04.2021].

2.7.3 Projekte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Für Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung stehen nach § 8 Abs. 3 SGB XI Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung. Ziel der Förderung oder einer Auftragsvergabe ist es, insbesondere die Versorgungsmodelle, -konzepte und -strukturen für Pflegebedürftige weiterzuentwickeln, zukunftsweisende und qualitätsgesicherte Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen werden vom GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem BMG bestimmt.

Im Berichtszeitraum wurden 17 Projekte mit einem Fördervolumen von knapp 7 Millionen Euro begonnen und durchgeführt. Thematische Schwerpunkte stellen dabei die Versorgung von Menschen mit Demenz, die Steigerung ihrer Lebensqualität und die Unterstützung ihrer Angehörigen dar. Insgesamt wird ein breites Themenspektrum abgedeckt, das von der Untersuchung der für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit wichtigen Faktoren über die Evaluation bestehender Versorgungsstrukturen, zum Beispiel der Pflegeberatung, bis hin zur Untersuchung neuer Versorgungsmodelle reicht. Informationen zu den laufenden und abgeschlossenen Vorhaben können auf der Homepage des GKV-Spitzenverband abgerufen werden.¹¹¹

2.7.4 Forschungsschwerpunkte anderer Bundesministerien und der Bundesländer

Forschungs- und Modellprojekte der Bundesministerien

Vier Bundesministerien haben Projekte im Bereich der Langzeitpflege gemeldet. Das Fördervolumen aller 64 Projekte beträgt insgesamt 81 Millionen Euro.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert 48 Projekte im Bereich der Langzeitpflege. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung und Erforschung neuer Pflegetechnologien und dem Einsatz technischer Assistenzsysteme sowie der Digitalisierung in der Pflege.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Pflege hat das BMBF aufbauend auf der Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ die BMBF-Initiative „Pflegeinnovationen 2030“ initiiert. Hierbei werden in interdisziplinären Projekten die Entwicklung und der Einsatz neuer technischer und organisatorischer Lösungen untersucht. Diese sollen dazu beitragen, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität pflegebedürftiger Personen zu erhöhen und sowohl beruflich Pflegenden als auch pflegende Angehörige zu entlasten. Zur Anwendung können diese in unterschiedlichen Versorgungssettings kommen: im klinischen Umfeld, in der stationären Langzeitversorgung, in Rehabilitationskliniken, in der häuslichen Versorgung und in alternativen Wohnformen.

Ziel der BMBF-Initiative „Pflegeinnovationen 2030“ ist es, Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in diesem gesellschaftlich und forschungspolitisch wichtigen Bereich zu unterstützen und auf diese Weise dazu beizutragen, den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Pflege wirksam und nachhaltig zu begegnen. Das BMBF hat im Berichtszeitraum zwei Förderschwerpunkte veröffentlicht: (1) Wettbewerb „Zukunft der Pflege: Mensch-Technik-Interaktion für die Praxis“, aus dem das Cluster „Zukunft der Pflege“ mit einem Pflegeinnovationszentrum und vier Pflegepraxiszentren hervorgegangen ist und (2) „Robotische Systeme für die Pflege“.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) fördert über das Kompetenzzentrum Ländliche Entwicklung (BLE) im Rahmen des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung (BULE) sechs Projekte im Bereich Pflege, deren Schwerpunkt auf der Versorgung Pflegebedürftiger in ländlichen Räumen und der sektorenübergreifenden Vernetzung liegt.

¹¹¹ <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp>; [abgerufen am 06.04.2021].

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat zehn Projekte mit übergreifendem Pflegebezug gefördert. Sie richten den Fokus auf die Beratung und Entlastung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger, z. B. im Rahmen des Pflgetelefons und der „Pausentaste“ sowie des Beratungsangebots der Deutschen Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DALzG), das in Kooperation mit Migrantenselbsthilfverbänden um fremdsprachige Angebote ergänzt wurde.

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“¹¹² wurde zehn Jahre nach Einführung aktualisiert und Optimierungsbedarfe der Implementierung in der Praxis identifiziert, um die weitere Umsetzung in der Pflegepraxis zu unterstützen.

Das spezifische Thema des aggressiven Handelns unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen wurde analysiert und für die Aus- und Fortbildung in der Altenpflege aufbereitet. Zudem wurden Strategien zur Aufwertung der Pflegeberufe entwickelt.

Das Modellprojekt „Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTI*“ wurde als niedrigschwelliges Angebot für stationäre und ambulante Alten- und Pflegeeinrichtungen entwickelt. Durch die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*- und intergeschlechtlichen (LSBTIQ*) Senior*innen in der Altenhilfe verbessert.

Im Modellprojekt „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ wurde ein Qualitätssiegel für Alten- und Pflegeeinrichtungen entwickelt, die in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht Voraussetzungen schaffen, sexuelle und geschlechtliche Minderheiten zu integrieren.

Im Rahmen des Vorhabens "In jedem Alter: Häusliches Wohnen stärken, pflegende Angehörige entlasten" wurden bundesweit zwölf Projekte zur Stabilisierung des häuslichen Wohnens bei Pflegebedürftigkeit gefördert.

Die Wirkungsanalyse des Bundesmodellprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ zeigte, dass sich lokale Netzwerke mit spezifischen Angeboten nachhaltig etablieren konnten, um die Situation von Menschen mit Demenz und ihren (pflegenden) Angehörigen zu verbessern.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) hat von 2016 bis 2019 ein „Modellvorhaben zur Gewinnung von Arbeitskräften aus Vietnam zur Ausbildung in der Krankenpflege in Deutschland“ durchgeführt. Als Beitrag zur Reduzierung des Fachkräftemangels in der Pflege wurde mit dem Vorhaben erprobt, wie der deutsche Pflegesektor ausländische Beschäftigte gewinnen kann, die nach inländischen Standards ausgebildet werden. Die Evaluation hat gezeigt, dass das Projekt erfolgreich und nachhaltig im Sinne der Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige Fachkräftemigration ist. Mit den gewonnenen Erkenntnissen kann die Pflegewirtschaft selbständig eigene Kooperationen zur Gewinnung von Auszubildenden aus Vietnam eingehen. Das wird durch einen Leitfaden für Pflegeeinrichtungen unterstützt, der konkrete und praxisnahe Handlungsempfehlungen zur Gewinnung von Pflegekräften aus Drittstaaten für die Ausbildung in Deutschland enthält. Der Leitfaden wurde auch in die Arbeitsgruppe 4 der KAP als Beitrag des BMWi eingebracht.

¹¹² Die Charta wurde von 2003 bis 2005 durch den "Runden Tisch Pflege" erarbeitet. Sie ist ein allgemein verständlicher und praxisnaher Katalog, der in acht Artikeln Rechte und Ansprüche Pflegebedürftiger festhält. Dazu gehören v. a. das Recht auf Selbstbestimmung, Information und Beratung, das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aber auch das Recht auf individuelle Sterbebegleitung. Die Würde des Menschen steht dabei immer im Mittelpunkt. Die Inhalte der Charta haben zusammen mit den Handlungsempfehlungen des „Runden Tisches Pflege“ Eingang in die seitherige Gesetzgebung gefunden. Insbesondere im SGB XI wurden wesentliche Rechte Pflegebedürftiger, die in der Charta aufgeführt werden, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität operationalisiert. Zudem wurden die Pflegekassen mit der Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, beauftragt.

Forschungs- und Modellprojekte der Bundesländer

Acht Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt) haben 126 Projekte mit einer Fördersumme von insgesamt rund 92 Millionen Euro gemeldet, deren Beginne in den Berichtszeitraum fallen. In einigen Fällen umfasst die Fördersumme Mittel der Pflegekassen, des Europäischen Sozialfonds (ESF), des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) oder der beteiligten Kommunen.

Zu den Schwerpunkten gehören die sektorenübergreifende Vernetzung und pflegerische Versorgung ebenso wie die Quartiersentwicklung, Netzwerkarbeit und Versorgung in ländlichen Räumen. Einen weiteren Schwerpunkt bildet das Thema Digitalisierung. Dabei beschäftigt sich eine ganze Reihe von Projekten mit dem Einsatz von technischen Assistenzsystemen und Robotik sowie der Telemedizin und Telepflege. Im Mittelpunkt vieler Projekte steht außerdem die Unterstützung pflegender Angehöriger, die Pflegeberatung und die ehrenamtlichen Helfer. Weitere wichtige Themen sind Demenz, Qualitätssicherung, Prävention, Inklusion und Rehabilitation sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Gewinnung und Qualifizierung von Pflegekräften. In Anhang C befindet sich eine Liste der gemeldeten Projekte mit kurzer Beschreibung.

3 Ausblick

Der demografische Wandel ist nicht aufzuhalten. Er stellt für alle sozialen Sicherungssysteme und insbesondere für die soziale Pflegeversicherung eine große Herausforderung dar. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt zu. Wir brauchen mehr Menschen, die pflegebedürftige Menschen beruflich und in der Familie pflegen und betreuen. Dazu zählen Fachkräfte genauso wie qualifizierte Hilfskräfte.

Mit der Konzierten Aktion Pflege wurde daher ein breiter Prozess angestoßen, um durch vielfältige Maßnahmen auf allen Ebenen Pflegefachkräfte zurückzugewinnen, zu halten und weitere, insbesondere junge, Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. Auch die COVID-19-Pandemie hat noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig es ist, die beruflich Pflegenden zu unterstützen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter zu verbessern. Im Jahr 2021 wird über die weiteren Fortschritte in der Umsetzung der von den KAP-Partnern vereinbarten Maßnahmen berichtet.

Zur Umsetzung des in der KAP vereinbarten Strategieprozesses wurde durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ ein Expertengremium eingesetzt, das neben den beiden Ressorts und dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung insbesondere aus Pflegeberufsverbänden und Pflegekammern, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und weiteren relevanten Akteuren sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern besteht. Das Expertengremium hat im Januar 2020 seine Arbeit aufgenommen und berät u. a. zu den Themen Verordnung von Hilfsmitteln, inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege, mehr Verantwortung beim Wundmanagement und der Frage, wie Modellvorhaben zur selbständigen, das heißt eigenverantwortlichen, Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen einfacher und attraktiver gestaltet und bei erfolgreicher Durchführung zügiger in der Regelversorgung ankommen können.

Der in der KAP vereinbarte Roadmap-Prozess zur Vorbereitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege wurde im Februar 2021 veröffentlicht. Auf der Grundlage der erarbeiteten Roadmap¹¹³ legt das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ in Umsetzung des Koalitionsvertrags einen Vorschlag für eine gesetzliche Verankerung des Personalbemessungsverfahrens im SGB XI vor. Am 1. Januar 2021 sind die Kernregelungen des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)¹¹⁴ in Kraft getreten, darin wurde bereits ein erster Schritt in Richtung der Umsetzung des Personalbe-

¹¹³https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf; [abgerufen am 06.04.2021].

¹¹⁴ Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22. Dezember 2020, BGBl. I S. 3299.

messungsverfahrens verankert: Das Gesetz regelt die Finanzierung von bis zu 20.000 zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie eine Öffnung des bestehenden Förderprogramms für zusätzliche Fachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI. Die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens erfolgt im Rahmen eines Modellprogramms des GKV-Spitzenverbandes, das weitere Schritte vorbereiten soll.

Nicht nur die beruflich Pflegenden, auch die pflegenden Angehörigen brauchen Unterstützung. Etwa drei Millionen Pflegebedürftige in Privathaushalten werden von mindestens einer Pflegeperson, in der Regel Angehörigen, betreut und unterstützt. Die Hauptpflegepersonen wenden im Durchschnitt wöchentlich rund 34 Stunden für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen auf.¹¹⁵ Sie leisten damit einen bedeutsamen Anteil bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen. Im Jahr 2020 hat die Pflegeversicherung allein für das Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI, das Pflegebedürftige in der Regel an die sie versorgenden Pflegepersonen weitergeben, rund 12,7 Milliarden Euro aufgewendet. Viele Leistungen wurden in den letzten Jahren ausgebaut und flexibilisiert. Die Situation vieler Pflegebedürftiger und vieler Angehöriger wurde damit deutlich verbessert. Darüber hinausgehende Bedarfe hat die COVID-19-Pandemie verdeutlicht.

4 Zahlen, Daten, Fakten: Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung

4.1 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Tabelle 7: Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit bes. Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich¹¹⁶	-	316	545	728	901
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich¹¹⁶	-	689	1.298	1.612	1.995

¹¹⁵ Kantar Public (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen (s. Abschnitt 3.5 Pflegenden Angehörige).

¹¹⁶ Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit bes. Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Verhinderungspflege¹¹⁷ - durch nahe Angehörige¹¹⁸	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	-	474 (1,5-Fache von 316)	817,50 (1,5-Fache von 545)	1.092 (1,5-Fache von 728)	1.351,50 (1,5-Fache von 901)
- durch sonstige Personen¹¹⁹		-	1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege¹²⁰	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich¹²¹	-	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	-	689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege¹²²	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	125	125	125	125	125
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214	214	214	214	214

¹¹⁷ Während der Verhinderungspflege wird für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

¹¹⁸ Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (s. Fußnote 119) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

¹¹⁹ Der Leistungsbetrag 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. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

¹²⁰ Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

¹²¹ Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

¹²² Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 % des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch).

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit bes. Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	125	770	1.262	.775	2.005
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ¹²³	Pflegeaufwendungen in Höhe von	-	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40				
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. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt.				
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 zusammen wohnen)				
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen ¹²⁴	Je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	-	156,44 (144,13)	249,14 (229,54)	405,57 (373,67)	579,39 (533,82)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen ¹²⁵	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	-	38,94 (35,88)			
Zuschüsse zur Kranken- und	bis zu € monatlich					

¹²³ Seit dem 1. Januar 2020 heißt diese Leistung „Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderung“.

¹²⁴ Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege eines oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.

¹²⁵ Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege eines oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit bes. Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	Krankenversicherung ¹²⁶			160,94		
	Pflegeversicherung			31,67		
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	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				

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 8: Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen,	X	X
auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen berücksichtigt (Fallmanagement);	X	
frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause;	X	X
pflegende Angehörige können mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten;	X	
Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann	X	X

¹²⁶ Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 0,9 % in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Zur Stärkung der Pflege bei

	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Pflegeberatung kann auf Wunsch auch durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erfolgen, soweit diese in der Region eingerichtet sind	X	X
Übersendung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit und einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an den Versicherten	X	X
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet:		
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
- Angebote zur Unterstützung im Alltag	X	
- Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
- Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck		
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	X	X
Vergütungszuschläge durch die Krankenversicherung an Pflegeeinrichtungen (PE) für (zusätzliche) Fachkraftstellen im Zusammenhang mit dem Aufwand für medizinische Behandlungspflege (Sofortprogramm Pflege); PE mit bis zu 40 Bewohnern für eine halbe Pflegestelle, mit 41 bis 80 Bewohnern für eine Pflegestelle, mit 81 bis 120 Bewohnern für eineinhalb und mit mehr als 120 Bewohnern für zwei Pflegestellen zusätzlich		X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		X
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	X	X

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

4.2 Leistungsempfänger

4.2.1 Leistungsempfänger der SPV/PPV insgesamt

Ende des Jahres 2019 gab es in der sozialen und in der privaten Pflegeversicherung zusammen rund 4,25 Millionen Pflegebedürftige, von denen rund 3,34 Millionen ambulante Leistungen (78,6 Prozent) und rund 0,91 Millionen vollstationäre Leistungen (21,4 Prozent) erhielten. Im Vergleich zum Ende des Jahres 2015 mit 2,84 Millionen Pflegebedürftigen hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen damit um knapp 50 Prozent erhöht (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gesamtzahl der Leistungsbezieher von SPV und PPV am Jahresende

	2015	2016	2017	2018	2019
ambulant	2.035.235	2.110.921	2.719.385	3.085.197	3.338.431
stationär	807.949	826.847	831.376	834.817	913.237
Insgesamt	2.843.184	2.937.768	3.550.761	3.920.014	4.251.668

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Betrachtet man allein die SPV, stellt man fest, dass es bis Ende des Jahres 2019 eine Steigerung um rund 50 Prozent gegenüber dem Jahr 2015 mit rund 2,67 Millionen Pflegebedürftigen gab. Innerhalb der PPV belief sich die Steigerung gegenüber 2015 hingegen auf etwa 41,5 Prozent bis Ende des Jahres 2019 (vgl. Tabellen 10 und 11).

Tabelle 10: Gesamtzahl der Leistungsbezieher der SPV am Jahresende

	2015	2016	2017	2018	2019
ambulant	1.907.095	1.974.197	2.560.979	2.905.325	3.141.471
stationär	758.014	775.004	778.200	780.064	858.284
Insgesamt	2.665.109	2.749.201	3.339.179	3.685.389	3.999.755

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 11: Gesamtzahl der Leistungsbezieher der PPV am Jahresende

	2015	2016	2017	2018	2019
ambulant	128.140	136.724	158.406	179.872	196.960
stationär	49.935	51.843	53.176	54.753	54.953
Insgesamt	178.075	188.567	211.582	234.625	251.913

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Insgesamt bleibt der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in der PPV (2019: 9,2 Millionen) mit rund 2,7 Prozent nach wie vor deutlich niedriger als in der SPV (2019: 73,3 Millionen) mit etwa 5,5 Prozent (vgl. hierzu auch Tabelle 77 im Anhang B). Gegenüber dem Berichtszeitraum des 6. Pflegeberichts (bis Ende 2015: PPV 1,9 Prozent und SPV 3,7 Prozent) haben sich die Anteile der Leistungsempfänger damit in etwa um 50 Prozent erhöht.

4.2.2 Leistungsempfänger nach Pflegegraden

Einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihre Verteilung auf die Pflegegrade geben die Tabellen 13 und 15. Deutlich wird zunächst, dass der größte Anteil der Betroffenen seit dem Jahr 2017 im Pflegegrad 2 verortet ist.

Seit dem Jahr 2017 hat sich der Anteil der Leistungsempfänger in Pflegegrad 1 im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt (2017: 7,2 Prozent und 2019: 13,7 Prozent). Bei den Pflegegraden 2 bis 5 ist der Anteil unter den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung dagegen jeweils leicht gesunken.

Tabelle 12: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im ambulanten Bereich 2015 und 2016

ambulant	31.12.2015		31.12.2016	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegestufe I	1.280.569	63,2	1.346.012	64,1
Pflegestufe II	579.016	28,6	588.096	28,0
Pflegestufe III	166.180	8,2	166.037	7,9
darunter: Härtefälle	3.094	1,9	10.776	6,5
Insgesamt	2.025.765	100	2.100.145	100

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

Tabelle 13: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich seit 2017

ambulant	31.12.2017		31.12.2018		31.12.2019	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	195.654	7,2	354.105	11,5	457.451	13,7
Pflegegrad 2	1.342.775	49,4	1.459.986	47,3	1.544.254	46,3
Pflegegrad 3	750.985	27,6	832.592	27,0	898.701	26,9
Pflegegrad 4	310.975	11,4	319.735	10,4	322.701	9,7
Pflegegrad 5	118.996	4,4	118.779	3,8	115.294	3,5
Insgesamt	2.719.385	100	3.085.197	100	3.338.401	100

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

Im stationären Bereich ist der Anteil der Leistungsempfänger mit Pflegegrad 5 seit dem Jahr 2017 um rund 1,5 Prozentpunkte von 16,2 Prozent auf 14,7 Prozent gesunken. Hingegen ist der Anteil der Leistungsempfänger in Pflegegrad 3 etwas um 2,7 Prozentpunkte angewachsen. Bei den Leistungsempfängern der Pflegegrade 1, 2 und 4 gab es kaum Veränderungen.

Tabelle 14: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im stationären Bereich 2015- 2016

stationär	31.12.2015		31.12.2016	
	absolut	in %	absolut	in %
Pflegestufe I	342.015	42,3	356.438	43,1
Pflegestufe II	304.689	37,7	311.749	37,7
Pflegestufe III	160.767	19,9	158.094	19,1
darunter: Härtefälle	7.700	4,8	7.482	4,7
Insgesamt	807.949	100	826.281	100,0

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

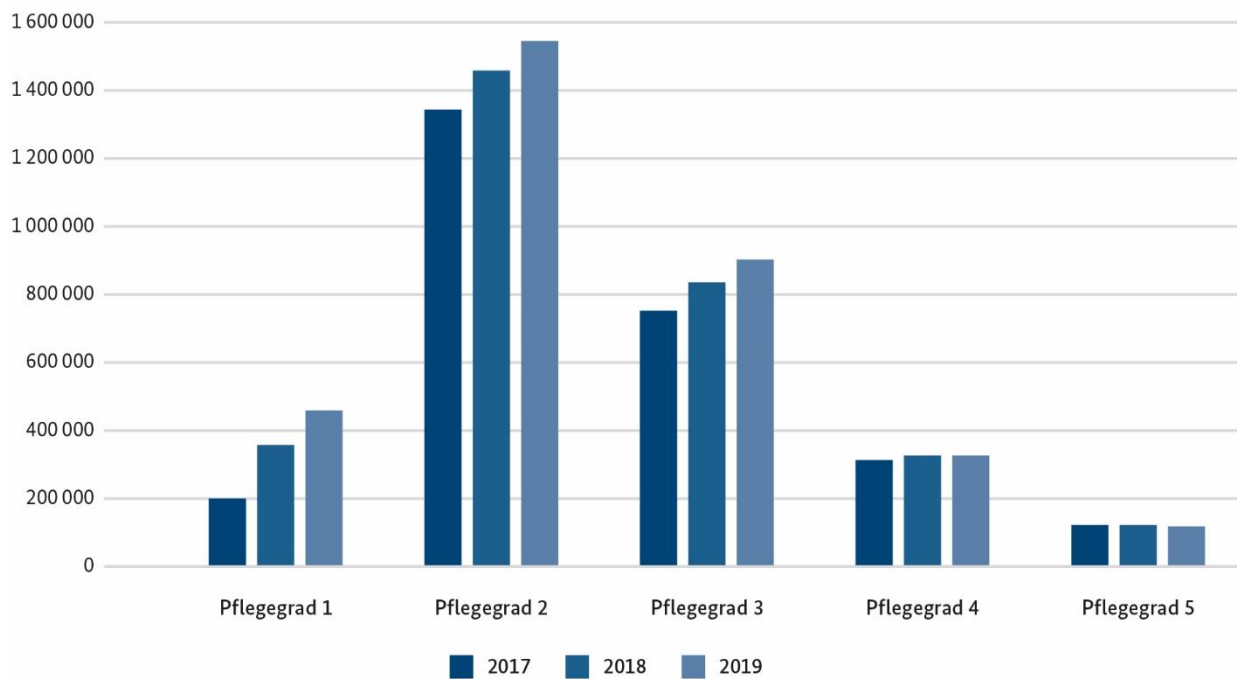
Tabelle 15: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegegraden im stationären Bereich seit 2017

stationär	31.12.2017		31.12.2018		31.12.2019	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Pflegegrad 1	4.388	0,5	5.067	0,6	5.202	0,6
Pflegegrad 2	194.499	23,4	187.260	22,4	207.785	22,8
Pflegegrad 3	256.647	30,9	272.772	32,7	307.038	33,6
Pflegegrad 4	241.448	29,0	241.665	29,0	259.127	28,4
Pflegegrad 5	134.394	16,2	128.053	15,3	134.085	14,7
Insgesamt	831.376	100	834.817	100	913.237	100

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

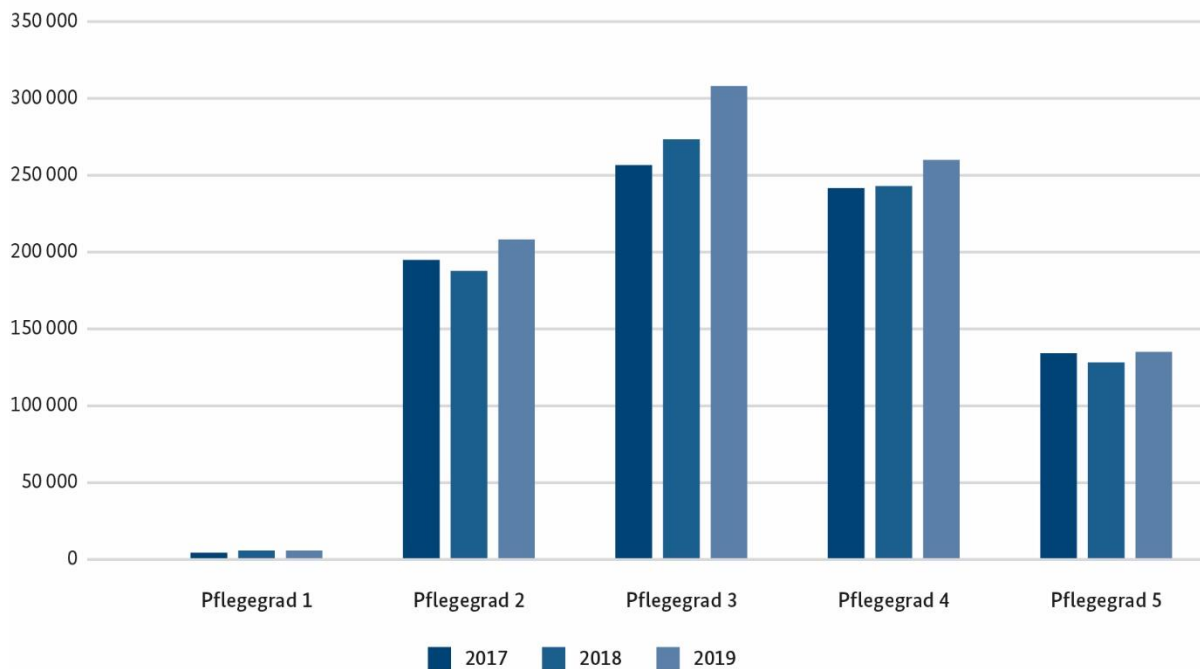
Die Abbildungen 8 und 9 zeigen den absoluten Aufwuchs der Leistungsbezieher im ambulanten und stationären Bereich über alle Pflegegrade hinweg.

Abbildung 8: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im ambulanten Bereich seit 2017



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Abbildung 9: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im stationären Bereich seit 2017



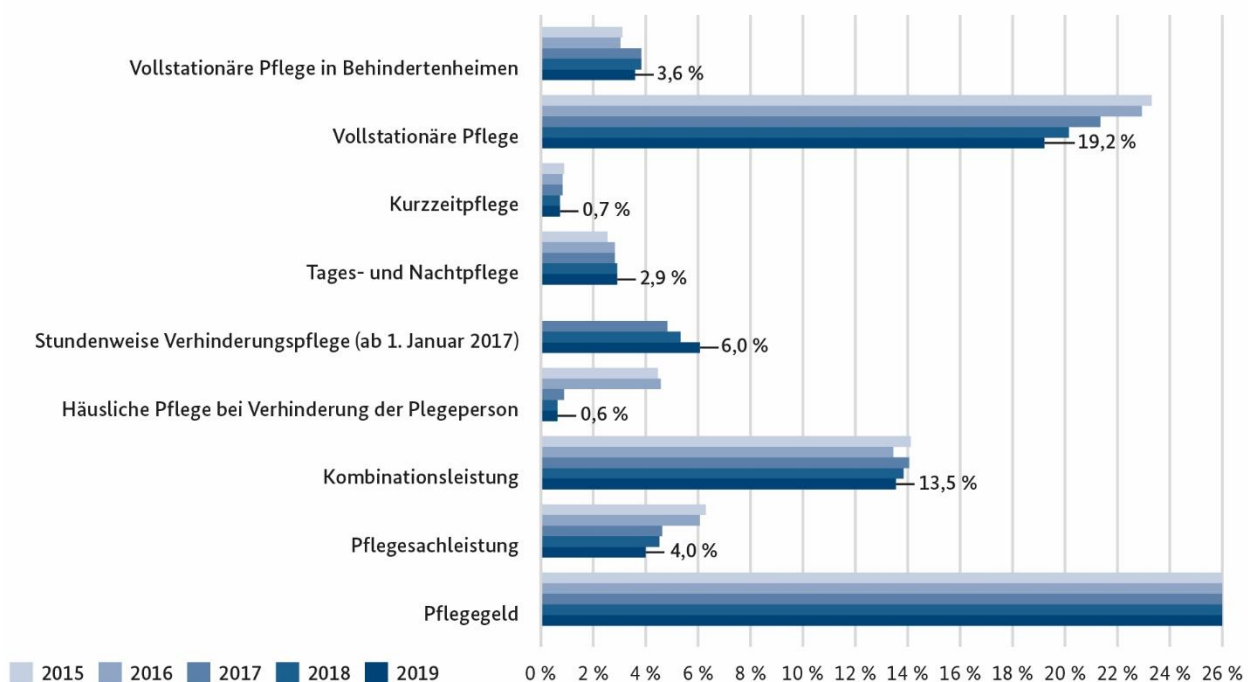
Quelle: BMG (eigene Darstellung)

4.2.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Insgesamt werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur ambulanten Versorgung deutlich häufiger in Anspruch genommen als die stationären Leistungen: 2015 belief sich der Anteil der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich auf etwa 71,6 Prozent, im Jahr 2019 belief er sich auf rund 78,5 Prozent. Die Anteilswerte für den vollstationären Bereich sind entsprechend rückläufig.

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt zeigt sich folgendes Bild: Das Pflegegeld ist weiterhin die Leistungsart, die am häufigsten in Anspruch genommen wird. 2019 bezogen 49,5 Prozent aller Leistungsempfänger Pflegegeld (rund 1,9 Millionen Pflegebedürftige). Der Anteil der Bezieher der ambulanten Pflegesachleistung ist seit 2015 weiter auf etwa 4,0 Prozent im Jahr 2019 gesunken. Der Anteil derer, die Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombinierten, belief sich im Jahr 2019 auf 13,5 Prozent. Der Anteil der Empfänger von Leistungen der vollstationären Pflege sank bis Ende 2019 auf etwa 19,2 Prozent (gegenüber 23,3 Prozent Ende 2015). Die übrigen Werte können der Abbildung 10 entnommen werden.

Abbildung 10: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt seit 2015



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

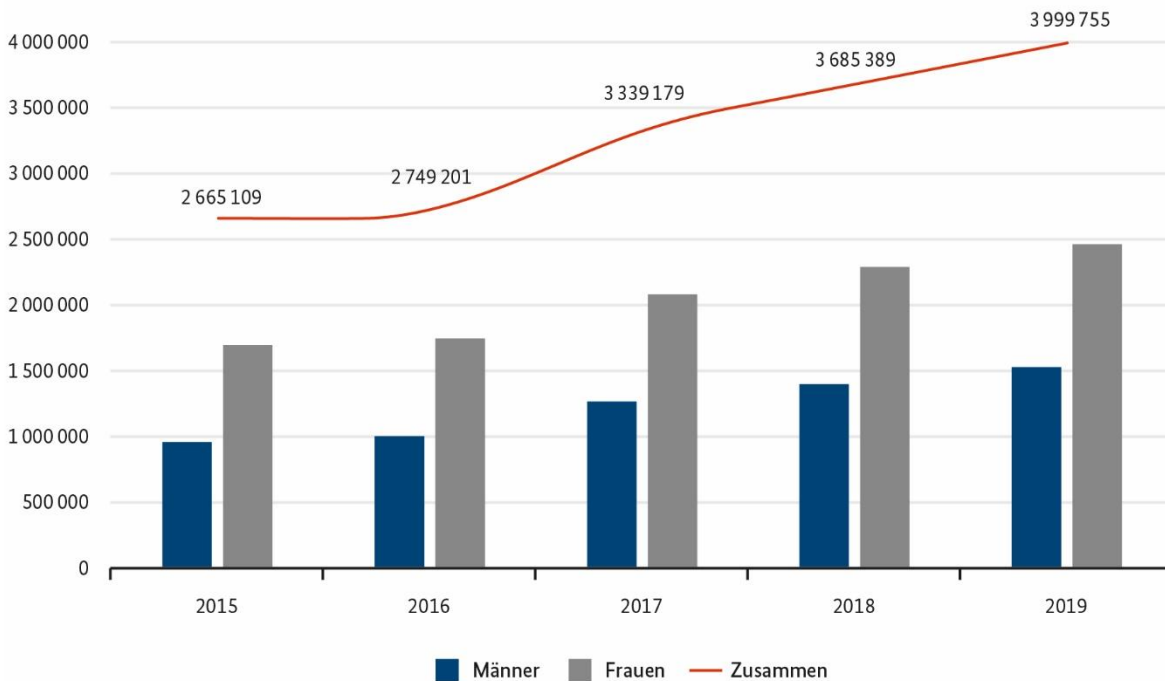
Unterschiede zwischen den Regionen, urbanen Zentren und ländlichen Räumen werden auf den interaktiven Karten des Deutschlandatlas abgebildet. Die Karten zeigen die regionale Verteilung der Anteile der Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege sowie der Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.¹²⁷

¹²⁷ https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Service/Kartensuche/kartensuche_node.html?cms_filter=UnsereGesundheitsversorgung; [abgerufen am 06.04.2021].

4.2.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

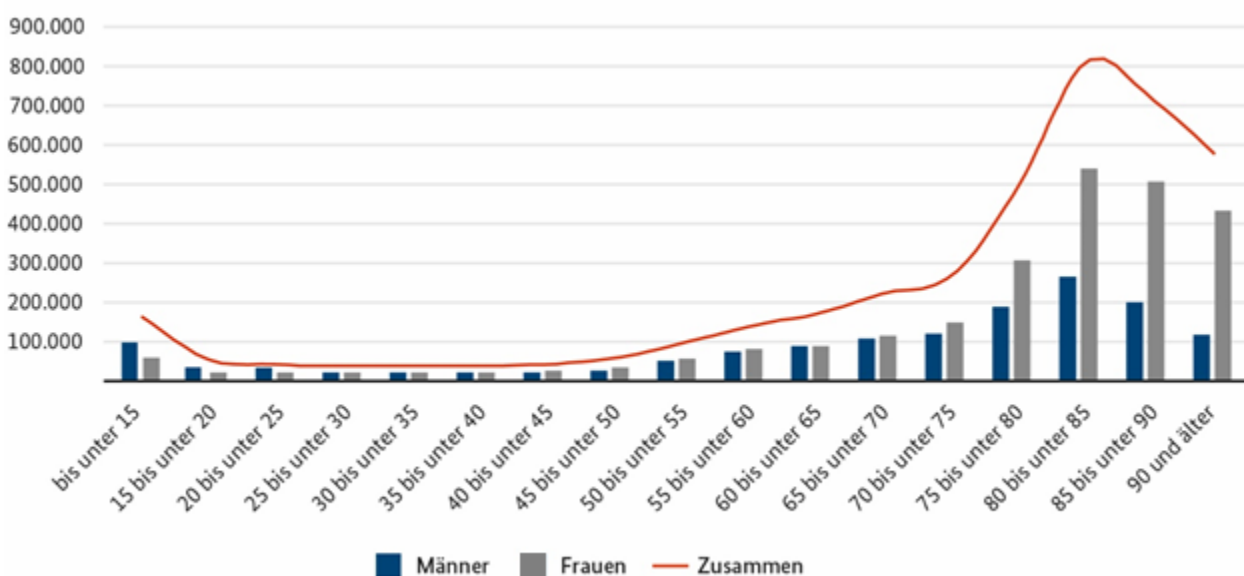
Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den hohen Altersgruppen auf. So waren Ende 2019 insgesamt rund 53,6 Prozent der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt, wobei hiervon rund 28,6 Prozent männlich und rund 71,4 Prozent weiblich waren. Während knapp 60 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen zu dieser Altersgruppe gehören, sind es bei den Männern nur knapp 39 Prozent. Unter den Pflegebedürftigen stellen aufgrund der höheren Lebenserwartung die Frauen eine Mehrheit (rund 60,6 Prozent).

Abbildung 11: Leistungsempfänger der SPV nach Geschlecht am Jahresende 2015-2019



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Abbildung 12: Entwicklung der Leistungsempfänger SPV nach Alter und Geschlecht 2019 (ohne Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)



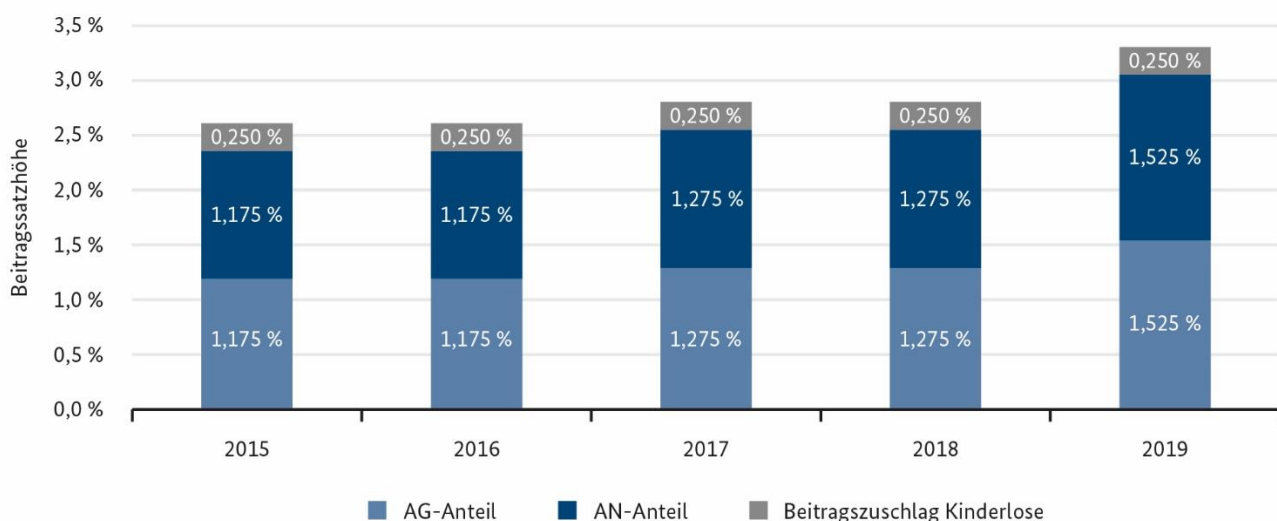
Quelle: BMG (eigene Darstellung)

4.3 Finanzielle Entwicklung

4.3.1 Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV

Die Mittel für die soziale Pflegeversicherung werden durch Beiträge gedeckt. Der Beitragssatz beträgt seit dem 1. Januar 2019 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Hinzu kommt ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Mitglieder. 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 Arbeitslosengeld II (ALG II) beziehen. Die Entwicklung des Beitragssatzes in den Jahren 2015 bis 2019 wird in Abbildung 13 dargestellt.

Abbildung 13: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung 2015-2019



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 2019 monatlich 4.537,50 Euro und im Gesamtjahr entsprechend 54.450 Euro.

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung steigen sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben regelmäßig an. Im Jahr 2019 nahm die soziale Pflegeversicherung rund 47,2 Milliarden Euro ein und gab rund 44 Milliarden Euro aus, davon rund 40,7 Milliarden Euro für Leistungsausgaben (vgl. Tabelle 16 und Tabelle 79 im Anhang B). Wie Tabelle 16 zeigt, kam es in den Jahren 2017 und 2018 in der Pflegeversicherung aufgrund der mit dem PSG II eingeführten erheblichen Leistungsausweitungen zu deutlichen Defiziten, die im Jahr 2019 eine Beitragssatzerhöhung erforderlich machten. Am Ende des Berichtszeitraums war daher wieder ein Überschuss zu verzeichnen.

Seit dem Jahr 2015 fließen aus den Beitragseinnahmen jährlich Mittel im Umfang von 0,1 Beitragssatzpunkten, was im Jahr 2019 etwa 1,5 Milliarden Euro entsprach, in den mit dem Inkrafttreten des PSG I eingerichteten Pflegevorsorgefonds. Der Kapitalstock des Pflegevorsorgefonds betrug Ende des Jahres 2019 inklusive Verzinsung rund 7,2 Milliarden Euro. Der Fonds soll künftige Beitragssteigerungen abfedern und die Finanzierung der Pflege nachhaltig sichern. 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.

Tabelle 16: Jahresergebnis* der sozialen Pflegeversicherung

Jahr	Einnahmen gesamt (in Mrd. Euro)	Ausgaben ge- samt** (in Mrd. Euro)	Finanzierungs- saldo (in Mrd. Euro)	Liquide Mit- tel am Jah- resende (in Mrd.)	Betriebsmit- tel- und Rück- lagesoll (in Mrd. Euro)	Mittelbe- stand Pflege- vorsorge- fonds (in Mrd. Euro)
2015	30,7	29,0	+1,7	8,3	3,5	1,1
2016	32,1	31,0	+1,1	9,4	3,7	2,4
2017	36,1	38,6	-2,5	6,9	4,8	3,8
2018	37,7	41,3	-3,6	3,3	3,3***	5,2
2019	47,2	44,0	+3,2	6,5	5,3	7,2

*ohne Rechnungsabgrenzung, gerundet auf eine Nachkommastelle, ggf. Rundungsdifferenzen möglich

**einschließlich Verwaltungskosten

***Absenkung des Betriebsmittelsolls von 1,0 Monatsausgaben auf 0,5 Monatsausgaben

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

Während die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich im Jahr 2011 noch etwa gleich hoch waren, lagen die Ausgaben für ambulante Leistungen im Jahr 2019 bereits bei 25,8 Milliarden Euro und waren damit um knapp 10 Milliarden Euro höher als die Leistungsausgaben im stationären Bereich (vgl. Tabelle 17 und 18). Die stationären Leistungsausgaben bleiben seit dem Jahr 2017 nahezu konstant bei knapp unter 15 Millionen 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 ihre einzelne Entwicklung wird in tabellarischer Form im Anhang dieses Pflegeberichts dargestellt (vgl. Tabellen im Anhang B).

Tabelle 17: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung

Jahr	ambulant (in Mrd. Euro)	Anteil (in %)	stationär (in Mrd. Euro)	Anteil (in %)	insgesamt (in Mrd. Euro)
2015	14,6	54,9	12,0	45,1	26,6
2016	15,9	56,2	12,4	43,8	28,3
2017	20,8	58,6	14,7	41,4	35,5
2018	23,5	61,4	14,8	38,6	38,3
2019	25,8	63,4	14,9	36,6	40,7

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

Tabelle 18: Entwicklung der Leistungsbezieher, Einnahmen und Ausgaben der SPV 2015-2019

Jahr	Leistungsbe- zieher	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)	Einnahmen (in Mrd. Euro)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)	Ausgaben (in Mrd. Euro)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)
2015	2.665.109	3,7	30,7	18,4	29,0	13,9
2016	2.749.201	3,2	32,0	4,4	31,0	6,9
2017	3.339.179	21,5	36,1	12,7	38,5	24,3
2018	3.685.389	10,4	37,7	4,5	41,3	7,1
2019	3.999.755	8,5	47,2	25,2	44,0	6,5

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Werte gerundet, Rundungsdifferenzen möglich

4.3.2 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 Pflegeversicherung berechtigt ist. Schließlich unterliegt auch die Prämienhöhe in der Regel einer gesetzlichen Höchstgrenze, die im Jahr 2019 bei 138,40 Euro lag. Die entsprechenden Vorgaben finden sich in § 110 SGB XI.

Die Beitragseinnahmen der PPV stiegen im Berichtszeitraum um 46,3 Prozent an. Dem stand allerdings eine deutliche Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger um 41,4 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 62,7 Prozent) geführt und teilweise deutlich höhere Beiträge notwendig gemacht.

Tabelle 19: Leistungsbezieher, Einnahmen durch die Versichertenprämien und Leistungsausgaben der PPV 2015-2019

Jahr	Leistungsbezieher	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Einnahmen (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in %)
2015	178.075		2.196,10		0,9678	
2016	188.567	+5,9	2.165,10	-1,4	1,0496	+8,5
2017	211.582	+12,2	2.594,50	+19,8	1,2861	+22,5
2018	234.625	+10,9	2.557,70	-1,4	1,4397	+11,9
2019	251.883	+7,4	3.212,85	+25,6	1,5746	+9,4

Quelle: PKV-Verband

4.4 Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und MEDICPROOF

Zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragen die Pflegekassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. die die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen den Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen (MEDICPROOF) mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt.

Zu berücksichtigen ist, dass alle Begutachtungen, denen eine Antragstellung im Jahr 2016 zugrunde lag, noch mit dem alten Begutachtungsinstrument durchgeführt wurden. Bei Anträgen auf Pflegeleistungen, die ab 2017 gestellt wurden, kam das neue Begutachtungsinstrument zum Einsatz. Die bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (BRi), die den Begutachtungen zugrunde liegen, wurden entsprechend zum 1. Januar 2017 angepasst.¹²⁶

Die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehende deutliche Anstieg des Antragsaufkommens haben bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und bei MEDICPROOF zu erheblichen Personalaufstockungen geführt. Betrachtet man die Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter, stellt man fest, dass sich bei den MDK ein Stellenzuwachs von 792 Vollzeitstellen von ehemals

¹²⁶ GKV-Spitzenverband (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches.

2.556 Vollzeitstellen im Jahr 2016 auf 3.449 im Jahr 2019 zeigt. Die weit überwiegende Mehrheit der Gutachterinnen und Gutachter bei den MDK sind Pflegefachkräfte.

Für die nachfolgende Darstellung der Entwicklung des Begutachtungsaufkommens im Berichtszeitraum wurde auf die dem BMG übermittelten Daten des GKV-Spitzenverbands und des MDS sowie auf die Daten von MEDICPROOF zurückgegriffen.¹²⁷

4.4.1 Begutachtung durch die Medizinischen Dienste

Begutachtungsaufkommen

Die Zahl der Begutachtungsverfahren ist bei den MDK von 1,66 Millionen im Jahr 2016 auf 2,11 Millionen im Jahr 2019 gestiegen (vgl. Tabelle 20). Dieser deutliche Anstieg des Begutachtungsaufkommens ist insbesondere auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen. Rund 1,8 Millionen der von den MDK durchgeführten Begutachtungen entfielen im Jahr 2019 auf den ambulanten, rund 287.000 auf den stationären Sektor (vgl. Tabelle 20). Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Begutachtungen im Berichtszeitraum deutlich angestiegen, im stationären Bereich hingegen leicht rückläufig. Die Zahl der Begutachtungen von Kindern ist von rund 40.000 zu Beginn des Betrachtungszeitraums auf rund 62.000 im Jahr 2019 angewachsen. Die Zahl der Begutachtungen bei Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ist im Jahr 2017 aufgrund der Zunahme an Leistungsanträgen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kurzfristig deutlich angestiegen, um danach wieder stark zurückzugehen.

Tabelle 20: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten (nach G1.1 und G1.2 bzw. Ziffer 6.1.1 und 6.1.2 der BRi), differenziert nach Art der beantragten Leistungen 2016-2019

Antrag auf ...	2016	2017	2018	2019
... Leistungen ambulant	1.335.207	1.545.350	1.697.878	1.816.227
... Leistungen vollstationär	306.633	288.490	291.623	287.041
... Leistungen nach § 43a SGB XI*	27.108	52.273	12.591	13.079
Gesamtzahl	1.668.948	1.886.113	2.002.092	2.116.347
davon Erwachsene	1.628.908	1.847.572	1.953.745	2.053.763
davon Kinder	40.040	38.541	48.347	62.584

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

MDK-Begutachtungen werden nach ihrem Durchführungsanlass in Erst-, Höherstufungs-, Rückstufungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten differenziert. Insgesamt entfällt das Gros aller Regelbegutachtungen auf erstmals gestellte Anträge von Versicherten (Erstbegutachtungen). Unmittelbar nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 war mit 1,16 Millionen (von insgesamt 1,88 Millionen Regelbegutachtungen) die höchste Anzahl an Erstbegutachtungen zu verzeichnen. Der Zuwachs von 2016 auf 2017 entsprach 29 Prozent (vgl. Anhang B, Tabelle 80). In den beiden Folgejahren sank die Zahl der Erstbegutachtungen auf rund 1,05 Millionen (von insgesamt 2,11 Millionen Regelbegutachtungen). Somit entfiel im Jahr 2019 die Hälfte aller Begutachtungsfälle auf Erstbegutachtungen. Eine gegensätzliche Entwicklung zeigte sich bei den Höherstufungsgutachten. Hier kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg von ursprünglich rund 567.000 Höherstufungsgutachten im Jahr 2016 auf über 863.000 Höherstufungen im Jahr 2019, was einer Zunahme von 52 Prozent entspricht. Nach Häufigkeit betrachtet folgen an dritter Stelle die Widerspruchsgutachten vor den Wiederholungsgutachten (vgl. Anhang B, Tabelle 80). Daraus lässt sich ein verändertes Verhalten bei bereits als pflegebedürftig anerkannten Personen beobachten. Höherstufungsanträge werden wesentlich häufiger gestellt als vor der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens. Dies wird

¹²⁷ Auf Grundlage der gelieferten Daten wurden für die Auswertung und Darstellung der Daten teilweise eigene Berechnungen durchgeführt.

u. a. darauf zurückgeführt, dass die fünf Pflegegrade wegen ihrer – im Vergleich zu den früheren drei Pflegestufen – geringeren Abstände zueinander häufiger einen Übergang in eine höhere Leistungsberechtigung zulassen.¹²⁸

Im ambulanten Sektor entfiel der größte Teil an Begutachtungen auf Erstgutachten gefolgt von Höherstufungsgutachten. Im stationären Sektor ist ein gegenläufiger Trend zu beobachten. Dort führten die MDK in der Mehrzahl der Fälle Begutachtungen in Form von Höherstufungsgutachten durch, Erstgutachten folgten erst auf Rang zwei (vgl. Anhang B, Tabelle 80). Im betrachteten Zeitraum gab es bei den Anträgen auf Leistungen nach § 43a SGB XI ebenfalls einen deutlichen Rückgang an Erstbegutachtungen. Ihr Anteil an allen Regelbegutachtungen sank von 80 auf 47 Prozent. Gleichzeitig stieg der Anteil an Höherstufungsgutachten von 13 auf 44 Prozent (vgl. Anhang B, Tabelle 80).

Ablauf der Begutachtungen

Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person; Begutachtungen nach Aktenlage sollen die Ausnahme sein (§ 18 Abs. 2 SGB XI). Demnach werden die Begutachtungen bei der Mehrzahl der Fälle in der Häuslichkeit des Antragstellers durchgeführt. Lediglich wenn eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich nicht möglich ist oder den Antragstellerinnen und Antragstellern nicht zugemutet werden kann, erfolgt die Begutachtung nach Aktenlage.¹²⁹ Weiterhin ist eine Begutachtung aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen in Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist möglich. Dabei muss der Hausbesuch jedoch zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Bei den Begutachtungsverfahren mit verkürzter Begutachtungsfrist geht es um die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit im konkreten Fall vorliegt und ob mindestens Pflegegrad 2 erreicht wird.¹³⁰ Im Berichtszeitraum lag der Anteil der persönlichen Begutachtungen im ambulanten Sektor zwischen 89 und 91 Prozent und der Anteil an Begutachtungen nach Aktenlage zwischen 9 und 11 Prozent (vgl. Anhang B, Tabelle 81). Im stationären Bereich sank die Anzahl an persönlichen Begutachtungen im Berichtszeitraum um 7 Prozent von 83 auf 76 Prozent, der Anteil der Begutachtungen nach Aktenlage stieg von 17 Prozent im Jahr 2016 auf 24 Prozent im Jahr 2019.

Begutachtungsergebnisse bei Erstbegutachtungen

Bis teilweise in das Jahr 2017 wurden Begutachtungen unter Anwendung des alten Begutachtungsinstruments durchgeführt; für dessen Anwendung maßgebend war der Zeitpunkt der Antragstellung des Versicherten. Die Zahl der Regelbegutachtungen nach altem Recht belief sich im Jahr 2016 auf rund 882.000 und rund 142.000 Begutachtungen im darauffolgenden Jahr (vgl. Anhang B, Tabelle 82). Dabei wurde jeweils auch die Einschränkung der Alltagskompetenz in „erheblichem“ oder „erhöhtem Maße“ gemäß § 45a SGB XI a. F. geprüft und ggf. festgestellt. In beiden Jahren lag bei den insgesamt rund 1 Million Erstbegutachtungen in 31 Prozent (rund 320.000) der Fälle keine Pflegebedürftigkeit und in 9 Prozent (96.000) ein Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I vor. Bei rund 7 Prozent dieser Versicherten wurde eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt (vgl. Anhang B, Tabelle 82). Der mit 45 Prozent weitaus größte Anteil der begutachteten Personen (rund 459.000) entfiel auf die Pflegestufe I, 11 Prozent (rund 117.000) entfielen auf die Pflegestufe II. Insgesamt wurde in den Jahren 2016 und 2017 bei etwa 19 Prozent der Erstantragstellerinnen und -antragstellern eine erhebliche Einschränkung ihrer Alltagskompetenz festgestellt.

Tabelle 21 zeigt einen Überblick über die Einstufungsempfehlungen der MDK bei Regelbegutachtungen und die Zuordnung zu Pflegegraden nach den neuen Begutachtungs-Richtlinien. Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Versicherten im ambulanten Sektor, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, in den Jahren 2017 bis 2019 in geringem Umfang gesunken ist. Die größte Gruppe im ambulanten Bereich entfiel auf die Pflege-

¹²⁸ BMG (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse.

¹²⁹ GKV-Spitzenverband (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches.

¹³⁰ Ebd.

grade 1 (über 24 Prozent) und 2 (über 36 Prozent). Die Anteile der Versicherten in Pflegegrad 4 (4 Prozent) und Pflegegrad 5 (1 Prozent) blieben konstant niedrig.

Ein anderes Verhältnis zeigte sich im stationären Sektor. Hier entfiel der größte Anteil der Begutachteten auf die Pflegegrade 2 (rd. 27 Prozent) und 3 (rd. 30 Prozent). Der Anteil der Personen in Pflegegrad 4 stieg in dieser Zeit von 18 Prozent auf 21 Prozent und in Pflegegrad 5 von 9 Prozent auf 11 Prozent.

Die getrennte Betrachtung von Kindern und Erwachsenen macht eine unterschiedliche Verteilung bei den Pflegegraden sichtbar. So wurde die überwiegende Mehrheit der Kinder den Pflegegraden 2 (mit 40 Prozent) und 3 (mit 29 Prozent) sowie Erwachsene den Pflegegraden 2 (mit 37 Prozent) und 1 (mit 24 Prozent) zugeteilt.

Tabelle 21: Anteil der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade nach den neuen BRi 2017-2019

Jahr/ beantragte Leistungs- art	Durchgeführte Regel- Begutachtungen	davon					
		nicht pflege- bedürf- tig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
ambulant		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2017	915.510	18,6	24,9	36,2	14,8	4,2	1,2
2018	1.010.856	16,4	24,4	38,3	15,4	4,2	1,4
2019	994.974	17,1	26,1	37,5	14,2	3,8	1,3
stationär		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2017	66.406	5,9	9,5	28,1	29,8	17,8	8,8
2018	65.416	2,8	5,5	26,7	33,3	20,7	11,0
2019	53.563	2,7	5,3	27,2	33,3	20,7	10,8
Erwachsene (ambulant + stationär)		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2017	958.123	18,0	24,1	35,6	15,5	5,1	1,8
2018	1.043.686	15,8	23,5	37,5	16,1	5,2	2,0
2019	1.012.733	16,6	25,4	36,9	14,7	4,6	1,8
Kinder (ambulant + stationär)		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2017	23.793	9,4	14,9	38,9	29,3	6,3	1,2
2018	32.586	9,9	14,2	39,7	28,9	5,9	1,3
2019	35.804	9,7	14,6	39,8	28,9	5,9	1,1

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS (eigene Berechnungen)

In der Gesamtschau der Erstbegutachtungen, die nach alter und neuer BRi durchgeführt wurden, zeigt sich in den beiden Jahren¹³¹ 2016 und 2017 ein Anstieg von 882.000 Begutachtungen auf über 1,12 Millionen Begutachtungen, was einer Steigerung von 27 Prozent entspricht (vgl. Tabelle 21 und Tabelle 82 in Anhang B). In den Jahren 2018 (1,07 Millionen) und 2019 (1,04 Millionen) kommt es zu einem leichten Rückgang bei den Erstbegutachtungen, jedoch lag die Gesamtzahl weiterhin auf einem konstant hohen Niveau von über 1 Million Begutachtungen (vgl. Tabelle 21).

¹³¹ Tabelle 82 in Anhang B enthält für die Jahre 2016 und 2017 die Zahlen zu Pflegestufenempfehlungen und festgestellter Einschränkung der Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen, die nach alter BRi durchgeführt wurden.

Fristen im Begutachtungsverfahren

Gemäß § 18 Abs. 3 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 § 18 Abs. 3 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 (§ 18 Abs. 3b SGB XI). Im Berichtszeitraum wurde die 25-Arbeitstage-Frist wegen eines erhöhten Begutachtungsaufkommens aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments vom Gesetzgeber für die Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 auf Fälle mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf beschränkt. Die Sanktionsregelung im Falle der Nichteinhaltung der Fristen wurde für diesen Zeitraum ebenfalls ausgesetzt. Die nachfolgende Tabelle 22 zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der unterschiedlichen Fristfälle für den Berichtszeitraum.

Tabelle 22: Anzahl der Anträge, differenziert nach gesetzlicher Frist vom Zeitpunkt der (formlosen) Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheiderteilung durch die Pflegekassen 2016-2019

Gesetzliche Frist	2016	2017	2018	2019
25 Arbeitstage (Bearbeitungsfrist der Pflegekasse) (§ 18 Abs. 3 S. 2 SGB XI)	1.249.780	unbeachtlich (wegen Sonderregelung für die Zeit vom 01.11.2016 bis 31.12.2017, siehe Zeile 4)	1.742.427	1.858.319
2 Wochen (Begutachtungsfrist) (§ 18 Abs. 3 S. 5 SGB XI)	1.222	3.592	3.432	3.113
1 Woche (Begutachtungsfrist, z. B. bei Aufenthalt im Krankenhaus zur Sicherstellung der Weiterver- sorgung) (§ 18 Abs. 3 S. 3 und 4 SGB XI)	103.891	76.666	12.1018	89.584
Sonderregelung für die Zeit vom 01.11.2016 bis 31.12.2017				
a) 25 Arbeitstage in Fällen mit besonderem Dringlichkeitsbedarf (§ 18 Abs. 2b S. 2 und 3, 142 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB XI in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung)	34.111	154.989	-	-
b) Fälle ohne gesetzliche Frist zur Bearbei- tung bzw. Begutachtung (§ 18 Abs. 2b S. 1, 142 Abs. 2 S. 1 SGB XI in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung)	233.583	1.485.723	-	-
Anträge insgesamt	1.622.587	1.720.970	1.866.877	1.951.016

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 23 informiert über die Erledigungsdauer von Regelbegutachtungen durch den MDK, auch für diejenigen Fälle, in denen der MDK Verzögerungen, die möglicherweise zu Fristüberschreitungen geführt haben, nicht zu verantworten hatte, weil sich die antragstellende Person beispielsweise zum Zeitpunkt der Begutachtung im Krankenhaus aufhielt. Die durchschnittliche Erledigungsdauer für Regelbegutachtungen lag bei 12,9 Arbeitstagen zu Beginn des Berichtszeitraums und stieg auf 15,2 Arbeitstage bis zum Jahr 2019 an.

Tabelle 23: Erledigungsdauer für Begutachtungen mit einer Laufzeit von 25 Arbeitstagen* 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI	1.098.618	134.641	1.410.103	1.497.872
davon Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren gemäß BRi	846.218	102.568	1.104.444	1.181.668
Bis 15 Arbeitstage	638.271	64.805	604.188	558.444
Über 15 bis 20 Arbeitstage	198.152	27.131	432.737	525.266
Über 20 bis 25 Arbeitstage	8.888	5.211	43.187	65.430
Über 25 bis 30 Arbeitstage	557	2.220	9.966	21.439
Über 30 bis 40 Arbeitstage	349	3.025	7.399	7.524
Über 40 Arbeitstage	-	173	6.967	3.565
Durchschnittliche Laufzeit (in Arbeitstagen)	12,9	14,6	14,4	15,2

*Durch die Aussetzung der Fristen vom 01.11.2016 bis 31.12.2017 musste auf eine Sondererhebung der Medizinischen Dienste (Quartalsstatistik Pflege) zurückgegriffen werden. Die Fallzahlen können durch die quartalsweise Erhebung von den Fallzahlen der Begutachtungsstatistik leicht abweichen.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Ausgehend von den durchgeführten Regelbegutachtungen und den Begutachtungen, bei denen die verkürzten Fristen zur Anwendung kamen, gab es bei fast 259.000 Begutachtungen im Jahr 2016 Verzögerungen im Verfahren, die der MDK nicht zu verantworten hatte; im Jahr 2019 traf dies in rund 317.000 Fällen zu (vgl. Anhang B, Tabelle 85). In 41 Prozent der genannten Fälle wurde der Termin von der antragstellenden Person abgesagt, über 32 bzw. 28 Prozent der Personen befanden sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, 17 bzw. mehr als 18 Prozent der Antragstellerinnen und Antragsteller waren in der Zwischenzeit verstorben und in jeweils über 6 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 der Tabelle 24 aufgeführten Beträge.

Tabelle 24: Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Fristen (§ 18 Abs. 3b SGB XI) 2016-2019

Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen 2016-2019				
	2016	2017	2018	2019
Zusatzzahlungen in Euro	2.495.355	1.005.929	13.218.655	12.643.988

Quelle: GKV-Spitzenverband

Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis

Die Zahl der Widerspruchsgutachten ist im Betrachtungszeitraum angestiegen. Der Anstieg fand dabei im ambulanten Bereich statt; im stationären Bereich war die Zahl sogar rückläufig. Während im Jahr 2016 noch rund 15.000 Versicherte dem Ergebnis der Begutachtung im stationären Sektor widersprachen, waren es im Jahr 2019 nur noch rund 10.000 Versicherte. Bei den ambulanten Begutachtungen stieg die Zahl der Widersprüche hingegen von rund 100.000 auf rund 123.000 an (vgl. Anhang B, Tabelle 86). Der Anstieg dürfte schlicht das Resultat des insgesamt im Berichtszeitraum angestiegenen Begutachtungsaufkommens sein, denn die Widerspruchsquote ist über die berichteten Jahre hinweg im ambulanten Bereich bei ungefähr 7 Prozent konstant geblieben und lag im stationären Bereich zwischen 4,8 und zuletzt 3,6 Prozent.

2019 wurde bei 53 Prozent (rund 68.000) der Erwachsenen, bei denen ein Widerspruchsgutachten durchgeführt wurde, aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs ein anderer Pflegegrad festgestellt; bei einem Viertel (rund 32.000) der Widerspruchsgutachten wurde das Ergebnis des Vorgut-

achtens bestätigt (vgl. Anhang B, Tabelle 86). Bei rund einem Fünftel der Erwachsenen (28.000) bestanden zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfohlenen Pflegegrad.

Bei Kindern wurde in 54 Prozent der Widerspruchsgutachten (2.638) aufgrund der Veränderung des Hilfebedarfs ein anderer Pflegegrad empfohlen und bei einem Drittel (1.628) der Widerspruchsgutachten das Ergebnis der vorherigen Begutachtung bestätigt (vgl. Anhang B, Tabelle 86).

Empfehlungen zu Heilmitteln, Hilfsmitteln und zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekassen sind gemäß § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI seit dem Jahr 2013 dazu verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen des MDK oder der Gutachter zur medizinischen Rehabilitation Bericht zu erstatten. Der Bericht enthält ebenfalls Angaben zur Einwilligung der Versicherten zur Weiterleitung einer positiven Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger. Soweit der oder die Versicherte eingewilligt hat, gilt diese Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 Neuntes Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Die Gutachter der MDK müssen im Rahmen der Begutachtung auch einschätzen, ob die Versicherten zur Verbesserung der Versorgungssituation Heilmittel als Einzelleistungen (bspw. Physikalische Therapie, Ergotherapie) benötigen. Darüber hinaus bewerten sie, ob Hilfsmittel oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation für die Versicherten notwendig sind. Tabelle 25 enthält eine Übersicht mit den Empfehlungsquoten für Heil- und (Pflege-)Hilfsmittel nach den alten Begutachtungs-Richtlinien für den Zeitraum 2016 bis 2017. Demgemäß haben in den Jahren 2016 und 2017 bei den Erwachsenen die Empfehlungen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in beiden Sektoren überwogen, gefolgt von Empfehlungen zur Physikalischen Therapie.

Tabelle 25 enthält ebenfalls eine Übersicht mit den Empfehlungen für Heil- und (Pflege-)Hilfsmittel aufgrund der neuen Begutachtungs-Richtlinien für den Zeitraum 2017 bis 2019. Demgemäß ist eine Veränderung bei den Heilmittelpfehlungen festzustellen. Sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen kam es in der Zeit von 2017 bis 2019 zu einem spürbaren Anstieg, teilweise sogar zu einer Verdopplung an Empfehlungen. Dabei wurde die physikalische Therapie am häufigsten, die Ergotherapie am zweithäufigsten sowie Hilfs- und Pflegehilfsmittel am dritthäufigsten in den Gutachten für Erwachsene empfohlen. Bei den Kindern wurde am häufigsten Ergotherapie empfohlen, gefolgt von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durchgeführten Regelbegutachtungen (nach alten und neuen BRi) 2016-2019

	Durchgeführte Begutachtungen*	Physikalische Therapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Podologische Therapie	Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel
ambulant		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2016	1.242.466	14,0	3,5	1,3	0,3	17,6
2017 (BRi alt)	198.956	14,2	3,7	1,0	0,3	20,8
2017 (BRi neu)	1.233.777	29,7	18,2	1,7	0,2	23,6
2018	1.590.026	33,1	23,4	1,8	0,2	25,7
2019	1.705.455	38,2	29,5	2,0	0,8	26,5
stationär		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2016	261.558	14,0	3,4	1,4	0,2	2,1
2017 (BRi alt)	41.670	13,8	3,7	1,3	0,3	6,9
2017 (BRi neu)	206.915	23,5	17,5	2,2	0,1	2,0
2018	246.144	26,6	22,3	2,1	0,1	2,0

	Durchgeführte Begutachtungen*	Physikalische Therapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Podologische Therapie	Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel
2019	239.711	28,9	25,9	2,0	0,4	1,7
Kinder (ambulant+stationär+§43a)		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2016	39.664	11,4	11,0	11,7	0,0	5,1
2017 (BRi alt)	5.714	9,3	9,0	8,7	0,1	11,1
2017 (BRi neu)	32.451	8,3	16,2	10,7	0,0	4,3
2018	49.004	8,1	17,7	10,3	0,0	3,8
2019	61.882	8,4	20,2	10,7	0,3	3,5
Erwachsene (ambulant+stationär+§43a)		(in %)	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
2016	1.490.858	13,9	3,3	1,0	0,3	14,9
2017 (BRi alt)	260.732	13,3	3,4	0,8	0,3	17,9
2017 (BRi neu)	1.433.072	28,8	18,0	1,6	0,2	20,6
2018	1.799.523	32,7	23,4	1,6	0,2	22,9
2019	1.896.124	37,8	29,2	1,7	0,8	23,9

Quelle: GKV-Spitzenverband

Mit dem seit dem 1. Januar 2017 geltenden Begutachtungsinstrument werden nicht nur alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit besser erfasst, sondern auch Präventions- und Rehabilitationsbedarfe leichter erkannt. Die Empfehlungen für präventive Maßnahmen (nach neuer BRi) stiegen bei Kindern ab dem Jahr 2017 von rund 2.000 auf etwas mehr als 3.000 Empfehlungen im Jahr 2019 an. Auch bei erwachsenen Versicherten war eine Zunahme von rund 205.000 Empfehlungen im Jahr 2017 auf rund 348.000 Präventionsempfehlungen im Jahr 2019 festzustellen.

Die Anzahl der im Rahmen der Pflegebegutachtung vom MDK ausgesprochenen Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ist seit Beginn der Datenerhebung im Jahr 2013 kontinuierlich gestiegen, im Berichtszeitraum sogar um mehr als 50 Prozent (vgl. Abbildung 14). Im Jahr 2016 wurden bei 1,6 Millionen Begutachtungen insgesamt 35.200 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen und über die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet. Daraus ergibt sich für das Jahr 2016 eine Rehabilitationsempfehlungsquote in Höhe von 2,2 Prozent, die auf 3,4 Prozent im Jahr 2019 gestiegen ist.¹³² Die Empfehlungsquote bezieht sich auf die Anzahl der ausgesprochenen Empfehlungen im Verhältnis zu allen durchgeführten Begutachtungen in einem Jahr.

¹³² GKV-Spitzenverband (2020b): 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 Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Abbildung 14: Entwicklung von Rehabilitationsempfehlungen und Reha-Quote



Quelle: GKV-Spitzenverband (2020): 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 Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die Zunahme der Zahl der Rehabilitationsempfehlungen im Berichtszeitraum wird neben der Anwendung des OBS¹³³ auch der systematischen Erfassung der Rehabilitationsbedarfe durch das geltende Begutachtungsinstrument zugeschrieben.¹³⁴

Den Berichten des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI für die Jahre 2016 bis 2019 ist zu entnehmen, dass nicht in allen Fällen einer positiven Rehabilitationsempfehlung auch eine Einwilligung des Antragstellers zu ihrer Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger erfolgte. Laut Angaben des GKV-Spitzenverbandes wurden im Jahr 2016 bei den Pflegekassen etwa 35.200 Zuweisungsempfehlungen der MDK zur medizinischen Rehabilitation statistisch erfasst. Mehr als 14.800 Rehabilitationsempfehlungen mündeten in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI sowie § 14 SGB IX, weil der Antragsteller seine Zustimmung erklärt hat; das entspricht etwa 42 Prozent. Über 9.900 Anträge wurden laut Statistik der Pflegekassen genehmigt (67 Prozent). Nicht genehmigt wurden Anträge vor allem, wenn sich der Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hatte, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war. Von den bewilligten Anträgen wurden im Jahr 2016 in mehr als 8.300 Fällen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Für das Jahr 2019 wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes circa 70.500 an die antragstellenden Personen weitergeleitete Rehabilitationsempfehlungen erfasst, was einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 32 Prozent entspricht. Etwa 26.100 der insgesamt 70.500 Empfehlungen lösten ein Antragsverfahren auf Rehabilitation nach § 31 Abs. 3 SGB XI sowie § 14 SGB IX aus (37 Prozent), knapp 19.600 Anträge wurden durch die Krankenkassen genehmigt (etwa 75 Prozent). Von den genehmigten Leistungen wurden mehr als 13.800 durchgeführt (71 Prozent). Die Daten für die Jahre 2017 und 2018 können Tabelle 26 entnommen werden.

¹³³ Seit dem 1. Januar 2015 erfolgt die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard (OBS).

¹³⁴ Prognos (2019a): Endbericht Fortschreibung Monitoring (Los 5). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI).

Tabelle 26: Entwicklung Rehabilitationsempfehlungen und durchgeführte Leistungen 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Anzahl an Rehabilitationsempfehlungen, die den antragstellenden Personen übermittelt wurden	35.172	40.090	53.328	70.538
davon Anzahl an Fällen, in denen ein Antragsverfahren nach § 31 Abs. 3 SGB XI, § 14 SGB IX ausgelöst wurde	14.838	16.135	19.914	26.109
davon bewilligte Anträge	9.942	11.050	15.369	19.593
davon durchgeführte Leistungen	8.316	9.201	12.739	13.846

Quelle: GKV-Spitzenverband

Qualitätssicherung der Begutachtung innerhalb der Medizinischen Dienste

Das Verfahren zur Qualitätssicherung der Begutachtungen 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. Die Prüfsystematik der QSRi wurde zum 1. Januar 2017 an den Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die kontinuierliche Qualitätsprüfung (KQP) von Pflegegutachten der MDK setzt sich aus drei Teilen zusammen:

- Qualitätsprüfung der Pflegegutachten
- MDK-übergreifende Audits der Pflegebegutachtung
- Befragung der am Audit beteiligten Versicherten

Die Prüfkriterien und die Prüfkonzeption werden durch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, der MDK und des MDS, erarbeitet.

Der Schwerpunkt der Prüfung liegt auf den MDK-internen Qualitätsprüfungen. Jeder Medizinische Dienst prüft dazu mindestens 0,5 Prozent seines Begutachtungsvolumens der ambulanten und stationären Begutachtungen des Vorjahres. Aufgrund der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI wurde auf Basis einer Übergangsregelung die Stichprobengröße für die kontinuierliche Qualitätsprüfung im Jahr 2016 um 25 Prozent reduziert, wodurch eine Überprüfung im letzten Quartal entfiel. Trotzdem konnten 8.612 Begutachtungen im Jahr 2016 und 10.020 Begutachtungen im Jahr 2018 einer Prüfung unterzogen werden. Bei 92 Prozent aller geprüften Pflegegutachten im Jahr 2016 und bei 87 Prozent im Jahr 2018 wurde in allen Punkten eine gute Qualität konstatiert.

Aus dem Pool der bereits MDK-intern geprüften Pflegegutachten werden vierteljährlich 24 Pflegegutachten nach einem Haus-/Einrichtungsbesuch in die Datenbank der „Übergreifenden Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Pflegebegutachtung“ eingebracht, um sie dort einer Prüfung nach denselben Kriterien zuzuführen. Bei allen Prüfungen werden verschiedene Kompetenzen seitens der Gutachterinnen und Gutachter näher betrachtet. Die MDK-übergreifenden Audits werden als begleitende Beobachtung durchgeführt und helfen bei der Beurteilung, ob die Gutachterinnen und Gutachter die Pflege- und Versorgungssituation sachgerecht eingeschätzt haben.

Zu jedem Audit wird zusätzlich eine schriftliche Befragung mit dem bei der bundesweiten Versichertenbefragung verwendeten Fragebogen zur Pflegebegutachtung durchgeführt. Grundlage der bundesweiten Versichertenbefragung sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren nach § 18b SGB XI (Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi). Sie beinhalten neben Vorgaben zur Versichertenbefragung auch verpflichtende Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste.

Bei insgesamt 40 Audits in den 16 Medizinischen Diensten im Jahr 2016 wurde eine einheitliche Umsetzung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die MDK festgestellt. Die Audits der Folgejahre haben ebenfalls ergeben, dass MDK-übergreifend eine gute Qualität sowie Einheitlichkeit innerhalb der Begutachtung einer Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vorliegen.

4.4.2 Begutachtung durch MEDICPROOF

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und rechtliche Grundlagen

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder andere die Pflegepflichtversicherung betreibende Unternehmen sind gemäß § 23 Abs. 6 SGB XI dazu verpflichtet, für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden die gleichen Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden.

In Bezug auf die Qualifikation und die Entwicklung der Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter zeigt sich bei MEDICPROOF im Vergleich zu den MDK ein anderes Bild (vgl. Kapitel 4.4.1), wobei zu beachten ist, dass alle Gutachterinnen und Gutachter von MEDICPROOF im Gegensatz zu den Gutachterinnen und Gutachtern der MDK auf Honorarbasis freiberuflich tätig sind. Bei MEDICPROOF wurde seit dem Jahr 2016 die Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter um 16 Personen auf 1.128 im Jahr 2019 erhöht. In Bezug auf die Qualifikation gehörten mit 74 Prozent die meisten der Gutachterinnen und Gutachter zu Beginn des Betrachtungszeitraums zur Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte (823). Dieser Anteil sank bis Ende des Jahres 2019 auf 59 Prozent (665). Umgekehrt stiegen Zahl und Anteil der Pflegefachkräfte von 289 bzw. 26 Prozent im Jahr 2016 auf 463 bzw. 41 Prozent im Jahr 2019 (Tabelle 27).

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

Stand	Ärztinnen/Ärzte		Pflegefachkräfte		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
31.12.2016	823	74	289	26	1.112
31.12.2017	765	71	317	29	1.082
31.12.2018	718	65	395	35	1.113
31.12.2019	665	59	463	41	1.128

Quelle: MEDICPROOF

Begutachtungsaufkommen

Bei MEDICPROOF kam es im Berichtszeitraum im ambulanten Sektor zu einer Zunahme der Zahl der Regelbegutachtungen, im stationären Bereich war hingegen eine leicht rückläufige Tendenz festzustellen. Das ambulante Begutachtungsaufkommen hat um 35 Prozent von rund 106.000 Regelgutachten im Jahr 2016 auf rund 143.000 Regelgutachten bis Ende des Jahres 2019 zugenommen. Das stationäre Begutachtungsaufkommen hat im selben Zeitraum um knapp 3.000 Gutachten abgenommen (vgl. Anhang B, Tabelle 89).

Ablauf der Begutachtung

Die Begutachtungen durch MEDICPROOF entsprechen jenen der MDK und erfolgen grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person; Begutachtungen nach Aktenlage sind die Ausnahme. Dies spiegelt sich auch in den von MEDICPROOF für den Berichtszeitraum gemeldeten Daten wider (vgl. Anhang B, Tabelle 91). Eine Begutachtung aufgrund einer vorläufigen Stellungnahme erfolgte bei Erwachsenen in 9 Prozent der ambulanten bzw. in 10 Prozent der stationären Fälle. Begutachtungen nach Aktenlage erfolgten sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern in einem nur sehr geringen Umfang.

Begutachtungsergebnisse bei Erstbegutachtungen

Neben den Begutachtungen im Jahre 2016 fanden auch noch im Jahr 2017 Begutachtungen, die aufgrund einer Antragstellung noch im Jahr 2016 unter Anwendung des alten Begutachtungsinstruments vorgenommen wurden, zu über 80 Prozent im ambulanten Bereich statt (vgl. Tabelle 28). Dabei wurde in 32 Prozent der Fälle keine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Bei rund 52 Prozent der Fälle lag die Pflegestufe I, bei 14 Prozent die Pflegestufe II und bei circa 2 Prozent die Pflegestufe III vor. 15 Prozent der Begutachtungen entfielen auf den stationären Bereich. Bei den insgesamt knapp 13.000 stationären Begutachtungen lag in 46 Prozent der Fälle die Pflegestufe I, in 32 Prozent die Pflegestufe II sowie in 7 Prozent die Pflegestufe III vor.

Im ambulanten Bereich wurde bei 19 Prozent der Fälle eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz und bei 11 Prozent eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz konstatiert. Bei den Begutachtungen für beantragte stationäre Leistungen war in 45 Prozent der Fälle die Alltagskompetenz nicht eingeschränkt.

Tabelle 28: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit und ohne (erheblich) eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen 2016-2017

Beantragte ambulante Leistungen			
Pflegestufenempfehlung	Nicht eingeschränkt	Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“	16.246	5.234	1.429
Pflegestufe I	26.256	6.257	4.478
Pflegestufe II	6.745	1.823	1.845
Pflegestufe III	749	328	311
insgesamt	49.996	13.642	8.063

Beantragte stationäre Leistungen			
Pflegestufenempfehlung	Nicht eingeschränkt	Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“	1.099	597	202
Pflegestufe I	2.846	1.780	1.153
Pflegestufe II	1.600	1.222	1.254
Pflegestufe III	199	322	383
insgesamt	5.744	3.921	2.992

Quelle: MEDICPROOF

Nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 fand bis Ende des Jahres 2019 die mit Abstand größte Anzahl an Erstbegutachtungen durch MEDICPROOF im ambulanten Bereich statt (rund 225.000). Im Vergleich dazu wurden im stationären Bereich lediglich rund 25.000 Erstbegutachtungen durchgeführt. Bei nur 9 Prozent (rund 23.000) der insgesamt rund 250.000 Erstbegutachtungen wurden antragstellende Personen als nicht pflegebedürftig eingestuft (vgl. Tabelle 29).

Im ambulanten Sektor kam es zu einem Anstieg der Zahl der Erstgutachten (Erwachsene) von rund 67.000 im Jahr 2017 auf über 77.000 im Jahr 2019. In den Jahren 2017 bis 2019 entfielen die meisten Einstufungen von erwachsenen Versicherten auf Pflegegrad 2 (39 Prozent im Durchschnitt) und Pflegegrad 3 (23 Prozent im Durchschnitt) sowie auf Pflegegrad 1 (rund 20 Prozent) (vgl. Tabelle 29). Bei Kindern erfolgten die häufigsten Einstufungen im gleichen Zeitraum mit durchschnittlich 40 Prozent (1.752) in Pflegegrad 3, ein Drittel in Pflegegrad 2 sowie ein Anteil von 14 Prozent (604) in Pflegegrad 4.

Im vollstationären Bereich wurde bei den Erwachsenen ein leichter Rückgang an Erstbegutachtungen um rund 1.000 von insgesamt 8.754 Regelbegutachtungen im Jahr 2017 auf 7.508 Begutachtungen im Jahr 2019 verzeichnet (vgl. Anhang B, Tabelle 92). Die Mehrzahl der Versicherten wurde in den Jahren 2017 bis 2019 in Pflegegrad 3 eingestuft (36 Prozent; vgl. Tabelle 29 und eigene Berechnungen). Auf Pflegegrad 4 entfielen 24 Prozent der Einstufungen, 23 Prozent auf Pflegegrad 2 und durchschnittlich 11 Prozent auf den höchsten Pflegegrad 5.

Tabelle 29: Anteil der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) 2017-2019

Begutachtungen ambulant						
Pflegegradempfehlung	2017		2018		2019	
	Erw	Kind	Erw	Kind	Erw	Kind
nicht pflegebedürftig (in %)	10,4	3,2	10,4	2,0	10,2	3,2
Pflegegrad 1 (in %)	18,3	8,1	20,1	9,8	21,6	10,7
Pflegegrad 2 (in %)	38,5	32,4	38,5	33,0	38,8	33,6
Pflegegrad 3 (in %)	24,3	40,3	22,5	40,9	21,4	37,7
Pflegegrad 4 (in %)	6,9	14,1	6,8	12,9	6,3	14,0
Pflegegrad 5 (in %)	1,8	1,8	1,7	1,5	1,7	0,8
Erstbegutachtungen insgesamt	67.266	1.205	75.789	1.564	77.403	1.662

Begutachtungen stationär						
Pflegegradempfehlung	2017		2018		2019	
	Erw	Kind	Erw	Kind	Erw	Kind
nicht pflegebedürftig (in %)	2,2	0,0	1,4	0,0	1,1	0,0
Pflegegrad 1 (in %)	5,2	16,7	3,9	0,0	3,6	0,0
Pflegegrad 2 (in %)	23,4	50,0	22,6	0,0	22,9	0,0
Pflegegrad 3 (in %)	35,7	16,7	36,3	0,0	36,1	0,0
Pflegegrad 4 (in %)	23,5	0,0	23,8	0,0	24,9	100,0
Pflegegrad 5 (in %)	10,0	16,7	12,1	0,0	11,4	0,0
Erstbegutachtungen insgesamt	8.754	6	9.004	0	7.508	1

Quelle: MEDICPROOF

Ergebnisse der Folge- und Zweitbegutachtungen

Im Vergleich zu den für die Erstbegutachtungen gemeldeten Daten wurden im Berichtszeitraum seitens MEDICPROOF die im Anhang B, Tabelle 93 hinterlegten Daten hinsichtlich des Anteils der bei den Höherstufungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade übermittelt.

In der Gesamtschau wurden 205.268 Veränderungsgutachten (Höherstufungs- und Rückstufungsgutachten) im Berichtszeitraum erbracht. Dabei wurde im ambulanten Bereich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern in durchschnittlich 31 Prozent der Begutachtungen das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt. Dem ent-

gegen sank dieser Wert bei Erwachsenen im stationären Bereich von 28 Prozent im Jahr 2016 auf 17 Prozent im Jahr 2019. Die Anzahl an Höherstufungen (Erwachsene und Kinder) im ambulanten Bereich hat sich von rund 16.000 im Jahr 2016 auf über 34.000 Höherstufungen im Jahr 2019 mehr als verdoppelt. Wurden Erwachsene im Jahr 2016 in 64 Prozent der Fälle höhergestuft, lag der Wert im Jahr 2019 bei 75 Prozent. Bei Kindern gab es in durchschnittlich 62 Prozent der Fälle eine Höherstufung. In nur sehr geringem Umfang kam es zu Rückstufungen der Antragstellerinnen und Antragsteller unterhalb des Pflegegrades 1.

Darüber hinaus wurden in den Jahren 2016 bis 2019 insgesamt 43.258 Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Dabei wurde im ambulanten Bereich bei durchschnittlich 63 Prozent der Fälle (rund 24.000) das Ergebnis des Vorgutachtens (Erwachsene und Kinder) bestätigt. Bei durchschnittlich 11 Prozent der Wiederholungsbegutachtungen erfolgte eine Höherstufung und bei weiteren 26 Prozent eine Rückstufung. Im stationären Bereich wurde bei durchschnittlich 65 Prozent der Wiederholungsbegutachtungen (Erwachsene und Kinder) das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt, bei durchschnittlich 19 Prozent erfolgte eine Höherstufung und bei rund 16 Prozent eine Herabstufung.

Die private Pflege-Pflichtversicherung kennt kein Widerspruchsverfahren wie in der sozialen Pflegeversicherung. 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 30.525 Zweitgutachten im Sinne eines Widerspruchsgutachtens. Im Durchschnitt wurde im ambulanten Bereich bei 13 Prozent der Fälle und im stationären Bereich bei 19 Prozent der Zweitgutachten eine höhere Pflegestufe/ein höherer Pflegegrad aufgrund zwischenzeitlich eingetretener Veränderungen des Hilfebedarfs empfohlen. In durchschnittlich 49 Prozent der Fälle (ambulant und stationär) bestanden zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfohlenen Pflegegrad. Das Ergebnis des Vorgutachtens wurde im Berichtszeitraum in etwa 38 Prozent der Zweitgutachten (ambulant) und in durchschnittlich 29 Prozent der Fälle (stationär) bestätigt.

Sonstige gutachterliche Empfehlungen

Von den Gutachterinnen und Gutachtern von MEDICPROOF werden auch Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen, Hilfsmitteln und zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen. Die Gutachterinnen und Gutachter geben ebenfalls an, ob bereits Heilmittel verordnet wurden bzw. Therapien laufen. Gegebenenfalls empfehlen sie weitere Heilmittel, falls erforderlich. Heilmittel sind innerhalb der PKV Bestandteil der Krankenversicherung. Dort haben Versicherte individuelle Verträge abgeschlossen.

Die Anzahl der gutachterlichen Empfehlungen hat im ambulanten Bereich einen deutlichen Anstieg von rund 104.000 Gesamtempfehlungen (Mehrfachnennungen möglich) bei Kindern und Erwachsenen im Jahr 2016 auf knapp 231.000 Gesamtempfehlungen bis zum Ende des Berichtszeitraums im Jahr 2019 erfahren. 2019 wurden rund 103.000 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln ausgesprochen sowie rund 28.000 technische Hilfen und bauliche Maßnahmen empfohlen; rund 70.000 Empfehlungen entfielen auf sonstige präventive Maßnahmen sowie bereits durchgeführte, laufende und zusätzlich erforderliche Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Zahl der Empfehlungen präventiver Maßnahmen im ambulanten Bereich hat einen Anstieg von rund 22.000 Präventionsempfehlungen (Erwachsene und Kinder) im Jahr 2017 auf rund 33.000 Empfehlungen im Jahr 2019 erfahren. Im stationären Bereich wurden nur wenige Präventionsempfehlungen von den Gutachterinnen und Gutachtern ausgesprochen.

Die Anzahl der im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ist in den Jahren 2017 bis 2019 erheblich angestiegen, insbesondere im ambulanten Bereich. Hier kam es zu einem Anstieg von rund 44.000 Rehabilitationsempfehlungen im Jahr 2017 auf beinahe 68.000 Empfehlungen bei Erwachsenen und Kindern im Jahr 2019. Im stationären Sektor fiel der Anstieg von insgesamt ca. 9.000 Empfehlungen im Jahr 2017 auf knapp 13.000 Empfehlungen im Jahr 2019 geringer aus.

Bearbeitungszeiten

Die Erledigungsdauer bei durchgeführten Regelbegutachtungen mit einer 25-Arbeitstage-Frist lag im ambulanten und im stationären Sektor im Jahr 2019 in 93 Prozent der Fälle bei maximal 15 Arbeitstagen. Bei rund einem Prozent der Begutachtungen wurden im Jahr 2019 mehr als 20 Arbeitstage für die Bearbeitung benötigt. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer lag zu Beginn des Berichtszeitraums bei 8,2 Arbeitstagen, erhöhte sich im Jahr 2017 aufgrund eines erhöhten Auftragsaufkommens auf 10,3 Arbeitstage und sank auf durchschnittlich 9,7 Arbeitstage im letzten Jahr des Berichtszeitraums.

Tabelle 30: Durchgeführte Regelbegutachtungen mit 25-Arbeitstage-Frist, differenziert nach Erledigungsdauer und Leistungsart 2016-2019*

	2016				2017			
	ambulant		stationär		ambulant		stationär	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
bis 15 Arbeitstage	45.956	96,2	5.682	96,8	3.548	84,9	4.775	89,4
über 15 bis 20 Arbeitstage	1.463	3,1	164	2,8	398	9,5	404	7,6
über 20 bis 25 Arbeitstage	243	0,5	13	0,2	152	3,6	108	2,0
über 25 bis 30 Arbeitstage	47	0,1	5	0,1	45	1,1	35	0,7
über 30 bis 40 Arbeitstage	37	0,1	4	0,1	33	0,8	17	0,3
über 40 Arbeitstage	9	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,1
Gesamt	47.755	100,0	5.868	100,0	4.179	100,0	5.342	100,0

Durchschnittliche Erledigungsdauer mit 25-Arbeitstage-Frist in Tagen

8,2

10,3

	2018				2019			
	ambulant		stationär		ambulant		stationär	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
bis 15 Arbeitstage	76.644	95,8	4.288	96,4	80.114	92,8	3.489	93,1
über 15 bis 20 Arbeitstage	2.891	3,6	136	3,1	5.372	6,2	201	5,4
über 20-25 Arbeitstage	317	0,4	16	0,4	712	0,8	43	1,1
über 25 bis 30 Arbeitstage	100	0,1	5	0,1	116	0,1	7	0,2
über 30 bis 40 Arbeitstage	36	0,0	0	0,0	41	0,0	6	0,2
über 40 Arbeitstage	15	0,0	1	0,0	12	0,0	1	0,0
Gesamt	80.003	100,0	4.446	100,0	86.367	100,0	3.747	100,0

Durchschnittliche Erledigungsdauer mit 25-Arbeitstage-Frist in Tagen

9

9,7

*Im Zeitraum vom 01.11.2016 – 31.12.2017 sind nur die Aufträge mit besonders dringlichen Entscheidungsbedarf enthalten. Ohne Fälle mit Verzögerungen, die durch MEDICPROOF nicht zu vertreten sind. Begutachtungen mit verkürzten Fristen sind nicht mit enthalten.

Quelle: MEDICPROOF

Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung von Pflegegutachten innerhalb von MEDICPROOF

Aus Anlass der Pflegereform wurde das System der Qualitätssicherung bei MEDICPROOF von einer Qualitätsprüfung einzelner Gutachten auf eine systematische Qualitätsprüfung jedes einzelnen Gutachters umgestellt. Mithilfe eines neu entwickelten Messinstruments zur Bewertung der Pflegegutachten werden verschiedene Inhalte der Gutachten hinsichtlich ihrer Richtlinienkonformität, Leistungsrelevanz und Außenwirkung geprüft und den Gutachterinnen und Gutachtern in regelmäßigen Abständen ein individuelles Feedback zu den Ergebnissen gegeben. In Bezug auf die Richtlinienkonformität wird die korrekte Anwendung des Begutachtungsinstruments geprüft und hinsichtlich der Außenwirkung werden beispielsweise Aspekte wie Datenschutz, Lesbarkeit und Neutralität der Gutachten beachtet.

Flossen bei den Erwachsenengutachten im ambulanten Sektor im Jahr 2016 noch rund 31.000 Gutachten in die Qualitätsprüfung ein, waren es im Jahr 2019 rund 4.000 Gutachten. Die Anzahl der ambulanten Gutachten bei Kindern, die in die Qualitätsprüfung einfließen, wurde von 3.472 auf 3.918 Gutachten etwas gesteigert. Im stationären Sektor stieg der Anteil an geprüften Gutachten bei Erwachsenen von 7.439 im Jahr 2016 kurzzeitig auf 8.674 im darauffolgenden Jahr an und sank auf 510 Gutachten im Jahr 2019 ab. Kindergutachten flossen im stationären Sektor im Jahr 2016 mit 20 Gutachten und im Jahr 2019 mit 8 Gutachten in die Qualitätsprüfung ein.

4.5 Hilfe zur Pflege

Sofern im Einzelfall die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, 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.

Wie im SGB XI ist auch im SGB XII zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden, um auch künftig sicherzustellen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Grad der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten zum Maßstab für die Einstufung in die fünf Pflegegrade. Im Gegensatz zum SGB XI muss die Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen, um Hilfe zur Pflege beziehen zu können. Die Leistungsarten der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend jenen der Pflegeversicherung. Grundsätzlich können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben im Rahmen der Hilfe zur Pflege aufgrund der 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.

Die Entwicklung der Hilfe zur Pflege in den Jahren 2015 bis 2019 ist geprägt von den Reformen der Pflegeversicherung in diesem Zeitraum. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führte zu sowohl zu einer Erhöhung der Ausgaben als auch der Anzahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung sowie zu einer deutlichen Entlastung der Hilfe zur Pflege. Von 2016 auf 2017 sanken die Ausgaben der Hilfe zur Pflege deutlich um etwa 11 Prozent (vgl. Tabelle 31). Auch im Jahr 2018 betrug der Anstieg der Ausgaben lediglich etwa 2,4 Prozent, was vermutlich auf die Pflegestärkungsgesetze zurückgeht, welche die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich ausgeweitet haben. Im Jahr 2019 kam es allerdings zu einem erheblichen Wachstum der Ausgaben in Höhe von 8,8 Prozent.

Tabelle 31: Leistungsausgaben der SPV und PPV in Relation zu den Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege

Jahr	Leistungsausgaben SPV	Leistungsausgaben PPV	Leistungsausgaben Pflegeversicherung insgesamt (PV)	Nettoausgaben Hilfe zur Pflege	Verhältnis Hilfe zur Pflege zu PV insgesamt
	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in %)
2005	17,0	0,5	17,5	2,6	14,9
2006	17,1	0,5	17,7	2,5	14,3
2007	17,4	0,5	18,0	2,7	14,8
2008	18,2	0,6	18,8	2,8	14,6
2009	19,3	0,6	20,0	2,9	14,4
2010	20,4	0,7	21,1	3,0	14,1
2011	20,9	0,7	21,6	3,1	14,4
2012	21,9	0,7	22,6	3,2	14,4
2013	23,2	0,8	23,9	3,3	13,9
2014	24,2	0,8	25,0	3,5	14,0
2015	26,6	0,9	27,5	3,6	13,0
2016	28,3	0,9	29,2	3,8	13,0
2017	35,5	1,2	36,7	3,4	9,2
2018	38,2	1,3	39,6	3,5	8,7
2019	40,7	1,4	42,1	3,8	9,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, PKV-Verband, Geschäftsstatistik der Pflegekassen, Hinweis: Werte sind gerundet. Geringe Rundungsdifferenzen sind daher möglich.

Die Anzahl der Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege hat im Berichtszeitraum zunächst abgenommen (vgl. Tabelle 32). Zwischen den Jahren 2015 bis 2019 zeigt sich insgesamt ein deutlicher Rückgang von rund 350.000 auf rund 300.000 Empfänger um etwa 14 Prozent. Es ist jedoch zu differenzieren, dass zunächst ein starker Rückgang zu verzeichnen war (2015: 349.000 und 2017: 287.000) und seit 2018 die Zahl der Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege wieder ansteigt (2019: 302.000). Dies ist auf den Anstieg der Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege im stationären Bereich ab 2018 zurückzuführen (2017: 234.000 und 2019: 250.000).

Tabelle 32: Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsform von 2015 bis 2019

Hilfe zur Pflege am Jahresende und im Verhältnis zur Anzahl der Pflegebedürftigen (HzP/PV)						
Jahr	insgesamt	HzP/PV	stationär	HzP/PV	ambulant	HzP/PV
	(in Tausend)	(in %)	(in Tausend)	(in %)	(in Tausend)	(in %)
2015	349	12,3	252	31,2	99	4,8
2016	347	11,8	253	30,6	95	4,5
2017	287	8,2	234	28,0	55	2,0
2018	299	7,6	245	29,4	55	1,8
2019	302	7,8	250	34,4	52	1,7

Hinweise: Ab 2019 erfolgt eine Umstellung der statistischen Erfassung der Pflegebedürftigen. Konkret werden 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. 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).

Im Anhang werden in den Tabellen 94 bis einschließlich 97 weitere Auswertungen zur Hilfe zur Pflege dargestellt.

4.6 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 zweijährig erscheinenden Pflegestatistik – kontinuierlich zugenommen (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung in den letzten 20 Jahren

Jahr	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen	nach Art der Leistung*		
			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

* Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten werden hierbei mehrfach berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2020

Im Anhang B werden in den Tabellen 98 und 99 weitere Auswertungen zur Pflegeinfrastruktur dargestellt.

4.6.1 Ambulante Pflegedienste

Im Dezember 2019 gab es laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 14.688 ambulante Pflegedienste. Dies waren etwa 4,5 Prozent mehr als im Jahr 2017. 9.770 Dienste (rund zwei Drittel) waren dabei in privater Trägerschaft, etwa 32,1 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger (4.720) und lediglich 1,3 Prozent befanden sich unter öffentlicher Trägerschaft (198). Im Durchschnitt versorgte ein ambulanter Pflegedienst 67 pflegebedürftige Personen.

4.6.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Gemäß Pflegestatistik gab es im Jahr 2019 15.380 Pflegeheime in Deutschland. Das waren 6,2 Prozent mehr als im Jahr 2017. Etwa 73,6 Prozent davon waren Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege (11.317 Pflegeheime). Dies ist knapp 1 Prozent mehr als im Jahr 2017. Von den insgesamt 969.553 Plätzen entfielen 877.162, also rund 90,5 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 2017 kaum verändert. Im Durchschnitt werden 62 Pflegebedürftige pro Pflegeheim betreut.

4.6.3 Teilstationäre Angebote

Die Zahl der Einrichtungen, die auch oder ausschließlich Tages- und/oder Nachtpflege anbieten, belief sich im Jahr 2019 auf 5.352. Gegenüber dem Jahr 2017 waren dies rund 787 Einrichtungen mehr, was einem Anstieg von rund 17 Prozent entspricht. Die Zahl der zugelassenen Plätze für Tages- und/oder Nachtpflege stieg im gleichen Zeitraum um rund 24 Prozent: Im Jahr 2017 gab es ca. 66.879 Plätze, im Jahr 2019 bereits rund 82.899. Gesonderte Angaben zur Trägerstruktur sind für die Tagespflege nicht möglich.

4.6.4 Kurzzeitpflege(-plätze)

2019 wurden in der Pflegestatistik 1.336 Einrichtungen verzeichnet, die entweder ausschließlich oder teilweise Kurzzeitpflege anbieten. 9.492 Plätze waren ausschließlich für die Kurzzeitpflege verfügbar (rund 1 Prozent der Plätze im stationären Bereich: 2017: 8.621 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 42.160 Plätze, die bei Bedarf auch flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können (2017: 41.689 Plätze). Insgesamt gab es damit etwa 51.652 Kurzzeitpflegeplätze (2017: 50.310 Plätze). Gegenüber 2017 stieg die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze damit um rund 2,7 Prozent (plus 1.342 Plätze).

4.6.5 Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sowie Fördermaßnahmen nach § 45c und § 45d SGB XI

Im Rahmen einer Länderabfrage wurden die Anzahl der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag, soweit diese in den Ländern bislang erfasst werden konnten, und die Daten zur Förderung nach § 45c und § 45d SGB XI für den Berichtszeitraum 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 selbständig bewältigen zu können. Gemäß § 45a Abs. 1 SGB XI bedürfen AzUiA der Anerkennung durch die hierfür zuständige Landesbehörde nach dem jeweils geltenden Landesrecht. Einen Überblick über die Anzahl der anerkannten AzUiA in den Ländern gibt die nachfolgende Tabelle. Die Unterscheidung der Angebote nach ihrem Schwerpunkt in Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden – also speziell von Pflegepersonen – und Angebote zur Entlastung im Alltag – also in Form praktischer Alltagshilfen – wurde erst mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt, sodass hierzu zum Teil noch keine statistische Differenzierung vorliegt. Zu beachten ist auch, 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 ist dadurch die Zahl der anerkannten Angebote höher als die Anzahl der jeweils anerkannten Anbieter.

Tabelle 34: Anerkannte AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI, Stichtag: 31.12.2019

Land	Anzahl Anbieter	Anzahl Angebote	davon		
			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*	959	2.121	k. A.	k. A.	k. A.
BY	580	1.268	778	178	312
BE	145	166	95	42	50
BB	242	955	k. A.	k. A.	k. A.
HB	22	76	58	0	18
HH**	19	57	57	0	0
HE	213	730	308	197	225
MV***	176	462	167	55	209
NI	637	2.222	1.185	230	807
NW***	2.645	2.875	2.373	1.001	1.514
RP	240	433	114	206	113
SL	188	516	216	14	286
SN****	711	711	k. A.	k. A.	k. A.
ST	137	137	132	132	117
SH	k. A.	496	244	73	179
TH	165	449	449	3	28
Gesamt	7.079	13.674	6.176	2.131	3.858

* Nachdem häufig konzeptionell AzUiA integrative Angebote sind, die sowohl Betreuungs- und Entlastungselemente enthalten, wird von einer differenzierten Darstellung abgesehen.

** Die im Rahmen der Hamburger Pflegeengagementverordnung anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag decken teilweise mehrere der in § 45a Abs. 1 Satz 2 genannten Kategorien ab. Zur Vermeidung von Mehrfachnennungen sind diese nur einmal unter „Betreuungsangebote“ aufgeführt. Über die Hamburger Servicestelle Nachbarschaftshilfe anerkannte Einzelpersonen, die im Sinne von § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI als Nachbarschaftshelferinnen und -helfer oder Haushaltshilfen tätig sind, wurden in der Tabellenspalte „Angebote zur Entlastung im Alltag“ nicht einzeln aufgeführt.

*** Darüber hinaus gibt es Angebote in Form von Beförderung, Fahrdienst, Vermittlungsagenturen sowie Sport-/Bewegungsangebote, die zunächst nicht explizit den o. g. Kategorien zugeordnet wurden.

**** Zuständig für die Anerkennung sind in Nordrhein-Westfalen die 53 Kreise und kreisfreien Städte. Zur Refinanzierung dieser Aufgaben können die Behörden entsprechende Gebühren erheben. Aus wirtschaftlichen Gründen und im Sinne der bundesgesetzlichen Vorschrift des § 45a Abs. 1 SGB XI können innerhalb eines AzUiA auch mehrere der oben genannten Bereiche abgedeckt werden. Daher entspricht die Summe der Angebotsformen nicht der Anzahl der insgesamt anerkannten Angebote.

***** Eine Untergliederung in die drei Kategorien gibt es in Sachsen noch nicht.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Wie Tabelle 35 zeigt, ist die Anzahl der nach Landesrecht anerkannten AzUiA in den letzten Jahren angestiegen.

Tabelle 35: Neu anerkannte AzUiA nach § 45a SGB XI 2016-2019

Land	2016	2017	2018	2019
BW*	k. A.	k. A.	k. A.	450
BY	31	174	112	131
BE	7	13	22	19
BB	22	36	36	53
HB	3	1	2	0
HH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
HE	k. A.	k. A.	k. A.	80
MV	39	103	86	121
NI**	58	54	87	74
NW***	k. A.	508	k. A.	535
RP	6	66	107	119
SL	9	47	85	43
SN	290	177	127	145
ST	31	10	15	112
SH	10	75	79	83
TH****	25	18	24	17
Gesamt	531	1.282	782	1.982

* Nachdem in BW die Zuständigkeit für die AzUiA bei den Stadt- und Landkreisen liegt, konnten – auch aufgrund der vordringlicheren Arbeiten der kommunalen Träger wegen der Corona-Pandemie – zur Vermeidung eines bürokratischen Mehraufwands lediglich die im Jahr 2019 gestellten Anträge erfasst werden.

** Nicht berücksichtigt sind dabei die AzUiA, die 2015 einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben, über den aber erst 2016 entschieden wurde.

*** Anerkannte Anträge auf Anerkennung als AzUiA sind für 2018 aufgrund einer Systemumstellung nicht ermittelbar.

**** Anerkennung von AzUiA nach § 45a SGB XI im Jahr 2016 beinhaltet Anträge aus dem Vorjahr.

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 Ländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften 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, zu fördern.

Einen besonderen Schwerpunkt, der in den vergangenen Jahren weiter erheblich gestärkt werden konnte, bildet hierbei 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 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und 2, Abs. 3 und 4 SGB XI:

Tabelle 36: Gemäß § 45c SGB XI geförderte AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI, Stichtag 31.12.2019

Land	Anzahl Anbieter	Anzahl Angebote insgesamt	davon Betreuungsangebote (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI)	davon Angebote zur Entlastung von Pflegenden (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI)	davon Angebote zur Entlastung im Alltag (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI)
BW*	k. A.	3.361	s. u.	s. u.	s. u.
BY	270	747	530	169	48
BE	41	62	62	7	1
BB	k. A.	76	k. A.	k. A.	k. A.
HB	5	36	19	0	17
HH**	13	41	41	0	0
HE	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
MV***	14	34	13	21	0
NI****	117	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
NW	0	0	0	0	0
RP	19	47	33	14	0
SL	26	117	58	11	48
SN*****	19	19	k. A.	k. A.	k. A.
ST	31	31	31	31	25
SH	42	86	k. A.	k. A.	k. A.
TH	42	46	46	0	0
Gesamt	639	4.703	833	253	139

* Nachdem häufig konzeptionell AzUiA integrative Angebote sind, die sowohl Betreuungs- und Entlastungselemente enthalten, wird von einer differenzierten Darstellung zu geförderten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45c Abs. 1 Nr. 1 SGB XI abgesehen.

** Die im Rahmen der Hamburger Pflegeengagementverordnung geförderten Angebote zur Unterstützung im Alltag decken teilweise mehrere der in § 45a Abs. 1 Satz 2 genannten Kategorien ab. Zur Vermeidung von Mehrfachnennungen sind diese nur einmal unter „Betreuungsangebote“ aufgeführt.

*** Anzahl der Anbieter mit Doppelnennung aufgrund von mehreren Standorten: 17.

**** Da ein gefördertes AzUiA seine Angebotsformen kombinieren kann, sind Angaben zur Anzahl der Förderungen innerhalb der einzelnen Angebotsformen nicht möglich.

***** Eine Untergliederung in die drei Kategorien gibt es in Sachsen noch nicht.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 37: Fördersumme der Länder und Kommunen zum Auf- und Ausbau von AzUiA, Initiativen des Ehrenamts und entsprechenden ehrenamtlichen Strukturen 2016-2019

Land	Fördersumme der Länder und Kommunen insgesamt	davon für AzUiA*	davon für Initiativen des Ehrenamts/ ehrenamtliche Strukturen*
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)
BW	14.960.802,81	12.731.180,02	2.229.622,79
BY	3.786.914,72	3.747.422,36	39.492,36
BE	6.465.781,70	4.127.082,26	2.338.699,44
BB**	k. A.	k. A.	k. A.
HB	312.026,00	234.022,00	78.004,00
HH	1.408.208,45	1.408.208,45	0,00
HE	k. A.	k. A.	k. A.
MV***	313.198,46	k. A.	k. A.
NI	6.217.273,07	6.217.273,07	0,00
NW	k. A.	k. A.	k. A.
RP	352.086,63	349.642,00	2.443,75
SL	1.288.595,96	1.285.095,96	3.500,00
SN	1.234.250,27	423.670,02	786.096,27
ST	1.175.194,14	1.175.194,14	0,00
SH	860.300,00	860.300,00	0,00
TH	1.451.515,00	1.398.465,00	53.050,00
Gesamt	39.826.147,21	33.957.555,28	5.530.908,61

* Die Fördernehmer erhalten aus den Mitteln der Pflegeversicherung gemäß § 45c SGB XI noch einmal die gleiche Summe, die Land und Kommune jeweils als Förderung bewilligt haben, die hierbei dargestellten Fördersummen verdoppeln sich damit jeweils.

** Entsprechend der „Rahmenvereinbarung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte im Sinne von § 45c und § 45d SGB XI im Land Brandenburg vom 1. Juli 2003 in der Fassung vom 29.10.2009“ werden die Fördermittel der Pflegekassen auf die Landkreise und kreisfreien Städte aufgeteilt. Diese entscheiden, ob und welche Förderanträge nach § 45c SGB XI gefördert werden. Von daher sind alle Mittel, die nach der Statistik des BSA als für Brandenburg gebunden dargestellt sind, über die Landkreise und kreisfreien Städte ausgereicht worden.

*** Die Anträge der jeweiligen Anbieter umfassen alle hier als möglich genannten Arten zur Förderung und wurden in ihrer Gesamtheit erfasst. Eine Auswertung der hier genannten Rubriken ist nach Datenlage nicht durchführbar.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Tabelle 38: Förderanträge zum Auf- und Ausbau von AzUiA, Initiativen des Ehrenamts und entsprechenden ehrenamtlichen Strukturen 2016-2019

Land	Förderanträge insgesamt	davon insgesamt bewilligt	dabei Anträge für AzUiA	davon bewilligt	dabei Anträge für Initiativen des Ehrenamts/ ehrenamtliche Strukturen	davon bewilligt
BW	3.889	3.889	3.361	3.361	528	528
BY	847	647	820	634	27	13
BE	13	5	12	5	1	0
BB*	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
HB	17	16	10	10	6	6
HH	57 (+ X).	57	k. A.	57	k. A.	0
HE	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
MV**	67	66	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
NI	590	590	590	590	0	0
NW	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
RP	262	262	254	254	8	8
SL	129	126	128	125	1	1
SN	207	184	84	64	123	120
ST	139	139	139	139	0	0
SH***	329 (+ X)	329	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
TH	196	196	169	169	27	27
Gesamt	6.742 (+ X)	6.506	5.567	5.408	721	703

* Entsprechend der „Rahmenvereinbarung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte im Sinne von § 45c und § 45d SGB XI im Land Brandenburg vom 1. Juli 2003 in der Fassung vom 29.10.2009“ werden die Fördermittel der Pflegekassen auf die Landkreise und kreisfreien Städte aufgeteilt. Diese entscheiden, ob und welche Förderanträge nach § 45c SGB XI gefördert werden. Von daher sind alle Mittel, die nach der Statistik des BSA als für Brandenburg gebunden dargestellt sind, über die Landkreise und kreisfreien Städte ausgereicht worden.

** Die Anträge der jeweiligen Anbieter umfassen alle hier als möglich genannten Arten zur Förderung und wurden in ihrer Gesamtheit erfasst. Eine Auswertung auf die hier genannten Rubriken ist nach Datenlage nicht durchführbar.

*** Statistiken über die gesamte Anzahl der eingereichten Förderanträge wurden bislang von der zuständigen Stelle nicht geführt. Es werden lediglich die bewilligten Förderanträge erfasst. Eine detaillierte Auswertung der Förderanträge entsprechend den abgefragten Kategorien ist nicht möglich.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Gemäß § 45c SGB XI können im Rahmen der Kofinanzierung von Pflegeversicherung und Ländern/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 zum Beispiel Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Die Förderung dieser Modellvorhaben erfolgt gemäß § 45c Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 sowie Abs. 5 SGB XI:

Tabelle 39: Fördersumme der Länder und Kommunen und Förderanträge für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen 2016-2019

Land	Fördersumme der Länder und Kommunen insgesamt* (in Euro)	Förderanträge insgesamt	davon bewilligt
BW	1.863.928,76	15	15
BY	386.164,53	33	28
BE	0,00	0	0
BB**	2.151.654,11	1	1
HB	0,00	0	0
HH	0,00	k. A.	k. A.
HE	1.223.574	8	8
MV	376.111,19	10	9
NI	40.405,00	1	1
NW	7.230.000,00	63 (+ X)	63
RP	0,00	0	0
SL	122.840,91	3	2
SN***	10.125,00	5	0
ST	236.464,67	7	7
SH	783.300,00	1	1
TH	38.750,00	1	1
Gesamt	14.198.744,17	147 (+ X)	135

* Die Fördernehmer erhalten aus den Mitteln der Pflegeversicherung gemäß § 45c SGB XI noch einmal die gleiche Summe, die Land und Kommune jeweils als Förderung bewilligt haben, die hierbei dargestellten Fördersummen verdoppeln sich damit jeweils.

**Das Land Brandenburg hat die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) von 2016 bis 2019 mit insgesamt 2.151.654,11 € gefördert.

*** Das letzte Modellprojekt endete am 30.06.2016.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Gemäß § 45d SGB XI stellt die Pflegeversicherung darüber hinaus **Fördermittel** speziell zur Unterstützung der **Selbsthilfe in der Pflege** zur Verfügung, aus denen im Rahmen einer Kofinanzierung gemeinsam mit den Ländern und/oder kommunalen Gebietskörperschaften entsprechende Selbsthilfegruppen, Organisationen und Kontaktstellen gefördert werden können. Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 45d SGB XI, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 40: Fördersumme der Länder und Kommunen und Förderanträge der Selbsthilfe in der Pflege nach § 45d SGB XI 2016-2019

Land	Fördersumme der Länder und Kommunen insgesamt* (in Euro)	Anzahl der Förderanträge	davon bewilligt
BW	216.283,25	30	30
BY	47.236,94	39	16
BE**	1.559.132,96	48	48
BB***	446.371,16	k. A.	k. A.
HB	533.861,00	12	12
HH****	635.000,00	24	24
HE	k. A.	k. A.	k. A.
MV	19.250,00	30	30
NI	662.850,00	138	138
NW	1.098.000,00	35	35
RP	147.226,28	18	18
SL	0,00	7	0
SN	24.483,99	6	5
ST	0,00	1	0
SH	0,00	0	0
TH	130.301,00	4	4
Gesamt	5.519.996,58	392	360

* Die Fördernehmer erhalten aus den Mitteln der Pflegeversicherung gemäß § 45d SGB XI noch einmal die gleiche Summe, die Land und Kommune jeweils als Förderung bewilligt haben. Seit dem 1. Januar 2019 werden die Mittel der Pflegeversicherung als Zuschuss in Höhe von 75 Prozent gewährt, wenn vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft 25 Prozent für die einzelne Fördermaßnahme ergänzend eingebracht werden.

**Die Selbsthilfegruppen werden von den Kontaktstellen PflegeEngagement (KPE) getragen. In jedem der 12 Berliner Bezirke wird eine KPE aus Mitteln nach § 45d SGB XI gefördert. Eine KPE für pflegeflankierendes Ehrenamt und Selbsthilfe entwickelt und unterstützt abhängig von Bedarfen, Nachfrage und Ressourcen kleinere wohnortnahe Selbsthilfe- und Ehrenamtsstrukturen für betreuende und pflegende Angehörige sowie Pflegebedürftige und Personen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, die in der eigenen Wohnung oder Häuslichkeit oder in einer ambulanten Wohngemeinschaft leben.

*** Modellprojekt Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg. Entsprechend der „Rahmenvereinbarung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte im Sinne von § 45c und § 45d SGB XI im Land Brandenburg vom 1. Juli 2003 in der Fassung vom 29.10.2009“ werden die Fördermittel der Pflegekassen auf die Landkreise und kreisfreien Städte aufgeteilt. Diese entscheiden, ob und welche Förderanträge nach § 45d SGB XI gefördert werden.

**** Keine Unterscheidung zwischen Selbsthilfe und Ehrenamt i. S. v. § 45d SGB XI.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

4.6.6 Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige und ihre Familien benötigen eine qualifizierte Beratung bezüglich der ihnen zustehenden Leistungsansprüche, der Angebote vor Ort sowie der für sie am besten geeigneten Leistungskombination. Hierfür steht ihnen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zur Verfügung, die zumeist von den Pflegekassen geleistet wird.

Zudem bieten die seit dem Jahr 2008 gesetzlich eingeführten Pflegestützpunkte (PSP) Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Sie vermitteln und koordinieren auch pflegerische, medizinische sowie soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. In den PSP sind größtenteils Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen tätig. Die Verteilung und Struktur der insgesamt 429 PSP aufgeschlüsselt nach Bundesländern kann Tabelle 41 entnommen werden. Die meisten befinden sich in einer 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 41: Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen, Stichtag: 31.12.2019

Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen						
Land	Anzahl insgesamt	Kranken- und Pflegekassen	Kommune	Kommune + Kranken- / Pflegekassen	Kommune + Kranken- / Pflegekassen + Land	sonstige Trägerstrukturen
BW	44	-	-	44	-	-
BY	9	-	-	9	-	-
BE	36	23	-	-	1	12
BB	19	-	-	19	-	-
HB	3	-	-	-	3	-
HH	9	-	-	-	9	-
HE	31	-	-	31	-	-
MV	18	-	-	18	-	-
NI	47	-	-	47	-	-
NW	49	-	-	49	-	-
RP	135	-	-	-	135	-
SL	8	-	-	-	8	-
SN*	0	keine PSP				
ST**	0	keine PSP				
SH	14	-	-	14	-	-
TH	7	-	3	4	-	-
Gesamt	429	23	3	235	156	12

* Sachsen: Im Freistaat Sachsen gibt es keine Pflegestützpunkte, sondern u. a. vernetzte Pflegeberatung mit PflegeNetz/Pflegekoordinatoren, Alltagsbegleitern, Regionaldialoge, Pflegebudgets, Angebote für pflegende Angehörige (www.pflegenetz.sachsen.de).

** Sachsen-Anhalt: In Sachsen-Anhalt gibt es keine Pflegestützpunkte, sondern die Vernetzte Pflegeberatung (VPB). Die Kundencenter der Kranken- und Pflegekassen haben sich vor Ort mit den Sozialämtern der kreisfreien Städte und Landkreise vernetzt und arbeiten eng in der allgemeinen und individuellen Pflegeberatung zusammen. Es gibt 145 Beratungsstellen Vernetzte Pflegeberatung, davon in Trägerstruktur Kranken-/Pflegekasse 114 Beratungsstellen und Kundencenter sowie in Trägerstruktur Kommune 31 Beratungsstellen (Fragen zur Pflege). Anzahl der VZÄ der Kranken- und Pflegekassen insgesamt: 169, darunter 5 Pflegefachkräfte, 164 Sozialversicherungsfachangestellte. Zu den Kommunen liegen keine Angaben bezüglich der VZÄ vor.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Bei der Anzahl der Beratungskräfte (VZÄ), die pro Bundesland in den PSP tätig sind, reicht die Spannweite von 4 bis 196 Beschäftigten. Die Qualifikation der Beratungskräfte in den PSP kann nicht vollumfänglich dargestellt werden. Die vorliegenden Rückmeldungen geben aber Hinweise darauf, dass dort vorwiegend Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten.

Tabelle 42: Beratungskräfte (Vollzeitäquivalente) nach Berufsgruppen in den PSP

Land	Anzahl VZÄ insgesamt	Pflegefachkräfte	Sozialversicherungsfachangestellte	Ergotherapeut/in sowie Physiotherapeut/in	Sozialarbeiter/in sowie Sozialpädagoge/in	sonstige Berufe
BW	97,65	60	2	0	71	39
BY	k. A.					
BE	100,02	Ja	Ja		Ja	
BB	k. A.					
HB	7	0	3	0	3	1
HH*	26	10	10	0	14	2
HE	k. A.					
MV	36	0	18	0	0	19
NI**	k. A.					
NW	k. A.					
RP	195,76	41,76	18,5	0	119,05	16,45
SL	33,60	11,72	6,75	0	13,13	2
SN						
ST						
SH***	25,6	13	0	0	7	1
TH	4	3	0	0	1	0
Gesamt	525,63	139,48	58,25	0	228,18	80,45

* Hamburg: Einige Vollzeitstellen sind mit Teilzeitkräften besetzt, woraus sich die Differenz zu den Vollzeitäquivalenten ergibt.

** Niedersachsen: Zu den Beratungskräften liegen keine kumulierten Angaben vor. Das vertraglich vorzuhaltende Mindestpersonal ergibt sich aus der niedersächsischen Rahmenvereinbarung, darüber hinausgehender Personaleinsatz obliegt den jeweiligen Gebietskörperschaften als geschäftsführende Träger.

*** Schleswig-Holstein: Die Angaben beziehen sich auf die vom Land geförderten Beraterstellen in den Pflegestützpunkten.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

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 den durchgeführten Pflegeberatungen von knapp 134.000 im Jahr 2016 auf über 170.000 im Jahr 2019 gesteigert (vgl. Tabelle 43). Bei compass sind im Berichtszeitraum die Ausgaben für die Pflegeberatung um ca. 30 Prozent gestiegen (von 19,4 Millionen Euro auf ca. 25,3 Millionen Euro). Auch die Anzahl der bei compass beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist von 294 auf 381 (in VZÄ) deutlich gestiegen (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 43: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

Jahr	2016	2017	2018	2019
Durchgeführte Pflegeberatungen	133.511	153.373	162.157	170.171
Je 100 Leistungsempfänger	70,8	72,5	69,1	71,1
Je 100 versicherte Personen	1,5	1,7	1,8	2,0

Quelle: compass

Tabelle 44: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der PPV

Jahr	2016	2017	2018	2019
Zahl der Pflegeberaterinnen insgesamt (in VZÄ)	293,96	323,74	351,81	381,31
Gesamtausgaben (in T Euro)	19.420	21.399	23.307	25.270
Personalausgaben (in T Euro)	13.536	15.288	16.693	17.989

Quelle: compass

Die Zahl der von den gesetzlichen Pflegekassen nach § 7a SGB XI durchgeführten Pflegeberatungen fällt geringer aus; vom Jahr 2018 auf das Jahr 2019 ist zudem ein Rückgang feststellbar. Zwischen 2016 und 2019 sind allerdings die Ausgaben der Pflegekassen für die Pflegeberatung von knapp 86 Millionen Euro auf über 133 Millionen Euro gestiegen, und auch die Zahl der Beratungskräfte hat zugenommen. Dies macht deutlich, dass die Daten zur Pflegeberatung noch Inkonsistenzen aufweisen. Zudem hat sich die Zahl der nach § 7b SGB XI ausgestellten Beratungsgutscheine im Berichtszeitraum auf 52.375 im Jahr 2019 mehr als verdoppelt. Eine Aufschlüsselung der durchgeführten Pflegeberatungen nach den unterschiedlichen Pflegekassen ist in Tabelle 100 im Anhang B zu finden.

Tabelle 45: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung (SPV)*

Jahr	2016	2017	2018	2019
Pflegeberatungen der Pflegekassen**	84.619	108.463	129.239	102.801
Je 100 Leistungsempfänger	2,86	3,25	3,51	2,57
Je 100 versicherte Personen	0,12	0,15	0,18	0,14
nach § 7b SGB XI ausgestellte Beratungsgutscheine	24.443	30.813	40.642	52.375

* Die Anzahl der Pflegeberatungen ist nicht voll verlässlich, die Daten liegen unvollständig vor und zeigen Inkonsistenzen (vgl. hierzu Wissenschaftliche Evaluation gemäß § 7a Abs. 9 SGB XI, Kapitel 3.1.1: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf).

**Rückmeldungen der AOK, BKK, EAN, KBS, IKK, LKK

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 46: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der SPV

Jahr	2016	2017	2018	2019
Zahl der Pflegeberater/innen insgesamt (in VZÄ)	676,92	693,99	956,5	1.110,65
davon externe Pflegeberater/innen*	202,88	222,59	226,61	233,99
Gesamtausgaben (in Tsd. Euro)	85.808	90.847	128.165	133.285
Personalausgaben (in Tsd. Euro)	60.265	63.841	93.443	91.840

* Externe Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach § 7a SGB XI, mit denen die Pflegekassen Kooperationsverträge geschlossen haben

Quelle: GKV-Spitzenverband

4.6.7 Gesamtversorgungsverträge

Seit dem Jahr 2008 können Träger von Pflegeeinrichtungen durch die Verknüpfung einzelner Versorgungsverträge in Absprache mit den Landesverbänden der Pflegekassen sogenannte Gesamtversorgungsverträge für selbstständig wirtschaftende und vor Ort organisatorisch verbundene Einrichtungsteile – seit dem PSG III ab dem Jahr 2017 auch einschließlich einzeln eingestreuter Pflegeplätze – eines Pflegeeinrichtungsträgers abschließen (§ 72 Abs. 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.

Die Anzahl der abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträge lag zwischen 2016 und 2019 mit etwa 200 Verträgen auf unverändertem Niveau. Das Instrument wird insgesamt immer noch vergleichsweise selten genutzt, nur in acht Bundesländern finden entsprechende Verträge mehr (Baden-Württemberg, Saarland, Sachsen) oder weniger (Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) Anwendung (vgl. Anhang B, Tabelle 101).

Das BMG hat am 20. November 2019 eine Fachveranstaltung mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bundesländern durchgeführt, um sich über Chancen und Herausforderungen bei der erfolgreichen Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 SGB XI in der Pflege auszutauschen. Gesamtversorgungsverträge sind – so das Fazit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer – eine Win-win-Situation für alle: Das Angebotsspektrum der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Quartier vergrößert sich. Sie erlauben es Pflegeeinrichtungsbetreibern, ihre pflegerischen Leistungsangebote flexibler, sowohl in der häuslichen als auch in der vollstationären Versorgung, zu erbringen. Die Pflegekräfte eines Trägers können übergreifend in den verschiedenen Versorgungsbereichen, etwa in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege, arbeiten. Eine Übersicht über die Erfolgsbeispiele, mögliche Hürden sowie Anleitungen für die Umsetzung von pflegerischen Verbundkonzepten bietet die veröffentlichte Dokumentation des BMG-Workshops „Umsetzung der Regelung des Gesamtversorgungsvertrages – aus der Praxis für die Praxis“.¹³⁵ Die Publikation kann insbesondere die Verbände der Einrichtungsträger dabei unterstützen, nutzbringende pflegerische Verbundkonzepte zu entwickeln und erfolgreich umzusetzen.

4.7 Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI

4.7.1 Durchführung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI

Gemäß § 114 SGB XI werden zugelassene Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, vom Prüfdienst der PKV oder von einem beauftragten Sachverständigen geprüft (Regelprüfung). Die Qualitätsprüfungen erfolgen als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Dabei werden dem PKV-Prüfdienst 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge erteilt. Im Rahmen einer Regelprüfung ist zu überprüfen, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI sowie die darauf fußenden vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Wenn in vollstationären Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist, kann zukünftig eine Verlängerung dieses Prüfrhythmus auf höchstens zwei Jahre festgelegt werden. Regelungen hierzu treffen die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114c SGB XI.

Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Das neue System zur Qualitätssicherung sieht jedoch vor, dass Prüfungen in vollstationären Einrichtungen, die ihrer Verpflichtung zur Erhebung und Ermittlung der indikatorengestützten Daten nicht nachkommen, unangekündigt erfolgen. Bei konkreten Anhaltspunkten für eine mangelnde Qualität in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen, die sich zum Beispiel infolge von Beschwerden und Hinweisen von Pflegebedürftigen und Angehörigen an die Pflegekasse ergeben haben, kann die Pflegekasse den MDK oder den PKV-Prüfdienst beauftragen, Anlassprüfungen durchzuführen, die ebenfalls unangemeldet erfolgen.

¹³⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesamtversorgungsvertraege.html>; [abgerufen am 06.04.2021].

Der Prüfauftrag für Anlassprüfungen geht in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus. Tabelle 47 zeigt die Gesamtzahl der durch die Medizinischen Dienste und den PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen. Im Jahr 2017 wurden durch die Medizinischen Dienste aufgrund ihrer starken Belastung durch Begutachtungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weniger Prüfungen als in den anderen Berichtsjahren durchgeführt.

Tabelle 47: Anzahl durchgeführter Qualitätsprüfungen gesamt

	2016	2017	2018	2019
Qualitätsprüfungen gemäß §§ 112/114 SGB XI	28.192	24.767	27.248	28.046
Qualitätsprüfungen <u>ambulanter</u> Pflegeeinrichtungen	13.634	11.938	12.498	14.256
davon:				
Regelprüfungen	13.297	11.565	12.065	13.725
Anlassprüfungen	275	301	348	353
Wiederholungsprüfungen	62	72	85	178
Qualitätsprüfungen <u>stationärer</u> Pflegeeinrichtungen	14.558	12.829	14.750	13.790
davon:				
Regelprüfungen	13.995	12.288	14.175	13.239
Anlassprüfungen	410	358	367	325
Wiederholungsprüfungen	153	183	208	226

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS und PKV-Verband

2019 haben die Medizinischen Dienste 620 Anlassprüfungen durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 2,5 Prozent an allen durchgeführten Qualitätsprüfungen. Der Prüfdienst der PKV führte im selben Jahr 58 Anlassprüfungen durch, was einem Anteil von 1,8 Prozent aller Prüfungen entspricht (vgl. Tabelle 48 und 49). Werden in einer Regel- oder Anlassprüfung Qualitätsmängel festgestellt, können die Landesverbände der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung beauftragen. Der Anteil der durchgeführten Wiederholungsprüfungen fällt im Vergleich zu den Anteilen der Regel- und Anlassprüfungen geringer aus; für das Jahr 2019 liegt er bei 1,5 Prozent für die MDK und bei 0,6 Prozent für den PKV-Prüfdienst (vgl. Tabelle 48 und 49).

Tabelle 48: Anzahl der durchgeführten MDK-Qualitätsprüfungen

	2016	2017	2018	2019
Qualitätsprüfungen gemäß §§ 112/114 SGB XI	25.257	21.733	24.123	24.788
Qualitätsprüfungen <u>ambulanter</u> Pflegeeinrichtungen	12.079	10.494	11.014	12.546
<i>davon:</i>				
Regelprüfungen	11.794	10.162	10.632	12.061
Anlassprüfungen	232	264	305	319
Wiederholungsprüfungen	53	68	77	166
Qualitätsprüfungen <u>stationärer</u> Pflegeeinrichtungen	13.178	11.239	13.109	12.242
<i>davon:</i>				
Regelprüfungen	12.650	10.752	12.604	11.722
Anlassprüfungen	377	318	314	301
Wiederholungsprüfungen	151	169	191	219

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 49: Anzahl der durchgeführten PKV-Qualitätsprüfungen

	2016	2017	2018	2019
Qualitätsprüfungen gemäß §§ 112/114 SGB XI	2.935	3.034	3.125	3.258
Qualitätsprüfungen <u>ambulanter</u> Pflegeeinrichtungen	1.555	1.444	1.484	1.710
<i>davon:</i>				
Regelprüfungen	1.503	1.403	1.433	1.664
Anlassprüfungen	43	37	43	34
Wiederholungsprüfungen	9	4	8	12
Qualitätsprüfungen <u>stationärer</u> Pflegeeinrichtungen	1.380	1.590	1.641	1.548
<i>davon:</i>				
Regelprüfungen	1.345	1.536	1.571	1.517
Anlassprüfungen	33	40	53	24
Wiederholungsprüfungen	2	14	17	7

Quelle: PKV-Verband

Verbindliche und maßgebliche Handlungsgrundlage für die Prüferinnen und Prüfer sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (QPR) sowie die in § 115 SGB XI verankerte Vereinbarung darüber, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. Für den stationären Bereich ist dies die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS), die im Zuge der Umstellung auf das neue Qualitätssystem die Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVS) abgelöst hat. Im ambulanten Bereich ist hingegen noch die Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVA) des „alten“ Qualitätssystems gültig. Diese wird jedoch im Zuge der Umstellung auf das neue ambulante Qualitätssystem auch durch eine Qualitätsdarstellungsvereinbarung abgelöst (siehe Kapitel 2.3.1).

Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie

der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen und ihrer Angehörigen angemessen zu berücksichtigen. Im Vordergrund der Qualitätsprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität, die sich vor allem auf Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen bezieht (siehe hierzu auch Kapitel 2.3.1).

MDK und Prüfdienst der PKV bewerten jedoch nicht nur die Qualität. Sie haben auch die Aufgabe, Einrichtungen in Qualitätsfragen zu beraten und Empfehlungen abzugeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

4.7.2 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen

Das QS-Verfahren und die Prüfinstrumente

Am 24. Juli 2013 traten die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung - QS-Ri QP) in Kraft. Die Richtlinien sollen eine bundesweit einheitliche Prüfpraxis der Medizinischen Dienste gewährleisten. Im Zuge der Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen für den vollstationären Bereich wurden die Richtlinien im Jahr 2019 angepasst, sind in veränderter Fassung am 17. Dezember 2019 in Kraft getreten und regeln das Gesamtverfahren zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Verfahren) ab dem Jahr 2020.

Auf Grundlage der QS-Ri QP haben die Medizinischen Dienste und der PKV-Prüfdienst ein umfassendes QS-Verfahren entwickelt. Dieses stützt sich auf die Anwendung von drei wesentlichen Prüfinstrumenten:

- MDK-übergreifende Audits,
- Befragungen der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen und
- externe Audits.

Zusätzlich findet eine interne Qualitätssicherung der Prüfberichte auf einheitlicher Grundlage statt.

Im Rahmen der MDK-übergreifenden Audits werden einmal im Jahr mindestens 10 Prozent aller Prüferinnen und Prüfer bei einer Qualitätsprüfung durch erfahrene Prüferinnen und Prüfer eines anderen MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes begleitet und vor Ort auditiert. Tabelle 50 gibt eine Übersicht zur Anzahl der jährlich durchgeführten MDK-übergreifenden Audits stationärer und ambulanter Qualitätsprüfungen. Die Auditorinnen und Auditoren bewerten parallel zu den Prüferinnen und Prüfern als „stille Beobachter“ die Versorgungsqualität der Pflegeeinrichtung. Anschließend wird überprüft, in wie viel Prozent aller Fälle prüfende und auditierende Personen zu einer übereinstimmenden Beurteilung gelangt sind. Tabelle 51 zeigt die Übereinstimmungsquoten für die Gesamtheit aller Prüffragen, getrennt nach ambulant und stationär, für die Berichtsjahre 2016 bis 2019. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass eine bundesweit einheitliche Anwendung der QPR stattfindet.

Tabelle 50: Anzahl der jährlich durchgeführten MDK-übergreifenden Audits stationärer und ambulanter Qualitätsprüfungen (differenziert nach den jeweiligen Medizinischen Diensten)

Prüfdienst**	2016	2017	2018	2019*
	Durchgeführte Audits***	Durchgeführte Audits***	Durchgeführte Audits***	Durchgeführte Audits***
MDK Baden-Württemberg	7	7	7	4
MDK Bayern	8	9	9	4
MDK Berlin-Brandenburg	4	4	5	3
MDK Bremen	2	2	2	1
MDK Hessen	6	6	6	3
MDK Mecklenburg-Vorpommern	2	2	2	1
MDK Niedersachsen	7	8	9	4
MDK Nord	5	5	4	2
MDK Nordrhein	6	6	6	3
MDK Rheinland-Pfalz	3	3	3	2
MDK Saarland	2	2	2	1
MDK Sachsen	5	5	3	2
MDK Sachsen-Anhalt	3	3	3	2
MDK Thüringen	2	2	2	1
MDK Westfalen-Lippe	9	8	8	4
Knappschaft	2	2	2	1
Prüfdienst der PKV	13	14	14	6
Insgesamt	86	88	87	44

*Aufgrund der Einführung der neuen Qualitätsprüfung im stationären Bereich am 1. November 2019 fanden 2019 ausschließlich MDK-übergreifende Audits ambulanter Pflegeeinrichtungen statt.

** 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.

*** Es handelt sich um die Anzahl der Audits, die beim jeweiligen MDK durch einen anderen MDK durchgeführt wurden. Die Zahlen sind pro Jahr und MDK identisch mit der Anzahl an Audits, die der jeweilige MDK im gegenseitigen Verfahren als Auditor eines anderen MDK durchgeführt hat.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 51: Übereinstimmung zwischen Bewertung der Prüferinnen und Prüfer und der Auditorinnen und Auditoren von 2016-2019

Übereinstimmung zwischen Bewertung der Prüfer/innen und der Auditor/innen	2016 (in %)	2017 (in %)	2018 (in %)	2019 (in %)
Ambulant	95,6	97,4	97,7	98,0
Stationär	95,4	95,6	96,4	*

*Aufgrund der Einführung der neuen Qualitätsprüfung im stationären Bereich am 1. November 2019 fanden 2019 ausschließlich MDK-übergreifende Audits ambulanter Pflegeeinrichtungen statt.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Jedes Jahr werden alle Pflegeeinrichtungen bezüglich der Ausführung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdiensts im Bereich der Qualitätsprüfungen befragt: Zum einen zu ihrer Zufriedenheit mit der Durchführung der Qualitätsprüfung und zum anderen zu ihrer Zufriedenheit mit dem Prüfbericht. Dabei geben jährlich ca. 6.500 Pflegeeinrichtungen ein Feedback zur Qualitätsprüfung und fast 4.000 Einrichtungen geben ein Feedback zur Qualität des Prüfberichts. Die detaillierten Ergebnisse der Befragungen für die Jahre 2016 bis 2019 sind dem Anhang des aktuellen Ergebnisberichts zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen für das Jahr 2019 auf www.mds-ev.de/themen-des-mds/pflegequalitaet/qualitaets-sicherung-der-qualitaetspruefung.html zu entnehmen. Sie zeigen, dass die Pflegeeinrichtungen die Arbeit der Prüferinnen und Prüfer der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes positiv bewerten, insbesondere im Hinblick auf ihre Fach- und Beratungskompetenz.

Auch die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Gelegenheit, die Prüfberichte eines Jahres im Hinblick auf ihre Qualität zu bewerten. Hierfür kommt ein bundesweit einheitlicher Fragebogen zum Einsatz; betrachtet werden u. a. Umfang, Strukturiertheit und Nachvollziehbarkeit der Prüfberichte. Die Zufriedenheit der Landesverbände der Pflegekassen hat sich im Laufe der letzten vier Jahre weiter verbessert.

In den Jahren 2015 bis 2018 wurde einmal jährlich durch einen externen Sachverständigen überprüft, ob die Anforderungen, denen sich die Medizinischen Dienste und der PKV-Prüfdienst im Rahmen der Umsetzung der QS-Ri QP stellen, auch erfüllt worden sind. Die Ergebnisse belegen, dass es den Medizinischen Diensten und dem PKV-Prüfdienst in den vergangenen vier Jahren gelungen ist, das umfassende QS-Verfahren auf eine einheitliche und vergleichbare Basis zu stellen und die geforderten Maßnahmen erfolgreich in die bestehenden internen Arbeitsstrukturen zu integrieren. Da im Jahr 2019 durch die Umsetzung der neuen Qualitätsprüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen die bis dato in den Prüfdiensten etablierten Prozesse zur Umsetzung der Vorgaben zur QS der QP hinfällig waren, fanden im Jahr 2019 keine externen Prozessaudits in den Medizinischen Diensten und beim PKV-Prüfdienst statt.

Ausblick – Das QS-Verfahren ab dem Jahr 2020

Die an die neuen QPR stationär angepassten QS-Ri QP sind seit 17. Dezember 2019 in Kraft und regeln das QS-Verfahren ab dem Jahr 2020. Die grundsätzliche Ausrichtung des QS-Verfahrens wird beibehalten, jedoch wurden die Prüfinstrumente auf die neue Methodik der Qualitätsprüfung ausgerichtet.

Mit den neuen QS-Ri QP kommt den MDK-übergreifenden Audits eine besondere Bedeutung zu. Die externe Perspektive ist für das QS-Verfahren nun von besonderer Relevanz, weil die neue Qualitätsprüfung – vor allem methodisch – einen hohen Anspruch an die Fachlichkeit der Prüferinnen und Prüfer stellt, gleichermaßen aber auch an die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen. In der neuen Qualitätsprüfung geht es nicht mehr nur um die Einhaltung standardisierter Bewertungsvorgaben, sondern noch stärker um den persönlichen Austausch von fachlich begründeten Argumenten zwischen Prüfteam und Pflegeeinrichtung. In diese Interaktion soll nun ein Blick von außen einbezogen werden, um einen Beitrag zur Nachvollziehbarkeit des Bewertungsergebnisses zu leisten. Das neu umzusetzende externe Audit soll insbesondere die Prüferinnen und Prüfer in der Wahrnehmung ihres Beratungsauftrags gegenüber den Pflegeeinrichtungen unterstützen.

4.8 Vergütung der einzelnen Leistungen

4.8.1 Häusliche Pflegehilfe

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird gemeinsam 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 2016 bis 2019 findet sich im Anhang B, Tabelle 102. Die vereinbarten Leistungskomplexe in den Ländern können auf der Internetseite des BMG zum Siebten 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 2016 bis 2019 ist eine Zunahme sichtbar.

Tabelle 52: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulante Pflege)

01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
14.583	14.912	15.296	15.654

Quelle: GKV-Spitzenverband

4.8.2 Tages- und Nachtpflege

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Der nachfolgenden Tabelle können die durchschnittlichen Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im teilstationären Bereich für die Jahre 2016 bis 2019 entnommen werden.

Tabelle 53: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag

	Pflegesatz Pflegestufe I	Pflegesatz Pfe- gestufe II	Pflegesatz in Pflegestufe III	Unterkunft	Verpflegung	Investitions- kosten
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)
2016	35,61	42,95	50,42	7,32	5,03	6,94

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 54: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)
2017	32,98	38,79	43,75	48,77	51,93	7,15	5,33	7,72
2018	35,09	40,82	45,50	49,95	53,30	7,25	5,39	7,82
2019	39,18	45,05	49,50	54,08	57,71	7,51	5,61	8,07

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern sind der Übersicht im Anhang B den Tabellen 106 bis 109 zu entnehmen.

Für die Jahre 2016 bis 2019 ist eine Zunahme der Pflegesatzvereinbarungen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen sichtbar. In der Tagespflege sind die Pflegesatzvereinbarungen erheblich angestiegen.

Tabelle 55: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Tagespflege)

01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
4.327	4.681	5.216	5.721

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 56: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Nachtpflege)

01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
157	115	114	119

Quelle: GKV-Spitzenverband

4.8.3 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege in eingestreuten Betten oder separater Abteilung

Für das Jahr 2016 war eine Auswertung der Pflegesätze für Kurzzeitpflege mit eingestreuten Betten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich. In den Pflegesatzvereinbarungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist die eingestreuete Kurzzeitpflege einbezogen, sodass eine gesonderte Ausweisung der Anzahl nicht erfolgt.

Tabelle 57: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)
2017	35,71	46,69	61,36	76,56	83,35	14,15	9,92	15,61
2018	40,35	50,63	63,98	77,74	83,90	14,42	10,16	15,65
2019	46,19	54,22	67,38	81,10	87,23	15,07	10,80	15,10

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze haben sich seit dem Jahr 2017 in allen Pflegegraden erhöht. Ebenso sind die bundesdurchschnittlichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung weiter angestiegen. Die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten sind dagegen im Jahr 2019 geringfügig gesunken.

Solitäre Kurzzeitpflege

Tabelle 58: Bundesdurchschnittliche tägliche Pflegesätze sowie Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege)

	Pflegestufe I (in Euro)	Pflegestufe II (in Euro)	Pflegestufe III (in Euro)	Unterkunft (in Euro)	Verpflegung (in Euro)	Investitionskosten (in Euro)
2016	56,04	68,48	82,56	13,44	8,38	10,45

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 59: 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)	Investitionskosten (in Euro)
2017	51,77	60,17	72,45	84,75	90,50	15,00	9,26	10,48
2018	53,97	63,05	74,70	86,15	91,86	15,29	9,46	10,57
2019	59,71	68,35	79,75	91,06	96,78	16,15	9,97	10,71

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze haben sich hierbei in allen Pflegegraden erhöht. Ebenso sind die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionen weiter angestiegen.

Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege in den einzelnen Bundesländern ist im Anhang B den Tabellen 110 bis 116 zu entnehmen.

Bundesweit ist die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insgesamt leicht rückläufig. Sie hat sich von 540 im Jahr 2016 auf 514 im Jahr 2019 entwickelt. In einzelnen Bundesländern hat sich diese im Gegensatz zur Bundesebene auch erhöht. Eine Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist im Anhang B Tabelle 117 zu entnehmen.

Tabelle 60: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen)

01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
540	496	519	514

Quelle: GKV-Spitzenverband

4.8.4 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 2016 bis 2019 sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 61: Bundesdurchschnittliche Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen

Jahr	EEE* (Monat in Euro)	EEE* (Tag in Euro)	Entgelt für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Entgelt für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
2016	---	---	13,28	8,23	16,37
2017	562,06	18,48	13,97	9,37	15,18
2018	608,43	20,00	14,22	9,51	15,27
2019	692,85	22,78	14,73	9,84	14,81

*Teilweise Rundungsdifferenzen (2017-2019). Der Monatsbetrag ist immer durch 30,42 zu teilen, um den Tagesbetrag zu erhalten

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 62: Bundesdurchschnittlicher täglicher Pflegesatz

Jahr	Pflegestufe I (in Euro)	Pflegestufe II (in Euro)	Pflegestufe III (in Euro)
2016	46,35	61,70	78,76

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 63: 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)
2017	33,32	43,20	59,43	76,30	83,85
2018	34,48	44,82	61,04	77,89	86,12
2019	37,66	48,27	64,44	81,29	88,84

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze sowie die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind im Laufe des Berichtszeitraums in allen Pflegegraden angestiegen. Ebenso sind die bundesdurchschnittlichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im Zeitverlauf angestiegen, während die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten im Jahr 2019 geringfügig gesunken sind.

Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner ist im Anhang B den Tabellen 118 bis 121 zu entnehmen.

Die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen ist leicht angestiegen. Diese beinhaltet auch die Pflegesatzvereinbarungen für eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, da diese nicht separat ausgewiesen werden.

Tabelle 64: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege

01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
11.648	11.553	11.634	11.676

Quelle: GKV-Spitzenverband

4.9 Personal

4.9.1 Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Zunahme der Zahl der Beschäftigten in der Pflege ist seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung ungebrochen. In den letzten 20 Jahren (ab dem Jahr 1999) hat sich die Zahl der Menschen, die in der Pflege arbeiten, um rund 593.000 erhöht und hat sich damit fast verdoppelt (vgl. Tabelle 65). Dies zeigt: Die Altenpflege ist ein Jobmotor. Die Zahl der Beschäftigten bei ambulanten Pflegediensten stieg dabei seit dem Jahr 1999 (rund 184.000 Beschäftigte) um etwa 129 Prozent auf rund 422.000 Beschäftigte im Jahr 2019 an. Die große Mehrzahl der Beschäftigten ist weiblich (86,0 Prozent). In Pflegeheimen stieg seit dem Jahr 1999 (rund 441.000 Beschäftigte) die Zahl der Beschäftigten um etwa 80 Prozent auf rund 796.000 Beschäftigte im Jahr 2019 an. Weiterhin ist die Mehrzahl der Beschäftigten auch im stationären Bereich weiblich (82,7 Prozent).

Tabelle 65: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI in den letzten 20 Jahren

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

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2019

4.9.2 Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die examinierten Altenpflegerinnen und -pfleger (ca. 23,5 Prozent) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (ca. 18,5 Prozent) stellen die größten Gruppen der Beschäftigten im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 66). Die Hälfte der Beschäftigten im ambulanten Bereich, die in der Grundpflege eingesetzt wurden, verfügte über einen Berufsabschluss als Altenpflegerin bzw. -pfleger (rund 29 Prozent) oder als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger (rund 21 Prozent).

Tabelle 66: Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich zum Stichtag: 15.12.2019

Berufsabschluss	Personal gesamt	Pflegdienstleitung	Körperbezogene Pflege	Hauswirtschaftliche Versorgung	Administrativer Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	98.976	8.605	82.978	581	2.050	4.762
Altenpflegehelfer/-in	21.831	224	20.089	507	145	866
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	78.129	9.667	60.086	489	2.931	4.956
Krankenpflegehelfer/-in	14.822	101	13.647	421	135	518
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	1.279	523	206	25	436	89
Sonstiger Berufsabschluss	155.482	1.253	76.442	42.026	12.556	23.205
Ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	51.031	7	32.420	12.218	1.660	4.726
Gesamt	421.550	20.380	285.868	56.267	19.913	39.122

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2019

Hinsichtlich der Altersstruktur im ambulanten Bereich gestaltete sich die Situation der Beschäftigten folgendermaßen: Rund 13,8 Prozent waren unter 30 Jahre alt, etwa 45,1 Prozent der Beschäftigten war zwischen 30 und 49 Jahren alt und ca. 41,1 Prozent waren älter als 50 Jahre.

Die examinierten Altenpflegerinnen und -pfleger (rund 23,3 Prozent) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (ca. 6,4 Prozent) stellen im stationären Bereich ein knappes Drittel der Beschäftigten (vgl. Tabelle 67). Knapp 42 Prozent sind der Kategorie „Sonstiger Berufsabschluss“ zugeordnet, dem auch Funktionspersonal (z. B. Ergotherapeuten) zugeordnet wird. 67,3 Prozent der Beschäftigten in stationären Einrichtungen waren 2019 im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt. Ein knappes Drittel verteilt sich auf die übrigen Tätigkeitsbereiche.

Tabelle 67: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich zum Stichtag 15.12.2019

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Pflege und Betreuung	Hauswirtschaftliche Versorgung und Haustechnik	Administrativer Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	185.892	175.252	401	6.826	3.413
Altenpflegehelfer/-in	52.485	50.872	361	114	1.138
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	51.026	45.231	170	4.071	1.554
Krankenpflegehelfer/-in	17.356	16.766	182	40	368
Fachhochschul-/ Hochschulabschluss	3.428	821	29	2.355	223
Sonstiger Berufsabschluss	333.395	138.934	101.933	28.386	64.142
Ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	152.907	107.967	36.676	1.598	6.666
Gesamt	796.489	535.843	139.752	43.390	77.504

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2019

Die Altersstruktur der Beschäftigten im stationären Bereich stellte sich 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 älter als 50 Jahre.

4.9.3 Beschäftigungsverhältnisse (Voll- und Teilzeit) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflege generell, aber insbesondere die Altenpflege, ist durch einen vergleichsweise hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigung gekennzeichnet. So waren im Jahr 2019 nur etwa 31 Prozent des Personals in ambulanten Pflegediensten vollzeitbeschäftigt, fast 69 Prozent waren teilzeitbeschäftigt (vgl. Tabelle 68). Der Anteil der geringfügig Beschäftigten am Gesamtpersonal ambulanter Pflegedienste betrug 2019 knapp 17 Prozent. Etwa 37 Prozent der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen war Ende 2019 vollzeitbeschäftigt, etwa 63 Prozent teilzeitbeschäftigt. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten am Gesamtpersonal betrug 2019 knapp 8 Prozent.

Eine Studie (2015) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) im Auftrag des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege hat auch Gründe für die Teilzeitbeschäftigung ausgewertet.¹³⁶ Während in den westdeutschen Bundesländern Altenpflegefachkräfte vor allem persönliche und familiäre Gründe nennen, darunter das Fehlen von Kinderbetreuungsplätzen, arbeitet hingegen in den ostdeutschen Bundesländern die Hälfte von ihnen nur deshalb in Teilzeit, weil sie keine Vollzeitstelle finden. Dem drohenden Mangel der Beschäftigten in der Pflege kann folglich auch dadurch wirksam begegnet werden, indem unfreiwillige Teilzeit reduziert wird und vorhandene Kräfte ihre Arbeitszeit ausweiten. Dies kommt nicht selten auch dem Wunsch der Betroffenen entgegen. Hierbei sind auch die Arbeitgeber gefordert, Lösungen zu finden, die diesem Wunsch Rechnung tragen.

¹³⁶ <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/attraktive-pflegeberufe-details/was-man-in-den-pflegeberufen-in-deutschland-verdient.html>; [abgerufen am 06.04.2021].

Tabelle 68: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich zum Stichtag 15.12.2019

Beschäftigungsverhältnis	ambulant	stationär	gesamt
Personal insgesamt	421.550	796.489	1.218.039
Vollzeit	132.493	294.576	427.069
Teilzeitbeschäftigte über 50 Prozent	157.984	329.229	487.213
50 Prozent und weniger	59.996	109.172	169.168
Geringfügig Beschäftigte	71.077	63.512	134.589

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2019

4.9.4 Ausbildungssituation und Altenpflegeausbildung

Im Schuljahr 2019/2020 startete der letzte Jahrgang von Schülerinnen und Schülern, der nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) ausgebildet wird. Seit Einführung der dreijährigen Fachkraftausbildung in der Altenpflege im Jahr 2003 ist die Zahl der Auszubildenden erheblich gestiegen. Im Schuljahr 2003/2004 gab es noch 45.638 Auszubildende, 2019/2020 waren es insgesamt 74.760. Die Mehrheit der Auszubildenden ist weiblich, jedoch ist der Anteil der männlichen Auszubildenden in den letzten Jahren von 22,7 Prozent im Schuljahr 2015/2016 auf 25,6 Prozent im Schuljahr 2019/2020 leicht angestiegen.

Tabelle 69: Anzahl der Auszubildenden nach Pflegebereich und Schuljahr

Schuljahr		2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020
Altenpflege	Insgesamt	68.051	68.260	68.236	69.525	74.760
	Männlich	15.419	15.928	16.633	17.313	19.110
	Weiblich	52.632	52.332	51.603	52.212	55.650
Gesundheits- und Krankenpflege	Insgesamt	63.570	64.273	63.707	64.512	67.137
	Männlich	13.209	13.006	12.732	13.038	14.154
	Weiblich	50.361	51.267	50.975	51.474	52.983
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Insgesamt	7.079	7.151	7.481	7.782	8.295
	Männlich	427	351	360	381	405
	Weiblich	6.652	6.800	7.121	7.401	7.890
Summe	Insgesamt	138.700	139.684	139.424	141.819	150.192
	Männlich	29.055	29.285	29.725	30.732	33.669
	Weiblich	109.645	110.399	109.699	111.087	116.523

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2, 2015 – 2020

Mit der Reform der Pflegeberufe und der Einführung der neuen Pflegeausbildungen ab 2020 wird das AltPflG abgelöst (vgl. Kapitel 2.4.7). Für die bis einschließlich 2019 begonnenen Altenpflegeausbildungen behalten die Regelungen des AltPflG bis zu ihrem Abschluss Gültigkeit.

Das im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012-2015) eingerichtete „Beratungsteam Altenpflegeausbildung“ beim BAFzA hat seine Arbeit auch nach dem Ende der Offensive fortgeführt und berät und informiert bundesweit vor Ort zu allen Themen der Ausbildung. Seit der Verkündung des PflBG im Jahr 2017 berät das Beratungsteam auch zu den neuen Pflegeausbildungen und unterstützt die Akteure der Ausbildung in besonderem Maße in der Übergangsphase. Im Jahr 2019 erfolgte die Umbenennung in „Beratungsteam Pflegeausbildung“. Ebenfalls im Rahmen der Ausbildungsinitiative freigeschaltet wurde das Informationsportal zur (Alten-)Pflegeausbildung www.pflegeausbildung.net (vormals www.altenpflegeausbildung.net).

Einen wichtigen Anteil an der Steigerung der Ausbildungszahlen hat das Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege¹³⁷ vom 11. März 2013, mit dem Altenpflegeumschulungen dreijährig durch die Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter gefördert werden konnten und die Möglichkeiten zur Ausbildungsverkürzung für berufliche Weiterbildungen bei Vorliegen entsprechender Vorkenntnisse ausgeweitet wurden. Anknüpfend an die Erfahrungen im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege wurde die zunächst bis zum 31. März 2016 befristete Möglichkeit einer dreijährigen Umschulungsförderung bis zum 31. Dezember 2019 und damit bis zum Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung verlängert.

4.9.5 Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen

Nach dem Altenpflegegesetz des Bundes hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin bzw. dem Schüler eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (§ 17 Abs. 1 AltPflG). In der Altenpflege gibt es keinen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag, sodass die Vergütung zwischen den unterschiedlichen Trägern der Ausbildung variieren kann. In den Einrichtungen des öffentlichen Dienstes oder den Einrichtungen von Trägern, die sich an die Regelungen des öffentlichen Dienstes anlehnen, erfolgt die Vergütung nach dem Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes (TVAöD). Die Kosten sind in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig (§ 24 AltPflG, § 82a SGB XI). Seit dem 1. März 2019 haben Auszubildende gemäß TVAöD-Pflege Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung in Höhe von 1.141 Euro im ersten Ausbildungsjahr, 1.202 Euro im zweiten Ausbildungsjahr und 1.303 Euro im dritten Ausbildungsjahr. Die durchschnittliche tarifliche Ausbildungsvergütung im Jahr 2019 betrug für das gesamte Bundesgebiet 939 Euro im Monat.¹³⁸

¹³⁷ Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege vom 11. März 2013, BGBl. I 2013 S. 446.

¹³⁸ Pressemitteilung 01/2020 des BIBB vom 29.01.2020.

Tabelle 70: Jährliche Brutto-Durchschnittsvergütung je Ausbildungsjahr (AJ)

Land	2016 (in Euro)	2017 (in Euro)	2018 (in Euro)	2019 (in Euro)
BW	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BY	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BE	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BB*	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
HB	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
HH	1. AJ: 11.285,99 2. AJ: 12.402,56 3. AJ: 13.624,62	1. AJ: 11.623,24 2. AJ: 12.820,10 3. AJ: 13.973,57	1. AJ: 12.059,66 2. AJ: 13.238,81 3. AJ: 14.579,00	1. AJ: 12.956,47 2. AJ: 14.035,61 3. AJ: 15.240,37
HE**	siehe Hinweise			
MV***			1. AJ: 836,00 2. AJ: 910,00 3. AJ: 994,00	1. AJ: 951,00 2. AJ: 1.023,00 3. AJ: 1.226,00
NI	Medianentgelt nach den Angaben der BA:			
	11.532,00	12.360,00	13.092,00	k. A.
NW	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
RP	17.640,00	17.640,00	17.900,00	17.900,00
SL****	1. AJ: 11.738,40 2. AJ: 12.530,40 3. AJ: 13.806,00	1. AJ: 12.248,40 2. AJ: 13.040,40 3. AJ: 14.316,00	1. AJ: 12.623,40 2. AJ: 13.415,40 3. AJ: 14.691,00	1. AJ: 13.178,40 2. AJ: 13.970,40 3. AJ: 15.246,00
SN	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
ST	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
SH	11.557,00	11.905,00	12.313,00	12.853,00
TH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

* Es gilt die gesetzliche Regelung des § 17 Abs. 1 AltPflG auf Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung sowie der entsprechenden BAG-Auslegung.

** Eine Ermittlung von Bruttodurchschnittswerten pro Jahr ist technisch nicht möglich. Für die Altenpflegeausbildung erfolgt ebenfalls eine jährliche Überprüfung der Angemessenheit (Vergütung im ersten Ausbildungsjahr nach Vertrag). Nach der letzten Erhebung (2019) erhalten nur 0,86 % der Verträge eine Ausbildungsvergütung bis 700 €, 8,64 % bis 800 €, 23,19 % bis 900 €, weitere 10,84 % bis 1.000 € und 28 % über 1.000 €. Über die Jahre ist ein kontinuierlicher Anstieg der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege- und in der Altenpflegehelferausbildung festzustellen.

*** Durchschnittliches monatliches Arbeitnehmerbrutto.

**** Pauschalisiertes jährliches Arbeitnehmerbrutto ohne Zusatzleistungen und Jahressonderzahlung. In der Spalte für das Jahr 2016 werden die Daten für das Schuljahr 2015/2016 angegeben, in der Spalte 2017 die Daten für das Schuljahr 2016/2017, in der Spalte 2018 die Daten für das Schuljahr 2017/2018 und in der Spalte 2019 die Daten für das Schuljahr 2018/2019.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Die Altenpflegeausbildung an öffentlichen Schulen ist kostenfrei, hingegen wurde im Berichtszeitraum an privaten Schulen noch in sechs Bundesländern Schulgeld erhoben (Berlin bis Juli 2016, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt bis Juli 2018, Thüringen). In drei Ländern wurde das Schulgeld ganz oder teilweise erstattet oder es standen ausreichend kostenfreie Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Tabelle 71: Erhebung von Schulgeld an privaten Schulen der Altenpflegeausbildung

Land	Ja	Nein	Erläuterung/Regelung zum Ausgleich finanzieller Belastungen
BW		x	
BY			Verbot von Schulgeld an öffentlichen Berufsfachschulen für Altenpflege; Regelungen zur Finanzierung der privaten Berufsfachschulen für Altenpflege: Träger verpflichtet sich, durch die Annahme eines bestimmten Zuschusses - Pflegebonus - die Schülerinnen und Schüler wirtschaftlich betrachtet schulgeldfrei zu stellen.
BE*	x bis Juli 2016	x ab Au- gust 2016	Eine statistische Erfassung des von den Schulen in freier Trägerschaft erhobenen Schulgeldes erfolgte nicht. Schulgeldhöhen aus einer Abfrage aus dem Jahr 2014 liegen vor (siehe Erläuterung). Da die „Vereinbarung über die Förderung der Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Erzieherinnen und Erziehern an Schulen in freier Trägerschaft (Fördervereinbarung)“ erst im laufenden Jahr 2016 mit Wirkung vom 01.08.2016 in Kraft trat, erhoben die Schulen in freier Trägerschaft noch Schulgeld bis zum 31.07.2016. Mit dem Inkrafttreten der Fördervereinbarung haben alle Schulträger in freier Trägerschaft im Land Berlin, die genehmigten Berufsfachschulen für Altenpflege als Ersatzschulen betreiben, eine Fördervereinbarung abgeschlossen und beziehen seit dem 01.08.2016 (bzw. danach jeweils seit Genehmigung und Eröffnung der jeweiligen Schulen) Schulgeldersatzleistungen (SGE) vom Land Berlin in folgender Höhe: Bildungsgang monatliches Schulgeld je Schüler/-in Altenpflege – Teilzeit 111,00 Euro Altenpflege – Vollzeit 126,00 Euro
BB		x	
HB		x	
HH		x	Verbot von Schulgeld an öffentlichen Berufsfachschulen für Altenpflege seit 2013.
HE		x	
MV	x		Über die durchschnittliche Höhe des jährlichen Schulgeldes aus den Jahren 2016 bis 2018 liegen keine Daten vor. Für das Schuljahr 2019/2020 ist das Schulgeld vom Land Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen einer Förderung der staatlich genehmigten und/oder anerkannten Ersatzschulen in freier Trägerschaft übernommen worden. Dafür wurden insgesamt 606.318 Euro bewilligt.
NI		x	
NW		x	
RP		x	
SL		x	

Land	Ja	Nein	Erläuterung/Regelung zum Ausgleich finanzieller Belastungen
SN	x		Den Altenpflegeschülerinnen und Schülern wird das erhobene Schulgeld bis zu einer Höhe von 85 Euro im Monat aufgrund einer Förderrichtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt erstattet.
ST	x bis Juli 2018	x seit Au- gust 2018	Verordnung zur Förderung der Berufsfachschulen für Altenpflege und der Berufsfachschulen für Altenpflegehilfe vom 14. Dezember 2018 (AltPIBFSchulFöV ST); Berufsschulen für Altenpflege, die kein Schulgeld erheben, erhalten auf Antrag eine Förderung in Höhe von 100 Euro pro Schülerin oder Schüler je angefangenem Ausbildungsmonat.
SH		x	
TH	x		Keine Regelungen, um den Auszubildenden trotz Schulgeld die finanzielle Belastung auszugleichen.

**Die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Durchschnittssätze für die Fördervereinbarung zum Schulgeldersatz durchgeführte Abfrage zu den Schulgeldregelungen auf dem Niveau vom Jahr 2014 ergab folgende Schulgeldhöhen:*

Schulgeld 2014 je Schüler/-in Schwankungen (von/bis)

Altenpflege – Teilzeit: 62,36 € bis 180,00 € monatlich, 748,32 € bis 2.160,00 € jährlich

Altenpflege – Vollzeit: 60,00 € bis 238,29 € monatlich, 720,00 € bis 2.859,48 € jährlich

Die „Vereinbarung über die Förderung der Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Erzieherinnen und Erziehern an Schulen in freier Trägerschaft (Fördervereinbarung)“ trat mit Wirkung vom 01.08.2016 in Kraft.

SGE: Voraussetzung für die Gewährung der Förderung ist, dass der Schulträger nachweislich vollständig auf die Zahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden und Studierenden verzichtet und eine Übernahme des Schulgeldes von dritter Stelle ausgeschlossen ist. Als Nachweis ist eine entsprechende Erklärung auszufüllen. Die Förderung wird ersatzweise nur für die Auszubildenden und Studierenden gewährt, die als Selbstzahler den Besuch der Ersatzschule finanzieren müssten. Durch den Schulträger ist sicherzustellen, dass Auszubildende und Studierende, deren Schulgeld durch Drittmittel, z. B. über Bildungsgutschein der Bundesanstalt für Arbeit, für Umschulungsmaßnahmen oder durch Arbeitgeber bei berufsbegleitenden Ausbildungen finanziert wird, bei der Ermittlung der maßgeblichen Schülerzahlen unberücksichtigt bleiben. Eine Doppelfinanzierung wird damit ausgeschlossen.

Quelle: Länderabfrage BMG (eigene Darstellung)

Nach § 25 AltPflG, das am 1. August 2003 in Kraft trat, können die Länder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung einführen, wenn dies erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen. Zum Ende des Berichtszeitraums 2019 machten laut einer Länderbefragung des BMG die Länder Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Mit dem PflBG sind Regelungen eingeführt worden, die bundesweit eine schulgeldfreie Ausbildung in den neuen Pflegeausbildungen sicherstellen. Mit einer Neuordnung der Finanzierung über Ausgleichsfonds bei den Ländern werden die Kosten der Ausbildung auf alle Betriebe umgelegt, um somit die Nachteile für auszubildende Betriebe auszugleichen.

4.9.6 Förderung von Umschulungsmaßnahmen und Ausbildungsförderung im Altenpflegebereich

Die Bundesagentur für Arbeit leistet insbesondere durch die Aus- und Weiterbildungsförderung wichtige Beiträge zur Fachkraftsicherung in der Pflege einschließlich der Altenpflege.

Ausbildungsförderung

Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter haben in den vergangenen Berichtsjahren die betriebliche Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz mit verschiedenen Maßnahmen gefördert. So besteht die Möglichkeit, zur Vorbereitung auf eine Ausbildung im Altenpflegebereich eine Einstiegsqualifizierung durchzuführen. Mit ausbildungsbegleitenden Hilfen und der Assistierten Ausbildung können junge Menschen bei der Durchführung und dem erfolgreichen Abschluss ihrer Ausbildung auch zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger unterstützt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen gewähren die Agenturen für Arbeit Auszubildenden, die eine betrieblich durchgeführte Altenpflegeausbildung absolvieren, eine finanzielle Förderung durch die Berufsausbildungsbeihilfe.

Seit Anfang 2020 kann auch die Ausbildung zur Pflegefachkraft nach dem 2017 verkündeten PflBG mit den genannten Instrumenten gefördert werden. Außerdem wurde das Förderinstrument der Assistierten Ausbildung an sich weiterentwickelt und verstetigt. Dabei werden ausbildungsbegleitende Hilfen und die Assistierte Ausbildung zusammengeführt. Angebote der ausbildungsbegleitenden Hilfen sollen künftig im Rahmen der Assistierten Ausbildung zur Verfügung stehen. Es besteht überdies wie bisher die Möglichkeit, im Rahmen der Vorphase der Assistierten Ausbildung bereits vor der Ausbildung anzusetzen.

Umschulungsmaßnahmen

Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter fördern neben arbeitslos gemeldeten und arbeitssuchenden Personen auch berufsbegleitende Weiterbildungen und Umschulungen zu Pflegefachkräften. Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Qualifizierungschancengesetz wurde die Weiterbildungsförderung beschäftigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erheblich erweitert. Es eröffnet Beschäftigten nun grundsätzlich unabhängig von Qualifikation, Alter und Betriebsgröße einen Zugang zur beruflichen Weiterbildungsförderung nach dem Dritten und dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III und SGB II). Zudem wird Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine Anpassung und Fortentwicklung ihrer beruflichen Kompetenzen ermöglicht, wenn sie berufliche Tätigkeiten ausüben, die durch Technologien ersetzt werden können, in sonstiger Weise vom Strukturwandel betroffen sind oder eine Weiterbildung in einem Engpassberuf anstreben.

Die BA engagiert sich im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege (Kap. 2.4.7) verstärkt in der Aus- und Weiterbildungsförderung im Altenpflegebereich. Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter sprechen dazu geeignete, arbeitslos gemeldete und arbeitssuchende Personen gezielt auf eine Umschulung zur Pflegefachperson an und fördern bei Vorliegen der Voraussetzungen auch beschäftigte Pflegehilfskräfte bei der Nachqualifizierung. So sind allein im Bereich der Altenpflegefachkraft im Jahr 2019 über 9.400 Eintritte in Umschulungsmaßnahmen gefördert worden. Damit ist annähernd jeder vierte Auszubildende in der Altenpflege eine von der BA geförderte Umschülerin oder ein geförderter Umschüler. Dies stellt eine Steigerung der Teilnahmen an Umschulungsmaßnahmen zur Altenpflegefachkraft von rund 38 Prozent gegenüber rund 6.800 Eintritten im Jahr 2018 dar. Bei den geförderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses einen Berufsabschluss nachholen, lag im Jahr 2019 der Anteil des Berufsziels „Altenpflegefachkraft“ sogar bei über 75 Prozent. Die Umschulungsförderung in der Altenpflege nimmt damit bei der Förderung von Weiterbildungen mit Berufsabschluss einen Spitzenplatz ein.¹³⁹

¹³⁹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.

Tabelle 72: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft in der Altenpflege

Jahressummen	begonnen	abgeschlossen*	absolviert**
Jahr 2016	6.422	7.559	6.072
Jahr 2017	6.382	6.950	5.670
Jahr 2018	6.806	6.485	5.230
Jahr 2019	9.405	6.319	5.052

* abgeschlossen: entweder erfolgreich oder abgebrochen

** absolviert: erfolgreich teilgenommen

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Das dargestellte Engagement der BA im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege wird auch im Rahmen der seit 2020 geltenden neuen Pflegeausbildung fortgesetzt und weiterhin ein Förderschwerpunkt der Arbeitsagenturen und Jobcenter sein. Die befristete Regelung zur Förderung des dritten Umschulungsjahres in der Altenpflege wurde zunächst bis Ende 2019 verlängert und für die neue Ausbildung der Pflegefachkraft nun dauerhaft in das SGB III aufgenommen.

4.9.7 Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

Wer in Deutschland die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ führen will bzw. als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. Altenpflegerin oder Altenpfleger tätig sein will, braucht eine staatliche Erlaubnis. Dies gilt auch für Pflegefachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten, die im Rahmen der Freizügigkeit uneingeschränkter 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 (PflAPrV) geregelt. Sie setzen die unionsrechtlichen Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen um.

Um in Deutschland als Pflegefachkraft zu arbeiten, benötigt eine Pflegefachkraft mit ausländischer Berufsqualifikation die Anerkennung ihres ausländischen Berufsabschlusses in Deutschland (entsprechend des sog. Referenzberufes: insbesondere Pflegefachmann oder Pflegefachfrau). Falls dafür noch eine Ausgleichsmaßnahme in Deutschland erforderlich sein sollte, kann sie bereits während der Maßnahme eine berufsnahe Tätigkeit ausüben (vgl. § 16d Abs. 2 Aufenthaltsgesetz). Ob diese Tätigkeit als Pflegehilfskraft ausgeübt werden darf, hängt dabei von den landesrechtlich geregelten Bestimmungen ab, die mit der örtlich zuständigen Anerkennungsstelle abzustimmen sind. Zudem ist die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit zur Aufnahme der Beschäftigung erforderlich. Zur Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung sind darüber hinaus Kenntnisse der deutschen Sprache erforderlich, die sich 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. Die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Pflegeberufe stieg zuletzt deutlich an. Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegerin und des Gesundheits- und Krankenpflegers war mit 14.859 Anträgen der antragsstärkste Beruf im Jahr 2019.¹⁴⁰ Es ist weiterhin ein großes Interesse und ein entsprechend hoher Informationsbedarf im Bereich der Anerkennung von Berufsqualifikationen in Pflegeberufen zu verzeichnen. Die neue Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann bietet zudem die Möglichkeit einer automatischen EU-weiten Anerkennung.

4.9.8 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. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Verhinderungspflege.

Bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz ruht der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld nicht. Dies gilt auch, wenn der Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von sechs Wochen hinausgeht.

Die im Ausland bzw. in den EWR-Staaten und der Schweiz lebenden Pflegebedürftigen werden statistisch nicht erfasst. Allerdings liegen Zahlen über die im Ausland durchgeführten Pflegebegutachtungen vor (vgl. Tabelle 73).

*Tabelle 73: In Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz durchgeführte Begutachtungen nach Gutachtenart**

Jahr	2016	2017	2018	2016	2017	2018
durchgeführte Begutachtungen	3602	4.160	4.154	in %	in %	in %
davon Erstbegutachtungen	2.373	2.664	2.614	65,9	64,0	62,9
davon Folgebegutachtungen	1.091	1.260	1.367	30,3	30,30	32,90
Widersprüche	138	236	173	3,80	5,70	4,20

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Die Anzahl der jährlich durchgeführten Begutachtungen hat sich im gesamten EWR insbesondere in den Jahren 2017 und 2018 deutlich erhöht (vgl. Tabelle 73). Diese Zunahme geht mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einher.

¹⁴⁰ BMBF (2020): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019.

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 MDK aufgeteilt.

Auffällig ist, dass die höheren Pflegegrade 4 und 5 im Ausland deutlich häufiger vergeben werden als im Inland. Pflegegrad 4 wurde im Jahr 2017 im EWR-Ausland bei 17 Prozent (Inland 8,9 Prozent) und Pflegegrad 5 bei 5,7 Prozent (Inland 2,7 Prozent) der Antragsteller vergeben. Im Jahr 2018 wurde Pflegegrad 4 im EWR-Ausland bei 16,2 Prozent (Inland 8,7 Prozent) und Pflegegrad 5 bei 6,5 Prozent (Inland 2,8 Prozent) der Antragsteller vergeben (vgl. Tabelle 75). Möglicherweise werden Anträge aus dem Ausland, im Unterschied zum Inland, häufig erst dann gestellt, wenn der Hilfebedarf ausgeprägter ist.

*Tabelle 74: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen nach der alten BRi im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz**

Jahr	2016	2017	2016	2017
durchgeführte Erstbegutachtungen	2.373	566	in %	in %
nicht pflegebedürftig	186	41	7,8	7,2
PEA unterhalb Stufe I	196	52	8,3	9,2
Stufe I	993	203	41,8	35,9
Stufe II	735	186	31,0	32,9
Stufe III	263	84	11,1	14,8

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

*Tabelle 75: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen nach der neuen BRi im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz**

Jahr	2017	2018	2017	2018
durchgeführte Erstbegutachtungen	2.098	2.614	in %	in %
nicht pflegebedürftig	200	325	9,5	12,4
Pflegegrad 1	173	272	8,2	10,4
Pflegegrad 2	716	753	34,1	28,8
Pflegegrad 3	534	670	25,5	25,6
Pflegegrad 4	356	423	17,0	16,2
Pflegegrad 5	119	171	5,7	6,5

* Die hier dargestellten Ergebnisse stammen aus einer Sondererhebung der Medizinischen Dienste. Die Begutachtungsergebnisse liegen darin nur für Erstgutachten vor. Die Daten für 2019 liegen noch nicht vor.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEntG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz
AJ	Ausbildungsjahr
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
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BEMA	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
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
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BRI	Begutachtungs-Richtlinien
BULE	Bundesprogramm Ländliche Entwicklung
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
DAS	Datenauswertungsstelle
DAlzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
DeFa	Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe
DKF	Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
Ebd.	Ebenda
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
EFRE	Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung
Erw	Erwachsene
ESF	Europäischer Sozialfonds
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FEG	Fachkräfteeinwanderungsgesetz
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz (FamilienpflegeZG)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GD FTE und GD SANTE	Nationale Gesundheitsministerien der Europäischen Kommission

GDO	Global Dementia Observatory
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GPVG	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
k. A.	Keine Angaben
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KQP	Kontinuierliche Qualitätsprüfung
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
MKW	Ministeriums für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen
MS NI	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
MSGIV	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MWIDE	Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
OBS	Optimierter Begutachtungsstandard
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PDSG	Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur
PfIAFinV	Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung
PfIAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PflegeArbbV	Pflegearbeitsbedingungenverordnung
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PG	Pflegegrad
PKV	Privaten Krankenversicherung
PKV-Prüfdienst	Prüfdienstes 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
PTVA	Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant
PTVS	Pflege-Transparenzvereinbarung stationär
PV	Pflegeversicherung insgesamt (SPV und PPV)
QDVS	Qualitätsdarstellungsvereinbarung
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 II	Zweites Buch Sozialgesetzbuch
SGB III	Drittes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SM BWL	Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
SN	Sachsen
sog.	sogenannt
SPV	Soziale Pflegeversicherung
ST	Sachsen-Anhalt
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
TH	Thüringen
TI	Telematikinfrastruktur
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
TVAöD	Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes
u. a.	unter anderem
vdek	Verbandes der Ersatzkassen e. V.
Vgl.	Vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z. B.	Zum Beispiel
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit
ZSBA	Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung

Literatur- und Quellenverzeichnis

Datenabfragen:

Für den vorliegenden Bericht wurden Daten für die Berichtsjahre 2016 bis 2019 bei den Bundesländern (Länderabfrage BMG), bei dem Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen MEDICPROOF, bei dem Beratungsdienst der privaten Pflegeversicherung compass private pflegeberatung GmbH (compass), bei dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und über den GKV-Spitzenverband bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) abgefragt. Von wem die dargestellten Daten jeweils geliefert wurden, kann den Quellenangaben entnommen werden.

Alzheimer Europe (Hg.): Dementia in Europe. Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe; <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> [abgerufen am 05.02.2021].

Bewertungsausschuss Ärzte (2019): Evaluationsbericht Stufe II (Weiterführende Evaluation) von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 3 SGB V, Stand: Dezember 2019; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/2019_12_05_Evaluationsbericht_BA_Stufe_II_Kooperation_Pflegeheim.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

BMBF (2020): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, Januar 2020; https://www.bmbf.de/upload_files-tore/pub/Bericht_zum_Anerkennungsgesetz_2019.pdf [abgerufen am 24.03.2021].

BMFSFJ, BMG (2018): Gemeinsam für Menschen mit Demenz, Bericht zur Umsetzung der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz 2014–2018; Berlin August 2018; https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/Bericht_zur_Umsetzung_der_Agenda_Deutsch.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

BMFSFJ, BMG (2020): Nationale Demenzstrategie, Berlin 2020; https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

BMFSFJ (2020): Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023), Erster Bericht, Berlin, November 2020; <https://www.pflegeausbildung.net/ausbildungsoffensive-und-kampagne/erster-bericht.html> [abgerufen am 09.04.21].

BMG (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin.

BMG (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin.

BMG (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bund-laender-ag-kommunen-und-pflege.html> [abgerufen am 01.11.2019].

BMG (2018): Regionaldialog „Pflege stärken“: Abschlussbericht, Berlin Juli 2018; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3212> [abgerufen am 05.02.2021].

BMG (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 11.09.2020].

BMG (2021): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 15. Februar 2021; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [abgerufen am 20.02.2021].

BMG (BMFSFJ, BMAS) Konzierte Aktion Pflege (2020): Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin November 2020; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-11-13_1_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_KAP.PDF [abgerufen am 05.02.2021].

BMWi (2019): Strategie zur gezielten Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten, Fachkräftegewinnungs-Strategie, Dezember 2019; https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ausbildung-und-Beruf/strategien-gewinnung-fachkraefte.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [abgerufen am 05.02.2021].

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2020): Informationsblatt 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Stand Juni 2020; https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

DZNE (2016): Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D), Sachbericht des Forschungsverbundes Berichtszeitraum: 04/2012 – 12/2015; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_1_1a_2_3_Abschlussbericht_DZNE-Greifswald_Witten_Berlin_IfaS.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

Erweiterter Qualitätsausschuss (2019): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) -vom 19.03.2019; <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/05/Qualita%CC%88tsdarstellungsvereinbarung-fu%CC%88r-die-stationa%CC%88rePfleger-QDVS.pdf> [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2017-05-16_Pflege_BRI_aktualisierte_Fassung_vom_31.03.2017.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2018a): Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI; Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Berichtszeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/fehlverhalten/Bericht_Fehlverhalten_2016-17_barrierefrei.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2018b): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege (Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär)) vom 17. Dezember 2018, in der Fassung vom 2. Juni 2020; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsuetze_zur_qualitaetssicherung/qpr_2017/Pflege_QPR_vollstationaer_Inkrafttreten_23.06.2020.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2018c): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) in der Fassung vom 5. Oktober 2020; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2020-10-05_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2020a): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI, Juni 2020; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200630_Pflegeberatung_Bericht_des_GKV_FINAL.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

GKV-Spitzenverband (2020b): 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 Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2019, Stand: 31.08.2020; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2019_4/2020-08-31_Bericht_Reha-Empfehlungen_18aAbs3_SGBXI.pdf [abgerufen am 01.12.2020].

GKV-Spitzenverband (2020c): Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI; Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Berichtszeitraum 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/fehlverhalten/Bericht_Fehlverhalten_2018-2019_Internet.pdf [abgerufen am 05.03.2021].

IAB (2020): Aktuelle Daten und Indikatoren Entgelte von Pflegekräften; 4. November 2020; http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2018): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten, Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, Juni 2018; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final_20181220_.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2019a): Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Los 1). Berlin; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2019b): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 3: Schnittstellen Eingliederungshilfe. Berlin; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_3_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2019c): Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis. Abschlussbericht zum Arbeitspaket 1 der Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklung in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Projekt TRANSFORM). Berlin; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2020): Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, Leitfaden für den GKV-Spitzenverband Berlin, Februar 2020; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_betreuungsdienste_125/2020-08-10_Leitfaden_Pflegerische_Betreuungsmaßnahmen_FINAL.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IGES (2021): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. Ergebnisbericht für das BMG, Berlin Februar 2021; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Berichtspflicht_der_Laender_zu_Foerderung_und_Investitionskosten_von_Pflegeeinrichtungen_2019.pdf

rium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/IGES_Ergebnisbericht_Laender_Investitions-kosten_Pflege_2019_barrierefrei.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) (2020): Abschlussbericht zur operativen Vorauswertung der Antworten der Aktion „Mehr-Pflege-Kraft“, an das BMG, Saarbrücken 22. Juni 2020; https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Auswertung_MPK/2020-06-22_Abschlussbericht_Vorauswertung_final.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IPP, KDA, Prognos (2019): Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI, Abschlussbericht, Bremen/Köln/Freiburg, 16. Januar 2019; <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf> [abgerufen am 05.02.2021].

IPW, aQua Institut (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege, Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung, im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege, Bielefeld/Göttingen 3. September 2018; https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationa%CC%88r_Abschlussbericht.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

IPW, Hochschule Osnabrück (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege, Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege, Osnabrück/Bielefeld, 20. August 2018; <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf> [abgerufen am 05.02.2021].

Kantar Public (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

Kantar Public (2019b): Sonderauswertung PSG II: Analyse von tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. München.

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (19. Legislaturperiode): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.; <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> [abgerufen am 05.02.2021].

KPMG (2020): Studie zu der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen, Abschlussbericht, BMG 19. Juni 2020; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Studie_zur_Umsetzung_der_Berichtspflicht_der_Laender_zu_Investitionskosten_in_Pflegeeinrichtungen.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

MDS (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege; Dezember 2017; <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/mds-pflege-qualitaetsberichte.html> [abgerufen am 05.02.2021]

MDS (2019a): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung, Stand Mai 2019; https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info.pdf [abgerufen am 06.11.2019].

MDS (2019b): Pflegeberichterstattung. Ergebnisse und Erfahrungen nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2017 und 2018 (nicht veröffentlicht).

MDS (2020): 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege; Dezember 2020; https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf [abgerufen am 25.03.2021].

Prognos (2019a): Endbericht Fortschreibung Monitoring (Los 5). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Basel; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_5_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

Prognos (2019b): Anhang zum Endbericht. Fortschreibung Monitoring (Los 5). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Basel; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Anhang_Los_5_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

Qualitätsausschuss (2018): 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 23.11.2018, zuletzt geändert in Anlage 3 am 30.07.2019; <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/10/MuG-Vereinbarungstext-zuletzt-gea%CC%88ndert-am-30.07.2019.pdf> [abgerufen am 05.02.2021].

Rothgang H., Wagner C. (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit, Universität Bremen 28. Februar 2019; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

SOCIUM, IPP (2018): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen, Endbericht, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. Bremen, Mai 2018; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

SOCIUM (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung. Bremen; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_4_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

SOCIUM, IPP, iaw, KKS B (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; https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf [abgerufen am 05.02.2021].

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020; <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=8> [abgerufen am 05.02.2021].

Statistisches Bundesamt (Destatis), (2020): Pflegestatistik 2019; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/inhalt.html#sprg234062> [abgerufen am 05.02.2021].

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht des Unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. BAFzA, Berlin Juni 2019; <https://www.bmfsfj.de/blob/138138/1aac7b66ce0541ce2e48cb12fb962eef/erster-bericht-des-unabhaengi-gen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf> [abgerufen am 05.02.2021].

WHO (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025, Genf 2017; https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/ [abgerufen am 05.02.2021].

Wingenfeld K. (2019): Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P19-156, Dezember 2019; https://www.uni-bielefeld.de/ge-sundhw/ag6/downloads/ipw_156.pdf [abgerufen am 31.08.2020].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung	11
Abbildung 2: Pflegebedürftige der SPV und PPV nach Art der Versorgung (ambulant und stationär) 2019	12
Abbildung 3: Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 1950-2019.....	13
Abbildung 4: Bevölkerungszahl Deutschland 1950-2060	14
Abbildung 5: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland 1950-2060	15
Abbildung 6: Anteil pflegebedürftiger Personen nach Altersgruppen 2019.....	16
Abbildung 7: Gesetze und Verordnungen zur Pflege im Berichtszeitraum.....	18
Abbildung 8: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im ambulanten Bereich seit 2017	79
Abbildung 9: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegegraden am Jahresende im stationären Bereich seit 2017	79
Abbildung 10: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt seit 2015.....	80
Abbildung 11: Leistungsempfänger der SPV nach Geschlecht am Jahresende 2015-2019	81
Abbildung 12: Entwicklung der Leistungsempfänger SPV nach Alter und Geschlecht 2019 (ohne Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)	81
Abbildung 13: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung 2015-2019	82
Abbildung 14: Entwicklung von Rehabilitationsempfehlungen und Reha-Quote	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum.....	18
Tabelle 2: Übersicht der Themenschwerpunkte und methodischen Umsetzung der Evaluationsstudien.....	21
Tabelle 3: Sechs Module des Begutachtungsinstruments.....	25
Tabelle 4: Anträge- und Bewilligungen des Pflegestellen-Förderprogrammes Altenpflege.....	38
Tabelle 5: Soziale Absicherung der Pflegeperson; Stand: 31.12.2019.....	54
Tabelle 6: Investitionskostenförderung nach Versorgungsbereichen.....	63
Tabelle 7: Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick.....	71
Tabelle 8: Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick.....	74
Tabelle 9: Gesamtzahl der Leistungsbezieher von SPV und PPV am Jahresende	76
Tabelle 10: Gesamtzahl der Leistungsbezieher der SPV am Jahresende	76
Tabelle 11: Gesamtzahl der Leistungsbezieher der PPV am Jahresende.....	76
Tabelle 12: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im ambulanten Bereich 2015 und 2016	77
Tabelle 13: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegegraden im ambulanten Bereich seit 2017.....	77
Tabelle 14: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im stationären Bereich 2015-2016.....	78
Tabelle 15: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegegraden im stationären Bereich seit 2017.....	78
Tabelle 16: Jahresergebnis* der sozialen Pflegeversicherung.....	83
Tabelle 17: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung	83
Tabelle 18: Entwicklung der Leistungsbezieher, Einnahmen und Ausgaben der SPV 2015-2019	83
Tabelle 19: Leistungsbezieher, Einnahmen durch die Versichertenprämien und Leistungsausgaben der PPV 2015-2019.....	84
Tabelle 20: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten (nach G1.1 und G1.2 bzw. Ziffer 6.1.1 und 6.1.2 der BRi), differenziert nach Art der beantragten Leistungen 2016-2019	85
Tabelle 21: Anteil der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade nach den neuen BRi 2017-2019.....	87
Tabelle 22: Anzahl der Anträge, differenziert nach gesetzlicher Frist vom Zeitpunkt der (formlosen) Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheiderteilung durch die Pflegekassen 2016-2019	88
Tabelle 23: Erledigungsdauer für Begutachtungen mit einer Laufzeit von 25 Arbeitstagen* 2016-2019.....	89
Tabelle 24: Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Fristen (§ 18 Abs. 3b SGB XI) 2016-2019.....	89
Tabelle 25: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durchgeführten Regelbegutachtungen (nach alten und neuen BRi) 2016-2019	90

Tabelle 26: Entwicklung Rehabilitationsempfehlungen und durchgeführte Leistungen 2016-2019	93
Tabelle 27: Anzahl der MEDICPROOF-Gutachterinnen und Gutachter nach Qualifikation	94
Tabelle 28: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit und ohne (erheblich) eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen 2016-2017	95
Tabelle 29: Anteil der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) 2017-2019	96
Tabelle 30: Durchgeführte Regelbegutachtungen mit 25-Arbeitstage-Frist, differenziert nach Erledigungsdauer und Leistungsart 2016-2019*	98
Tabelle 31: Leistungsausgaben der SPV und PPV in Relation zu den Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege	100
Tabelle 32: Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsform von 2015 bis 2019	100
Tabelle 33: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung in den letzten 20 Jahren	101
Tabelle 34: Anerkannte AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI, Stichtag: 31.12.2019	103
Tabelle 35: Neu anerkannte AzUiA nach § 45a SGB XI 2016-2019	104
Tabelle 36: Gemäß § 45c SGB XI geförderte AzUiA im Sinne des § 45a SGB XI, Stichtag 31.12.2019	105
Tabelle 37: Fördersumme der Länder und Kommunen zum Auf- und Ausbau von AzUiA, Initiativen des Ehrenamts und entsprechenden ehrenamtlichen Strukturen 2016-2019	106
Tabelle 38: Förderanträge zum Auf- und Ausbau von AzUiA, Initiativen des Ehrenamts und entsprechenden ehrenamtlichen Strukturen 2016-2019	107
Tabelle 39: Fördersumme der Länder und Kommunen und Förderanträge für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen 2016-2019	108
Tabelle 40: Fördersumme der Länder und Kommunen und Förderanträge der Selbsthilfe in der Pflege nach § 45d SGB XI 2016-2019	109
Tabelle 41: Pflegestützpunkte nach Trägerstrukturen, Stichtag: 31.12.2019	110
Tabelle 42: Beratungskräfte (Vollzeitäquivalente) nach Berufsgruppen in den PSP	111
Tabelle 43: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)	112
Tabelle 44: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der PPV	112
Tabelle 45: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung (SPV)*	113
Tabelle 46: Zahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Gesamtausgaben für die Pflegeberatung und davon Personalausgaben in der SPV	113
Tabelle 47: Anzahl durchgeführter Qualitätsprüfungen gesamt	115
Tabelle 48: Anzahl der durchgeführten MDK-Qualitätsprüfungen	116
Tabelle 49: Anzahl der durchgeführten PKV-Qualitätsprüfungen	116
Tabelle 50: Anzahl der jährlich durchgeführten MDK-übergreifenden Audits stationärer und ambulanter Qualitätsprüfungen (differenziert nach den jeweiligen Medizinischen Diensten)	118
Tabelle 51: Übereinstimmung zwischen Bewertung der Prüferinnen und Prüfer und der Auditorinnen und Auditoren von 2016-2019	118

Tabelle 52: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulante Pflege).....	120
Tabelle 53: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag	120
Tabelle 54: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag.....	121
Tabelle 55: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Tagespflege).....	121
Tabelle 56: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (Nachtpflege)	121
Tabelle 57: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (eingestreuete Kurzzeitpflege).....	121
Tabelle 58: Bundesdurchschnittliche tägliche Pflegesätze sowie Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege)	122
Tabelle 59: Bundesdurchschnittliche Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden (PG) und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten pro Tag (solitäre Kurzzeitpflege)	122
Tabelle 60: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen).....	122
Tabelle 61: Bundesdurchschnittliche Kosten vollstationär für die Pflegebedürftigen.....	123
Tabelle 62: Bundesdurchschnittlicher täglicher Pflegesatz.....	123
Tabelle 63: Bundesdurchschnittliche tägliche Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	123
Tabelle 64: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der vollstationären Pflege	124
Tabelle 65: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI in den letzten 20 Jahren	124
Tabelle 66: Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich zum Stichtag: 15.12.2019.....	125
Tabelle 67: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich zum Stichtag 15.12.2019	126
Tabelle 68: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich zum Stichtag 15.12.2019	127
Tabelle 69: Anzahl der Auszubildenden nach Pflegebereich und Schuljahr	127
Tabelle 70: Jährliche Brutto-Durchschnittsvergütung je Ausbildungsjahr (AJ).....	129
Tabelle 71: Erhebung von Schulgeld an privaten Schulen der Altenpflegeausbildung.....	130
Tabelle 72: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft in der Altenpflege.....	133
Tabelle 73: In Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz durchgeführte Begutachtungen nach Gutachtenart*	134
Tabelle 74: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen nach der alten BRI im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz*	135
Tabelle 75: Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen nach der neuen BRI im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz*	135
Tabelle 76: Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld in der SPV im Berichtszeitraum 2016-2019	153
Tabelle 77: Verhältnis Versicherte zu Leistungsempfängern in der SPV im Berichtszeitraum 2016-2019.....	153
Tabelle 78: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt im Berichtszeitraum 2016-2019	154
Tabelle 79: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung) im Berichtszeitraum 2016-2019	155

Tabelle 80: Begutachtungsaufkommen beim MDK in den Jahren 2016-2019 (differenziert nach ambulant/stationär/§ 43a SGB XI)	157
Tabelle 81: Persönliche Befunderhebung und Untersuchungsort bei durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen von 2016-2019	158
Tabelle 82: Pflegestufenempfehlung und festgestellte Einschränkung der Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen durch den MDK von 2016-2017	159
Tabelle 83: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen des MDK vergebenen Pflegegrade nach den neuen BRi von 2017-2019.....	161
Tabelle 84: Verteilung der Pflegegrade bei Höherstufungsgutachten des MDK, Begutachtung nach den neuen BRi (2017-2019)	162
Tabelle 85: Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren*	163
Tabelle 86: Widersprüche gegen das durch den MDK ermittelte Begutachtungsergebnis	163
Tabelle 87: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen (nach alten BRi)	165
Tabelle 88: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen (nach neuen BRi)	166
Tabelle 89: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr von 2016-2019	167
Tabelle 90: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2016-2019).....	168
Tabelle 91: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr	169
Tabelle 92: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) für die Jahre 2017-2019	170
Tabelle 93: Anteil der bei Höherstufungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) für die Jahre 2017-2019	171
Tabelle 94: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2015 und 2016.....	172
Tabelle 95: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2017 und 2018.....	173
Tabelle 96: Brutto- und Nettoausgaben (in Euro) von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2019	175
Tabelle 97: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Bundesländern und Ort der Leistungserbringung im Jahr 2019	177
Tabelle 98: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI per Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern zum Stichtag 15.12.2019	179
Tabelle 99: Anzahl verfügbarer Plätze von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI nach Bundesländern zum Stichtag 15.12.2019	180
Tabelle 100: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen in Pflegekassen	181
Tabelle 101: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI oder vergleichbarer Vertragsgestaltungen.....	182

Tabelle 102: Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern 2016-2019.....	183
Tabelle 103: Übersicht über die Anzahl der vollstationären Pflegesatzvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern 2016-2019.....	184
Tabelle 104: Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Tagespflege in den einzelnen Bundesländern 2016-2019.....	185
Tabelle 105: Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Nachtpflege in den einzelnen Bundesländern 2016-2019.....	186
Tabelle 106: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2016	187
Tabelle 107: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2017	188
Tabelle 108: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2018	189
Tabelle 109: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2019	190
Tabelle 110: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2016	191
Tabelle 111: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2017	192
Tabelle 112: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2017	193
Tabelle 113: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2018	194
Tabelle 114: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2018	195
Tabelle 115: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2019	196
Tabelle 116: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2019	197
Tabelle 117: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflege)	198
Tabelle 118: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2016.....	199
Tabelle 119: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2017.....	200
Tabelle 120: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2018.....	201
Tabelle 121: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2019.....	202

Anhang A: Kleine Anfragen zum Thema Pflege im Berichtszeitraum

Vorgangstyp	Titel/Betreff	Datum	BT-Drucksache Nr.
Kleine Anfrage	Personalbemessung in der stationären und ambulanten Altenpflege	15.02.2016	18/7536
Kleine Anfrage	Stand der Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	16.06.2016	18/8854
Kleine Anfrage	Schutz vor Nadelstichverletzungen in Gesundheitsversorgung und Pflege	09.08.2016	18/9394
Kleine Anfrage	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege	29.06.2017	18/13049
Kleine Anfrage	Arbeitsbedingungen in der Altenpflege	20.12.2017	19/345
Kleine Anfrage	Beiträge zur Pflegeversicherung von Eltern - Neubewertung des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes im Zeichen der demographischen Krise	13.03.2018	19/1197
Kleine Anfrage	Finanzielle Überlastung der Menschen in Pflegeheimen	13.03.2018	19/1170
Kleine Anfrage	Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege	03.04.2018	19/1550
Kleine Anfrage	Ausländische Pflegekräfte in Deutschland	16.05.2018	19/2183
Kleine Anfrage	Personaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege	16.05.2018	19/2152
Kleine Anfrage	Zugang zur Ausbildungsförderung in Pflegeberufen	29.05.2018	19/2367
Kleine Anfrage	Geplante Maßnahmen der Bundesregierung gegen den Personalnotstand in der Pflege	07.06.2018	19/2607
Kleine Anfrage	Auswirkungen der Datenschutz-Grundverordnung im Gesundheits- und Pflegebereich	18.06.2018	19/2811
Kleine Anfrage	Anschluss von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen an das schnelle Internet - Breitbandversorgung im Gesundheitswesen	29.06.2018	19/3084
Kleine Anfrage	Zusammensetzung, Arbeitsaufträge und Inhalte der Konzertierte Aktion Pflege	06.07.2018	19/3322
Kleine Anfrage	Zukünftige Finanzierung der Pflege	12.11.2018	19/5722
Kleine Anfrage	Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen	13.12.2018	19/6473
Kleine Anfrage	Datenlage zum Personalbedarf in der Pflege	12.03.2019	19/8253
Kleine Anfrage	Marktwirtschaftliche Strukturen in der Pflege	13.03.2019	19/8296
Kleine Anfrage	Medienberichte über gefälschte und unrichtige ausländische Ausbildungszeugnisse der im deutschen Pflegewesen beschäftigten Arbeitnehmer aus Bosnien und Herzegowina	14.03.2019	19/8379
Kleine Anfrage	Aktuelle Daten und Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege	19.03.2019	19/8499
Kleine Anfrage	Unbesetzte Stellen in der Langzeit- und Krankenpflege	03.04.2019	19/8951
Kleine Anfrage	Schädigung der Vermögen von alten und pflegebedürftigen Menschen	07.05.2019	19/9883
Kleine Anfrage	Stand zur Umsetzung der Pflegeausbildungsreform	13.05.2019	19/10111
Kleine Anfrage	Aktuelle Daten und Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege II - Ausbildung	27.06.2019	19/11207
Kleine Anfrage	Wirksamkeit des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	27.06.2019	19/11213
Kleine Anfrage	Aktuelle Daten und Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege II - Arbeitsmarkt	05.07.2019	19/11408

Vorgangstyp	Titel/Betreff	Datum	BT-Drucksache Nr.
Kleine Anfrage	Pflegeausbildungsreform - Akademisierung und Pflegepädagogik	10.07.2019	19/11461
Kleine Anfrage	Aktuelle Daten und Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege II - Entgelt	06.08.2019	19/12184
Kleine Anfrage	Aktuelle Daten und Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege II - Bundesländer	06.08.2019	19/12167
Kleine Anfrage	Vorbereitung der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen auf Hitzewellen	15.08.2019	19/12424
Kleine Anfrage	Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes in der Altenpflege	16.08.2019	19/12436
Kleine Anfrage	Einflussnahme von Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes für bessere Löhne in der Pflege (Pflegelöhneverbesserungsgesetz)	24.09.2019	19/13488
Kleine Anfrage	Ausbildungs- und Beschäftigungsentwicklung in der Pflege - Datenlage nach Verknüpfung des Ausländerzentralregisters mit der Beschäftigungsstatistik	26.09.2019	19/13594
Kleine Anfrage	Wartezeiten zur Visaerteilung für philippinische Pflegekräfte	10.10.2019	19/13859
Kleine Anfrage	Stand der Umsetzung der Umsetzungsstrategie der Bundesregierung „Digitalisierung gestalten - Forschung für eine digitale Medizin und Pflege“	17.10.2019	19/14209
Kleine Anfrage	Wirtschaftskriminalität im Pflegewesen	30.10.2019	19/14626
Kleine Anfrage	Schädigung der Vermögen von alten und pflegebedürftigen Menschen (Nachfrage zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/10400)	07.11.2019	19/14899
Kleine Anfrage	Anwerbung von Pflege- und Gesundheitsfachkräften durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Zentrale Auslands- und Fachvermittlung und die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des Projekts „Triple Win“	18.12.2019	19/16102

Anhang B: Tabellen

Tabelle 76: Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld in der SPV im Berichtszeitraum 2016-2019

Jahr	Ausgaben für Pflegeunterstützungsgeld (in Mio. Euro)
2016	4,41
2017	4,67
2018	5,08
2019	5,59

Quelle: BMG (PV45)

Tabelle 77: Verhältnis Versicherte zu Leistungsempfängern in der SPV im Berichtszeitraum 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Zahl der Versicherten	71.950.758	72.699.499	73.133.894	73.329.525
Zahl der Leistungsempfänger	2.749.201	3.339.179	3.685.389	3.999.755
Anteil der Leistungsempfänger an der Zahl der Versicherten (in Prozent, gerundet)	3,82	4,59	5,04	5,45

Quelle: BMG (KM6V und PG2)

Tabelle 78: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt im Berichtszeitraum 2016-2019

Leistungsart	2016	2017	2018	2019
Pflegesachleistung	185.145	155.182	160.826	153.120
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	1.438.381	1.566.469	1.736.432	1.878.513
Kombination von Geld- und Sachleistung	414.007	469.168	496.559	513.477
Tages- und Nachtpflege	84.833	93.183	102.869	110.420
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	140.317	31.504	20.186	22.441
Kurzzeitpflege	24.632	25.974	26.639	26.299
stundenweise Verhinderungspflege	-	161.445	189.149	226.419
ambulant insgesamt (einschließlich Mehrfachzählung)	2.287.315	2.502.925	2.732.660	2.930.689
vollstationäre Pflege	706.037	711.926	722.986	726.970
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	91.393	126.552	137.664	137.960
vollstationär insgesamt	797.430	838.478	860.650	864.930
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	3.084.745	3.341.403	3.593.310	3.795.619

Quelle: BMG (PG 1), Hinweis: Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten im ambulanten Bereich keine der aufgeführten Leistungen und sind deswegen nicht erfasst.

Tabelle 79: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung) im Berichtszeitraum 2016-2019

Bezeichnung	2016	2017	2018	2019
Einnahmen (in Mrd. Euro)				
Beitragseinnahmen	31,96	36,04	37,65	46,53
davon				
Beiträge für abhängig Beschäftigte	18,58	21,05	22,24	27,55
Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte	5,01	5,66	5,83	7,16
Beiträge aus Renten	5,61	6,28	6,50	8,10
Beiträge für versicherte ALG I-Empfänger	0,41	0,43	0,42	0,54
Beiträge für versicherte ALG II-Empfänger	0,77	0,91	0,88	1,01
sonstige Beiträge	1,57	1,72	1,77	2,17
Sonstige Einnahmen	0,07	0,06	0,07	0,72
Einnahmen insgesamt	32,03	36,10	37,72	47,24
Ausgaben (in Mrd. Euro)				
Leistungsausgaben	28,29	35,54	38,25	40,69
davon				
Geldleistung	6,84	9,99	10,88	11,74
Pflegesachleistung	3,83	4,50	4,78	4,98
Verhinderungspflege	1,05	1,12	1,25	1,46
Tages-/Nachtpflege	0,52	0,68	0,80	0,94
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,01	1,23	1,63	1,92
Kurzzeitpflege	0,57	0,60	0,65	0,70
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,99	1,54	2,10	2,38
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,81	0,88	1,06	1,19
Vollstationäre Pflege	10,91	13,00	12,95	12,98
Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	0,29	0,40	0,44	0,44
Stationäre Vergütungszuschläge	1,23	1,31	1,37	1,45
Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen	-	-	-	0,06
Pflegeberatung	0,09	0,09	0,13	0,13
Sonstige Leistungsausgaben	0,16	0,20	0,22	0,32

Bezeichnung	2016	2017	2018	2019
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,39	0,42	0,45	0,49
Verwaltungsausgaben	1,02	1,18	1,14	1,28
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,29	1,36	1,41	1,48
Sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,02	0,02
Ausgaben insgesamt	31,00	38,52	41,27	43,95

Liquidität (in Mrd. Euro)

Überschuss der Einnahmen	1,03	-	-	3,29
Überschuss der Ausgaben	-	2,42	3,55	-
Mittelbestand am Jahresende	9,34	6,92	3,37	6,66
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	3,80	2,17	1,02	1,88
Nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	2,44	3,83	5,17	7,18

Quelle: BMG (PV45-PVM)

Tabelle 80: Begutachtungsaufkommen beim MDK in den Jahren 2016-2019 (differenziert nach ambulant/stationär/§ 43a SGB XI)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte			davon			davon in %				
	Regel- begutachtungen	Erstbe- gutachtungen	Höherstu- fungs- gutachten	Rückstu- fungs- gutachten	Wiederho- lungs- gutachten	Widerspruchs- gutachten	Erstbe- gutachtun- gen	Höherstu- fungs- gutachten	Rückstu- fungs- gutachten	Wiederho- lungs- gutachten	Widerspruchs- gutachten
ambulant											
2016	1.335.207	796.524	367.506	337	71.279	99.561	59,7	27,5	0,0	5,3	7,5
2017	1.545.350	1.043.077	377.429	310	15.771	108.763	67,5	24,4	0,0	1,0	7,0
2018	1.697.878	1.010.856	541.947	274	27.409	117.392	59,5	31,9	0,0	1,6	6,9
2019	1.816.227	994.974	638.205	323	59.581	123.144	54,8	35,1	0,0	3,3	6,8
stationär											
2016	306.633	85.521	195.950	914	9.244	15.004	27,9	63,9	0,3	3,0	4,9
2017	288.490	80.851	192.944	126	2.255	12.314	28,0	66,9	0,0	0,8	4,3
2018	291.623	65.416	212.823	109	2.479	10.796	22,4	73,0	0,0	0,9	3,7
2019	287.041	53.563	219.390	143	3.547	10.398	18,7	76,4	0,0	1,2	3,6
§ 43a											
2016	27.108	21.750	3.458	12	1.508	380	80,2	12,8	0,0	5,6	1,4
2017	52.273	43.756	5.327	11	232	2.947	83,7	10,2	0,0	0,4	5,6
2018	12.591	8.093	3.334	3	258	903	64,3	26,5	0,0	2,0	7,2
2019	13.079	6.101	5.771	2	770	435	46,6	44,1	0,0	5,9	3,3

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 81: Persönliche Befunderhebung und Untersuchungsort bei durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen von 2016-2019

Jahr/ Leistungs- art	Durchge- führte Be- gutach- tungen	davon in % Gutachten nach		davon in % Begutachtungsort bei persönlicher Befunderhebung								
		Befunderstellung nach Ak- tenlage	Persönliche Befunderhe- bung	häusl. Wohnum- feld des Versi- cherten	Vollstationäre Pflegeeinrich- tung	Kurzzeit- pflege	teilstationäre Pflege- einrichtung	Einrichtungen der Hilfe für behin- derte Menschen § 43a Leistungen	Hospiz	Reha Ein- richtun- gen	Kranken- haus	Sonstiges
ambulant												
2016	1.335.207	9,2	90,8	94,3	0,3	0,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
2017	1.545.350	10,6	89,4	97,7	0,6	0,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
2018	1.697.878	10,3	89,7	96,7	0,7	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,1	0,3
2019	1.816.227	10,6	89,4	97,9	0,7	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
stationär												
2016	306.633	17,0	83,0	1,8	94,8	0,2	1,1	0,0	0,3	0,0	0,1	1,7
2017	288.490	17,2	82,8	2,6	94,1	0,3	1,0	0,0	0,3	0,0	0,1	1,6
2018	291.623	21,6	78,4	11,2	85,6	0,1	0,9	0,0	0,1	0,0	1,8	0,1
2019	287.041	23,7	76,3	1,9	96,8	0,1	0,8	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
§ 43a												
2016	27.108	4,8	95,2	2,9	9,9	84,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
2017	52.273	8,1	91,9	7,3	9,9	78,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
2018	12.591	7,5	92,5	20,3	8,6	70,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
2019	13.079	5,5	94,5	16,4	5,5	77,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Kinder												
2016	40.040	5,0	95,0	96,0	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
2017	38.541	4,2	95,8	98,6	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
2018	48.347	4,3	95,7	99,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
2019	62.584	6,9	93,1	98,9	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Erwachsene												
2016	1.628.908	10,7	89,3	76,5	17,1	1,6	1,5	0,0	0,1	0,0	0,0	3,3
2017	1.847.572	11,7	88,3	81,1	14,6	2,4	1,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7
2018	1.953.745	12,2	87,8	84,7	12,0	0,5	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2	0,2
2019	2.053.763	12,5	87,5	85,6	12,4	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 82: Pflegestufenempfehlung und festgestellte Einschränkung der Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen durch den MDK von 2016-2017

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel- begutachtungen	Nicht pflegebedürftig				„Pflegestufe 0“			Pflegestufe I		
		Anzahl	davon		Anzahl	davon		Anzahl	davon		
			PEA erheb- liche Ein- schränkung	PEA Ein- schränkung in erhöhtem Maße		PEA erheb- liche Ein- schränkung	PEA Ein- schränkung in erhöhtem Maße		PEA erheb- liche Ein- schränkung	PEA Ein- schränkung in erhöhtem Maße	
ambulant											
2016	796.524	257.289	568	111	75.440	59.287	16.153	363.822	59.014	24.560	
2017	127.539	47.681	160	33	12.759	9.962	2.797	52.281	8.159	3.321	
stationär											
2016	85.521	11.963	110	34	6.549	5.152	1.397	37.665	12.289	4.481	
2017	14.437	2.616	56	14	1.922	1.497	425	5.261	1.822	682	
Erwachsene (ambulant + stationär)											
2016	862.563	264.595	669	142	78.018	62.842	15.176	392.854	70.215	25.155	
2017	138.826	49.496	213	46	13.956	11.156	2.800	56.280	9.804	3.484	
Kinder (ambulant + stationär)											
2016	19.482	4.657	9	3	3.971	1.597	2.374	8.633	1.088	3.886	
2017	3.150	801	3	1	725	303	422	1.262	177	519	

Jahr/ beantragte Leis- tungsart	Durchgeführte Regel- begutachtungen	Pflegestufe II				Pflegestufe III		
		Anzahl	davon		Anzahl	davon		
			PEA erheb- liche Ein- schränkung	PEA Ein- schränkung in erhöh- tem Maße		PEA erheb- liche Ein- schränkung	PEA Ein- schränkung in erhöh- tem Maße	
ambulant								
2016	796.524	79.844	15.968	8.652	20.054	4.604	2.208	
2017	127.539	11.781	2.553	1.354	3.037	816	355	
stationär								
2016	85.521	22.297	7.926	4.451	7.035	2.792	1.417	
2017	14.437	3.503	1.304	830	1.135	521	279	
Erwachsene (ambulant + stationär)								
2016	862.563	100.196	23.751	12.346	26.813	7.353	3.541	
2017	138.826	14.970	3.828	2.068	4.124	1.328	623	
Kinder (ambulant + stationär)								
2016	19.482	1.945	143	757	276	43	84	
2017	3.150	314	29	116	48	9	11	

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 83: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen des MDK vergebenen Pflegegrade nach den neuen BRi von 2017-2019

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel- begutachtungen	davon					
		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
ambulant							
2017	915.510	170.456	228.331	331.648	135.539	38.304	11.232
2018	1.010.856	165.804	246.287	387.164	155.586	42.174	13.841
2019	994.974	170.331	259.634	373.301	141.350	37.608	12.750
stationär							
2017	66.406	3.936	6.304	18.679	19.813	11.818	5.856
2018	65.416	1.856	3.595	17.467	21.760	13.525	7.213
2019	53.563	1.427	2.859	14.556	17.818	11.095	5.808
Erwachsene (ambulant + stationär)							
2017	958.123	172.154	231.100	341.076	148.379	48.619	16.795
2018	1.043.686	164.429	245.240	391.700	167.921	53.771	20.625
2019	1.012.733	168.276	257.266	373.599	148.832	46.600	18.160
Kinder (ambulant + stationär)							
2017	23.793	2.238	3.535	9.251	6.973	1.503	293
2018	32.586	3.231	4.642	12.931	9.425	1.928	429
2019	35.804	3.482	5.227	14.258	10.336	2.103	398

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 84: Verteilung der Pflegegrade bei Höherstufungsgutachten des MDK, Begutachtung nach den neuen BRi (2017-2019)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel- begutachtungen	davon in %					
		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
ambulant							
2017	328.179	0,6	3,1	21,0	39,6	25,2	10,6
2018	541.947	0,3	5,4	24,8	38,0	22,2	9,3
2019	638.205	0,3	6,3	27,5	37,0	20,4	8,5
stationär							
2017	164.104	0,4	0,5	7,5	30,6	38,3	22,6
2018	212.823	0,0	0,4	6,6	29,3	38,4	25,3
2019	219.390	0,0	0,4	6,5	28,4	38,5	26,2
Erwachsene (ambulant + stationär)							
2017	487.023	0,5	2,2	16,5	36,5	29,6	14,7
2018	746.524	0,2	4,0	19,7	35,5	26,8	13,9
2019	847.498	0,2	4,8	22,1	34,7	25,1	13,1
Kinder (ambulant + stationär)							
2017	5.260	0,5	2,1	15,8	43,6	27,8	10,2
2018	8.246	0,6	4,5	20,6	42,1	24,1	8,2
2019	10.097	0,6	6,0	24,0	41,5	21,3	6,7

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 85: Verzögerungsgründe im Begutachtungsverfahren*

MDK/ Sonderdienst	Durchgeführte Begutachtungen*	davon		davon in %								
		mit Verzögerungen im Verfahren, die der MDK nicht zu verantworten hat		Antragsteller im Krankenhaus/Reha-Einrichtung	wichtiger Behandlungstermin des Antragstellers	Termin von Antragsteller abgesagt (sonstige Gründe)	Beim angekündigten Hausbesuch nicht angetroffen	Antragsteller umgezogen	Hausbesuch abgebrochen Gewaltandrohung o. ä. schwerwiegende Gründe	Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten	Der Wohnsitz des Antragstellers ist nicht im Inland	Antragsteller verstorben
		Anzahl	in %									
2016	1.389.867	258.945	18,6	32,2	9,1	41,0	6,3	5,9	0,0	0,4	0,6	17,0
2017	1.622.029	283.720	17,5	26,5	7,6	40,8	6,9	6,7	0,0	0,4	0,6	20,1
2018	1.701.163	318.039	18,7	29,7	8,4	42,2	6,5	6,3	0,0	0,4	0,7	16,3
2019	1.795.509	316.945	17,7	28,1	8,5	41,1	6,6	6,0	0,0	0,4	0,7	18,3

* Verzögerungsgründe sind für alle durchgeführten Begutachtungen, inklusive Gutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist, dargestellt (1 Woche; 2 Wochen oder 25-Arbeitstage-Frist). Für den Zeitraum 01.11.2016 bis 31.12.2017 wurden auch Fälle berücksichtigt, für welche die 25-Arbeitstage-Frist ausgesetzt war.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 86: Widersprüche gegen das durch den MDK ermittelte Begutachtungsergebnis

Durchgeführte Regelbegutachtungen	Durchgeführte Widerspruchs-begutachtungen	davon			davon in %		
		das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe/-grad empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe/-grad	das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe/-grad empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe/-grad
ambulant							
2016	96.696	15.843	56.122	24.731	16,4	58,0	25,6
2017	108.097	25.733	60.358	22.006	23,8	55,8	20,4
2018	117.386	30.764	61.701	24.921	26,2	52,6	21,2
2019	123.138	30.525	66.924	25.689	24,8	54,3	20,9
stationär							

Durchgeführte Regelbegutachtungen	Durchgeführte Widerspruchs- begutachtungen	davon			davon in %		
		das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe/- grad empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe/- grad	das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe/- grad empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe/- grad
2016	14.713	3.700	6.117	4.896	25,1	41,6	33,3
2017	12.206	3.668	5.214	3.324	30,1	42,7	27,2
2018	10.796	3.443	4.179	3.174	31,9	38,7	29,4
2019	10.398	3.220	4.152	3.026	31,0	39,9	29,1
Kinder*							
2016	3.521	811	2.229	481	23,0	63,3	13,7
2017	8.787	2.818	3.777	2.192	32,1	43,0	24,9
2018	3.912	1.422	1.964	526	36,3	50,2	13,4
2019	4.896	1.628	2.638	630	33,3	53,9	12,9
Erwachsene*							
2016	107.888	18.657	60.010	29.146	17,3	55,6	27,0
2017	117.263	28.432	63.856	24.961	24,2	54,5	21,3
2018	124.270	32.785	63.916	27.569	26,4	51,4	22,2
2019	128.640	32.117	68.438	28.085	25,0	53,2	21,8

*ambulanz und stationär

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 87: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen (nach alten BRi)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel- begutachtungen	Physikalische Therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech- und Sprachthera- pie	Podologische Therapie	Hilfsmittel und Pflege- hilfsmittel
ambulant						
2016	1.242.466	173.456	43.430	15.588	4.241	218.115
2017	198.956	28.346	7.434	1.936	575	41.287
stationär						
2016	261.558	36.709	8.933	3.786	637	5.470
2017	41.670	5.736	1.530	556	108	2.895
Kinder (ambulant + stationär + § 43a)						
2016	39.664	4.510	4.351	4.637	12	2.029
2017	5.714	530	513	499	4	634
Erwachsene (ambulant + stationär + § 43a)						
2016	1.490.858	207.065	48.740	15.068	4.908	221.829
2017	260.732	34.607	8.925	2.156	718	46.604

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 88: Empfehlungen für Heilmittel und (Pflege-)Hilfsmittel bei den durch den MDK durchgeführten Regelbegutachtungen (nach neuen BRi)

	Durchgeführte Regel-begutachtungen*	Physikalische Therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech- und Sprachthera- pie	Podologische Therapie	Hilfsmittel und Pflege- hilfsmittel
ambulant						
2017	1.233.777	365.871	224.464	21.326	2.985	291.504
2018	1.590.026	526.328	372.553	28.930	3.431	409.276
2019	1.705.455	650.820	502.338	33.626	13.382	451.606
stationär						
2017	206.915	48.614	36.266	4.554	158	4.120
2018	246.144	65.450	54.863	5.224	186	4.824
2019	239.711	69.314	62.130	4.836	1.075	4.187
Kinder (ambulant + stationär + § 43a)						
2017	32.451	2.690	5.261	3.482	0	1.382
2018	49.004	3.982	8.679	5.071	1	1.886
2019	61.882	5.208	12.524	6.611	204	2.144
Erwachsene (ambulant + stationär + § 43a)						
2017	1.433.072	413.314	257.683	22.767	3.154	294.530
2018	1.799.523	588.968	420.325	29.333	3.621	412.505
2019	1.896.124	716.563	554.177	32.150	14.286	454.014

*Grundgesamtheit: Alle Begutachtungen nach G1.1 und G1.2 der Begutachtungsrichtlinie ohne bereits verstorbene Antragsteller und Aktenlagen mit der Begründung „persönliche Begutachtung nicht zumutbar“, da bei diesen Fällen keine Empfehlungen abgefragt werden.

Quelle: GKV-Spitzenverband, MDS

Tabelle 89: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr von 2016-2019

ambulant*								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstbegutachtungen	62.192	1.131	77.068	1.428	75.801	1.564	77.414	1.662
Veränderungsgutachten	24.291	279	28.179	354	37.538	369	45.240	436
Wiederholungsgutachten	10.006	1.788	5.110	1.181	7.378	1.451	9.353	1.513
Zweitgutachten	5.178	220	5.752	137	6.836	214	7.051	219
isolierte Feststellung AK (d/d2)	622	30	167	10	1	0	0	0
Gesamt	102.289	3.448	116.276	3.110	127.554	3.598	139.058	3.830
stationär*								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstbegutachtungen	11.139	7	10.648	9	9.006	0	7.508	1
Veränderungsgutachten	15.890	4	15.206	3	18.211	2	19.266	1
Wiederholungsgutachten	2.552	14	564	13	1.033	8	1.288	6
Zweitgutachten	1.398	1	1.129	0	1.261	2	1.126	1
isolierte Feststellung AK (d/d2)	1.109	0	374	0	0	0	0	0
Gesamt	32.088	26	27.921	25	29.511	12	29.188	9

* Ziffer 6.1.1 und 6.1.2 der Begutachtungs-Richtlinien zusammengefasst

Quelle: MEDICPROOF

Tabelle 90: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2016-2019)

ambulant* in %								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstbegutachtungen	60,8	32,8	66,3	45,9	59,4	43,5	55,7	43,4
Veränderungsgutachten	23,7	8,1	24,2	11,4	29,4	10,3	32,5	11,4
Wiederholungsgutachten	9,8	51,9	4,4	38,0	5,8	40,3	6,7	39,5
Zweitgutachten	5,1	6,4	4,9	4,4	5,4	5,9	5,1	5,7
isolierte Feststellung AK (d/d2)	0,6	0,9	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
stationär* in %								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstbegutachtungen	34,7	26,9	38,1	36,0	30,5	0,0	25,7	11,1
Veränderungsgutachten	49,5	15,4	54,5	12,0	61,7	16,7	66,0	11,1
Wiederholungsgutachten	8,0	53,8	2,0	52,0	3,5	66,7	4,4	66,7
Zweitgutachten	4,4	3,8	4,0	0,0	4,3	16,7	3,9	11,1
isolierte Feststellung AK (d/d2)	3,5	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Ziffer 6.1.1 und 6.1.2 der Begutachtungs-Richtlinien zusammengefasst

Quelle: MEDICPROOF

Tabelle 91: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr

ambulant in %								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstgutachten								
persönliche Befunderhebung	63,8	79,3	64,8	79,2	59,4	80,0	56,4	78,4
Befunderstellung nach Aktenlage	1,2	0,0	2,2	0,1	1,8	0,2	1,5	0,1
Höherstufungsgutachten								
persönliche Befunderhebung	24,7	19,6	23,1	19,5	28,8	18,8	32,4	20,4
Befunderstellung nach Aktenlage	0,8	0,0	1,3	0,1	1,5	0,1	1,4	0,1
Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Stellungnahme“*	9,5	1,1	8,6	1,1	8,4	0,9	8,2	0,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
stationär in %								
	2016		2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
Erstgutachten								
persönliche Befunderhebung	36,2	53,8	35,3	75,0	28,2	0,0	23,6	33,3
Befunderstellung nach Aktenlage	1,0	0,0	1,7	0,0	1,4	0,0	1,2	0,0
Höherstufungsgutachten								
persönliche Befunderhebung	52,2	30,8	51,0	25,0	57,6	50,0	61,3	33,3
Befunderstellung nach Aktenlage	0,9	0,0	1,9	0,0	2,2	0,0	2,5	0,0
Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Stellungnahme“*	9,7	15,4	10,2	0,0	10,6	50,0	11,3	33,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* bei der Befunderstellung aufgrund einer „vorläufigen Stellungnahme“ gibt es keine Differenzierung nach Begutachtungstyp (Erstgutachten, Höherstufungsgutachten usw.)

Quelle: MEDICPROOF

Tabelle 92: Anzahl der bei den Erstbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) für die Jahre 2017-2019

Pflegegradempfehlung	Begutachtungen ambulant					
	2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
nicht pflegebedürftig	6.993	38	7.872	32	7.857	53
Pflegegrad 1	12.278	98	15.243	153	16.745	178
Pflegegrad 2	25.876	391	29.173	516	30.030	558
Pflegegrad 3	16.319	486	17.059	639	16.589	627
Pflegegrad 4	4.612	170	5.138	201	4.852	233
Pflegegrad 5	1.188	22	1.304	23	1.330	13
Erstbegutachtungen insgesamt	67.266	1.205	75.789	1.564	77.403	1.662

Pflegegradempfehlung	Begutachtungen stationär					
	2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
nicht pflegebedürftig	189	0	125	0	84	0
Pflegegrad 1	454	1	349	0	272	0
Pflegegrad 2	2.045	3	2.034	0	1.718	0
Pflegegrad 3	3.126	1	3.264	0	2.711	0
Pflegegrad 4	2.061	0	2.140	0	1.870	1
Pflegegrad 5	879	1	1.092	0	853	0
Erstbegutachtungen insgesamt	8.754	6	9.004	0	7.508	1

Quelle: MEDICPROOF

Tabelle 93: Anteil der bei Höherstufungsbegutachtungen vergebenen Pflegegrade (mit neuem Begutachtungsinstrument) für die Jahre 2017-2019

Begutachtungen ambulant						
Pflegegradempfehlung	2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
nicht pflegebedürftig (in %)	0,3	1,3	0,3	1,9	0,3	0,5
Pflegegrad 1 (in %)	1,9	1,3	3,2	3,3	3,6	4,8
Pflegegrad 2 (in %)	16,0	8,8	19,7	11,9	21,7	15,6
Pflegegrad 3 (in %)	39,2	31,2	39,1	37,7	38,3	33,5
Pflegegrad 4 (in %)	30,6	41,6	27,6	34,7	26,6	35,6
Pflegegrad 5 (in %)	12,0	15,9	10,0	10,6	9,4	10,1
Höherstufungsbegutachtungen insgesamt	24.933	308	37.536	369	45.240	436

Begutachtungen stationär						
Pflegegradempfehlung	2017		2018		2019	
	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind	Erwachsene	Kind
nicht pflegebedürftig (in %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Pflegegrad 1 (in %)	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
Pflegegrad 2 (in %)	5,2	0,0	5,5	0,0	5,4	0,0
Pflegegrad 3 (in %)	27,3	0,0	26,1	0,0	25,9	0,0
Pflegegrad 4 (in %)	42,5	0,0	43,5	50,0	43,6	0,0
Pflegegrad 5 (in %)	24,5	100,0	24,5	50,0	24,8	100,0
Höherstufungsbegutachtungen insgesamt	13.029	2	18.210	2	19.265	1

Quelle: MEDICPROOF

Tabelle 94: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2015 und 2016

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben (in Euro)	2015			2016		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege	4.080.588.326	1.001.405.669	3.079.182.657	4.330.216.161	1.066.331.387	3.263.884.774
Ausgaben für häusliche Pflege nach § 63 SGB XII in Form von						
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit	43.836.098	43.836.098	0	43.683.039	43.683.039	0
Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit	35.642.670	35.642.670	0	35.611.257	35.611.257	0
Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit	25.721.078	25.721.078	0	29.540.408	29.540.408	0
andere Leistungen	896.205.813	896.205.813	0	957.496.678	957.496.678	0
davon:						
angemessene Aufwendungen der Pflegeperson	75.890.566	75.890.566	0	86.846.734	86.846.734	0
angemessene Beihilfen	33.147.111	33.147.111	0	33.646.019	33.646.019	0
Aufwendungen für die Beiträge der Pflegeperson oder der besonderen Pflegekraft für eine angemessene						
Alterssicherung	14.819.990	14.819.990	0	15.058.536	15.058.536	0
Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen						
Pflegekraft	766.488.508	766.488.508	0	814.996.737	814.996.737	0
Hilfsmittel	5.859.648	5.859.648	0	6.948.647	6.948.647	0
Ausgaben für teilstationäre Pflege	14.787.669	0	14.787.669	15.060.466	0	15.060.466
Ausgaben für Kurzzeitpflege	21.832.462	0	21.832.462	21.986.103	0	21.986.103
Ausgaben für stationäre Pflege	3.042.562.537	0	3.042.562.537	3.226.838.206	0	3.226.838.206
darunter:						
„Pflegestufe 0“	253.093.915	0	253.093.915	239.317.798	0	239.317.798
Pflegestufe I	756.902.192	0	756.902.192	799.335.346	0	799.335.346
Pflegestufe II	1.068.781.821	0	1.068.781.821	1.141.531.230	0	1.141.531.230
Pflegestufe III	889.001.622	0	889.001.622	964.719.452	0	964.719.452
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	3.569.153.874	976.065.203	2.593.088.671	3.796.449.258	1.037.580.762	2.758.868.496

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 95: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2017 und 2018

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben (in Euro)	2017			2018		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege*	3.904.290.980	969.580.226	2.934.710.754	4.002.952.920	967.822.520	3.035.130.400
Pflegegeld (§ 64a SGB XII)	117.691.459	117.691.459	0	134.563.847	134.563.847	0
davon:						
Pflegegrad 2	36.856.871	36.856.871	0	39.121.961	39.121.961	0
Pflegegrad 3	36.459.072	36.459.072	0	41.279.676	41.279.676	0
Pflegegrad 4	26.147.906	26.147.906	0	30.448.627	30.448.627	0
Pflegegrad 5	18.227.610	18.227.610	0	23.713.583	23.713.583	0
Häusliche Pflegehilfe (§ 64b SGB XII)	585.228.708	585.228.708	0	691.741.280	691.741.280	0
davon:						
Pflegegrad 2	152.072.282	152.072.282	0	176.745.557	176.745.557	0
Pflegegrad 3	144.134.719	144.134.719	0	165.567.994	165.567.994	0
Pflegegrad 4	176.988.049	176.988.049	0	212.612.567	212.612.567	0
Pflegegrad 5	112.033.658	112.033.658	0	136.815.162	136.815.162	0
Verhinderungspflege (§ 64c SGB XII)	2.382.295	2.382.295	0	2.579.466	2.579.466	0
Pflegehilfsmittel (§ 64d SGB XII)	12.873.932	12.873.932	0	14.457.915	14.457.915	0
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e SGB XII)	1.667.921	1.667.921	0	1.437.534	1.437.534	0
Andere Leistungen	100.496.738	100.496.738	0	98.110.911	98.110.911	0
davon:						
Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson/bes. Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung (§ 64f Abs. 1 SGB XII)	31.203.682	31.203.682	0	20.874.317	20.874.317	0
Beratungskosten für die Pflegeperson (§ 64f Abs. 2 SGB XII)	352.824	352.824	0	601.105	601.105	0
Kostenübernahme für das Arbeitgebermodell (§ 64f Abs. 3 SGB XII)	68.940.232	68.940.232	0	76.635.489	76.635.489	0
Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 (§ 66 SGB XII)	5.787.125	1.753.639	4.033.486	3.892.141	2.816.545	1.075.596
Entlastungsbetrag bei Pflegegraden 2, 3, 4 und 5 (§ 64i SGB XII)	1.375.685	1.375.685	0	2.160.518	2.160.518	0

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben (in Euro)	2017			2018		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
davon:						
Pflegegrad 2	582.248	582.248	0	1.251.685	1.251.685	0
Pflegegrad 3	316.638	316.638	0	444.824	444.824	0
Pflegegrad 4	355.136	355.136	0	258.031	258.031	0
Pflegegrad 5	121.663	121.663	0	205.978	205.978	0
Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) (§ 64g SGB XII)	10.903.980	0	10.903.980	16.622.807	0	16.622.807
Kurzzeitpflege (§ 64h SGB XII)	22.988.975	0	22.988.975	21.846.214	0	21.846.214
Stationäre Pflege (§ 65 SGB XII)	2.745.766.094	0	2.745.766.094	2.989.246.887	0	2.989.246.887
davon:						
Pflegegrad 2	509.480.682	0	509.480.682	533.719.272	0	533.719.272
Pflegegrad 3	804.129.821	0	804.129.821	910.287.275	0	910.287.275
Pflegegrad 4	853.894.319	0	853.894.319	915.117.746	0	915.117.746
Pflegegrad 5	578.261.272	0	578.261.272	630.122.594	0	630.122.594
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	3.391.135.112	938.466.495	2.452.668.617	3.471.658.517	937.176.848	2.534.481.669

* Die Beträge der Hilfe zur Pflege zusammen entsprechen nicht der Summe der Beträge der einzelnen Unterpositionen der Hilfe zur Pflege.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 96: Brutto- und Nettoausgaben (in Euro) von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Ort und Leistungserbringung für 2019

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben (in Euro)	2019		
	insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege*	4.330.527.363	1.001.177.933	3.329.349.430
Pflegegeld (§ 64a SGB XII)	135.996.252	135.996.252	0
davon:			
Pflegegrad 2	37.279.682	37.279.682	0
Pflegegrad 3	42.477.322	42.477.322	0
Pflegegrad 4	30.659.763	30.659.763	0
Pflegegrad 5	25.579.485	25.579.485	0
Häusliche Pflegehilfe (§ 64b SGB XII)	736.215.585	736.215.585	0
davon:			
Pflegegrad 2	171.862.262	171.862.262	0
Pflegegrad 3	183.289.134	183.289.134	0
Pflegegrad 4	227.087.841	227.087.841	0
Pflegegrad 5	153.976.348	153.976.348	0
Verhinderungspflege (§ 64c SGB XII)	2.971.265	2.971.265	0
Pflegehilfsmittel (§ 64d SGB XII)	15.825.592	15.825.592	0
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e SGB XII)	1.277.004	1.277.004	0
Andere Leistungen	98.499.428	98.499.428	0
davon:			
Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson/bes. Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung (§ 64f Abs. 1 SGB XII)	20.631.539	20.631.539	0
Beratungskosten für die Pflegeperson (§ 64f Abs. 2 SGB XII)	1.228.381	1.228.381	0
Kostenübernahme für das Arbeitgebermodell (§ 64f Abs. 3 SGB XII)	76.639.508	76.639.508	0
Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 (§ 66 SGB XII)	3.398.429	2.453.847	944.582
Entlastungsbetrag bei Pflegegraden 2, 3, 4 und 5 (§ 64i SGB XII)	3.391.088	3.391.088	0
davon:			
Pflegegrad 2	2.042.782	2.042.782	0
Pflegegrad 3	835.626	835.626	0
Pflegegrad 4	263.043	263.043	0

Bruttoausgaben Hilfearten/Nettoausgaben (in Euro)	2019		
	davon		
	insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Pflegegrad 5	249.637	249.637	0
Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) (§ 64g SGB XII)	12.708.908	0	12.708.908
Kurzzeitpflege (§ 64h SGB XII)	21.861.600	0	21.861.600
Stationäre Pflege (§ 65 SGB XII)	3.290.973.589	0	3.290.973.589
davon:			
Pflegegrad 2	597.893.342	0	597.893.342
Pflegegrad 3	1.043.979.870	0	1.043.979.870
Pflegegrad 4	994.162.626	0	994.162.626
Pflegegrad 5	654.937.751	0	654.937.751
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	3.776.628.079	970.933.760	2.805.694.319

* Die Beträge der Hilfe zur Pflege zusammen entsprechen nicht der Summe der Beträge der einzelnen Unterpositionen der Hilfe zur Pflege.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 97: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland nach Bundesländern und Ort der Leistungserbringung im Jahr 2019

Bundesländer	Ort der Leistungserbringung	Stichtag 31.12.2019	Im Jahresverlauf 2019
BW	außerhalb von Einrichtungen	3.565	5.488
	in Einrichtungen	27.094	34.418
	Insgesamt	30.659	39.533
BY	außerhalb von Einrichtungen	5.117	6.513
	in Einrichtungen	32.197	42.269
	Insgesamt	37.289	48.552
BE	außerhalb von Einrichtungen	8.482	10.856
	in Einrichtungen	11.462	14.425
	Insgesamt	19.781	24.788
BB	außerhalb von Einrichtungen	1.196	1.870
	in Einrichtungen	6.131	7.780
	Insgesamt	7.319	9.568
HB	außerhalb von Einrichtungen	828	1.093
	in Einrichtungen	2.513	3.203
	Insgesamt	3.340	4.276
HH	außerhalb von Einrichtungen	5.666	6.508
	in Einrichtungen	8.050	9.711
	Insgesamt	13.412	15.665
HE	außerhalb von Einrichtungen	5.529	7.830
	in Einrichtungen	15.338	19.938
	Insgesamt	20.779	26.973
MV	außerhalb von Einrichtungen	1.193	1.579
	in Einrichtungen	6.278	7.506
	Insgesamt	7.446	9.048
NI	außerhalb von Einrichtungen	3.334	4.640
	in Einrichtungen	24.478	31.842
	Insgesamt	27.773	36.357
NW	außerhalb von Einrichtungen	10.132	13.689
	in Einrichtungen	69.591	88.980
	Insgesamt	79.704	102.617
RP	außerhalb von Einrichtungen	1.766	2.579

Bundesländer	Ort der Leistungserbringung	Stichtag 31.12.2019	Im Jahresverlauf 2019
	in Einrichtungen	11.940	15.705
	Insgesamt	13.694	18.181
SL	außerhalb von Einrichtungen	594	746
	in Einrichtungen	4.557	6.004
	Insgesamt	5.151	6.717
SN	außerhalb von Einrichtungen	2.274	3.569
	in Einrichtungen	9.477	11.903
	Insgesamt	11.727	15.283
ST	außerhalb von Einrichtungen	748	1.054
	in Einrichtungen	6.358	7.715
	Insgesamt	7.084	8.690
SH	außerhalb von Einrichtungen	1.398	2.329
	in Einrichtungen	8.794	10.957
	Insgesamt	10.134	13.162
TH	außerhalb von Einrichtungen	529	784
	in Einrichtungen	5.749	7.009
	Insgesamt	6.255	7.746
Summe Bund	außerhalb von Einrichtungen	52.351	71.127
	in Einrichtungen	250.007	319.365
	Insgesamt	301.547	387.156

Quelle: Statistisches Bundesamt, Hinweise: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen an verschiedenen Orten werden bei jedem Ort der Leistungserbringung gezählt. Nicht berücksichtigt werden Empfängerinnen und Empfänger, für die kein abgeschlossenes Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades vorliegt.

Tabelle 98: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI per Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern zum Stichtag 15.12.2019

Bundesland	Ambulante Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung nach Art der Leistung		
			Vollstationäre Dauerpflege	Vollstationäre Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
BW	1.203	1.912	1.519	235	671
BY	2.077	2.016	1.522	116	785
BE	634	399	299	16	106
BB	765	596	339	108	290
HB	115	152	96	30	52
HH	378	206	157	23	46
HE	1.266	955	797	110	285
MV	513	498	259	10	231
NI	1.350	1.964	1.436	33	622
NW	2.961	2.960	2.217	334	865
RP	539	559	462	21	341
SL	124	197	158	68	60
SN	1.149	1058	690	76	401
ST	645	688	449	15	258
SH	497	687	565	120	140
TH	472	533	352	21	199
Summe Bund	14.688	15.380	11.317	1.336	5352

Quelle: Statistisches Bundesamt, Hinweis: Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hierbei mehrfach berücksichtigt.

Tabelle 99: Anzahl verfügbarer Plätze von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI nach Bundesländern zum Stichtag 15.12.2019

Bundesland	Insgesamt	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege*	Teilstationäre Pflege
BW	109.289	99.207	1.000	9.082
BY	139.463	128.127	488	10.848
BE	34.300	31.835	297	2.168
BB	31.483	26.161	569	4.753
HB	7.956	6.777	285	894
HH	19.462	17.958	489	1.015
HE	66.374	61.685	695	3.994
MV	25.007	20.283	152	4.572
NI	116.626	105.509	438	10.679
NW	191.459	175.367	2.913	13.179
RP	45.919	42.448	173	3.298
SL	14.266	12.687	468	1.111
SN	61.018	53.578	897	6.543
ST	35.403	30.555	152	4.696
SH	41.117	38.200	363	2.554
TH	30.411	26.785	113	3.513
Summe Bund	969.553	877.162	9.492	82.899

*Hinweis zur Kurzzeitpflege: Es werden nur verfügbare Plätze angegeben, die nicht auch flexibel für vollstationäre Dauerpflege nutzbar sind.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 100: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen in Pflegekassen

	EAN				AOK				BKK			
Jahr	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Pflegeberatungen der Pflegekassen	6.789	9.676	10.428	5.709	66.325	85.291	96.775	76.189	4.357	3.635	8.039	9.038
Je 100 Leistungsempfänger	0,81	0,96	0,89	0,44	4,61	5,24	5,54	4,07	1,30	1,15	2,29	2,33
Je 100 versicherte Personen	0,03	0,03	0,04	0,02	0,26	0,32	0,36	0,28	0,04	0,03	0,07	0,08

	IKK				KBS				LKK			
Jahr	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Pflegeberatungen der Pflegekassen	1.690	4.399	5.824	5.735	4.006	4.622	6.938	4.829	1.452	840	1.235	1.301
Je 100 Leistungsempfänger	1,29	2,76	3,28	2,90	2,48	2,70	3,85	2,84	2,81	1,50	2,08	2,06
Je 100 versicherte Personen	0,03	0,08	0,11	0,11	0,24	0,29	0,44	0,31	0,22	0,13	0,20	0,22

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 101: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI oder vergleichbarer Vertragsgestaltungen

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	56	49	31	42
BY	1	4	1	0
BE	2	2	2	2
BB	1	2	2	4
HB	0	0	0	0
HH	0	0	0	0
HE				
MV	0	0	0	0
NI	5	5	6	6
NW	4	k.A.	k.A.	7
RP	0	0	0	0
SL	57	98	100	101
SN	23	25	28	32
ST	0	0	0	0
SH	0	0	0	0
TH	0	0	0	0
Summe Bund	149	185	170	194

* Die Verbände der Pflegekassen in Hessen verwenden bei stationären Pflegeeinrichtungen, die mehrere Leistungsbereiche anbieten (z. B. stat. Pflege, eingestreute KZP, Tagespflege), regelhaft sogenannte Komplexverträge.

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 102: Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern 2016-2019

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	1.558	1.541	1.509	1.551
BY	2.060	2.148	2.221	2.283
BE	621	631	643	659
BB	734	738	753	771
HB	118	120	117	113
HH	368	376	391	384
HE	1.176	1.194	1.234	1.264
MV	493	497	505	515
NI	1.290	1.318	1.367	1.379
NW	2.895	2.984	3.097	3.210
RP	524	536	543	564
SL	121	126	130	133
SN	1.105	1.127	1.153	1.159
ST	609	641	660	671
SH	453	474	498	514
TH	458	461	475	484
Summe Bund	14.583	14.912	15.296	15.654

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 103: Übersicht über die Anzahl der vollstationären Pflegesatzvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern 2016-2019

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	1.595	1.546	1.562	1.569
BY	1.644	1.620	1.634	1.644
BE	290	285	288	282
BB	379	383	387	389
HB	98	98	98	98
HH	149	156	162	161
HE	814	804	819	828
MV	245	245	251	249
NI	1.471	1.481	1.476	1.480
NW	2.212	2.197	2.209	2.227
RP	470	477	478	484
SL	158	158	160	162
SN	670	672	689	694
ST	480	476	471	473
SH	615	595	592	580
TH	358	360	358	356
Summe Bund	11.648	11.553	11.634	11.676

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 104: Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Tagespflege in den einzelnen Bundesländern 2016-2019

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	744	680	729	774
BY	518	680	800	954
BE	90	92	100	110
BB	212	228	264	288
HB	39	42	46	50
HH	39	40	41	45
HE	257	258	271	298
MV	159	187	213	227
NI	464	514	577	616
NW	688	758	843	919
RP	289	290	301	315
SL	53	53	61	63
SN	314	345	393	428
ST	191	215	249	276
SH	114	124	138	152
TH	156	175	190	206
Summe Bund	4.327	4.681	5.216	5.721

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 105: Übersicht über die Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen in der Nachtpflege in den einzelnen Bundesländern 2016-2019

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	17	6	6	10
BY	3	0	0	0
BE	0	0	0	0
BB	9	3	3	3
HB	0	0	0	0
HH	0	0	0	0
HE	18	16	17	16
MV	0	0	0	0
NI	2	2	2	2
NW	6	3	3	3
RP	85	81	78	80
SL	2	1	1	1
SN	3	1	2	2
ST	11	2	2	2
SH	0	0	0	0
TH	1	0	0	0
Summe Bund	157	115	114	119

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 106: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2016

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegestufe I pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegestufe II pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegestufe III pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	36,71	46,85	54,32	4,31	4,29	6,35
BY	24,50	33,36	42,41	5,00	7,04	6,24
BE	55,22	57,00	60,36	5,92	3,86	6,29
BB	26,99	38,17	52,01	6,84	3,69	5,52
HB	32,89	39,46	46,40	6,68	4,45	
HH	43,69	45,84	47,98	8,62	4,64	7,10
HE	45,98	49,91	54,03	7,20	7,00	9,33
MV	32,31	43,96	57,86	4,62	4,59	4,47
NI	36,95	43,13	48,78	9,22	4,07	10,42
NW	46,14	49,00	50,82	9,85	8,47	8,37
RP	33,81	40,63	52,63	9,04	4,96	6,38
SL	36,77	44,79	53,22	7,17	6,72	5,95
SN	28,84	37,81	43,58	6,40	2,99	5,35
ST	27,87	39,13	49,42	10,51	4,87	4,72
SH	36,42	41,47	46,48	6,63	6,05	9,74
TH	24,65	36,70	46,43	9,07	2,76	7,81
Bund	35,61	42,95	50,42	7,32	5,03	6,94

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 107: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2017

Tarfbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	29,04	37,19	44,66	52,07	55,85	4,31	4,34	6,42
BY	23,93	30,97	36,73	43,09	46,30	4,45	6,62	6,40
BE	57,65	58,14	58,64	59,13	59,63	6,14	3,89	6,48
BB	38,57	39,08	39,44	39,81	40,15	7,13	3,78	6,09
HB	23,90	30,64	36,77	42,90	45,96	6,52	4,34	
HH	47,11	49,56	52,04	54,52	57,00	8,70	4,68	7,10
HE	46,02	48,55	51,06	53,58	56,02	6,95	6,85	9,49
MV	27,19	34,53	41,20	47,88	50,99	4,66	4,64	4,50
NI	28,34	36,34	43,61	50,82	54,47	9,45	4,14	10,19
NW	48,97	51,55	54,13	56,71	59,19	10,12	7,74	9,07
RP	26,63	34,13	38,97	43,81	47,22	9,35	5,15	6,68
SL	34,93	43,01	49,66	55,56	59,32	7,20	7,28	6,07
SN	26,03	33,24	39,76	46,28	49,56	6,85	3,12	5,78
ST	27,28	33,98	37,40	40,80	47,36	7,00	4,66	5,88
SH	26,40	33,94	40,56	47,18	50,49	6,85	6,25	10,05
TH	31,21	34,73	38,19	41,60	44,56	9,22	2,93	8,64
Bund	32,98	38,79	43,75	48,77	51,93	7,15	5,33	7,72

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 108: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2018

Tarfbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	32,99	40,02	46,54	53,02	56,32	4,55	4,52	6,47
BY	24,07	31,54	36,63	42,23	46,82	4,23	6,39	6,26
BE	58,75	59,25	59,76	60,27	60,77	6,25	3,93	6,44
BB	40,63	41,11	41,58	41,93	42,27	7,51	3,89	6,64
HB	24,71	31,67	38,01	44,34	47,51	6,65	4,43	
HH	47,94	50,56	53,09	55,62	58,15	8,76	4,72	7,25
HE	47,88	50,84	52,95	55,59	57,95	7,07	6,97	9,61
MV	31,70	38,89	45,44	51,98	55,25	4,98	4,97	4,42
NI	34,22	37,31	44,69	52,06	55,83	9,59	4,17	10,23
NW	49,98	52,61	55,26	57,87	60,42	10,14	7,80	9,16
RP	27,47	35,23	40,31	45,40	48,92	9,69	5,35	6,73
SL	36,32	44,90	51,82	57,96	62,10	7,22	7,80	5,64
SN	27,48	34,98	41,46	47,65	50,97	7,20	3,16	6,10
ST	29,45	36,34	40,09	43,78	50,12	6,86	4,57	5,99
SH	28,72	36,11	42,62	49,13	52,39	7,08	6,43	10,20
TH	32,74	36,44	40,06	43,48	47,11	9,22	3,04	8,84
Bund	35,09	40,82	45,50	49,95	53,30	7,25	5,39	7,82

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 109: Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern 2019

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	47,53	50,59	53,44	56,27	57,68	5,31	5,05	6,49
BY	29,96	40,17	45,32	51,69	59,26	4,11	6,51	5,97
BE	60,19	60,71	61,23	61,74	62,26	6,37	3,98	6,65
BB	43,17	43,60	44,20	44,56	44,91	7,90	3,99	6,98
HB	25,95	33,25	39,90	46,55	50,08	7,63	5,08	
HH	49,27	51,86	54,46	57,05	59,64	8,82	4,78	7,25
HE	51,26	53,84	56,40	58,96	61,48	7,26	7,18	9,80
MV	36,43	43,76	50,42	57,08	60,41	5,40	5,36	4,50
NI	30,55	39,28	47,06	54,76	58,71	9,95	4,27	10,33
NW	51,78	54,50	57,23	59,96	62,69	10,38	7,99	9,54
RP	28,50	36,53	41,92	47,32	50,98	10,15	5,57	6,93
SL	37,17	46,60	53,93	60,40	64,88	6,73	8,55	6,42
SN	30,21	38,46	45,03	51,30	54,74	7,90	3,26	6,31
ST	35,27	42,71	47,36	51,97	57,82	6,71	4,47	6,22
SH	31,78	39,11	45,78	52,44	55,78	7,48	6,64	10,51
TH	35,98	40,02	44,00	47,99	51,82	9,47	3,11	9,02
Bund	39,18	45,05	49,50	54,08	57,71	7,51	5,61	8,07

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 110: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen)¹⁴¹ in den einzelnen Bundesländern 2016

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegestufe I pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegestufe II pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegestufe III pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	55,33	68,35	87,00	13,10	11,06	10,66
BY	62,71	70,56	79,19	10,07	11,22	11,38
BE	78,03	80,05	81,91	11,14	5,75	9,18
BB	45,18	58,03	77,39	11,61	5,94	12,14
HB	58,18	64,01	70,98	14,21	9,48	9,20
HH	74,18	85,21	107,27	15,99	12,87	7,39
HE	52,05	71,16	90,24	11,98	7,99	14,09
MV	63,08	81,37	101,62	10,04	8,39	8,35
NI	50,17	63,99	77,23	13,88	4,84	16,82
NW	63,96	86,93	101,57	18,44	14,21	10,71
RP	42,31	49,80	62,27	16,59	9,05	6,35
SL	57,79	77,58	96,51	17,37	9,73	11,49
SN	43,23	57,45	75,18	12,62	4,25	7,60
ST	55,38	56,49	57,28	9,03	6,02	5,45
SH	55,98	70,28	83,96	12,11	9,51	14,18
TH	39,07	54,37	71,29	16,93	3,80	12,24
Bund	56,04	68,48	82,56	13,44	8,38	10,45

Quelle: GKV-Spitzenverband

¹⁴¹ Für eingestreute Betten und separate Abteilung in der Kurzzeitpflege ist die Auswertung aus technischen Gründen erst ab 2017 möglich.

Tabelle 111: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2017

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	40,70	50,72	66,97	83,91	91,50	13,65	11,35	13,76
BY	40,39	55,07	65,72	76,81	81,80	9,38	10,82	13,31
BE								
BB		45,39	63,07	82,38	90,64	14,15	4,89	8,66
HB	28,57	36,63	52,81	69,67	77,38	14,24	9,49	17,41
HH	23,15	43,32	59,50	76,36	83,92	13,08	11,30	17,58
HE	33,71	45,54	61,82	78,67	86,08	12,42	8,27	16,49
MV	27,27	34,97	51,14	68,00	75,56	9,50	7,77	11,55
NI	28,73	37,22	53,45	70,31	77,86	13,63	4,89	16,10
NW	37,04	47,39	63,46	80,20	87,68	18,87	13,81	21,20
RP	40,29	51,80	68,14	84,93	92,47	17,19	9,58	14,18
SL	40,71	51,34	66,76	82,85	90,06	16,80	9,61	15,88
SN	19,83	25,42	41,60	58,46	66,02	14,19	4,38	16,00
ST	58,62	58,75	58,75	58,75	58,75	10,47	6,98	9,16
SH	25,99	34,16	51,70	68,57	76,13	11,91	10,61	15,83
TH	24,29	31,14	47,26	64,10	71,65	17,91	4,62	10,68
Bund	35,71	46,69	61,36	76,56	83,35	14,15	9,92	15,61

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 112: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2017

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	43,97	55,98	75,04	94,92	101,64	13,72	11,50	10,16
BY	47,30	61,12	79,43	98,76	107,40	9,87	11,70	11,82
BE	90,48	90,48	90,48	90,48	90,48	11,43	5,70	9,02
BB	22,56	65,61	85,78	107,03	116,54	13,19	5,54	11,56
HB	58,26	61,28	64,34	67,40	70,47	14,51	9,67	9,07
HH	80,45	80,45	80,45	80,45	80,45	16,30	13,12	7,39
HE	36,02	48,85	70,03	87,03	94,72	12,60	8,40	14,54
MV	47,64	61,08	83,06	106,27	116,66	10,16	8,31	11,83
NI	35,40	45,64	62,25	79,66	87,48	14,49	4,89	16,68
NW	68,59	74,42	81,26	88,30	93,07	18,93	14,57	11,40
RP	37,07	47,52	76,98	94,83	102,83	18,68	10,32	6,94
SL	62,65	65,25	69,62	74,18	76,23	17,82	9,89	10,94
SN	35,71	45,66	61,81	78,87	86,49	13,13	4,40	7,90
ST	64,73	64,73	64,73	64,73	64,73	9,58	6,39	6,09
SH	49,46	63,41	80,59	98,23	106,47	9,78	7,22	14,18
TH	47,84	53,15	58,47	63,78	69,10	17,29	4,15	14,06
Bund	51,77	60,17	72,45	84,75	90,50	15,00	9,26	10,48

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 113: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2018

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	44,20	53,38	69,70	86,70	94,20	14,10	11,66	13,82
BY	58,20	69,42	71,82	74,31	75,43	9,83	11,22	13,33
BE								
BB	32,51	49,14	66,83	85,74	94,44	14,86	4,99	8,74
HB	29,49	37,82	54,00	70,86	78,30	14,26	9,51	17,50
HH	23,64	44,85	61,03	77,89	85,45	13,31	11,51	17,64
HE	37,01	46,89	63,50	80,38	87,91	12,74	8,48	16,60
MV	28,04	35,95	52,12	68,99	76,55	9,64	7,88	11,80
NI	29,87	38,72	54,99	71,84	79,41	13,86	4,92	16,15
NW	39,21	49,44	65,11	81,46	88,80	19,22	14,06	21,28
RP	40,30	51,75	68,42	85,25	92,81	17,23	9,60	14,22
SL	41,99	52,97	68,43	84,56	91,79	17,27	9,88	15,85
SN	19,83	25,42	41,60	58,46	66,02	14,19	4,38	16,00
ST	48,18	60,98	61,14	61,18	61,23	10,70	7,13	9,21
SH	27,67	36,24	53,80	70,66	78,22	12,11	10,78	15,87
TH	25,97	33,29	49,47	66,33	73,89	17,74	4,74	10,82
Bund	40,35	50,63	63,98	77,74	83,90	14,42	10,16	15,65

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 114: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2018

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	47,20	58,26	76,40	95,44	103,83	14,05	11,76	10,16
BY	44,67	77,02	82,09	87,44	89,83	9,74	10,98	11,82
BE	93,08	93,08	93,08	93,08	93,08	11,67	5,79	9,10
BB	32,62	67,96	88,09	109,30	118,79	14,01	5,45	11,54
HB	59,72	68,49	71,91	75,34	78,76	14,00	9,33	8,89
HH	89,60	89,60	89,60	89,60	89,60	16,64	13,35	7,39
HE	38,33	50,80	71,36	88,01	95,58	12,92	8,62	14,55
MV	52,99	67,94	89,72	112,70	122,98	10,30	8,43	11,87
NI	38,00	49,26	65,31	82,11	89,65	14,86	4,94	16,99
NW	69,97	75,82	82,70	89,37	94,31	19,21	14,79	11,64
RP	35,40	45,38	74,67	92,29	100,18	19,03	10,59	7,12
SL	63,77	66,56	71,01	75,65	77,72	18,14	10,10	10,94
SN	37,54	48,02	63,93	80,11	87,35	13,54	4,47	8,00
ST	64,82	64,82	64,82	64,82	64,82	9,60	6,40	6,32
SH	49,46	63,41	80,59	98,23	106,47	9,78	7,22	14,18
TH	48,48	53,86	59,25	64,64	70,02	17,49	4,18	14,06
Bund	53,97	63,05	74,70	86,15	91,86	15,29	9,46	10,57

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 115: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur eingestreute Betten und separate Abteilung) in den einzelnen Bundesländern 2019

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	47,61	57,34	73,76	90,82	98,37	14,74	12,16	13,86
BY	75,45	75,99	76,71	77,45	77,78	12,48	13,82	13,45
BE								
BB	48,28	54,57	72,88	91,98	100,54	15,39	5,12	8,82
HB	33,96	43,54	59,72	76,58	84,14	15,00	10,00	17,36
HH	24,39	46,68	62,74	79,48	86,99	13,49	11,68	18,01
HE	40,29	48,80	64,96	81,81	89,35	13,59	9,05	16,60
MV	34,76	43,09	59,24	76,11	83,67	10,17	8,32	11,48
NI	31,85	41,03	57,20	74,06	81,62	14,23	4,99	16,15
NW	45,85	55,40	69,65	84,51	91,19	19,00	14,63	17,95
RP	42,57	54,58	70,77	87,65	95,15	17,91	10,00	14,27
SL	43,85	55,32	70,80	86,95	94,19	17,83	10,21	16,11
SN	33,50	42,95	57,84	73,31	78,89	15,76	4,83	10,11
ST	65,34	65,34	65,34	65,34	65,36	11,22	7,48	9,42
SH	31,68	40,06	56,24	73,10	80,66	12,54	11,13	16,11
TH	29,12	37,33	53,51	70,38	77,94	17,83	4,85	11,93
Bund	46,19	54,22	67,38	81,10	87,23	15,07	10,80	15,10

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 116: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) in den einzelnen Bundesländern 2019

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	52,13	64,66	83,02	102,16	110,58	15,36	12,70	10,14
BY	55,26	63,11	74,82	87,19	92,72	10,01	11,37	11,82
BE	97,55	97,55	97,55	97,55	97,55	12,14	5,95	9,12
BB	66,02	79,97	102,81	126,91	137,69	14,17	5,60	11,54
HB	63,00	78,20	82,12	86,02	89,94	15,26	10,17	8,67
HH	92,49	92,49	92,49	92,49	92,49	17,03	13,65	7,39
HE	40,69	53,15	73,71	90,37	98,87	13,55	9,04	14,93
MV	60,70	77,83	102,02	127,55	138,97	10,80	8,84	11,28
NI	41,40	53,66	69,74	86,25	93,74	15,37	5,01	16,93
NW	76,71	81,87	87,71	93,71	98,05	20,20	15,49	11,96
RP	43,26	55,46	73,44	90,54	98,58	19,40	10,75	10,48
SL	66,71	69,45	73,50	77,71	79,60	18,76	10,44	10,97
SN	42,05	53,69	69,93	85,83	93,24	14,41	4,60	7,96
ST	68,23	68,93	69,41	69,89	70,37	9,95	6,63	7,57
SH	56,99	73,07	90,76	108,79	117,37	7,87	6,54	13,79
TH	63,15	66,12	69,08	72,04	75,01	17,10	4,37	15,22
Bund	59,71	68,35	79,75	91,06	96,78	16,15	9,97	10,71

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 117: Anzahl der Pflegesatzvereinbarungen (solitäre Kurzzeitpflege)

Tarfbereich	01.07.2016	01.07.2017	01.07.2018	01.07.2019
BW	68	78	81	87
BY	28	24	24	21
BE	23	20	20	20
BB	9	6	8	8
HB	21	19	18	16
HH	2	2	2	2
HE	37	30	32	29
MV	9	10	10	9
NI	47	39	36	32
NW	104	108	123	123
RP	11	8	8	8
SL	37	37	40	40
SN	114	92	93	93
ST	19	16	17	18
SH	3	3	3	2
TH	8	4	4	6
Summe	540	496	519	514

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 118: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2016

Tarifbereich	Pflegesatz in Pflege- stufe I pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflege- stufe II pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflege- stufe III pro Tag (in Euro)	Kosten für Unterkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Verpflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	54,38	70,42	90,07	13,03	10,81	13,55
BY	54,17	67,74	77,84	9,22	10,71	13,09
BE	53,90	73,60	87,62	12,35	6,20	12,04
BB	44,05	56,05	75,09	13,64	4,81	9,25
HB	39,68	63,49	79,37	14,07	9,44	17,21
HH	43,79	64,88	85,86	12,98	11,15	17,40
HE	46,17	64,54	82,81	12,00	8,01	16,20
MV	39,33	53,46	69,74	9,45	7,74	10,41
NI	46,59	57,81	71,90	13,25	4,84	15,94
NW	47,53	67,64	88,14	18,44	13,53	17,88
RP	49,20	63,77	88,03	16,38	9,12	13,99
SL	51,67	71,96	92,42	16,66	9,54	16,25
SN	38,31	51,03	69,08	12,58	4,26	53,66
ST	50,04	52,30	63,65	10,12	6,75	9,12
SH	45,56	57,18	69,77	11,57	10,35	15,49
TH	37,18	51,32	68,70	16,80	4,34	10,39
Bund	46,35	61,70	78,76	13,28	8,23	16,37

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 119: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2017

Tarifbereich	EEE (Monat) (in Euro)	EEE (Tag) (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Un- terkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Ver- pfelegung pro Tag (in Euro)	Investitions-kos- ten pro Tag (in Euro)
BW	762,68	25,07	40,41	50,37	66,54	83,41	90,97	13,60	11,30	13,73
BY	714,04	23,47	35,85	48,97	65,14	82,11	89,60	9,57	10,96	13,31
BE	839,57	27,60	40,54	52,91	69,08	85,94	93,50	12,62	6,34	12,24
BB	480,03	15,78	32,05	41,09	57,27	74,13	81,69	14,07	4,89	9,46
HB	427,33	14,05	30,70	39,36	55,54	72,40	79,96	14,32	9,55	17,25
HH	545,12	17,92	23,48	43,50	59,57	76,32	83,83	13,04	11,25	17,52
HE	550,53	18,10	34,11	43,62	59,76	76,58	84,13	12,32	8,21	16,32
MV	274,74	9,03	26,79	34,34	50,52	67,38	74,94	9,66	7,90	10,64
NI	356,24	11,71	28,44	36,83	53,21	70,07	77,63	13,56	4,88	16,03
NW	652,83	21,46	36,45	46,74	62,93	79,78	87,34	18,84	13,83	20,91
RP	606,80	19,95	34,84	44,82	61,48	78,34	85,90	17,24	9,61	14,09
SL	732,57	24,08	38,53	49,39	65,57	82,43	89,99	17,11	9,81	16,40
SN	251,79	8,28	26,28	33,59	49,77	66,63	74,19	13,03	4,43	11,02
ST	269,84	8,87	26,64	34,22	50,40	67,26	74,82	10,48	6,99	9,19
SH	299,14	9,83	27,05	35,10	51,38	68,24	75,80	11,88	10,58	15,63
TH	176,21	5,79	24,28	31,13	47,31	64,17	71,73	17,98	4,64	10,58
Bund	562,06	18,48	33,32	43,20	59,43	76,30	83,85	13,97	9,37	15,18

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 120: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2018

Tarifbereich	EEE (Monat) (in Euro)	EEE (Tag) (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Un- terkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Ver- pflegung pro Tag (in Euro)	Investitions-kos- ten pro Tag (in Euro)
BW	840,01	27,61	43,83	52,92	69,11	85,97	93,49	14,05	11,60	13,79
BY	771,28	25,35	36,73	50,84	66,86	83,69	96,33	9,73	11,08	13,36
BE	877,21	28,84	41,19	54,15	70,32	87,19	94,75	12,82	6,43	12,36
BB	622,47	20,46	38,38	44,30	60,47	77,34	84,90	14,74	4,99	9,50
HB	452,25	14,87	31,33	40,18	56,36	73,22	80,78	14,40	9,60	17,27
HH	591,24	19,44	23,96	45,03	61,10	77,85	85,36	13,27	11,45	17,58
HE	596,21	19,60	37,59	45,21	61,40	78,21	85,75	12,64	8,42	16,38
MV	326,33	10,73	28,20	36,14	52,28	69,10	76,64	9,89	8,09	10,85
NI	398,44	13,10	29,46	38,19	54,55	71,39	78,89	13,76	4,90	16,09
NW	679,70	22,34	37,24	47,63	63,85	80,72	88,28	19,14	14,05	21,01
RP	606,98	19,95	35,01	44,98	61,63	78,49	86,05	17,26	9,63	14,18
SL	782,55	25,72	39,81	51,04	67,21	84,07	91,64	17,52	10,04	16,38
SN	304,89	10,02	27,73	35,33	51,51	68,37	75,93	13,40	4,48	11,14
ST	341,61	11,23	16,59	36,62	52,80	69,66	77,22	10,72	7,14	9,27
SH	334,92	11,01	28,35	36,21	52,52	69,39	76,95	12,03	10,74	15,75
TH	242,64	7,98	26,00	33,34	49,51	66,37	73,93	17,78	4,74	11,03
Bund	608,43	20,00	34,48	44,82	61,04	77,89	86,12	14,22	9,51	15,27

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 121: Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile 2019

Tariffbereich	EEE (Monat) (in Euro)	EEE (Tag) (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 1 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 2 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 3 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 4 pro Tag (in Euro)	Pflegesatz in Pflegegrad 5 pro Tag (in Euro)	Kosten für Un- terkunft pro Tag (in Euro)	Kosten für Ver- pflegung pro Tag (in Euro)	Investitionskosten pro Tag (in Euro)
BW	952,57	31,31	46,94	56,63	72,80	89,66	97,19	14,58	12,02	13,88
BY	863,97	28,40	38,68	54,38	70,55	87,42	94,98	10,05	11,38	13,43
BE	914,74	30,07	41,62	55,11	71,12	87,80	95,28	12,93	6,47	12,42
BB	661,44	21,74	41,50	47,06	63,23	80,09	87,65	15,24	5,12	9,59
HB	555,83	18,27	33,99	43,58	59,76	76,62	84,18	15,00	10,00	17,36
HH	657,82	21,62	25,02	47,45	63,63	80,49	88,05	13,55	11,70	18,00
HE	697,28	22,92	40,19	48,43	64,57	81,40	88,95	13,52	8,98	16,44
MV	519,72	17,08	30,14	38,63	54,76	71,58	79,12	10,33	8,46	11,05
NI	486,60	16,00	31,91	41,10	57,27	74,14	81,70	14,21	4,99	16,15
NW	754,74	24,81	39,26	50,18	66,35	83,21	90,77	19,62	14,45	17,95
RP	697,87	22,94	37,63	48,27	64,42	81,28	88,85	18,00	10,05	14,20
SL	856,34	28,15	41,70	53,46	69,64	86,50	94,06	18,07	10,37	16,58
SN	442,38	14,54	31,18	39,83	56,01	72,87	80,42	14,19	4,60	11,48
ST	475,50	15,63	30,23	38,83	55,00	71,87	79,44	11,21	7,46	9,42
SH	472,92	15,55	31,81	40,26	56,43	73,29	80,86	12,53	11,13	15,96
TH	354,61	11,66	28,87	37,02	53,20	70,06	77,62	17,91	4,86	11,75
Bund	692,85	22,78	37,66	48,27	64,44	81,29	88,84	14,73	9,84	14,81

Quelle: GKV-Spitzenverband

Anhang C: Forschungs- und Modellprojekte¹⁴²

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BEVOLL- MÄCH-TIGTER DER BUNDES- REGIERUNG FÜR PFLEGE	<p>„AHOI - Patient im Boot“, Projektphase I: Aktivierung der Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegenden für eine hygienebewusste Partizipation an der Infektionsprävention, Projektphase II: Evaluationsstudie und Vorbereitung der bundesweiten Ausrollung</p> <p>Das Projekt „AHOI – Patient im Boot“ setzte sich aus zwei Projektphasen zusammen. Ziel der Projektphase I war es, Ansätze für die aktive Beteiligung von Patienten und Patientinnen, Pflegebedürftigen und Angehörigen an der Infektionsprävention zu entwickeln und auf ihre Machbarkeit zu testen. In Projektphase II ging es darum, die Methoden aus dem Projekt „AHOI 1“ im Rahmen einer Interventionsstudie zu optimieren, zu implementieren und zu evaluieren.</p>	Universitätsmedizin Greifswald KöR, Zentralbereich Hygiene	08/2017 bis 12/2019	https://www.ahoi-in-fektionsschutz.de/
BEVOLL- MÄCH-TIGTER DER BUNDES- REGIE-RUNG FÜR PFLEGE	<p>Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege</p> <p>Innerhalb des Projektes wurden bewährte Instrumente für gute Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zusammengetragen. Dieser „Instrumentenkoffer“ wurde dann samt Unterstützungsmaßnahmen vor Ort als wirksames Schulungskonzept implementiert. Im Rahmen eines Pretests bei ca. 25 kleinen und mittelständigen Pflegeeinrichtungen wurde das Konzept getestet und die Effekte wurden auf die Arbeitsbedingungen evaluiert.</p>	Pflegebevollmächtigter mit Auftragnehmer CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft sowie BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH	01/2019 bis 03/2020	https://www.pflegebevollmaechtigter.de/attractive-pflegeberufedetails/projekt-zur-umsetzung-guter-arbeitsbedingungen-in-der-pflege-.html
BMG	<p>Asylbewerber und Flüchtlinge als Potenzialträger in Deutschland - ein Modellprojekt im Gesundheitswesen</p> <p>Im Modellprojekt „Asylbewerber und Flüchtlinge als Potenzialträger in Deutschland“ wurden geflüchtete Menschen und Asylbewerber für die Arbeit im Gesundheitsbereich rekrutiert, qualifiziert und nachhaltig an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gebunden. Darüber hinaus wurde ein interkulturelles Schulungsprogramm zum Thema „Kultur und Pflege“ für die Mitarbeitenden im Unternehmensverbund entwickelt und an verschiedenen Standorten in die Umsetzung gebracht. Das Projekt trug dazu bei, dass Menschen mit einer Migrationsbiografie einen ersten qualifizierenden Abschluss im Gesundheitsbereich erlangen und sie auf eine mögliche berufliche Weiterqualifizierung mit dem Schwerpunkt in der Versorgung von älteren kognitiv eingeschränkten Menschen vorzubereiten.</p>	St. Augustinus-Fachkliniken, Neuss	04/2017 bis 03/2020	

¹⁴² Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit und der Begrenzung des Umfangs wird in diesem Teil des Anhangs auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>Online Selbsthilfe Initiativen für Pflegende Angehörige (OSHI-PA) Im Projekt „Online Selbsthilfe Initiativen für Pflegende Angehörige (OSHI-PA)“ wird das Ziel verfolgt, die reale und virtuelle Selbsthilfe als eine Unterstützungsform für pflegende Angehörige zu verknüpfen und zu etablieren. Zu diesem Zweck wurde die App „in.Kontakt“ entwickelt, implementiert und einer wissenschaftlichen Evaluation durch das Institut für Teilhabeforschung der Katholischen Hochschule in Nordrhein-Westfalen unterzogen. Die App ermöglicht den Nutzerinnen und Nutzern einen Austausch in offenen oder geschlossenen Gruppen über die für sie relevanten Themen. Sie soll dazu beitragen, dass pflegende Angehörige und alle Interessierten an virtuellen Selbsthilfegruppen teilnehmen, sich zu bestimmten Inhalten informieren und austauschen können. Ergänzt wird das Projekt durch den zeitgleichen Aufbau realer Selbsthilfegruppen.</p>	Verein wir pflegen e. V.	10/2017 bis 12/2020	https://www.wir-pflegen.net/
BMG	<p>Umsetzung der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen Die „Studie zur Umsetzung der Berichtspflicht der Länder zu Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen“ wurde zur fachlichen Unterstützung der in § 10 Abs. 2 SGB XI festgelegten Berichtspflicht der Länder über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im jeweils vorausgegangenen Kalenderjahr (sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen) in Auftrag gegeben. Die von KPMG erstellte Studie beinhaltet eine umfangreiche Darstellung der rechtlichen Grundlagen auf Länderebene sowie eine differenzierte Analyse der Fördermaßnahmen in den einzelnen Ländern für die Berichtsjahre 2017 und 2018.</p>	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, KPMG Law Rechtsanwalts-gesellschaft mbH	05/2018 bis 12/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3422
BMG	<p>Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim. Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase Das Projekt widmet sich der Frage, wie die Pflegepraxis im ‚Heim‘ als wichtige gesundheitliche Versorgungseinrichtung und zentraler Lebensort vor allem für Ältere ausgestaltet sein sollte, damit von der Aufnahme ins Heim bis hin zur Sterbephase ein möglichst ‚gutes Leben‘ und schließlich auch ‚gutes Sterben‘ gelingen kann. Zentral ist hierbei der Anspruch auf Selbstbestimmung, die wechselseitige Achtung und ein würdevoller Umgang. Dabei werden sowohl die Organisationsstruktur und -kultur von Heimen als auch das tägliche Miteinander in den Einrichtungen bis hin zur Perspektive der An-/Zugehörigen in den Blick genommen. Die Erkenntnisse aus der systematischen Recherche sowie weitere Best-Practice-Beispiele und die Ergebnisse aus mehreren ethnografischen Fallstudien sollen in die Entwicklung eines forschungsbasierten und praxisorientierten digitalen Schulungs- bzw. Umsetzungs-konzepts einmünden.</p>	Zentrum für interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG), Universität Augsburg	02/2019 bis 04/2021	https://www.uni-augsburg.de/de/forschung/einrichtungen/institute/zig/gesundheitsforschung/lebensende/selep/
BMG	<p>Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie 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 in den kommenden Jahren umgesetzt werden sollen. Die Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie hat den Erarbeitungs- und Abstim-</p>	Deutsches Zentrum für Altersfragen	08/2018 bis 12/2021	https://www.nationale-demenzstrategie.de/

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	mungsprozess der Strategie inhaltlich und organisatorisch unterstützt. Ab Frühjahr 2020 wird die Geschäftsstelle u. a. auch die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen im Rahmen eines Monitorings begleiten.			
BMG	Förderung bürgerschaftlichen Engagements durch Pflegestützpunkte In dem Projekt wurde untersucht, wie Einzelhelfer, die sich in häuslichen Pflegekontexten im Rahmen erstattungsfähiger Leistungen gemäß § 45b SGB XI engagieren bzw. engagieren möchten, unterstützt werden können. Dazu wurden spezielle Servicepunkte bei bereits bestehenden Organisationen – bspw. Pflegestützpunkten – implementiert. Ziel war es, neue Formen des Engagements durch eine Erschließung der Potenziale von Einzelpersonen zu erkunden und in der Folge zu etablieren.	Kuratorium Deutsche Altershilfe gemeinnützige GmbH	09/2017 bis 08/2020	www.einzelhelfer.de
BMG	Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen Mit dem PSG I wurde die Förderung ambulanter Wohnformen vom Gesetzgeber gestärkt. Dies führte dazu, dass stationäre Versorgungsangebote des Öfteren im Rahmen einer Neugründung oder in Form einer Umwandlung in ambulante Versorgungsangebote (Ambulantisierung) transformiert wurden. Die Studie verfolgte das Ziel, die quantitative Entwicklung ambulanter Wohnformen zu erfassen, gesetzgeberische Anreize und Fehlanreize auf Bundes- sowie Landesebene zu identifizieren und Empfehlungen zur Abgrenzung dieser Versorgungsangebote zu erarbeiten.	Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	11/2016 bis 11/2017	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf
BMG	Entlastung und Stärkung für Pflegebedürftige und Pflegenden – Reisen im Tandem (ESPRIT) Im Forschungsprojekt „Entlastung und Stärkung für Pflegebedürftige und Pflegenden - Reisen im Tandem (ESPRIT)“ wurde untersucht, welche entlastenden Wirkungen mit betreuten Urlauben für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen einhergehen. Dazu wurden insgesamt sieben Urlaube von kooperierenden Alzheimer-Gesellschaften organisiert und durchgeführt sowie im Rahmen dieses Projekts evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kompetenzen der Pflegenden zur Bewältigung des Pflegealltags verbessert werden konnten und im Anschluss an die betreuten Urlaube vermehrt professionelle Angebote zur Entlastung in Anspruch genommen wurden.	Institut für Gerontologische Forschung IGF e. V.	04/2016 bis 02/2018	https://www.igfberlin.de/schwerpunkte/gesundheitsundselbst%C3%A4ndigkeit/129-esprit
BMG	Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen Aufgrund klimatischer Entwicklungen und Hitzewellen in den Jahren 2003 und 2015 wurden in bestimmten Regionen in Deutschland hohe hitzebedingte Belastungen bei älteren Menschen festgestellt. Das Projekt verfolgte das Ziel, hitzebedingte Risiken bei älteren Menschen zu identifizieren und die Effektivität von Maßnahmen im Bereich der hausärztlichen Versorgung sowie in der ambulanten und vollstationären Pflege zu überprüfen. Die Erkenntnisse sollten in Informations- und Schulungsmaterialien sowie in den fachlichen Diskurs Eingang finden und einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.	Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Abteilung Geriatrie und Klinik für Geriatrie Rehabilitation	02/2017 bis 03/2019	http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Bildungsmodule-Aerzte/download/de/Klima3/Vortrag_Robert-Bosch-Krankenhaus_Roigk.pdf
BMG	Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“ In der Studie wurde der aktuelle Umsetzungsstand des Überleitungsmanagements sowie der Behandlungspflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen beleuchtet. Darüber hinaus wurden in mehreren Mo-	IGES Institut GmbH	04/2017 bis 04/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Da-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	delleinrichtungen die Auswirkungen einer besseren Personalausstattung auf die Versorgungsqualität untersucht. Durch die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen und die Intensivierung des fachlichen Austauschs konnte ein strukturiertes Überleitungsmanagement im Studienverlauf implementiert, die Behandlungspflege konnte verbessert und höhere Zufriedenheitswerte seitens der Kurzzeitpflegegäste und der professionellen Akteure konnten erzeugt werden. Überdies wurde ein bereits vorhandener Praxisleitfaden weiterentwickelt.			teien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Modellerprobung_Kurzzeitpflege_Abschlussbericht.pdf
BMG	Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten Die Studie sollte einen Überblick über den Stand der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in den einzelnen Bundesländern verschaffen und ermitteln, wie die Pflegestützpunkte in den 14 Bundesländern, in denen sie bis zum Untersuchungszeitraum etabliert wurden, ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen. Dabei berücksichtigt wurden die allgemeinen Rahmenbedingungen und Strukturen der Pflegestützpunkte, die Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall, die Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren und die Qualitätssicherung in den Pflegestützpunkten. Aus den Ergebnissen wurden acht Handlungsempfehlungen abgeleitet.	IGES Institut GmbH	03/2017 bis 06/2018	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final_20181220.pdf
BMG	Online-Ratgeber „Hilfsmittel für die häusliche Pflege“ Im Projekt „Hilfsmittel für die häusliche Pflege“ wurde ein Online-Ratgeber mit circa 270 Hilfsmittelbeschreibungen, Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln und ihre Inanspruchnahme über die Kranken- und Pflegekassen erstellt. Weiterhin wurde in dem Projekt ein Angebot für die Online-Beratung erprobt und an das bereits vorhandene Internetportal www.online-wohnberatung.de angedockt. Der neue Online-Ratgeber unterstützte Informations- und Ratsuchende bei der Suche nach individuellen Lösungsmöglichkeiten und ermöglichte den Kontakt zu den Beratungsteams von Barrierefrei Leben e. V.	HafenCity Universität Hamburg; Verein Barrierefrei Leben e. V. Hamburg	05/2016 bis 10/2017	https://www.online-wohnberatung.de/hilfsmittel-fuer-die-haesusliche-pflege/
BMG	Wissenschaftlich-fachliche Begleitung der Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger Die Modellmaßnahmen zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ werden seit rund 30 Jahren vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. In dieser Zeit wurden mehr als 500 Praxis- und Forschungsprojekte begleitet und unterstützt, in denen wegweisende Verbesserungen für die pflegerische Versorgung entwickelt und erprobt wurden. Die Modellmaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit wurden durch eine wissenschaftlich-fachliche Begleitung flankiert.	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V.	10/2017 bis 09/2020	https://www.iso-institut.de/project/projekt_wissenschaftlich-fachliche-begleitung/
BMG	Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, in den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege“ Los 1 In der Studie wurde untersucht, ob die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie der Erhalt und die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen erreicht werden und ob das neue Verständnis	IGES Institut GmbH	10/2017 bis 07/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluie-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	von Pflegebedürftigkeit in der Praxis der pflegerischen Versorgung ankam. Darüber hinaus wurde untersucht, wie sich die Situation Pflegebedürftiger, pflegender Angehöriger, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte durch die Reformmaßnahmen verbessert hat. Die Ergebnisse, die dem Abschlussbericht vom 18. Oktober 2019 zu entnehmen sind, mündeten in fünf Handlungsempfehlungen ein und wurden überwiegend von der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) aufgegriffen.			rung/Abschlussbericht_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
BMG	<p>Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 2: Allgemeine Befragungen</p> <p>Die Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18c Abs. 2 SGB XI hatte zum Ziel, die Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen sowie die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu erfassen und zu bewerten. Weiterhin sollte mithilfe der Evaluationsstudie eine Fortschreibung der Wirkungsstudien zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG), dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) erfolgen und eine geeignete Datengrundlage für den Siebten Pflegebericht der Bundesregierung geschaffen werden.</p>	Kantar - Public Division Deutschland	10/2017 bis 07/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
BMG	<p>Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 3: Eingliederungshilfe</p> <p>In der Studie wurden die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe in den Blick genommen, um die fachliche Funktionsfähigkeit für Menschen mit Behinderung zu untersuchen. Dazu wurden Befragungen mit unterschiedlichen Stakeholdern durchgeführt. In der Evaluation wurde auf die Leistungserbringung aus einer Hand gemäß § 13 Abs. 4 SGB XI sowie die Vereinbarungen und ihre Vorbereitung zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Pflegekassen fokussiert. Darüber hinaus wurden in der Evaluation die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II und III in Bezug auf Überschneidungen von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Hilfe zur Pflege untersucht. Außerdem wurden die Umstellung hinsichtlich der Hilfe zur Pflege und die Auswirkungen auf die Leistungsbezieher bewertet.</p>	IGES Institut GmbH	10/2017 bis 07/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_3_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
BMG	<p>Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 4: Statistische Untersuchung</p> <p>Im Fokus der Untersuchung stand die quantitative Darstellung von Entwicklungen und Effekten, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden sind. Ziel war es, die Wirkungen des PSG II und III darzustellen und diese mit den intendierten Effekten der Reform abzugleichen, v. a. im Hinblick auf die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen, der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungsarten sowie der finanziellen Wirkungen der Pflegestärkungsgesetze.</p>	Universität Bremen SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	10/2017 bis 07/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_4_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 5: Fortschreibung Monitoring</p> <p>Das Monitoring hatte die Aufgabe, dem BMG kurzfristiges Orientierungs- und Steuerungswissen hinsichtlich des aktuellen Umsetzungsstands bei den relevanten Akteuren zu liefern und eine optimale Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu gewährleisten. Die Ergebnisse basieren auf Online-Befragungen der beteiligten Akteure, Fachgesprächen mit zentralen Akteuren, der Auswertung relevanter statistischer Kennzahlen sowie einer Dokumentenanalyse der bisher an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepassten Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI.</p>	Prognos AG	10/2017 bis 07/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_5_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
BMG	<p>Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 6: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse</p> <p>Um die Wirkungen der tiefgreifenden und arbeitsintensiven Umstellung wissenschaftlich evaluieren zu können, wurden die Erkenntnisziele, zentralen Fragestellungen und Ergebnisse von fünf Abschlussberichten in diesem Bericht zusammenfassend dargestellt. Die wissenschaftlichen Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass die Systemumstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 Abs. 2 SGB XI insgesamt reibungslos verlaufen und die Implementierung des neu eingeführten Begutachtungsinstruments trotz großer Herausforderungen gut gelungen ist.</p>	Iso-Institut Saarbrücken	06/2019 bis 10/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf
BMG	<p>Erweiterung des bisherigen RKI-Monitorings durch die Einbindung von Hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen (MonAge)</p> <p>Als Ergänzung zum Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) soll mit dem Projekt MonAge auch für Hochaltrige (ab 80 Jahren) und gesundheitlich eingeschränkte ältere Menschen eine Daten- und Informationsgrundlage geschaffen werden. Diese Personengruppen wurden bislang im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung unzureichend repräsentiert. Erhoben werden u. a. besondere Problemlagen im höheren Alter (z. B. Gebrechlichkeit, Stürze, Mehrfacherkrankungen), Risikofaktoren für Demenz sowie ein anerkannter Pflegegrad.</p>	Robert Koch-Institut	01/2019 bis 06/2023	https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MonAge/MonAge_node.html;jsessionid=C409BE59163CF87B51FD272D4C0A573B.internet072
BMG	<p>Verhältnisorientierte Bewegungsförderung und individuelle Bewegungsberatung im Setting „Altenwohnheim“ - ein biospsychosoziales Analyse- und Beratungsprojekt - BaSAlt</p> <p>In die Studie sind 240 Bewohner von sechs Altenwohnheimen bzw. Einrichtungen des betreuten Wohnens einbezogen (40 je Einrichtung). Ziel des Projekts ist es, in einem partizipativen Prozess Strategien der Bewegungsförderung für das Setting Altenwohnheim/Betreutes Wohnen zu entwickeln und Erkenntnisse über förderliche und hinderliche Faktoren der Implementation bewegungsfördernder Maßnahmen zu generieren. Durch die Maßnahmen soll erreicht werden, dass die Bewohner von Altenwohnheimen und Betreutem Wohnen möglichst lange autonom und ohne Pflegebedürftigkeit bleiben bzw. dass ein bestehender Grad an Pflegebedürftigkeit nicht höher wird.</p>	Eberhard Karls Universität, Institut für Sportwissenschaft, Tübingen	06/2019 bis 12/2022	https://fit.uni-tuebingen.de/Activity/Details?id=6461

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	<p>Qualitätsorientierte Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe</p> <p>Mit dem Projekt wird das Ziel verfolgt, in teil- und vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie für Pflegebedürftige Qualitätsrahmen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu verbessern. Damit sollen die Gesundheitskompetenz der Bewohner, der Beschäftigten und der Einrichtungen selbst gestärkt und perspektivisch die Qualitätsansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen weiterentwickelt werden.</p>	AOK-Bundesverband	05/2017 bis 04/2021	https://www.aok-bv.de/engagement/qualipep/
BMG	<p>HALT-3 - Punktprävalenzstudie zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikagebrauch in Altenpflegeeinrichtungen</p> <p>Die nationale Punkt-Prävalenz-Studie „HALT“ untersuchte die Häufigkeit nosokomialer Infektionen und des Antibiotikaeinsatzes in Langzeitpflegeeinrichtungen. Dabei wurden auch die in den Einrichtungen etablierten Infektionspräventionskonzepte und Antibiotikastrategien erfasst. Langfristiges Ziel der HALT-Studie war die Implementierung von Erfassungsinstrumenten zum Vorkommen von nosokomialen Infektionen und des Antibiotikaeinsatzes in den Einrichtungen. Über diese konnten Entwicklungen verfolgt werden, auf deren Basis über notwendige Interventionen entschieden werden konnte. Die Studie diente auch der Fortbildung und Sensibilisierung der Teilnehmer für die Themen Infektionsprävention und sachgerechten Antibiotikaeinsatz. Die HALT-Studie fand im Rahmen einer regelmäßigen europäischen Erhebung statt, Deutschland hat sowohl 2010 (HALT-1) als auch 2013 (HALT-2) und 2016 (HALT-3) teilgenommen.</p>	Robert Koch-Institut	06/2016 bis 03/2017	https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities-1
BMG	<p>Showcase für ein regionales Fachkräftemonitoring am Beispiel ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen</p> <p>Die Pflegestatistik stellt umfassende Informationen über Anzahl und Struktur der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen in Deutschland bereit. Gerade aufgrund des regional sehr ungleich verteilten Angebots und Bedarfs von beruflich Pflegenden wird es zunehmend wichtiger, verstärkt auch regional-spezifische Kenntnisse zu erhalten. Daher hat das Statistische Bundesamt in diesem Showcase ein regionales Fachkräftemonitoring für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt. Die Ergebnisse adressierten das in der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege (KAP) vereinbarte Ziel, die Datengrundlagen zum Pflegepersonalangebot für Steuerungs- und Planungszwecke kleinräumig zu verbessern. Auf Grundlage der Ergebnisse ist die gesetzliche Verankerung eines entsprechenden Fachkräftemonitorings vorgesehen.</p>	Statistisches Bundesamt	01/2019 bis 10/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3481
BMG	<p>Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter „vulnerabler Gruppen“</p> <p>Im Rahmen der Studie wurde die Vulnerabilität – im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten – von drei Personengruppen in den Blick genommen: ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1), ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben (Los 2), und ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Be-</p>	Prognos AG	03/2016 bis 11/2017	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Be-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	hinderung, und Pflegebedürftigkeit (Los 3). Das Projekt verfolgte das Ziel, erstmalig einen Überblick über die Bedarfslagen und die Angebotslandschaft für die beschriebenen vulnerablen Gruppen zu generieren. In diesem Zusammenhang wurde auch untersucht, inwieweit die spezifischen Bedarfe der drei Gruppen in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft bereits gedeckt werden, und es wurden Handlungsempfehlungen entwickelt.			richte/Vulnerable_Groupen_Schlussbericht_FINAL_2018_05_17.pdf
BMG	Nachfolgeprojekt „Herausforderung Pflege“ Das Projekt „Herausforderung Pflege“ zielte auf die Entwicklung von Lösungsansätzen für die Sicherung des kurz-, mittel- und langfristigen Bedarfs an geeigneten Mitarbeitern in der ambulanten sowie stationären Versorgung in der Langzeitpflege. Die Frage nach geeigneten Modellen wurde entlang der Themenschwerpunkte Rekrutierung, Qualifizierung und Förderung des Berufsverbleibs entwickelt. Besonderes Augenmerk lag hierbei auf Good- und Best-Practice-Beispielen. Zudem wurden berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen reflektiert.	FIVE - Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V.	07/2016 bis 07/2017	https://agp-freiburg.de/downloads/Abschlussbericht_Herausforderung_Pflege_2013.pdf
BMG	Wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Mit dem Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Das setzte voraus, dass sich die am Begutachtungsverfahren direkt oder indirekt beteiligten Organisationen im Vorfeld auf die Einführung vorbereiten mussten. Um eine möglichst optimale Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu gewährleisten, wurde dieser Prozess im Rahmen einer Kurzstudie durch ein Monitoring begleitet. Die an der Umsetzung beteiligten Akteure wurden in regelmäßigen Abständen zum Stand der Umsetzung sowie zu möglichen Hürden befragt. Ziel war es, anhand wesentlicher Kennzahlen Orientierungs- und Steuerungswissen für den Prozess der Einführung dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung zu stellen.	Prognos AG	10/2016 bis 05/2017	
BMG	Folgestudie zur Aktualisierung der Vorschläge niedrigschwelliger Angebote im Rahmen der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsänderungen (Gesetze, Verordnungen, untergesetzliche Normsetzung) samt Expertenworkshop Vor dem Hintergrund zwischenzeitlich ergangener Rechtsänderungen führte das Kuratorium Deutsche Altershilfe eine Folgestudie zur Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote im Rahmen der Pflegeversicherung durch. Dabei wurde v. a. der Stand der jeweiligen Länderverordnungen untersucht und es erfolgte eine Einordnung, inwiefern bei der Umsetzung der zwischenzeitlich ergriffenen gesetzlichen und untergesetzlichen Maßnahmen Verbesserungen insbesondere hinsichtlich Transparenz, Verständlichkeit, Recherchierbarkeit und Vergleichbarkeit der Angebote erreicht werden konnten. Zudem wurden die niedrigschwelligen Angebote in den Ländern, der Stand einschlägiger Koordinierungsstellen in den Ländern und die Rolle der kommunalen Gebietskörperschaften genauer untersucht und es wurde eine Erhebung des aktuellen Bestands, der Struktur und des Leistungsumfangs von Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen durchgeführt.	Kuratorium Deutsche Altershilfe gemeinnützige GmbH	07/2017 bis 03/2019	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMG	Expertenworkshop zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a-c SGB XI Im Expertenworkshop zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag haben sich Vertreter der Sozialministerien aus 15 Bundesländern, dem Bundesministerium für Gesundheit und des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung über die aktuelle Situation zu Unterstützungsangeboten im Alltag und verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten ausgetauscht und auf Basis von Impulsvorträgen unter der Moderation des KDA miteinander diskutiert.	Kuratorium Deutsche Altershilfe gemeinnützige GmbH	10/2018 bis 02/2019	
BMG	Dokumentation in einer gemeinsamen digitalen Pflegeakte durch ambulante Pflegedienste und Einrichtungen der Tagespflege - Machbarkeitsstudie für eine Pilotierung Die Machbarkeitsstudie knüpft an Vorarbeiten an, die im Rahmen der Einführung des sog. „Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ geleistet wurden. Im Rahmen einer Erprobung des Strukturmodells für die Tagespflege wurde mit einer kleinen Zahl von Einrichtungen auch eine gemeinsame Pflegedokumentation von Tagespflege und eines ambulanten Dienstes erprobt. Ziel der Machbarkeitsstudie war es, die Realisierbarkeit einer gemeinsamen digitalen Pflegedokumentation vertiefend zu untersuchen und die Eckpunkte und Aufgabenstellungen eines späteren Modellvorhabens zur Erprobung eines solchen Konzepts zu formulieren.	IGES Institut GmbH	10/2017 bis 12/2017	
BMG	Fachvertretung des BMG - EU/OECD Projekt „Developing indicators for monitoring long-term care systems“ Unterstützung der Fachvertretung sowie wissenschaftliche Untersuchung potenzieller Indikatoren für internationale Vergleiche in der Langzeitpflege für alle relevanten Dimensionen des EU- und OECD-Bezugs.	Basys GmbH, Augsburg	07/2018 bis 01/2019	
BMG	Erstellung eines Rechtsgutachtens zu Alternativen rechtlicher Regelungen und rechtmäßiger Gestaltungsmöglichkeiten für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (24-Stunden-Betreuung) Der Auftragnehmer hat arbeits- und sozialrechtliche Voraussetzungen für die 24-Stunden-Betreuung geprüft, Vorschläge für die bessere Vereinbarkeit entwickelt und dies in Rechtsgutachten festgehalten: 1. Rechtskonforme Betreuung in den eigenen vier Wänden: Regelungen für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (24-Stunden-Betreuung), 2. Häusliche 24-Stunden-Betreuung durch Selbständige: Gesetzgeberische Wege zur Verhinderung von Scheinselbständigkeit und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.	Prof. Dr. Gregor Thüsing, Köln	04/2019 bis 11/2019	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpublid%5D=3479 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpublid%5D=3480
BMG	Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP) Im PpSG wurde die Förderung der Anschaffung von digitaler und technischer Ausrüstung in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der Pflegekräfte (§ 8 Abs. 8 SGB XI) aufgenommen. Diese Untersuchung	IGES Institut GmbH	06/2019 bis 02/2020	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publi-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	zielte darauf ab, das Ausmaß der Technikausstattung in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen mittels einer Online-Befragung herauszufinden.			kationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3425
Andere Bundesressorts				
BMBF	<p>Verbundprojekt ReDiCare - Unterstützung von hoch belasteten pflegenden Angehörigen: Eine pragmatische Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit eines gestuften Beratungsansatzes aus Pflegeberatung und telefonischer Kurzzeitpsychotherapie</p> <p>Pflegende Angehörige sind häufig mit belastenden Anforderungen und Lebensveränderungen konfrontiert. Ziel des Verbunds ist es, die Wirksamkeit eines gestuften Beratungsansatzes bestehend aus einer 3-monatigen erweiterten Pflegeberatung und einer 6-monatigen telefonischen Kurzzeitpsychotherapie im Vergleich zur Routineversorgung zu untersuchen. Hierzu wird eine randomisierte Studie mit hochbelasteten pflegenden Angehörigen und eine Prozessevaluation durchgeführt. Im Erfolgsfall leisten die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements durch die Beratung von hoch belasteten pflegenden Angehörigen. Gleichzeitig werden wichtige Informationen für eine zukünftige Umsetzung der Ergebnisse in den Versorgungsalltag gewonnen.</p>	Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH Stuttgart	09/2017 bis 08/2021	<p>https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/edicare-unterstuetzung-von-hochbelasteten-pflegenden-angehoerigen-eine-pragmatische-studie-7102.php</p> <p>https://www.bmbf.de/de/hilfe-fuer-pflegende-angehoerige-6161.html</p>
BMBF	<p>Verbundprojekt JointConEval - Wirksamkeit einer komplexen Intervention zur Verbesserung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe von Pflegeheimbewohnern mit Gelenkkontrakturen</p> <p>Gelenkkontrakturen kommen bei älteren Menschen häufig vor. Insbesondere die Bewohner von Pflegeheimen sind betroffen. Unabhängig von ihrer Ursache haben Gelenkkontrakturen Auswirkungen auf die Fähigkeit zur selbständigen Bewältigung des Alltags, die soziale Teilhabe und die Lebensqualität der Betroffenen. Ziel ist es, die Wirksamkeit und Sicherheit einer Intervention zur Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität von älteren Menschen mit Gelenkkontrakturen im Pflegeheim zu überprüfen. Ein Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der sozialen Teilhabe. Im Erfolgsfall leisten die Ergebnisse des Verbundes einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Gelenkkontrakturen im Pflegeheim.</p>	Technische Hochschule Rosenheim (Verbund-kordinator)	09/2017 bis 08/2020	<p>https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/jointconeval-wirksamkeit-einer-komplexen-intervention-zur-verbesserung-von-lebensqualitaet-7107.php</p> <p>https://bewegung-verbindet.de/</p> <p>https://bewegung-verbindet.de/projekte/jointconeval/</p>
BMBF	<p>Verbundprojekt STADPLAN - Advance Care Planning bei pflegebedürftigen und in der eigenen häuslichen Umgebung lebenden älteren Menschen in Deutschland: Eine cluster-randomisierte Studie</p> <p>Am Lebensende stehen oft Entscheidungen, die der Betroffene nicht mehr selbst treffen kann. Das Konzept „Advance Care Planning (ACP)“ sieht einen Gesprächsprozess über zukünftige medizinische und pflegerische Wünsche mit den in die Versorgung eingebundenen Personen vor. Ziel des Verbunds</p>	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	08/2017 bis 01/2021	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/stadplan-advance-care-planning-bei-pflegebedarf-

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>ist, ein an die Versorgung durch deutsche Pflegedienste angepasstes ACP-Konzept, in dem die Pflegenden den Gesprächsprozess leiten, zu entwickeln und zu evaluieren. Dabei wird untersucht, inwiefern dieses Konzept zu einer Patientenaktivierung (z. B. Äußerung von Behandlungswünschen) führt. Auch die Lebensqualität, das Vorliegen einer Patientenverfügung und einige weitere Aspekte werden untersucht. Die Ergebnisse sollen eine evidenzbasierte Grundlage für die Integration des ACP-Konzepts in den deutschen Versorgungsalltag liefern.</p>			<p>tigen-und-in-der-eigenen-hauslichen-umgebung-6954.php</p>
BMBF	<p>GenderCare - Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Gesundheit, Pflegeproblemen und Pflegeinterventionen in Pflegeheimen und Krankenhäusern Für bestimmte Erkrankungen ist die Rolle des Geschlechts hinlänglich bekannt. Es gibt jedoch kaum systematische Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Bereich der pflegerischen Versorgung. Vor allem in Akutkrankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist wenig über die tatsächlichen Auswirkungen des Geschlechts auf Prävalenz und Ausmaß von Pflegeproblemen sowie durchgeführte Pflegeinterventionen bekannt. Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurden Daten aus 15 konsekutiven bundesweiten Querschnittserhebungen aus Krankenhäusern und Pflegeheimen zusammengefasst und auf systematische Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezogen auf Auftreten und Versorgung der hochprävalenten Pflegeprobleme Sturzereignisse, Inkontinenz, Mangelernährung, Dekubitus, Immobilität, Schmerz, Hautzustand und generelle Pflegeabhängigkeit untersucht.</p>	Charité, Berlin	07/2017 bis 09/2019	<p>https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gender-care-zusammenhange-zwischen-geschlecht-gesundheit-pflegeproblemen-und-6711.php</p> <p>https://geriatrie.charite.de/forschung/ag_pflegeforschung/gendercare/</p>
BMBF	<p>PiCarDi - Palliative Care und hospizliche Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung Die Datenlage über die Versorgung und Begleitung von Menschen mit geistigen und schweren Behinderungen am Lebensende ist in Deutschland sehr lückenhaft. Menschen mit Behinderungen erreichen heutzutage ein ähnlich hohes Alter wie Menschen ohne Behinderungen und erleben nun auch die üblichen - teilweise schweren - altersbedingten Erkrankungen. In der Studie werden die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit schwerer Behinderung am Lebensende erhoben. Der Verbund analysiert die Situation in der Palliativversorgung und bei hospizlicher Begleitung in verschiedenen Versorgungssettings. Es wurden Erfahrungen, Rahmenbedingungen und Herausforderungen in der Palliativversorgung von Menschen mit Behinderung aus der Sicht von Einrichtungen und Diensten der Hilfe für behinderte Menschen sowie im Bereich Palliativversorgung und Hospizdienste und aus Sicht der Betroffenen erhoben.</p>	Katholische Hochschule Münster	06/2017 bis 10/2020	<p>https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/picardi-6544.php</p> <p>https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute/teilhabeforschung/forschungsprojekte/picardi-palliative-care-for-people-with-intellectual-and-multiple-disabilities/</p> <p>https://www.bmbf.de/de/wir-muessen-menschen-mit-behinde-</p>

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
				rung-mehr-zutrauen-4977.html
BMBF	<p>EPYLOGE - Palliativversorgung von Menschen in Deutschland mit früh und spät beginnender Demenz in der letzten Lebensphase</p> <p>Ziel der Studie ist, den Status quo der Palliativversorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die in der stationären Altenpflege oder zu Hause versorgt werden, zu untersuchen sowie Probleme, Defizite, Herausforderungen und Bedarfe zu identifizieren. Dabei sollen Unterschiede zwischen früh und spät beginnenden Demenzen (young onset dementia, YOD/late onset dementia, LOD) untersucht werden. Aus den Ergebnissen werden in einem Expertenkonsens Empfehlungen für eine Verbesserung der Palliativversorgung formuliert. Diese sollen eine Grundlage für die Erstellung neuer bzw. die Adaptation bestehender Versorgungsleitlinien darstellen und Menschen mit Demenz bzw. ihre Angehörigen im Entscheidungsprozess unterstützen.</p>	Technische Universität München	05/2017 bis 12/2020	<p>https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/epyloge-palliativversorgung-von-menschen-in-deutschland-mit-fruh-und-spat-beginnender-6482.php</p> <p>https://www.mri.tum.de/news/welche-palliativversorgung-brauchen-menschen-mit-demenz</p>
BMBF	<p>cACP - Interdisziplinäre, vorausschauende Versorgungsplanung - Verbesserung der palliativen Betreuung durch strukturierte Kommunikation über Werte, Leben und Sterben</p> <p>Mithilfe vorausschauender Gesundheitsplanung sollen Patienten auch in gesundheitlichen Krisen individuell und bedarfsgerecht versorgt werden können. Advance Care Planning (ACP) umfasst verschiedene Konzepte strukturierter Kommunikationsprozesse für eine vorausschauende Gesundheitsplanung und kann die Zufriedenheit mit der Palliativversorgung sowie die Lebensqualität verbessern und ein würdevolles Sterben ermöglichen. Weshalb Angebote zu ACP-Gesprächen selten wahrgenommen werden, ist oft unklar. Vermutete Barrieren sind u. a. familiäre Konflikte, Vermeidung sterbebezogener Themen oder Sorgen, Zugehörige damit zu belasten. Es wird ein neues interdisziplinäres ACP-Konzept mit psychosozialen Ansatz (cACP) geprüft, um Palliativversorgung optimal voranzuplanen und die Lebensqualität von Palliativpatienten und ihren Angehörigen zu verbessern.</p>	Philipps-Universität Marburg	09/2017 bis 12/2021	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/cacp-interdisziplinare-vorausschauende-versorgungsplanung-verbesserung-der-palliativen-7162.php
BMBF	<p>SedEol - Explorative Mixed-Methods-Studie zu Sedierung am Lebensende außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland</p> <p>Die aktuelle Sedierungspraxis am Lebensende außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung in ausgewählten Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie die damit assoziierten Herausforderungen und</p>	Klinikum der Universität München	09/2017 bis 04/2021	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/sedeol-explorative-mixed-me

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	potenziellen Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der betreuenden Ärzte, Pflegenden und Familienangehörigen wird untersucht. Häufigkeit und Charakteristika verschiedener Sedierungsformen in den letzten sieben Lebenstagen außerhalb spezialisierter Palliativversorgung in ausgewählten Krankenhausabteilungen und Pflegeheimen werden erfasst. Darüber hinaus werden die Einstellungen, Erfahrungen und Herausforderungen bezüglich der Sedierung am Lebensende aus Sicht der betreuenden Ärzte, Pflegenden und Familienangehörigen untersucht. Publierte Leitlinien zu Sedierung am Lebensende werden evaluiert bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf Settings außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung und ihres möglichen Bedarfs an Adaptation basierend auf den empirischen Ergebnissen der Studie.			thods-studie-zu-sedierung-am-lebensende-ausserhalb-der-7164.php http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/de-alt/forschung/aktuelle-projekte/sedol_sedierung/index.html
BMBF	TAILOHR - Entwicklung, Adaptation und Implementierung einer Intervention zur Verbesserung der Mundgesundheit in der stationären Altenpflege Pflegerheimbewohner sind besonders anfällig für Mund- und Zahnerkrankungen wie Karies oder Parodontitis, da sie häufig nicht mehr in der Lage sind, eigenständig ihre Zähne zu pflegen. Daher bedarf es Konzepte zur Verbesserung und zum Erhalt der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen. Die Nachwuchsgruppe an der Charité-Universitätsmedizin Berlin untersucht in einem ersten Schritt, wie sich die Mundgesundheit von Pflegeheimbewohnern darstellt. Des Weiteren wird untersucht, welche Aspekte der Mundgesundheit besonders relevant sind und welche Barrieren und fördernde Faktoren es gibt, um die Mundgesundheit langfristig zu verbessern. Darauf aufbauend soll eine Intervention entwickelt werden, welche die Mundgesundheit sowie die Lebensqualität von Betroffenen verbessert.	Charité – Universitätsmedizin Berlin	02/2019 bis 07/2021	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/tailohr-entwicklung-adaptation-und-implementierung-einer-intervention-zur-verbesserung-der-8926.php
BMBF	DCLTC - Wettbewerb und Qualität im Markt für Pflegedienstleistungen in Deutschland Das Vorhaben „Wettbewerb und Qualität im Markt für Pflegedienstleistungen in Deutschland“ (DCLTC) ist Teil des Forschungszentrums für Gesundheitsökonomik CINCH – „Competence in Competition and Health“, was seine Zentrale an der Universität Duisburg/Essen hat. Im gesamten Zentrum sollen wettbewerbliche Strukturen im deutschen Gesundheitswesen analysiert werden. Das Teilprojekt DCLTC analysiert den Zusammenhang zwischen der Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes und der Qualität der Pflegeleistungen. Darüber hinaus soll das Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Langzeitpflege sowie unterschiedlicher Strategien zum Eintritt in den Pflegemarkt bei unterschiedlichen Trägerschaften untersucht werden.	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	05/2016 bis 12/2020	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wettbewerb-und-qualitat-im-markt-fur-pflegedienstleistungen-in-deutschland-4336.php https://cinch.uni-due.de/de/
BMBF	Intelligenter Rollator für die stationäre Pflege (RABE) Im RABE-Projekt soll ein intelligenter Rollator speziell für die stationäre Langzeitpflege entwickelt werden. Der RABE-Rollator bietet Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen	TWT GmbH Science & Innovation	10/2017 bis 09/2020	http://rabe-projekt.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	die Möglichkeit, sich selbstbestimmt, sicher und ungehindert bewegen zu können. Ausgerüstet mit Komponenten zur selbstlokalisierenden Navigation und Online-Kommunikation, kann die Pflegeeinrichtung jederzeit Kontakt zum Patienten aufnehmen und seinen Standort lokalisieren. Zudem dient das Navigationssystem den Pflegebedürftigen zur Orientierung in der Pflegeeinrichtung und im Außenbereich. Der intelligente Rollator zeichnet sich durch eine intuitive Bedienbarkeit und ein individuell anpassbares Fahrverhalten aus. Durch einen eingebauten Elektromotor unterstützt der RABE-Rollator die Menschen beim Bewältigen von längeren Strecken und von Gefälle. Kurze Strecken kann der Rollator autonom zurücklegen.			
BMBF	Gemeinsam Pflegen in der mobilen Rehabilitation - MORECARE Ziel des Projekts ist es, die aktivierende Pflege durch mobile Rehabilitationsteams im häuslichen und stationären Umfeld zu unterstützen, um dadurch den Pflege- und Rehabilitationserfolg langfristig zu sichern. Insbesondere im ländlichen Raum werden Reha-Teams, pflegende Angehörige und ambulante Pflegedienste technisch gestützt miteinander vernetzt. Dazu werden körpernahe Sensorsysteme entwickelt, die helfen, Mobilitätsdaten zu erfassen. Haptische Bedienelemente dienen dazu, die Bewegung der Pflegebedürftigen spielerisch und therapiegerecht zu fördern. Zusammengeführt werden diese Technologien über eine semiautomatisch geführte Dokumentation, die gleichzeitig den Austausch zwischen den beteiligten Pflegeakteuren bedarfsgerecht unterstützt. MORECARE unterstützt Pflegebedürftige beim selbstständigen Bewegungstraining und vereinfacht den Informationsaustausch zwischen professionellen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen.	Evangelisches Krankenhaus „Gottesfriede“ in Woltersdorf GmbH	01/2016 bis 12/2018	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/more-care
BMBF	Social inequalities in extending working lives of an ageing workforce - EXTEND Im Projekt wird untersucht, ob und wie renten- und arbeitsmarktpolitische Reformen sowie betriebliche und tarifpolitische Maßnahmen, die jeweils zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit führen sollen (z. B. in Deutschland die „Rente mit 67“), mit sozialen Ungleichheiten für die Arbeitnehmenden verbunden sind. Ausgehend davon sollen Vorschläge für konkrete Strategien und Maßnahmen („good practice“) zur Prävention bzw. zur Abmilderung abgeleitet werden. Das Projekt betrachtet die nationale sowie die sektorale Ebene, hierbei jene der sozialen Dienste, wobei das Ziel längerer Lebensarbeitszeiten besonderes relevant ist. Das Projekt ist handlungs- und lösungsorientiert ausgerichtet und erörtert die ökonomischen Implikationen ausgewählter Strategien. Empfehlungen sollen erarbeitet werden, u. a. für die staatliche Ebene, für sektorale Politikkonzepte sowie insgesamt für Maßnahmen zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit einer alternden Erwerbsbevölkerung.	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./ Institut für Gerontologie an der TU Dortmund	04/2016 bis 12/2018	http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Projekte/Arbeit_Wirtschaft_und_Technik/Social-inequalities-in-extending-working-lives-of-an-ageing-workforce-_EXTEND_/index.html
BMBF	Häuslichkeit und Tagespflege innovativ vernetzt - HuTiV Die Tagespflege in den eigenen vier Wänden ist eine stark wachsende Versorgungsform in der Altenhilfe. Da die Tagespflegeeinrichtung und die Wohnung der Pflegebedürftigen räumlich voneinander getrennt sind, ist es jedoch oft schwierig, die Versorgung gut aufeinander abzustimmen. Daher soll ein System entwickelt werden, das alle Beteiligten interaktiv miteinander vernetzt. Dabei wird auf die Unterstützung pflegender Angehöriger und die Einbeziehung der persönlichen Lebensumstände der Pfl-	euregon AG, Augsburg	03/2016 bis 02/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/hutiv

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	gebedürftigen Wert gelegt. Durch Wearables sowie RFID- und Beacon-Technologien soll ein umfassender Informationsfluss ermöglicht werden. Um die Belastung durch Dokumentationsaufgaben zu reduzieren, werden sensorgesteuerte Systeme und neue Interaktionsformen wie Smartwatches eingebunden. Das System unterstützt professionell und informell Pflegende, sowohl als Quellen als auch als Adressaten der Informationen, und ermöglicht eine optimal abgestimmte Versorgung auch über die Einrichtungsgrenzen hinweg.			
BMBF	Digitales Pflegeportal und digitale Pflegeakte zur Nutzung durch betreute Personen aus dem ambulanten und stationären Pflegebereich - IntePP Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Erprobung einer digitalen Service- und Kommunikationsplattform, die Daten aus den Systemen verschiedener Firmen und Pflegedienste zusammenführt, mit neuen Diensten anreichert und das Thema Pflegedokumentation in innovativer Weise in der digitalen Welt abbildet. Die Basis der Plattform, die Pflegedokumentation, wird durch weitere Dienste verschiedener Anbieter ergänzt, z. B. durch ein intelligentes Pflegebett, Video- und Sprachchats zwischen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegern, durch eine Austausch- und Kommunikationsplattform, einen virtuellen Marktplatz sowie eine intelligente Tourenplanung. Eine Integration unterschiedlicher Anwendungen ist überfällig und sorgt dafür, dass ohnehin erhobene Daten von bisherigen „Insellösungen“ im Sinne des Pflegebedürftigen/seines Versorgers genutzt werden können.	DM EDV- und Bürosysteme GmbH, Garrel	07/2018 bis 03/2019	nicht vorhanden
BMBF	Entwicklung einer Kommunikations- und Dienstleistungsplattform für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz bei verhaltensbezogenen Problemlagen - eDEM-CONNECT (Phase 2) Ziel des Projektes ist die Entwicklung einer chatbotbasierten Kommunikations- und Dienstleistungsplattform für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz für schwierige verhaltensbezogene Situationen. Die Plattform soll für die individuelle Situation der Familien das Wissen über Ursachen von Verhaltensänderungen (z. B. starke Unruhe, Aggression, ständiges Rufen) und mögliche Umgangsoptionen sowie diverse Interventions- und Dienstleistungsangebote über einen zentralen Zugang verfügbar machen. Der Chatbot soll als virtueller Assistent in einem textbasierten Dialog die verhaltensbezogene Problemlage erfassen und diese Daten sowohl maschinell interpretierbar als auch durch pflegerisches/medizinisches Fachpersonal nutzbar machen.	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Witten	07/2018 bis 03/2019	Folgeprojekt: https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/edem-connect
BMBF	Modulare Messsysteme für die individuelle Therapie und Betreuung von Demenzpatienten - PYRAMID Im Projekt PYRAMID wird ein miniaturisiertes, modular erweiterbares Mess- und Beratungssystem entwickelt. Dabei werden die notwendigen Gesundheits- und Pflegedaten des Demenzpatienten automatisiert mit unauffälligen, kaum wahrnehmbaren Sensoren gemessen. Auf Basis dieser erhobenen Daten sollen für den Patienten individualisierte Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten vorgeschlagen und umgesetzt werden. Die erhobenen Daten werden in ein Dokumentationssystem eingetragen und für alle am Pflegeprozess Beteiligten z. B. per Tablet-PC zugänglich sein. Ziel ist es, Übertragungs- bzw. Übermittlungsfehler in der Versorgungssituation von Demenzpatienten zu reduzieren und damit	Clinpath GmbH, Berlin	04/2016 bis 03/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/pyramid

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>die Patientensicherheit zu verbessern. Das System wird in umfangreichen Nutzertests evaluiert, um sowohl bei den Demenzerkrankten als auch bei den Pflegekräften und Angehörigen eine hohe Akzeptanz zu erreichen.</p> <p>Akustisch und optisch erfahrbares Lernen für den Bereich der Pflegeberufe - AKOLEP Das Projekt AKOLEP entwickelt neuartige Lernumgebungen, mit denen eine Intensivierung und Erweiterung der Pflegeausbildung sowie die bessere Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erreicht werden sollen. Das System gibt Rückmeldungen zu ihren fachlichen und sprachlichen Kompetenzen. Dazu werden Pflegeprozesse modelliert, eine Lernumgebung wird mit notwendiger Sensorik (Kameras, Mikrofone, RFID-Technologie) und Displays ausgestattet und es wird eine Software für die Darstellung von Anleitungen und Feedbacks entwickelt. Die Ausübung von Pflegetätigkeiten wird aufgezeichnet und die Bewegungsabläufe in Bezug auf ihre Effizienz werden automatisch interpretiert. Die Pflegenden erhalten direkte Rückmeldungen zu ihrem Lernfortschritt über Sprachausgabe und Visualisierung auf Displays. Interaktive, erfahrbare Lernumgebungen erleichtern den Übergang von theoretischer Ausbildung im Frontalunterricht und praktischer Ausbildung am Menschen und tragen somit zur Verbesserung der Pflegeausbildung bei.</p>	AUCOTEAM GmbH, Berlin	05/2016 bis 04/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/akolep
BMBF	<p>Pflegeunterstützung mit einer interaktiven Puppe für informell Pflegenden - OurPuppet Das Projekt „OurPuppet“ zielt auf die Entwicklung einer sensorbasierten Puppe, die emotionale und gesundheitliche Zustände des Pflegebedürftigen erfasst. Somit können Notfälle erkannt oder Aktivitäten wie Trinken angeregt werden. In Stress- oder Krisensituationen soll die Puppe beruhigend auf die zu Pflegenden wirken und den Angehörigen Hilfestellung leisten. Das Gesamtsystem wird aus einer mobilen Einheit (Puppe, Sensorik, Aktorik) und einer fest installierten Umgebungshardware (Smart-Home-Gateway) bestehen, das rechenintensive Aufgaben (Klassifizierungen, Emotionserkennung) übernimmt. Als neuartiges Feedback- und Kommunikationsinstrument soll „OurPuppet“ sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in häuslichen Pflegesituationen eingesetzt werden. In die Entwicklung werden von Beginn an Betroffene maßgeblich einbezogen. Die Berücksichtigung ethischer Aspekte bildet ebenfalls einen integralen Bestandteil des Projektes.</p>	Anasoft Technology AG, Bochum	05/2016 bis 06/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/our-puppet
BMBF	<p>Versorgungskoordination: situative Unterstützung und Krisenintervention in der Pflege - situCare Ziel des Projekts „situCare“ ist es, einen neuen, technikgestützten Ansatz zur Entlastung von pflegenden Angehörigen in der Intensiv- und Palliativpflege zu entwickeln, um sie bei plötzlich auftretenden Krisensituationen zu unterstützen und eigentlich unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden. Die Grundlage bilden Augmented-Reality-Techniken, ambiente Sensorik und interaktiv vernetzte Objekte. Diese werden weiterentwickelt und miteinander in einem System integriert, das Pflegesituationen selbständig erkennen, pflegenden Angehörigen situative Hilfestellungen geben und die Kommunikation mit den anderen Akteuren im Pflege- und Versorgungsnetzwerk unterstützen kann. Kennzeichnend für das Projekt ist eine durchgängig interdisziplinäre und nutzerzentrierte Herangehensweise, die sich an einem erfolgreichen Transfer in die Praxis und weiteren Anwendungsfeldern in der Pflege ori-</p>	VitalAire GmbH, Norderstedt	04/2016 bis 06/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/situcare

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>entiert. Das umfasst auch die angemessene Berücksichtigung der relevanten datenschutzrechtlichen Aspekte.</p> <p>Pflegerische Unterstützung epilepsieerkrankter Menschen durch sensorische Anfallsdetektion - EPItect</p> <p>Epileptische Anfälle können zu Unfällen mit schwerwiegenden Verletzungen führen. Deshalb ist es wichtig, sie rechtzeitig im Voraus zu erkennen, um entsprechende Sicherheitsvorkehrungen treffen zu können. Ziel des Projekts „EPItect“ ist die Entwicklung eines nichtinvasiven Sensorsystems, das mithilfe eines am Ohr getragenen Sensors die für die Prognose epileptischer Anfälle relevanten Biosignalmuster detektiert. Im Projekt werden dazu eigens neue Modelle zur Anfallsdetektion entwickelt. Über mobile Endgeräte werden die Daten ausgewählten Personen, bspw. im pflegenden Umfeld, zur Verfügung gestellt. Die Alltagstauglichkeit wird unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im klinischen und im häuslichen Umfeld evaluiert. Basierend auf der Sensorik und der Vernetzungsinfrastruktur werden verschiedene technische Innovationen wie Alarmdienste und eine mobile Begleiter-Lösung umgesetzt.</p>	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	03/2016 bis 08/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/epitect
BMBF	<p>Verlässliche mobile Begleitung für pflegende Angehörige - MoCaB</p> <p>Das Projekt „MoCaB“ ermöglicht eine permanente und intuitive Begleitung pflegender Angehöriger zur Prävention von Krisen und in Akutsituationen, zum Beispiel bei Demenz oder nach einem Schlaganfall. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung eines mobilen Assistenzsystems, das Angehörigen pflegerisches Wissen situations- und zielgruppenspezifisch zur Verfügung stellt. Die technologische Basis bilden mobile Sensoren zur Positionsbestimmung, welche die relevanten Aktivitätsdaten im Pflegeverlauf erfassen und auswerten. Ergänzt wird dies durch die Möglichkeit eines videobasierten Coachings, die Bereitstellung einer Wissensdatenbank und das Angebot eines digitalen Pfl egetagebuchs. Die Berücksichtigung der Datenschutzaspekte bildet einen integralen Bestandteil des Projekts. Die Entscheidungs- und Interventionshilfen vor Ort werden durch einen niederschweligen Zugang zu professioneller Unterstützung ergänzt.</p>	Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Berlin	03/2016 bis 08/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/mocab

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Intelligentes Monitoringsystem zur Erfassung von Distress - iSenDi</p> <p>Im Projekt „iSenDi“ wird ein kabelloses, nichtinvasives Sensorsystem entwickelt und evaluiert, das bei bettlägerigen Demenzpatienten Belastungszustände wie Schmerz-, Atemnot- oder Angstattacken erkennt und meldet, wenn diese von sich aus keine Hilfe mehr in Anspruch nehmen können. Damit können die Pflegenden schneller und adäquater reagieren. Das System besteht aus einer Sensor-, Analyse- und Visualisierungseinheit. Es wird ein ortsunabhängiges System entwickelt, das sowohl im stationären als auch im ambulanten Umfeld in die Pflegebetten integriert werden kann. Zur Sicherung der Privatsphäre und des Datenschutzes wird sichergestellt, dass aufgenommene Messdaten die Klinik oder die Wohnung nicht verlassen. Zusätzlich zur technischen Entwicklung sind die Evaluation der Akzeptanz sowie die ethische Beurteilung des iSenDi-Systems weitere Schwerpunkte des Projekts. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen eine praxistaugliche Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung sozialer Aspekte.</p>	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	04/2016 bis 09/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/isendi
BMBF	<p>KI-gestütztes Exoskelett zur ambulanten- und Home-Care-Anwendung in der Pflege sowie Therapie für Menschen mit reduzierten körperlichen Fähigkeiten - ExoCare</p> <p>Exoskelette finden in der Pflege und Therapie kaum Anwendung, ebenso wenig neue Technologien aus dem Bereich der künstlichen Intelligenz. Das langfristige Ziel ist es, Exoskelette für sichere Home-Care-Anwendungen zu qualifizieren und mit verschiedenen Alltagssystemen zu verknüpfen bzw. diese zu erweitern um die bisherigen Erkenntnisse und Möglichkeiten der Mensch-Maschinen-Interaktion (KI, Machine Learning), Fertigungstechnik (3-D-Druck) und Sicherheit (IoT, Sprache und Prozesse). Zudem liegt der Fokus auf der Möglichkeit zur Kombination mit anderen Alltagshilfen, aber auch davon losgelöst anwendbaren Systemen.</p>	Bischoff & Bischoff Medizin- und Rehabilitationstechnik GmbH, Karlsbad	05/2019 bis 10/2019	Nicht vorhanden
BMBF	<p>Pflege mit Durchblick: Die Pflegebrille zur Unterstützung professionell und informell Pflegender - Pflegebrille</p> <p>Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen ist vor allem bei der häuslichen Intensivpflege oft herausfordernd. Im Projekt soll daher eine Datenbrille entwickelt werden, welche die Zusammenarbeit unterstützt und Angehörige nahtlos in den Pflegeprozess einbindet. Die „Pflegebrille“ stellt eine intuitiv nutzbare Kommunikationsschnittstelle zwischen den Pflegenden dar, die abhängig von den Kompetenzen der Beteiligten automatisch Informationen zur Verfügung stellt. Unter Einbindung von Augmented Reality und Sensortechnologie soll sie individuelle Anleitungen zu den Pflegeprozessen liefern. Das geplante System erlaubt auch einen direkten Zugriff auf die Pflegedokumentation. Durch die Pflegebrille können sich alle Pflegenden über den aktuellen Stand der Betreuung und den Zustand des Patienten informieren und auf Basis von Anleitungen kompetent beteiligen. Somit werden Kommunikationshürden abgebaut und das Potenzial aller Pflegenden kann bestmöglich genutzt werden.</p>	Simplifier AG, Würzburg	05/2016 bis 10/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/pflegebrille

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Virtueller Ergonomie-Trainer in der Pflegeausbildung - ERTRAG</p> <p>Im Projekt wird ein virtueller Ergonomietrainer entwickelt, der das individuelle Erlernen von ergonomisch korrekten Bewegungsabläufen in der Pflege unterstützt und die Arbeit von Ergonomie-Experten in der Ausbildung von Pflegekräften ergänzt. Durch Sensorsysteme wird die Ausführung von Pflēgetätigkeiten ergonomisch geschulter Experten aufgezeichnet. Diese ergonomisch korrekten Bewegungen werden mit Maschinenlernverfahren vom virtuellen Ergonomietrainer als Referenzstandard erlernt. Die Auszubildenden erhalten, nachdem ihre Bewegungen mit dieser Referenz verglichen worden sind, über Software-Tools unmittelbare Rückmeldungen. Entsprechend können korrekte oder falsche Bewegungen der Pflegenden sichtbar gemacht und erlernte Verbesserungen im Bewegungsablauf verdeutlicht und nachvollzogen werden. Die Pflegeausbildung wird verbessert, indem die Referenzausführung beliebiger Pflēgetätigkeiten orts- und personenunabhängiger, weniger fehlerhaft und visuell nachvollziehbar wird.</p>	TWT GmbH Science & Innovation, Stuttgart	06/2016 bis 11/2019	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ertrag
BMBF	<p>Entwicklung eines telemetrisch multisensorischen Dekubitus-Prophylaxe-Systems - DekuProSys</p> <p>In der Palliativpflege sind Hautläsionen und Druckgeschwüre (Dekubitus) bei immobilen Patienten häufige und schwerwiegende Komplikationen. Am Körper fixierte medizinische Versorgungs- und Hilfssysteme üben oft zusätzlichen Druck auf die Haut aus und begünstigen die Entstehung von Dekubitus. Ziel im Projekt DekuProSys ist die Entwicklung eines modularen Sensorsystems, das die Umlagerung und Eigenbewegung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher sowie Risikofaktoren wie Feuchtigkeit und Temperatur erfasst. Abweichende Muster in den Sensorparametern lösen Warnungen aus bzw. geben Hinweise für Präventionsmaßnahmen. Die Daten sollen dazu dienen, Lagerungs- und Mobilisationsmaßnahmen weiter zu verbessern und eine optimale Installation von medizinischen Hilfsmitteln am Körper zu ermöglichen. Das geplante Lagerungs- und Mobilisationssystem funktioniert unabhängig von einer systemkompatiblen Matratze und überwacht zusätzlich zur Druckverteilung weitere Risikofaktoren von Dekubitus.</p>	getemed Medizin- und Informationstechnik AG, Teltow	03/2017 bis 02/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/deku-prosys
BMBF	<p>Berührungslose Vitalparameterüberwachung für mehr Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen - GUARDIAN</p> <p>In der Intensiv- und Palliativpflege sind Vitalparameter vor allem für die Erkennung von Krisensituationen entscheidend. Für präzise Messungen aus mehreren Metern Entfernung soll erstmalig die Sechstor-Interferometrie-Technologie eingesetzt werden. Diese multimodale, elektromagnetische Hochfrequenzsensorik ermöglicht die berührungslose Erfassung aller Körperbewegungen mit bisher nicht erreichter Distanzauflösung im Mikrometerbereich und extrahiert Atmung sowie Herzschlag, sodass Pflegebedürftige künftig von weniger Kabeln umgeben sind. Auf Grundlage automatisierter Auswertungen werden die Informationen dem medizinisch-pflegerischen Personal zur Verfügung gestellt. Durch die optionale Einspeisung in das Krankenhausinformationssystem (KIS) wird zugleich die Dokumentation erleichtert. Die zu entwickelnde Technologie birgt ein hohes Potenzial bei der Vitalparameterüberwachung.</p>	getemed Medizin- und Informationstechnik AG, Teltow	01/2017 bis 05/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/guardian

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>terüberwachung Pflegebedürftiger in Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie perspektivisch auch im ambulanten Bereich und zu Hause.</p> <p>Interaktive Medien für die Erinnerungspflege und soziale Betreuung von Menschen mit Demenz - RemeMTI Biografiearbeit und Erinnerungspflege haben sich als wertvolle, personenzentrierte Möglichkeiten erwiesen, um das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu stabilisieren. Aufbauend auf den Ergebnissen von Vorgängerprojekten werden weitere Studien zur Nutzbarkeit und Effektivität interaktiver Systeme zur Unterstützung des gesamten Erinnerungspflegeprozesses durchgeführt. Über eine Software können Betreuende die Sitzungen zusammenstellen, steuern und bewerten. Demenziell Erkrankten werden über Gestensteuerung biografiebezogene Inhalte, z. B. Bilder, virtuelle Welten oder Lieblingssongs auf Tablets oder größeren Monitoren dargeboten. Auf dem Markt erhältliche Produkte beruhen häufig auf Touch-Bedienung in Verbindung mit fest definierten Inhalten. In diesem Projekt werden neue Formen geprüft, etwa Avatare, die sich mit Berührung des Monitors dem Nutzer zuwenden und mit ihm interagieren. Das Projekt zielt mittelfristig auf eine Ausgründung.</p>	Hochschule Furtwangen	12/2018 bis 05/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/rememti
BMBF	<p>Roboterunterstützte Dienste für eine individuelle und ressourcenorientierte Intensiv- und Palliativpflege bei Menschen mit ALS - ROBINA Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine neurologische Lähmungserkrankung, die im Verlauf zu einem vollständigen Verlust der Motorik und hochgradiger Pflegebedürftigkeit führt. Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines robotischen Systems zur Unterstützung von Pflegebedürftigen mit hochgradigen motorischen Einschränkungen wie der ALS. Im Mittelpunkt steht die Erhöhung der Selbstständigkeit, indem die Betroffenen selbst spezifische Aufgaben der Assistenzpflege, z. B. Anreichen, Halten oder Stützen, von dem robotischen Assistenten ausführen lassen können. Eine besondere Herausforderung ist die Entwicklung der individuellen Steuerungsoptionen, u. a. Arm-, Sprach-, Gesten- und Augensteuerung, die den sich ändernden motorischen Möglichkeiten der Betroffenen gerecht werden müssen. Mit einer neuartigen Leichtbaurobotik werden die Aktivitäten des täglichen Lebens der Pflegebedürftigen erleichtert, während die Ressourcen der Pflegenden gezielter eingesetzt werden.</p>	Pflegewerk Berlin GmbH	04/2017 bis 06/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/robina
BMBF	<p>Robuste Wahrnehmungsfähigkeiten für Roboter zur Unterstützung älterer Nutzer im häuslichen Umfeld - RoPHa Ziel des Projekts ist es, Wahrnehmungs- und Handhabungsfähigkeiten eines Roboters so zu entwickeln, dass dieser einem Menschen Nahrung mundgerecht anreichen kann. Dafür muss der Roboter Arbeitsabläufe planen und durchführen können, für die er viele unterschiedliche Informationen aus seiner Umgebung erfassen und aufbereiten muss. Für Roboter ist die Wohnumgebung eines Menschen sehr komplex und durch ständige Veränderung schwer zu erfassen. Zudem kann die unmittelbare Nähe von Menschen Dynamik erzeugen und sorgt dafür, dass ein Roboter nur unvollständige oder widersprüchliche Informationen über seine Umgebung aufnimmt. Dementsprechend ist der Roboter für die Planung und Ausführung der Alltagsaufgaben auf effektive Interaktion mit dem Menschen angewie-</p>	Fraunhofer-Institut für Produktions-technik und Automatisierung (IPA), Stuttgart	07/2017 bis 06/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ropha

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>sen. Bis heute gibt es keine Roboter, deren Wahrnehmungsfähigkeiten soweit entwickelt sind, dass sie in der Pflege eingesetzt werden können. Hier soll das Projekt anknüpfen und Roboter für die Interaktion mit dem Menschen vorbereiten.</p> <p>Mehr Sicherheit für die häusliche Beatmungspflege - MeSiB Die existenzielle Abhängigkeit von Beatmungsgeräten stellt für Patienten in der häuslichen Intensivpflege eine große Belastung dar. Im Projekt wird darum ein umfassendes Sicherheits- und Schutzkonzept entwickelt. Eine sog. Safety-Box fusioniert die Informationen der angeschlossenen Medizingeräte mit ambianter Raumsensorik zur Verhaltens- und Aktivitätserkennung. Bei Notfällen wird eine Notrufzentrale benachrichtigt, die eine erste Beurteilung der Dringlichkeit sowie der Art des Ereignisses vornimmt und die notwendigen Maßnahmen einleitet. Bei Bedarf wird das Telemedizin-Netzwerkzentrum eingeschaltet, das Pflegenden zu den richtigen medizinisch-pflegerischen Entscheidungen anleitet. Flankierend wird eine Simulatorpuppe entwickelt und erprobt, die - eingebunden in ein Schulungskonzept für informell Pflegenden - die Überleitung von der klinischen in die ambulante Pflege unterstützt und zukünftig für Trainingseinheiten zur Bewältigung von Krisensituationen zur Verfügung steht.</p>	IQ.medworks GmbH, Freyung	03/2017 bis 08/2020	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/mesib
BMBF	<p>Frühmobilisation von Intensivpatienten durch adaptive Robotik am Bett - MobIPaR Im Projekt soll ein Pflege- und Rehabilitationssystem entwickelt werden, das den Genesungsprozess schwer pflegebedürftiger Patienten auf Intensivstationen fördert. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung von Roboterkomponenten, die am Krankenbett angebracht werden und u. a. die Aufrichtung des Pflegebedürftigen und das Gehbewegungstraining unterstützen. Der Entwicklungsansatz kombiniert Regelungsansätze der Softrobotik mit Methoden des maschinellen Lernens. Zur Anwendung kommt das „Assist-as-needed“-Konzept, das sich adaptiv und individuell am Bewegungsapparat des einzelnen Pflegebedürftigen orientiert. Das System entlastet Pflegekräfte und Physiotherapeuten bei der bisher sehr personalintensiven Mobilisierung Bettlägeriger. Innovativ ist insbesondere die Ausweitung der robotergestützten Mobilisierung im Bett für die Pflege auf Intensivstationen. Herkömmliche Therapiegeräte sind aufgrund der Immobilität des Pflegebedürftigen dort nicht einsetzbar.</p>	Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG	04/2017 bis 03/2021	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/mobipar
BMBF	<p>Use of care robots in welfare services: New models for effective orientation - ORIENT ORIENT ist ein internationales Forschungsprojekt, das sich mit der Orientierung zum Einsatz von Pflegerobotern in der Altenhilfe beschäftigt. Der Einsatz von robotischen Systemen in der Pflege hat sich in der Praxis noch nicht durchgesetzt, dementsprechend werden innovative Methoden und Modelle für die Orientierung zum Robotereinsatz entwickelt. Die Bedürfnisse älterer Kunden und ihrer Angehörigen stehen dabei im Vordergrund, aber auch auf vielen anderen Ebenen ist Orientierung notwendig. ORIENT untersucht, wie Roboter eingeführt werden sollten, wie ihre Nutzung geplant werden kann, welche Art von Unterstützung und Informationen die verschiedenen Interessengruppen benötigen und wie dafür gesorgt werden kann.</p>	Lappeenranta University of Technology	04/2018 bis 08/2020	https://www.robotorientation.eu/ http://www.jp-demographic.eu/wp-content/uploads/2017/01/ORIENT_2017_conf2018_brochure.pdf

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Prävention degenerativer Demenz durch mentale, interaktive, individualisierte Stimulation - Prode-miis</p> <p>Das Forschungsprojekt Prode-miis zielt darauf ab, das Krankheitsbild der Demenz im Verlauf abzu-schwächen und Abbauprozesse zu verlangsamen. Hierzu werden ein System und ein Verfahren entwi-ckelt, die eine kognitive Vermessung der Leistungsfähigkeit sowie die Erfassung von Vitaldaten (At-mung, Puls) des Nutzers unterstützen. Die Daten sollen anschließend für ein individualisiertes, interak-tives, mentales Training eingesetzt werden und damit dem degenerativen Verlauf der Demenz vorbeu-gen. Das Vorhaben weist durch Entwicklung von Technologien, die eine berührungslose Messung von Vital- und Mentaldaten sowie eine interaktive, individualisierte Stimulation von demenzerkrankten An-wendern ermöglichen, einen hohen Innovationsgrad auf. Die Ergebnisse sollen die stationäre Betreu-ung in Pflegeeinrichtungen unterstützen.</p>	SilverCreations Software AG, Hopstädten- Weiersbach	04/2018 bis 03/2021	https://www.technik-zum-menschen-brin-gen.de/projekte/prode-miis
BMBF	<p>Intuitive Interaktion mit kooperativen Assistenzrobotern für das 3. und 4. Lebensalter - KoBo34</p> <p>Das Ziel des Vorhabens KoBo34 ist es, einen humanoiden zweiarmigen Roboter für die intuitive hapti-sche Interaktion mit dem Menschen zu entwickeln. Der Roboter soll Menschen in realitätsnahen Sze-narien wie Aufstehen oder Schuhe anziehen sowie in komplexen, wissensbasierten Situationen unter-stützen. Der Roboter erlernt die physische - insbesondere haptische - Interaktion auf Basis seiner sen-sitiven und kraftintensiven Manipulationsmöglichkeiten sowie die kommunikative Interaktion anhand einer semantischen Wissensbasis für intelligente Dialogführung. Dies erfordert einerseits neue Rege-lungsstrategien für Robotersteuerung und Lernansätze und andererseits eine direkte Einbindung der Betroffenen in die Entwicklung und Evaluation. Die neuen Robotertechnologien sollen in einem Pilot-projekt für ältere und eingeschränkte Menschen im 3. und 4. Lebensabschnitt getestet werden. Der KoBo-Roboter ist ein erster Schritt in Richtung eines humanoiden Serviceroboters zur Anwendung in der Praxis.</p>	FRANKA EMIKA GmbH, München	07/2018 bis 06/2021	https://www.technik-zum-menschen-brin-gen.de/pro-jekte/kobo34
BMBF	<p>Living Labs für Labor- und Feldstudien zur Evaluierung virtueller Technologien für ein gesundes Le-ben - VITALab</p> <p>Durch den Aufbau sogenannter VITALabs sollen neuartige medizinische Therapieformen als innovative Konzepte zur Behandlung von Menschen mit chronischen neurologischen Erkrankungen wie Demenz und Parkinson evaluiert und optimiert werden. Dies soll sowohl im Laborkontext als auch im Alltag von Patienten geschehen. Durch Labor- und Feldstudien sollen in einer interdisziplinären Partnerschaft mit Experten aus den Bereichen innovativer VR/AR-Systeme und Medizin für unterschiedliche neurologi-sche, physiologische und psychologische Krankheitsbilder neue virtuelle Trainings- und Therapiemo-delle entwickelt werden. Die Erprobung in Kliniken und Pflegeeinrichtungen erfolgt darüber hinaus durch den Einsatz eines mobilen, interaktiven VR/AR-Labors. Schwerpunkt der VITALabs ist die Schaf-fung einer nutzergerechten und realweltlichen Forschungs- und interaktiven Erlebnisumgebung. So können innovative Technologien bedarfs- und nutzergerecht gestaltet und zügig in die Praxis über-führt werden.</p>	Universität Ham-burg	11/2018 bis 10/2021	https://www.technik-zum-menschen-brin-gen.de/projekte/vitalab

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Ein Mixed-Reality-Simulator für Pflegekräfte mit Kraftrückkopplung per Exoskelett - ExoHaptik</p> <p>Das Projekt hat das Ziel, pflegende Angehörige und professionell Pflegende in ihrer Pflegetätigkeit und ihrer Gesunderhaltung zu unterstützen, um psychische Belastungen und das Risiko für die Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE), vor allem im Bereich der Wirbelsäule, zu reduzieren. Hierbei steht die Entwicklung eines Systems im Fokus, das per Multi-User-Mixed-Reality (MR) unterschiedliche Wohnumgebungen simuliert, um einerseits Umbaumaßnahmen in Privatwohnungen effizienter zu machen und andererseits die Schulung der Pflegenden via MR-Technologie zu verbessern. Eine der technischen Kernaufgaben ist die Entwicklung eines Exoskeletts. Das Projekt entwickelt gleich mehrere Innovationen in unterschiedlichen Bereichen, z. B. bei der kombinierten Mensch-Exoskelett-Simulation oder beim multisensorischen MSR-Konzept (Messen-Steuern-Regeln). Die Hauptinnovation ist die räumlich verteilte MR, in der ein schlankes Exoskelett für haptisches Feedback verwendet werden kann.</p>	Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO), Stuttgart	12/2018 bis 11/2021	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/exo-haptik
BMBF	<p>Augmented Reality basierte Unterstützung von Pflegeaufgaben während ihrer Durchführung mit dem Ziel der Steigerung von Pflegequalität, Sicherheit und Zufriedenheit aller Beteiligten - Pflegebrille 2.0</p> <p>Pflegekräfte sehen sich einem zunehmenden Ökonomisierungsdruck sowie steigenden Qualitätsanforderungen bei gleichzeitig geringerer Zeit für die Pflege gegenüber. Dies führt zu Stress, unvollständiger Dokumentation und Qualitätsproblemen. Im Projekt Pflegebrille 2.0 soll eine Datenbrille, die professionell Pflegende unterstützt, unter Einbindung von Augmented Reality (AR) weiterentwickelt werden. Inhalte und Interaktionskonzepte für eine spezifisch für den Pflegekontext ausgerichtete datenschutzkonforme Plattform werden adressiert. Pflegerelevante Themen wie das Wundmanagement werden dafür für den AR-Einsatz aufbereitet und sollen im Einsatz über die Brille situativ abrufbar werden. Die Inhalte werden in Kooperation mit Pflegedienstleistern erstellt und technisch umgesetzt. Zu entwickelnde und evaluierende Schnittstellen zu gängiger Dokumentations- und Pflegemanagementsoftware sollen zur Akzeptanz und Marktfähigkeit beitragen.</p>	Technische Universität Clausthal	07/2019 bis 12/2021	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/pflegebrille-2.0
BMBF	<p>Entwicklung eines intelligenten Kompressionsstrumpfs mit integrierter Aktorik und Sensorik zur Thromboseprophylaxe bei mobilitätseingeschränkten pflegebedürftigen Personen - REIZSTRUMPF</p> <p>Das Ziel des Projektes besteht darin, einen Kompressionsstrumpf mit integrierter Aktorik und Bewegungssensorik zu entwickeln. Dabei werden die Vorteile eines herkömmlichen Kompressionsstrumpfes mit einer aktiven Entstauung durch elektrisch angeregte Muskelbewegung kombiniert und somit der venöse Rückstrom in Richtung Herz gefördert. Durch transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) kann der „Reizstrumpf“ Mobilitätseinschränkungen ausgleichen und somit einer Beinvenenthrombose vorbeugen. Durch eine zusätzlich integrierte Bewegungsmessung inklusive Dokumentation werden darüber hinaus wichtige Informationen für die medizinisch-pflegerische Versorgung, u. a. Dekubitus- und Sturzprophylaxe, bereitgestellt. Die Neuheit des Lösungsansatzes zur Thromboseprävention besteht in der Kombination von klassischer mechanischer Entstauungstherapie und transkuta-</p>	C&S Computer und Software GmbH, Augsburg	01/2019 bis 12/2021	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/reizstrumpf

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>ner elektrischer Nervenstimulation, verbunden mit einem kontinuierlichen Mobilitätsmonitoring ohne zusätzliche medikamentöse Behandlung.</p> <p>Demenz - Bessere Betreuung und individuelle Ansprache durch Entwicklung eines interaktiven Tisches - DAYSI</p> <p>Zu den Symptomen einer mittleren bis schweren Demenzerkrankung zählt u. a. der Realitätsverlust. Dies kann dazu führen, dass demenziell Betroffene ganz oder temporär in der Vorstellungswelt der Vergangenheit leben und in der Vergangenheit ausgeführte Tätigkeiten ständig wiederkehrend ausüben. Zur Verbesserung der individuellen Betreuung von Menschen mit Demenz wird im Projekt ein völlig neuartiger interaktiver Tisch entwickelt. Hierzu werden aktive Animation und individuelle Betreuung für demenziell Betroffene kombiniert und abgedeckt. Der Fokus bei der Entwicklung liegt darauf, dass ständig wiederkehrende Situationen aufgelöst und aktiv Spiel- und Kommunikationsmöglichkeiten angeboten werden. Um die technischen Innovationen für demenziell Betroffene leicht nutzbar zu machen und Anwendungsängste zu vermeiden, soll das System in ein Möbelstück integriert werden, das einem Alltagsgegenstand ähnelt.</p>	Böhm GmbH & Co. KG, Potsdam	01/2019 bis 12/2021	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/daysi
BMBF	<p>Mobiles Monitoringsystem zwecks individuellem Behandlungs- und Medikamentenmanagement für pflegebedürftige Personen - KOMMUNIKAP</p> <p>Um medikamentöse Wechsel- und Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen, ist es wichtig, die dafür relevanten Vitalparameter von pflegebedürftigen Personen kontinuierlich zu erfassen. Im Projekt KOMMUNIKAP wird ein nichtinvasives Monitoringsystem entwickelt, das die Sauerstoffsättigung, den Blutdruck, den Puls und die Bewegung von Pflegeempfängern erfasst. Dafür werden unauffällige, körpernahe Sensoren eingesetzt, welche die erfassten Daten hinsichtlich typischer Probleme bei Pflegebedürftigen (z. B. Wundliegen oder Atemwegserkrankungen) analysieren und für die Behandelnden aufbereiten. Die Integration unterschiedlicher Vitalparameter und Bewegungsdaten ermöglicht dabei eine frühzeitige therapeutische Intervention, wodurch Pflegeleistungen verbessert, mögliche langfristige Schäden frühzeitig erkannt und die Anzahl stationärer Aufenthalte verringert werden können. Da die Pflegebedürftigen während des Monitorings mobil bleiben, unterstützt das System außerdem die häusliche Pflege.</p>	PAR Medizintechnik GmbH & Co. Kommanditgesellschaft, Berlin	02/2019 bis 01/2022	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/kommunikap
BMBF	<p>Pflegeinnovationszentrum - PIZ</p> <p>Im Pflegeinnovationszentrum (PIZ) werden Pflegetechnologien unter realistischen Bedingungen erforscht und weiterentwickelt. Dazu etabliert das PIZ ein Innovationslabor für Pflege- und Assistenztechnologien, in dem Bedarfslagen aus der Pflegepraxis, innovative Ansätze aus der Pflegewissenschaft sowie neue assistive Technologien erforscht werden. In praxisnahen Pflegesettings werden die Erkenntnisse erprobt und evaluiert. Begleitend dazu werden Qualifizierungsmodelle entwickelt, um Kompetenzen der Techniknutzung und -handhabung bzw. zukünftig der Technik(mit)gestaltung in der akademischen und beruflichen Pflegeausbildung zu verankern. Damit die neuen Technologien möglichst realitätsnah demonstriert werden können, sollen verschiedene Labore aufgebaut werden, in de-</p>	OFFIS e.V., Oldenburg	06/2017 bis 05/2022	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/piz

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>nen auf dem Markt und in der Entwicklung befindliche Systeme integriert und getestet werden. Dabei wird untersucht, inwieweit verschiedene Systeme gemeinsam genutzt werden können und eine Interoperabilität hergestellt werden kann.</p> <p>Begründungs- und Bewertungsmaßstäbe von Robotik für die Pflege - BeBeRobot Das wissenschaftliche Begleitprojekt BeBeRobot untersucht Möglichkeiten und Grenzen einer robotischen Unterstützung interdisziplinär aus technischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher sowie ethischer Perspektive. Dabei werden auch betroffene Akteursgruppen sowie alle Verbundprojekte der Bekanntmachung „Robotische Systeme für die Pflege“ eingebunden. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den Verbundprojekten werden übergreifende Erfahrungen und Erkenntnisse in der Entwicklung und Erprobung von Robotik für die Pflege zusammengetragen und mit Blick auf einen sowohl fachlich als auch gesellschaftlich vertretbaren Einsatz bewertet. BeBeRobot erarbeitet international erstmalig ein pflege- und sozialwissenschaftlich sowie ethisch begründetes Instrument zur Bewertung von robotischen Systemen in der Pflege. Damit werden theoretische und methodische Grundlagen für die soziotechnische Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland entwickelt.</p>	Universität Osnabrück	11/2019 bis 10/2022	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/bebe-robot
BMBF	<p>Pflegepraxiszentrum für Pflegeexpertise und Technikeinsatz im Akutkrankenhaus - PPZ-Freiburg Im PPZ-Freiburg werden im praktischen Pflegesetting eines Akutkrankenhauses innovative Technologien für den Einsatz in der Pflege erprobt. In vorrangig drei Einsatzbereichen der Akutpflege sollen diese Technologien angewandt werden: zur Reduzierung der Lärmbelastung auf Intensivstationen, zur Dekubitusprophylaxe und zur Betreuung und Aktivierung von demenziell erkrankten Patienten. Damit einher gehen umfangreiche Anwender- und Nutzerbefragungen sowie Tests in Belastungssituationen, die sowohl die Praktikabilität im Pflegealltag als auch die baulichen Anforderungen einschließen. Daraus werden die Potenziale technischer Unterstützungssysteme zur Entlastung von Pflegefachkräften und zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen abgeleitet. Parallel zur Erprobung im Pflegealltag erfolgt die Erarbeitung von Aus- und Weiterbildungsinhalten für den praxisorientierten Kompetenzaufbau, die in die Ausbildung integriert werden.</p>	Universitäts-klinikum Freiburg	01/2018 bis 01/2023	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ppz-freiburg
BMBF	<p>Pflegepraxiszentrum für Technikinteraktion und Pflegekompetenz - PPZ Hannover Das Ziel des PPZ Hannover ist der Aufbau einer mit assistierender Technik für verschiedenste Pflegeanforderungen ausgestatteten Station. Dort werden innovative Pflegetechnologien, z. B. ein Desinfektionsroboter und ein Dekubitus-Prophylaxe-Pflegebett, eingesetzt, erprobt und weiterentwickelt. Projektbegleitend werden Praxistauglichkeit und Wirksamkeit der neuen Technologien evaluiert. Damit wird die Versorgungsqualität der Patienten erhöht und gleichzeitig werden die Pflegefachpersonen bei ihren täglichen Aufgaben unterstützt. Begleitende Schulungsmaßnahmen fördern die Technologiekompetenz und stellen den richtigen Einsatz der Technik sicher. Es werden technische Lösungen unter Alltagsbedingungen erprobt. Das partizipative Einführungskonzept ermöglicht es dabei, prozessbegleitend die Perspektive der Beteiligten einzubeziehen. Ebenso gehen Ergebnisse begleitender Patientenbefragungen in die Implementierung und Weiterentwicklung des Konzeptes ein.</p>	Medizinische Hochschule Hannover	01/2018 bis 01/2023	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ppz-hannover

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMBF	<p>Pflegepraxiszentrum für geriatrische digitale Assistenz - PPZ-Berlin</p> <p>Im PPZ-Berlin steht die Integration innovativer Pflagetechnologien in die Regelabläufe einer geriatrischen Akutklinik im Mittelpunkt. Durch die aktive Beteiligung der Pflegenden wird sichergestellt, dass die Technik die Pflege unterstützt - und nicht dominiert. Gleichzeitig werden die notwendigen Kompetenzen im Umgang mit IT-Lösungen für professionell und informell Pflegenden erfasst und es wird ein Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzept entwickelt und evaluiert. In einer ersten Stufe wird der Umgang mit zentralen Pflegeproblemen in den Blick genommen. Darauf aufbauend werden weitere technische Lösungen für Herausforderungen der Akut- und Langzeitpflege adressiert. Das PPZ-Berlin ermöglicht die Integration innovativer, modularer Pflagetechnologien zur Unterstützung individueller und bedarfsgerechter Pflege von der ambulanten häuslichen Krankenpflege über die stationäre Altenpflege bis zur Pflegeversorgung in der geriatrischen Akutklinik und dem Hospiz.</p>	Ev. Johannesstift Altenhilfe gGmbH, Berlin	01/2018 bis 02/2023	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ppz-berlin
BMBF	<p>Pflegepraxiszentrum zur Integration von Zukunftstechnologien in die Pflege – PPZ Nürnberg</p> <p>Das PPZ Nürnberg untersucht in zwei Pflegeeinrichtungen sowie einem Krankenhaus innovative Pflagetechnologien auf ihre Praxistauglichkeit und prüft ihren Nutzen für die pflegerische Versorgung. In unterschiedlichen Anwendungsszenarien sollen geeignete technische Assistenzsysteme zum Einsatz kommen. In einem neuen „ELSI+“-Ansatz werden dabei neben ethischen, rechtlichen und sozialen auch ökonomische und pflegepraktische Aspekte in die Bewertung der Technologien einfließen. Darüber hinaus werden die partizipativ gewonnenen Erkenntnisse kontinuierlich in die pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert, um neue Möglichkeiten aufzuzeigen und die dafür notwendigen technischen Kompetenzen zu vermitteln. Die Evaluation in unterschiedlichen Pflegesettings fördert einen differenzierten Erkenntnisgewinn über Erfolg versprechende Zugangswege für neue Technologien in die Pflegepraxis und zeigt Aus- und Weiterbildungsbedarfe für Pflegefachkräfte.</p>	Stadt Nürnberg - NürnbergStift	01/2018 bis 02/2023	https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/ppz-nuernberg
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)	<p>DSL - Demenz: digitale Selbsthilfe auf dem Land</p> <p>Das Ziel ist die Verknüpfung der Problemstellung der Demenz mit den Chancen der Digitalisierung und die Entwicklung von bedarfsgerechten Lösungsansätzen. Das Projekt fand in den Landkreisen Wesermarsch, Oldenburg und Vechta (Niedersachsen) statt. Es gliederte sich in drei Teilaspekte: 1. Entwicklung von digitalen Hilfsmitteln für z. B. die familiäre Kommunikation, Verringerung der altersbedingten Einsamkeit sowie Teilhabe an gesellschaftlichen Ereignissen, medizinische und pflegerische Unterstützung und ein Umgang mit der Hinlauftendenz der Demenzkranken. 2. Der Einsatz eines Pflegeroboters in Pflegeheimen und zu Hause; dadurch möchte das Projekt unter anderem die Sensibilisierung von künstlicher Intelligenz in der Pflege voranbringen. 3. Aufbau eines Netzwerkes, das Akteure aus öffentlichen Stellen, Pflegediensten und Pflegenden sowie privaten Nutzern dienen soll.</p>	Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e. V. (LEB)	10/2018 bis 06/2020	https://oldenburg.leb-niedersachsen.de/aktuelles.html
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft	<p>NeaWiS</p> <p>Ziel ist ein besserer Informationsaustausch zwischen Betroffenen (Senioren und Angehörigen), ehrenamtlichen und professionellen Leistungserbringern über vorhandene Versorgungsstrukturen für pflege- und hilfsbedürftige Menschen im Landkreis Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim. Hierzu soll</p>	Hochschule für angewandte Wissenschaften Ansbach	01/2018 bis 06/2020	https://nea-wis.de

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
und Ernährung (BLE)	eine internetbasierte, frei verfügbare und fortlaufend aktualisierte Informationsplattform aufgebaut, getestet und betrieben werden. Die Plattform soll ratsuchende Patienten und Angehörige sowie Beratungsstellen wirksam unterstützen. Als besonders innovatives Element soll ein digitaler „Persönlicher Organisationsassistent“ eine unmittelbare Entlastung für Angehörige bewirken und Betroffenen die Handlungsstrukturierung erleichtern. Weitere Elemente sind eine Zusammenschau der regionalen Versorgungsstrukturen und -angebote („Öffentlicher Wegweiser“) sowie eine an Alltagsproblemen orientierte zielgruppengerechte Informationssammlung („Orientierungshilfe“).			
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)	Mehrfunktionshaus Spork (Ludgerushof) Im ehemaligen Schulgebäude der Ortschaft Bocholt-Spork (NRW) wurde ein Mehrfunktionshaus („Ludgerushof“) entwickelt, in dem verschiedene Dienstleistungen in den Segmenten Gesundheit, Beratung und Bürgerservice sowie Tourismus gebündelt angeboten werden. Die lokalen Projektmitarbeiter haben sich als Ansprechpartner und Ratgeber zur lokalen medizinischen, pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung und Unterstützung etabliert. Der Ausbau eines ärztlichen Praxisbetriebs wird weiterverfolgt. Die zu Projektende bestehende Angebotspalette von Beratung, Versorgung und Unterstützung sowie die Kursangebote und Informationsveranstaltungen haben regen Zulauf erfahren. Verbundprojekt mit weiteren Partnern: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG), Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund und Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS) der Evangelischen Hochschule Darmstadt	Verein Leben im Alter (L-i-A e. V.)	06/2016 bis 05/2018	https://www.l-i-a.de/index.php/quartier/quartier-spork/mehrfunktionshaus-im-ludgerushof
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)	Generationenbahnhof Erlau Im sächsischen Erlau ist aus einer alten Bahnstation der „Generationenbahnhof Erlau“ entstanden. Der Generationenbahnhof kombiniertorentagespflege, ambulante Pflege, Zahnarztpraxis sowie ehrenamtlich organisierte Kultur-, Bildungs- und Freizeitangebote auf insgesamt 500 Quadratmetern. Im Jahr 2019 war der Generationenbahnhof u. a. Ausrichter des Fachtags des Pflegenetzwerks Mittelsachsen. Im November 2019 hat der Generationenbahnhof Erlau e. V. mehrere Auszeichnungen erhalten: den Sächsischen Bürgerpreis in der Kategorie „Miteinander stärken - Land gestalten“ und den Sächsischen Landeswettbewerb ländliches Bauen - 3. Preis für den Bereich „Öffentliche Nutzung“. Darüber hinaus war das Projekt 2019 für den Sächsischen Generationenpreis nominiert.	Generationenbahnhof Erlau e. V.	03/2017 bis 02/2020	https://www.generationenbahnhof.de
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)	GEMEINSAM AKTIV - Kinder- und SeniorenTREFF Im Zentrum des Projekts steht die gemeinsame Betreuung von Kindern und alten Menschen in einem Gebäude, in dem sich außerdem das Dorfgemeinschaftshaus (DGH) befindet. Durch Umbaumaßnahmen wurde eine intergenerative Betreuung und damit kontinuierliche Begegnung zwischen Kindern und alten Menschen geschaffen. Rund 20 Kindergartenkinder und etwa 15 Senioren der ambulanten Tagesbetreuung teilen sich seit Januar 2017 die Räumlichkeiten und das tägliche Miteinander. Außerdem hat die dorfeigene Bücherei ihr Angebot um Angebote für ältere Menschen erweitert, ehrenamtliche Gruppen aus dem Dorf und professionelle Partner aus der Region (Biosphärenreservat Rhön, Ver-	Gemeinde Nüsttal	06/2016 bis 06/2018	https://www.nuesttal.de/familie-kirche-gesundheit/tagespflege-seniorentreff-silges https://www.nuesttal.de/freizeit-touris-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMEL Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)	ein Natur- und Lebensraum Rhön e. V. (LEADER AG)) bringen sich als Kooperationspartner in das Projekt ein. Das Vorhaben wurde von der Hochschule Fulda wissenschaftlich begleitet.			mus-vereine/gemeinsam-aktiv
	Pflegeimpuls Das Projekt soll das Thema „Älter werden“ in den Ortsteilen der Stadt Lemgo präsenter machen und einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen im Alter länger in ihrer angestammten Umgebung bleiben können. Hierzu wurden Ehrenamtliche angeworben und zu Pflegebegleitern qualifiziert. Sie lernten das Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten, aktivierten ehrenamtliche Netzwerke und wurden somit zu niederschweligen Ansprechpartnern in ihren Ortsteilen für das Thema „Älter werden“. Sie zeigen Ratsuchenden z. B. professionelle Beratungsangebote und ihre Zugänge auf. Auch war es das Ziel, dass die Ehrenamtlichen durch die enge Vernetzung im Ortsteil in der Lage sein sollten, nachbarschaftliche Ressourcen und Unterstützungsbereitschaft zu erkennen und ggf. zu aktivieren. Das Vorhaben wurde von einem Forschungsinstitut wissenschaftlich begleitet.	Alte Hansestadt Lemgo	07/2016 bis 06/2019	http://www.demenz-sehen-und-helfen.de
BMFSFJ	Erweiterung des bundesweiten Pflegetelefons Weiterentwicklung des Pflegetelefons um Beratungsangebote auch in kritischen und Belastungssituationen von pflegenden Angehörigen, Beratung zu Freistellungsmöglichkeiten (Gesetz zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf 1.1.2015) für pflegende Angehörige und Übernahme einer erweiterten Lotsenfunktion zu Angeboten auf Bundes- und Landesebene. Auch Unternehmen können sich beim Pflegetelefon informieren, um Mitarbeitende mit Pflegeaufgaben in ihren Familien unterstützen zu können.	BAFzA	01/2016 bis 12/2019	www.wege-zur-pflege.de https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf
BMFSFJ	10 Jahre Pflege-Charta Ziel des Projektes zum 10-jährigen Bestehen der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ war, neue Impulse für die Verbreitung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflege-Charta zu setzen. Das Projekt umfasste: die Erhebung und Analyse von repräsentativen Daten zur Verbreitung und Implementierung der Charta in der Praxis sowie Einschätzungen zum Nutzen der Pflege-Charta; die Identifizierung von Optimierungsbedarf bei der Implementierung sowie die rechtliche Prüfung der Aktualität der Pflege-Charta; die Durchführung der Fachkonferenz „10 Jahre Pflege-Charta“ am 8.11.2016, an der ausgewiesene Expertinnen und Experten aus Praxis, Wissenschaft und Politik erörterten, was die Pflege-Charta in der Pflege bewirkt, welchen Stellenwert sie in der Pflegepraxis und -politik einnimmt und in welchen Bereichen Weiterentwicklungsbedarf besteht; die Erstellung und Veröffentlichung des ZQP-Reports „Rechte pflegebedürftiger Menschen“, der den Wissensstand zum Thema sowie Analysen und Praxishinweise zur Umsetzung der Pflege-Charta aufbereitet und einer breiten Leserschaft zur Verfügung stellt.	Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin	03/2016 bis 02/2018	https://www.zqp.de/entwicklung-pflege-charta/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMFSFJ	<p>Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung</p> <p>Ziel des Projekts war es, das Phänomen „Gewalt und Aggression unter Heimbewohnerinnen und -bewohnern“ zu analysieren. Das Projekt war in vier Bereiche gegliedert: (1) Es wurden Daten zu Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenpflgeeinrichtungen erhoben. Ansatzpunkte für Prävention und Intervention sind gewonnen und die Erkenntnisse für die pflegerische Aus- und Fortbildung sind nutzbar gemacht worden. (2) Die Begegnung und Auseinandersetzung mit RRA (resident-to-resident aggression) - Phänomenen wurden auf der Ebene der Organisation und der in Pflgeeinrichtungen tätigen Personen untersucht. (3) Es wurden Aus- und Fortbildungsinhalte in der Altenpflge im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Phänomen-Komplex der Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenpflgeeinrichtungen untersucht. Dies betraf die unmittelbare Thematisierung von Aggression und Gewalt sowie den Zugang über die Konfrontation von Pflgekräften mit verwandten Phänomenen. (4) Es wurden Materialien für die Aus- und Fortbildung in pflegerischen Tätigkeitsfeldern entwickelt.</p>	Deutsche Hochschule der Polizei, Münster in Kooperation mit dem Zentrum für Qualität in der Pflge (ZQP), Berlin	11/2016 bis 12/2019	https://www.bmfsfj.de/blob/jump/163370/gewalt-und-aggression-in-der-stationaeren-altenhilfe-data.pdf
BMFSFJ	<p>Demenz und Migration: Erweiterung der Beratung der DALzG um fremdsprachige Angebote in Kooperation mit Migrantenselbsthilfeverbänden</p> <p>Immer mehr ältere Menschen in Deutschland haben migrationsbedingt unterschiedliche kulturelle Hintergründe. Wenn sie hilfe- und pflgebedürftig werden, nehmen sie und ihre Familien bestehende Unterstützungsangebote und Leistungen seltener in Anspruch als Einheimische. Gründe sind Informationsdefizite, Unsicherheit und Ängste gegenüber offiziellen Stellen, mangelnde Sprachkompetenz und fehlende beratende Begleitung. Menschen mit Migrationshintergrund, die an Demenz erkranken, sind hiervon besonders betroffen. Das kulturell bedingte Krankheitsverständnis führt zu noch stärker ausgeprägter Tabuisierung – die Betreuung der Demenzerkrankten in den Familien verbleibt hinter verschlossenen Türen und die Erwartungshaltung, in der Familie zu pflgen, ist besonders hoch. Damit wächst die Gefahr der Überforderung mit allen Konsequenzen für Pflgende und Gepflgte. Um diese Situation zu verbessern, hat die DALzG fremdsprachige Hilfen und Materialien gebündelt und zentral auf einer Internetplattform zur Verfügung gestellt sowie mit dem Wegweiser Demenz und den Seiten der DALzG verlinkt. In Kooperation mit Migrantenorganisationen wurden weitere Materialien entwickelt und das Beratungsangebot des Alzheimer-Telefons um fremdsprachige Beratung erweitert.</p>	Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz	01/2017 bis 12/2019	https://www.demenz-und-migration.de/
BMFSFJ	<p>Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“</p> <p>Im Modellprojekt der Schwulenberatung Berlin wurde ein Qualitätssiegel für Alten- und Pflgeeinrichtungen entwickelt. Über den Diversity-Check wird eine IST-Analyse durchgeführt und anschließend mit der interessierten Einrichtung verschiedene Maßnahmen geplant und umgesetzt, um die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*- und intergeschlechtlichen (LSBTIQ*) Senior*innen in der Einrichtung zu verbessern. Ersten Einrichtungen wurde das Qualitätssiegel verliehen.</p>	Schwulenberatung Berlin	01/2017 bis 06/2020	https://schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt-r

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMFSFJ	<p>Pilotprojekt „In jedem Alter: Häusliches Wohnen stärken, pflegende Angehörige entlasten“</p> <p>Das BMFSFJ förderte bundesweit 12 Projekte, die zeigen, wie das häusliche Wohnen bei Pflegebedürftigkeit stabilisiert werden kann. Das Vorhaben war auf drei inhaltliche Schwerpunkte ausgerichtet: Schwerpunkt 1: Leben im eigenen Zuhause stärken durch Wohnangebote im Quartier/Dorf. Im Vordergrund dieses Schwerpunkts standen neue Wohnformen, die dauerhaft und auf Zeit innovative Lösungen für die Selbstständigkeit und unabhängige Lebensführung im eigenen Zuhause ermöglichten sowie Ideen zur Gestaltung von Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung anhand von Praxisbeispielen entwickelten (Schaffung und Verbreitung von Wohn- und Unterstützungsangeboten auf Zeit). Schwerpunkt 2: Regenerationsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. In diesem Schwerpunkt wurden Projekte zur Unterstützung von Initiativen gefördert, die (baulich-investive) Maßnahmen in Einrichtungen der Regeneration und Erholung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen umsetzten sowie nachhaltige und übertragbare Konzepte zur Regeneration für Personen mit Einschränkungen und ihr soziales Umfeld weiterentwickelten. Schwerpunkt 3: Beraten, informieren und Wissen transferieren. Projekte in diesem Schwerpunkt leisteten einen besonderen Beitrag zum Wissenstransfer von neuen Wohn-, Unterstützungs- und Entlastungsformen für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Im Vordergrund stand die Beratung zu inklusiven neuen Wohnformen, der Aufbau von Vernetzungsstrukturen, Fachwissen zu Modellen der institutionellen Gestaltung von Übergängen zwischen Wohnen und Pflege bereitzustellen sowie über temporäre Erholungs- und Regenerationsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu informieren.</p>	FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung	09/2017 bis 12/2019	www.serviceportal-zuhause-im-alter.de www.haeslicheswohnen.fgw-ev.de
BMFSFJ	<p>Wirkungsanalyse des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“</p> <p>Im Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ 2012 – 2018 wurden 500 Lokale Allianzen gefördert. Diese lokalen Hilfenetzwerke sollen dazu beitragen, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen zu verbessern. Das Programm wurde im Sinne einer Prozessevaluation kontinuierlich begleitet.</p> <p>Durch Einbezug von Einzelprojekten (Fallstudien), Befragungen von Kommunen (Kreise und kreisfreie Städte mit und ohne Lokale Allianzen) und Trägern der Netzwerke wurde die Verbesserung der Demenzstrukturen in Deutschland analysiert und Vorschläge für die Erarbeitung der Nationalen Demenzstrategie sowie Weiterentwicklung des Bundesprogramms und ähnlicher Förderungen abgeleitet.</p> <p>Zentrales Ergebnis: Die Mehrheit der Lokalen Allianzen arbeitet nach Förderung weiter. Zudem existieren in Regionen mit Lokalen Allianzen mehr Angebote für Menschen mit Demenz als in Regionen ohne Lokale Allianzen.</p>	Univation GmbH – Institut für Evaluation	11/2017 bis 3/2021	https://www.univation.org/projekt/wirkungsanalyse-bundesmodellprogramms-lokalen-allianzen-fuer-menschen-demenz https://www.bmfsfj.de/resource/blob/154874/95ac595e3ec65a61aa8355aca879673b/wirkungen-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-data.pdf

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BMFSFJ	<p>Pausentaste Wer andern hilft, braucht manchmal selber Hilfe. Das telefonische und online-Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche, die Familienangehörige pflegen. Es wird insbesondere online stark nachgefragt. Das Projekt wurde durch eine bundesweite Öffentlichkeitskampagne bekannt gemacht.</p>	Nummer gegen Kummer e.V. (NgK)	01/2019 bis 12/2020	https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/pausentaste-beratung-fuer-pflegende-kinder-und-jugendliche www.pausentaste.de www.nummergegenkummer.de
BMFSFJ	<p>Mehr-Wert: Neue Werte-Bilder für soziale Berufe Im Projekt "Mehr-Wert" mit dem Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO / Center for Responsible Research and Innovation wurden gemeinsam mit Fachkräften und Stakeholdern unter Nutzung von designbasierten Methoden Strategien zur Aufwertung der Erzieher- und Pflegeberufe entwickelt.</p>	Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO / Center for Responsible Research and Innovation	11/2018 bis 11/2019	https://www.cerri.iao.fraunhofer.de/de/projekte/BeendeteProjekte/Mehr-Wert.html
BMFSFJ	<p>Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTI* Das Projekt in sechs Modellstandorten zielt darauf ab, die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*- und intergeschlechtlichen Senior*innen in der Altenhilfe zu verbessern. Zentrales Projektergebnis ist das „Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfe – Einrichtungen für LSBTIQ**“ (erschienen 01/2021) mit einem Leitfaden mit Instrumenten für die Praxis und einem Fortbildungspaket mit Coaching-Konzept für Mitarbeitende von Altenhilfeeinrichtungen. Es richtet sich sowohl an Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe als auch an Anbieterinnen und Arbeiter der beruflichen Erwachsenenbildung.</p>	AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	01/2019 bis 02/2021	https://www.awo.org/queer-im-alter https://www.awo.org/praxishandbuch-zur-oeffnung-der-altenhilfeeinrichtungen-fuer-lsbtiq-veroeffentlicht-0
BMWi	<p>Modellvorhaben zur Gewinnung von Arbeitskräften aus Vietnam zur Ausbildung in der Krankenpflege in Deutschland Ziel der Vorhaben war es, dass der deutsche Pflegesektor ausländische Beschäftigte gewinnt, die nach inländischen Standards ausgebildet werden, um den immer größer werdenden Fachkräftemangel in der Pflege langfristig zu reduzieren. Den deutschen Pflegeeinrichtungen wurde ein Weg aufgezeigt, in Zukunft selbstständig Auszubildende aus Vietnam zu gewinnen. Im Rahmen der im Jahr 2019 durchgeführten Evaluation des Modellprojektes ist ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen entstanden, der konkrete und praxisnahe Handlungsempfehlungen zur Gewinnung von Pflegekräften aus Drittstaaten für die Ausbildung in Deutschland enthält.</p>	GIZ, IGES Institut GmbH	2016 bis 2019	https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/E/evaluationmodellprojekt-gewinnung-pflegekraefte-vietnam.pdf?__blob=publicationFile&v=4 www.bmwi.de/leitfa-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
				den-fuer-pflegeeinrichtungen
				Bundesländer
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	<p>Kultursensible Pflege - wie geht das?</p> <p>Das Consilio ist ein Beratungshaus, das Beratungen zu Themen rund um Alter und Pflege anbietet. Nur sehr wenige Menschen mit muslimischem Hintergrund nehmen eine Beratung in Anspruch. Mithilfe des Projektes sollen durch einen bereits gegründeten Arbeitskreis Barrieren und Ängste abgebaut werden. Hierzu sollen regelmäßige Austauschtreffen stattfinden und Informationsmaterial in türkischer Sprache soll erstellt werden. In Zusammenarbeit mit einem ambulanten Pflegedienst für Menschen mit muslimischem Hintergrund soll ein türkischsprachiger Pflegekurs für Angehörige entwickelt werden.</p>	Landratsamt Enzkreis - Consilio	04/2016 bis 12/2017	https://www.enzkreis.de/consilio
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	<p>Aufbau einer aufsuchenden, neutralen Beratung und Information mit dem Fokus auf Demenz in der Kommune</p> <p>Ziel ist es, Menschen mit Demenz so lange wie möglich ein Leben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Beratungs- und Informationsstelle arbeitet abgestimmt und eng zusammen mit der Demenzberatung und dem Pflegestützpunkt Rems-Murr-Kreis und ergänzt das lokale Beratungsangebot. Sie sammelt Informationen aus verschiedenen Quellen mithilfe der Kooperationspartner und sucht nach Absprache die Haushalte auf. Entsprechend einer Analyse der jeweiligen Familiensituation werden alternative Lösungsmöglichkeiten zur Hilfe erarbeitet und unterbreitet.</p>	Koordinierungsstelle Bürger-schaftliches Engagement, Murrhardt	04/2016 bis 12/2017	https://www.murrhardt.de/de/Unser-Murrhardt/Buergerengagement/Koordinationsstelle/Aufsuchende-unabhaengige-Kontaktstelle
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	<p>Assistierte Kommunikation in ambulanten Betreuungsformen – „Assistent“</p> <p>Das Projekt hat zum Ziel, die Kommunikation zwischen allen an der Betreuung und Pflege einzelner Personen beteiligten Akteure zu erleichtern und somit die Versorgung zu verbessern. In den quartiersbezogenen Versorgungszentren der BruderhausDiakonie soll die Kooperation zwischen professionellen und ehrenamtlichen Tätigen, Angehörigen und Nachbarn aufgebaut werden. In der häuslichen Betreuung sollen vernetzte Sensorsysteme eingesetzt werden, die durch ein Aktivitätsmonitoring und eine Monitoring-App eine gestufte bedarfsgerechte Einbindung aller Akteure ermöglichen sollen. Über ein Quartiersmanagement können Angehörige weitere Unterstützung und Beratung erhalten. Eine Sozialstation im Quartier soll eine angemessene Versorgung in der eigenen Wohnung auch bei sich verändernden Bedarfen ermöglichen. Der Austausch in diesem „Versorgungsmix“ soll durch ein zu entwickelndes „Assistent-Kommunikationssystem“ verbessert werden, das den fallbezogenen Datenaustausch effizienter gestaltet.</p>	Bruderhaus Diakonie Reutlingen	04/2016 bis 12/2018	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Ehrenamt für die nachhaltige Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit für das Thema alltagsunterstützende Assistenzlösungen im Zuhause in der Musterwohnung Jesi-Straße 23/1 in Waiblingen Mithilfe einer Musterwohnung soll bestehenden und zukünftigen Assistenzsystemen der Weg geebnet werden. Ehrenamtliche Multiplikatoren werden ausgebildet, die in der Lage sind, die Wohnung im Zusammenhang zu präsentieren, die Konzepte zu erklären und allgemeine Fragen zu beantworten. Nach der Ausbildung zum sogenannten „AAL-Lotsen“ können die Ehrenamtlichen die Angebote qualifiziert präsentieren. Notwendig für die Vermittlung der Konzepte in der Wohnung ist die vollständige, didaktisch aufbereitete Dokumentation der in der Wohnung demonstrierbaren Geräte, ihrer Komponenten und Funktionen. Zusätzlich sollen spezielle Angebote für ein Fachpublikum erarbeitet werden.	GSW Gesellschaft für Siedlungs- und Wohnungsbau Baden-Württemberg mbH, Sigmaringen	05/2016 bis 12/2018	
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Entwicklung eines Curriculums zur Qualifikation von Pflegenden für ein Modellprojekt § 63 Abs. 3c SGB V Das Modellprojekt soll der Übertragung diagnosebezogener heilkundlicher Tätigkeit im Bereich „Chronische Wunden“ und „Diabetes mellitus Typ 2“ dienen. Im Rahmen des Modellprojekts sollen spezifische Module für den Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ (IPG) entwickelt werden, die den Anforderungen der G-BA-Richtlinie und dem Krankenpflegegesetz bzw. dem Altenpflegegesetz entsprechen. Zur Implementierung der erweiterten Kompetenzen müssen die bestehenden Module bei Bedarf angepasst und eventuell ergänzt werden. Hierzu ist die Einbindung von Fachexperten, auch vor Ort, erforderlich.	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung	10/2016 bis 12/2017	
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Entwicklung einer Expertise mit Handlungsempfehlungen zur disziplinübergreifenden Versorgungsoptimierung an der Schnittstelle Akutkrankenhaus und häuslicher Wohn- und Versorgungssituation ist die Zielsetzung des Projektes. Die Expertise will damit einen Beitrag dazu leisten, dass ältere und hochaltrige Menschen auch angesichts komplexer Problemlagen in ein möglichst risikoarmes und selbstbestimmtes Leben in ihrer angestammten Wohnsituation entlassen und in ihrer sozialen Teilhabe unterstützt werden. Die Expertise soll die kontextuellen Gegebenheiten sowohl des Kliniksystems als auch des ambulanten Versorgungssystems berücksichtigen. Sie soll disziplinübergreifend angelegt sein und die Perspektive von Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern und anderen in beiden Sektoren tätigen Professionen integrieren. Zudem soll die Patientenperspektive berücksichtigt werden, indem sie psychische, physische, soziale und spirituelle Problemlagen und Ressourcen einbezieht.	IfG Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg	08/2016 bis 12/2018	
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Planungsleitfaden für die Gestaltung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf im Sinne des WTPG Das Projekt soll die Erarbeitung eines praxisorientierten Kompendiums ermöglichen, das die relevanten Planungsunterlagen und Planungsempfehlungen für baulich/funktionale sowie atmosphärisch/qualitative Aspekte ambulant betreuter Wohngemeinschaften im Sinne des WTPG umfasst. Ein Überblick über den aktuellen Fachdiskurs zu den jeweiligen Bereichen ambulant betreuter Wohnge-	Wohn_LABOR 4D, Stuttgart	08/2016 bis 12/2018	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	meinschaften soll in den Planungsleitfaden einführen. Die planungsrelevanten sozial- und bauordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen werden vorgestellt und durch Expertenbeiträge ergänzt. Erarbeitet werden soll ein Katalog der baulich-funktionalen und qualitativ-atmosphärischen Kriterien. Dies soll auch mit Interviews verschiedener Experten unterstützt werden. Ihre Auswertung und Projektevaluationen bilden das Fundament zur Erarbeitung der Planungshinweise.			
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Netzwerk SeLe - Selbstbestimmt Leben im Landkreis Schwäbisch Hall Schaffung einer landkreisweiten Koordinierungsstelle, um die personellen und sachlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit bürgerschaftliche Initiativen, die sich dem Thema „Selbstständig Leben im Alter“ annehmen, nachhaltig unterstützt werden. Die Koordinierungsstelle soll in anderen Gemeinden durch fachliche Inputs Entscheidungsträger vor Ort beratend unterstützen und begleiten. Geplant sind der Aufbau einer flächendeckenden ehrenamtlich unterstützten Wohnberatung sowie gezielte Aktivitäten im Umgang mit demenziell erkrankten Mitbürgern.	Landratsamt Schwäbisch Hall, Dezernat für Jugend und Soziales	04/2016 bis 12/2018	https://www.lrasa.de/fileadmin/Dateien/Datendienste/Formulare_A_Z/Soziales/Workshop_3_Vorstellung_Netzwerk_SeLe.pdf
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Demenz und Kommune (DeKo) Modellhaft soll in einer ausgewählten Region die Fachstelle Demenz und Kommune „DeKo“ aufgebaut werden, welche die Kommunen sensibilisiert, berät und unterstützen soll. Es wird eine differenzierte und strukturierte Datenbasis zu Angeboten, Projekten und Netzwerken im Bereich Demenz erarbeitet. Das Impulsprojekt verfolgt vier Hauptziele: 1. Entscheidungsträgern soll das Bewusstsein für eine kommunale Verantwortung im Bereich Demenz gestärkt werden. 2. Bedarfsgerechte und qualifizierte Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Familien sollen zu einer wichtigen Komponente der kommunalen Daseinsvorsorge gemacht werden. 3. Entwicklung und Stärkung wohnortnaher Strukturen, die es Menschen mit Demenz und ihren Familien ermöglichen, möglichst lange am öffentlichen Leben teilzunehmen. 4. Vollumfängliche Erhebung der demenzspezifischen Angebote im Land und Öffnung der Datenbank für Kommunen und Entscheidungsträger.	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.	07/2016 bis 21/2017	https://www.alzheimer-bw.de/projekteangebote/abgeschlossene-projekte/demenz-und-kommune-deko/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen - Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes im Sinne einer Caring Community Das Projekt hat zum Ziel, das Bewusstsein für eine Sorgeskultur im Zusammenwirken von Familien, sozialen Nachbarschaften, Freiwilligen sowie Professionellen zu gründen. Hierdurch sollen auf Pflege angewiesene Menschen, die in ihren Rechten bedroht oder beeinträchtigt werden, vor Schaden geschützt werden. Bedarf für das Wirken der „Caring Community“ ist gegeben durch Fälle von verbalem, seelischem, körperlichem und sexuellem Missbrauch sowie Vernachlässigung durch Personen aus dem häuslichen und pflegenden Umfeld und der weitgehenden Tabuisierung dieses Themas. Es soll ein Konzept erarbeitet und umgesetzt werden, das einerseits für die Belange des Erwachsenenschutzes sensibilisiert und andererseits die Akteure miteinander vernetzt.	Landratsamt Tuttlingen - Fachstelle Pflege & Senioren	04/2017 bis 12/2019	https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-foerdert-projekt-erwachsenenschutz-im-landkreis-tuttlingen/
BADEN-WÜRTTEMBERG	Entwickeln und Etablieren eines internetbasierten Netzwerks für betriebliche Pflegelotsen in Baden-Württemberg Zentrales Element ist eine Internetseite, welche die Etablierung und Vernetzung von betrieblichen	Heidelberger Dienste, Heidelberg	05/2017 bis 12/2019	https://www.pflegelotsen-bw.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BERG SM BWL	Pflegelotsen unterstützt. Die Internetseite soll verschiedene Funktionselemente sowie Informationsbereiche bieten. Neben dem Bereitstellen der Inhalte zielt die Webseite darauf ab, betriebliche Pflegelotsen flächendeckend im Land zu positionieren, in Unternehmen einzuführen und nachhaltig zu fördern. Das Etablieren von betrieblichen Pflegelotsen bildet einen innovativen Ansatz beim Hilfemix von informell pflegenden Angehörigen, professionell Pflegenden sowie der gesellschaftlichen Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Das Projekt ist ein digitales Angebot und somit überall und jederzeit abrufbar.			
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Beratungszentrum Alter & Technik SBH Ein Beratungszentrum mit einem Koordinator soll pflegende Angehörige über die Möglichkeiten der technischen Assistenzsysteme in der Pflege beraten und informieren. Da die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg aus ländlich geprägten Flächenlandkreisen besteht, soll in jedem Landkreis eine Fachkraft als Berater fest eingestellt werden. Diese Berater bieten individuelle Beratung über technische Lösungsansätze zur Unterstützung der Pflege und des Case-Managements an. Sie erfassen die Bedarfe und Möglichkeiten ihrer Region und geben diese an den Koordinator weiter.	Landratsamt Schwarzwald- Baar-Kreis	05/2017 bis 12/2019	https://www.lrasbk.de/media/custom/2961_1565_1.PDF?1539262745
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Ease-iT - Entlastung informell Pflegender durch professionell organisiertes GPS-Tracking und individuell gestaltbare Begleitungskonzepte Nachfolgeprojekt zu dem Projekt mobQdem. Zur Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz wird der Prozess des GPS-Trackings in das Angebot professioneller Dienstleister integriert. Zielgruppe sind betroffene Menschen und pflegende Angehörige, die von professionellen Dienstleistern in der eigenen Häuslichkeit oder im betreuten Wohnen versorgt werden oder Gäste in einer Tagespflege sind, sowie die professionellen Dienstleister. Es wird ein Beratungsleitfaden entwickelt, der Alltagsroutinen und die innerfamiliären Prozesse für eine optimale Technikimplementierung fokussiert. Für die optimale Nutzung im professionellen Setting werden Abläufe der Prozesskette in den unterschiedlichen Szenarien mit eigener Häuslichkeit kombiniert sowie eine ambulante Versorgung erarbeitet.	Entwicklungszentrum Gut altwerden GmbH, Sindelfingen	05/2017 bis 12/2019 Angabe Homepage: 06/2017 bis 05/2019	https://ez-gaw.de/projekte/ https://ez-gaw.de/wp-content/uploads/2018/05/ease-iT_190701_endbericht_final.pdf
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Begleitete Entlassung - Brücke zwischen Entlassung und häuslicher Pflege Folgeprojekt zu einem Projekt gleichen Namens aus dem Innovationsprogramm Pflege 2015. Ziel ist die Implementierung und die Evaluation der im Erstprojekt erlangten Erkenntnisse. Randomisiert-kontrolliertes Studiendesign: zwei strukturgleiche geriatrische Stationen, von denen eine als Kontrollstation fungiert und die bisher übliche Entlassungspraxis anwendet, während an der anderen die neu gewonnenen Erkenntnisse umgesetzt werden. Ziel des Projektes ist es, mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung pflegende Angehörige geriatrischer Patienten während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting zu begleiten und auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorzubereiten. Projektbericht: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege-2014_Projektbericht_BegE_Juni-2018.pdf	Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen	05/2017 bis 12/2019	https://www.medconweb.de/blog/qualitaet/entlassmanagement/gelassen-entlassen-die-begleitende-entlassung-geriatrischer-patienten-aus-dem-krankenhaus/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Weitblick - Gmünder pflegen sich Das Projekt „Sorgende Gemeinschaften“ läuft in mehreren Ortschaften und Stadtteilen in Schwäbisch Gmünd. Netzwerke wurden aufgebaut und es sind verschiedene neue Angebote und Ansätze entstanden. „Weitblick“ soll nicht nur das allgemeine Wohl der älteren Bürger berücksichtigen, sondern den einzelnen Bürger als pflegenden Angehörigen in den Blick nehmen. Gemeinsames Erstellen eines nachbarschaftlichen Netzwerks zur Entlastung dieser Personengruppe. Ehrenamt und Hauptamt begegnet dem demografischen Wandel und den älter werdenden Bewohnern gemeinsam vor Ort.	Hospitalstiftung zum Heiligen Geist, Schwäbisch Gmünd	05/2017 bis 12/2019	https://www.schwaebisch-gmuend.de/pressedetails/das-projekt-weitblick-gmuender-pflegen-sich-geht-zu-ende.html https://www.gmuendercharta.de/beteiligung
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Wangener Begegnungsstätte - Aufbau eines Beziehungsnetzes im Quartier PflegeKulturDemenz Ziele der Begegnungsstätte sind die Information, Hilfe, Beratung, Unterstützung und Entlastung für Pflegende, die Sensibilisierung für das Thema Demenz sowie die Schaffung eines Bewusstseins für die Notwendigkeit von kultursensibler Pflege. Es ist geplant, 19 Angebote mit starkem Quartiersbezug durchzuführen, die sich über zwei Jahre erstrecken und unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Die Angebote ergänzen einander, bauen aufeinander auf und überschneiden einander. Sie bilden somit die Grundlage für ein tragfähiges Netz, von dem nicht nur alte und pflegebedürftige Menschen, sondern auch Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund profitieren. Das Bewusstsein für Nachbarschaft wird geschärft.	Wangener Begegnungsstätte, Stuttgart-Wangen	06/2017 bis 12/2018	https://www.wangenevangelisch.de/einrichtungen/begegnungsstaette/projekt-nachbarschaft-leben
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Ambulantisierte Übergangspflege Im Rahmen des Projektes soll eine Wohngruppe zur befristeten Versorgung von erkrankten Menschen im dritten und vierten Lebensalter nach Krankenhausaufenthalt aufgebaut werden. Zielgruppe sind alte kranke Menschen, die Zeit brauchen, um sich gesundheitlich zu stabilisieren. Es ist - in Abgrenzung zur Kurzzeitpflege - ein Klientel, das normalerweise keinen Anspruch auf SGB XI-Leistungen hat. Damit soll die bestehende Versorgungslücke zwischen Akutkrankenhaus und einem selbstständigen und abgesicherten Leben zu Hause geschlossen werden.	Heiliggeistspitalstiftung Freiburg	04/2016 bis 12/2018	
BADEN- WÜRTTEM- BERG SM BWL	Villa Maria - Reduktion nicht mehr benötigter Krankenhausaufenthalte bei primär nicht dauerhaft pflegebedürftigen Menschen Zur Überleitung nach KH-Aufenthalt im Marienhospital werden individuell abgestimmte kurative und rehabilitative Dienste angeboten. Diese sollen in der Einrichtung Villa Maria im Sinne einer „Ersatzhäuslichkeit“ HKP nach § 37 Abs. 1 und 1a SGB V erbracht werden. Im Wesentlichen bezieht sich das Projekt auf Menschen ohne Pflegebedarf, die nach der Krankenhausentlassung eine fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit aufweisen und noch nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können. Das Projekt soll eine breite Möglichkeit selbstgewählter Anschlussversorgungssettings bieten. Das Angebot wird in einer Vernetzung mit dem ambulanten Pflegedienst vor Ort, den Therapeuten, Ärzten sowie dem benachbarten Pflegeheim Haus Veronika erbracht. Weiter ist die Entwicklung eines Beglei-	Vinzenz Pflege GmbH, Schwäbisch Gmünd	08/2018 bis 12/2020	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	tungs- und Beratungskonzepts auf Basis des Case-Managements geplant sowie ein begleitetes Coaching der verantwortlichen Akteure. Lebenslanges Lernen in Oberreichenbach „WIR in Oberreichenbach gestalten nachhaltig Lebensqualität durch Nähe“ Die Gemeinde hat bereits mehrere Vereine und Arbeitskreise gegründet, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Lebensqualität aller Bewohner zu verbessern und das Miteinander der Generationen zu stärken. Es sollen nun verstärkt ältere Menschen und ihre Angehörigen unterstützt werden. Der Verein „Für uns“ möchte zusammen mit der Gemeinde finanzielle Mittel einsetzen und z. B. eine Tagespflege errichten sowie eine Pflegewohngruppe gründen. Hierbei sollen aus den bereits bestehenden Arbeitsgruppen Synergieeffekte entstehen und insgesamt soll die Bürgerschaft in das soziale Projekt einbezogen werden.	Gemeinde Oberreichenbach	06/2017 bis 12/2018	
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Entwicklung einer Handreichung für „Kultursensible Pflege für LSBTTIQ in Baden-Württemberg“ In Anlehnung an eine bereits existierende Broschüre für den kultursensiblen Umgang mit heute alten und hochaltrigen Lesben und Schwulen soll eine auf die Gegebenheiten in Baden-Württemberg angepasste Broschüre entwickelt werden. Die Handreichung soll insbesondere Informationen für transsexuelle, transgender und intersexuelle Menschen enthalten und über spezifische Kontaktmöglichkeiten und Anlaufstellen in Baden-Württemberg informieren.	Evangelische Hochschule Ludwigsburg	12/2017 bis 12/2018	
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Zu Hause in Würde alt werden Die BürgerSozialGenossenschaft Biberach (BSG) hat sich zum Ziel gesetzt, bürgerschaftliches Engagement in genossenschaftlicher Form der Hilfe auf Gegenseitigkeit neu zu beleben. Bezahlbare hausnahe Dienstleistungen sollen einschließlich eines Besuchs- und Begleitdienstes sowie Beratungshilfen angeboten werden, die zum Erhalt einer selbständigen Haushaltsführung beitragen. Den beteiligten Helfern wird ihre Zeit auf Zeitkonten gutgeschrieben, diese kann im Bedarfsfall selbst in Form von Diensten in Anspruch genommen werden. Da eine regelmäßige intensive und tägliche Betreuung für Menschen mit zunehmendem Alter durch rein ehrenamtliches Engagement nicht mehr zu leisten ist, bedarf es einer sinnvollen Vernetzung von haupt- und ehrenamtlichen Strukturen. Hierfür sollen nun Altenbetreuerinnen hauptberuflich eingestellt werden.	BürgerSozial-Genossenschaft Biberach eG	06/2018 bis 12/2020	https://bsg-bc.de/leistungen/projekt-in-wuerde-zu-hause-alt-werden.html
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	EIKI - Einflussfaktoren zur erfolgreichen Implementierung einer mobilen Applikation zur Kooperationsunterstützung in informellen Versorgungsstrukturen Nachfolgeprojekt zu SONIAnetz (Prototyp mit Hilfemix-Netzwerken wurde evaluiert). Mit dem Projekt EIKI soll geprüft werden, wie die Übertragung der bisherigen Erkenntnisse in Sozialräume mit anderen Strukturen gelingen kann. Zu Beginn des Projekts werden die Vernetzungsstrukturen und der Vernetzungsgrad in den Gemeinden erhoben. Der Prototyp „Zirkel“ soll angepasst an die Strukturen in eine stabile und anwendungsreife Applikation überführt werden. Die Hilfemix-Strukturen in den Gemeinden sollen erweitert und eine kommunal organisierte Nachbarschaftshilfe soll aufgebaut werden. Im	Hochschule Furtwangen	06/2018 bis 12/2020	https://www.hs-furtwangen.de/forschung/forschungsprojekte/eiki/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Fokus steht zudem die Befähigung der Pflegekräfte zum Umgang mit digitalen Kollaborationstools. Die Projektarbeit wird durch eine Handlungsempfehlung abgerundet.			
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	KuBe - Begleitung nach dem Krankenhaus - kultursensibel, muttersprachlich, ehrenamtlich Im Projekt „KuBe - Begleitung nach dem Krankenhaus - kultursensibel, muttersprachlich, ehrenamtlich“ werden pflegebedürftige Patienten mit Migrationshintergrund, die einen poststationären Begleitungs- und Unterstützungsbedarf haben, bis zu vier Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt durch ehrenamtliche Patientenbegleiter mit demselben Migrationshintergrund unterstützt. Zu diesem Zweck sollen 24 Menschen unterschiedlichen Alters mit guten Deutschkenntnissen und verschiedenen Migrationshintergründen qualifiziert und als Patientenbegleiter eingesetzt werden. Die Patientenbegleiter bieten sozialen Kontakt und Unterstützung bei der Organisation der notwendigen pflegerischen Versorgung. Das Projekt soll einen Beitrag dazu leisten, Hürden und Barrieren hinsichtlich des Zugangs zur Versorgungslandschaft für Migranten abzubauen.	Werkstatt PARITÄT gGmbH, Stuttgart in Kooperation mit dem PARITÄTISCHEN Baden-Württemberg	12/2018 bis 12/2022	https://www.werkstatt-paritaet-bw.de/projekte/kube-begleitung-nach-dem-krankenhaus/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Agile Nachbarschaftspflege - Verlässliche und flexible Dienstleistungen durch selbstorganisierte und agil arbeitende Pflegeteams und Hilfenetzwerke nach dem „Buurtzorg“-Modell Ziel des Projekts ist die Selbstorganisation von kleinen Pflegeteams zur verlässlichen Versorgung von pflegebedürftigen Personen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Hierzu soll das holländische „Buurtzorg“-Modell Anwendung finden. Verstetigung und Ausbau der Selbstorganisation der Pflegeteams, um bei kurzfristigen Anfragen die Planung der Pflegedienstleistung für einen Klienten mit Hilfe des Teams und des Netzwerks anzupassen. Aufbau und Ausbau der Hilfenetzwerke, bestehend aus informellen und professionellen Akteuren im Quartier. Umsetzung von verlässlichen und flexiblen Dienstleistungen, selbstorganisiertes Arbeiten und Einbezug von Hilfenetzwerken. Entwicklung eines Tools, das die Hilfenetzwerke abbildet und die Mitarbeitenden bei der Planung, Organisation und Dokumentation des Hilfe-Mixes unterstützt.	Ich und Du Pflege GmbH, Freiburg	04/2019 bis 05/2021	https://www.ich-und-du-pflege.de/die-idee
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Unterstützendes Beratungsangebot für Familien mit demenzerkrankten Angehörigen Familien mit demenzerkrankten Angehörigen sollen durch eine Intervention im Rahmen einer psychosozialen, prozessorientierten Einzel- und Familienberatung unterstützt werden. Pilotprojekt und Erweiterung der Beratungsportfolios im Pflegestützpunkt. Das Projekt richtet sich an Pflegenden, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen in der Häuslichkeit betreuen. Diese sollen gestärkt werden, indem sie Veränderungen der belastenden Situation selbst entwickeln und steuern können. Als Ziel gilt die Ermöglichung eines längeren Verbleibs des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit sowie die Kompetenzsteigerung und Entlastung der pflegenden Angehörigen. Die Projektlaufzeit beträgt zwei Jahre und soll bei Erfolg auf einen freien Träger in der Versorgungslandschaft übertragen werden.	Landratsamt Karlsruhe, Amt für Versorgung und Rehabilitation	04/2019 bis 05/2021	
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Barrierefreie Pflege - Zielgruppengerechte, inklusive und integrierte Weiterentwicklung von Angeboten und Angebotsstrukturen für Menschen mit Teilhabe- und Pflegebedarfen im Landkreis Reutlingen Für Menschen mit Behinderung soll durch eine im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit verbesserte Dienst-	Samariterstiftung Nürtingen gemeinsam mit der	04/2019 bis 05/2022	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	leistung im Übergangsbereich bzw. an der Schnittstelle zwischen Pflege und Eingliederungshilfe ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung und damit eine höhere Lebensqualität erzielt werden. Das aus dem Projekt resultierende Anforderungsspektrum an die Qualifikation und die Kompetenzen der Mitarbeitenden ist Ziel eines Curriculums zur Schulung und Qualifizierung. Wissenschaftliche Begleitung und Einrichtung eines Projektbeirates unter Beteiligung der Pflegekassen sind geplant (Vernetzung im Kontext von § 13 Abs. 4 SGB XI).	Bruderhaus Diakonie		
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Fachstelle für Angebote zur Unterstützung im Alltag mit ehrenamtlicher Beteiligung bei der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V. (Fachstelle Unterstützungsangebote) Seit 1. April 2018 Anlaufstelle für alle Träger, Vereine und andere Engagierte in Baden-Württemberg, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI anbieten oder aufbauen möchten. Sie bietet Informationen und Beratung zu Aufbau- und Entwicklungsprozessen, zur Erstellung eines Konzepts, zur Gewinnung und Qualifizierung von ehrenamtlich Engagierten, zur Vernetzung mit anderen Anbietern, zur Anerkennung beim zuständigen Stadt- oder Landkreis sowie zur finanziellen Förderung.	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.	01/2018 bis 12/2020	https://www.usta-bw.de/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Präventive Hausbesuche als Instrument der Quartiersentwicklung zur Förderung von Teilhabe und selbständiger Lebensführung bei älteren Menschen - PiQ Verknüpfung von präventiven Hausbesuchen im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit durch proaktive Kontaktaufnahme mit selbständigen Senioren mit kommunalen Planungsstrukturen im Sinne einer alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung. Wesentliche Ziele bei der modellhaften Umsetzung der Angebote des präventiven Hausbesuchs in den ausgewählten Städten Ulm und Rheinfelden sind: Verzahnung der Quartiers- bzw. Sozialraumentwicklung mit dem Ansatz präventiver Hausbesuche. Systematische Vernetzung des Angebots des präventiven Hausbesuchs mit angrenzenden Dienstleistungen (z. B. Pflegestützpunkten). Erreichbarkeit im Quartier von Migrant*innen sowie vulnerablen Zielgruppen im Vor- und Umfeld der Pflege durch Kooperationen mit strategischen Partnern (Ärzte, ambulante Pflegedienste, Unterstützungsangebote) erhöhen.	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip)	10/2017 bis 10/2019	https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/DIP-Abschlussbericht_PiQ_final.pdf
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Unterstützungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Gastfamilien/Tagesbetreuung in Gastfamilien Mit dem Modellprojekt soll die Möglichkeit erprobt werden, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die wegen räumlicher Distanz häufig keine Tagespflegeangebote in Anspruch nehmen können, den Zugang zu einem tagesstrukturierenden Angebot zu ermöglichen und zusätzlich nahestehende Pflegepersonen zu entlasten. Das Konzept der Tagesbetreuung in Gastfamilien stellt für den sehr ländlich strukturierten Raum eine gute Alternative im Unterstützungsmix dar und ist eine Chance, die Vielfalt vorhandener Angebotsstrukturen weiterzuentwickeln.	aku GmbH	02/2016 bis 12/2018	https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflegeberatung/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Schulungskonzept Umgang mit digitalen Medien für Pflege- und Betreuungspersonal sowie pflegende An- und Zugehörige am Beispiel des GPS-Tracking, Umsetzung parallel zum Projekt Ease-iT Im Rahmen des Projekts Ease-iT wird als wichtige digitale Technik GPS-Tracking eingesetzt. Die Vielzahl neuartiger Technologien und Anwendungen, die mit dem digitalen Wandel einhergehen, können	Entwicklungszentrum Gut altwerden GmbH	05/2017 bis 05/2019	https://ez-gaw.de/wp-content/uploads/2018/05/ease-it_190701_endbe-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	professionell und gewinnbringend nur dann genutzt werden, wenn Beschäftigte in der Pflege und in der Betreuung ausreichend dafür qualifiziert sind und werden. Die Mitarbeitenden der ambulanten und teilstationären Dienste sind aktuell - wie die meisten pflegenden Zu- und Angehörigen auch - generell unzureichend bis gar nicht auf den Umgang mit digitalen Medien vorbereitet. Es zeigt sich, dass im Rahmen einer ausführlichen und qualifizierten Schulung der Umgang mit diesen neuen digitalen Medien erlernt werden muss, dass durch Kompetenzvermittlung vorhandene Ängste und Barrieren abgebaut werden müssen, es somit zu einer positiven Einstellung diesen neuen Medien gegenüber kommt und es damit zu einem guten und nachhaltigen Einsatz der technischen Hilfsmittel kommen kann, der tatsächlich die gewünschte Entlastung bringt.			richt_final.pdf Link führt zum Endbericht des Projektes Ease-it - nicht zum Schulungskonzept
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Caring Community - Seniorennetzwerk Heidenheim Im Rahmen des Projekts wird ein Heimtrainingsansatz speziell für demenziell erkrankte Patienten nach stationärer geriatrischer Rehabilitation entwickelt und evaluiert. Ziel ist die Verbesserung motorischer Schlüsselqualifikationen, welche die selbstständige Lebensführung und die Lebensqualität dieser Patientengruppe maßgeblich bestimmen (funktioneller Aspekt) sowie die körperliche Aktivität (Verhaltensaspekt) steigern, was Voraussetzung für die soziale Teilhabe dieser vulnerablen Patientengruppe ist. Ein wichtiges Teilziel ist die Einbindung des Bewegungsprogramms in einen sozialen Kontext, der Angehörige und Pflegenden, vor Ort bereits vorhandene kommunale und vereinsbasierte Strukturen in die Projektkonzeption einschließt, um die Nachhaltigkeit der Projektidee abzusichern.	Agaplesion Bethanien-Krankenhaus/ Geriatrisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg	01/2016 bis 12/2018	https://www.ich-fuer-uns.de/Top_Thema/Seniorennetzwerk+_Caring+Community
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Agentur „Pflege engagiert“, Beratungs- und Vermittlungsagentur nach § 45c Abs. 1 Nr. 2 SGB XI sowie § 45d SGB XI Beratungsstruktur für Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe. Aufgabe der Agentur ist, eine quantitative und qualitative Erweiterung von Initiativen, Organisationen und Kommunen, die Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach § 45c Abs. 1 Nr. 2 SGB XI aufzubauen oder fortzuführen. Das Thema Selbsthilfe und die Förderung nach § 45d SGB XI ist der zweite Schwerpunkt der Agentur. Die Agentur berät Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Damit ist eine integrierende und koordinierende Infrastruktur für Bürgerengagement und Selbsthilfe im Umfeld von Pflege verlässlich aufgebaut.	Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.	2016 ff.	https://pflege-engagiert.de/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Landesweite Beratungs- und Vermittlungsagentur nach § 45c SGB XI Zielsetzung ist die Verbesserung der Versorgungs- und Entlastungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im ambulanten Bereich. Der Landesverband erfüllt hierbei weitreichende Beratungs-, Informations- und Vernetzungsaufgaben auf Landesebene. Dazu gehört auch die intensive Mitarbeit im Koordinierungsausschuss des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg, in dem Land, Pflegekassen und Verbände über die Förderung von Angeboten zur Unterstützung	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.	2016 ff.	https://www.alzheimer-bw.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	im Alltag entscheiden (Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, Häusliche Betreuungsdienste etc.).			
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Selbsthilfe im Vor- und Umfeld von Pflege – „Stark durch Gegenseitigkeit“ Ziel des Projekts ist es, in vier ausgesuchten Quartieren, die hinsichtlich ihrer Bevölkerungsstruktur und Quartierbeschaffenheit maximal heterogen gewählt sind, Selbsthilfe-Arrangements in der Pflege beteiligungsorientiert und bedarfsgerecht zusammenzuführen und weiterzuentwickeln. Die Optimierung und der Aufbau quartiersbezogener Nachbarschaftsnetzwerke, die offen sind für das „was vor Ort passiert“, stehen im Vordergrund. Eine abschließende Evaluation bewertet den Nutzen der geschaffenen Lösungen aus Sicht unterschiedlicher Akteursgruppen im Quartier (Kommune, Kostenträger, Pflegepersonen, Pflegende etc.).	Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.	07/2019 bis 12/2021	https://www.entwicklungswerk.org/selbsthilfe-im-vor-und-umfeld-von-pflege-stark-durch-gegenseitigkeit/
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Sektorenübergreifende Nachsorge geriatrischer Patienten mittels einer gemeinsamen Webplattform - SereNaWeb Ziel ist es, den interdisziplinären Austausch der Informationen im Entlassprozess und der Nachversorgung von geriatrischen Patienten zwischen Krankenhäusern, den Nachversorgern und den Kostenträgern zu verbessern. Hierzu sollen Prozesse und Verantwortlichkeiten abgestimmt sowie eine webbasierte IT-Plattform, die den Austausch von Informationen, die Kommunikation sowie die Abstimmung zwischen den einzelnen Akteuren vereinfacht, entwickelt und evaluiert werden.	nubedian GmbH	11/2018 bis 10/2021	
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	Ich für mich - für Dich Das Projekt verfolgt folgenden Ziele: Standortunabhängige Entlastung und Schulung pflegender Angehöriger mit der Nutzung technischer Versorgungslösungen. Erhöhung und dauerhafte Sicherung der ambulanten Versorgungsqualität durch höhere Pflegekompetenz und Reduktion der Überforderung (Behandlungsqualität). Kompetenzsteigerung der Pflegenden durch umfassende Beratungs- und Schulungsangebote. Aufzeigen von und Vermittlung in vor Ort bestehende Unterstützungsangebote, Austausch der pflegenden Angehörigen untereinander durch eine Chatfunktion.	Gesundes Kinzigtal GmbH, Hausach	11/2017 bis 11/2020	
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	NeCTra - Digitale Unterstützung pflegenaher Strukturen im Sozialraum - Versorgungssicherheit durch Vernetzung und Transparenz Die Prozesse des Entlass- und Überleitungsmanagements, der Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungssystemen sowie die auftretenden Versorgungsengpässe bei plötzlicher Pflegebedürftigkeit werden verbessert. Der abgestimmte Versorgungsprozess wird optimiert sowie die Versorgungssicherheit deutlich erhöht. Für Patienten und ihre Angehörigen werden kritische Wartezeiten minimiert und eine zeitlich adäquate, pflegerisch und therapeutisch bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet. Pflegenden Angehörige können sich frühzeitig informieren und finden zeitnah Unterstützung. Für das Pflegepersonal in der ambulanten Pflege entsteht aufgrund der erhöhten Transparenz und Schnittstellenoptimierung Prozesssicherheit.	Entwicklungszentrum Gut altwerden GmbH, Sindelfingen	11/2017 bis 11/2020	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BADEN-WÜRTTEMBERG SM BWL	VITAAL = Videokonsile, Telemedizinische Applikationen und Alltagsunterstützende Assistenzsysteme in der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) und Prävention. Ziel ist die Kontinuität der Versorgung und die Förderung der Selbstversorgungsfähigkeit sowie die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe von Patienten und Angehörigen, indem im Prozess per Videokommunikation Fragen gestellt werden können und über Videokonsile zusätzliche ärztliche Visiten und therapeutische Kontakte möglich sind. VITAAL stärkt die Nachhaltigkeit der MoGeRe, indem Lehrmaterial für den Behandlungsverlauf zur Verfügung gestellt wird, das auch nach Abschluss der Rehamaßnahme weiter genutzt werden kann. VITAAL entwickelt hierzu digitale Werkzeuge und macht diese für die MoGeRe als Modell skalierbar. Weiterhin soll die Akzeptanz für digitale Angebote in der Medizin gesteigert werden. Das System ist offen für weitere Anwendungen (Interoperabilität im Bereich Telemedizin und AAL) und kann modular mit den Bedarfen der Kunden mitwachsen.	Rehaklinik Bad Sebstiansweiler, Mössingen	11/2017 bis 11/2020	
BAYERN StMGP	Spiritual Care - Fort- und Weiterbildung zur Stärkung der Menschen in Pflege- und Gesundheitsberufen. In Anbetracht der zunehmenden sprachlichen, kulturellen und religiösen Diversität in der Mitarbeiterschaft gewinnen interkulturelle Kompetenzen in Spiritual Care zunehmend an Bedeutung. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen in die Kontexte der Organisations- und Personalentwicklung eingebettet werden, um nachhaltig wirksam zu werden. Die im Projekt erhobenen Daten werden einen Beitrag zur Verankerung von Spiritual Care in den Lehrplänen für die Ausbildung der Gesundheitsberufe an Schulen, Hochschulen und Universitäten leisten und in die betriebliche Gesundheitsförderung integriert werden sowie das Leitbild von Gesundheitseinrichtungen ergänzen.	Hochschule für Philosophie, München, Regierungsbezirk Oberbayern	10/2019 bis 09/2022	
BAYERN StMGP	Förderung einer Wohnungsvermittlung für Soziale Berufe im Landkreis Dachau Die „Wohnungsvermittlung für Menschen in Sozial- und Gesundheitsfachberufen“ im Landkreis Dachau hat zum Ziel, Wohnraum zu angemessenen Preisen für Arbeitnehmende in sozialen Berufen und Gesundheitsberufen bereitzustellen. Die Wohnungsvermittlung wird unter der Rechtsform einer Genossenschaft agieren. Ziel der Wohnungsvermittlung ist es, frühzeitig einem sich abzeichnenden Personalengpass mit der entsprechenden Maßnahme nachhaltig entgegenzuwirken. Dabei sollen so viele Wohnungen wie möglich angemietet und für Angehörige sozialer Berufe bzw. Gesundheitsfachberufe bereitgestellt werden.	Hausverwaltung Immobilien Flack, Karlsfeld	10/2019 bis 06/2022	
BAYERN StMGP	Roboter Pepper für die Pflege und Betreuung Anschaffung eines Roboters „Pepper“, der in der Lage ist, den täglichen Ablauf durch die Übernahme von einfachen, immer wiederkehrenden Tätigkeiten zu erleichtern. Er eignet sich insbesondere im Bereich der Betreuung und Pflege von kognitiv eingeschränkten sowie pflegebedürftigen Menschen. Durch die Übernahme von Routineaufgaben seitens des Pflegeroboters soll das Personal der Tagespflegeeinrichtung von immer wiederkehrenden Abläufen entlastet werden und damit mehr Zeit für die individuelle Betreuung und Pflege zur Verfügung haben. Erkenntnisse darüber, wie sich der Einsatz von	Caritas-Sozialstation St. Johannes e. V., Erlenbach, Regierungsbezirk Unterfranken	09/2018 bis 07/2020	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Digitalisierung auf das Wohl von Pflegebedürftigen sowie auf die Entlastung von Pflegefachkräften auswirkt, sollen erzielt werden.			
BAYERN StMGP	Klimaanpassung in der Pflege – Hitzeaktionspläne auf Basis der Empfehlungen des Umweltbundesamtes Länger andauernde Hitzeperioden stellen Herausforderungen im Umgang mit den Pflegebedürftigen dar. In den Pflegestandards findet die Pflegesituation bei extremen Wetterphänomenen wenig Beachtung. Durch die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse, Empfehlungen und Tools soll der richtige Umgang aller Beteiligten mit Hitzewarnungen und somit auch die Lebensqualität der Pflegebedürftigen bei Hitzeereignissen sowie die Ergebnisqualität verbessert werden.	Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	11/2019 bis 10/2022	
BAYERN StMGP	Pflegende Eltern Kern des Projekts ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation einer mehrtägigen Auszeit für pflegende Eltern sowie die Eruierung des Transferpotenzials innerhalb der SVLFG sowie auf weitere Leistungsträger der Sozialversicherung. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung wird durch das IQPR durchgeführt werden.	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	03/2018 bis 05/2020	
BAYERN StMGP	Rechtsmedizinische Analyse Medikamente in Heimen Das Thema der freiheitsentziehenden Gabe von Psychopharmaka soll durch rechtsmedizinische Analysen beleuchtet werden.	Ludwig-Maximilians-Universität München	06/2017 bis 06/2019 (abgeschlossen)	
BAYERN StMGP	Demenzsensible Gestaltung des räumlichen Umfelds in der Pflege In diesem Projekt soll eine wissenschaftliche Untersuchung von Patienten mit leichten kognitiven Störungen/Demenz zum Thema „Interpretation von hohen Leuchtdichtekontrasten als Höhendifferenz“ durchgeführt werden. Weiter sollen durch Grundlagenschulungen in Pflegeeinrichtungen zum Thema demenzsensible Architektur Erkenntnisse gewonnen werden, wie Einrichtungen für das Thema gewonnen werden können oder wie Maßnahmenempfehlungen zur Anpassung umgesetzt werden.	Technische Universität München	05/2017 bis 05/2019 (abgeschlossen)	
BAYERN StMGP	Erarbeitung und Einführung Lebensstilkonzept im Alten- und Pflegeheim Maria-Martha-Stift in Lindau, Regierungsbezirk Schwaben Das Lebensstilkonzept geht davon aus, dass sich Menschen, die sich zu einer Familie zusammenschließen, hinsichtlich ihres Lebensstils sehr ähnlich sind. Sie sind auf einer Wellenlänge und harmonisieren daher in der Regel sehr gut. Dieser Ansatz soll auf die Wohngruppen im Maria-Martha-Stift übertragen werden, indem man vor Heimaufnahme Lebensstilevaluationen der künftigen Bewohner durchführt.	Evangelische Diakonie Lindau e. V.	06/2017 bis 06/2019 (abgeschlossen)	
BAYERN StMGP	Wochenendbetreuung in der Tagespflege - wissenschaftliche Begleitung Kern des Projekts ist eine neuartige Betreuungsform, bei der interessierte Gäste zweier Tagespflegereinrichtungen einmal monatlich eine Wochenendbetreuung immer am gleichen Ort und immer mit denselben vertrauten Pflege- und Betreuungskräften erhalten. Die Stärken der teilstationären Tages-	Stiftung Katholisches Familien- und Altenpflegewerk, München,	06/2017 bis 12/2020	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	pflge, nämlich ein strukturiertes sinnhaftes gemeinschaftliches Erleben, gepaart mit professioneller Pflege sowie ein hohes Maß an Entlastung für häuslich Pflegende können hierbei im Rahmen einer deutlich ausgeweiteten, durchgängigen, 46 Stunden andauernden Versorgung und Betreuung erprobt werden. Sonst üblich sind sieben bis acht Stunden Tagesbetreuung mit anschließender Rückkehr in die eigene Häuslichkeit.	Regierungsbezirk Oberbayern		
BAYERN StMGP	Ambulantisierung Haus Domblick, Sozialstiftung Bamberg Die Sozialstiftung Bamberg führt ihre bestehenden Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung, betreuten Wohnen und Quartiersbüros in eine Verbundeinrichtung zusammen. Hierfür werden auch Teile einer vollstationären Pflegeeinrichtung in eine ambulante Versorgungsform überführt. Die Zusammenführung und das daraus entstehende Angebot sollen wissenschaftlich begleitet werden. Die wissenschaftliche Begleitung will in diesem Rahmen die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Ambulantisierung auf ihre Qualität hin prüfen.	ISGOS Berlin	11/2017 bis 10/2020	
BAYERN StMGP	9x selbstbestimmt Wohnen in Oberfranken Das Projekt untersucht, ob und unter welchen Voraussetzungen technische Lösungen in ambulanten Pflegesituationen in Erwägung gezogen werden können. Der Fokus liegt dabei auf dem sog. Familien- und Angehörigenrat, der als soziales Netzwerk in Pflege- und Betreuungssituationen fungiert und somit die Akzeptanz von technischen Assistenzlösungen maßgeblich beeinflusst. Ziel ist es herauszufinden, wie die Akzeptanz für technische und digitale Assistenz funktionieren und im Pflegealltag erfolgreich integriert werden kann. Dabei baut es auf Erfahrungen von SmartHouse SOPHIA auf.	Joseph-Stiftung Bamberg, Regierungsbezirk Oberfranken	10/2017 bis 10/2021	
BAYERN StMGP	Ausbildung von Pflegelotsen Im Zusammenhang mit dem Familienpakt Bayern ist beabsichtigt, ein Seminarangebot zu entwickeln, in dem Beschäftigte zu unternehmensinternen Ansprechpartnern fortgebildet werden. Diese sog. Pflegelotsen werden dann in der Lage sein, Rat suchende Kollegen an die zuständige Person und Stelle innerhalb und außerhalb des jeweiligen Unternehmens zu vermitteln und sie bei der Suche nach Lösungen für die eigene Situation zu unterstützen.	Evangelische Hochschule Nürnberg	10/2016 bis 10/2017	
BAYERN StMGP	Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegende Hauptziel des Vorhabens ist die Erweiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter ambulanter Altenpflegedienste im Hinblick auf Wertesensibilität und Möglichkeiten zum Perspektivenwechsel, sodass diese über bessere Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in ambulanten Pflegesituationen verfügen. Der verbesserte Umgang sowohl mit potenziellen Konflikten mit Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und/oder weiteren Personen im Haushalt der Pflegebedürftigen als auch innerhalb des ambulanten Pflegedienstes soll psychosoziale Belastungen reduzieren und sich damit positiv auf die Beanspruchungssituation der Altenpflegekräfte, etwa im Hinblick auf reduziertes Irritations- und Erschöpfungserleben sowie gesteigertes Wohlbefinden und Motivation, auswirken.	Klinikum der Universität München	12/2017 bis 05/2018	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
BAYERN StMGP	Studie in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf Die Studie soll eine systematische Aussage darüber ermöglichen, wie sich die Situation ambulant betreuter Wohngemeinschaften derzeit darstellt - auch unter Berücksichtigung der Intention von PSG I und PSG II.	Universität Bremen	10/2016 bis 10/2017	
BAYERN StMGP	Palliativ- und Hospizversorgung bei fortgeschrittener Demenz Im Rahmen des Forschungsvorhabens wird zunächst eine Bestandserhebung der palliativen, palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung von Personen mit Demenz im ambulanten Setting sowie in der stationären Altenpflege und der Erfahrungen der Angehörigen durchgeführt. Anschließend soll eine Entscheidungshilfe in Form einer Broschüre für Angehörige von Patienten mit fortgeschrittener Demenz entwickelt werden. Die Broschüre soll die Möglichkeiten und Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung aufzeigen und Informationen zu den fortgeschrittenen Stadien der Demenz, den gesetzlichen Grundlagen der Entscheidungsfindung und ethischen Problemen, Behandlungsmöglichkeiten und (palliativen) Behandlungszielen enthalten.	Technische Universität München	01/2017 bis 03/2018	
BRANDENBURG MSGIV Verbände der Pflegekassen und Verband der privaten Krankenversicherung des Landes Brandenburg	Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) FAPIQ unterstützt Akteure bei der altersgerechten Gestaltung von Lebensräumen, hierzu zählen: Kommunen und Kreisverantwortliche, Interessenvertretungen älterer Menschen, Vereine und Initiativen, Verbände, Wohnungswirtschaft, Sozialwirtschaft, Gesundheitswirtschaft. Vier Handlungsfelder: Altersgerechte Wohnformen, alltagsunterstützende Angebote, Quartiersentwicklung, kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung. Das Projekt FAPIQ wurde während der Laufzeit 2016 bis 2019 evaluiert. Es wird gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung des Landes Brandenburg gefördert.	Katharina Wiegmann	01/2016 bis 12/2019 (ab 2020 mit verändertem Aufgaben-zuschnitt fortgesetzt)	www.fapiq-brandenburg.de
BRANDENBURG MSGIV	Modellprojekt zur Qualitätssicherung von Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 (3) SGB XI in der Landeshauptstadt Potsdam Entwicklung und Erprobung eines qualifizierten und evaluierten Beratungsleitfadens, Erarbeitung von Qualitätsstandards zur Qualitätssicherung in der Pflichtberatung nach § 37 (3) SGB XI. Übermittlung des Abschlussberichts an den Qualitätsausschuss Pflege e. V.	Uta Kitzmann, Landeshauptstadt Potsdam	2017 bis 2018	www.potsdam.de
BRANDENBURG MSGIV Verbände der Pflegekassen und Verband	Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg Das Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg in Trägerschaft der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V. setzt an vier Handlungsfeldern an, um die Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe und Teilhabe auszubauen und zur Kompetenzentwicklung der Netzwerkpartner aus Wohlfahrt, Diensten, Einrichtungen, Pflegestützpunkten, Beratungsstellen, Verbänden, Vereinen, privat organisierten Diensten und Einrichtungen, Pflege- und Krankenkassen etc. beizutragen. Handlungsfelder: Öffent-	Sonja Köpf	2016 bis 2019 (Projekt wird fortgeführt)	www.demenz-brandenburg.de

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
der privaten Krankenversicherung des Landes Brandenburg	lichkeitsarbeit, Ausbau der Selbsthilfeangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, Kompetenzentwicklung der Netzwerkpartner/Akteure der Regelversorgung, Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Politik. Wird gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung des Landes Brandenburg gefördert.			
BRANDENBURG MSGIV	Weiterentwicklung ambulanter Angebotsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige - Ressourcen entdecken und Alltagsbegleitung organisieren Ziel des Projekts ist die praktische Erprobung der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der ambulanten Pflege und darauf aufbauend die Erarbeitung eines neuen Konzepts und Verständnisses von Pflege für die Pflegepraxis. Das Projekt wird in zwei ambulanten Pflegediensten der AWO in Peitz und Wildau durchgeführt. In dem Projekt hat die Aufklärung und Anleitung von pflegenden Angehörigen in der ambulanten Praxis einen hohen Stellenwert, ebenso die angestrebte ganzheitliche Koordinierung von Hilfeangeboten vor Ort. Das Projekt wurde durch das Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule Berlin evaluiert.	AWO Landesverband Brandenburg e. V., Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg	06/2018 bis 02/2020	www.demenz-brandenburg.de
HESSEN HMSI	AGIL - aktiv geht's immer leichter Das Modellprojekt AGIL nimmt die Zielgruppe der hochaltrigen Personen in den Blick, die zu Hause leben. Das Projekt bietet ehrenamtlich Engagierten, Übungsleitern und Akteuren aus Sport und Bewegung, Aktiven aus Kirchen- und Moscheegemeinden, Betreuungskräften, Angehörigen und allen Interessierten eine kostenlose Fortbildung zur gezielten individuellen Bewegungsförderung von hochaltrigen Menschen in ihrem Zuhause. Durch Maßnahmen der Kurzaktivierung für Körper und Geist soll Gesundheitsförderung im Alltagsleben verankert werden.	Diakonie Hessen und Bildungsakademie des Landessportbundes Hessen e. V.	04/2018 bis 12/2021	https://www.sport-erlebnisse.de/index.php?News=96 ; https://soziales.hessen.de/familie-soziales/senioren/vorsorge/im-alter-form
HESSEN HMSI	Demenzatlas Hessen Der Demenzatlas Hessen zielt darauf, hessenweit Transparenz über bestehende Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen herzustellen. Eine Online-Datenbank bietet Betroffenen und Angehörigen eine übersichtliche Orientierung über wohnortnahe Unterstützungsangebote. Zudem führt Pro Inklusio als Träger des Demenzatlas regelmäßig Workshops zur Netzwerkarbeit zum Thema Demenz durch.	Pro Inklusio gGmbH	04/2016 bis 03/2021	https://soziales.hessen.de/familie-soziales/senioren/hessenvergisst-niemanden , https://www.demenzatlas-hessen.de/
HESSEN HMSI	Pro WG - Fachberatungsstelle ambulant betreute WGs insbesondere für Menschen mit Demenz, Pro WG Zak Seit 2016 unterstützen die Hessische Landesregierung und die Pflegekassen die Gründung von Demenz-WGs. Das sind Gemeinschaften mit alltagsnahen und familienähnlichen Strukturen, die Wert auf eine selbstbestimmte Lebensführung legen. Die Beratungs- und Koordinierungsstelle mit Sitz im Staat-Haus Offenbach der Hans und Ilse Breuer-Stiftung steht insbesondere potenziellen Initiatoren und Projektträgern für Fragen rund um eine WG-Gründung und Organisation zur Verfügung. Mithilfe eines völlig neu entwickelten Online-Aufbauleitfadens werden Initiatoren alle Hintergrundinformationen vermittelt, die für die Gründung notwendig sind. Das Projekt wurde 09/2019 um zwei Jahre verlängert.	Hans und Ilse Breuer Stiftung	09/2016 bis 08/2021	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
HESEN HMSI	Care Guides - Interkulturelle Pflegelotsen Ziele der Care Guides: Pflegebedürftigen mit Migrationserfahrung einen alltagsnahen, einfachen Zugang zu Informationen zu ermöglichen, pflegende Angehörige zu entlasten, z. B. durch Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen, die Vernetzung von Organisationen und Aktiven voranzutreiben, Informationen zu interkulturellen Pflegeangeboten zusammenzutragen und weiterzugeben. Die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen soll verbessert und die interkulturelle Öffnung der Pflege vorangetrieben werden. Menschen mit Migrationserfahrung werden zu interkulturellen Pflegelotsinnen und -lotsen ausgebildet.	berami berufliche Integration e. V.	06/2018 bis 12/2021	https://www.berami.de/care-guides/
HESEN HMSI	Besuchs- und Begleitungsdienst für alleinstehende ältere Menschen Das Modellprojekt „Besuchs- und Begleitungsdienst für ältere, pflegebedürftige und alleinstehende Menschen“ in Wiesbaden richtet sich explizit an die Gruppe der alleinstehenden Menschen und wird vom Malteser Hilfsdienst durchgeführt. Die ehrenamtlich Helfenden des Besuchs- und Begleitungsdienstes unterstützen ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden und ermöglichen durch ihre Begleitung wieder eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.	Malteser Hilfsdienst e. V.	09/2018 bis 08/2021	
HESEN HMSI	DemenzNetz proaktiv - Türöffner zu frühen Hilfen Modellprojekt des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Pflegekassen. Im Rahmen des Projekts soll im Lahn-Dill-Kreis ein proaktives DemenzNetz aufgebaut werden mit dem Ziel, einen frühzeitigen Zugang zu Beratungs- und Entlastungsangeboten zu ebnet. Mittels eines zu implementierendes Beratungsgutscheinverfahrens sollen bereits am Anfang der Betreuungssituation, kurz nach Diagnosestellung, die richtigen Wege geebnet werden. Um die häuslichen Schulungen umfassend und zeitnah sicherstellen zu können, sollen Demenzberater ausgebildet, von einem Gremium anerkannt und in einen Demenzfachdienst integriert werden.	Alzheimer Gesellschaft Hessen e. V.	10/2019 bis 09/2024	https://soziales.hessen.de/familie-soziales/senioren/hessenvergisst-niemanden
HESEN HMSI	INFODOQ onlinebasierte Applikation INFODOQ soll eine praxis- und marktaugliche Online-Applikation werden, die den (neuen) Anforderungen einer entbürokratisierten Betreuungsdokumentation Rechnung trägt und gleichzeitig als effektives und nutzerfreundliches Informations-, Kommunikations- und Organisationsinstrument für das Verantwortungsdreieck mit Angehörigen/rechtlichen Betreuern, Vermietern, freiwilligen Helfern, weiteren Dienstleistern u. a. in einer ambulant betreuten Wohn-Pflegegemeinschaft genutzt werden kann.	Hans und Ilse Breuer Stiftung	12/2017 bis 11/2020	
HESEN HMSI	Soziales Netzwerk Demenz Projekthalt war die Inklusion und Partizipation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in die vorhandenen sozialen Strukturen des Ortsteils Weyers und des Dorfes Ebersburg im oberen Fulda-tal.	Miteinander Füreinander Oberes Fuldata e. V.	04/2016 bis 03/2019	
NIEDERSACHSEN MS NI	Perspektive: Pflege - Anlaufstelle zur Gewinnung und Sicherung von Fachkräften in der Pflege Der Fachkräftemangel in der Pflege ist eine Situation, mit der sich alle Akteure, sowohl die stationäre Kranken- und Altenpflege als auch ambulante Anbieter, auseinandersetzen müssen. Es soll eine zentrale und neutrale Anlaufstelle für an einem Pflegeberuf Interessierte geschaffen werden. Diese Anlauf-	Gesundheitsregionen Vechta und Cloppenburg	04/2017 bis 03/2019	https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesund-

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	stelle soll das Image des Pflegeberufes positiv darstellen, für potenzielle Pflegefachkräfte individuelle Konzepte für den beruflichen Start in der Pflege erarbeiten, Impulse für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen geben und aktiv für den Pflegeberuf (in der Region) werben.			heit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
NIEDERSACHSEN MS NI	Förderprogramm Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum Ziel der Förderung ist eine nachhaltige und über den Förderzeitraum hinaus wirksame strukturelle Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege im ländlichen Raum, um eine bedarfsgerechte Bereitstellung ambulanter Dienstleistungen zu ermöglichen, damit die Einhaltung des in § 3 SGB XI formulierten Grundsatzes des Vorrangs der häuslichen Pflege gelingen kann. Zuwendungsempfänger sind Träger von ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste). Im Berichtszeitraum wurden 666 Projekte bewilligt. Die Beschreibung einzelner geförderter Projekte kann dem Link zum Förderprogramm entnommen werden.		2016 bis Ende 2018. Im Jahr 2019 verlängert bis 12/2022.	https://www.ms-niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/pflege/starbung-der-ambulantenpflege-im-landlichen-raum-177157.html
NIEDERSACHSEN MS NI	Laufbahnberatung Pflege - Gewinnen und Halten von neuen Zielgruppen für Pflegeberufe durch zentrale Koordination und individuelle Beratung bei Ausbildung und Praktika auf kommunaler Ebene Als wirksame Maßnahme gegen den Fachkräftemangel in der Pflege soll eine Koordinierungsstelle etabliert werden, die sowohl für suchende, sich orientierende Menschen als auch für bereits in Pflegeberufen oder -ausbildungen Befindliche und professionelle Anbieter (Ausbildungsstellen, Schulen, Praktikumsplätze) Ansprechpartner ist. Voraussetzung für eine zielführende Beratung ist die Kenntnis der lokalen Strukturen und Ressourcen und die Kenntnis der verschiedenen Ausbildungs- und Laufbahnmöglichkeiten. In Workshops mit möglichst allen relevanten Akteuren im Feld wird ein Überblick über die vorhandenen Ressourcen gewonnen. Die Aufgaben der Koordinierungsstelle sind: Koordination der Ausbildungsplätze und Praktika, Betreuung und Anleitung von Praxisanleitern, Kontakt und neutrale Beratung von potenziellem Pflegenachwuchs aller Ausbildungsgänge und Qualifikationen sowie halbjährliche Berichterstattung zur aktuellen Versorgungslage.	Gesundheitsregion Delmenhorst	07/2019 bis 06/2020	https://www.ms-niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
NIEDERSACHSEN MS NI	Weiterentwicklung der Palliativversorgung und Hospizkultur in den stationären Pflegeeinrichtungen Es werden auf kommunaler Ebene Vernetzungs- und Qualifizierungsstrukturen aufgebaut, die zu einer Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung von Sterbenden in stationären Einrichtungen beitragen sollen. Im Fokus steht insbesondere eine Unterstützung der in diesem Bereich Tätigen durch ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen.	Gesundheitsregion Gifhorn	01/2017 bis 12/2019	https://www.ms-niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
NIEDERSACHSEN MS NI	Pilotprojekt zur Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte im Landkreis Gifhorn Ausgehend von den schon bestehenden engen Kooperationen zwischen Hausärzten und Pflegediensten (die u. a. Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V erbringen) sollen durch die Delegation bestimmter hausärztlicher Leistungen auf qualifiziertes Personal eines ambulanten Pflegedienstes Synergieeffekte entstehen. Diese sollen dazu beitragen, die Belastung der allgemeinmedizinischen Praxis zu reduzieren, die Versorgung der Patienten und die Entlastung von Angehörigen zu verbessern und somit den langfristigen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten. Mithilfe eines medizinisch geprüften Tele-Rucksacks soll bei einer definierten Patientengruppe die durch den Hausarzt angeordnete Erhebung von Daten durch das Pflegepersonal erfolgen und die Ergebnisse anschließend elektronisch an die Hausarztpraxis übermittelt werden.	Gesundheitsregion Gifhorn	04/2019 bis 12/2020	https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
NIEDERSACHSEN MS NI	Gut, Gelassen und Gesund Pflegen (3GP) - Implementierung eines Unterstützungsprogramms für professionell Pflegende in der Ausbildung und den ersten Berufsjahren zum Erlernen individueller Strategien Im Rahmen des Projektes soll das von Absolventen des Psychologischen Instituts der TU Braunschweig entwickelte Programm 3GP für professionell Pflegende in der Ausbildung und den ersten Berufsjahren eingeführt werden. Verbunden ist damit das Ziel, die individuelle Resilienz der (angehenden) Pflegefachkräfte gegenüber berufstypischen Belastungen, Stressfaktoren und -situationen zu stärken, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und eine längere Verweildauer im Beruf zu erreichen. In Kooperation mit Akteuren vor Ort soll die Implementierung des Programms 3GP sowohl durch die Erweiterung der Curricula der Pflegeschulen als auch durch ein Begleitangebot für Pflegefachkräfte in den ersten Berufsjahren erfolgen.	Gesundheitsregionen Gifhorn und Peine	06/2018 bis 12/2019	https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
NIEDERSACHSEN MS NI	Pflegevorbereitungskurs „Migranten in der Pflege“ (MIP) Gemeinsames Vorhaben der Gesundheitsregion JadeWeser und der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am St.-Johannes-Hospital, eine Einrichtung der Friesland-Kliniken. Ziel des überregionalen Projektes ist die Gewinnung von Hilfs- und Fachkräften in der Pflege. Mithilfe dieses praxis- und theoriegestützten Pflegevorbereitungskurses soll Migranten ohne pflegerische Vorerfahrungen die Möglichkeit zum Einstieg in eine Pflegeausbildung geboten werden. Zeitgleich sollen im Rahmen des Pflegevorbereitungskurses die Sprach- und Kulturkenntnisse der Migranten verbessert werden mit dem Ziel, ein B2- bzw. C1-Zertifikat zu erreichen. Eine Koordinierungskraft organisiert und evaluiert die Kurse und steht den Teilnehmenden und kooperierenden Akteuren während der gesamten Zeit zur Seite.	Gesundheitsregion JadeWeser	06/2018 bis 12/2019	https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
NRW Kooperation: Ministerium für Alter, Gesundheit und Soziales des Landes	Projekt „Care for Integration II; Ausbildung von geflüchteten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege“ der Akademie für Pflegeberufe und Management, apm gGmbH, Dortmund Von Dezember 2016 bis Juli 2019 hat die Akademie für Pflegeberufe und Management gGmbH (apm) in Kooperation mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) das Projekt Care for Integration (CFI I) an sieben Standorten in NRW durchgeführt.	Frau Sina Yumi Wagner	12/2016 bis 06/2022	https://apm-deutschland.de/artikel/care-integration

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
Nordrhein-Westfalen (MAGS), Regionaldirektion Düsseldorf (RD) der Bundesagentur für Arbeit	Das Projekt ist am 1. August 2019 in das Anschlussprojekt Care for Integration II (CFI II) übergegangen. Die Ausbildungsphasen sind durch die Agenturen für Arbeit seither regelhaft finanziert. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen fördert bis zum 30. Juni 2022 zwei Projektkoordinationsstellen, die zur erfolgreichen gesellschaftlichen und beruflichen Integration der Teilnehmenden einen wichtigen Beitrag leisten. Zentrale Elemente des Projekts sind die Verknüpfung von beruflichen Qualifikationen mit dem Erwerb von allgemeinen und fachspezifischen Sprachkenntnissen sowie die Vorbereitung auf den Hauptschulabschluss. In einer ersten Projektphase werden die Teilnehmenden im „Kompetenzzentrum Pflege“ auf eine staatlich anerkannte einjährige Pflegeausbildung persönlich und beruflich vorbereitet. Ziel der zweiten Projektphase ist der erfolgreiche Abschluss der einjährigen Pflegeausbildung (zum Stand 25.01.2021: Altenpflegehilfeausbildung) und das Erreichen des Sprachniveaus B2. Diese Voraussetzungen befähigen zur Aufnahme einer (ggf. verkürzten) dreijährigen Fachkraftausbildung in der Pflege.			
NRW Kooperation zwischen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und dem Europäischen Sozialfonds	Modellprojekt Validierungsverfahren und Nachqualifizierung in der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen Das Projekt Valinda führt im Rahmen eines Modellvorhabens auf Basis des Altenpflegegesetzes ein innovatives Validierungsverfahren durch. Das Verfahren bietet un- und angelernten Helferinnen und Helfern in der Altenpflege, die über ausreichende Berufserfahrungen in der Altenpflege verfügen, die Möglichkeit, ihre pflegerischen Kompetenzen mittels eines systematischen Verfahrens zu zeigen und bewerten zu lassen. Nach einer anschließenden Phase der Nachqualifizierung können sie auf diesem Wege nach erfolgreichem Abschluss des Validierungsverfahrens und den gesetzlich geforderten Prüfungsteilen einen staatlich anerkannten Abschluss als Altenpflegekraft erlangen.	HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e. V., Herr Andreas Schulte-Hemming	12/2019 bis 06/2021	https://www.valinda.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen	Technikberatung als integrierter Baustein der Wohnberatung (TiWo) Ziel ist die Entwicklung eines Konzepts zur Technikberatung für ältere Menschen als Baustein der bereits etablierten Wohnberatung. Im Rahmen des Projekts sollen Konzepte und Handreichungen entwickelt werden, um älteren Menschen durch passgenaue Beratung Möglichkeiten der Unterstützung durch Technik und Optionen für die Finanzierung von technischen Lösungen aufzeigen zu können. Der Grundgedanke ist, soziale Teilhabe, Mobilität und eine wohnortnahe Versorgung trotz chronischer Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Hierüber sollen sich die beteiligten Wohnberatungen in NRW zu regionalen Kompetenzzentren mit Leuchtturmcharakter im Bereich Technik und Alter weiterentwickeln.	Prof. Dr. Manuela Weidekamp-Maicher (FB Sozial- und Kulturwissenschaften) Prof. Dr. Manfred Wojciechowski (FB Medien) (Hochschule Düsseldorf)	11/2019 bis 07/2022	https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/tiwo
NRW Ministerium für Kultur und Wissenschaft	Elektronisches sektorenübergreifendes Aktensystem für die Pädiatrische Palliativversorgung (ELSA-PP) Lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche benötigen eine oft jahrelange medizinisch-pflegerische und psychosoziale Palliativversorgung, die durch einen ständigen Wechsel zwischen „ambulant“	PedScience-Vestische Forschungs-(g)mbH, Datteln	01/2019 bis 12/2021	https://www.pedscience.de/projekte

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	und „stationär“ gekennzeichnet ist. Die pädiatrische Palliativversorgung ist zudem charakterisiert durch einen hohen Vernetzungsbedarf zwischen unterschiedlichen Professionen. Ziel des Projekts ist es, vorhandene elektronische Patientenakten an den stationären und ambulanten Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung nutzerorientiert zu adaptieren. Zudem soll eine elektronische Fallakte, die sich aus den Informationen der elektronischen Patientenakte speist, entwickelt und praxisnah evaluiert werden. Allgemeingültige Erkenntnisse dieses Projekts werden in einem ausführlichen Handbuch festgehalten.			
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Mobilitätsnetzwerk und Senioren-Scooter-Sharing rund um das Altenheim Hardterbroich und digitaler Service für mehr Mobilität und Teilhabe im Quartier (SW-620-6899) Über das Angebot soll der Wirkungs- und Teilhaberadius von Menschen mit Gehbehinderungen und anderen Bewegungseinschränkungen relevant vergrößert werden. Für die Bedienung von Senioren-Scootern müssen grundlegende körperliche und geistige Voraussetzungen vorhanden sein, ein Verfahren zur Erfassung wird entwickelt. Es wird eine Unterstützergemeinschaft gebildet und aktiviert, die gemeinsam Nutzungshindernisse überwinden hilft. Um das Netzwerk zu betreiben, soll eine digitale Quartiersplattform eingerichtet, über Mobilitätsangebote bekanntgemacht, verbreitet und gesteuert werden. Um die Bedingungen für ein Gelingen für mehr Mobilität im Quartier konkret zu erfassen und bedarfsorientierte Unterstützung organisieren zu können, ist geplant, Workshops und Begehungen mit Bewohnern eines Altenheims und Bürgern des Stadtteils durchzuführen. Die Erfahrungen aus dem Prozess werden durch die wissenschaftliche Begleitung beschrieben und für die Implementierung in anderen Quartieren nutzbar gemacht.	Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH	04/2019 bis 03/2022	https://seniorenscootersharing.wpcomstaging.com/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Ehrenamt der Zukunft: Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe Älterer im Stadtteil (SW-620-6936) Die Anzahl jener Personen steigt, die eine Unterstützung wünschen und benötigen, jedoch sinkt gleichzeitig die Anzahl der Personen, die sich in den vorhandenen Strukturen ehrenamtlich engagieren wollen oder können. Absehbar ist, dass sich Strukturen und Prozesse im Ehrenamt wandeln müssen, damit älteren Menschen nicht nur punktuell und zufällig Unterstützungsleistungen im Hinblick auf die Teilhabe an Gesellschaft angeboten werden können. Ziel ist es, unter Beteiligung der Nutzer, der ehrenamtlich Engagierten und der Wohlfahrtsverbände ein nachhaltiges und übertragbares Modellkonzept zu entwickeln, das aufzeigt, wie auch zukünftig unter den veränderten gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen ein flexibles, zugleich verlässlich-wirkungsvolles Ehrenamt ältere Menschen bei ihrer gesellschaftlichen Teilhabe unterstützen kann.	Caritasverband für die Stadt Köln e. V., Projektpartner: Hochschule Düsseldorf	03/2019 bis 02/2022	https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/forschung/forschungsaktivitaeten/forschungsprojekte/EZuFöST
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Vifa - Vielfalt aus einer Hand. Quartiersbezogener Gesamtversorgungsvertrag für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit. Eine Studie zur Bewertung und Umsetzung einer Strukturinnovation (SW-620-6570) Die leistungsrechtliche Trennung von Angeboten der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung erschwert oft die Gestaltung von häuslichen Versorgungsarrangements für hilfe- und pflege-	DZNE, Standort Witten, Projektpartner: Städtische Seniorenheime Krefeld,	01/2016 bis 09/2019	https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/vifa/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	bedürftige Menschen. Ein Gesamtversorgungsvertrag der Städtischen Seniorenheime Krefeld mit den Kranken- und Pflegekassen soll Leistungen aus einer Hand in allen Versorgungsbereichen ermöglichen. Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich das häusliche Versorgungsarrangement unter der Umsetzung des Gesamtversorgungsvertrages darstellt. Für die Bewertung soll insbesondere eine Rolle spielen, ob die angenommenen Vorteile bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien sowie die finanziellen und strukturellen Vorteile auf der Trägerseite sichtbar werden, welche Bedeutung ein Gesamtversorgungsvertrag aus Sicht der Kostenträger hat und welche Aspekte die Umsetzung eines solchen Konzeptes fördern oder hindern.	Hochschule Esslingen		https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/images/Standorte/Witten/Projekte/Vifa/Vifa-final-online.pdf
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	WINQuartier - Wirkung und Nutzen inklusiver Quartiersentwicklung - Entwicklung und Pilotierung eines Instrumentariums zur Wirkungsanalyse von Maßnahmen der inklusiven Quartiersentwicklung. (SW-620-6571) Ältere Menschen können durch eine gezielte Quartiersentwicklung in ihrem vertrauten Wohnumfeld so lange leben, wie sie es möchten. Lokale Akteure werden bei der Quartiersentwicklung durch ein Instrument dabei unterstützt, die Bedürfnisse von älteren und pflegebedürftigen Menschen im Quartier besser zu berücksichtigen und die Quartiersentwicklung zielgerichtet voranzutreiben. Ab Dezember 2018 steht ein erprobtes, onlinegestütztes Instrumentarium mit Verfahren, Methoden und Instrumenten der Selbstevaluation zur Verfügung. Somit soll Quartiersarbeit wirkungsorientiert geplant, umgesetzt und gesteuert werden. Das Instrumentarium soll komplexe Wirkungszusammenhänge abbilden und gleichzeitig durch die Reduktion von Komplexität eine praxistaugliche und partizipationsorientierte Handhabung ermöglichen. Projektpartner: bbb Büro für berufliche Bildungsplanung R. Klein & Partner GbR, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Institut für sozialraumorientierte Praxisforschung und -entwicklung e. V.	Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen	01/2016 bis 12/2018	https://winquartier.de/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege: Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines wissenschaftlich fundierten Konzepts zur Stärkung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege (SW-620-6588) Mit dem Projekt sollen unter anderem Aufgabenbeschreibungen, Empfehlungen und Arbeitshilfen zur Integration von Ergebnisorientierung in den Pflegeprozess und das Qualitätsmanagement sowie Instrumente zur Beurteilung von Versorgungsergebnissen verfügbar gemacht werden. Leitfragen, die mit den Projektpartnern bearbeitet werden, sind u. a.: Wie können Ergebnisse ambulanter Pflege besser sichtbar und bewertbar gemacht werden? Wie muss die Qualitätssicherung ambulanter Dienste weiterentwickelt werden, um die Beurteilung von Pflegeergebnissen in den Mittelpunkt zu stellen? Projektpartner: Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW, Caritasverband für die Diözese Münster e. V., Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)	01/2017 bis 12/2019	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>KOMMA - Kommunikation mit Angehörigen Projekt zur Entwicklung der Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung (SW-620-6598)</p> <p>Die Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung erfolgt systematisch und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen. Die Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativdienste nutzen hierzu ein getestetes Assessmentinstrument. Die Bedürfnisse von Angehörigen werden mit einem zu entwickelnden Assessmentinstrument systematisch erfasst. In den beteiligten ambulanten Hospiz- und Palliativteams soll die Anwendung zur Erprobung implementiert und evaluiert werden. Projektpartner: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA), Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Ambulantes Hospiz- und Palliativzentrum Kreis Düren, SAPV-Team Malteser Krankenhaus Bonn, Palliativ-Team Dormagen</p>	Hospizbewegung Düren-Jülich e. V.	03/2016 bis 02/2019	http://www.komma.online
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Präferenzen des täglichen Lebens - Übersetzung und Pilotierung des Preferences for Everyday Living Inventory (PELI), einer Skala zur Erfassung von Präferenzen des täglichen Lebens von alten Menschen (SW-620-6734)</p> <p>Im Projekt PELI-D wird das „Preferences for Everyday Living Inventory“ (PELI) übersetzt und erstmalig in Einrichtungen der Kooperationspartner (Caritas und Diakonie) getestet. Auf Grundlage der durch das PELI-D gesammelten Informationen wird eine systematische, auf die individuellen Präferenzen der pflegebedürftigen Person abgestimmte Planung und Umsetzung der Versorgung ermöglicht. Es wird auf diese Art und Weise dazu beitragen, den Pflegeprozess zu optimieren sowie Selbstbestimmung und soziale Teilhabe für ältere pflegebedürftige Personen zu ermöglichen. Projektpartner: Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Diakonie Düsseldorf, Pennsylvania State University, College of Nursing</p>	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten	07/2017 bis 06/2020	https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/peli-d/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Wege des Abschieds im Quartier: Alternative Wohnformen - im Quartier bis zuletzt? (SW-620-6723)</p> <p>Zentrale Ziele des Vorhabens liegen in der detaillierten Erhebung der Bedingungen, unter denen Menschen ihr Lebensende an dem Ort verbringen können, wo sie es wünschen, der Verbesserung dieser Bedingungen durch gezielte Interventionen sowie der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation dieser Interventionen. Die Ergebnisse werden in handlungsleitenden Entscheidungshilfen als individuelle Wegweiser für Betroffene, An- und Zugehörige sowie im Feld tätige Akteure (Professionelle, ehrenamtlich Engagierte) zusammengefasst. Projektpartner: Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik - IFF, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz</p>	AWO Kreisverband Bielefeld e. V.	01/2017 bis 12/2019	https://awo-bielefeld.de/veroeffentlichung_wege_des_abschieds/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Evaluation und qualitative Weiterentwicklung des Bielefelder Modells. Aufarbeitung der Erfahrungen mit dem Konzept des begleiteten Wohnens mit Versorgungssicherheit im Bielefelder Modell (SW-620-6668)</p> <p>Zielsetzung des Kooperationsprojekts ist es, Erfolge und Potenziale des Bielefelder Modells für eine quartiersnahe Versorgung zu beurteilen und es qualitativ weiterzuentwickeln. Damit sollen die bishe-</p>	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)	10/2016 bis 09/2019	https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/projekte/BielefelderModell.html

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	gen Erfahrungen mit dem seit über 20 Jahren umgesetzten Modell auch für weitere Kommunen und Projektträger zugänglich gemacht werden, um ihnen eine optimale Umsetzung von Konzepten des Wohnens mit Versorgungssicherheit ermöglichen zu können. Projektpartner: BGW Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen, Alt und Jung Nord-Ost e. V., Alt und Jung Süd-West e. V., AWO Kreisverband Bielefeld e. V., DRK Soziale Dienste OWL gGmbH, Hauspflegeverein e. V.			
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Schmerz lass nach! Optimierte Schmerzversorgung von Pflegebedürftigen im Alter in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen durch gezielte Kompetenzentwicklung und den Einsatz der painAppPlus. (SW-620-6595) Schmerzen von älteren Bewohnern, Gästen und Kunden in den verschiedenen pflegerischen Settings im ambulanten und (teil-)stationären Bereich werden verlässlich erkannt und behandelt. Verbesserte Selbstmanagementkompetenzen führen zu einer höheren Lebensqualität. Kompetenzerwerb der Mitarbeitenden durch Schulungen, Entwicklung einer interprofessionellen Kommunikation, einer standardisierten Schmerzdokumentation sowie Koordination aller Prozessbeteiligten mithilfe der painAppPlus und Entwicklung von interdisziplinären Pflege-, Behandlungs- und Therapiekonzepten. Zudem werden Schmerzexperten pro Einrichtung ausgebildet.	Diakonie Düsseldorf Projektpartner: Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Smart-Q Softwaresysteme GmbH, Bochum	01/2016 bis 12/2018	https://www.diakonieduesseldorf.de/leben-im-alter/projekte/schmerz-kompetenzzentrum/?tr=tt
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Suchtkranke Menschen. Entwicklung, Erprobung und Implementation eines nutzerorientierten Pflege- und Versorgungskonzeptes unter Berücksichtigung illegaler Konsummuster (SW-620-6667) Menschen mit Suchterkrankung erhalten eine pflegerische Versorgung, die ihren speziellen Bedürfnissen entspricht und von ihnen akzeptiert wird. Beruflich Pflegende werden durch ein Rahmenkonzept für die pflegerische Versorgung Suchtkranker, insbesondere langjährig opiatabhängiger Menschen, unterstützt. Projektpartner: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld	Drogenberatung e. V. Bielefeld	01/2017 bis 03/2020	https://www.drogenberatung-bielefeld.de/de/pflegebedarf-sucht-und-alter
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept - DESKK. Entwicklung und Erprobung eines demenzspezifischen Kurzzeitpflegekonzeptes mit den Schwerpunkten Mobilität von Menschen mit Demenz und Beratung ihrer pflegenden Angehörigen (SW-620-6639) Menschen mit Demenz können selbstständig sowie mit Unterstützung von Angehörigen in ihrem vertrauten Umfeld wohnen. Die Kurzzeitpflege leistet hierzu einen aktiven Beitrag. Ein praxistaugliches, demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept mit den Schwerpunkten Mobilität und Beratung wird auf wissenschaftlicher Grundlage basierend in Zusammenarbeit mit der Praxiseinrichtung und des wissenschaftlichen Partners entwickelt und passgenau auf die Zielgruppe und die Durchführbarkeit ausgerichtet. Die Umsetzung des Konzeptes wird durch den Praxispartner erprobt und im Hinblick auf seine Praxistauglichkeit wissenschaftlich evaluiert sowie ggf. angepasst.	Caritasverband Paderborn e. V., Projektpartner: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. - Witten	04/2016 bis 03/2019	http://caritas-deskk.de/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Präventives Alltagskompetenztraining (PAKT) für Senioren und pflegende Angehörige - Förderung des Verbleibes in der eigenen Häuslichkeit von Seniorinnen und Senioren, die selbstständig in dieser leben, ggf. mit Unterstützungsbedarf im Vor- und Umfeld einer Pflegebedürftigkeit bei bestmögli-	Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.	10/2016 bis 09/2019	

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	<p>cher Lebensqualität. (SW-620-6597) Hochaltrige Menschen können selbstständig sowie mit Unterstützung von Angehörigen in ihrem vertrauten Umfeld wohnen. Qualifizierte Mitarbeiter der Pflegedienste bieten zu den Themenfeldern „Mein Haushalt“, „Meine Gesundheit“ sowie „Meine Zeit und Kontakte“ hoch flexible Modulangebote (Informationen, Beratung, Schulungen, Übungen und Trainings) an. Die Angebote sind partizipativ konzipiert und in ihrer Wirkung getestet. Das in der Familien- und Behindertenhilfe erprobte Mantel-Instrument „HaushaltsOrgansiationsTraining“ (HOT) wird auf der Basis des Wissens- und Methodenbestandes des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung an die Bedarfslage der hochaltrigen Menschen und ihrer Angehörigen angepasst, weiterentwickelt und erprobt. Projektpartner: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., fauna e. V. - freie alten- und nachbarschaftshilfe aachen, Caritasverband Region Mönchengladbach e. V., Caritasverband für die Region Heinsberg e. V.</p>			
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Pflege stationär - Weiterdenken! Modellverbund zur multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Versorgung in Bielefeld und Herford (SW-620-6600) Ältere und pflegebedürftige Menschen erhalten in einem sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflegezentrum eine umfassende, aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung. Die Pflegezentren haben sich aus bestehenden Pflegeeinrichtungen entwickelt. Die Rahmenbedingungen für eine gelingende bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische, soziale und gesundheitliche Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier sind beschrieben. Maßnahmen: Konkretisierung möglichst einheitlicher fachlicher, rechtlicher sowie wirtschaftlicher Konzeptmerkmale für das Pflegezentrum; Schaffung der Umsetzungsvoraussetzungen für die Einrichtungen; Träger sowie externe Akteure; Organisations- und fachliche Abläufe erproben und anpassen. Kooperation mit Gesundheitsakteuren im Quartier; Quartiersbewohner und Pflegezentrum zusammenbringen; Evaluation des gesamten Prozesses. Projektpartner: Arbeiterwohlfahrt OWL, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Evangelisches Johanneswerk, Stadt Bielefeld, Stadt Herford, Universität Bielefeld</p>	Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik	04/2016 bis 09/2019	https://alters-institut.de/pflege-stationaer/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Wahlmöglichkeiten sichern! Wohnen für Menschen mit komplexer Behinderung und pflegerischem Unterstützungsbedarf (SW-620-6662) Das Projekt zielt darauf, die Ausübung von Wahlmöglichkeit des Wohnens von Menschen mit komplexer Behinderung und umfassendem Unterstützungsbedarf in den Bereichen Teilhabe, selbstbestimmte Lebensführung und Pflege zu sichern. Im Rahmen des Projekts wird ein Modulhandbuch entwickelt, erprobt und evaluiert, das sowohl die Ermittlung des Wohnwunsches als auch seine erfolgreiche Umsetzung aus Perspektive der Menschen mit Behinderung sichern soll. Projektpartner: Institut für Bochumer Disability Studies (BODYS), Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe</p>	Stiftung Bethel, Bethel regional	10/2016 bis 12/2019	http://xn--wahlmglichkeiten-sichern-poc.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Transferzentrum Dysmelie. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege. (SW-620-6677)</p> <p>Die selbständige Lebensführung spielt für sehr viele Menschen mit Conterganschädigung aufgrund ihrer Erfahrungen eine besondere Rolle. Zentrales Anliegen ist, durch eine (geschulte) Unterstützerkultur am Wohnort eine wirkliche Alternative zu (vorgehaltenen) Versorgungsstrukturen für Menschen mit Dysmelien zu entwickeln. So soll erreicht werden, dass Pflege und Assistenz, medizinische Versorgung und Therapien entsprechend den Bedürfnissen von und für Menschen mit Dysmelien eine innovative Neuausrichtung erhalten.</p> <p>Projektpartner: Hochschule für Gesundheit Bochum</p>	Interessenverband Contergan-geschädigter Nordrhein-Westfalen e. V.	08/2016 bis 09/2019	<p>https://www.contergan-nrw.eu/?page_id=3989</p> <p>https://www.projektdutz.de/</p>
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>STAP- Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen. Ein Musterrahmenkonzept (SW-620-6687)</p> <p>Menschen mit Pflegebedarf sollen nicht nur qualitativ hochwertig medizinisch und pflegerisch versorgt werden, sondern ein würdiges und selbstbestimmtes Leben führen können, das eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiterhin ermöglicht. Zur Umsetzung einer selbstbestimmten gesellschaftlichen Teilhabe fehlte es bislang an praxistauglichen Orientierungen für Einrichtungen der Altenhilfe. Diese wurden im vorliegenden Projekt in Form eines Musterrahmenkonzepts entwickelt und getestet. Leitende Fragestellungen waren: Wie können Wünsche und Bedarfe von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und besser berücksichtigt werden? Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser Bewohnerinnen und Bewohnern umgesetzt und überprüft werden?</p>	Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Projektpartner: Hochschule Düsseldorf, Dr. Harry Fuchs, Prof. Dr. Simone Leiber	08/2016 bis 12/2019	https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/forschung/forschungsaktivitaeten/forschungsprojekte/stap/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>EMSIDE - Emotionale Sicherheit bei Demenz (SW-620-6738)</p> <p>Menschen mit einer beginnenden Demenz ziehen sich häufig aus dem öffentlichen Lebensraum zurück, wenn sie spüren, dass sich bei ihnen irgendetwas verändert. Ziel des Modellvorhabens ist es, die Spirale aus emotionaler Unsicherheit und Rückzug zu unterbrechen. Personen im Lebensumfeld setzen sich aktiv mit den Personen mit einer (frühen) Demenz auseinander. Gemeinsam werden alltagsnahe Ansätze identifiziert, die eine Win-win-Situation darstellen. Die Ansätze sind auf ihre Praktikabilität und Akzeptanz überprüft. Der Prozess der Identifikation und der Umsetzung der Ansätze ist transparent dargestellt. Zur Feststellung von Entwicklungspotenzialen der emotionalen Sicherheit im Lebensumfeld wurde ein Entwurf für ein Screening-Tool entwickelt und überprüft. Für die Strukturverantwortlichen (z. B. Kommunen) und auch die Leistungserbringer ist deutlich, ob - und falls ja: wie - Strukturen und Leistungsprofile angepasst werden können.</p>	Caritasverband für den Kreis Mettmann e.V., Projektpartner: Fliedner Fachhochschule Düsseldorf	07/2017 bis 06/2020	https://caritas.erzbistum-koeln.de/mettmann-cv/leben_im_alter/fachstelle_demenz/projekt_emside/
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Gestaltung von Demenz-Dingen. Entwicklung eines innovativen Schulungskonzeptes für Alltagsbegleiter zur individuellen Gestaltung von „Lifehacks“ (SW-620-6828)</p> <p>Angehörige und Fachkräfte können bei Alltagsschwierigkeiten von Demenzerkrankten selbst aktiv werden, nach Lösungen suchen und „Lifehacks“ für den Lebensalltag gestalten. Mit dem Projekt soll</p>	Theresia-Albers-Stiftung August, Projektpartner: Folkwang Univer-	08/2018 bis 07/2021	https://www.demenzdinge.com/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	ein Konzept entwickelt werden, mit dem haupt- und ehrenamtlich tätige Personen im Kontext Pflege und Begleitung befähigt werden, ihre kreativen Potenziale zu fördern und die Methode der partizipativen Gestaltung sicher anzuwenden. So soll ein höchstmöglicher Grad der Gebrauchstauglichkeit der neu gestalteten „Lifehacks“ erreicht werden. In der ersten Projekthälfte sollen unter Anwendung „partizipativer Gestaltungs-methoden“ individuelle Produkte und Dienstleistungen entwickelt sowie Prozesse evaluiert werden. In der zweiten Projekthälfte wird auf Basis der Ergebnisse ein Schulungskonzept erstellt. Ein ergänzendes Modul zur Weiterbildung zur Betreuungskraft nach §§ 43b oder 45a SGB XI soll entwickelt werden.	sität der Künste, Marienheim, Bürgerschaft Überuhr e.V., Katholische PflegehilfegGmbH		
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Gelassen - nicht alleine lassen. Entwicklung eines Instruments zur Selbsteinschätzung der eigenen Gelassenheit, um Herausforderungen durch Begleitung und Pflege bewusst anzunehmen oder abzuwenden. (SW-620-6784) In dem auf drei Jahre angelegten Projekt soll ein Instrument entwickelt werden, mit dem Angehörige selbst den situativen Grad ihrer Gelassenheit messen können. Damit sollen Angehörige in ihrer Selbstreflexion unterstützt werden, um kritische Situationen selbstbestimmt vermeiden zu können und/oder selbst zu erkennen, dass ein Beratungsangebot möglicherweise sehr hilfreich sein könnte. Das Instrument zur Selbsteinschätzung soll an vier Standorten in NRW gemeinsam mit Angehörigen entwickelt und getestet und alltagstaugliche Strategien sollen entwickelt werden. Somit können gute Beispiele Hilfe und Orientierung geben. Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung können damit gleich in Handlungsoptionen und Entscheidungshilfen übersetzt werden. In einer zweiten Phase soll auf das Thema „freiheitseinschränkende Maßnahmen“ fokussiert werden. Viele bewährte Ansätze für beruflich Pflegenden werden beleuchtet und auf die Anwendbarkeit für Angehörige getestet. Entstehen soll ein leicht verständliches Manual, das Angehörigen Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen aufzeigen kann.	Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V., Projektpartner: Technische Hochschule Köln, Bergische Universität Wuppertal	09/2017 bis 08/2020	https://alzheimer-nrw.de/aktivitaeten-projekte/gelassen-nicht-alleine-lassen/ https://www.th-koeln.de/angewandte-sozialwissenschaften/gelassen--nicht-alleine-lassen_67129.php
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	eHealth Literacy im Alter. Prävention von Pflegebedürftigkeit durch Stärkung der eHealth Literacy (SW-620-6855) Ältere Menschen und Menschen mit chronischer Erkrankung weisen eine relativ schlecht ausgeprägte Gesundheitskompetenz auf, auch im Bereich eHealth Literacy. Es soll der Frage nachgegangen werden, wie zielgruppenspezifische Konzepte zur Stärkung der eHealth Literacy von älteren Menschen beschaffen sein müssen und welche Besonderheiten der anvisierten Zielgruppe sie zu beachten haben. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse soll eine Intervention zur Förderung der eHealth Literacy entwickelt und erprobt werden.	AWO Kreisverband Bielefeld e. V., Projektpartner: Universität Bielefeld	04/2019 bis 03/2021	https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/foerges4.html
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Erarbeitung eines Programms zur Unterstützung des Familienmanagements pflegender Kinder eines psychisch kranken Familienmitglieds am Beispiel von Familien mit Suchterkrankungen (SW-620-6853) Ziel des Projektes ist es, eine präventiv ausgerichtete pflegerische Intervention zu entwickeln und zu erproben, die darauf abzielt, die Kinder zu unterstützen, und die zu einer größtmöglichen Lebensquali-	Caritasverband Düsseldorf e. V., Projektpartner: Universität Bielefeld	04/2019 bis 03/2021	https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/foerges5.html

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>tät, Autonomie und sozialen Teilhabe beiträgt. Die Intervention soll die Kinder bei der Übernahme der Pflegeaufgaben entlasten bzw. über Möglichkeiten der Entlastung informieren, soziale Unterstützung ermöglichen und über den Verlauf sowie mögliche Konsequenzen der elterlichen Erkrankung informieren. Die Zielgruppe sind Kinder zwischen 8 und 14 Jahren, die mindestens zeitweilig pflegerische Aufgaben übernehmen. Auf Basis der Ergebnisse erfolgt die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung und Verstetigung des Interventionskonzepts.</p> <p>Hospizliche Begleitung und palliative Versorgung im Pflegeheim - Stand und Entwicklungsperspektive (SW-620-6935)</p> <p>Ziel des Projektes ist es, dass Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen verlässlich die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung erfahren, wie sie den Handlungsempfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen entsprechen. Bei der Begleitung der Bewohner am Lebensende soll das Personal möglichst passgenau unterstützt werden und möglichst gute Rahmenbedingungen erhalten. Als Teilziel sind hierzu die Hindernisse, aufgrund derer vorhandene Strukturen und Potenziale des Systems und der Einrichtungen nicht genutzt werden, obwohl sie formal angelegt sind, identifiziert und Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung erprobt und evaluiert.</p> <p>Projektpartner: Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (FfG), Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement - EsFoMed GmbH, Altenzentrum am Emscherpark e. V., Seniorenstift Martin Luther, Altenheim Kurt-Schuhmacher-Zentrum</p>	Contilia Pflege und Betreuung GmbH	06/2019 bis 05/2022	https://www.contilia.de/nachricht/hospizliche-begleitung-und-palliative-versorgung-im-pflegeheim.html
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>Umbau der Licht- und Lohnhalle zur Errichtung eines Zentrums für Potenzialentfaltung in der Pflege in Dinslaken (SW-620-6959)</p> <p>Auf dem ehemaligen Zechengelände Lohberg in Dinslaken soll ein sogenanntes Zentrum für Potenzialentfaltung, eine darin integrierte Pflegeschule sowie ein Inklusionsbetrieb entstehen. Durch eine gemeinsame und flexible Nutzung des Zentrums durch Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Studierende in Studiengängen der Pflege ist eine Grundauslastung des Zentrums sichergestellt. Hinzu kommen Möglichkeiten eines flexiblen Austauschs unter beruflich Pflegenden, pflegebedürftigen Personen und Angehörigen, (ehemaligen) Patienten, Personen aus den Berufsfeldern Medizin, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, Eingliederungshilfe, Sozialarbeit und Seelsorge. Das Vorhaben wird sich nicht primär als schulische Einrichtung verorten, sondern als ein offenes und kreatives Forum mit Leuchtturmcharakter. Dieses Forum soll eine Bühne für alle Akteure der Pflege sein, um einen ständigen Austausch auf den unterschiedlichen Ebenen zu ermöglichen.</p>	Caritasverband für die Dekanate Dinslaken und Wesel e. V.	06/2019 bis 12/2020	
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	<p>aNna-auch in der Nacht nicht alleine (SW-620-7026)</p> <p>Der Leitgedanke des Projektes ist, dass die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen unabhängig von der Tageszeit berücksichtigt werden und das Unterstützungssystem passende Lösungen dazu finden kann. In dem Projekt sollen identifizierte Ansätze zu konkreten Formaten entwickelt und diese pilotiert und in Hinblick auf Anwendbarkeit und Akzeptanz getestet werden. Denkbar wären beispielsweise unterschiedliche Bausteine für eine „24-stündige Versorgung“, die Personen passend zu ihrer häuslichen Si-</p>	Franziskusheim GmbH Geilenkirchen, MA&T &Partner GmbH, Prof. Dr. Klie, Prof. Dr. Mennemann	12/2019 bis 06/2023	

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	tuation sowie den jeweiligen Bedürfnissen (und Bedarfen) zu einem individuellen Unterstützungsformat zusammenstellen können.			
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	HYBRICO - Hybrides Pflegecoaching für informell Pflegende Gegenstand des Projektes war die Konzeptionierung eines neuen Qualifizierungsangebotes in der Altenpflege zum Coach für informell Pflegende und die parallele Entwicklung einer Applikation, die das Coaching der informell Pflegenden virtuell unterstützt. Ziele des Coachings waren die Verbesserung der Situation des zu Pflegenden und die Verbesserung der Situation des informell Pflegenden - nicht nur in Hinblick auf die Fachlichkeit bezüglich des pflegerischen Handelns, sondern vor allem in Hinblick auf Selbstorganisations- und Selbstmanagementkompetenzen sowie den Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit von Pflegenden unter der Doppel- oder Dreifachbelastung von Beruf, Familie und Pflege.	Forschungsinstitut für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention (FIAP) e. V.	03/2016 bis 02/2018	https://hybrico.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	Zielgruppen im Quartier Das Projekt hat dazu beitragen, Quartierskonzepte zielgruppenspezifisch zuzuschneiden, um adäquate Angebote u. a. für Seniorinnen mit Migrationshintergrund, für ältere muslimische Frauen und Männer, für ältere Frauen mit Traumaerfahrungen oder für sozial benachteiligte ältere Frauen zu schaffen. Im Rahmen des Projektes wurden in Quartieren in Hückelhoven und Recklinghausen zielgruppenspezifische Bedarfe erfasst und in baulicher Form sowie in Form von entwickelten Dienstleistungen umgesetzt. So konnten auf beispielhafte Weise ökonomische Impulse für die Bau- und Pflegewirtschaft mit zielgruppengerechten Innovationen für Pflege und Gesundheit älterer Menschen im Quartier aufgezeigt werden. Aus den umgesetzten Innovationsbeispielen wurden Instrumente für andere Quartiere abgeleitet.	MA&T Sell & Partner GmbH	03/2017 bis 08/2019	http://www.zielgruppen-im-quartier.de/das-projekt.html
NRW Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes NRW	Work & Care Das Projekt sensibilisiert und aktiviert kleine und mittlere Unternehmen in Ostwestfalen-Lippe (OWL), die Entwicklung und Umsetzung betriebsinterner Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger voranzutreiben. Dabei entstehen neue betriebliche Partnerschaften, die dabei helfen, sowohl die persönlichen (Armuts-)Risiken verminderter Erwerbstätigkeit als auch die betrieblichen Risiken des Verlusts qualifizierter Fachkräfte zu verringern oder zu vermeiden. Anknüpfungspunkte sind die Vernetzung der Unternehmen, digitale Technik und soziale Innovation für die KMU. Darüber hinaus werden pflegende Angehörige direkt durch die Hilfe zur Selbsthilfe, technische Assistenzsysteme und die Aktivierung des sozialen Umfeldes in der Lebenswelt (Nachbarschaft und Quartier) unterstützt.	ZIG - Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL	11/2019 bis 12/2022	https://www.owl-morgen.de/loesungen/highlights/details/zukunftsorientierte-regionalentwicklung-fuer-owl/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	PIQ - Pflege im Quartier - Information, Versorgung und Teilhabe optimieren durch den Ausbau realer Strukturen verknüpft mit dem Aufbau einer digitalen Pflegeplattform Aufbauend auf dem Ansatz, quartiersbezogene Versorgungsstrukturen zu optimieren und auszubauen, wurden in den Projekten reale und digitale Unterstützungsstrukturen zur Pflege in vier Quartieren in Gelsenkirchen aufgebaut und vernetzt. Das Konsortium hat digitale Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen in einer frühen Phase der Pflegebedürftigkeit entwickelt und in der Realität erprobt. Das	Fachhochschule Dortmund	05/2016 bis 04/2019	https://www.pflege-im-quartier.de/

Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	<p>Kernstück des Projektes bildet eine neuartige Internetplattform zum Thema Pflege in Gelsenkirchen. Sie stellt - neben wichtigen Informationen und Kontakten - digitale Module bereit, die den Pflegealltag erleichtern. Dazu gehören u. a. ein Medikationsplan, ein Pflegebericht und ein Selbstsorge-Tagebuch. Verbunden ist die Plattform mit einer Smartphone-App für Betroffene, die ihre Nutzer jederzeit lokalisieren und im Notfall Hilfe herbeirufen kann.</p> <p>Gemeinsam - Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschliches Gesundheitssystem - Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und demenzgefährdete Menschen - gendergerecht, biografieorientiert und kultursensibel</p> <p>Ziel des Projektes war die Entwicklung und modellhafte Erprobung einer systematischen professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Gemeinsam wurden die Behandlungspfade zur Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und demenzgefährdete Menschen entwickelt. Der Aufbau und die modellhafte Erprobung eines „Studienzentrums zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ zur Entwicklung von Forschungsfragen und landesweiten Informations-, Sensibilisierungs-, Beratungs- und Schulungsangeboten wurden umgesetzt. Die Darstellung guter Beispiele erfolgte mithilfe eines Schaufensters sowie durch eine landesweite Verbreitung von transferfähigen Leitfäden, Handreichungen und Instrumenten. Im Vorhaben wurde das Gesundheitsnetz „Gemeinsam Westmünsterland e. V.“ gegründet, als erstes KV-anerkanntes Ärztenetz mit einem professionsübergreifenden Beirat.</p>	gaus GmbH - medien bildung politikberatung	01/2016 bis 01/2019	http://www.gemeinsam-nrw.de/ https://vernetzteversorgung.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	<p>Gesundheitszentrum Spork</p> <p>Ziel des Projektes war es, mit Blick auf die Herausforderungen des demografischen Wandels die umfassende gesundheitliche Versorgung für das ländlich geprägte Quartier Bocholt-Spork im Kreis Borken nachhaltig zu stärken. Dies wurde durch ein interdisziplinäres Wertschöpfungsnetzwerk, bestehend aus professionellen Dienstleistungsanbietern der Gesundheitswirtschaft und zivilgesellschaftlichen Ressourcen vor Ort, realisiert. Die Zusammenarbeit regionaler Akteure schaffte wertvolle Synergien, die das Quartier Spork nachhaltig strukturell stärkten. Dienstleistungen wurden in dem dafür gegründeten Gesundheitszentrum (GZ) Spork zentral organisiert und angeboten. Auch die Entwicklung eines tragfähigen Geschäftsmodells und eines zentral-lokalen Netzwerkkordinators (Orchestrator) standen im Mittelpunkt der Projektarbeiten. Die Projektergebnisse wurden in Form von Handbüchern zur Verfügung gestellt.</p>	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.	03/2017 bis 03/2020	https://www.gz-ludgerushof.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	<p>HeLP_ Health- & Living-Plattform - Sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement mit integrierter, unterstützender Nachbarschaftshilfe im Quartier</p> <p>Ein selbstbestimmtes Leben im bekannten Wohnumfeld soll trotz temporärer oder chronischer Gesundheitsprobleme sichergestellt werden. Im Vorhaben wurde ein sektorübergreifendes Versorgungsmanagement mit integrierter, unterstützender Nachbarschaftshilfe für die poststationäre Behandlung und das Leben im Quartier aufgebaut. Mittels einer Serviceplattform (Health & Living) wurden die verschiedenen Akteure des Gesundheitssektors und die Bewohner des Quartiers miteinander vernetzt.</p>	Smart Living GmbH	04/2017 bis 03/2020	http://help-do.iml.fhg.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
	Diese Health & Living-Plattform diene als intelligente Schaltzentrale und zur Informationsübertragung zwischen den Akteuren. Dabei unterteilt sich die Serviceplattform zum einen in den „Case Care Organizer“ zur Koordination der poststationären Behandlung und zum anderen in die Bewohner-Plattform zur Unterstützung der Nachbarschaftshilfe.			
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	GerNe Digital! Geriatrisches Netz Digital - Dortmunds sektorenübergreifende Versorgung mit Transparenz und Patientensicherheit in der geriatrischen Pflege Das Vorhaben verfolgt das Ziel, die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten durch eine digitale sektoren- und akteursübergreifende Vernetzung zu optimieren. Dies geschieht mittels Zusammenführung der Krankenhausinformationssysteme der beteiligten Kliniken, der Elektronischen Fallakte (EFA) und der quartiersorientierten Pflegeplattform (PiQ) - entwickelt im Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Pflege im Quartier“. Relevante Daten aus dem häuslichen Umfeld sollen für die Behandlung geriatrischer Patienten den Kliniken/Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erfahren durch die Übertragung von Entlassdokumenten und gezielten Therapieempfehlungen für das Leben zu Hause zum Abschluss stationärer Versorgungen wichtige Informationen zur nachhaltigen medizinisch-pflegerischen Versorgung. Weitere Serviceleistungen werden während der Projektphase bedarfsgerecht erhoben und erprobt.	Hüttenhospital GmbH	03/2019 bis 02/2022	http://germedigital.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	Zukunft Geriatrie - vernetzt und digital Im Rahmen des Vorhabens werden sektoren- und einrichtungsübergreifend digital gestützte Instrumente zur Organisations- und Personalentwicklung konzeptioniert und erprobt, die unabhängig von der vorhandenen telematischen Infrastruktur der beteiligten Einrichtungen gemeinsam genutzt werden können. Ziel ist es, in sehr unterschiedlich arbeitenden und denkenden Einrichtungen tragfähige Strukturen für eine ganzheitliche Versorgung geriatrischer Patienten zu schaffen. Als Modellkulisse für eine experimentelle Entwicklung bietet sich der Geriatrieverbund des Kreises Unna an. Zur Zielerreichung soll ein breit angelegter digital gestützter Wissens- und Know-how-Transfer zwischen den Einrichtungen und den Mitarbeitenden auf den unterschiedlichen Hierarchiestufen und Professionen implementiert werden.	Stiftung Evangelisches Krankenhaus Unna	11/2019 bis 10/2022	https://www.zukunftgeriatrie.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	Smart Service Power Das Vorhaben adressierte die Herausforderungen des demografischen Wandels durch die Entwicklung einer intelligenten Digitalisierung des altersgerechten, technikgestützten Wohnens im Quartier. Dies erfolgte über einen modularen Aufbau von u. a. proaktiver sprachlicher Assistenz, automatisierter Sturzsensoren, Flüssigkeitsmessungspflaster, Personenwagen und intelligenter Tablettsender.	VIVAI Software AG	10/2016 bis 09/2019	https://www.smartservicepower.de/
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	solimed ePflegerbericht Ziel des Projektes war die Entwicklung einer elektronischen Vernetzung von Pflegefachkräften im ambulanten und stationären Bereich sowie von Krankenpflegern und Ärzten zur Erprobung eines elektronischen Pflegeberichts (ePB). Hürden und Probleme bei der Einführung des ePB wurden analysiert, Lö-	Solimed Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG	03/2017 bis 02/2020	http://www.solimed.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
les des Landes NRW	sungsansätze erarbeitet und die Erprobung nutzenorientiert evaluiert. Über einen automatisierten Informationsaustausch stehen den beteiligten Professionen zukünftig alle relevanten Daten und Informationen zur Pflege und Versorgung von Patienten zur Verfügung. Die Verbesserung und Optimierung des fach- und sektorübergreifenden Versorgungsmanagements durch die Nutzung des ePB wurde durch eine wissenschaftlich begleitete nutzerorientierte Evaluation sowie unter Entwicklung und Verwendung eines Datenanalysetools untersucht.			
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	AIDA - Arbeitsentwicklung in der Altenpflege durch Einführung eines telemedizinischen Notdienst-Konzeptes Ziel des Projekts ist es, ein Konzept in die Altenpflege zu integrieren, das der zunehmenden Digitalisierung gerecht wird und zeitgleich eine bedarfsgerechte Notfallversorgung der Patienten in Alten- und Pflegeheimen gewährleistet. Über eine telemedizinische Anwendung im Rahmen der Altenpflege soll eine räumlich unabhängige Verfügbarkeit ärztlicher Fachkompetenz adressiert werden. Dabei werden nicht nur die betreuenden Hausärzte telemedizinisch angebunden, sondern auch als 24/7-Überbrückung ein telemedizinischer Notdienst eingerichtet. Neben einer ökonomischen Betrachtung der geplanten Maßnahmen werden auch arbeitswissenschaftliche Aspekte gezielt in das Vorhaben integriert und evaluiert. Ärztliche und pflegerische Personalkapazitäten können durch das geplante Vorhaben effektiver genutzt und eine ganzheitliche Versorgung gewährleistet werden.	Uniklinikum RWTH Aachen	11/2019 bis 11/2022	https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/sektion-medizintechnik/forschungsprojekte.html
NRW Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	DIKOMP Das zentrale Ziel des Projektes besteht in der Entwicklung eines innovativen Weiterbildungskonzeptes für Fachkräfte aus Gesundheitsberufen, die zunehmend und weitreichend in die digitalisierte professions- und sektorenübergreifende Versorgung von geriatrischen Patienten eingebunden sind. Mittels dieses Weiterbildungsangebotes sollen die Fachkräfte befähigt werden, kompetent und motiviert mit digitalen Technologien und den damit einhergehenden neuen Versorgungsstrukturen und -prozessen umzugehen.	GG.WML - Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e. V.	12/2019 bis 07/2022	http://www.gg-wml.de/
SACHSEN Sächsisches Ministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt	Care4All - Folgeprojekt Ziel des Projektes ist es, je ein Robotersystem dauerhaft im Pflegeheim der Cultus gGmbH Dresden und in der Neurologischen Klinik der Universitätsklinik Dresden einzusetzen. Durch die Roboterlösungen werden Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege und Sicherheit technisch unterstützt, zum Beispiel durch die Überwachungsfunktion als mobiler Nachtwächter oder im Therapiebereich für Demenzkranke. Langfristiges Ziel ist, dass die Alltagskompetenzen mithilfe des Assistenzsystems erhalten bleiben und die Menschen so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben können. Bei dem Projekt „Care4All“ handelt es sich um ein Anschlussprojekt zum ebenfalls durch das Gesundheitsministerium mit EFRE-Mitteln geförderten Vorhabens „Care4All-Initial“.	Hochschule für Technik und Wirtschaft, TU Dresden, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Cultus gGmbH, Cognitec Systems GmbH	Beginn: 2018	https://www.htw-dresden.de/hochschule/fakultaeten/infomath/kuenstliche-intelligenz-kognitive-robotik/news-archive
SACHSEN Sächsisches Ministerium für	Einfach:ambulant Einfach:ambulant steht für eine verbesserte Pflegedokumentation sowie die vereinfachte technisch unterstützte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Perso-	Technische Universität Dresden, CareSocial GmbH,	2016 bis 2019	https://einfach-ambulant.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt	nengruppen. Über die Definition und Gestaltung von Schnittstellen sollen Inhalte aus einer Pflegesoftware in periphere Geräte und übergreifende Webportale übertragen werden. Mehrere Portallösungen, die im Projektzeitraum entwickelt werden, ermöglichen den Austausch von pflegerischen Inhalten zwischen allen am Pflegeprozess beteiligten Personen.	Pflegedienst Steuer		
SACHSEN Sächsisches Ministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt	AUXILIA Elektrotechniker der TU Chemnitz wollen ein im Labor entwickeltes Smart-Sensor-Netzwerk, das die Pflege von Menschen mit Demenz unterstützen soll, in praxistaugliche Assistenzsysteme überführen. Ziel des Projekts ist es, die bisher meist nur unter Laborbedingungen entwickelten technischen Ansätze zur Unterstützung demenzkranker Menschen in die Anwendung als robustes praxistaugliches Assistenzsystem zu überführen. Diese Unterstützung soll unter anderem durch folgende Funktionen gewährleistet werden: interaktiver Erinnerungs- und Mobilitätsassistent, Integration einer zuverlässigen Erkennung von Notsituationen und die direkte Alarmierung im Gefahrenfall, bedarfsgerechte Informationsbereitstellung für pflegende Angehörige und für professionell Pflegenden sowie automatische Datenerfassung für das Pflegeprotokoll.	Technische Universität Chemnitz	2016 bis 2019	https://www.tu-chemnitz.de/etit/dst/projekte/auxilia/#projekttidee
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt	Beratungsstelle zur kommunalen Quartiersentwicklung in Sachsen-Anhalt (BEQISA) Ziel des Modellprojektes ist es, in Sachsen-Anhalt kommunale und landesweite Strukturen zu fördern und zu stärken, die älteren Menschen mit und ohne Hilfebedarf ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter ermöglichen und dem Eintreten bzw. der Zunahme von Pflegebedürftigkeit präventiv entgegenwirken. Die Beratungsstelle soll Akteure aus den Versorgungsbereichen Gesundheit, Pflege und Soziales, wie Kommunen, Seniorenvertretungen, Mehrgenerationenhäuser, Vereine, Bürgerinitiativen, Wohnungswirtschaft sowie Anbieter von Pflege- und Gesundheitsleistungen, vernetzen und motivieren, entsprechende Quartiersarbeit in Gang setzen bzw. weiterentwickeln.	Gesellschaft für Prävention im Alter, PiA e. V., Magdeburg.	09/2019 bis 12/2022	https://www.beqisa.de/startseite
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung des Landes Sachsen-Anhalt	Finden, Binden und Qualifizieren (FiBi-Q) Ziel ist die Sicherung des notwendigen Fachkräftebedarfs zur Translation neurowissenschaftlicher Forschungserkenntnisse in die Wirtschaft auf den Ebenen „klassischer“ Gesundheitsberufe (z. B. Arzt-, Pflege- und Helferberufe) sowie technisch-technologischer Berufsfelder zum Erhalt der Selbständigkeit sowie der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer Personen durch Prävention, Intervention und Rehabilitation auf privater und beruflicher Ebene. Das Vorhaben ist in sechs Arbeitspakete unterteilt, in denen unter anderem Studien zur Arbeitgeberattraktivität und die Ableitung von Personalmarketingkonzepten erfolgen.	METOP GmbH An-Institut der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	6/2016 bis 07/2019	https://www.metop.de/site/index.php?id=fibiq http://autonomie-im-alter.ovgu.de/
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung	Pflegerisch Tätigen arbeitswissenschaftlich helfen (PTAH) Das Projekt PTAH verfolgt das übergeordnete Ziel, die Fachkräftesicherung der Pflege- und Gesundheitswirtschaft voranzutreiben. Durch hohe physische und psychische Belastungen, die aus dem pflegerischen Alltag hervorgehen, steigt der Bedarf nach Optimierungskonzepten zur Verringerung ebendieser. Vor diesem Hintergrund möchte das Projekt aus der Industrie bekannte technische Entlastungswerkzeuge auf die Pflege adaptieren und evaluieren. Im Ergebnis wird die Arbeitssituation unter	METOP GmbH An-Institut der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	07/2019 bis 10/2022	https://www.metop.de/site/index.php?id=ptah http://autonomie-im-alter.ovgu.de/

Förderer	Projekttitel und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
des Landes Sachsen-Anhalt	dem Aspekt der physischen und psychischen Belastungen bewertet. Unter Nutzung neuer digitaler Assistenzsysteme werden je Praxispartner entsprechende Anwendungsszenarien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation erarbeitet und pilotiert.			
SACHSEN-ANHALT Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)	Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) Mit dem Ziel, eine „Translationsregion für digitale Gesundheitsversorgung -TDG“ (Schwerpunkt Pflege) zu positionieren, soll im Süden Sachsen-Anhalts, im Norden von Thüringen und im Westen von Sachsen eine Modellregion entstehen, in der neue Technologien gemeinsam von Akteuren der Gesundheitsversorgung und -forschung, Kreativwirtschaft und IT von der Idee bis zur Marktreife gebracht werden können. Übergeordnete Ziele sind dabei, die Innovationsfähigkeit und die Wirtschaftskraft der Region zu stärken, selbständiges Leben bis ins hohe Alter im eigenen Wohnumfeld zu ermöglichen sowie eine auf Digitalisierung basierende Unterstützung des Pflegeprozesses zu etablieren.	WIR!-Programm; Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	04/2019 bis 12/2025	https://inno-tdg.de/
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung des Landes Sachsen-Anhalt	Forschungsbasierte Entwicklung von multimodalen Bildungsangeboten zur Sicherung der Gesundheitsversorgung von alten Menschen mit Demenz, Tumorerkrankungen oder Herzinsuffizienz in Sachsen-Anhalt (FORMAT) Die FORMAT-Projekt-Initiative zielt darauf, die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz, Tumorerkrankungen oder Herzinsuffizienz durch den wissenschaftsbasierten Aufbau eines Qualifizierungs- und Versorgungsnetzwerkes basierend auf digitaler Informations- und Kommunikationstechnik für formelle Versorgende (wie Ärzte, Pfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc.) und informelle Versorgende (wie Angehörige) in Sachsen-Anhalt zukunftsfähig zu entwickeln. Die verbesserte Versorgung soll gemäß dem OECD-Konzept zu einem „Ageing in place“ führen, bei dem ältere Mitbürger so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben können (OECD 1994). Durch Bildungsforschung wird somit die evidenzbasierte Erarbeitung von Fortbildungsangeboten und Versorgungswerkzeugen ermöglicht.	Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	07/2016 bis 12/2019	https://format.medicin.uni-halle.de/ http://autonomie-im-alter.ovgu.de/
SACHSEN-ANHALT Kompetenzzentrum Soziale Innovation (KomZ, wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Landes gefördert)	Pflege im Quartier - Handlungsleitfaden Zielstellung des Projektes „Pflege im Quartier - Handlungsleitfaden“ ist, eine generationsübergreifende und alter(n)sgerechte Quartiersentwicklung am Beispiel der Kommune Zörbig im Süden des Landes Sachsen-Anhalt anzustoßen. Im Rahmen des Projektes erfolgte eine sozialräumliche Analyse zur Identifikation der Quartiere und zur Beschreibung der örtlichen Strukturen. Neben älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen sowie ihren Angehörigen mit oder ohne Pflegeverantwortung wurden auch lebens- und pflegebezogene Dienstleister einbezogen. Im Ergebnis stehen entwickelte Handlungsfelder und Maßnahmen, die in einem Handlungsleitfaden für den Aufbau, die Stärkung und die Verstärkung alter(n)sgerechter Strukturen in der Stadt Zörbig zusammengeführt wurden. Ein verallgemeinerter Handlungsleitfaden zeigt notwendige Prozessschritte und Umsetzungstipps auch im landesweiten Einsatz auf. Damit können Kommunen, die sich aktiv mit dem Thema Pflege im Quartier beschäftigen (wollen), in dem Prozess unterstützt werden.	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Stadt Zörbig	11/2018 bis 11/2019	https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/soziale-innovationen-im-land/pilotvorhaben/pflege-im-quartier-entwicklung-eines-handlungsleitfadens/


Förderer	Projekttitle und Beschreibung	Projektleitung	Laufzeit	Weiterführende Links
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt	<p>Akteursanalyse und Entwicklung eines Bewertungssystems sozio-technologischer Innovationen in der Pflege als Begleitforschung – Zusammenleben 4.0</p> <p>Das Projekt verknüpft Entwicklungsplanungen und Expertise regionaler KMUs (Wohnungsunternehmen, Pflegedienstleister, IT-Branche) mit einem ganzheitlichen sozioökonomischen Betrachtungsansatz unter Berücksichtigung des internationalen Stands der Forschung im Bereich „Assistive Technologien für ein selbstbestimmtes Leben im Alter“. Es wurde ein Bewertungsmodell für digital vernetzte, soziale, technische und organisatorische Innovationen im Pflege- und Gesundheitsbereich auf Quartiersebene unter sozioökonomischen Gesichtspunkten mit Schnittstellen zu den Krankenkassen entwickelt. Dabei haben Eingang gefunden die bisher vorliegenden Konzepte und Erfahrungen für ein altersgerechtes Quartier „Zusammenleben 4.0“ mit organisatorischen, architektonischen, infrastrukturellen und technischen Unterstützungsangeboten, inkl. Assistenzsystemen, Telematik-Anwendungen, Monitoring- und Kommunikationssystemen.</p>	Fraunhofer Institut für Mikrostruktur von Werkstoffen und Systemen (IMWS)	10/2018 bis 12/2018	<p>https://www.imws.fraunhofer.de/</p> <p>https://mw.sachsen-anhalt.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsfoerderung/#c259724</p>
SACHSEN-ANHALT Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung des Landes Sachsen-Anhalt	<p>Demography-oriented Care Nursing - Qualifikation für erweiterte Kompetenzen von Pflegenden zur vernetzten quartierbezogenen Versorgung von Menschen mit Demenz</p> <p>Im Rahmen des Verbundes „Autonomie im Alter“ wird im Projekt „Demography-oriented Care Nursing“ der Projektstrang Dementia Care Nurse (DCN) - Qualifikation für erweiterte Kompetenzen von Pflegenden zur vernetzten quartiersbezogenen Versorgung von Menschen mit Demenz aufgegriffen. Das europaweite Projekt „ACTIFCare“ hat die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen untersucht und Best-Practice-Empfehlungen generiert, die im Projekt aufgegriffen und umgesetzt werden sollen. Als Zielstellung werden die Entwicklung und die Einführung einer neuen und innovativen Qualifikation für Pflegenden im Sinne eines Demography-oriented Care Nursing für die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie für die Überprüfung der Machbarkeit einer aufsuchenden Hilfe für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen entsprechend eines Case-Management-Ansatzes verfolgt.</p>	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	07/2016 bis 07/2019	<p>https://dcn.medi-zin.uni-halle.de/</p> <p>https://www.medi-zin.uni-halle.de/index.php?id=7480</p> <p>http://autonomie-im-alter.ovgu.de/</p>




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

April 2021

Gestaltungskonzept

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout

ORCA Affairs GmbH, 10117 Berlin

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.