

Prof. Dr. Günter Thiele, Katholische Fachhochschule Freiburg, Univ.-Prof. Dr. Bernhard J. Güntert, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege

Das Statistische Bundesamt stellt seit geraumer Zeit umfassendes Datenmaterial über Strukturen und Entwicklungen im Gesundheitswesen in Deutschland zur Verfügung. Insbesondere die gesundheitsbezogenen Rechensysteme – die Gesundheitsausgabenrechnung, die Krankheitskostenrechnung sowie die Gesundheitspersonalrechnung – werden als Orientierungs- und Entscheidungshilfen geschätzt.

Die Gesundheitsausgabenrechnung liefert differenzierte Daten zu den Trägern der Ausgaben sowie zur Verwendung der Mittel nach Leistungen und den die Leistungen erbringenden Einrichtungen. Die Gesundheitsausgaben liegen in der jetzigen Form seit dem Berichtsjahr 1992 vor. Aus der Krankheitskostenrechnung sind seit 2002 in zweijährlichem Turnus differenzierte Angaben darüber verfügbar, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Durch Aufgliederung der Krankheitskosten nach Alter, Geschlecht und Einrichtungen können Kostenentwicklungen vor ihrem epidemiologischen Hintergrund, das heißt in Bezug auf die Häufigkeit und Dynamik von Krankheiten, sowie ihrem demographischen und sektoralen Hintergrund analysiert werden. Dabei wird auch der Einfluss der Kosten in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen auf die altersspezifischen Krankheitskosten untersucht. Die Gesundheitspersonalrechnung schließlich stellt detaillierte Informationen über Anzahl und Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtung und Art der Beschäftigung zusammen. Die Angaben liegen in einer Zeitreihe seit dem Jahr 1997 vor.

Alle drei gesundheitsbezogenen Rechensysteme wurden zu Beginn der 2000er-Jahre aus der Entwicklungsphase für den Gesundheitsbericht in Deutschland in eine routinemäßige

Berichterstattung überführt. Im Jahr 2006 wurden die drei Rechensysteme des Gesundheitswesens im Hinblick auf das für internationale Vergleiche maßgebliche System of Health Accounts der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) überarbeitet. Dabei wurden unter anderem neue Datenquellen erschlossen, zusätzliches Expertenwissen, zum Beispiel im Bereich der Pflege, eingebunden sowie die Zusammenarbeit mit den Daten liefernden Institutionen intensiviert. Daneben wurde das Quotierungssystem der Rechensysteme dynamisiert, das heißt feste Verteilungsschlüssel wurden durch Quoten abgelöst, die der jährlichen Entwicklung angepasst werden. Insbesondere auf die Definition und die Methodik der Berechnung der Gesundheitsausgaben hatte dies weitreichende Auswirkungen, die im folgenden Gastbeitrag – ebenso wenig wie die zwischenzeitlich veröffentlichten Zahlen der Gesundheitspersonal- und -ausgabenrechnung für das Berichtsjahr 2005 (siehe Pressemitteilungen des Statistischen Bundesamtes „4,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen“ vom 18. Januar 2007 sowie „Gesundheitsausgaben 2005 um 2,4% gestiegen“ vom 23. April 2007) – noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Autoren beschreiben im folgenden Beitrag zunächst die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege anhand von Sonderauswertungen der Gesundheitsausgaben- und der Gesundheitspersonalrechnung. Dazu analysieren sie die Ausgaben der Leistungsart „pflegerische Leistungen“ nach den Ausgabenträgern und den Einrichtungen, welche diese Leistungen in erster Linie bereitstellen. Die Untersuchung der Ausgaben wird in einem nächsten Schritt ergänzt um eine Analyse der Pflegeberufe auf Basis der Gesundheitspersonalrechnung.

Der folgende Teil zeigt eine interessante Anwendung der Daten aus den gesundheitsbezogenen Rechensystemen und weiteren Statistiken des Statistischen Bundesamtes (u.a. der Pflegestatistik und den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen). Um unterschiedliche Pflegekonzepte auf ihre Effizienz und Effektivität prüfen zu können, haben die Autoren ein „Pflege-Indikatoren-System“ entwickelt. Diese Pflegeindikatoren zur Messung von Leistungsbereitstellung, Leistungsanspruchnahme und Leistungsergebnis der einzelnen Pflegearten werden anschließend – soweit vorhanden – mit statistischen Daten unterlegt und Vorschläge formuliert, in welcher Weise die Basisstatistiken ergänzt werden müssten, um die Aussagekraft der Indikatoren zu verbessern.

Wie bei Gastbeiträgen üblich, zeichnen für die darin getroffenen Annahmen und Aussagen allein die Gastautoren verantwortlich. Aus Sicht des Statistischen Bundesamtes sind insbesondere bei den Indikatoren, die sich auf Vorleistungsquoten und Arbeitsproduktivitäten beziehen, erhebliche methodische Vorbehalte geltend zu machen. Hinsichtlich der Vorschläge zur Erweiterung der Erhebungsbereiche und der Merkmalskataloge amtlicher Statistiken ist generell anzumerken, dass die statistischen Ämter bzw. der Gesetzgeber jeweils auch die Kehrseite dieser Informationswünsche berücksichtigen müssen, nämlich die zusätzliche Belastung der befragten Einrichtungen.

Einleitung

Seit kurzer Zeit kann die volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesystems in Deutschland mit Hilfe von Daten des Statistischen Bundesamtes nachgewiesen werden. Das Pflegesystem umfasst die Einrichtungen, in denen zum überwiegenden Teil professionelle Pflege angeboten wird, wie Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die privaten Haushalte, sofern in ihnen häusliche Pflege geleistet wird.

Drei Meilensteine haben dazu beigetragen, die volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesystems erfassbar zu machen. Zunächst ist hier der Gesundheitsbericht für Deutschland zu erwähnen, der im Jahr 1998 erstmals und zuletzt 2006 veröffentlicht wurde. Der zweite Meilenstein war das Sondergutachten 1997 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.¹⁾ In diesem Gutachten wurde die Pflege als einer der Wachstumsmärkte im Gesundheitswesen identifiziert. Der dritte Meilenstein war die Einführung der Pflegestatistik für die Einrichtungen nach SGB XI, mit der es erstmals möglich wurde nachzuweisen, wie viele professionelle Pflegekräfte bundesweit in den Gesundheitseinrichtungen nach SGB XI beschäftigt sind. Ergebnisse dieser Statistik wurden erstmals im Jahr 2001 für das Jahr 1999 veröffentlicht.

Anhand der Leistungsarten der Gesundheitsausgabenrechnung ist es möglich, die volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesystems mit amtlichen Daten nachzuweisen. Das

Statistische Bundesamt hat die Gesundheitsausgabenrechnung bis 1992 zurückgerechnet, die Gesundheitspersonalrechnung bis 1997. Mithilfe dieser Rechnungen können Fragen wie: „Wer finanziert die Krankenhausbehandlung?“ oder „In welchen Einrichtungen werden welche Leistungen erbracht?“ beantwortet werden. Damit lässt sich zum Beispiel ermitteln, wie viele Pflegebedürftige in den stationären bzw. ambulanten Pflegeeinrichtungen gepflegt werden oder welche Pflegekräfte und wie viele in welchen Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind.

Im ersten Kapitel wird kurz auf methodische Aspekte der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung eingegangen; anschließend werden die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen analysiert sowie einige Konsequenzen für das Pflegesystem diskutiert.

Der zweite Teil des Aufsatzes befasst sich mit der Bildung von Pflegeindikatoren und der Entwicklung dieser Indikatoren von 1992 bzw. 1997 bis 2004. Aufbauend auf dem Prozess der Leistungserbringung in der Pflege – von der Leistungsbereitstellung über die Inanspruchnahme bis zum Leistungsergebnis – werden verschiedene Effektivitäts- und Effizienzkonzepte sowie das Konzept politischer Entscheidungen vorgestellt und anhand von Indikatoren quantifiziert. Abschließend werden einige Hypothesen formuliert, die unter anderem Ausgangspunkt für weitere wissenschaftliche Arbeiten zum Pflegesystem sein könnten.

1 Methodische Grundlagen der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung

Bei der Konzeption der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung war unter anderem festzulegen, welche Einrichtungen dem Gesundheitswesen zuzuordnen und welche Ausgabearten den Gesundheitsausgaben zuzurechnen sind. Ein bestimmter Kernbereich des Gesundheitswesens, beispielsweise die ambulante und stationäre Krankenversorgung durch niedergelassene Ärzte und durch Krankenhäuser, ist sicher unstrittig, Abgrenzungsprobleme gibt es dagegen an den Rändern des Untersuchungsgegenstands. In Bezug auf das Pflegesystem könnte man beispielsweise fragen, ob die „normalen“ Ausgaben für die Lebenshaltung von älteren Personen auch zu den Ausgaben für pflegerische Leistungen zu rechnen sind. In den genannten Rechnungen des Statistischen Bundesamtes wird auf den Kernbereich des Gesundheitswesens abgestellt. Einrichtungen an den „Rändern“ des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel Wellness-Studios u. Ä., werden vernachlässigt.

Bei der Gesundheitsausgabenrechnung stellt das Statistische Bundesamt auf den sogenannten letzten Verbrauch ab, der aus den Käufen sowie dem Eigenverbrauch besteht. Der Eigenverbrauch wird ermittelt als Differenz zwischen dem Produktionswert einer Einrichtung und den Verkäufen an andere Sektoren. „Damit misst der Eigenverbrauch den

1) Siehe Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit 2004 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen): „Sondergutachten 1997: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung“, Baden-Baden 1998.

Wert der (gesundheitsbezogenen) Güter, die den privaten Haushalten von den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie von staatlichen Einrichtungen unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden“.²⁾ Zu den Gesundheitsausgaben zählen Sachleistungen, Personal- und laufende Sachausgaben, Investitionsausgaben, laufende Zuschüsse und Investitionszuschüsse. Nicht zu den Gesundheitsausgaben zählen Entgeltfortzahlungen, wie vorzeitige Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Diese Einkommensleistungen betragen im Jahr 2004 59,1 Mrd. Euro.

Bei der Betrachtung der Finanzierungsströme im Gesundheitswesen lassen sich verschiedene Ebenen unterscheiden:

Auf der Ebene I wird die primäre Finanzierung des Gesundheitswesens dargestellt. Diese Finanzierung erfolgt über private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck, Unternehmen oder öffentliche Haushalte. Auf Ebene II wird die sekundäre Finanzierung, auf Ebene III die Leistungserstellung betrachtet. Bei der sekundären Finanzierung werden die Gesundheitsausgaben der unterschiedlichen Versicherungssysteme [gesetzliche Krankenversicherung (GKV), private Krankenversicherung (PKV) usw.] ausgewiesen, die diese an die Ebene III, die Leistungsersteller, die Einrichtungen im Pflegesystem weiterleiten. Ebene IV betrachtet die Leistungen, die den privaten Haushalten zugute kommen.

Die Gesundheitsausgabenrechnung differenziert auf der Ebene II acht Ausgabenträger (siehe Schaubild 1). Mit dem Begriff der Ausgabenträger werden öffentliche und private Institutionen umschrieben, die Leistungen im Gesundheitswesen finanzieren, das heißt die öffentlichen Haushalte, die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die private Krankenversicherung, der Arbeitgeber, private Haushalte, private Organisationen ohne Erwerbszweck und öffentliche Haushalte.

gesetzliche Unfallversicherung, die private Kranken- und Pflegeversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. Die Gesundheitsausgaben insgesamt beliefen sich im Jahr 2004 auf 234,0 Mrd. Euro.

Der größte Ausgabenträger der Gesundheitsausgaben war 2004 die gesetzliche Krankenversicherung mit 131,6 Mrd. Euro. Es folgten die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit 32,1 Mrd. Euro und die private Krankenversicherung mit 21,1 Mrd. Euro. Eine Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben im Jahr 2004 nach Leistungsarten ist Schaubild 2 zu entnehmen. Die Leistungsarten werden differenziert in ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Unterkunft/Verpflegung, Waren, Verwaltungsleistungen und sonstige Leistungen (Prävention/Gesundheitsschutz, Mutterschaftsleistungen, Transporte, Investitionen). Schaubild 2 zeigt, dass die Ausgaben für „ärztliche Leistungen“ mit 63,8 Mrd. Euro die wichtigste Leistungsart waren; es folgten die „Waren“ mit 61,1 Mrd. Euro und schließlich die „pflegerischen/therapeutischen Leistungen“ mit 56,9 Mrd. Euro. Letztere werden unterteilt in die „Allgemeine Pflege“ (einschließlich Grund- und Behandlungspflege, Häusliche Pflege) und die „Spezialpflege“ (einschließlich Intensivpflege, mobilisierende Pflege). Die Gliederung nach Leistungsarten orientiert sich überwiegend „am Prozess der medizinischen Leistungserstellung“.³⁾

Von den Gesundheitsausgaben insgesamt entfielen im Jahr 2004 auf die ambulanten Einrichtungen 112,8 Mrd. Euro

Schaubild 1

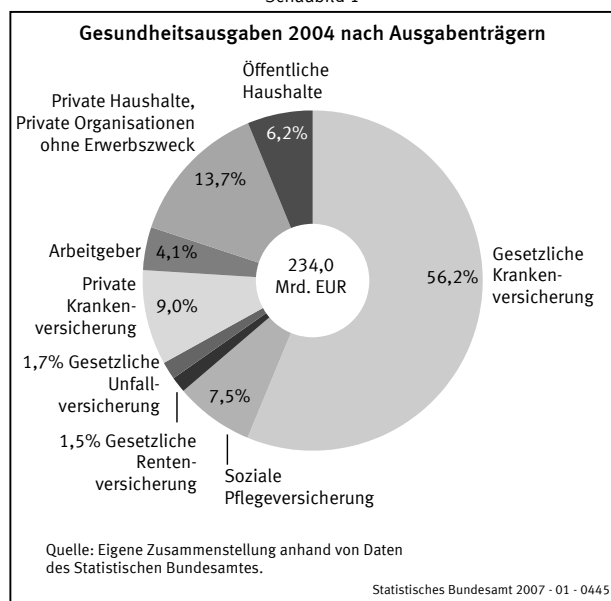
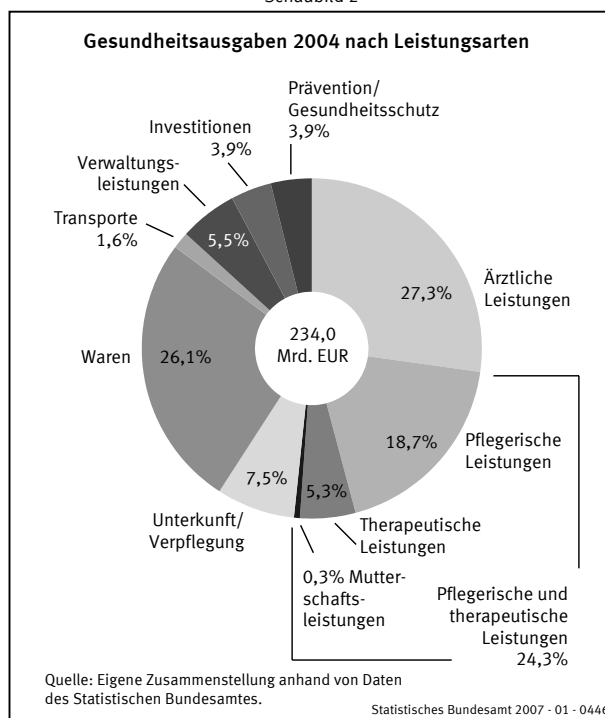


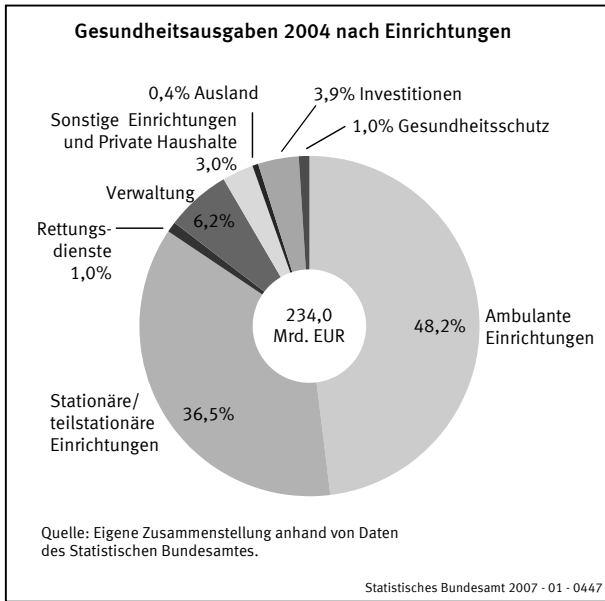
Schaubild 2



2) Siehe hierzu Sarrazin, H.T./Franke, T.: „Konzept einer Ausgaben- und Finanzierungsrechnung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Endbericht im Auftrag des Statistischen Bundesamtes, Bonn 1998.

3) Siehe Fußnote 2, hier: S. 48.

Schaubild 3

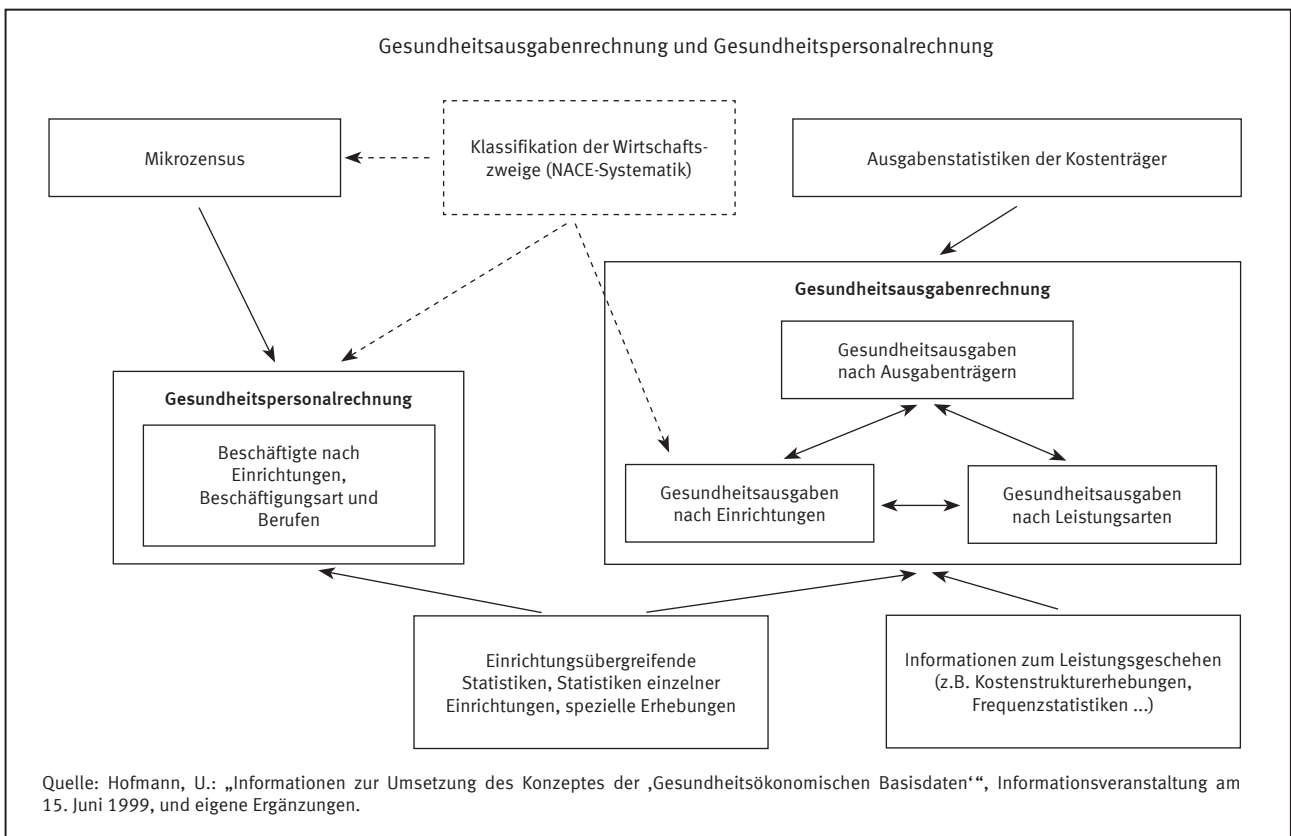


oder 48,2%. Zu den ambulanten Einrichtungen zählen zum Beispiel Arztpraxen und Apotheken. Es folgten die stationären und teilstationären Einrichtungen mit 85,4 Mrd. Euro oder 36,5% der Gesamtausgaben (siehe Schaubild 3).

Eine Ergänzung der Gesundheitsausgabenrechnung stellt die Gesundheitspersonalrechnung dar. Mit der Gesundheitspersonalrechnung sollten die in der amtlichen Statistik bis dahin bestehenden Lücken bei der Erfassung der Berufe, die zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen, geschlossen und detaillierte Kenntnisse über die Anzahl und Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtung und Art der Beschäftigung bereitgestellt werden.⁴⁾ Um eine Verbindung zwischen Gesundheitspersonalrechnung und Gesundheitsausgabenrechnung sicherzustellen, muss das Gesundheitswesen identisch abgegrenzt werden. Der Zusammenhang zwischen den beiden Rechnungen wird in Schaubild 4 verdeutlicht.

Für die Gesundheitspersonalrechnung werden vor allem Daten aus den Statistiken der Einrichtungen des Gesundheitswesens und aus dem Mikrozensus herangezogen. Zu den Beschäftigten rechnen im Einzelnen Selbstständige, mithelfende Familienangehörige, Beamte, Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter, Auszubildende, Zivildienstleistende sowie Praktikantinnen und Praktikanten.⁵⁾ Ehrenamtlich Tätige werden nicht zu den Beschäftigten gezählt. Geht jemand mehreren Tätigkeiten im Gesundheitswesen nach, so wird er auch mehrfach gezählt, das heißt bei den Angaben zu den Beschäftigten handelt es sich um Beschäftigungsfälle.

Schaubild 4



4) Siehe Weinmann, J./Zifonun, N.: „Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2002“ in WiSta 4/2004, S. 449 ff.

5) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Gesundheit. Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004. Methodenanhang zur Pressebroschüre“, Wiesbaden 2006, hier: S. 20.

Getrennt von der eigentlichen Gesundheitspersonalrechnung hat das Statistische Bundesamt das erweiterte Beschäftigungspotenzial im Gesundheitswesen ermittelt, wie zum Beispiel privat pflegende Personen, Personen in Ausbildung und Arbeitslose. 1998 waren 1,215 Mill. Hauptpflegerpersonen in Privathaushalten tätig; im Jahr 2000 gab es 405 200 Auszubildende im Gesundheitswesen und rund 150 000 Personen waren als arbeitslos gemeldet.⁶⁾

In Tabelle 1 wird der quantitative Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung verdeutlicht. Den Gesundheitsausgaben von 234,0 Mrd. Euro im Jahr 2004 standen 4,236 Mill. Beschäftigte im Gesundheitswesen gegenüber. Nach der Klassifikation der Berufe wird zwischen Gesundheitsdienstberufen, sozialen Berufen, Gesundheitshandwerkern, sonstigen Gesundheitsfachberufen sowie anderen Berufen im Gesundheitswesen unterschieden. Die Pflegeberufe sind je nach Art Teil der Gesundheitsdienstberufe oder der sozialen Berufe.

Die Gesundheitsausgaben- und die Gesundheitspersonalrechnung stimmen in den sechs Einrichtungen Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung sowie sonstige Einrichtungen überein, wenn man davon absieht, dass in der Gesundheitsausgabenrechnung in den sonsti-

gen Einrichtungen auch die privaten Haushalte enthalten sind, die im Rahmen des Pflegegeldes für Pflegeleistungen sorgen. Unterschiede gibt es – methodisch bedingt – bei den Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens (wie der pharmazeutischen Industrie, der medizinisch-technischen und augenoptischen Industrie, medizinischen Laboratorien u. Ä.). Diese Einrichtung wird nur in der Gesundheitspersonalrechnung nachgewiesen.

Die meisten Beschäftigten sind in den ambulanten Einrichtungen tätig (1,773 Mill. oder 42% aller Beschäftigten im Gesundheitswesen). Etwa 48,2% der Gesundheitsausgaben entfallen auf die ambulanten Einrichtungen.

2 Analyse der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen

Nach der Darstellung der Gesundheitsausgaben und des Gesundheitspersonals insgesamt soll nun eine Analyse der Ausgaben für pflegerische Leistungen und der Beschäftigten in den Pflegeberufen erfolgen. Es geht also um eine Querschnittsbetrachtung des Bereichs „Pflege“ innerhalb des Gesundheitssystems. Zu den Pflegeberufen im Pflegesystem werden die Helfer in der Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpfleger einschließlich Hebammen und

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Gesundheitspersonal- und Gesundheitsausgabenrechnung für 2004

Gegenstand der Nachweisung	Einrichtungen insgesamt	Darunter:							
		Gesundheits-schutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/teilstationäre Einrichtungen	Kranken-transport-/Rettungs-dienste	Verwaltung	sonstige Einrichtungen ¹⁾	Vorleistungs-industrien des Gesund-heitswesens	Ausland/Investitionen (zusammen-gefasst)
Gesundheitspersonal									
1 000 Beschäftigte									
Gesundheitsdienstberufe	427	6	246	150	0	6	13	7	X
Übrige Gesundheits-dienstberufe	1816	18	804	838	44	30	56	25	X
Soziale Berufe	315	5	96	205	0	9	0	0	X
Gesundheitshandwerker	140	0	101	1	0	1	2	35	X
Sonstige Gesundheits-fachberufe	84	5	45	3	0	3	8	20	X
Andere Berufe im Gesundheitswesen	1454	7	481	566	2	164	23	211	X
Berufe insgesamt ...	4236	41	1773	1763	46	213	102	298	X
Gesundheitsausgaben									
Mill. EUR									
Prävention/Gesundheits-schutz	9149	2138	4273	505	0	1506	717	X	10
Ärztliche Leistungen	63778	0	44278	19239	0	0	0	X	261
Pflegerische/therapeutische Leistungen	56879	0	14597	36655	0	0	5479	X	148
darunter:									
Therapeutische Leistungen .	12476	0	7355	5083	0	0	0	X	38
Pflegerische Leistungen ...	43755	0	6963	31206	0	0	5479	X	107
Unterkunft und Verpflegung ..	17440	0	106	17282	0	0	0	X	52
Waren	61080	0	49532	11191	0	3	58	X	296
Transporte	3699	0	0	515	2386		746	X	52
Verwaltungsleistungen	12915	0	0	0	0	12898	0	X	17
Investitionen	9042	0	0	0	0	0	0	X	9042
Leistungen insgesamt ...	233984	2138	112787	85389	2386	14407	6999	X	9878

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes („Gesundheit. Personal 2000“, Wiesbaden 2002, und „Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004“, Wiesbaden 2006).

1) Bei den Gesundheitsausgaben: sonstige Einrichtungen und private Haushalte.

6) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Gesundheit: Personal 2000“, Wiesbaden 2002, hier: S. 19 ff.

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben insgesamt und Ausgaben für pflegerische Leistungen 2004 nach Ausgabenträgern

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben insgesamt		Ausgaben für pflegerische Leistungen		Nachrichtlich: Ausgaben für ärztliche Leistungen	
	Mill. EUR	%	Mill. EUR	%	Mill. EUR	%
Öffentliche Haushalte	14 535	6,2	2 969	6,8	801	1,3
Gesetzliche Krankenversicherung ...	131 564	56,2	17 781	40,6	42 887	67,2
Soziale Pflegeversicherung	17 587	7,5	16 400	37,5	0	0
Gesetzliche Rentenversicherung	3 491	1,5	291	0,7	575	0,9
Gesetzliche Unfallversicherung	3 944	1,7	491	1,1	764	1,2
Private Krankenversicherung	21 112	9,0	1 652	3,8	8 989	14,1
Arbeitgeber	9 678	4,1	1 170	2,7	4 339	6,8
Private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck	32 073	13,7	3 001	6,9	5 423	8,5
Insgesamt ...	233 983	100	43 755	100	63 779	100

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Altenpfleger gezählt. Der Pflegeberuf wird überwiegend im Krankenhaus ausgeübt.

In Tabelle 2 sind die Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 2004 nach Ausgabenträgern dargestellt. Nach der Höhe der Ausgaben für pflegerischen Leistungen sind die wichtigsten Ausgabenträger die Gesetzliche Krankenversicherung (17,8 Mrd. Euro oder 40,6 % der Gesamtausgaben) und die Soziale Pflegeversicherung (16,4 Mrd. Euro oder 37,5 % der Gesamtausgaben). Beide zusammen decken gut drei Viertel der gesamten Ausgaben für pflegerische Leistungen ab. Im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind es insbesondere die Ausgaben der Pflegekassen für das Pflegegeld für die Pflegestufen I, II und III sowie Sachleistungen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege, die für die Höhe der Ausgaben ursächlich sind.

Gliedert man die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen nach Einrichtungen, so entfällt mit 41,9 % der größte Teil der Ausgaben für pflegerische Leistungen auf

Tabelle 3: Ausgaben 2004 nach Einrichtungen

Einrichtungen des Pflegesystems	Gesundheitsausgaben insgesamt		Ausgaben für pflegerische Leistungen	
	Mill. EUR	%	Mill. EUR	%
Gesundheitsschutz	2 138	1,0	0	0
Ambulante Einrichtungen darunter:	112 787	48,2	X	X
Ambulante Pflege	5 857	2,9	6 857	15,7
Sonstige Einrichtungen	1 604	0,7	106	0,2
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	85 389	36,5	X	X
Krankenhäuser	60 432	25,8	18 314	41,9
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen ..	7 270	3,1	741	1,7
Stationäre/teilstationäre Pflege	17 686	7,6	12 150	27,8
Rettungsdienste	2 386	1,0	X	X
Verwaltung	14 407	6,2	X	X
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte ..	6 999	3,0	5 479	12,5
Ausland	836	0,4	107	0,2
Investitionen	9 042	3,9	X	X
Insgesamt ...	233 983	100	43 755	100

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

die Krankenhäuser. Es folgen mit Abstand die Einrichtungen der stationären/teilstationären Pflege (27,8 %), die Einrichtungen der ambulanten Pflege (15,7 %) und schließlich die privaten Haushalte mit 12,5 % der Gesamtausgaben. Insgesamt entfallen auf die stationären/teilstationären Einrichtungen 31,2 Mrd. Euro oder 71,2 % der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen insgesamt (43,8 Mrd. Euro, siehe Tabelle 3).

Hinter der Ausgabenposition „Sonstige Einrichtungen und private Haushalte“ stehen die Ausgaben für die Pflege von Angehörigen (Pflegegeld) im privaten Haushalt, des Weiteren Taxifahrten für Krankentransporte und die Ausgaben für den betrieblichen Gesundheitsdienst. Insgesamt beliefen sich diese Ausgaben im Jahr 2004 auf 7,0 Mrd. Euro.

Im Rahmen des Haushaltssatellitensystems zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen⁷⁾ errechnete das Statistische Bundesamt für das Jahr 2001 für Pflege und Betreuung im Rahmen der Aktivitäten der privaten Haushalte für unbezahlte Arbeiten einen Produktionswert von 10 Mrd. Euro. Der Vergleich mit der vorgenannten Summe zeigt, dass in den privaten Haushalten weit mehr in Bezug auf die Pflege geleistet wird, als im Rechenwerk der Gesundheitsausgabenrechnung ausgewiesen.

Die Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung ermöglicht es, die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege mit amtlichen Daten kontinuierlich zu belegen. Für die Höhe der Ausgaben für pflegerische Leistungen ist insbesondere die große Anzahl der Beschäftigten in der Pflege bestimmend. Wie Tabelle 4 zeigt, sind die Gesundheitsausgaben insgesamt wie auch die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen von 1992 bis 2004 kontinuierlich angestiegen. Bei den Ausgaben für pflegerische Leistungen hat sich die Entwicklung seit dem Jahr 1999 aber verlangsamt. Dies ist insbesondere bei der Entwicklung der Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu sehen: Hier verharren die Ausgaben für pflegerische Leistungen bei etwa 17 bis 18 Mrd. Euro bzw. 15 bis 16 Mrd. Euro bis zum Jahr 2004. Zu erklären ist dies mit den Steuerungsbemühungen der Gesundheitsreformen.

7) Siehe Schäfer, D.: „Unbezahlte Arbeit und Bruttoinlandsprodukt 1992 und 2001“ in WiSta 9/2004, S. 960 ff.

Tabelle 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt und der Ausgaben für pflegerische Leistungen
Mill. EUR

Jahr	Gesundheitsausgaben insgesamt	Dar.: Ausgaben für pflegerische Leistungen
1992	157 584	25 106
1993	162 212	27 587
1994	174 257	30 250
1995	186 474	34 245
1996	194 841	37 164
1997	195 952	38 252
1998	201 113	39 313
1999	207 092	40 233
2000	212 335	41 048
2001	220 483	41 751
2002	227 875	42 943
2003	233 593	43 400
2004	233 983	43 755

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Im Hinblick auf die Erfassung der pflegerischen Leistungen in der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung sind einige Anmerkungen zu machen:

- Mit dem Begriff der „pflegerischen Leistungen“ werden nur die Ausgabenströme erfasst. Die eigentlichen Leistungen, die hinter diesen Ausgabenströmen stehen, werden nicht betrachtet. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wären aber Veränderungen des Leistungsspektrums der Pflege im Laufe der Jahre von Interesse.
- Die Ausgaben im Gesundheitswesen können nicht so eindeutig abgegrenzt werden, wie dies in anderen Wirtschaftszweigen der Fall ist. Gerade bei den Dienstleis-

tungen für Pflegebedürftige gibt es unterschiedliche Auffassungen, inwieweit diese als Gesundheitsleistung oder als soziale Leistungen, die außerhalb des Gesundheitswesens stehen, gewertet werden sollen.

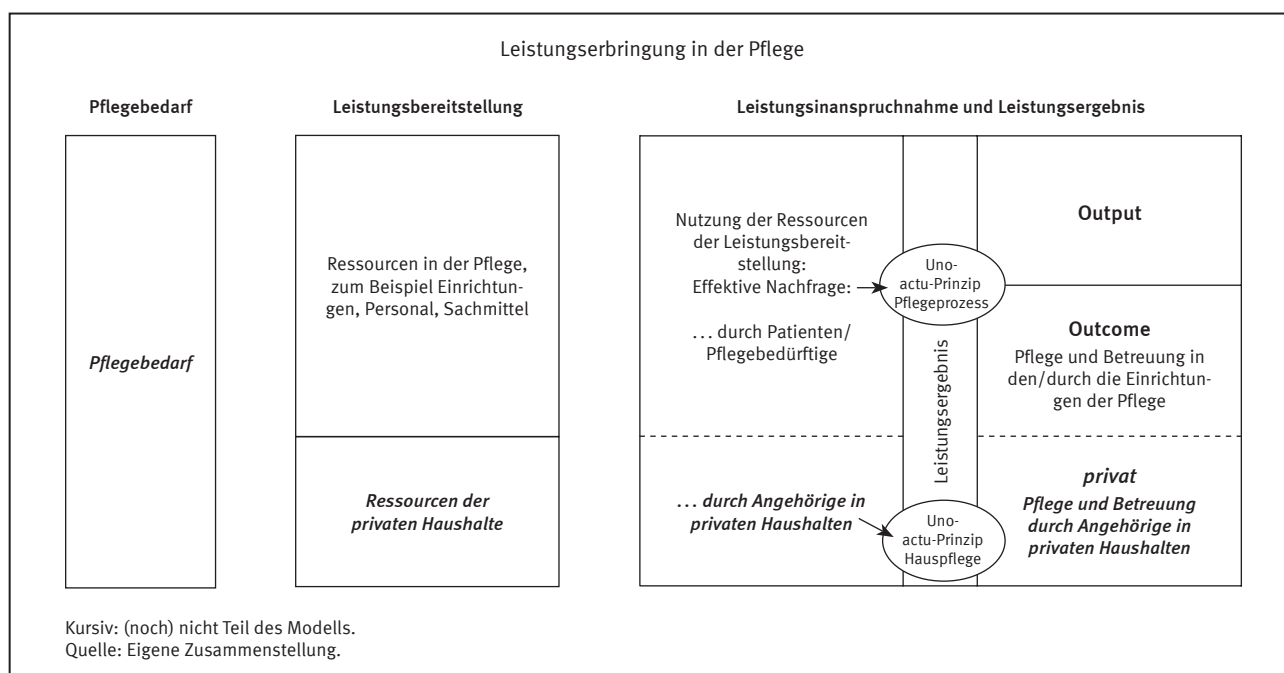
- Die Leistungsartenschlüssel, mit denen die pflegerischen Leistungen in einigen Einrichtungen abgeschätzt werden, basieren auf Sekundärstatistiken. Um auch künftig eine korrekte Auswertung der gesamten pflegerischen Leistungen zu erhalten, müssen die Schlüssel kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden.

3 Entwicklung eines Pflege-Indikatoren-Systems

In den bisherigen Kapiteln wurden die methodischen Grundlagen und Ergebnisse der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung beschrieben. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen gelegt. In den weiteren Ausführungen soll nun ein differenzierter Blick auf die Pflege geworfen werden. Zunächst wird der Prozess der Leistungserbringung in der Pflege dargestellt.⁸⁾ Dabei wird, ausgehend vom Pflegebedarf, zwischen den Phasen der Leistungsbereitstellung und der Leistungsanspruchnahme sowie dem Leistungsergebnis unterschieden (siehe Schaubild 5).

Der Pflegebedarf gibt an, wieviel Pflege für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen erforderlich ist, um sie entsprechend den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu versorgen. Der Pflegebedarf wird mit beeinflusst von der jeweiligen Pflegeauffassung und den praktizierten Pflegekonzepten.⁹⁾

Schaubild 5



8) Siehe Güntert, B. J.: „Managementorientiertes Informations- und Kennzahlensystem für Krankenhäuser, Analyse und Konzepte“, Berlin u. a. 1990, hier: S. 236 ff.

9) Siehe Güntert, B. J./Orendi, B./Weyermann, U.: „Die Arbeitssituation des Pflegepersonals – Strategien zur Verbesserung“, Bern, Stuttgart 1989, 2. Nachdruck 1991, hier: S. 78 ff.

Vom Pflegebedarf ist das tatsächliche Pflegeangebot, die Leistungsbereitstellung, zu unterscheiden. Die Leistungsbereitstellung dokumentiert, welche Ressourcen in welchem Umfang in welchen Einrichtungen bereitstehen. Auch in Privathaushalten werden beträchtliche Ressourcen für die Pflege von Angehörigen zur Verfügung gestellt. Im Rahmen des Haushaltssatellitensystems zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (siehe Kapitel 2, S. 786) wurde eine Schätzung der unentgeltlichen Leistungsbereitstellung für Pflege und Betreuung durch die privaten Haushalte vorgenommen.

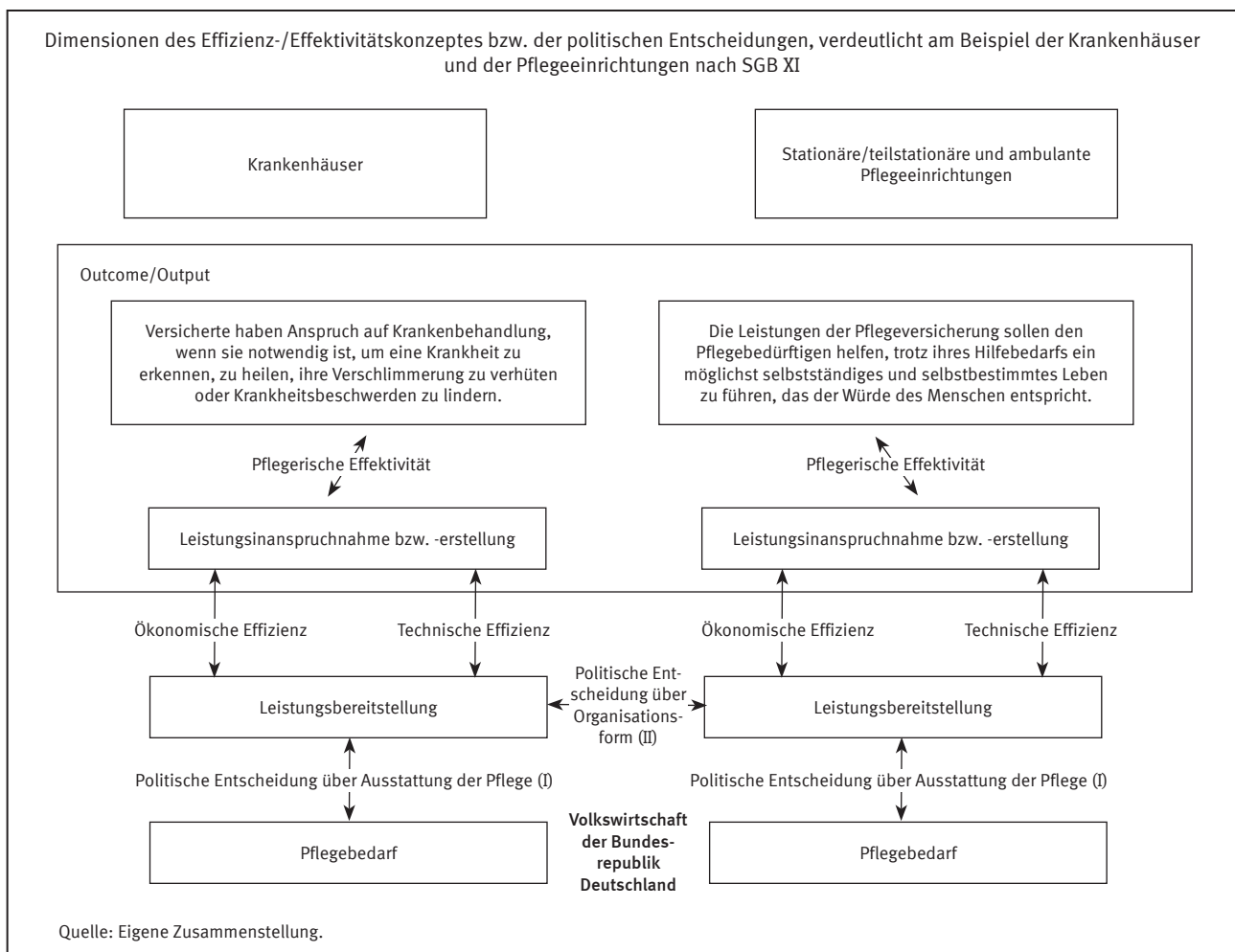
Im Rahmen der *Leistungsanspruchnahme* wird nachgewiesen, in welchem Umfang die tatsächlich angebotenen Leistungen nachgefragt, das heißt wie die bereitgestellten Ressourcen genutzt werden. Die Inanspruchnahme wird einerseits von den Health Professionals bestimmt, andererseits beeinflussen auch Angehörige die konkrete Nachfrage. Bedeutungsvoller jedoch sind die Kranken bzw. Pflegebedürftigen, die bei der Inanspruchnahme immer mitwirken [Uno-actu-Prinzip¹⁰].

Die Leistungserbringung hat auch in der Pflege entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erfolgen (siehe § 12 SGB V, § 29 SGB XI), das heißt dass mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das bestmögliche Ergebnis erzielt werden soll. Der Einsatz des Pflegepersonals muss so erfolgen, dass es nicht zu einer Verschwendung von Personalressourcen kommt, andererseits aber auch gesellschaftlich akzeptierte Pflegeziele, wie zum Beispiel die Erhaltung der Lebensqualität und der körperlichen und sozialen Ressourcen der Patienten oder ein bestimmtes Pflegeniveau, erreicht werden.¹¹⁾

Aus ökonomischer Sicht kann im Hinblick auf die Leistungserbringung in der Pflege zwischen folgenden Dimensionen des Effizienzbegriffs bzw. der demokratischen Entscheidung unterschieden werden:¹²⁾

- politische Entscheidung (gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Pflege)
- technische Effizienz

Schaubild 6



10) Siehe Herder-Dorneich, P./Kötz, W.: „Zur Dienstleistungsökonomik“, Berlin 1972, hier: S. 22.

11) Siehe King, C.R./Hinds, P.S. (Hrsg.): „Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektive“, Bern 2001.

12) Siehe Matul, C.: „Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe“, Wien 1995, hier: S. 55 ff.; Badelt, C./Österle, A.: „Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil. Sozialökonomische Grundlagen“, Wien 1998, hier: S. 72 ff.; Biesecker, A./Kesting, T.: „Mikroökonomik“, München, Wien 2003.

- ökonomische Effizienz
- pflegerische Effektivität

Mit der *politischen Entscheidung* wird implizit festgelegt, welche Finanzmittel in den Bereich der Pflege fließen sollen und wie hoch zum Beispiel der Anteil der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen am Bruttoinlandsprodukt einer Volkswirtschaft sein soll (bzw. ist) (gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Pflege). Dabei kann im Rahmen der politischen Entscheidung zum einen (I) diskutiert werden, ob dieser Anteil im Vergleich zu anderen Volkswirtschaften zu hoch oder zu gering ist. Zum anderen (II) können alternative Organisationsformen zur Erbringung der pflegerischen Leistungen aus wirtschaftlicher und politischer Sicht betrachtet werden. So kann zum Beispiel gefragt werden, ob pflegerische Leistungen statt im stationären Bereich nicht besser durch ambulante Pflege zu erbringen wären.

Bei der *technischen Effizienz* geht es um „... die physische Produktivität der Leistungserstellung“.¹³⁾ Dazu werden die für die Leistungsbereitstellung eingesetzten Ressourcen zur erbrachten Dienstleistung ins Verhältnis gesetzt. Die erbrachte Dienstleistung in Form beispielsweise der Anzahl der versorgten Patienten oder der Pfl egetage wird auch als Output-Maßstab herangezogen. Im Zusammenhang mit der Ermittlung der technischen Effizienz ist dieses Vorgehen

nicht hilfreich, da die Leistungsintensität der Behandlung nicht mit erfasst wird.

Die *ökonomische Effizienz* bringt in Ergänzung zur technischen Effizienz die monetäre Bewertung der eingesetzten Ressourcen zum Ausdruck. So wird unter anderem im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung ausgewiesen, wie hoch die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen zum Beispiel in den stationären Pflegeeinrichtungen waren.

Mit dem Begriff der *pflegerischen Effektivität* wird die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen angesprochen. Dabei wird betrachtet, inwieweit die formulierten Pflegeziele mit den festgelegten Maßnahmen auch tatsächlich erreicht wurden.

Schaubild 6 zeigt die Zuordnung des Effizienz-/Effektivitätskonzeptes bzw. der politischen Entscheidungen zu den verschiedenen Stufen der Leistungserbringung in der Pflege.

Ausgehend von Schaubild 6 werden im Folgenden Pflegeindikatoren entwickelt, um die Phasen des Pflegeprozesses inhaltlich zu beschreiben. Dabei kam es darauf an, dass für die Phasen der Leistungserbringung jeweils aussagekräftige Indikatoren gebildet werden konnten und für diese Indikatoren auch gesicherte empirische Daten verfügbar waren. Die gebildeten Indikatortypen und Indikatoren werden in Kapitel 4 näher beschrieben (siehe auch Schaubild 7).

Schaubild 7

Effizienz-/Effektivitätskonzepte bzw. politische Entscheidungen, Indikatortypen und Indikatoren			
Prozess der Leistungserbringung	Effizienz- bzw. Effektivitätskonzepte und politische Entscheidungen	Indikatortyp	Indikatoren
Leistungsbereitstellung	Politische Entscheidung I	Ausstattungsindikatoren der Pflege in der Volkswirtschaft	1 Pflegerische Leistungsquote 2 Wertschöpfungsquote der Pflege 3 Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen je Einwohner 4 Beschäftigungsquote in der Pflege
	Politische Entscheidung II	Ausstattungsindikatoren der einzelnen Pflegesektoren	5 Anteil der Vollkräfte in der Pflege nach Pflegeeinrichtungen 6 Anteil der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen nach Pflegeeinrichtungen 7 Vollkräfte-Kreuzelastizität 8 Ausgaben-Kreuzelastizität 9 Qualifikationsstruktur der Pflegekräfte
Leistungsanspruchnahme (Output)	Technische Effizienz	Nutzungsindikatoren	10 Fallzahl je Pflegevollkraft 11 Pfl egetage/Berechnungs-/Belegungstypen je Pflegevollkraft, verfügbare Plätze je Pflegevollkraft 12 Verweildauer 13 Nutzungsgrad der Betten/Plätze
	Ökonomische Effizienz	Monetäre Indikatoren	14 Produktivität je Pflegevollkraft 15 Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen je Pflegevollkraft 16 Anteil der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen an den Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen insgesamt; Anteil der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen an den Gesundheitsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt
Leistungsergebnis (Outcome)	Pflegerische Effektivität	Wirksamkeitsindikatoren	17 Zufriedenheit des Patienten 18 Komplikationen 19 Negative Vorkommnisse, Zwischenfälle 20 Einhalten des Entlassungsplans durch den Patienten

13) Siehe Matul, C., a. a. O., Fußnote 12, hier: S. 55.

4 Empirische Daten zum Indikatorensystem

Die Entwicklung der 20 Pflegeindikatoren wird soweit möglich für die Jahre 1992 bzw. 1997 bis 2004 skizziert. Die empirischen Daten sind der Krankenhaus- bzw. Pflegestatistik für die jeweiligen Jahre entnommen. Datengrundlage für die monetären Inputindikatoren bilden die Gesundheitsausgaben- sowie die Gesundheitspersonalrechnung. Für die Indikatoren 17 bis 20 existieren zurzeit noch keine verlässlichen aggregierten Daten.

4.1 Indikatoren der Leistungsbereitstellung

Politische Entscheidung I: Globale Bedeutung der Pflege

Die hier genannten Indikatoren dokumentieren die Ausstattung der Pflege in der Volkswirtschaft.

Zur Ermittlung der pflegerischen Leistungsquote werden die Ausgaben für pflegerische Leistungen (Leistungsart) ins Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt gesetzt. Mit dieser Quote lässt sich zeigen, welchen volkswirtschaftlichen Beitrag das Pflegesystem zum Bruttoinlandsprodukt leistet. Die pflegerische Ausgabenquote hat von 1,5 % (1992) auf gut 2,0 % (2004) zugenommen. Angestiegen ist die Quote insbesondere in den Jahren von 1993 bis 1996, der Grund hierfür dürfte in der Umsetzung der Pflegepersonal-Regelung in den Jahren 1993 bis 1995 liegen. Zum Vergleich wird die Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt herangezogen. Diese Quote zeigte in den Jahren 1993 bis 1996 eine entsprechende Steigerung und schwankt seit rund zehn Jahren zwischen 10,0 und 10,8 % des Bruttoinlandsprodukts (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Entwicklung des Anteils der Ausgaben für pflegerische Leistungen und der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt
Prozent

Jahr	Pflegerische Leistungsquote	Gesundheitsausgabenquote
1992	1,5	9,6
1993	1,6	9,6
1994	1,7	9,8
1995	1,9	10,1
1996	2,0	10,4
1997	2,0	10,2
1998	2,0	10,2
1999	2,0	10,3
2000	2,0	10,3
2001	2,0	10,4
2002	2,0	10,6
2003	2,0	10,8
2004	2,0	10,6

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Der Wertschöpfungsanteil der Pflege gibt den Wert der Ausgaben für pflegerische Leistungen im Verhältnis zur Wertschöpfung der gesamten Volkswirtschaft an. Zu ihrer Ermittlung wurden die Ausgaben für pflegerische Leistungen, bereinigt um die Vorleistungen, ins Verhältnis zur Bruttowertschöpfung gesetzt. Der Wertschöpfungsanteil des Pflegesystems stieg von 1,5 % im Jahr 1992 bis 1997 kontinuierlich auf fast 2 % an. Danach hielt er sich einige Jahre auf diesem Niveau, bis er schließlich 2004 wieder leicht absank. Der Wertschöpfungsanteil des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens stieg nach den Ergebnissen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen im betrachteten Zeitraum von 5,7 % (1992) auf 7,1 % (2004) an.

Der Anstieg des Wertschöpfungsanteils des Pflegesystems zwischen 1995 (1,8 %) und 1997 kann mit der Einführung der Pflegeversicherung erklärt werden. Von 1995 bis 1997 nahmen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für pflegerische Leistungen in ambulanten und stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen um 8,7 Mrd. Euro bzw. auf mehr als das Dreifache zu (+ 212 %).¹⁴⁾

Die ökonomische Bedeutung des Pflegesystems kann durch den Vergleich mit den Wertschöpfungsanteilen anderer Wirtschaftszweige dokumentiert werden. So betrug der Wertschöpfungsanteil der Chemischen Industrie im Jahr 2003 2,3 %, der der Automobilindustrie 3,3 %. Der Wertschöpfungsanteil der Energie- und Wasserversorgung entsprach mit 2,0 % im Jahr 2004 in etwa dem Wertschöpfungsanteil für pflegerische Leistungen.

Die Unterschiede zwischen dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Gesundheitsausgabenquote) und dem Wertschöpfungsanteil des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens lassen sich zum einen durch die Vorleistungen erklären, um die die Gesundheitsausgaben nach der Gesundheitsausgabenrechnung bereinigt werden müssten, um sie mit den Werten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen in Beziehung zu setzen. Weitere Ursachen liegen in der unterschiedlichen Abgrenzung des Gesundheitswesens in den volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen bzw. der Gesundheitsausgabenrechnung sowie in der unterschiedlichen Zuordnung von Ausgabenpositionen des Gesundheitswesens.¹⁵⁾ So werden zum Beispiel Arzneimittel in der Gesundheitsausgabenrechnung als eine Leistungsart erfasst und ausgewiesen, in den volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen werden sie jedoch nicht im Bereich „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“, sondern im Bereich „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“ bzw. die damit verbundene Wertschöpfung auch im Einzelhandel (Apotheken) nachgewiesen.¹⁶⁾

Die Beschäftigungsquote bringt zum Ausdruck, welcher Anteil der Beschäftigten in Deutschland dem Pflegepersonal zuzurechnen ist. Im Jahr 1997 waren es 2,7 % und 2004 3,0 %. Die Zahl der Beschäftigten im Pflegesystem stieg in-

14) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Gesundheit – Ausgaben 1992-2000“, 2002, hier: S. 25.

15) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen, Ausgabe 1993“, Stuttgart 1998, hier: S. 115 f. (Die aktuelle Version dieser Klassifikation ist die Ausgabe 2003 – Anmerkung der Redaktion).

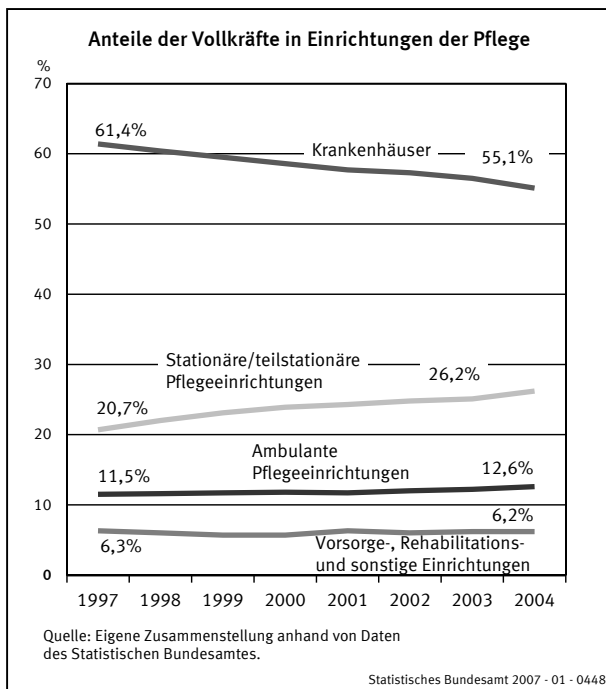
16) Siehe Fußnote 15, hier: S. 62.

nerhalb von acht Jahren von 916 000 (1997) auf 1,028 Mill. (2004) oder um 12,2%. Rechnet man die Beschäftigten in Vollkräfte um, ergibt sich im gleichen Zeitraum ein Anstieg um 60 000 Vollkräfte. Dies entspricht einem Zuwachs um 8,5%.

Politische Entscheidung II: Differenzierende Bedeutung der Pflege

Die Indikatoren zur Politischen Entscheidung II differenzieren die Einrichtungen, die professionelle pflegerische Leistungen erbringen. Unterschieden wird dabei zwischen Krankenhäusern, den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, den stationären/teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen nach SGB XI sowie den sonstigen Einrichtungen. In Schaubild 8 ist die Entwicklung des Anteils der Vollkräfte in den Einrichtungen der Pflege von 1997 bis 2004 dargestellt.

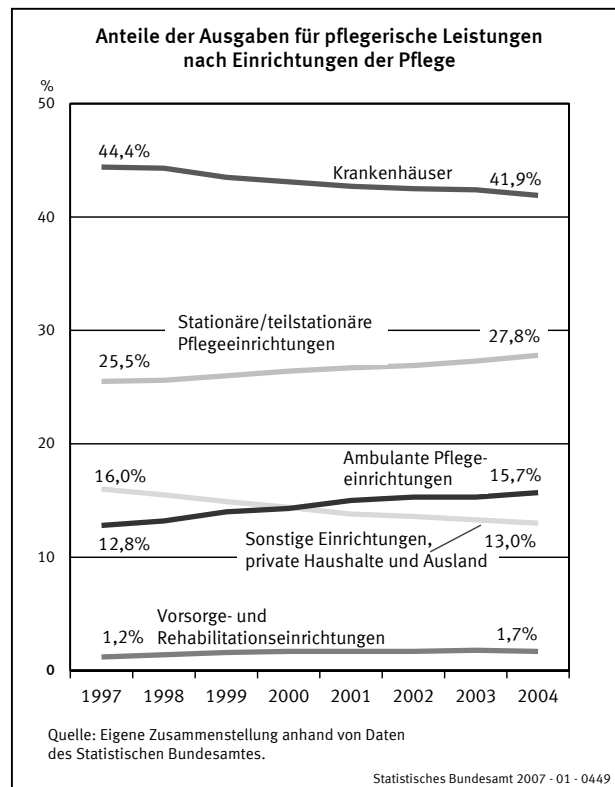
Schaubild 8



Wie sich der Anteil der Ausgaben für pflegerische Leistungen von 1997 bis 2004 in diesen Einrichtungen entwickelt hat, zeigt Schaubild 9. Von den pflegerischen Leistungen her betrachtet sind die Krankenhäuser die Einrichtungsart mit dem höchsten Ausgabenanteil für pflegerische Leistungen (2004: 41,9%). Es folgen die stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen mit 27,8% und – mit Abstand – die ambulanten Pflegeeinrichtungen mit 15,7%. Der Ausgabenanteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für pflegerische Leistungen schwankte zwischen 1,2 und 1,7%. Der Ausgabenanteil für die pflegerischen Leistungen, die die privaten Haushalte, die sonstigen Einrichtungen und das Ausland erbringen, sank von 16,0% im Jahr 1997 auf 13,0% im Jahr 2004.

Eine andere Betrachtungsweise ist die „Kreuzelastizität“ der Zahl der Vollkräfte sowie der Ausgabenanteile für pfle-

Schaubild 9



gerische Leistungen. Als Analogie dient hier das Konzept der Kreuzpreiselastizität, die verwendet wird, um das Verhältnis der relativen Mengenänderung eines Gutes zur verursachenden relativen Preisänderung eines anderen Gutes zu messen.

Das Konzept der Kreuz(preis)elastizität kann angewendet werden um zu untersuchen, welche Veränderungen der Gesundheitsausgaben bzw. der Zahl der Vollkräfte zwischen den Krankenhäusern und den Einrichtungen der Pflegeversicherung (stationäre bzw. teilstationäre sowie ambulante) stattfinden. Durch die demographische Entwicklung und veränderte Familienstrukturen, aber auch durch neue Pflegekonzepte wird es voraussichtlich zwischen diesen Sektoren zu immer mehr Veränderungen kommen, die mittels Elastizitäten gemessen werden könnten.

Zur Ermittlung der Vollkräfte-Kreuzelastizitäten und der Ausgaben-Kreuzelastizitäten wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde zum Beispiel für den Krankenhausbereich die Veränderungsrate der Zahl der Vollkräfte in der Pflege zwischen zwei Jahren ermittelt. Ebenso wurde bei der Zahl der Pflegevollkräfte in den Einrichtungen der Pflegeversicherung vorgegangen. Um die Vollkräfte-Kreuzelastizität zu errechnen, wurden die beiden Veränderungsraten ins Verhältnis gesetzt. So ergab sich zum Beispiel für die Jahre 1998/1999 für den Krankenhausbereich eine Veränderung der Zahl der Pflegevollkräfte um +0,5%. Bei den Einrichtungen der Pflegeversicherung ergab sich eine Veränderung um +5,8%. Zueinander ins Verhältnis gesetzt zeigt sich, dass die Veränderungsrate der Zahl der Vollkräfte in den Pflegeeinrichtungen 11,6-mal so hoch war wie die der Pflegevollkräfte

Tabelle 6: Entwicklung der Vollkräfte- und Ausgaben-Kreuzelastizität

Zeitraum	Vollkräfte-Kreuzelastizität	Ausgaben-Kreuzelastizität
1997/1998	+12,4	+1,6
1998/1999	+11,6	+14,0
1999/2000	+7,8	+3,2
2000/2001	-1,0	+5,1
2001/2002	-3,2	+1,7
2002/2003	+2,4	+3,2
2003/2004	-19,5	-15,0

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

im Krankenhausbereich. Ein Wert von +1 würde bedeuten, dass die Veränderungsrate in beiden betrachteten Sektoren gleich war. Tabelle 6 zeigt die Vollkräfte-Kreuzelastizitäten für die Jahre 1997/1998 bis 2003/2004.

Die Entwicklung der Werte der Vollkräfte-Kreuzelastizitäten zeigt, dass die Zahl der Pflegevollkräfte in den Krankenhäusern in den Jahren 2000/2001, 2001/2002 und 2003/2004 relativ gegenüber der in den Einrichtungen der Pflegeversicherung abgenommen hat (deshalb die Minuswerte), in den anderen Zeiträumen hat die Zahl der Pflegevollkräfte in beiden Bereichen zugenommen, wobei die Zunahmen der Zahl der Pflegevollkräfte in den Einrichtungen nach der Pflegeversicherung größer waren als im Krankenhausbereich (1997/1998 z. B. 12,4-mal so groß). Die Werte der Vollkräfte-Kreuzelastizitäten in den sieben betrachteten Zeitabschnitten weisen eine große Spannweite auf. Ihre Höhe wird beeinflusst von der im Nenner stehenden Wachstumsrate der Zahl der Vollkräfte in den Krankenhäusern. Je geringer diese ist, umso höher der Wert der Vollkräfte-Kreuzelastizität. Die Entwicklung spiegelt die stagnierende bzw. sogar rückläufige Zahl der Vollkräfte im Krankenhausbereich und die expandierende Zahl der Vollkräfte in den Einrichtungen nach der Pflegeversicherung wider, dies gilt insbesondere für die Jahre 1997/1998 bis 1999/2000.

Bei der Ermittlung der ebenfalls in Tabelle 6 dargestellten Ausgaben-Kreuzelastizität wird entsprechend vorgegangen. Erklärungen für die stark differierenden Werte der Ausgaben-Kreuzelastizitäten und der Vollkräfte-Kreuzelastizitäten liegen zum einen in der Budgetentwicklung in den stationären Pflegeeinrichtungen zum Ende der 1990er-Jahre und zum anderen in der Umstellung von Pflegeeinrichtungen auf die Erfordernisse des Pflegeversicherungsgesetzes. So galt für die stationären Pflegeeinrichtungen bis Mitte des Jahres 1997 das gedeckelte Budget. Ab Juli 1997 setzte für diesen Bereich die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen ein. Altenheime wurden in Pflegeheime umgewandelt, verbunden mit einer massiven Nachfrage nach Pflegefachkräften. Die stationären Pflegeeinrichtungen stellten vermehrt Pflegefachkräfte ein. Das erklärt das hohe Niveau der Vollkräfte-Kreuzelastizität von 12,4 in den Jahren 1997/1998 und 11,6 in den Jahren 1998/1999. Mit der veränderten Aufgabenstellung der Pflegeheime und dem Ausbau des Anteils der Pflegefachkräfte war zumeist eine Umstrukturierung der Ausgaben verbunden: Die Ausgaben-Kreuzelastizität stieg von 1,6 (1997/1998) auf 14,0 (1998/1999).

Trotzdem erzielten in dieser Zeit viele stationäre Pflegeeinrichtungen negative Betriebsergebnisse. In Baden-Württemberg beispielsweise wurde erst durch den neuen Rahmenvertrag ab dem Jahr 2001/2002 ein höherer Pflegesatz für die betrachteten Einrichtungen vereinbart. Dies erklärt mit den Anstieg der Ausgaben-Kreuzelastizität von 1,7 (2001/2002) auf 3,2 (2002/2003).

Bei einem Vergleich der Qualifikationsstruktur der Pflegekräfte in den Jahren 1997 und 2004 ist festzustellen, dass die Zahl der Vollkräfte bei den Helfern in der Krankenpflege innerhalb von acht Jahren um 1 000 abgenommen hat, im Beruf der Altenpfleger aber um 48 000 oder 31,8 % gestiegen ist. Die Zahl der Vollkräfte im Beruf der Krankenschwestern/Hebammen stieg von 475 000 Vollkräften (1997) auf 501 000 Vollkräfte (2003) an und sank dann 2004 auf 488 000 Vollkräfte. Zum Vergleich hat im betrachteten Zeitraum das Gesundheitspersonal insgesamt um 0,3 % oder um 1 000 Vollkräfte abgenommen, von 3,346 Mill. Vollkräften (1997) auf 3,335 Mill. Vollkräfte im Jahr 2004.

4.2 Indikatoren der Leistungsinanspruchnahme

Technische Effizienz

Im Rahmen der technischen Effizienz werden die Einrichtungen der Pflege betrachtet. Die Entwicklung der Indikatoren „Fallzahl je Pflegevollkraft“, „Pflegetage je Pflegevollkraft“, „Verweildauer“ und „Nutzungsgrad der Betten/Plätze“ ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Kennzahlen der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Jahr	Fallzahl je Pflegevollkraft	Pflegetage je Pflegevollkraft	Verweildauer in Tagen	Nutzungsgrad der Betten/Plätze
Krankenhäuser				
1997	35,1	397,8	10,5	80,4
1998	35,9	395,8	10,2	81,6
1999	36,5	389,2	9,9	81,4
2000	36,7	383,1	9,6	81,1
2001	37,4	377,7	9,3	80,1
2002	39,4	371,9	8,6	77,4
2003	38,3	349,7	8,3	75,8
2004	38,7	348,6	8,2	74,4
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen				
1997	49,2	1 342,8	27,3	62,3
1998	56,3	1 487,3	26,4	66,1
1999	61,8	1 608,8	26,0	72,1
2000	66,0	1 704,9	25,8	76,1
2001	59,9	1 528,9	25,5	77,5
2002	61,9	1 579,0	25,5	77,3
2003	54,3	1 405,8	25,9	75,0
2004	55,6	1 395,3	25,1	73,5

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Um die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals zu verdeutlichen, werden die Fallzahlen in den Krankenhäusern zur Zahl der Pflegevollkräfte in Relation gesetzt. Die Entwicklung für die Jahre 1997 bis 2004 zeigt, dass die Fallzahl je Pflegevollkraft kontinuierlich – von 35,1 Fällen auf 38,7 Fälle – angestiegen ist. Die Pflege-/Berechnungs-/Belegungstage im

Krankenhaus sanken von rund 398 Tagen je Pflegevollkraft im Jahr 1997 auf 348 Tage je Pflegevollkraft im Jahr 2004. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nahm innerhalb dieser sieben Jahre um knapp 22 % ab, von 10,5 Tagen auf 8,2 Tage. Der Nutzungsgrad der Betten sank um 7,5 %, von 80,4 auf 74,4 %. Diese Entwicklung bedeutete für das Pflegepersonal im Krankenhaus eine Arbeitsverdichtung: Innerhalb einer kürzeren Liegedauer der Patienten mussten mehr Patienten in weniger aufgestellten Betten gepflegt werden.

Für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist für die Jahre 1997 bis 2004 die folgende Entwicklung zu konstatieren: Die Fallzahl je Pflege-Vollkraft stieg von 49,2 bis zum Jahr 2000 auf 66,0, danach sank sie auf 55,6 Fälle je Pflegevollkraft im Jahr 2004. Die Pflege-/Berechnungs-/Belegungstage stiegen von rund 1 343 Tagen je Pflegevollkraft im Jahr 1997 auf 1 395 Tage im Jahr 2004. Die Verweildauer in den Einrichtungen sank im gleichen Zeitraum von 27,3 Tagen auf 25,1 Tage. Wohl infolge der wirtschaftlichen Krise in diesem Bereich zum Ende der 1990er-Jahre stieg der Nutzungsgrad der Betten von 62,3 auf 73,5 %.

Gegenüber den beiden bisher betrachteten Einrichtungen, bei denen die Indikatoren im Zeitraum 1997 bis 2004 zum Teil merkliche Veränderungen aufweisen, zeigt sich bei den stationären Pflegeeinrichtungen über die fünf Jahre von 1999 bis 2003 eine fast gleichmäßige Entwicklung (Erhebungszeitpunkte für die Pflegestatistik waren die Jahre 1999, 2001 und 2003). Der Nutzungsgrad der verfügbaren Pflegeplätze lag bei etwa 89 %. Die Fallzahl je Pflege-Vollkraft ist von 3,3 (1999) auf 2,9 (2003) gesunken, die Zahl der verfügbaren Plätze je Pflege-Vollkraft hat sich über den betrachteten Zeitraum von 3,4 (1999) auf 3,0 (2003) verringert (siehe Tabelle 8). Dies bedeutet auf den ersten Blick, dass die Arbeitsbelastung der Pflegebeschäftigten gesunken ist.

Tabelle 8: Kennzahlen der stationären Pflegeeinrichtungen

Jahr	Fallzahl je Pflegevollkraft	Verfügbare Plätze je Pflegevollkraft	Nutzungsgrad der Plätze
1999	3,3	3,4	89,2
2001	3,0	3,1	89,9
2003	2,9	3,0	89,5

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Ökonomische Effizienz

Der Messung der ökonomischen Effizienz dienen die Indikatoren „Produktivität je Pflegevollkraft“, „Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen je Pflegevollkraft“ und „Anteil der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen an den Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt“. Mit dem Begriff Arbeitsproduktivität wird der durchschnittliche Produktionsertrag von Arbeitskräften in einem bestimmten Zeitraum umschrieben. Die Arbeitsproduktivität

wird ermittelt, indem das Bruttoinlandsprodukt durch die Anzahl der Erwerbstätigen dividiert wird.¹⁷⁾ Die Arbeitsproduktivität wird je Erwerbstätigen bzw. je Erwerbstätigenstunde ausgewiesen. Die Messung der Arbeitsproduktivität im Bereich der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen bereitet Schwierigkeiten.¹⁸⁾ Die Schwierigkeiten bestehen in der Erfassung des Outputs und des Outcomes der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Unter Output versteht man die konkret erbrachten Einzelleistungen, unter Outcome die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Zur Quantifizierung des Outputs bedarf es einer einheitlichen Erfassung von Einzelleistungen und deren Gewichtung. In der Praxis finden sich jedoch sehr unterschiedliche Systeme. Die Erfassung des Outcomes gestaltet sich noch schwieriger. Die verwendeten Messinstrumente decken jeweils nur Teilaspekte ab. Einer Quantifizierung von Output und Outcome kann man sich mithilfe von Indikatoren annähern, wie dies mit den Indikatoren 10 bis 16 beschrieben wurde. Um trotz der Messprobleme eine Kennzahl für die Arbeitsproduktivität zu ermitteln, werden Output-Input-Relationen betrachtet. Dabei wurde wie folgt vorgegangen: Die pflegerischen Leistungen wurden um die Vorleistungen bereinigt; ohne den Abzug der Vorleistungen würden sie zu hoch ausgewiesen. Dabei wurde von folgenden Vorleistungsquoten je pflegerischer Einrichtung ausgegangen: ambulante Einrichtungen 10 %, Krankenhäuser 11 %, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen 10 % und stationäre/teilstationäre Einrichtungen 15 %. Die Höhe der Vorleistungsquoten orientiert sich an der Höhe der Sachkosten für die Pflege in der jeweiligen Einrichtung. Das so ermittelte Ergebnis wurde dann durch die Anzahl der Vollkräfte dividiert. Die Vollkräftezahlen im Pflegesystem geben die Anzahl der abhängig Beschäftigten wieder. Daraus ergab sich die Arbeitsproduktivität je Pflegevollkraft. Diese lag 1997 bei 48 900 Euro, 2004 bei 51 200 Euro.

In den Einrichtungen des Pflegesystems hat sich die Arbeitsproduktivität sehr unterschiedlich entwickelt. Kontinuierlich angestiegen ist sie in den ambulanten Pflegeeinrichtungen: von 54 400 Euro 1997 auf 64 300 Euro 2004. In den stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen ist die Arbeitsproduktivität dagegen von 56 800 Euro (1997) auf 51 600 Euro (2004) gesunken. Bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stieg die Arbeitsproduktivität von 11 600 Euro (1997) auf 16 300 Euro (2004). Die Arbeitsproduktivität je Pflegevollkraft im Krankenhausbereich stieg von 35 200 Euro im Jahr 1997 auf 38 000 Euro im Jahr 2004.

Im Zusammenhang mit der Produktivitätsentwicklung ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen je Pflegevollkraft zu sehen (Indikator 15). Bei diesem Indikator werden die Vorleistungen nicht herausgerechnet wie bei der Arbeitsproduktivität. Die Ausgaben für pflegerische Leistungen je Pflegevollkraft haben sich danach zwischen 1997 und 2004 von 54 335 Euro auf 57 270 Euro erhöht.

In Kapitel 2 wurde bereits gezeigt, dass für die pflegerischen Leistungen die Gesetzliche Krankenversicherung und die

17) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen 2002. Konten und Standardtabellen“, Wiesbaden 2003, hier: S. 66, und Brümmmerhoff, D.: „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen“, München, Wien 2002, hier: S. 197 ff.

18) Siehe hierzu Reding, K.: „Probleme der Produktivitätsmessung bei öffentlichen Leistungen“ in Häuser, K. (Hrsg.): „Produktivitätsentwicklung staatlicher Leistungen“, Berlin 1985, S. 123 ff.

Tabelle 9: Anteil der Ausgaben für pflegerische Leistungen an den Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt

Mill. EUR

Jahr	Gesetzliche Krankenversicherung		Soziale Pflegeversicherung	
	Ausgaben insgesamt	dar.: Ausgaben für pflegerische Leistungen	Ausgaben insgesamt	dar.: Ausgaben für pflegerische Leistungen
1995	112 474	16 668	5 292	4 487
1996	116 143	16 515	10 926	9 916
1997	115 178	16 557	15 121	14 005
1998	117 734	16 859	12 809	14 664
1999	121 166	16 912	16 342	15 125
2000	123 914	17 122	16 697	15 515
2001	128 399	17 234	16 866	15 717
2002	132 935	17 635	17 309	16 092
2003	135 583	17 766	17 438	16 252
2004	131 564	17 781	17 587	16 400

Quelle: Eigene Zusammenstellung anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Soziale Pflegeversicherung die wichtigsten Ausgabenträger sind. Tabelle 9 zeigt, welcher Teil der Gesamtausgaben dieser gesetzlichen Versicherungen auf pflegerische Leistungen entfällt.

Danach gab die Gesetzliche Krankenversicherung 1995 14,8% ihrer Ausgaben für pflegerische Leistungen aus; im Jahr 2004 waren dies nur noch 13,5%. Bei der Sozialen Pflegeversicherung hatten die Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 1995 einen Anteil von 84,8% an den Gesamtausgaben; im Jahr 2004 waren dies bereits 93,3%.

4.3 Indikatoren des Leistungsergebnisses

Pflegerische Effektivität

Die pflegerische Effektivität wird mit vier Indikatoren nachgewiesen. Diese Indikatoren stellen keine abschließende Aufzählung dar. Sie sind entnommen einer Veröffentlichung der American Nurses Association.¹⁹⁾ In dieser Veröffentlichung werden insgesamt 21 Indikatoren für die Messung der pflegerischen Effektivität vorgestellt, mit denen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen werden sollen.

In den hier vorgestellten Einrichtungen der Pflege könnten die vier vorgeschlagenen Indikatoren zur Ermittlung des Ergebnisses der pflegerischen Handlungen herangezogen werden. Dazu wären jedoch entsprechende Datenerhebungen in den Einrichtungen durchzuführen. Vereinzelt mag aber bereits jetzt in den Einrichtungen die Effektivität des pflegerischen Handelns anhand solcher Indikatoren ermittelt werden.

Auf Bundes- bzw. Landesebene in Deutschland fehlen bisher entsprechende Datenerhebungen. Aus der Gesundheitsausgabenrechnung gibt es zu den Indikatoren des Leistungsergebnisses keine standardisierten, aggregierten

Daten. Von daher muss eine Interpretation der Entwicklung der Indikatoren unterbleiben.

Ein Beispiel, wie die pflegerische Effektivität ermittelt werden kann, stellt das Resident Assessment Instrument dar. Nach diesem Instrument werden zum Beispiel in der Stadt Basel pflegerische Leistungen in der Langzeitpflege beurteilt und auch mit den jeweiligen Kostenträgern abgerechnet. Auch in Deutschland wird über dieses Instrument diskutiert.²⁰⁾ Entwickelt wurde dieses Instrument in den Vereinigten Staaten, mit dem Ziel, die Pflegequalität zu erhöhen.²¹⁾ Das Resident Assessment Instrument zielt in Bezug auf den Patienten/Klienten auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit und seiner Fähigkeiten ab. Mit ihm soll strukturiert der Pflegebedarf des Patienten ermittelt werden.

Zunächst wird mit einem Minimum Data Set eine möglichst exakte Zustandsbeschreibung des Patienten/Klienten angestrebt. Im Hinblick auf die besondere Situation von stationären Langzeitpatienten werden für 18 Problembereiche (dies sind Bereiche, die bei diesen Patienten/Klienten besonders gefährdet sind) zusätzliche Abklärungshilfen in Form von Protokollen angefertigt. Mit Hilfe der so gewonnenen Daten werden schließlich kostengewichtete Patientengruppen gebildet. In einzelnen Kantonen der Schweiz sind bis zu 44 Patientengruppen konstruiert worden. Sie dienen als Finanzierungsgrundlage für die entsprechenden Pflegeeinrichtungen.

Das Beispiel zeigt, dass bereits Instrumente bestehen und genutzt werden, um die Pflegequalität zu ermitteln und darauf aufbauend auch die Finanzierung zu gestalten.

5 Hypothesen und Schlussfolgerungen

Die Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung des Statistischen Bundesamtes hat es mit ermöglicht, die volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesystems mit amtlichen Daten kontinuierlich zu belegen. Die in diesem Beitrag vorgeschlagenen 20 Pflegeindikatoren sind als ein erster Schritt zu verstehen, um die Pflege aus der ökonomischen Perspektive differenzierter zu beschreiben. Bei der Darstellung musste dabei auf Bestandsdaten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben wurden, zurückgegriffen werden. Es fehlt die Darstellung mit Hilfe von Bewegungsdaten. Auch fehlen weitergehende ökonomische Untersuchungen, um die Bedeutung des Pflegesystems zu dokumentieren.

Eine umfassende ökonomische Analyse des Pflegesystems müsste im Rahmen einer Pflegeberichterstattung geschehen, in der die Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung einen zentralen Stellenwert haben sollte. Eine Pflegeberichterstattung kann jedoch nicht ohne Weiteres in die Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung integriert

19) American Nurses Association: "Nursing Report for Acute Care", Washington 1995.

20) Siehe Garms-Homolova, V./Gilgen, R. (Hrsg.): „RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument: Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation“, Bern 2000.

21) Siehe hierzu auch Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.): „Pflegequalität und Pflegeleistungen, I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegeleistungen“, Freiburg/Köln 2001.

werden, da die Zielsetzung dieser beiden Rechensysteme – nämlich die vollständige Erfassung der Ausgaben und der Beschäftigten im Gesundheitswesen – über die Betrachtung des Pflegebereiches hinausgeht.

Beim Aufbau einer Pflegeberichterstattung müsste diskutiert werden, ob die Leistungsartengliederung der Gesundheitsausgabenrechnung den Bedürfnissen des Pflegesystems gerecht wird oder ob eine spezielle Leistungsartengliederung (z. B. eine tiefere Untergliederung von pflegerischen Leistungen) zu entwickeln wäre. Des Weiteren müsste untersucht werden, inwieweit das Pflegesystem Ausgabenkomponenten enthält, die – methodisch bedingt – nicht Untersuchungsgegenstand der Gesundheitsausgabenrechnung sind. Im Rahmen einer Pflegeberichterstattung könnte auch eine erweiterte Liste von Pflegeberufen diskutiert werden, die eine spezielle Analyse des Pflegesystems ermöglicht. So wäre zu überlegen, ob aufgrund neuer Entwicklungen im Ausbildungsbereich die Pflegeberufe differenzierter nachgewiesen werden sollten. Weitere Merkmale könnten unter anderem der Studienabschluss (mit den Schwerpunkten Pflegewissenschaft, -management und -pädagogik) oder die Weiterbildung in den Bereichen Intensiv, Op, Anästhesie sein. Die Messung von Zahlungsströmen und eingesetzten Personalressourcen sind jedoch nur zwei Aspekte, die beim Aufbau einer Pflegeberichterstattung zu berücksichtigen wären. Weitere wissenschaftliche Arbeiten sind insbesondere im Bereich der Datengewinnung zur Qualität des Pflegesystems nötig. [u](#)

Auszug aus Wirtschaft und Statistik

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Herausgeber: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Schriftleitung: Walter Radermacher
Präsident des Statistischen Bundesamtes
Verantwortlich für den Inhalt:
Brigitte Reimann,
65180 Wiesbaden

- Telefon: +49 (0) 6 11/75 20 86
- E-Mail: wirtschaft-und-statistik@destatis.de

Vertriebspartner: SFG Servicecenter Fachverlage
Part of the Elsevier Group
Postfach 43 43
72774 Reutlingen
Telefon: +49 (0) 70 71/93 53 50
Telefax: +49 (0) 70 71/93 53 35
E-Mail: destatis@s-f-g.com

Erscheinungsfolge: monatlich



Allgemeine Informationen über das Statistische Bundesamt und sein Datenangebot erhalten Sie:

- im Internet: www.destatis.de

oder bei unserem Informationsservice
65180 Wiesbaden

- Telefon: +49 (0) 6 11/75 24 05
- Telefax: +49 (0) 6 11/75 33 30
- www.destatis.de/kontakt