

Pflege-Report 2015

„Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei /
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 109-120



8	Personalbedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige	109
	<i>Christoph Bräutigam, Michaela Evans und Josef Hilbert</i>	
8.1	Gegenwärtige Personalsituation verschiedener Angebotsformen	109
8.2	Prognosen zum Personalbedarf	112
8.3	Potenzielle Einflüsse auf die Entwicklung	116
8.4	Wege zur Personalbedarfsdeckung	117

8 Personalbedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige

Christoph Bräutigam, Michaela Evans und Josef Hilbert

Abstract

Dieser Beitrag bemüht sich in aller Kürze um eine Abschätzung des mittelfristigen Personalbedarfs der verschiedenen Wohn- und Versorgungsformen und bezieht dabei die vermuteten Entwicklungen in sämtlichen Einrichtungen mit pflegerischer Versorgung ein. Nach kurzer Darstellung der derzeitigen personellen Situation wird der mittelfristige Bedarf bis 2030 skizziert. Benötigt werden zusätzlich mindestens 350 000 Personen bzw. rund 250 000 Vollzeitäquivalente, darunter etwa 132 000 Pflegefachkräfte bzw. 101 000 Vollzeitäquivalente. Diese Zahlen sind als Untergrenze anzusehen. Verschiedene Faktoren könnten den Bedarf deutlich steigern. Im Fokus steht die Notwendigkeit, ausreichend Pflegefachpersonen zu gewinnen. Die Darstellung potenzieller Einflüsse auf den Bedarf und Hinweise auf erforderliche Anstrengungen zu seiner Deckung schließen sich an.

This article makes an estimate of the medium-term staffing needs of the various forms of living and nursing care in Germany, thereby including the assumed developments in all facilities of long-term care. After a short presentation of the current staffing situation, it outlines the medium-term demand until 2030. At least 350 000 or 250 000 full-time equivalents are required, including about 132 000 nurses or 101 000 full-time equivalents. These figures are to be regarded as a lower limit. Various factors could increase the demand significantly. The focus is on the need to attract a sufficient number of nurses, followed by a description of potential influences and suggestions of efforts required to cover it.

8.1 Gegenwärtige Personalsituation verschiedener Angebotsformen

Wenn der Personalbedarf in speziellen Wohn- und Versorgungsformen außerhalb der ursprünglichen Häuslichkeit diskutiert wird, sollte dies aus einer Perspektive geschehen, die sich nicht auf diese Formen beschränkt. In die Betrachtung des Bedarfs sollten sämtliche Einrichtungen einbezogen werden, in denen pflegerische Leistungen erbracht werden, da die verschiedenen Versorgungsformen künftig verschärft insbesondere um qualifiziertes Personal konkurrieren werden – untereinander und mit den Krankenhäusern.

Vollstationäre Pflege

Diese Wohnform macht nach wie vor den Großteil der Versorgung aus. Von den bundesweit 12 354 Pflegeheimen bieten 10 706 Einrichtungen Plätze in der Dauerpflege. Insgesamt leben heute 743 000 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, was rund 30 % aller Pflegebedürftigen ausmacht, darunter knapp 20 000 Personen in Kurzzeitpflege. Charakteristisch ist ein kontinuierliches Wachstum: So stieg die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege zwischen 2001 und 2011 um 28,5 % und die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 24,2 %. Entsprechend ist auch die Beschäftigtenzahl deutlich gestiegen, und zwar um 39,1 % auf 661 179, was umgerechnet 480 000 Vollzeitstellen entspricht. Allerdings ist diese Entwicklung mit einem deutlich rückläufigen Anteil der Vollzeitbeschäftigten verbunden (siehe Tabelle 8–1; alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2013, S. 16–24). Typisch für stationäre Einrichtungen ist die sich wandelnde Binnenstruktur, insbesondere wird der weit überwiegende Teil der Zimmer in Einzelzimmer umgewandelt und teilweise werden aus Wohnbereichen Wohngruppen und Hausgemeinschaften gemacht (Klein et al. 2008, S. 30), die in vielem den ambulant betreuten Wohngruppen gleichen.

Ambulante Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung stellt keine Wohnform dar, erbringt aber Leistungen innerhalb von Wohnformen (siehe Servicewohnen, ambulant betreute Wohngruppen) und bildet zunehmend Spezialangebote für bestimmte Zielgruppen aus (Heimbeatmung, Kinder usw.). Der Anteil der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen beträgt heute rund 23 %. Auch hier konnte zwischen 2001 und 2011 ein deutliches Wachstum verzeichnet werden. Die Zahl der Dienste stieg um knapp 17 % auf 12 349, die der Pflegebedürftigen um 32,4 % auf 576 000 und die der Beschäftigten um über 53 % auf 291 000, davon allerdings lediglich 80 000 Vollzeitbeschäftigte. Insgesamt sind den ambulanten Diensten 193 000 Vollzeitstellen zuzurechnen (Tabelle 8–1; Statistisches Bundesamt 2013, S. 10–15).

Tabelle 8–1

Personalzahlen verschiedener Versorgungsformen 2011/2012¹

	Personal		Davon Pflege		Davon Pflegefachkräfte	
Vollstationäre Pflege	661 000	(480 000)	435 000	(328 000)	208 000	(169 000)
Tagespflege	ca. 15 000	(ca. 10 000)	ca. 11 000	(ca. 7 000)	ca. 5 000	(ca. 3 000)
Ambulante Pflege	291 000	(193 000)	221 000	(154 000)	148 000	(105 000)
Davon ambulante betreute WGs	ca. 20 000	(ca. 14 400)	ca. 15 000	(ca. 11 000)	ca. 5 000	(ca. 3 600)
Hospize/Hospizdienste	ca. 9 000	(ca. 7 000)	ca. 7 000	(ca. 5 000)	ca. 5 000	(ca. 4 000)

¹ Vollzeitstellen in Klammern

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013; eigene Schätzungen

Betreutes Wohnen

Diese Wohnform findet sich in verschiedenen Varianten. Gemeinsam ist ihnen, dass die Mieterinnen und Mieter individuell in der eigenen, abgeschlossenen Wohnung leben. Bundesweit wird aktuell die Zahl der Wohneinheiten auf rund 264 000 geschätzt (KDA/Wüstenrot 2014, S. 38). Nach einem Boom in den 1990er Jahren geht man heute von einem geringen, aber stetigen Wachstum aus, das von Bemühungen um mehr Qualität begleitet ist (siehe Kuratorium Qualitätssiegel für Betreutes Wohnen 2011). Die Wohnungen sind barrierefrei (oder -arm) und werden in Kombination mit einigen wenigen Grundleistungen wie Beratungs-, Servicevermittlungs- und Informationsleistungen sowie haustechnischem Service vermietet. Je nach Bedarf können Wahlleistungen hinzugebucht werden. Diese sollen zumindest aus pflegerischen und hauswirtschaftlichen Komponenten bestehen (vgl. Kuratorium Qualitätssiegel für Betreutes Wohnen 2011). Pflegerische Leistungen sind somit nicht Teil des Regelangebots und werden im Bedarfsfall von ambulanten Pflegediensten erbracht. Die pflegerische Versorgung entspricht damit der üblichen ambulanten Pflege zu Hause, sodass eine separate Abschätzung des Personals dieser Wohnform hier nicht erfolgt.

Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften

Betreute Wohngemeinschaften gelten als eine auf dauerhaftes Verbleiben der Mieter ausgelegte Zwischenform zwischen der ursprünglichen Häuslichkeit und einer stationären Versorgung (Wolf-Ostermann 2012). Viele dieser Wohngemeinschaften werden ganz oder teilweise von Menschen mit Demenz bewohnt (Wolf-Ostermann 2012, S. 135).

Grundprinzip ist das gemeinsame Wohnen mit jeweils eigenem Zimmer bzw. Appartement und gemeinschaftlicher Nutzung anderer Räume wie (Wohn)Küche und Wohnraum. Die Zahl der Mieter variiert, liegt aber im Allgemeinen zwischen sechs und zehn Personen. Daten aus dem Jahr 2012 deuten auf einen realistischen Wert von durchschnittlich 7,5 Mietern hin (Wolf-Ostermann 2012). Bei den gegenwärtig mindestens etwa 1 600 WGs (KDA/Wüstenrot 2014, S. 34) kann von mindestens 12 000 Personen ausgegangen werden.

Die Versorgung erfolgt in der Regel durch ambulante Pflegedienste, die üblicherweise Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, hauswirtschaftlich tätige Personen und andere (FSJ usw.) einsetzen. Die Zusammensetzung des Personals und die Zahl der eingesetzten Personen variiert zwischen den Bundesländern und einzelnen Angeboten deutlich. Nach vorliegenden Daten kann von etwa 1,2 Stellen pro Mieter ausgegangen werden, davon etwa je ein Viertel Pflegefach- bzw. Pflegehilfskräfte und rund die Hälfte andere Personen (Wolf-Ostermann 2012, S. 155–157). Geht man von 12 000 Pflegebedürftigen aus, errechnet sich so ein Gesamtpersonalbestand von 14 400 Vollzeitäquivalenten. Auch wenn die Einschätzung der Entwicklung ambulant betreuter Pflege-Wohngemeinschaften unter einem Mangel an Daten leidet, kann sicher von einer besonderen Dynamik und einer Verzehnfachung des Angebots seit 2003 ausgegangen werden (KDA/Wüstenrot 2014, S. 32).

Andere Angebote

Nach der aktuellen Pflegestatistik werden knapp 44 000 Personen durch Einrichtungen der Tagespflege betreut. Diese leben aber in ihrer eigenen Wohnung und ver-

bringen meist bestimmte Wochentage tagsüber in der Tagespflege. Sie verlassen also ihr Wohnumfeld nicht dauerhaft. Das Personal wird statistisch nicht separat ausgewiesen. Beschäftigt sind Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Hauswirtschafterinnen und andere. Laut Rahmenverträgen verschiedener Bundesländer differieren die Personalschlüssel deutlich. Als realistischer Durchschnittswert kann etwa eine Relation von 1:4 im Bereich Pflege und Betreuung und jeweils etwa 1:25 in den Bereichen Hauswirtschaft und Leitung/Verwaltung gelten. Damit bewegt sich die Anzahl der Stellen bei knapp 15 000, davon rund 11 000 im Bereich Pflege und Betreuung. Die Tagespflege erfreut sich wachsender Akzeptanz: Die Zahl der hier betreuten Pflegebedürftigen hat sich zwischen 2001 und 2011 von etwa 12 000 auf 44 000 gesteigert (Statistisches Bundesamt 2013, S. 20; Statistisches Bundesamt 2003, S. 18).

Weiterhin sind noch die knapp 200 stationären **Hospize** und die rund 1 500 ambulanten Hospizdienste zu nennen. Die Zahl der Beschäftigten kann grob auf 9 000 bei 7 000 Vollzeitstellen geschätzt werden, davon rund 5 000 Pflegefachkräfte mit knapp 4 000 Vollstellen (Tabelle 8–1; eigene Schätzung; Evangelische Akademie Tutzing 2011; ALPHA 2010). Auch bei den Hospizen sind kontinuierliche Steigerungen zu verzeichnen.

8.2 Prognosen zum Personalbedarf

Die vorliegenden quantitativen Prognosen weichen teilweise deutlich voneinander ab. So schätzt das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), dass es einen Mehrbedarf von 325 000 Vollkräften gibt, darunter 140 000 Pflegefachkräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen bis 2030 (RWI 2011). Andere Untersuchungen nennen unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren bspw. einen Bedarf von 278 000 Pflegefachkräften im Bereich ambulanter und stationärer Pflege (Prognos 2012) oder gehen von einer Personallücke zwischen 263 000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (bei steigendem Anteil informeller Pflege) und 492 000 VZÄ (bei Zunahme formeller Pflege) bis 2030 aus (Rothgang et al. 2012). Weitere Unterschiede ergeben sich aufgrund teils außergewöhnlich langer Prognosezeiträume bis 2050 und darüber hinaus (siehe Pu 2011; BMWi 2012) und aus verschiedenen differierenden Grundannahmen zu diversen Einflussfaktoren. Als wichtige Einflüsse sind zu nennen:

- Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsquoten: Während die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2030 relativ eindeutig darstellbar ist (Statistisches Bundesamt 2009), sind hinsichtlich der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit verschiedene Szenarien vorstellbar. Möglich ist sowohl ein Anstieg der Pflegebedürftigkeitsquote, da eine steigende Lebenserwartung zu mehr und längerer Pflegebedürftigkeit führen könnte, als auch ein Absinken infolge von gesünderem Lebenswandel und medizinischem Fortschritt (Schulz 2012).
- Entwicklung des familiären Pflegepotenzials: Dieses ist entscheidend für das Ausmaß der Inanspruchnahme professioneller Leistungen. Bisher ist der Anteil informeller Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. Für die Zukunft wird eher damit gerechnet, dass diese Hilfeform zurückgeht, was zu erhöhtem Bedarf an Personal führt.

- Wandel der Präferenzen bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Angebote: Die Anteile der verschiedenen Versorgungsformen können sich ändern, was eine differenzierte Abschätzung des Personalbedarfs der Angebote erschwert.

Bis 2050 könnte so die Zahl der Pflegebedürftigen auf zwischen 3 Millionen und in extremen Prognosen bis zu knapp 5 Millionen steigen (Pu 2011; Schulz 2012; Statistisches Bundesamt 2010).

Im Folgenden wollen wir einige perspektivische Überlegungen zum Bedarf anstellen, die sich wegen der oben erwähnten Unwägbarkeiten auf einen mittelfristigen Zeitraum (bis 2030) beschränken.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

In einem ersten Schritt werden zumindest für die vollstationären und ambulanten Einrichtungen hinsichtlich der Betreuungsrelation, der Qualifikationsstruktur, der Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten und der Quote der Inanspruchnahme der jeweiligen Versorgungsform konstante Umstände unterstellt. Die stationäre Versorgung bleibt – bei zu vermutender weiterer Entwicklung und Differenzierung der Binnenstrukturen – quantitativ mit großem Abstand die bedeutendste Wohnform außerhalb der eigenen Wohnung. Tabelle 8–2 zeigt die heutigen Zahlen und den zusätzlichen Personalbedarf bis 2030. Die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht sich auf 1 001 000.

Ambulante Pflegedienste

Bei einem konstanten Anteil der Versorgung durch ambulante Dienste steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Bereich auf rund 775 000 Personen. Unter der Status-quo-Annahme ergibt sich der in Tabelle 8–3 dargestellte zusätzliche Bedarf.

Die Zahl der **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** wird angesichts der dynamischen Entwicklung auch künftig deutlich zunehmen. Die mittelfristige Entwicklung ist von verschiedenen Einflüssen abhängig, darunter von rechtlichen Vorgaben, der Möglichkeit der Nutzung bestehenden Wohnraums und dem Ausmaß der Investitionen in Neubauten sowie auch der Verfügbarkeit von geeigneten Pflegediensten. Die Entwicklung ist in den Bundesländern sehr uneinheitlich. Dem Bedarf an Arbeitskräften für die Erbringung pflegerischer Leistungen werden vermutlich weiterhin ambulante Anbieter entsprechen. Ausgehend von einer groben Schätzung der Beschäftigtenzahlen heute (14 400 VZÄ) und bei einer angenommenen Verdreifachung der Zahl der Wohngemeinschaften bis 2030 kann grob mit einem zusätzlichen Personalbedarf von etwa 29 000 Stellen *innerhalb der ambulanten Dienste* gerechnet werden. Eine angenommene Steigerung der Nachfrage in der **Tagespflege** um 75 % und der nach **Hospizleistungen** um 50 % würde einem zusätzlichen Personalbedarf in der Größenordnung von etwa 20 000 Beschäftigten oder 15 000 Vollzeitäquivalenten entsprechen.

Benötigt würden nach dieser ersten Schätzung also zusätzlich rund 350 000 Personen bzw. rund 250 000 Vollzeitäquivalente bis zum Jahr 2030 für die genannten Versorgungsformen. Davon entfällt der Großteil auf die Tätigkeitsbereiche „Pflege und Betreuung“ und Hauswirtschaft. Bei den zusätzlich benötigten beruflichen Qualifikationen dominieren bei unveränderten Anteilen die Pflegefachkräfte und Beschäftigte ohne einschlägigen Berufsabschluss (siehe Abbildung 8–1).

Tabelle 8–2

Personalbestand und -bedarf bis 2030: Stationäre Pflegeeinrichtungen¹

Beschäftigte	Bestand 2011		Zusätzlicher Bedarf 2030	
	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Personal gesamt	661 000	480 000	230 000	167 000
Pflegefachkräfte ²	208 000	169 000	72 000	59 000
Qualifizierte Pflegehilfskräfte ³	52 000	39 000	18 000	14 000
Hauswirtschaftlicher Beruf	33 000	24 000	11 000	8 000
sonst. Pflegeberuf, päd., soz., therapeutische. u. ä. Berufe	80 000	58 000	28 000	20 000
Andere Berufe/ohne Abschluss	288 000	189 000	100 000	66 000
Tätigkeitsbereich ⁴	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Pflege und Betreuung	435 000	328 000	151 000	114 000
Hauswirtschaft	114 000	73 000	40 000	25 000
Soziale Betreuung	27 000	18 000	9 000	6 000
Zus. Betreuung (§87b SGB XI)	25 000	16 000	9 000	6 000
Andere (Haustechnik, Verwaltung, andere)	61 000	45 000	21 000	16 000

¹ Ungenauigkeiten ergeben sich durch Rundungen² Altenpfleger(innen), Gesundheits- und Krankenpfleger(innen), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)³ Staatlich anerkannte Altenpflegehelfer(innen), Krankenpflegehelfer(innen)⁴ Gemäß Differenzierung der Pflegestatistik, teils zusammengefasst

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, S. 16–22; eigene Berechnungen

Pflege-Report 2015

WIdO

Tabelle 8–3

Personalbestand und -bedarf bis 2030: Ambulante Pflegeeinrichtungen

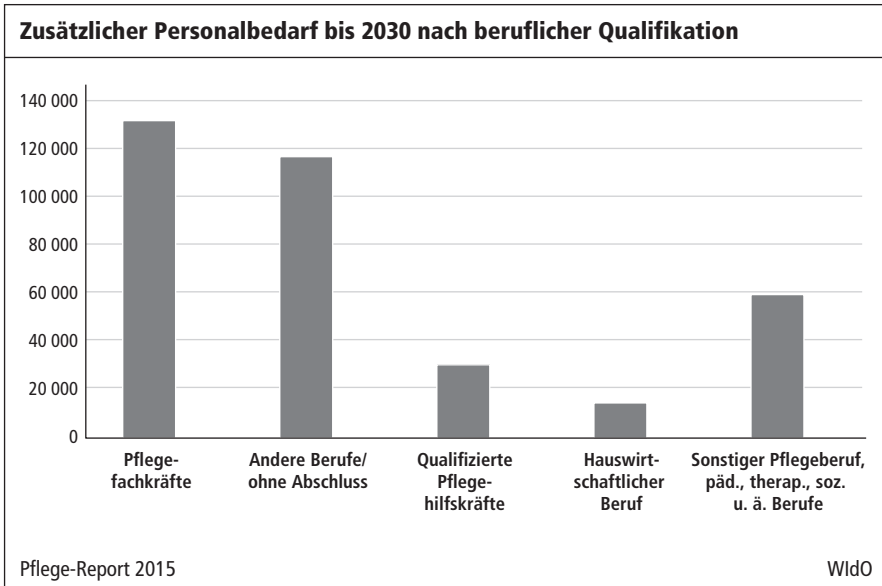
Beschäftigte	Bestand 2011		Zusätzlicher Bedarf 2030	
	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Personal gesamt	291 000	193 000	101 000	67 000
Pflegefachkräfte	148 000	105 000	51 000	36 000
Qualifizierte Pflegehilfskräfte	25 000	17 000	9 000	6 000
Hauswirtschaftlicher Beruf	7 000	4 000	2 000	1 000
sonst. Pflegeberuf, päd., therap. u. ä. Berufe	34 000	23 000	12 000	8 000
Andere Berufe/ohne Abschluss	77 000	45 000	27 000	16 000
Tätigkeitsbereich	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
„Grundpflege“ und Pflegedienstleitung	221 000	154 000	76 000	53 000
Hauswirtschaft	38 000	20 000	13 000	7 000
Andere (Haustechnik, Verwaltung, andere)	31 000	20 000	11 000	7 000

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, S. 10–15; eigene Berechnungen

Pflege-Report 2015

WIdO

Abbildung 8–1



Während die Stellen in den meisten Berufen (Verwaltung, Betreuung, Therapie u. a.) wegen des jeweils begrenzten Bedarfs oder geringerer Qualifikationsanforderungen vermutlich eher unproblematisch zu besetzen sein dürften, stehen am Arbeitsmarkt bereits heute kaum noch Fachkräfte des „Kernberufs“ Pflege zur Verfügung.

Differenziert nach Versorgungsformen stellt sich der zusätzliche Bedarf an Pflegefachkräften wie in Tabelle 8–4 gezeigt dar. Diese Zahlen sind als Untergrenze anzusehen. Verschiedene Faktoren könnten den Bedarf deutlich steigern. Bei Prognosen wird häufig der Zusammenhang mit dem **Personalbedarf der Krankenhäuser** übersehen. Die Krankenhäuser zählen inklusive der im Funktionsdienst beschäftigten Pflegepersonen derzeit rund 522 000 Beschäftigte, davon rund 90 %

Tabelle 8–4

Prognose des Bedarfs an Pflegefachkräften nach Versorgungsform bis 2030

Versorgungsform	Zusätzlicher Bedarf Pflegefachkräfte bis 2030 (Personen)	Zusätzlicher Bedarf Pflegefachkräfte bis 2030 (VZÄ)
Stationäre Pflegeeinrichtungen incl. Kurzzeitpflege	72 000	59 000
Tagespflege ¹	6 000	4 000
Ambulante Pflegedienste	51 000	36 000
Ambulante und stationäre Hospize ⁵	3 000	2 000
Summe	132 000	101 000

¹ Eigene Schätzung bei 75 % Steigerung in der Tagespflege und 50 % Steigerung bei der Hospizversorgung.

Fachkräfte (vgl. Simon 2012). Insbesondere die Pflegefachkräfte können bereits heute prinzipiell zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wechseln. Bisher arbeiten zwar Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in Pflegeeinrichtungen, der umgekehrte Weg ist Fachkräften aus der Altenpflege jedoch praktisch meist verwehrt. Nach der geplanten Verschmelzung der verschiedenen Pflegefachberufe zu einem Pflegefachberuf könnte sich diese Situation jedoch mittelfristig ändern und die Konkurrenz aus Sicht der Pflegeeinrichtungen verstärken. Schätzungen gehen allein bis 2020 von einem Mehrbedarf von über 30 000 Vollzeitäquivalenten für Pflegefachkräfte in den Kliniken aus (vgl. Augurzky et al. 2011, S. 63).

Ein anderer, bisher ausgeklammerter Aspekt ist die Tatsache, dass zusätzlich zu den genannten Zahlen die steigende Fluktuation über Verrentung und anderes **Ausscheiden kompensiert** werden muss. Damit wird sich der Bedarf in den folgenden beiden Jahrzehnten nochmals deutlich erhöhen. Und drittens ist es wahrscheinlich, dass aufgrund der zunehmenden **Einschränkung familiärer Pflegekapazitäten** die relative Bedeutung professioneller Pflegeleistungen gegenüber den informellen Leistungen zunimmt, was den Personalbedarf in stationären und ambulanten Einrichtungen zusätzlich steigert. Allein für die ambulante Versorgung wird der so entstehende zusätzliche Bedarf bis 2030 auf 125 000 Pflegekräfte veranschlagt (Prognos 2012, S. 1). Aus diesen Gründen könnte sich der Mehrbedarf auf 300 000 oder mehr Pflegefachkräfte summieren.

8.3 Potenzielle Einflüsse auf die Entwicklung

Die bisherigen Überlegungen haben sich auf Hochrechnungen und Schätzungen beschränkt. Die Thematik verlangt allerdings dringend danach, verschiedene andere Faktoren zu bedenken, die maßgeblichen Einfluss nicht nur auf die Deckung des quantitativen Personalbedarfs insgesamt, sondern Auswirkungen insbesondere auf die Frage der benötigten beruflichen Qualifikationen und den Personalmix haben können. Einige seien hier exemplarisch genannt:

Das Kostenargument. Auch wenn der bedarfsgemäße Beschäftigungsaufbau mit der Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen verbunden ist, werden in vielen Diskussionen überwiegend die Kosten thematisiert. Diese Akzentuierung kann großen Einfluss auf die personelle Ausstattung und den Personalmix in den Einrichtungen haben. Obwohl bisher die Einkommensunterschiede zwischen Fachkräften und anderen Beschäftigten in der Pflege im Vergleich zu anderen Branchen eher gering ausfallen, gilt bei einer reinen Kostenargumentation, dass Hilfskräfte billiger sind. Auch die Einbeziehung ehrenamtlich engagierter Personen könnte künftig zunehmend unter diesem Aspekt thematisiert werden. Zahlreiche Appelle, Konzepte und Verordnungen¹ fordern mehr ehrenamtliches Engagement im sozialen Bereich. Das Kostenargument steht im Zusammenhang mit dem **An-**

¹ Siehe z. B. Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPFVO) in NRW (https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=8&ugl_nr=820&bes_id=5177&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#FN3).

spruch an Fachlichkeit und Qualität. Die vorliegenden Prognosen gehen von einer Fortschreibung der Anteile an Fachkräften aus. Für den Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ liegt dieser in den Pflegeheimen infolge der Fachkraftquote rechnerisch bei mindestens 50%, bei ambulanten Diensten und insbesondere in Krankenhäusern deutlich darüber. Angesichts steigender Anforderungen (evidenzbasierte Pflege, Multimorbidität, Demenzerkrankungen usw.) ist aus fachlicher Sicht nicht davon auszugehen, dass diese Anteile künftig sinken können, sollen nicht Zugeständnisse bei der Qualität in Kauf genommen werden.

Politische Entscheidungen. Auf verschiedenen Feldern können politische Weichenstellungen Veränderungen beim Personalbedarf nach sich ziehen. So könnte bspw. eine verbindliche Vorgabe für personelle Mindeststandards in der Krankenhauspflege dort zu höherem Bedarf führen und in den anderen Angebotsformen für einen Sogeffekt sorgen, der die Verfügbarkeit von Pflegefachkräften für Pflegeeinrichtungen und alternative Wohnformen einschränkt. Denkbar wäre auch eine Änderung der Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen. Mögliche Vorgaben für fachliche Standards in ambulant betreuten Wohngemeinschaften auf Länderebene könnten den Bedarf an Fachkräften dort erhöhen usw. Auch eine weitere Änderung der **Definition der Pflegebedürftigkeit** könnte Auswirkungen auf den künftigen Personalbedarf haben. Gemessen an professionellen Definitionen ist der leistungsrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit nach wie vor gewollt restriktiv. Derzeit ist aber eine Tendenz zur Ausweitung der Leistungen insbesondere für Menschen mit Demenz zu beobachten, die teilweise einen erhöhten Personalbedarf nach sich zieht. Umgekehrt würde eine Verengung der Definition zu geringeren Leistungsansprüchen führen.

8.4 Wege zur Personalbedarfsdeckung

Wenn es gelingen soll, die nach Bedarf zu schaffenden Stellen adäquat zu besetzen, müssen bereits kurz- und mittelfristig umfassende Anstrengungen unternommen werden, um insbesondere die Zahl der Fachkräfte in der Pflege stark zu erhöhen. Als wichtige Handlungsfelder, die sich zum Teil wechselseitig beeinflussen, sind zu nennen:

- **Ausweitung des Beschäftigungsumfangs.** Der Trend zur Teilzeitarbeit hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verstärkt. Weniger als die Hälfte der Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen sind heute Vollzeitbeschäftigte (Schulz 2012, S. 15). Die Ursachen liegen einerseits im Interesse der Arbeitgeber, Beschäftigte flexibel einsetzen zu können, andererseits in vielen Fällen auch an den Interessen der Beschäftigten selbst. Angesichts der Zahl von über 200 000 Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen, die lediglich teilzeitbeschäftigt sind (Statistisches Bundesamt 2013), verbirgt sich hier ein wichtiger Ansatzpunkt zur Deckung des zusätzlichen Personalbedarfs. Der absehbare Bedarf erfordert, dass sich der Trend zur Teilzeitarbeit umkehrt. Eine weitere Zielrichtung sollte die **Erhöhung der Erwerbsbeteiligung qualifizierter Pflegefachpersonen** sein, die derzeit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen oder in anderen Tätigkeitsfeldern arbeiten.

- **Berufsverweilzeit.** Auch wenn die häufig genannten Zahlen zur angeblich besonders geringen Berufsverweilzeit in der Pflege zu bezweifeln sind (Hall 2012), hat es – ähnlich wie der Beschäftigungsumfang – großen Einfluss auf die personelle Situation, wenn die Arbeitsfähigkeit erhalten und insbesondere auch die Erwerbstätigkeit in Richtung auf das Erreichen des regulären Renteneintrittsalters ausgeweitet wird. Ab etwa dem 55. Lebensjahr nimmt die Erwerbsquote drastisch ab (Prognos 2012, S. 11). Gelänge es, diesen Faktor zu beeinflussen, indem bspw. altersgerechte Arbeitsplätze geschaffen und die Arbeitsbedingungen allgemein verbessert würden, wäre ein nicht unwesentlicher Beitrag zur Deckung des Personalbedarfs geleistet.
- **Berufliche Qualifizierung.** Die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse in den Pflegefachberufen liegt in den vergangenen Jahren in der Größenordnung von knapp über 30 000 jährlich (Prognos 2012; Simon 2012; Knüppel 2012). Diese Zahlen sind kaum noch ausreichend, um die Zahl der Beschäftigten auch nur stabil zu halten. Wenn die Quote der für den Pflegeberuf zu gewinnenden Personen pro Alterskohorte konstant bliebe, würde das angesichts der ab 1995 besonders geburtenschwachen Jahrgänge deutlich rückläufige Ausbildungszahlen bedeuten. Ein Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zeigt, dass sich in den nächsten Jahren die Zahl der altersbedingt ausscheidenden Pflegefachkräfte deutlich erhöhen wird. Schon diese Ausfälle zu kompensieren würde also eine deutliche Ausweitung der Ausbildungskapazitäten erfordern. Das Berufsfeld konkurriert zunehmend um Nachwuchs mit anderen Branchen, denen ein besserer Ruf anhaftet. Pflege ist unter Jugendlichen kein In-Beruf (Bomball 2010). Dies zu ändern, erfordert eine deutliche Attraktivitätssteigerung des Berufs, die durch Imagekampagnen allein nicht zu erreichen sein wird und die Zeit braucht. In diesem Zusammenhang ist auch die Aufwertung der Pflege durch **Akademisierung** zu beachten. Die Möglichkeit einer grundständigen akademischen Berufsqualifizierung kann dazu beitragen, neue Zielgruppen für eine berufliche Laufbahn in der Pflege zu gewinnen. Akademische Weiterbildung erweitert zudem die Entwicklungsoptionen während des Berufslebens. Beides fördert die Attraktivität des Berufs und die Chance, zusätzliche Fachkräfte zu gewinnen.
- Wesentliche Bedeutung hat die **Verbesserung der Arbeitsbedingungen**. In den vergangenen Jahren wurde eine zunehmende Arbeitsverdichtung in pflegerischen Arbeitsfeldern beklagt. Es fällt aus der Perspektive der Beschäftigten zunehmend schwerer, insbesondere die erforderlichen Interaktionsanteile der Arbeit zu leisten (Bräutigam et al. 2014, S. 54). Hier muss zum einen die personelle Ausstattung und damit die Finanzierung verbessert werden, zum anderen bedarf es aber auf betrieblicher Ebene auch einer Organisations- und Personalentwicklung. Zudem muss die Wertschätzung pflegerischer Arbeit und der sie leistenden Menschen ernsthaft erhöht werden.
- **Vergütung.** Ein entscheidender Nachteil der Pflegeberufe ist der deutliche Lohnabstand zu anderen Branchen. Dieser hat sich in der Vergangenheit deutlich verschärft. So konnten Metallfaharbeiter zwischen 1995 und 2010 die tarifliche Einstiegsvergütung um 67,5 % steigern. Bei Erzieherinnen stieg die Einstiegsvergütung im genannten Zeitraum um 37,7 %, in Pflegeberufen dagegen um lediglich rund 20 % (Arbeitnehmerkammer Bremen 2014). Selbst im Vergleich zu

verwandten Berufen fällt der Pflegebereich also zurück. Soll ausreichend Nachwuchs an Fachpersonal gewonnen werden, ist eine deutliche Verbesserung bei der Vergütung ein entscheidender Ansatzpunkt. Hier stellt sich die Frage der Finanzierbarkeit. Eine Anhebung der Fachkräfte-Vergütung um 20 % in Pflegeeinrichtungen würde nach grober Schätzung eine Steigerung der Pflegeversicherungsbeiträge in der Größenordnung von weniger als 0,2 Prozentpunkten erfordern. Zum Vergleich: Die Bundesregierung hat kürzlich eine Erhöhung um 0,5 Prozentpunkte beschlossen, um die Leistungen zu verbessern. Eine solche Anhebung der Vergütung der Pflegefachpersonen, die netto durchschnittlich rund 200 € ausmachen würde, kann somit kaum als unfinanzierbar gelten.²

- **Personal aus dem Ausland.** Das Bemühen um Anwerbung insbesondere von Pflegefachpersonen aus dem Ausland, vor allem aus Europa, teilweise auch aus Asien, hat sich in den letzten Jahren deutlich verstärkt. Zu bedenken und zu beobachten ist hier jeweils landesspezifisch allerdings, ob diese Personen in Deutschland tatsächlich den Ansprüchen an eine Fachkraft genügen können und entsprechend einsetzbar sind. Zudem sind zumindest für Europa auch in anderen Staaten vergleichbare Alterungsprozesse zu beobachten wie in Deutschland, so dass dort oft kein Überfluss an Fachkräften besteht. Auch stellt sich je nach Situation im Herkunftsland die Frage nach der moralischen Vertretbarkeit. Ein „Ausplündern“ der Gesundheitssysteme anderer Staaten zur Deckung des eigenen Bedarfs stellt keinen gangbaren Weg dar. Dennoch kann prinzipiell die Migration von Fachkräften die anderen Bemühungen ergänzen (vgl. Schulz 2012, S. 14–15).

Weitere Felder wie die gezielte Förderung der Höherqualifizierung geeigneter Pflegehilfskräfte zu Fachkräften, die Entlastung von Fachkräften von berufsfremden Aufgaben u. v. a. m. könnten genannt werden. In jedem Fall bedarf es umfassender politischer und gesellschaftlicher Anstrengungen, um mittel- und langfristige eine differenzierte, bedarfsgerechte und den fachlichen Standards entsprechende Pflegeinfrastruktur mit der erforderlichen personellen Ausstattung vorhalten zu können. Die Lage ist nicht hoffnungslos, verlangt aber konsequentes Handeln auf allen genannten Feldern.

Literatur

- ALPHA – ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen (2010): Bestand stationärer Hospize NRW 2009. Eine Befragung der stationären Hospize in NRW.
- Arbeitnehmerkammer Bremen. Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen. Bremen 204.
- Augurzyk B. et al. Krankenhaus Rating Report 2011. Essen: RWI 2011.
- Becke G. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Bremen 2013.

² Auf Basis des monatlichen Durchschnittsbruttolohns (ohne Zulagen) einer Altenpflegerin von 2 190 € (www.lohnspiegel.de) bei 274 000 Vollzeitstellen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Berlin 2012.
- Bomball J. et al. Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Bremen 2010.
- Bräutigam C. et al. Arbeitsreport Krankenhaus. Düsseldorf 2014.
- Evangelische Akademie Tutzing. Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland. 2011. Online abrufbar unter http://www.bhvp.de/fileadmin/user_upload/bhvp/pdf/wissen/evangelische%20akademie%20tutzing%202011.pdf (Zugriff: 01.11.2014).
- Hall A. Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 2012; 41 (6): 16–19.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot-Stiftung (Hrsg). Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln 2014.
- Klein B. „Pflege 2015“: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Stuttgart 2008.
- Knüppel J. Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Berlin: DBfK 2012.
- Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für älterer Menschen Nordrhein-Westfalen e. V. Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für älterer Menschen Nordrhein-Westfalen. Bochum 2011.
- Prognos. Pflegelandschaft 2030. Studie im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. München 2012.
- Pu Z. Abhängigkeit der Pflegeversicherungsausgaben von der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten. Mannheim 2011.
- Rothgang H. et al. Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh: Bertelsmann 2012.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht. Essen: RWI 2011.
- Schulz E. Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. Berlin: DIW Wochenbericht 2012 – Den demographischen Wandel gestalten; 51/52: 3–17.
- Simon M. Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover 2012.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2001. Bonn 2003.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt. Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2010.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Wiesbaden 2013.
- Wolf-Ostermann K. Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreuter Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Berlin 2012.