

# Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert?

KERSTIN HÄMEL,  
DORIS SCHAEFFER

Dr. Kerstin Hämel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Prof. Dr. Doris Schaeffer leitet die AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Sie ist Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR).

»Notstand in der Pflege: Pfleger made for Germany«, so titelte im letzten Sommer, stellvertretend für viele, das Online-Magazin stern.de. Die Diskussion um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung steht in den letzten Monaten zunehmend im Bann des »Fachkräftemangels«. Sie wird längst jenseits der Expertengremien medial fortgetragen. Doch was wird eigentlich diskutiert? Welche Informationen liegen heute vor? Und welche Ansatzpunkte sind nötig?

## Einleitung

Die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema »Fachkräftemangel« avanciert im Zuge des demografischen Wandels zum kommenden Langzeitthema der Ausbildungs- und Arbeitsmarktpolitik (z. B. BMAS 2011; Dederling/Schweres 2009; BMBF 2011). Die Gesundheitsberufe stehen besonders im Fokus, gilt es hier doch, den Pool an Beschäftigten angesichts des künftigen Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland und Europa nicht nur zu stabilisieren, sondern infolge des steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen sogar auszuweiten (EU-Kommission 2008; Eurostat 2011: 117, 122). Dabei besteht nach den Untersuchungen der Bundesagentur für Arbeit in Deutschland bereits im Jahr 2011 ein flächendeckender Engpass bzw. Mangel an Humanmedizinern, Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften sowie examinierten Altenpflegefachkräften. Er ist dergestalt definiert, dass gemeldete Stellenangebote überdurchschnittlich lange vakant bleiben und die Zahl an Arbeitslosen im Beruf überschreiten (BA 2011a:15 f.). Grund genug, den »Fachkräftemangel« erneut auf die Agenda von Gesundheits- und Pflegepolitik zu setzen. Doch zeichnet sich eine unglei-

che Herangehensweise ab: Während der Fachkräftemangel bei den Arztberufen seit langem diskutiert wird, die Befunde bereits in das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) Eingang fanden und eine neue Ärzte-Bedarfsplanung erarbeitet wird, findet der Fachkräftemangel in der Pflege keine gesetzliche Resonanz. Die Problematisierung im Bereich Pflege bleibt letztlich konturlos. Zwar ist die Forderung nach »mehr Köpfen in der Pflege« in der öffentlichen Debatte lautstark zu vernehmen. Doch fehlt es an einem qualifizierten Entwicklungskonzept, dass die Pflege nicht nur trotz, sondern gerade wegen der anstehenden Herausforderungen zukunftsfähig macht.

Um eine solche differenzierte Debatte über den geeigneten Umgang mit dem »Fachkräftemangel« führen zu können, ist ein Verständnis der Ausgangssituation und prägender Trends der pflegerischen Versorgung ebenso notwendig, wie die Reflexion des heutigen Kenntnisstands zum künftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege. In jüngerer Zeit wurden verschiedene Prognosen der mittel- und langfristigen Bedarfs- und Angebotsentwicklung an Pflegekräften vorgelegt. Wir möchten die verschiedenen Analyseansätze, ihnen zugrunde liegende Modellannahmen und daraus resultierende Ergebnisse und anste-

hende Herausforderungen diskutieren. Trotz berechtigter Kritik der Daten- und Methodenqualität der Studien ist nicht zu übersehen, dass es nach dem heutigen Wissensstand zu einem Pflegekräftemangel größeren Ausmaßes kommen wird, wenn bisherige Beschäftigtenstrukturen und Versorgungstrends fortgeschrieben werden. Deshalb werden abschließend einige Ansatzpunkte benannt, um dem erwarteten Fachkräftemangel zu begegnen.

## 1. Faktoren der Bedarfsentwicklung im Bereich Pflege

Der demografische Wandel gilt als gewichtigster und zugleich besonders robuster Faktor für den befürchteten Fachkräftemangel in der Pflege, denn er wirkt von zwei Seiten auf das Versorgungsgeschehen. Infolge der Verschiebung der Alterskohorten kommt es zu einer wachsenden Zahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, der ein schrumpfendes informelles und professionelles<sup>1</sup> Pflegepotenzial gegenübersteht. Mit Blick auf den *demografisch induzierten Anstieg des Versorgungsbedarfs* ist daran zu erinnern, dass die Gesellschaft nicht gleichförmig altert, sondern es zu einer überproportionalen Zunahme hochaltriger Menschen kommen wird. Lebten im Jahr 2008 etwa 4 Mio. 80-Jährige und Ältere in Deutschland, werden es im Jahr 2050 schon über 10 Mio. sein (Statistisches Bundesamt 2009: 16). Es gehört zu den offenen Fragen, ob mit der Alterung der Gesellschaft nicht nur die Zahl der chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen zunehmen wird, sondern durch die Verlagerung auf das höhere Alter auch Ausmaß und Intensität des Unterstützungsbedarfs derjenigen, die auf Pflege angewiesen sind.

Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die *Morbiditäts- und Pflegelast* innerhalb einer Altersgruppe keineswegs als Konstante angesehen werden können. Auch wenn zu der Frage, inwiefern das Auftreten von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit im Lebenslauf letztlich von Kompressions- oder von Expansionserscheinungen geprägt ist, unterschiedliche Einschätzungen und Ergebnisse vorliegen, zeichnet sich ein Zugewinn an gesunden, beschwerdefreien Lebensjahren ab (Christensen et al.

2009; Kroll/Ziese 2009; Doblhammer/Kreft 2011; Unger et al. 2011; Hoffmann/Nachtmann 2010). Daher greift eine allein aus dem demografischen Wandel abgeleitete, heutige Bedingungen fortschreibende Morbiditätsprognose zu kurz (Nowossadek 2010: 427).

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder tragen den Unsicherheiten zur Prognose der Morbiditätsentwicklung mit der Ausweisung zweier Szenarien Rechnung (Statistische Ämter 2010). Danach wird die *Zahl Pflegebedürftiger* bei gleichblei-

benden altersspezifischen Pflegequoten von 2,25 Mio. im Jahr 2007 auf 3,37 Mio. im Jahr 2030 ansteigen. Im Szenario »sinkende Pflegequoten« fällt der Anstieg moderater, aber gleichfalls deutlich aus: es sind dann ca. 3 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2030 zu erwarten. Auch längerfristig setzt sich der Trend fort. So kommt nach dem Status quo-Szenario bis zum Jahr 2050 in etwa zu einer Verdopplung der Zahl Pflegebedürftiger (Statistische Ämter 2010: 27 ff.; ähnlich SVR 2009: 291; Schulz 2010: 65; Übersicht weiterer Prognosen: SVR 2009: 298). Die Entwicklung der künftigen *Krankenhausfälle* weist, je nachdem ob von einer Verschiebung schwerer Erkrankungen in höhere Altersgruppen ausgegangen wird oder nicht, einen prägnanten Unterschied auf. Zunächst kommt es ausgehend von 17,9 Mio. Krankenhausfällen<sup>2</sup> bis zum Jahr 2020 zu einem kontinuierlichen Anstieg in beiden Szenarien (auf 18,8 Mio. bzw. 18,3 Mio.). Während dann von 2020 bis 2030 die Krankenhausfälle nach dem Status quo-Szenario weiter kontinuierlich ansteigen (auf 19,3 Mio.), verbleibt die Fallzahl bei Annahme der »sinkenden Behandlungsquoten« auf dem Wert von 2020 (ebd.: 16). Was diese Zahlen nicht sichtbar machen, ist, dass es mit der Abnahme jüngerer und Zunahme älterer Patienten zu einer weiteren Verlagerung des Diagnosespektrums kommen wird. Zu erwarten ist, dass Behandlungen von Herz-/Kreislauferkrankungen, Neubildungen und Krankheiten des Atmungs- und Verdauungssystems weiter zunehmen werden (ebd.: 14). Die Kapazitäten in den Krankenhausabteilungen entsprechend umzuschichten und einen besseren Umgang mit multimorbidien und kognitiv beeinträchtigten Men-

schen zu lernen, wird zu den wichtigen Aufgaben der Zukunft gehören (Kleina/Wingenfeld 2007; Renteln-Kruse 2008).

Die Daten deuten bereits an, dass vor allem in der Langzeitversorgung ein Anstieg des Bedarfs an Pflege zu erwarten ist (Wingenfeld 2008; Schaeffer et al. 2008), die Akutversorgung wird dem-

## Die Morbiditäts- und Pflegelast innerhalb einer Altersgruppe können keineswegs als Konstante angesehen werden.

gegenüber tendenziell an Gewicht verlieren. In der Langzeitversorgung tritt ein weiterer wirkungsmächtiger Faktor bei der Bedarfsentwicklung an professioneller Pflege hinzu: Sie ist im Vergleich zur Akutversorgung stark von Wahlptionen und der Ausgestaltung der Versorgungsarrangements abhängig. Ein wichtiger Faktor für den Fachkräftebedarf wird die *Machbarkeit bestimmter Versorgungsarrangements* sein. Speziell die Verfügbarkeit informeller Pflege durch Angehörige, die heute das Gros der Betreuung und Pflege tragen, ist künftig nicht gesichert.

Die beiden großen Unterstützergruppen in der Familie sind die (Ehe-)Partner und die Kindergeneration, es sind überwiegend Frauen, wenngleich der Trend zur stärkeren Beteiligung von Männern geht (Schmidt/Schneekloth 2011: 27). Erwartet wird, dass das informelle Pflegepotential aufgrund der Zunahme alleinlebender älterer Menschen und der Verbreitung von Kinderlosigkeit sinken wird (z. B. Häcker/Raffelhüschen 2007: 394 f.; Blinkert/Klie 2001: 12 f.). Ab welchem Zeitpunkt hierzulande der Trend zur Singularisierung die Gruppe der Hochaltrigen betrifft, ist zurzeit offen. Nach jüngeren Analysen werden sie bis 2050 sogar häufiger in (Ehe-) Partnerschaft leben als heute (Doblhammer/Ziegler: 45 ff.; 56; Schulz 2010: 67 f.).<sup>3</sup> Das Vorhandensein einer Partnerschaft

1 »Professionelle Pflege« meint hier formell/beruflich erbrachte Pflege im Unterschied zur Pflege durch Angehörige oder Ehrenamtliche. Aussagen zur fachlichen Qualifizierung und dem beruflichen Status der Pflegenden sind damit nicht verbunden (dazu Schaeffer i.E.).

2 Basierend auf Diagnosefallquoten der Jahre 2006 bis 2008 (ebd. 6).

gilt als zentraler »Schutzfaktor« gegen den Heimeinzug. Doch ist mit Blick auf die Verlagerung von Pflegebedürftigkeit auf das höhere Lebensalter auch zu berücksichtigen, dass das Unterstützungs-potential hochbetagte Partner labiler ist. Naheliegend wäre daher eine verstärkte Nachfrage nach ambulanten Diensten. Hinzu kommt, dass noch bis zum Jahr 2030 die Elterngeneration der Baby-Boomer die Gruppe der Hochaltrigen prägen wird und damit jene Generation mit der geringsten Verbreitung von Kinderlosigkeit im gesamten letzten Jahrhundert (Doblhammer/Ziegler 2010: 49, 56). Erst längerfristig werden die niedrigen Fertilitätsquoten wirksam werden.

Überlagert werden diese Entwicklungsperspektiven allerdings von sozial-ökonomischen und kulturellen Veränderungen. So ist davon auszugehen, dass der Bedarf an professioneller Pflege aufgrund der wachsenden Erwerbsbeteiligung von Frauen, der

## Bereits in den letzten zehn Jahren zeichnet sich ein moderater Trend zur Einbeziehung professioneller Pflege ab.

gestiegenen zeitlichen, räumlichen und sozialen Mobilitätsanforderungen sowie der sich abzeichnenden Präferenz in den Familien, verstärkt auf Hilfen von außen zurückzugreifen, zusätzlich steigen wird (Schulz 2010: 69 ff.; Runde et al. 2009: 6 ff., 32; Blinkert/Klie 2001, 2004, 2006). Bereits in den letzten zehn Jahren, so zeigen die Daten der Pflegestatistik, zeichnet sich ein – wenn auch moderater – Trend zur Einbeziehung professioneller Pflege ab. Doch lässt sich daraus heute nicht ableiten, wie dieser sich weiter entwickeln wird, ob es künftig einen Bedarfzuwachs an »vollversorgenden« professionellen Arrangements geben wird oder ob der hierzulande quer durch die politischen Lager präferierte Ausbau einer Verantwortungsteilung zwischen informellem und formellem Unterstützungssystem tragfähig sein wird und damit letztlich die Beteiligung von Familie stabilisiert werden kann (weiterführend: Motel-Klingebiel et al. 2005; Oorschot/Arts 2005).

## 2. Studien zum künftigen »Fachkräftemangel in der Pflege«

In jüngerer Zeit wurden drei Studien publiziert, die die Ausformung des Pflegekräftemangels in Deutschland quantifizieren (Afentakis/Maier 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010). Zunächst werden ihre Annahmen, Methoden und Ergebnisse vorgestellt und ergänzend weitere Studien, die die Auswirkungen einer geänderten Leistungs-inanspruchnahme im SGB XI sichtbar machen, hinzugenommen.

### Prognose des Personalmangels in Pflegeberufen (Afentakis/Maier 2010)

Afentakis und Maier (2010) stellen eine Bedarfs- und Angebotsprojektion des Personals in Pflegeberufen (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/-in) in den drei Prognoseeinrichtungen Krankenhäuser, ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bis zum Jahr 2025 gegenüber. Datenbasis zum Personal in Pflegeberufen sind die Gesundheitspersonalrechnung und der Mikrozensus.

Die *Bedarfsentwicklung* wird auf Basis der Vorausberechnung der Krankenhausfälle und der Zahl der Pflegebedürftigen des Statistischen Bundesamts ermittelt. Dabei wird eine konstante Personal-Patienten-Relation fortgeschrieben. Das heißt u. a., dass Krankenhausverweildauern, Aufgabenzuschnitte des Personals, die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach SGB XI (ambulant und stationär) sowie die Verteilung der Pflegestufen konstant sind (ebd.: 996 f.). Dem Status quo-Szenario folgend wird der Bedarf an Pflegevollkräften (= Vollzeitäquivalente) bis zum Jahr 2025 um 27,3 % ansteigen. Zu diesem Anstieg trägt vor allem ein deutlicher Mehrbedarf in Pflegeeinrichtungen bei (+ 48,1 %). Der Bedarfzuwachs bei den Krankenhäusern fällt moderater aus und liegt bei + 12,4 %. Nach dem Szenario »sinkende Behandlungsquoten« liegt der Mehrbedarf insgesamt bei + 19,5 % (Pflegeeinrichtungen: +35,4 %; Krankenhäuser: +8,1 %) (ebd.: 998).

Bezüglich der *Angebotsentwicklung* bei den Pflegeberufen werden zwei un-

terschiedliche Berechnungen angestellt. Einmal werden ausschließlich *ausgebildete* (beschäftigte und erwerbslose) Pflegekräfte in den Pflegeberufen betrachtet. Daneben werden Ergebnisse gestellt, bei denen auch Zu- und Abwanderungen zwischen Pflege- und anderen Berufen einbezogen werden, und damit auch *an- und ungelernte Pflegekräfte* berücksichtigt werden (ebd.: 996 f.). Das Angebot wird auf Basis der künftigen Alters-, Geschlechts- und Qualifikationsstruktur der potentiellen Erwerbspersonen prognostiziert (ebd.: 992)<sup>4</sup>. Auch die Projektion des künftigen Angebots an Personal in Pflegeberufen schreibt die Bedingungen aus dem Jahr 2005 fort.

Betrachtet man nur ausgebildete Pflegekräfte besteht bereits im Basisjahr 2005 ein Mangel an 39.000 Pflegevollkräften. Ausgehend davon werden bis zum Jahr 2025 193.000 (Status quo-Szenario) bzw. 135.000 (Szenario sinkende Behandlungsquoten) ausgebildete Pflegevollkräfte fehlen (ebd.: 997 f.). Nach dem Jahr 2015 wird – infolge der generellen Verknappung des Arbeitskräfteangebots in Deutschland bei einem weiterhin steigenden Bedarf – eine wachsende Lücke zwischen Nachfrage- und Angebotsfunktion eintreten. Werden auch an- und ungelernte Kräfte einbezogen, tritt der Mangel ausgehend von einem deutlichen Angebotsüberschuss an Pflegekräften im Basisjahr 2005 zeitlich verzögert im Jahr 2018 (Status quo) bzw. im Jahr 2021 (sinkende Behandlungsquoten) ein. Der Pflegepersonalmangel beläuft sich dann im Jahr 2025 auf 112.000 (Status quo) bzw. 55.000 (sinkende Behandlungsquoten) Vollkräfte (ebd.: 999).

Hinzu geben die Autoren Hinweise, wie der erwartete Mangel durch die Erhöhung des Arbeitszeitvolumens beeinflusst werden könnte. 45,3 % der Beschäftigten in Pflegeberufen waren

3 Als Faktoren sind zu nennen, dass die kriegsbedingte Partnerlosigkeit an Bedeutung verliert und die Lebenserwartung von Männern und Frauen konvergiert. Gestiegene Scheidungsquoten betreffen die Hochaltrigen bis 2030 nicht (ebd.).

4 Das Ausmaß der beruflichen Flexibilität und die künftige Angebotsentwicklung für den Bereich der Pflegeberufe werden durch Übertragung der Angebotsentwicklung in den Gesundheitsberufen ohne Approbation nach der Berufsfeld-Klassifikation des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) ermittelt. Die Angebotsentwicklung wurde auf Basis des BIBB-DEMONS-Modell (GWS) geschätzt (vgl. ebd. 992).

nach der Gesundheitspersonalrechnung im Jahr 2005 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. In den ostdeutschen Bundesländern und Berlin Ost allerdings liegt die Vollzeitquote deutlich höher (ebd.: 995). Dem Modell folgend wird bis 2025 dann *kein* Mangel auftreten, wenn (unter Einbezug an- und ungelerner Pflegekräfte) die durchschnittliche Wochenarbeitszeit des Pflegepersonals auf das Niveau in den ostdeutschen Bundesländern ansteigt *und* die Morbiditätskompression greift. Dann bestünde im Jahr 2025 weiterhin ein Überschuss von 24.000 Pflegevollkräften (ebd.: 999).

## Prognose des Fachkräftemangels in den Krankenpflegeberufen (Ostwald et al. 2010)

In einer von WifOR und PricewaterhouseCoopers vorgelegten Studie (Ostwald et al. 2010) werden für verschiedene Gesundheitsberufe Projektionen zum Personalbedarf und -angebot bis zum Jahr 2030, getrennt nach ambulanten und der stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens<sup>5</sup>, dargestellt. Bei den Pflegeberufen finden ausschließlich Krankenpflege(hilfs)kräfte, nicht aber Altenpflege(hilfs)kräfte Berücksichtigung. Als Faktoren der Bedarfsentwicklung werden die Veränderungen der Altersstruktur und der Morbidität der Bevölkerung berücksichtigt. Es wird ein »morbiditybedingte Ergänzungsbedarf« sowie ein Ersatzbedarf für Beschäftigte im Ruhestand berücksichtigt (ebd.: 31). Zur Bestimmung des künftigen Angebots wird die Entwicklung der Ausbildungsabsolventen der Krankenpflege seit 1995 in die Zukunft fortgeschrieben<sup>6</sup>, eine Reserve aus arbeitslosen Kräften einbezogen und auch hier wieder eine Korrektur gemäß der Altersstruktur der künftigen Erwerbstätigen vorgenommen (ebd.: 27 ff.). Im Unterschied zu Afentakis und Maier (2010) werden im Studienbericht Datengrundlagen und dem Prognosemodell zugrunde liegende Annahmen nicht reflektiert, was den Nachvollzug des Modells erschwert, so fehlen z. B. Informationen zur unterstellten Morbiditätsentwicklung und eine Reflexion der verwendeten Datenbasis (hier wieder: Gesundheitspersonalrechnung).

Für ambulante Einrichtungen liegt dem Modell folgend noch bis 2020 ei-

nen Überschuss an KrankenpflegerInnen vor, danach entwickelt sich bis zum Jahr 2030 ein Mangel an 42.000 Vollzeitkräften. Demgegenüber besteht bei den KrankenpflegehelferInnen in 2020 ein Mangel an 2.000 Vollzeitkräften, der bis 2030 auf 20.800 anwächst (ebd.: 49). Erwartungsgemäß liegt der Pflegefachkräftemangel in den *stationären Einrichtungen* als Hauptbeschäftigungsort der Krankenpflege deutlich höher. Bis zum Jahr 2020 sollen nach dem Modell rund 130.000 Krankenpflege- und 32.000 Krankenpflegehilfskräfte (VZÄ) fehlen, bis zum Jahr 2030 rund 350.000 Krankenpflege- und knapp 60.000 Krankenpflegehilfskräfte (VZÄ). Insgesamt beläuft sich der Fachkräftemangel im Jahr 2030 auf 480.000 Vollzeitstellen.

Hinzu wird in der Studie die Wirkung der Verlängerung des durchschnittlichen Renteneintrittsalters aufgezeigt. Gelänge eine Anhebung des im Standardmodell angenommenen Renteneintrittsalters von 60 (stationär) bzw. 63 (ambulant) Jahren auf 65 Jahre, würde sich der genannte Personalengpass im Jahr 2030 um insgesamt 129.200 Vollkräfte verringern (ebd. 56, 59; eigene Berechnungen).

## Lücke zwischen Bedarf und realisiertem Angebot an Altenpflegekräften (Hackmann 2010)

Hackmann (2010) nimmt eine Prognose des Bedarfs und des Angebots an »Altenpflegekräften« bis zum Jahr 2050 vor. Die Analyse beschränkt sich auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Leider wird nicht eindeutig definiert, was unter »Altenpflegekräfte« zu verstehen ist. Während in Teilen der Publikation eine berufsspezifische Perspektive (z. B. eine Abgrenzung zu Krankenpflegekräften bei Berufsverweildauern) eingenommen wird, wird an anderer Stelle betont, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen in Pflegeeinrichtungen bei der Analyse zu berücksichtigen sind und »die für primär pflegerische Tätigkeiten eingesetzten Arbeitskräfte im Pflegesektor untersucht« werden (ebd.: 236).

Die Bedarfsentwicklung fußt auf einer Prognose der künftig professionell zu versorgenden Pflegebedürftigen, wie sie Hackmann und Moog (2008/2010)

vorgelegt haben. Angenommen werden dort konstante altersspezifische Pflegequoten und ein überproportionaler Bedarfszuwachs an professioneller Pflege infolge des abnehmenden informellen Pflegepotenzials. Als Einflussfaktoren auf das informelle Pflegepotential werden u. a. die künftige Entwicklung der Potenzialerwerbsquote, die Zusammenlebenswahrscheinlichkeit und die Pflegehilfswahrscheinlichkeit berücksichtigt

## Datengrundlagen und Annahmen werden unzureichend reflektiert.

(Hackmann/Moog 2008: 8 ff., 2010: 119 ff.). Die künftig professionell zu versorgenden Pflegebedürftigen werden bei Hackmann (2010) gemäß der heutigen Inanspruchnahmerelation auf stationäre und ambulante Einrichtungen verteilt (Hackmann 2010: 236).

Ausgehend von diesem Bedarf ermittelt Hackmann die tatsächlich auftretende Zahl an Altenpflegekräften als Gleichgewicht zwischen Arbeitsnachfrage- und Arbeitsangebotsfunktion: In der Arbeitsnachfragefunktion wird der aus dem Bedarfsanstieg resultierende, positive Nachfrageeffekt nach »Altenpflegekräften« abgeleitet, wobei die Pflegeintensitäten (dargestellt als öffentliche Realausgaben pro Kopf) im Modell konstant gehalten werden. Gegenläufig zum positiven Nachfrageeffekt wirkt der in einer Arbeitsangebotsfunktion ermittelte »Angeboteffekt«. Dort werden der demografisch bedingte Rückgang des Arbeitsangebots und die Erwerbsbeteiligung der weiblichen Erwerbspersonen im Alter von 35 bis 55

<sup>5</sup> Zu den ambulanten Einrichtungen zählen Arztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe und sonstige ambulante Einrichtungen (Zahnarztpraxen, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, ambulante Pflege, sonstige ambulante Einrichtungen). Zu den stationären Einrichtungen zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und sonstige stationäre Einrichtungen (stationäre/teilstationäre Pflege) (ebd.: 20).

<sup>6</sup> Als »Eintrittswahrscheinlichkeit« der AbsolventInnen in die o.g. Gesundheitseinrichtungen wird das heutige Verhältnis von Krankenpflege(hilfs)kräften in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Krankenpflege(hilfs)kräften in allen Wirtschaftszweigen zugrunde gelegt (ebd. 30).

<sup>7</sup> Unter der Annahme, dass sich die Zunahme an Altenpflegekräften gemäß der Zunahme an professionell zu versorgenden Pflegefällen entwickelt.

Jahren (als zentrale Beschäftigtengruppe in der »Altenpflege«), die Arbeitslosenquote bei den Frauen und der Reallohn weiblicher Vollzeitpflegekräfte als Faktoren berücksichtigt. Die entsprechenden Entwicklungen der Jahre 1975 bis 2004 werden zugrunde gelegt und auf die künftigen Bedingungen fortgeschrieben (ebd.: 237 ff.).

Die Berechnungen ergeben, dass der Bedarf an Altenpflegevollzeitkräften von 316.000 im Jahr 2007 auf 850.000 (stationär: 640.000; ambulant: 210.000) im Jahr 2050 ansteigen dürfte.<sup>7</sup> Allerdings wird entsprechend des Zeitreihenmodells im Jahr 2050 nur ein Angebot von 420.000 Altenpflegekräften (VZÄ) realisiert sein (ebd. 240). Es ergibt sich eine Lücke von 430.000 Altenpflegekräften (VZÄ), bzw. eine Verschlechterung der Versorgungsqualität, da zu erwarten ist, dass das Betreuungsverhältnis von Pflegevollzeitkraft zu Pflegefall um etwa 50% sinkt (ebd.: 240).

Auch Hackmann unternimmt weitere Berechnungen zu Gestaltungsperspektiven im Umgang mit dieser Lücke. Er greift hier die Berufsverweildauer von Altenpflegekräften heraus. Diese liegt im Schnitt bei 8,4 Jahren, wobei examinierte »Altenpflegekräfte« mit einer mindestens einjährigen, registrierten Ausbildung eine deutlich höhere Berufsverweildauer (12,7 Jahre) gegenüber un- und angelernten Kräften (7,9 Jahre) aufweisen. Durch eine Angleichung der Verweildauer aller »Altenpflegekräfte« an die Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte würden modellgemäß 260.000 zusätzliche Vollzeitkräfte zur Verfügung stehen und könnte die Lücke auf 170.000 Vollzeitkräfte reduziert werden (ebd.: 241 ff.).

## Wirkungen einer Verschiebung der Inanspruchnahme von Langzeitpflegeleistungen

Ferner wurden einige Studien durchgeführt, in denen der künftige Bedarf an Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen prognostiziert wird (Pohl 2011; Hackmann/Moog 2010; Popp 2011; Schnabel 2007; Blinkert/Klie 2001, Enste/Pimpertz 2008). Ein Teilaspekt, der dabei Beachtung gefunden hat, vermag die Befunde der vorgestellten Analysen zu ergänzen: Das sind Auswirkungen einer veränderten Inanspruchnahme von

Pflegegeld, ambulanter Pflege und Pflegeheim auf den Bedarf an Pflegekräften.

Pohl (2011a) berechnet den Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen auf Basis der Prognose der Leistungsanspruchnahme des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009: 291 ff.).

## Examinierte Pflegekräfte haben eine deutlich höhere Berufsverweildauer

Unterstellt wird dort, dass es durch die überproportionale Zunahme hochaltriger Pflegebedürftiger zu einer Leistungsverlagerung in den stationären Bereich kommt. Im SVR-Modell wird angenommen, dass die informelle Pflege gemäß der steigenden Zahl Pflegebedürftiger jedoch ebenfalls weiter zunimmt. Diesem stellt Pohl ein Szenario zur Seite, bei dem die Zahl der Pflegegeldempfänger bis zum Jahr 2030 konstant auf dem Niveau des Jahres 2007 verbleibt.

Aus dem relativen Bedeutungsverlust von Pflegearrangements ohne Unterstützung durch professionelle Dienste würde nochmals ein zusätzlicher Bedarf an 140.000 (Status Quo) bzw. 92.000 (Morbiditätskompression) Vollzeitstellen in SGB XI-Einrichtungen bis zum Jahr 2030 erwachsen. Nach Schnabel (2007) wird bei einem »Heimsog«-Szenario (wie bei Häcker/Raffelhüschen 2006 dargestellt)<sup>8</sup> ein zusätzlicher Mehrbedarf von 450.000 Vollzeitstellen bis zum Jahr 2050 gegenüber einer gleichmäßigen Weiterentwicklung der Leistungsanspruchnahme ausgelöst.

Wie bereits dargestellt, wird bei allen Szenarien von Hackmann und Moog (2008/2010) eine Abnahme des informellen Pflegepotenzials berücksichtigt. Auf Basis der ermittelten künftig professionell versorgten Pflegebedürftigen werden dann drei verschiedene Ausprägungen des künftigen Verhältnisses ambulanter und stationärer Pflegeleistungen betrachtet. Aufgrund der vorangestellten Adjustierung fällt der Unterschied der geänderten Leistungsanspruchnahme mit knapp 200.000 Vollzeitstellen bis 2050 geringer aus.

Nun macht das Pflegepersonal nur einen, wenn auch größeren Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen aus, sodass in den obigen Zahlen beispielsweise auch Haus-

wirtschafts- und Verwaltungskräfte eingeschlossen sind. Lediglich *Blinkert und Klie (2001)* haben ausschließlich festangestellte examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte<sup>9</sup> betrachtet. Danach liegt der Unterschied zwischen der ausschließlich altersadjustierten Inanspruchnahme und dem Szenario sinkenden informellen Pflegepotentials bei 138.000 Pflegevollkräften bis zum Jahr 2050. Ein gegenübergestelltes Szenario »verbesserte Vereinbarkeit«, das eine deutliche Ausweitung ambulanter gegenüber stationärer Versorgung modelliert, ergibt sogar den von allen Szenarien geringste Bedarf an examinierten Pflegekräften.

## 3 Diskussion der Studien unter Versorgungsgesichtspunkten

Wie sichtbar geworden sein sollte, werden in den vorgestellten Studien unterschiedliche Ausschnitte des Pflegearbeitsmarktes betrachtet, unterschiedliche Projektionsmodelle eingesetzt und außerdem jeweils unterschiedliche Einflussfaktoren auf Bedarf, Nachfrage und Angebot an Pflegekräften berücksichtigt. Infolgedessen variiert das Ausmaß des jeweils diagnostizierten Fachkräftemangels deutlich. Obschon die Modelle durchaus komplex angelegt sind, fehlt es zudem teilweise an Methodentransparenz und auch an Eindeutigkeit bei den gewählten Begrifflichkeiten. Betrachten wir dies noch einmal für die einzelnen Studien.

### Berufsfeld Pflege

Zunächst ist festzustellen, dass lediglich Afentakis und Maier (2010) Daten zu den Beschäftigten in allen Pflegeberufen und ihren zentralen Einsatzbereichen (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst) einbeziehen. Eine Beschränkung auf Teilausschnitte des Pflegearbeitsmarktes, wie sie die anderen Studien charakterisiert,

8 in Szenario 4 Variante B

9 Unberücksichtigt bleiben geringfügig Beschäftigte und andere, teilweise an der Pflege beteiligte Berufsgruppen. Die Autoren verwenden als Datenbasis die Infratest von 1998; sie schreiben die dort ermittelten Personalquoten fort (ebd.: 73 f.). Wie aktuelle Ergebnisse zeigen, sind die stationären Personalquoten jedoch angesichts der Verdichtung von Versorgungsbedarfen im Heim seither deutlich angestiegen (Schmidt/Schneekloth 2011: 143).

mag für Detailfragen interessant sein, doch erlauben sie keine Globalaussagen zum Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland. Denn teilweise kommt es zu Überschneidungen und Substitution der einzelnen Pflegeberufsabschlüsse in der Versorgungspraxis. So machen

## **Erforderlich sind Studien, die die gesamte Pflege abdecken und nicht nur Teile einbeziehen.**

drei-jährig ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit 38% den größten Anteil des Pflegepersonals in ambulanten Pflegeeinrichtungen aus (Simon 2012: 39 f.). Auch obliegt ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen weder allein die »Altenpflege« (Stichwort: Junge Pflegebedürftige), noch sind sie beschränkt auf die Leistungserbringung nach SGB XI oder gar die Langzeitversorgung. Kurzum: erforderlich sind Studien, die die gesamte Pflege abdecken und nicht nur Teile einbeziehen. Denn eine vorausschauende Gesellschaftspolitik, die die Fachkräftesicherung in der Pflege zum Ziel hat, wird auf Daten zu allen relevanten Versorgungseinrichtungen und Pflegeberufen basieren müssen.

## **Ausdifferenzierung der Pflege bedarf differenzierter Datengrundlagen**

Der durchlaufenen und sich künftig fortsetzenden Differenzierung der pflegerischen Versorgung werden die Studien nicht gerecht. Der Beruf »Pflege« ist mittlerweile auf allen Qualifikationsstufen etabliert – angefangen bei angelehrten Kräften bis hin zu akademischen Abschlüssen. Hinzu treten horizontale Spezialisierungen. Vor allem akademische Qualifikationen bleiben in den Studien vollkommen unberücksichtigt. Damit wird ein veralteter Status quo in die Zukunft projiziert. Dies ist in künftigen Studien anders anzulegen.

Der Klärung bedarf auch, was eigentlich unter dem Stichwort »Fachkräftemangel in der Pflege« verhandelt wird und künftig werden soll. Dies ist keineswegs einfach, da konkurrierende Auslegungen des Fachkraftbegriffs nebeneinander stehen und die Versorgungssektoren »Akutpflege« und »Langzeitpflege« unterschiedlichen

Traditionen entstammen. Sicherlich werden Pflegeexperten gemeinhin Pflegekräfte mit einer dreijährigen (bzw. gleichgestellten) Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder dem Altenpflegegesetz als Fachkräfte verstehen. Dies darf wiederum nicht damit verwechselt werden, dass in Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI (wie den neueren Bestimmungen zur Fachkraftquote in Pflegeeinrichtungen auf Landesebene) auch

weitere Berufsabschlüsse jenseits der Pflege (z. B. Ergotherapeut/-in; Fachhauswirtschafter/-in) hinzu gezählt werden. Unter Arbeitsmarktexperten gilt hingegen als »Fachkraft«, wer eine anerkannte Ausbildung oder ein Hochschulstudium absolviert hat (z. B. Werner et al. 2004). Hier sind Akademiker sowie auch entsprechend examinierte Pflegehelferberufe eingeschlossen.

Speziell in Pflegeeinrichtungen ist traditionell ein recht hoher Anteil an- und ungelernter (bzw. »berufsfremder«) Beschäftigter an der pflegerischen Versorgung beteiligt. So hat 40,6% des Pflegepersonals in Pflegeheimen keine Pflegeausbildung, in ambulanten Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil bei 23,9% (Simon 2012: 42). Hingegen hat knapp 92% des Pflegepersonals in Krankenhäusern eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert (ebd.: 37). Ein genereller Ausschluss der an- und ungelernten Pflegekräfte und Reduktion der Diskussion auf »tatsächliche Fachkräfte« in ordnungsrechtlicher Betrachtung greift daher zu kurz.

Exemplarisch zeigt dies, dass künftig weitere Studien benötigt werden, die von einer differenzierteren Betrachtung des vorhandenen Spektrums an Qualifikationen ausgehen und dabei sowohl an- und ungelernte Pflegekräfte in die Analyse einbeziehen wie auch dem begonnenen Umbau der Pflege zu einem modernen professionellen Dienstleistungsberuf, der in Teilen bereits akademisiert ist, Rechnung tragen. Die neue Klassifikation der Berufe 2010, die das Anforderungsniveau der Berufsstruktur stärker berücksichtigt, ist ein erster Fortschritt (Wiemer et al. 2010, BA 2011b). Detailliertere Daten zu Berufsabschlüssen des Pflegepersonals könnten durch die Verwendung von Teilstatistiken des Gesundheitswesens (Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und

Rehabilitationseinrichtungen und die Pflegestatistik) gewonnen werden (Simon 2011, 2012).<sup>10</sup> Doch fehlt bislang eine Datenbasis zum Pflegepersonal, die eine umfassende Berichterstattung und Analyse ermöglichen würde.

## **Bedarfsbestimmung in einem sich wandelnden Versorgungssystem**

Auch die Datengrundlagen zur Entwicklung des künftigen professionellen pflegerischen *Versorgungsbedarfs* sind wenig zufriedenstellend. So spiegelt die Entwicklung der Krankenhausfälle weder den Aufgabenzuwachs in der Pflege im Krankenhaus (ausgelöst durch die Verkürzung der Verweildauer, Einführung der DRG's und Personalabbau) noch die Anforderungsveränderungen im ambulanten Sektor (Stichwort Ambulantisierung, Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen mit komplexem Versorgungsbedarf) wieder. Die Prognosen des Bedarfs an Langzeitpflege wiederum werden angesichts des Konsenses darüber, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff unzureichend ist und der Erweiterung bedarf, in absehbarer Zeit eine Revision erfahren müssen. Daraus wird zu prüfen sein, ob bei der Bedarfsbestimmung ergänzende Daten zur Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung hinzugezogen werden können.

Ein weiterer Umstand sollte künftig Beachtung finden: Es ist sattsam bekannt, dass die Pflege nicht erst infolge jüngerer Arbeitsmarktengpässe und Personalrekrutierungsprobleme von personeller Unterausstattung betroffen ist – Stichwort: Rationalisierungsdruck im Krankenhaussektor und Pflegeheimen, Arbeitsverdichtung in der Pflege (Simon 2008, Schaeffer/Wingenfeld 2008). Eine (quantitative wie qualitative) Unterausstattung in der Pflege geht auf Kosten der Arbeitsplatz- und der Versorgungsqualität und kann daher keine geeignete Berechnungsgrundlage für die künftige Bedarfsentwicklung sein.

Beispielsweise hat Popp (2011) einen anderen Zugang gewählt, indem er Personalrichtwerte des stationären Sektors

<sup>10</sup> Konkrete Aussagen zu Einzelberufsabschlüssen, sind im Zeitrahmen von kurzfristigen Bedarfsprognosen und Monitorings sicherlich sinnvoller aufgehoben. Langfristige Prognosen zur Bedarfsentwicklung in einem Einzelberuf aber sind angesichts der vielen Unbekannten, mit denen sie operieren, weniger geeignet.

aus Baden-Württemberg für die Berechnung der Bedarfsentwicklung eingesetzt hat. Die Bestimmung des heutigen und

## **Eine Unterausstattung in der Pflege geht auf Kosten der Arbeitsplatz- und der Versorgungsqualität.**

künftigen Bedarfs an Pflegekräften ist – soll wirklich der Bedarf leitend sein und nicht die Fortschreibung eines vielleicht unzureichenden Versorgungssystems – auf methodisch und fachlich überzeugende Personalbemessungsverfahren verwiesen, die über verschiedene Zugänge ermittelt werden können (Personalzufriedenheit, Patientenbedarf, Outcomes etc.) (z. B. Wingenfeld 2010; Busse et al. 2009).

## **Stärkung der Pflege: Qualifizierungsmöglichkeiten und Verbesserung der Arbeitsbedingungen als Schlüsselfaktoren**

Trotz methodischer Mängel weisen die Prognoseergebnisse jedoch insgesamt darauf, dass das Thema »Fachkräftemangel« bzw. Personalressourcen in der Pflege ein künftigbrisantes Problem ist. Dies gilt um so mehr, als der demografische Wandel in den kommenden Jahren an Tempo zulegen und dies neben weiteren Steigerungen der Lebenserwartung auch Schattenseiten wie die voranschreitende Zunahme chronischer Krankheiten und auch von Pflegebedürftigkeit mit sich bringen wird – Zeit also, das Thema auch politisch intensiver als bislang aufzugreifen, dabei perspektivische Verengungen und Verkantungen zu überwinden und nach zukunftsfähigen, d. h. nach vorn und nicht zurück weisenden Lösungen zu suchen.

Um dem zu erwartenden Fachkräftemangel zu begegnen ist notwendig, künftig mehr in die Professionalisierung der Pflege und das heißt u. a. in internationalen Standards entsprechende Qualifikationsmodelle zu investieren. Dass es dabei zuallererst um Höherqualifizierung und Förderung der in Deutschland zeitlich erheblich verzögert begonnenen Akademisierung gehen muss – darüber besteht europaweit Konsens und wird nur hierzulande zyklisch neu hinterfragt. Allzu rasch wird die Lösung in Deutschland in geringerer Qualifizie-

rung gesucht, wenn es um die Fachkräfteicherung in der Pflege geht. Das zeigt sich momentan beispielsweise an der

Diskussion des EU-Vorschlags, bei Kranken- und Altenpflegern künftig eine 12-jährige Schulbildung vorauszusetzen. In 25 EU-Ländern ist dies bereits Realität. Nur zwei Länder scheren aus, eines davon ist Deutschland (EFN 2012). Da-

mit wird nicht nur eine problematische Sonderrolle weiter festgeschrieben, auch Imageverbesserungen, die vielerorts als Ausweg aus dem Fachkräftedilemma diskutiert werden, dürften so nicht erreicht werden können.

Zugleich sind weitere, auf Integration und größere Durchlässigkeit ziellende Reformen der Berufsausbildung erforderlich. Die geplante gemeinsame Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften ist ein Schritt in die richtige Richtung, da sie Übergänge zwischen den Pflegeberufen erleichtert und eine größere Flexibilität ermöglicht (Robert Bosch Stiftung 2001; Klaes et al. 2008: 22). Denn unter den Bedingungen knappen oder fehlenden Pflegekräfteangebots werden nicht nur Arbeitgeber innerhalb eines Sektors verstärkt um Pflegekräfte konkurrieren, sondern dürfte sich auch die Konkurrenz zwischen den Sektoren (ambulant-stationär, Akutversorgung-Langzeitversorgung) verschärfen. Berufsbildungsexperten betonen schon lange, dass die *Abkehr* vom starren Prinzip des Einzelberufs einen wesentlichen Beitrag zur Fachkräfteicherung leisten kann. Grundgedanke der Modularisierung ist es, dass an eine Grundausbildung in einem Schlüssel- und Querschnittsbau, hier der »Pflege«, Weiterqualifikation und Spezialisierung flexibel anknüpfen können (z. B. Rothe 2008: 333 ff.). Das eröffnet nicht nur den Beschäftigten verbesserte berufliche Entwicklungschancen, sondern verbessert die Reagibilität des Arbeitsmarkts an geänderte Anforderungen.

Darüber hinaus sind Veränderungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege erforderlich. Dies zeigen u. a. vorliegende Befunde zur Arbeitsplatzqualität in der Pflege, die in manchen Regionen bzw. Einrichtungen problematisch ist und dann in Gesundheits- und Krankheitsproblemen, Burn-Out, einem höheren Krankenstand und mangelnder

Attraktivität der Pflegeberufe mündet (Badura et al. 2005; Grabbe et al. 2005; Berger et al. 2003; Grabbe et al. 2006).<sup>11</sup>

Schlechte Arbeitsbedingungen wirken sich doppelt problematisch aus: Mit ihnen sinkt nicht nur das Interesse, den Beruf »Pflege« zu ergreifen und darin zu verweilen. Sie führen auch zu schlechteren Arbeitsergebnissen und gefährden die Versorgungsqualität (Aiken et al. 2011; Isfort et al. 2011; Needleman et al. 2011; McHugh et al. 2011).

Angesichts der angedeuteten strukturellen Probleme des »Arbeitsplatz Pflege« ist es wenig sinnvoll, allein auf Imagekampagnen zu setzen und diese losgelöst von Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualifizierung in der Pflege anzugehen. Vielmehr ist notwendig, nachhaltige berufliche Entwicklungsperspektiven und Professionalisierungsmöglichkeiten in der Pflege zu eröffnen. Dies bedeutet auch, verstärkt darüber nachzudenken, wie eine attraktive Aufgaben- und Verantwortungsteilung im Professionenmix »auf Augenhöhe« entwickelt werden kann (Kuhlmey et al. 2011).

Abschließend ist festzuhalten: Der erwartete Fachkräftemangel ist kein schicksalhaftes Phänomen. Dem rasant wachsenden Bedarf an Pflege mit geeigneten Konzepten zu entsprechen, ist eine gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe, die proaktiver Politik bedarf. Dabei steht nicht allein zur Diskussion, ob genügend Kräfte ausgebildet werden, sondern wie und wofür sie ausgebildet

## **Notwendig sind nachhaltige berufliche Entwicklungsperspektiven und Professionalisierungsmöglichkeiten in der Pflege.**

werden und ob bessere Bedingungen für die Pflege möglich sind – im privaten wie im beruflichen Kontext. Die Stärkung der Professionalisierung der Pflege ist dazu eine zentrale Voraussetzung. ■

<sup>11</sup> Dies illustrieren Daten aus dem Krankenhaussektor: Etwa ein Viertel der dort tätigen Pflegekräfte im Alter zwischen 30 und 39 Jahren denkt »oft« oder »sehr oft« über die Aufgabe des Berufs nach und ebenfalls gut 25% aller Pflegekräfte im Krankenhaus – bei den über 50-Jährigen sogar jeder Dritte – gibt an, dass die Arbeit »auslaugt« (Grabbe et al. 2005: 48–51)

## Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010):** Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, Nr. 11, 990–1002
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Clarke, S./Poghosyan, L./Cho, E./You, L./Finlayson, M./Kanai-Pak, M./Aungsuroch, Y. (2011):** Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care* 23, Nr. 4, 357–364
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2011a):** Arbeitsmarktberichterstattung. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
- BA – Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2011b):** Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
- Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.) (2005):** Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer
- Berger, J./Nolting, H.-D./Genz, H.O./Küfner, S./Nienhaus, A. (2003):** BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW, DAK
- Blinkert, B./Klie, T. (2001):** Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Freiburg
- Blinkert, B./Klie, T. (2004):** Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt* 53, Nr. 11–12, 319–325
- Blinkert, B./Klie, T. (2006):** Die Zeiten der Pflge. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 202–210
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011):** Fachkräfte sicherung – Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung. Berlin: BMAS
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011):** Berufsbildungsbericht 2011. Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Busse, R./Zander, B./Blümel, M. (2009):** Entwicklung eines zuverlässigen Prognosemodells zur Pflegebedarfsplanung: Registered Nurse Forecasting. *Pflegezeitschrift* 62, Nr. 10, 610–611
- Christensen, K./Doblhammer, G./Rau, R./Vaupel, J.W. (2009):** Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374, Nr. 9696, 1196–1208
- Dederaling, H./Schweres, M. (2009):** Der drohende Fachkräftemangel und die Notwendigkeit einer neuen Bildungsexpansion. *Die berufsbildende Schule* 61, Nr. 1, 9–17
- Doblhammer, G./Kreft, D. (2011):** Länger leben, länger leiden? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54, Nr. 8, 907–914
- Doblhammer, G./Ziegler, U. (2010):** Care Need Projections by Marital Status and Childlessness for Germany 2000–2030 based on the FELICIE Project. In: Doblhammer, G./Scholz, R. (Hg.): Ageing, Care Need and Quality of Life. The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 163–174
- Isfort, M./Weidner, F./Neuhaus, A./Brühe, R./Kraus, S./Köster, V./Gehlen, D. (2011):** Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. *Pflege & Gesellschaft* 16, Nr. 1, 5–19
- Klaes, L./Schüler, G./Reiche, R./Raven, U./Weidner, F./Rottländer, R./Schwager, S./Isfort, M. (2008):** Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
- Kleina, T./Wingenfeld, K. (2007):** Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Po7-135. Bielefeld: IPW
- Kroll, L.E./Ziese, T. (2009):** Kompression oder Expansion der Morbidität? In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut
- Kuhlmeij, A./Höppner, K./Schaeffer, D. (2011):** Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 661–679
- McHugh, M./Kutney-Lee, A./Cimiotti, J.P./Sloane, D.M./Aiken, L.H. (2011):** Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs* 30, Nr. 2, 202–210
- Motel-Klingebiel, A./Tesch-Roemer, C./Kondratowitz, H. J. v. (2005):** Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society* 25, Nr. 6, 863–882.
- Needleman, J./Buerhaus, P./Pankratz, S./Leibson, C.L./Stefens, M.S./Harris, M. (2011):** Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *New England Journal of Medicine* 364, Nr. 11, 1037–1045
- Nowossadeck, E. (2010):** Morbiditätsprognosen auf Basis von Bevölkerungsprognosen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53, Nr. 5, 427–434
- Oorschot, W. v./Arts, W. (2005):** The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. *Journal of European Social Policy* 15, Nr. 1, 5–26.
- Ostwald, D.A./Ehrhard, T./Bruntsch, F./Schmidt, H./Friedl, C. (2010):** Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt: Pricewaterhouse Coopers

## Literatur

- Pohl, C. (2011):** Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. Pflege & Gesellschaft 16, Nr. 1, 36–52
- Popp, M. (2011):** Die Pflegeversicherung – Stand, Probleme und Prognose. Hamburg: Verlag Dr. Kovac
- Renteln-Kruse, W.v. (2008):** Krankenhausversorgung alter Menschen. In: Kuhlmeij, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber, 320–333
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2001):** Pflege neu Denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer
- Rothe, G. (2008):** Berufliche Bildung in Deutschland. Karlsruhe: Universitätsverlag Karlsruhe
- Runde, P./Giese, R./Kaphengst, C./Hess, J. (2009):** Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. AOK-Trendbericht Pflege II. Hamburg: Universität Hamburg Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung
- Schaeffer, D. (i.E.):** Professionalisierung der Pflege- Verheißenungen und Realität XXXX
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008):** Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeij, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber, 352–369
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2008):** Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. Pflege & Gesellschaft 13, Nr. 4, 293–305
- Schmidt, M./Schneekloth, U. (2011):** Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Schnabel, R. (2007):** Zukunft der Pflege. INSM-Studie. Verfügbar unter: <http://www.insm.de/insm/Presse/Pressemeldungen/Studie-zur-Zukunft-der-Pflege-in-Deutschland.html> (14.6.2011)
- Schulz, E. (2010):** Projection of Care Need and Family Resources in Germany. In: Doblhammer, G./Scholz, R. (Hg.): Ageing, Care Need and Quality of Life. The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61–81
- Simon, M. (2008):** Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover. Verfügbar unter: [www.boeckler.de/pdf\\_fof/S-2008-116-4-1.pdf](http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf) (19.4.2011)
- Simon, M. (2011):** Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999–2009. Pflege & Gesellschaft 16, Nr. 4, 339–372
- Simon, M. (2012):** Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover.
- Statistische Ämter – Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009):** Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Presseexemplar. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, BT-Drs. 16/13770 vom 2.7.2009.
- Unger, R./Müller, R./Rothgang, H. (2011):** Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Gesundheitswesen 73, Nr. 5, 292–297
- Wiemer, S./Schweitzer, R./Paulus, W. (2011):** Die Klassifikation der Berufe 2010 – Entwicklung und Ergebnis. Wirtschaft und Statistik, März 2011, 274–288
- Wingenfeld, K. (2008):** Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeij, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 370–381
- Wingenfeld, K. (2010):** Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt: »Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle«. Bielefeld



Das Buch ist eine „Magna Charta“ für Krankenhauspatienten. Es offenbart zentrale Mängel in der gegenwärtigen Versorgung. Durch ein neues System soll Patientenzufriedenheit für jeden Patienten täglich in jedem deutschen Krankenhaus möglich werden.

Weitere Informationen: [www.nomos-shop.de/13992](http://www.nomos-shop.de/13992)

### Patientenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern

Von Edwin H. Buchholz

2011, 255 S., brosch., 39,- €

ISBN 978-3-8329-6902-8



**Nomos**