



**Oliver Ehrentraut, Tobias Hackmann
Lisa Krämer, Sabrina Schmutz**

Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen

gute gesellschaft –
soziale demokratie
#2017plus

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

gute gesellschaft – soziale demokratie #2017 plus

EIN PROJEKT DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG
IN DEN JAHREN 2015 BIS 2017

Was macht eine Gute Gesellschaft aus? Wir verstehen darunter soziale Gerechtigkeit, ökologische Nachhaltigkeit, eine innovative und erfolgreiche Wirtschaft und eine Demokratie, an der die Bürger_innen aktiv mitwirken. Diese Gesellschaft wird getragen von den Grundwerten der Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität.

Wir brauchen neue Ideen und Konzepte, um die Gute Gesellschaft nicht zur Utopie werden zu lassen. Deswegen entwickelt die Friedrich-Ebert-Stiftung konkrete Handlungsempfehlungen für die Politik der kommenden Jahre. Folgende Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- Debatte um Grundwerte: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität;
- Demokratie und demokratische Teilhabe;
- neues Wachstum und gestaltende Wirtschafts- und Finanzpolitik;
- Gute Arbeit und sozialer Fortschritt.

Eine Gute Gesellschaft entsteht nicht von selbst, sie muss kontinuierlich unter Mitwirkung von uns allen gestaltet werden. Für dieses Projekt nutzt die Friedrich-Ebert-Stiftung ihr weltweites Netzwerk, um die deutsche, europäische und internationale Perspektive miteinander zu verbinden. In zahlreichen Veröffentlichungen und Veranstaltungen in den Jahren 2015 bis 2017 wird sich die Stiftung dem Thema kontinuierlich widmen, um die Gute Gesellschaft zukunftsfähig zu machen.

Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

www.fes-2017plus.de

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Dr. Oliver Ehrentraut leitet den Bereich „Volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Grundsatzfragen“ der Prognos AG in Freiburg.

Dr. Tobias Hackmann ist als Projektleiter bei der Prognos AG im Bereich „Volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Grundsatzfragen“ tätig.

Lisa Krämer ist Beraterin im Bereich „Volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Grundsatzfragen“ der Prognos AG.

Sabrina Schmutz ist als Beraterin im Bereich „Volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Grundsatzfragen“ der Prognos AG tätig.

**Oliver Ehrentraut, Tobias Hackmann
Lisa Krämer, Sabrina Schmutz**

Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen

2		VORWORT
3	1	EINLEITUNG
4	2	STATUS QUO UND PERSPEKTIVEN IN DER PFLEGE
4	2.1	Pflegebedürftigkeit
4	2.1.1	Pflegestufen, Versorgungsformen und Pflegequoten
5	2.1.2	Prognose der Pflegebedürftigkeit bis 2030
6	2.2	Pflegekräftebedarf
8	2.3	Pflegekräfteangebot
8	2.3.1	Arbeitszeitumfang, Versorgungsformen und Tätigkeitsbereiche
10	2.3.2	Auszubildende und Absolvent_innen in der Pflege
11	2.3.3	Arbeitsbedingungen und Entlohnung der Pflegekräfte
12	2.4	Angebot und Nachfrage 2030
12	2.5	Finanzierung der SPV
13	2.5.1	Grundlagen
13	2.5.2	Prognose der Beitragssätze bis 2030
14	2.6	Was passiert, wenn nichts passiert?
16	3	MODELLIERUNG VON LÖSUNGSANSÄTZEN (MODUL 3)
16	3.1	Lösungsweg 1 (angebotsseitig): „Vorfahrt für Pflege“
17	3.2	Lösungsweg 2 (nachfrageseitig): „Pflege optimal gestalten“
19	3.3	Zwischenfazit
20	4	HANDLUNGSOPTIONEN UND POLITIKEMPFEHLUNGEN
20	4.1	Auswahl der zentralen Handlungsfelder
20	4.2	Prioritäre Handlungsfelder
20	4.2.1	Nachfrageseite
24	4.2.2	Angebotsseite
27	4.3	Zwischenfazit
28	5	FAZIT UND AUSBLICK
30		Tabellenverzeichnis
30		Abbildungsverzeichnis
31		Literatur- und Datenverzeichnis

VORWORT

Die Frage nach der zukünftigen Richtung der Pflegepolitik hat in der gegenwärtigen Legislaturperiode einen großen politischen Stellenwert bekommen. Die ersten beiden Pflegestärkungsgesetze (PSG) haben Gesundheitspolitiker_innen intensiv beschäftigt, ebenso wie die Diskussion um die neue Rolle der Kommunen in der Pflege und Fragen der Ausbildung in Pflegeberufen. Kurz: Pflegepolitik wurde in der großen Koalition nicht auf die lange Bank geschoben, sondern hat einen angemessenen Stellenwert bekommen.

Nichtsdestotrotz zwingt der demografische Wandel absehbar zu weiteren Reformen. In Zukunft wird die Zahl der Pflegebedürftigen stark ansteigen und es wird schwierig werden, eine ausreichende Zahl von Pflegefachkräften zu mobilisieren. Die Frage ist, wie Politik und Gesellschaft darauf reagieren. Dabei gibt es viele Gestaltungsoptionen. Lediglich der alte Pfad mit einem großen Anteil familiärer und informeller Pflege scheint keine Zukunft mehr zu haben.

Die Autor_innen der vorliegenden Studie gehen in ihrer Prognose davon aus, dass der anvisierte Personalbedarf in der Pflege zukünftig nicht gedeckt werden kann und skizzieren – aufbauend auf dieser Annahme – verschiedene Optionen für eine zukünftige Pflegepolitik. Dieser Ansatz ist hilfreich, denn er zwingt über neue und unkonventionelle Ideen nachzudenken und alte Annahmen zu hinterfragen.

Wie soll die Pflegepolitik der Zukunft aussehen?

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) arbeitet bereits seit vielen Jahren an dieser Frage. Regelmäßig werden dabei folgende Handlungsfelder identifiziert: Professionalisierung der Sorgearbeit innerhalb und außerhalb von Einrichtungen, lokale Verankerung und Steuerung der Pflegepolitik, Vernetzung mit angrenzenden Sektoren, ausreichende Finanzierung sowie Qualität und Personenzentrierung. Insbesondere die beiden letztgenannten Bereiche werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen müssen, wenn das solidarische Pflegesystem in der Gesellschaft auf Akzeptanz und Unterstützung stoßen soll.

Trotz allem gibt es keinen Masterplan für eine gute Pflege. Es wird nur einzelne Schritte in die richtige Richtung geben, die mit den beteiligten Akteuren des Sektors ausgehandelt und umgesetzt werden müssen.

Wir freuen uns als Gesprächskreis Sozialpolitik der FES auch in Zukunft eine Dialogplattform zu diesen und anderen Fragen der Gesundheits- und Pflegesystems bieten zu können und hoffen, durch unsere Studien und wissenschaftliche Beiträge den Austausch im Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik anzuregen. Mehr Informationen zu aktuellen Veranstaltungen und Publikationen finden Sie im Internet unter www.fes.de/wiso.

Ich danke den Autor_innen der Studie sehr herzlich für die gute Zusammenarbeit, wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und freue mich über Ihr Feedback.

SEVERIN SCHMIDT

Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

1

EINLEITUNG

Die fortschreitende Alterung der deutschen Bevölkerung stellt die Pflegepolitik vor enorme Herausforderungen. Im demografischen Wandel nimmt auf der einen Seite die Pflegebedürftigkeit und damit die Zahl der zu pflegenden Menschen bis zum Jahr 2030 (und darüber hinaus) stetig zu. Auf der anderen Seite nimmt die Zahl der Personen im Erwerbsalter und damit der potenziellen Pflegekräfte ab. Bleibt der Anteil der professionellen Pflege in der ambulanten sowie insbesondere in der stationären Versorgung konstant, so zieht dies einen entsprechenden Personal- und Fachkräftebedarf nach sich. Darüber hinaus bedingt der Anstieg der Pflegebedürftigen einen wachsenden Finanzierungsbedarf.

Allerdings ist keinesfalls sichergestellt, dass die Pflege in Zukunft ohne gezielte pflegepolitische Eingriffe gewährleistet werden kann. Und dies ist nicht in erster Linie ein Finanzierungsproblem. Denn selbst wenn durch steigende Beiträge die Finanzierung der künftigen Versorgung theoretisch sichergestellt wäre, muss der Herausforderung einer potenziellen Arbeits- und Fachkräftelücke begegnet werden (Abbildung 1).

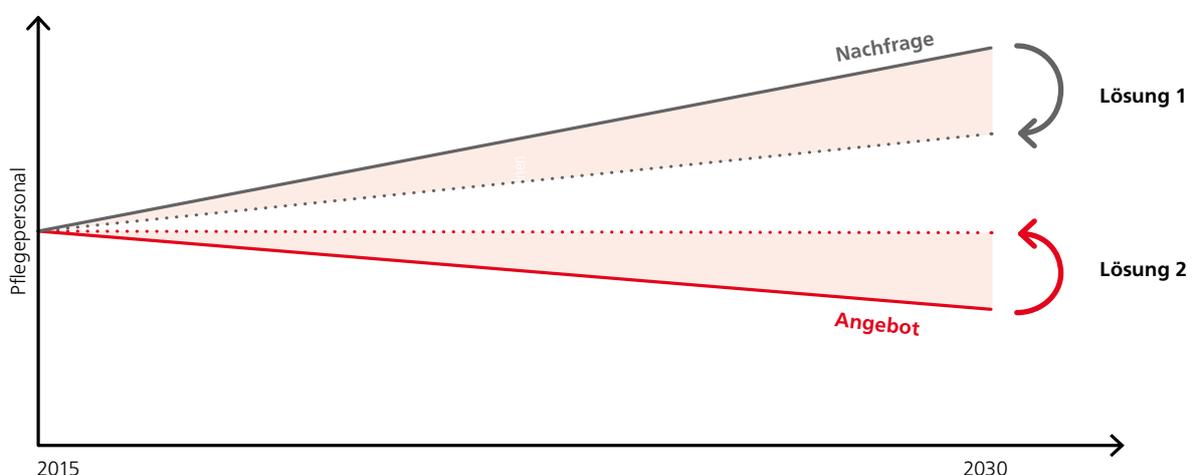
Die vorliegende Studie untersucht vor diesem Hintergrund die aktuelle Situation und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegearbeitsmarkts. Gleichzeitig wird dabei die Finanzierung der Pflege in den Blick genommen, da eine Diskussion über Reformoptionen nur sinnvoll geführt werden kann, wenn Klarheit über die zur Verfügung stehenden Res-

ourcen herrscht. Der zukünftige Finanzierungsbedarf für eine Versorgungssituation auf dem heutigen Qualitätsniveau spiegelt sich in Beitragsatzprognosen für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) wider. Implizit unterstellen diese Prognosen, dass der Personalbedarf für die Versorgung jederzeit gedeckt werden kann. Wenn aber die dafür notwendigen personellen Ressourcen in Zukunft nicht (oder nur eingeschränkt) zur Verfügung stehen, gilt es, die prognostizierten Mittel in ihrer Verwendung neu zu denken, um auch zukünftig mindestens das Versorgungsniveau von heute sicherstellen zu können (Kapitel 2).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird vor diesem Hintergrund sowohl ein angebotsseitiger als auch ein nachfrageseitiger Lösungsansatz modelliert und den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen gegenübergestellt (Kapitel 3). Auf Basis der modellierten Lösungsansätze werden anschließend konkrete Handlungsempfehlungen ausgearbeitet und direkt an die jeweiligen Akteure adressiert (Kapitel 4).

Die vorliegende Studie soll damit eine neue Argumentationslinie für die Finanzierung von Reformen in der Pflegepolitik aufzeigen und die Effekte zentraler Reformen auf der Angebots- wie auf der Nachfrageseite quantifizieren. Darüber hinaus werden die Anforderungen an einzelne Akteure zur Ausgestaltung der Pflegepolitik der Zukunft konkret benannt.

Abbildung 1
Entwicklung von Angebot an und Nachfrage nach Pflegekräften, 2015 bis 2030



Quelle: eigene Darstellung.

2

STATUS QUO UND PERSPEKTIVEN IN DER PFLEGE

Im Rahmen dieses Kapitels werden zunächst die aktuellen Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit und des Pflegepersonals dargestellt und für die kommenden 15 Jahre beleuchtet. Darüber hinaus werden Prognosen zur Entwicklung des Personalangebots in der Pflege und zur Finanzierung vorgestellt. Dazu werden verfügbare Statistiken (Pflegestatistik etc.) ausgewertet und eigene Modellrechnungen durchgeführt. Darüber hinaus erfolgt ein Blick in die relevante Forschungsliteratur, um bestimmte Charakteristika des Pflegemarkts genauer in den Blick zu nehmen und um die eigenen Prognosen einzuordnen.

2.1 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

2.1.1 PFLEGESTUFEN, VERSORGUNGSFORMEN UND PFLEGEQUOTEN

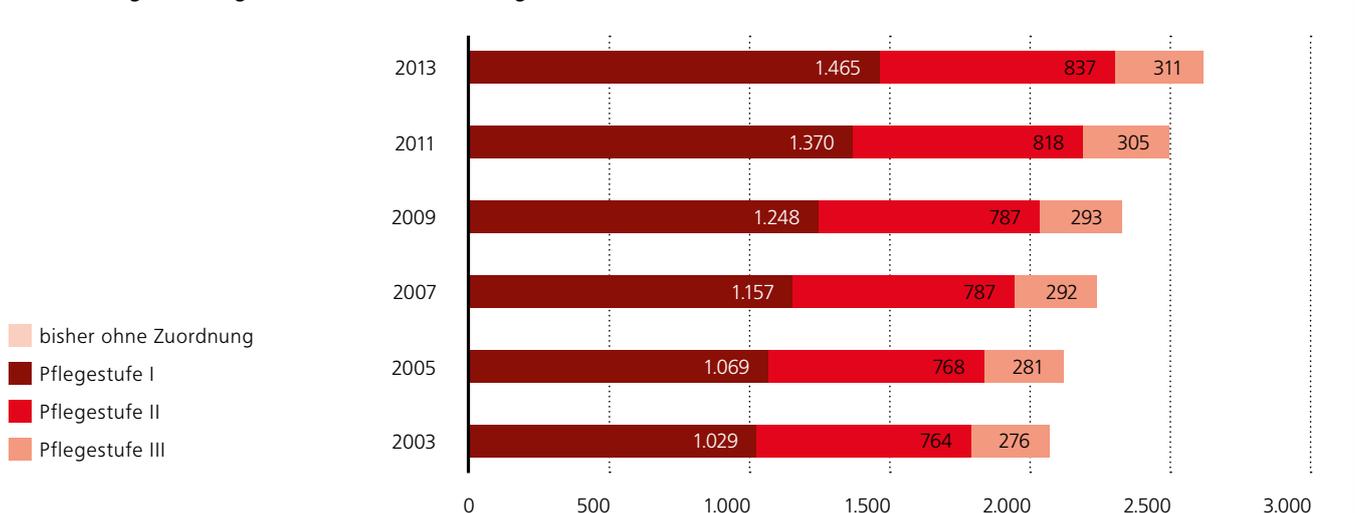
Die aktuellen Daten der Pflegestatistik für das Jahr 2013 weisen einen weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber dem letzten Erhebungsjahr 2011 aus (Statistisches Bundesamt 2015). Insgesamt waren 2013 2,63 Millionen Personen pflegebedürftig, das sind rund 125.000 mehr als noch im Jahr 2011. Prozentual ist der Anstieg gegenüber dem letzten Erhebungszeitpunkt mit etwa fünf Prozent jedoch deutlich schwächer ausgefallen als noch zwischen den Erhebungsjahren 2009 und 2011 (plus 7,0 Prozent).

Die Betrachtung der Entwicklung der Pflegebedürftigen **nach Pflegestufen** in Abbildung 2 zeigt dabei den deutlichsten Zuwachs in der Pflegestufe I, sowohl prozentual (plus 7,0 Prozent) als auch absolut (plus 95.400 Pflegebedürftige). In die Pflegestufe II wurden 2013 rund 18.500 Personen zusätzlich eingestuft (plus 2,3 Prozent), in die Pflegestufe III rund 6.000 Personen (plus 2,0 Prozent).

Bei Betrachtung der Verteilung der Pflegebedürftigen **nach Versorgungsformen**¹ zeigen sich über die letzten zehn Jahre nur relativ geringfügige Verschiebungen (Abbildung 3). Ein stabiler Trend scheint die Zunahme der ambulanten Versorgung (plus zwei Prozent) „zulasten“ der stationären Versorgung (minus zwei Prozent) zu sein. Obwohl die sozio-demografischen Veränderungen (geburtenbedingter Rückgang der potenziell pflegenden Kinder, zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie Rückgang der Zusammenlebendenswahrscheinlichkeiten) eher einen Anstieg der stationären Versorgung erwarten lassen, zeichnet sich damit in den letzten Jahren eher ein „Ambulantisierungstrend“ in der Altenpflege ab. Als ein Grund für die zunehmend ambulante Betreuung kann zudem die Möglichkeit der 24-Stunden-Pflege durch ausländische Haushaltshilfen genannt werden.

¹ Die Pflegestatistik unterscheidet zwischen der Versorgung allein durch Angehörige, der Versorgung durch ambulante Pflegedienste und der stationären Versorgung (voll- und teilstationär).

Abbildung 2
Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegestufen, 2003 bis 2013, in 1.000 Personen



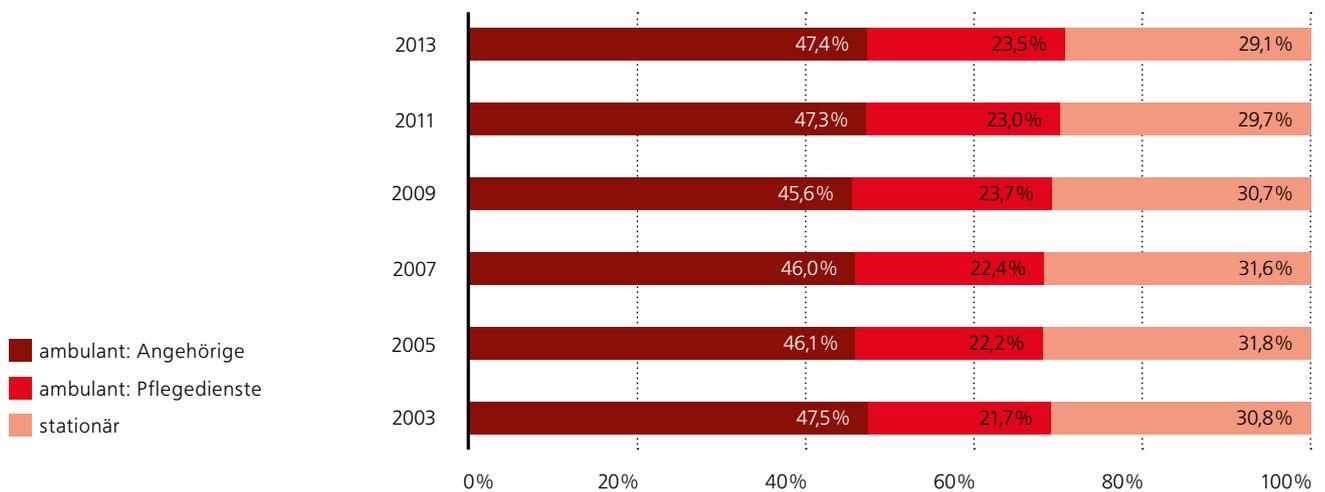
Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2015.

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Alter deutlich an (Abbildung 4). Während von den 70- bis 75-Jährigen lediglich fünf Prozent pflegebedürftig sind, liegt die Pflegequote bei den über 90-Jährigen bei 64 Prozent. Dabei liegt das Risiko bei Frauen (68 Prozent) im höheren Alter deutlich über dem der Männer (52 Prozent). Mit dem Alter steigt nicht nur das grundsätzliche Pflegerisiko an, sondern auch das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit und damit verbunden die Wahrscheinlichkeit, stationär in einem Heim versorgt werden zu müssen. Für die Zukunft lässt dies erwarten, dass sich die zuvor dargestellten Verteilungen der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen und Versorgungsformen im Zuge der fortschreitenden Alterung verschieben.

2.1.2 PROGNOSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT BIS 2030

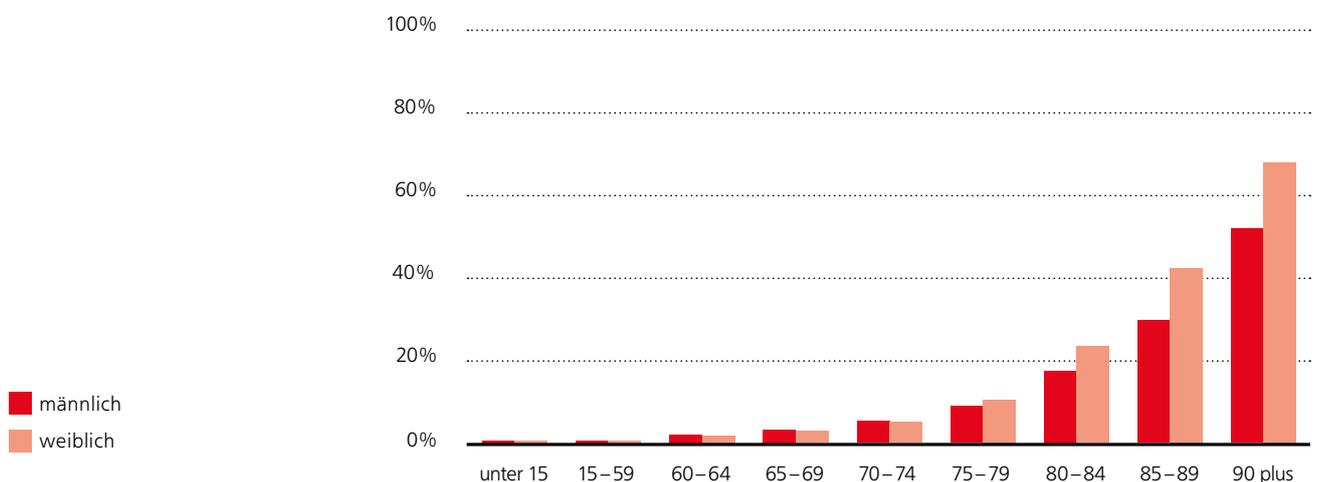
Zum Einfluss des demografischen Wandels, insbesondere der Alterung, auf die zukünftige Entwicklung der Pflegequoten gibt es verschiedene Thesen. Eine Möglichkeit ist, dass die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, mit zunehmendem Alter weiter zunimmt, wodurch die Zahl der Pflegebedürftigen überproportional ansteigen wird. Hinter dieser sogenannten **Medikalisierungsthese** steht die Annahme, dass die durch die steigende Lebenserwartung gewonnene Lebenszeit vermehrt in Krankheit/Pflege verbracht wird. Der Anteil kranker Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt im Ergeb-

Abbildung 3
Verteilung der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Versorgungsformen, 2003 bis 2013, in Prozent (inkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)



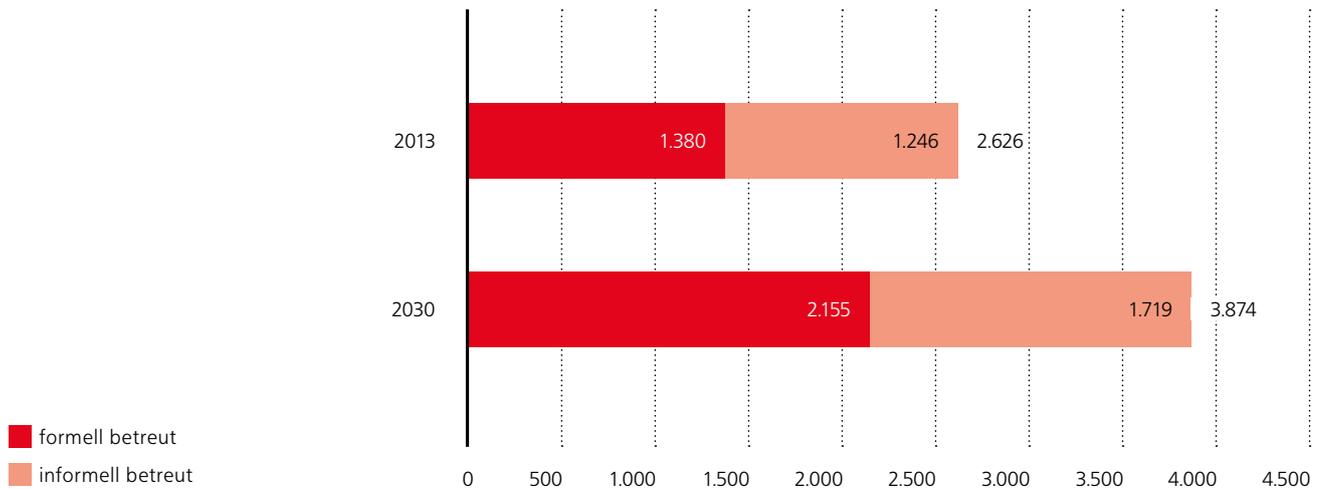
Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2015.

Abbildung 4
Pflegerisiko nach Altersgruppen und Geschlecht in Deutschland, 2013, in Prozent (inkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

Abbildung 5
Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen nach Betreuungsart (formell, informell), 2030, in 1.000 Personen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

nis zu. Den gegensätzlichen Ansatz hierzu stellt die **Kompressionsthese** dar: Die Zahl der in Krankheit/Pflege verbrachten Jahre sinkt gemäß dieser These bei steigender Lebenserwartung. Der Ausbruch von Erkrankungen wird im Lebensverlauf nach hinten verschoben. Eine höhere Lebenserwartung führt zu einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren. Die gemäßigte und in der Forschung meist verwendete **Status-quo-These** geht hingegen von einer konstanten Pflegewahrscheinlichkeit in der Zukunft aus.

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass die Prognosen zur Pflegebedürftigkeit stark von der jeweils unterstellten These abhängen. So errechnet eine Status-quo-Prognose des Statistischen Bundesamts (2010: 27) bis 2030 eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von heute 2,6 Millionen auf 3,4 Millionen Personen. Die Prognose unter der Annahme sinkender Pflegequoten (Kompressionsthese) kommt im selben Zeitraum lediglich auf eine Zahl von 3,0 Millionen Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt 20120: 30).

Die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten eigenen Berechnungen sind Status-quo-Prognosen, d. h., die Zahl der Pflegebedürftigen wird unter der Annahme konstanter Pflegequoten fortgeschrieben. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Entwicklungen und insbesondere der Verabschiedung des „Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung“ (PSG II) durch den Bundestag am 13.11.2015, werden jedoch zusätzliche Annahmen gesetzt, um die damit verbundenen absehbaren gesetzlichen Neuerungen in den Prognosen zu berücksichtigen. Umfanglichere Ausführungen zu den Neuerungen im Rahmen des PSG II sind in Kapitel 2.5.1 dargestellt.

Berücksichtigung des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG II) in den Prognosen:

Das Bundesministerium für Gesundheit (2015a) geht davon aus, dass das neue Begutachtungssystem dazu führen wird, dass im

>

>

Jahr 2017 rund 500.000 zusätzliche Personen als pflegebedürftig gelten und Leistungen empfangen. Da sowohl über die zukünftige Verteilung der Pflegebedürftigen auf die neuen Pflegegrade als auch über die konkreten Kosten pro Fall noch keine Informationen vorliegen, wird davon ausgegangen, dass sich die zusätzlichen 500.000 Pflegebedürftigen entsprechend der Struktur und künftigen Dynamik der aktuellen Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen und Versorgungsformen verteilen werden.

Die Mehrkosten zur Finanzierung der Reform werden im Gesetzesentwurf für das Jahr 2017 mit 3,7 Milliarden Euro beziffert. In den Folgejahren werden Mehrausgaben in Höhe von 2,4 und 2,5 Milliarden Euro erwartet. Hinzu kommen einmalige Überleitungskosten in Höhe von insgesamt 3,6 Milliarden Euro sowie einmalige Bestandschutzkosten von 0,8 Milliarden Euro, die über einen Zeitraum von vier Jahren gestreckt werden. Diese Posten werden im Rahmen der Beitragssatzprognose (Kapitel 2.5.2) berücksichtigt. Die Entwicklung des Beitragssatzes wird modellendogen und damit kostenorientiert bestimmt (Bundesministerium für Gesundheit 2015b: 5).

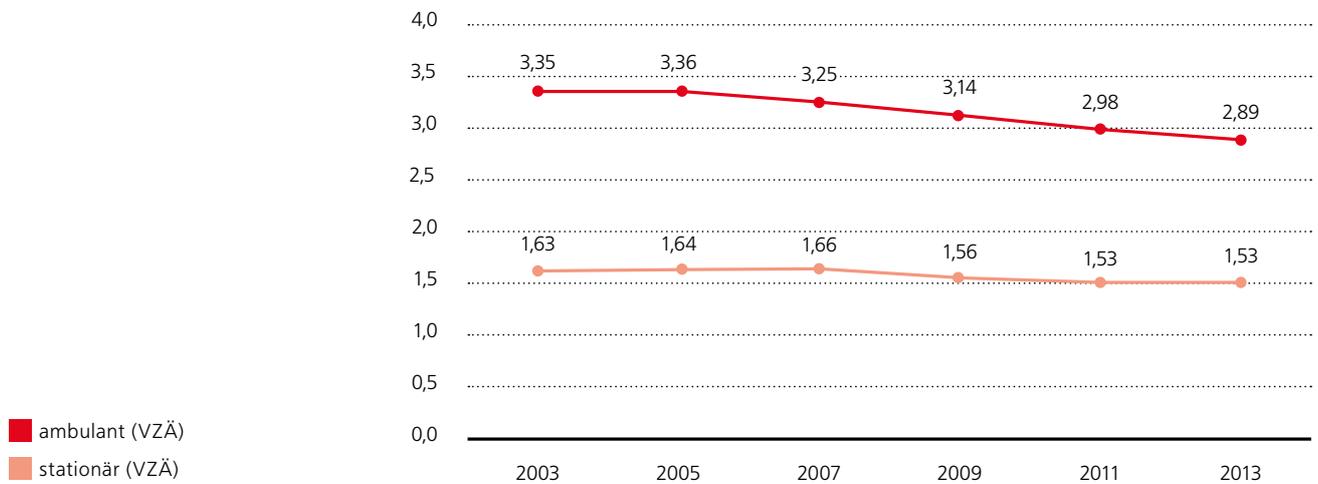
Unter Berücksichtigung der genannten Änderungen im Rahmen des PSG II ergibt sich für das Jahr 2030 auf Basis der aktuellen Bevölkerungsprognose² und unter der Annahme konstanter Pflegequoten eine Zahl von insgesamt 3,9 Millionen pflegebedürftigen Personen (Abbildung 5).

2.2 PFLEGEKRÄFTEBEDARF

Über alle OECD-Staaten hinweg wird erwartet, dass sich die Nachfrage nach Beschäftigten in der Langzeitpflege bis 2050 aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der sinkenden Verfügbarkeit von pflegenden Familienangehörigen verdoppeln wird (OECD 2013: 182). Der zukünftige Pflegebedarf für Deutschland wurde bereits in vielen Studien prognostiziert.

² 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Variante 2: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung.

Abbildung 6
Pflegefälle pro Pflegeperson (VZÄ) in Deutschland nach Versorgungsart, 2003 bis 2013
 (exkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2015.

So geht die Prognos-Studie „Pflegerlandschaft 2030“ (2012: 25) davon aus, dass die Beschäftigung im Pflegesektor von 2009 bis 2030 um 506.000 Personen zunehmen müsste, um das derzeitige Versorgungsniveau zu halten. Darüber hinaus entsteht gemäß „Pflegerlandschaft 2030“ ein weiterer Personalbedarf in Höhe von 125.000 Personen dadurch, dass das informelle Pflegepotenzial insbesondere aus sozio-demografischen Gründen zurückgeht.³

Für die folgende Prognose des Pflegekräftebedarfs wird wie in der Pflegerlandschaft das gesamte Pflegepersonal auf Basis der Pflegestatistik zugrundegelegt (siehe Kasten).

Statistische Abgrenzung der Pflegekräfte

Im Folgenden werden Pflegekräfte entsprechend der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts als Gesamtpersonal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen definiert (Statistisches Bundesamt 2015).

Als Pflegeheime und ambulante Pflegedienste werden statistisch die Einrichtungen erfasst, die durch den Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach zugelassen sind. Zum Personalbestand der Pflegeeinrichtung werden alle Personen gezählt, die dort beschäftigt sind bzw. in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen oder teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen. Damit sind neben dem pflegerischen Fachpersonal auch Hilfskräfte und Auszubildende eingeschlossen.

>

³ In der Prognose der Pflegerlandschaft wird das gesamte Personal einbezogen, wie es in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts ausgewiesen wird. Hackmann (2010: 236) legt den Fokus dagegen auf die für primär pflegerische Tätigkeiten eingesetzten Arbeitskräfte im Pflegesektor und prognostiziert, dass die Zahl der Vollzeitpflegestellen von 2007 bis 2050 um etwa 129.000 Vollzeitstellen für Altenpflegekräfte ansteigen wird. Angenommen wird hierbei, dass sich die Beschäftigtenzahl in der Altenpflege gemäß der Zunahme der professionell zu versorgenden Pflegefälle entwickelt und das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Versorgung bis zum Ende des Prognosezeitraums bei 3 zu 2 konstant bleibt.

>

Nicht berücksichtigt sind bei dieser Abgrenzung informelle und zum Teil illegale 24-Stunden-Pflegekräfte (nach von der Malsburg und Isfort (2014: 2) geschätzt 150.000 Personen) aus dem Ausland oder auch ehrenamtliche Kräfte.

Um von der prognostizierten Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 2.1.2) auf den zukünftigen Bedarf an Pflegekräften zu schließen, bedarf es sowohl Annahmen zur Entwicklung der Versorgungsformen als auch des Betreuungsverhältnisses. Analog zur Prognose der Pflegebedürftigkeit wird hierzu im Folgenden der Status quo fortgeschrieben. Da sich bei der Entwicklung der Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsformen in den vergangenen zehn Jahren kaum Veränderungen ergeben haben (Abbildung 3), halten wir größere Verschiebungen, zumindest ohne massive politische Eingriffe, bis zum Jahr 2030 für unwahrscheinlich. Die geplanten Änderungen im Rahmen des PSG II werden, wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben, berücksichtigt.

Das aktuelle Betreuungsverhältnis gemessen in Pflegebedürftigen je vollzeitäquivalenter (VZÄ) Pflegekraft liegt im ambulanten Sektor bei 2,89, im personalintensiveren stationären Sektor bei 1,53 (Abbildung 6). Mit Blick auf die letzten zehn Jahre zeigt sich eine leichte Verbesserung des Betreuungsverhältnisses. Allerdings sind aus diesen Zahlen keine voreiligen Schlüsse hinsichtlich der tatsächlichen Betreuungsqualität zu ziehen, da nicht allein die Zahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen entscheidend ist, sondern vielmehr deren Bedarf an Pflege. Dieser steigt mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit und ist beispielsweise bei Demenzkranken besonders hoch. Zudem haben sich über den genannten Zeitraum die Rahmenbedingungen und die Anforderungen an das Personal deutlich verändert. Immer wieder in der Diskussion stehen dabei die umfangreichen Dokumentationspflichten der Pflegekräfte. Es gibt bereits zahlreiche Projekte zur Redu-

zierung des Dokumentationsaufwands, u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit (2014). Auch EDV-gestützte Pflegedokumentationssysteme werden bereits vielerorts in der Praxis eingesetzt bzw. getestet, allerdings hat eine Untersuchung des Statistischen Bundesamts (2013: 116) ergeben, dass die Dokumentation auf Papier grundsätzlich weniger Zeit in Anspruch nimmt als die elektronische.

Einheitliche Pflegeschlüssel, die festlegen, wie viele Pflegebedürftige rechnerisch von einer Vollzeitkraft versorgt werden sollen, existieren in Deutschland nicht. Im stationären Bereich hat jedes Bundesland andere Vorgaben, differenziert nach Pflegestufen⁴. Im Bundesdurchschnitt liegt der Personalschlüssel in der Pflegestufe null bei etwa 1:8,5, in der Pflegestufe 1 bei etwa 1:4 in der Pflegestufe II bei etwa 1:2,7 und in der Pflegestufe III bei etwa 1:2. Damit steigt der Personalschlüssel mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Wipp 2014).

Im ambulanten Bereich gibt es auch auf Bundeslandebene keine einheitlichen Pflegeschlüssel. Insbesondere mit Blick auf die Arbeitsbedingungen sehen viele Einrichtungen jedoch die Notwendigkeit, Mindeststandards für den Personalbedarf festzusetzen, um einen Preiswettbewerb zu lasten der Arbeitnehmer_innen zu verhindern (Prognos AG 2014a: 30).

Eine Fortschreibung des aktuellen Personalschlüssels für die prognostizierte Zahl an Pflegebedürftigen aus Abschnitt 2.1.2, führt bis zum Jahr 2030 zu einem Personalbedarf in Höhe von 1.110.000 VZÄ-Pflegekräften.

2.3 PFLEGEKRÄFTEANGEBOT

2.3.1 ARBEITSZEITUMFANG, VERSORGUNGSFORMEN UND TÄTIGKEITSBEREICHE

2013 waren laut aktueller Pflegestatistik insgesamt rund eine Million Personen in der Pflege beschäftigt. Aufgrund des hohen Anteils von **Teilzeitbeschäftigten** (64 Prozent) entspricht diese Personenzahl rund 700.000 VZÄ. Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten geht einher mit einem sehr hohen **Frauenanteil** unter dem Pflegepersonal (85 Prozent). Dabei ist im ambulanten im Vergleich zum stationären Sektor sowohl der Frauenanteil (86 Prozent vs. 84 Prozent) als auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (70 Prozent vs. 62 Prozent) höher. Während sich die Zahl der Vollzeitbeschäftigten am gesamten Pflegepersonal in den letzten zehn Jahren kaum verändert hat, ist die Zahl der Teilzeitbeschäftigten zwischen 2003 und 2013 deutlich angestiegen. Insgesamt kam es damit zu einem Anstieg der VZÄ (Abbildung 7).

Eine aktuelle Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2015: 9 f.) zu den Verdiensten in den Pflegeberufen in Deutschland analysiert auf Basis des Mikrozensus die Gründe für die hohe Teilzeitquote.⁵ Differenziert nach Fachkräften und Helferinnen in der Altenpflege kann für Frauen gezeigt werden, dass in Ostdeutschland deutlich häufiger unfreiwillig in Teilzeit gear-

beitet wird. 46 Prozent der Fachkräfte und 55 Prozent der Helferinnen geben als Grund für ihre Teilzeittätigkeit an, keine Vollzeitstelle zu finden. In Westdeutschland dominieren hingegen persönliche und familiäre Gründe bei der Wahl einer Teilzeittätigkeit. Laut Einschätzungen des IAB spiegelt dieses Ergebnis zum einen die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung ost- und westdeutscher Frauen wider. Darüber hinaus wird die schlechtere Versorgung mit Krippen und Kitaplätzen in Westdeutschland als Ursache genannt.

Insgesamt ist die Zahl der Pflegekräfte (VZÄ) seit 2003 um knapp 35 Prozent gestiegen. Damit war dieser Zuwachs deutlich stärker als der der Pflegebedürftigen (plus 26 Prozent), was sich in den beschriebenen Entwicklungen der Betreuungsraten (Abbildung 6) niederschlägt.

Ausländische Pflegekräfte

Eine aktuelle Befragung der Bertelsmann Stiftung (2015: Kap. 6.2) hat ergeben, dass lediglich jedes sechste deutsche Unternehmen aus der stationären Alten- und Krankenpflege sowie der ambulanten Pflege in den letzten drei Jahren versucht hat, aktiv Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Und das obwohl sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Zuwanderung und den Aufenthalt in Deutschland bereits verbessert haben. Weniger als die Hälfte der Versuche, ausländisches Pflegepersonal nach Deutschland zu holen, verlief erfolgreich. Häufige Probleme bei der Rekrutierung im Ausland sind u. a. die Bürokratie und Verständigungsprobleme. 60 Prozent der Unternehmen, die bisher keinen Versuch zur internationalen Rekrutierung unternommen haben, wollen dies auch in Zukunft nicht tun.

Insbesondere Krankenhäuser und große Pflegeeinrichtungen rekrutieren Personal im Ausland. An der Spitze der Länder, aus denen Fachkräfte angeworben wurden, stand in den letzten drei Jahren Spanien, gefolgt von Polen, Kroatien, Rumänien, Italien und Griechenland. Außerhalb der EU waren insbesondere osteuropäische Staaten gefragt, asiatische Länder wie China, die Philippinen und Vietnam spielten dagegen nur eine kleinere Rolle. Obwohl die Kosten der internationalen Rekrutierung sehr hoch sind, will ein Drittel der Unternehmen, die bereits international rekrutiert haben, dies auch in Zukunft weiterführen. Lediglich acht Prozent wollen dies nicht wiederholen. Die Hälfte der Personalverantwortlichen, die bisher nicht international rekrutiert haben, stimmt der These zu, dass es leichter ist, sich um inländische Arbeitskräfte zu bemühen als im Ausland zu rekrutieren. Nur einer von zehn Personalverantwortlichen stimmt dieser These nicht zu.

Während in Deutschland sehr wenige ausländische Pflegekräfte beschäftigt sind, kommt in den USA jede vierte Pflegekraft aus dem Ausland. In anderen Ländern machen die ausländischen Pflegekräfte einen großen Anteil der häuslichen Pflegekräfte aus, beispielsweise in Italien (Anteil von 70 Prozent) (OECD 2013: 182).

Allerdings sind in Deutschland laut einer Untersuchung von Malsburg und Isfort (2015: 2) mittlerweile schätzungsweise 150.000 Personen in der sogenannten 24-Stunden-Pflege tätig. Die überwiegend aus Mittel- und Osteuropa stammenden Frauen leben in den Haushalten der Pflegebedürftigen, sind jedoch nicht ständig in Deutschland beschäftigt, sondern kehren immer wieder für eine gewisse Zeit in ihr Heimatland zurück. Problematisch wird das Beschäftigungsverhältnis einerseits dadurch, dass die Frauen keine geregelten Arbeitszeiten haben bzw. Arbeiten verrichten, für die sie keine Qualifikation besitzen.

>

⁵ Die Untersuchung wurde auf Grundlage der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit für Vollzeitbeschäftigte durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden durch zusätzliche Analysen auf Grundlage des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes ergänzt, sodass auch der Umfang und die Ursachen der Teilzeitbeschäftigung in den Pflegeberufen untersucht werden konnten.

⁴ Ausnahme bildet das Bundesland Thüringen. Der dort vereinbarte Orientierungswert von 1:2,83 gilt für alle Pflegestufen.

Abbildung 7

Pflegepersonal nach Arbeitszeitumfang, 2003 bis 2013, in 1.000 Personen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2015.

>

Andererseits gibt es für die Frauen keine vertragliche und sozialversicherungsrechtliche Absicherung. Vermittelt werden die ausländischen Haushaltshilfen meist durch Vermittlungsagenturen im Internet oder über Nachbar_innen und Bekannte, die bereits eine ausländische Haushaltshilfe beschäftigen, und die entsprechenden Kontakte vermitteln. Die Nutzer_innen dieses Angebots berücksichtigen oft nicht, dass diese Frauen zum Teil von den Agenturen ausgebeutet werden oder dass die Versorgungssituation in deren Heimatland durch ihre Abwesenheit gefährdet ist.

Differenziert nach **Versorgungsformen** zeigt sich, dass im ambulanten Bereich seit 2007 ein stärkerer Anstieg des Personals (VZÄ) erfolgt ist als im stationären Sektor. Während 2003 noch gut ein Viertel aller Beschäftigten im ambulanten Sektor tätig waren, ist es 2013 fast ein Drittel. Damit fällt die Verschiebung von stationär zu ambulant bei den Pflegekräften noch deutlicher aus als bei den Pflegebedürftigen (Abbildung 3). Auch diese Beobachtung bestätigt die Entwicklung der Betreuungsrelationen (Abbildung 6), die sich im Bereich der ambulanten Versorgung noch deutlicher verbessert hat als in der stationären. Der stationäre Sektor ist jedoch nach wie vor der deutlich personalintensivere. Obwohl im stationären Bereich lediglich rund 45 Prozent aller formell betreuten Pflegebedürftigen versorgt werden, sind dort knapp 70 Prozent des gesamten Pflegepersonals beschäftigt.

Neben der reinen Anzahl an Personen, die in ambulanten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, ist von besonderem Interesse, wie hoch der Anteil derjenigen ist, deren **Tätigkeit** die unmittelbare Pflege darstellt. 2013 war die Mehrheit der Beschäftigten (VZÄ) im ambulanten Bereich in der Grundpflege (70 Prozent) bzw. im stationären Sektor im Bereich Pflege und Betreuung (68 Prozent) tätig. Auf die Bereiche Verwaltung und Geschäftsführung, haus technischer Bereich und Sonstiges entfallen jeweils rund zehn Prozent der Beschäftigten.⁶

Mit Blick auf die Qualität der Pflege ist neben dem Anteil des faktisch pflegerischen Personals die **berufliche Qualifikation** desselben von hoher Relevanz. Die Fokussierung auf Altenpfleger_innen, Gesundheits- und Krankenpfleger_innen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen stellt eine Abgrenzung im engeren Sinne dar. Der Anteil des Personals, der eine Ausbildung zum/zur Altenpfleger_in, Gesundheits- und Krankenpfleger_in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_in absolviert hat, lag gemessen in VZÄ im ambulanten Bereich 2013 bei rund 58 Prozent und im stationären Sektor bei 50 Prozent.

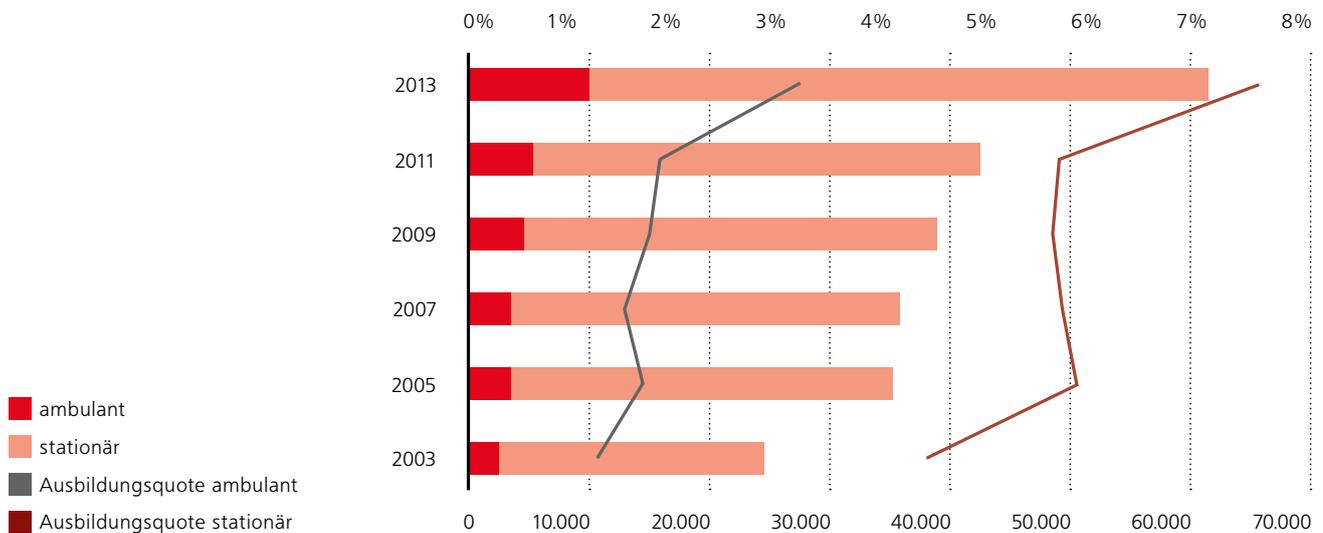
Vorgaben dazu, wie hoch der Anteil an Fachkräften am gesamten Personal sein soll, gibt es in Deutschland nur im stationären Bereich. Die Fachkraftquote liegt für alle Bundesländer bei 50 Prozent (mit Ausnahme von Brandenburg).⁷

Im ambulanten Bereich existieren keine gesetzlich vorgeschriebenen Fachkraftquoten. Es gibt jedoch die Qualifikation des Personals betreffende Vorgaben, um als Pflegedienst eine Zulassung bei der zuständigen Pflegekasse zu erhalten. Diese sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet. So werden in Thüringen beispielsweise vier Vollzeitfachkraftstellen für einen Pflegedienst gefordert, wohingegen es in Hessen und Niedersachsen mindestens vier Vollzeitstellen ohne besondere Fachkraftanforderung bedarf, darunter aber mindestens eine Pflegedienstleitung (Prognos AG 2014a: 29).

⁶ Im Vergleich zum Jahr 2003 hat sich an der Verteilung des Personals nach Tätigkeitsbereichen relativ wenig verändert. Bei den ambulanten Pflegediensten gab es lediglich eine Aufspaltung des Bereichs hauswirtschaftliche Versorgung in einen neuen Unterbereich häusliche Betreuung. In den Pflegeheimen wurde mit der Pflegereform 2008 die zusätzliche Kategorie der zusätzlichen Betreuung nach § 87 b SGB XI eingeführt, die Tätigkeiten aus dem Hauswirtschaftsbereich ersetzt.

⁷ Brandenburg ist das einzige Bundesland, das in seinem Landesheimgesetz eine Öffnungsklausel für die Fachkraftquote hat.

Abbildung 8
Zahl der Praktikant_innen, Schüler_innen und Auszubildenden an allen Pflegekräften (absolut, untere Achse) und Ausbildungsquoten (in Prozent an allen Pflegekräften, obere Achse), nach Versorgungsformen, 2003 bis 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2015.

2.3.2 AUSZUBILDENDE UND ABSOLVENT_INNEN IN DER PFLEGE

Ein zentraler Indikator für das künftige Angebot an Pflegekräften und insbesondere an Pflegefachkräften, ist die Ausbildungsquote in den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen.⁸ Auf Basis der Pflegestatistik zeigt sich über die letzten zehn Jahre ein deutlicher Anstieg der Zahl der Auszubildenden von 24.500 (2003) auf 61.500 (2013) Personen. In der stationären Versorgung liegt die Ausbildungsquote 2013 dabei mit 7,5 Prozent nach wie vor deutlich höher als im ambulanten Bereich mit 3,2 Prozent (Abbildung 8).

Während in den beruflichen Schulen insgesamt die Zahl der Schüler_innen seit 2008 kontinuierlich zurückgeht, haben die Schulen des Gesundheitswesens, die die zentralen Pflegeberufe ausbilden, einen kontinuierlichen Zustrom an Schüler_innen erfahren. Insbesondere zwischen 2011 und 2012 ist hier ein Anstieg um 10,2 Prozent bzw. um 13.700 Schüler_innen zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2014).

Auch wenn es schwer messbar ist, ob diese positiven Entwicklungen auf politische Bemühungen zurückzuführen sind, so sind Offensiven, wie beispielsweise die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“, ein wichtiger Schritt, um die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfelds zu erhöhen und die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege zu fördern (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2012a).⁹ Als weiterer Schritt ist der Gesetzentwurf zur generalistischen Pflegeausbildung zu nennen, der die bisher getrennte Alten- und Krankenpflegeausbildung ab 2016 abschaffen und in eine einheitliche Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann überführen soll

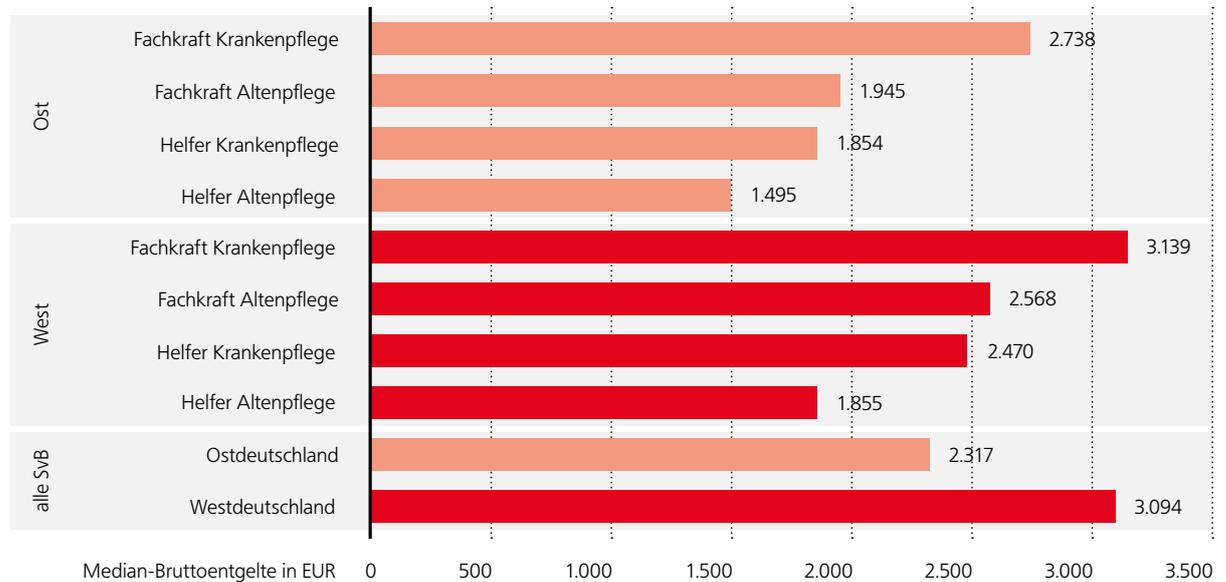
(Institut für Gesundheits- und Pflegerecht 2015; Altenpflege-online.net 2015).

Diese Entwicklungen können dazu beitragen, das zukünftige Angebot an Pflege(fach)kräften zu erhöhen. Allerdings ist eine hohe Ausbildungsquote nicht unmittelbar mit einer Deckung des zukünftigen Bedarfs gleichzusetzen, denn insbesondere in der Pflege spielt die **Abwanderung in andere Berufe** eine große Rolle. Die Verweildauer in der Pflege ist im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen relativ kurz. So liegt die Verweildauer im Beruf bei Krankenschwestern zwischen 20 Prozent (Personal mit mindestens einem Jahr Ausbildungszeit) und 63 Prozent (Personal insgesamt) über der von Altenpflegekräften. Die durchschnittliche Verweildauer von Altenpflegekräften insgesamt liegt bei 8,4 Jahren, die von Personal mit mindestens einem Jahr Ausbildungszeit bei 12,7 Jahren. Besonders brisant ist, dass die Abbruchwahrscheinlichkeiten direkt nach Ende der Erstausbildung sehr hoch sind. Das in der Ausbildung gewonnene Bild der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers stimmt häufig nicht mit der Realität über ein (Hackmann 2010: Kap. 4.5). Die ver.di-Studie „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012“ stellt fest, dass nur gut 60 Prozent der befragten Auszubildenden in den Pflegeberufen mit der Ausbildung insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden sind. Zentrale Probleme aus Sicht der Auszubildenden sind die mangelnde praktische Anleitung im Betrieb, Überstunden und unplanmäßige Versetzungen, die Ausbildungsvergütung, nicht ausreichend zur Verfügung gestellte Ausbildungsmittel, Unterrichtsausfall, der mangelnde Theorie-

⁸ Laut Pflegestatistik „Zahl der Praktikant_innen, Schüler_innen und Auszubildenden an allen Pflegekräften“.

⁹ Die Initiative wurde von der Bundesregierung im Jahr 2012 gemeinsam mit den zuständigen Ministerien (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Finanzen) ins Leben gerufen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012b).

Abbildung 9

Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland, 2013, in Euro

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015.

Unterricht-Transfer und Belastungen in der Ausbildung (ver.di 2013: 9).

Im Gegensatz zu den Jobabbrüchen stellt die Vielzahl später **Wechsel aus anderen Berufen in die Pflege** eine positive Entwicklung auf dem Pflegearbeitsmarkt dar, was sich an der hohen Zahl der Umschüler_innen unter den Auszubildenden in Pflegeberufen zeigt. In den ambulanten Pflegediensten waren 2013 21 Prozent aller Auszubildenden Umschüler_innen. Entsprechend hoch ist auch der Anteil der Auszubildenden, die bereits 30 Jahre und älter sind (38 Prozent). In Pflegeheimen ist dieses Phänomen mit einem Anteil der Umschüler_innen von 14 Prozent und einem Anteil der Auszubildenden, die bereits 30 Jahre und älter sind, von 28 Prozent etwas weniger stark ausgeprägt. Neben den ausgebildeten Alten- und Krankenpflegekräften weist die Pflegebranche sehr hohe Anteile von **fachfremd ausgebildeten** und nicht fachlich ausgebildeten Beschäftigten auf. Der Anteil des Personals in der Pflege mit „sonstigen“ (nicht pflegespezifischen) Berufsabschlüssen betrug 2013 gemessen in VZÄ 21 Prozent, der Anteil derer ohne Berufsausbildung (einschließlich der Personen in Ausbildung) 13 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015).

2.3.3 ARBEITSBEDINGUNGEN UND ENTLOHNUNG DER PFLEGEKRÄFTE

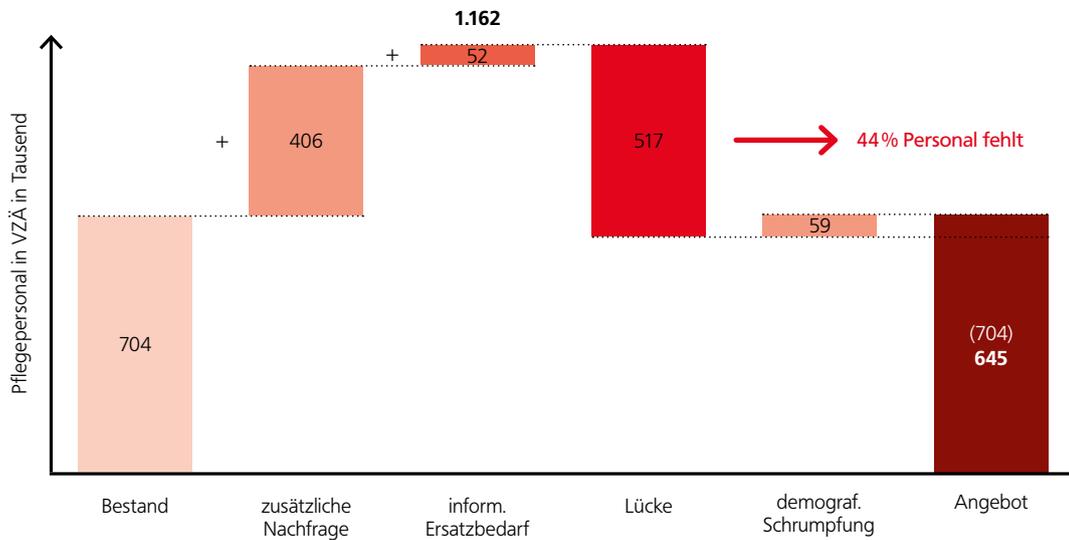
Dass hohe physische und psychische Belastungen den Berufsalltag der Pflegekräfte bestimmen, wird immer wieder in Befragungen deutlich. So beantworten im Rahmen der Erhebung des DGB-Index „Gute Arbeit“ 74 Prozent der Pflegekräfte die Frage, ob sie unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können, mit nein (Köllner 2015: 3).

Gleichzeitig ist die Entlohnung in der Altenpflege im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (insbesondere auch zu den

Berufen in der Krankenpflege) sehr gering (Abbildung 9). Fachkräfte in der Altenpflege verdienen deutlich weniger als Fachkräfte in anderen Berufsgruppen. Im Osten sind es 30 Prozent weniger, im Westen knapp zehn Prozent. Verglichen mit den Fachkräften in der Krankenpflege verdienen Altenpflegefachkräfte im Osten fast 29 Prozent weniger, im Westen gut 18 Prozent. Damit ist der Verdienst von Fachkräften in der Altenpflege lediglich etwas höher als der von Helfer_innen in der Krankenpflege. Altenpflegehelfer_innen verdienen im Vergleich zum Medianentgelt über alle Berufe in Ostdeutschland gut 35 Prozent und in Westdeutschland um 40 Prozent weniger. Ihr Arbeitsentgelt liegt damit im Osten fast 20 Prozent und im Westen fast 25 Prozent unter dem der Helfer_innen in der Krankenpflege (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015: Kap. 4).

Grundsätzlich benachteiligt ist die Altenpflege gegenüber der Krankenpflege durch die Ausgestaltung der Versicherungssysteme. Während die Krankenpflege durch die als Vollkaskoversicherung ausgestaltete gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert wird, handelt es sich bei der SPV nur um eine Teilkaskofinanzierung. Erhöht man die Gehälter der Pflegekräfte in der Altenpflege, wirkt sich das direkt auf die Pflegesätze aus und führt damit zu höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen bzw. zu einem Anstieg der Transferleistungen durch den Staat (Hilfe zur Pflege). Ein weiterer Grund für die geringen Verdienste in der Altenpflege im Vergleich zur Krankenpflege liegt in der tendenziell geringeren Betriebsgröße von Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegediensten. Gut drei Viertel der Altenpflegekräfte arbeiten in Betrieben mit unter 100 Beschäftigten. Zudem sind über 60 Prozent der Altenpflegefachkräfte außertariflich beschäftigt. Die Tarifbindung steigt wiederum mit der Betriebsgröße. Befristete Beschäftigungsverhältnisse sind in der Altenpflege zudem deutlich häufiger der Fall als bei den restlichen Pflegeberufen (Hans-Böckler-Stiftung/Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut 2012: 9–15).

Abbildung 10
Gegenüberstellung von Personalbedarf und Personalangebot in der Pflege, 2030, in 1.000 VZÄ



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

2.4 ANGEBOT UND NACHFRAGE 2030

Sowohl ein deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1.2) als auch des zukünftigen Personalbedarfs (Kapitel 2.2) ist unter Expert_innen unstrittig. Gleiches gilt grundsätzlich in Bezug auf einen Rückgang des künftigen Angebots an Pflegekräften.¹⁰

Im Rahmen dieser Studie wird das Pflegekräfteangebot im Sinne einer Status-quo-Prognose fortgeschrieben. Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels (Alterung und Austritt von aktuell Beschäftigten) ergibt sich rechnerisch ein Rückgang des Personals in der Pflege um 59.000 VZÄ auf nur noch 645.000 VZÄ bis 2030. Dabei ist u. a. berücksichtigt, dass die Ausbildung von Pflegekräften auf Status-quo-Niveau weitergeführt (Anteil der Auszubildenden in der Pflege an der altersgleichen Bevölkerung) wird.

Die vorangegangenen Berechnungen (Kapitel 2.2) für die Nachfrageseite haben gezeigt, dass die demografische Entwicklung und die zu erwartenden Neuerungen im Rahmen des PSG II zu einem zusätzlichen Personalbedarf in Höhe von 406.000 VZÄ führen. Neben diesem Ergebnis der reinen Status-quo-Prognose erwarten wir im Bereich der informellen Pflege einen Ersatzbedarf von rund 52.000 VZÄ-Pflegekräften. Ursächlich hierfür sind der Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen im Zuge des demografischen Wandels und die daraufhin zu erwartende Steigerung der Frauenerwerbs-

¹⁰ Allerdings variieren auch bei den Prognosen des künftigen Pflegeangebots die quantitativen Dimensionen in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Annahmen sowie der unterschiedlichen Abgrenzungen des Pflegepersonals. So errechnet etwa Hackmann für das Jahr 2050 eine Personallücke von etwa 430.000 Vollzeitstellen (vgl. Hackmann 2010). Die Prognos-Studie „Pflegelandschaft 2030“ zeigt bereits für 2030 eine Lücke von 520.000 VZÄ (Prognos AG 2012: 27).

quote. Nach wie vor sind es vor allem Frauen und Töchter von Pflegebedürftigen, die die informelle Pflege leisten. Zusammen mit dem bereits für die Versorgung der aktuellen Zahl an Pflegebedürftigen notwendigen Personal liegt der Bedarf an Pflegekräften im Jahr 2030 damit bei rund 1,2 Millionen VZÄ.

Abbildung 10 zeigt, dass bis zum Jahr 2030 44 Prozent des für die Sicherstellung des heutigen Versorgungsniveaus notwendigen Personals fehlen werden. Absolut ergibt sich damit eine rechnerische Lücke von 517.000 VZÄ.

Die identifizierte Personallücke weist die potenziell und voraussichtlich fehlenden personellen Ressourcen aus, um eine Versorgung auf dem aktuellen Niveau sicherzustellen.¹¹ Die Referenz bleibt damit die heutige Versorgungssituation. Ob der heutige Zustand einen für die Zukunft wünschenswerten darstellt, ist eine hier nicht behandelte Frage.

2.5 FINANZIERUNG DER SPV

Um im Folgenden Ressourcen zu identifizieren, die für strukturelle Reformen der Pflegeversicherung nutzbar sind, ist ein

¹¹ Einige Studien beziffern bereits heute auf Basis von Umfragen oder Statistiken zu unbesetzten Stellen einen Fachkräftemangel. So belegt eine Studie der Bertelsmann Stiftung, dass drei Viertel der befragten deutschen Unternehmen aus der stationären Alten- und Krankenpflege sowie der ambulanten Pflege, die derzeit Einstellungsbedarf angeben, Probleme haben, geeignete Pflegefachkräfte zu finden. 80 Prozent der Befragten erwarten zudem, dass die Rekrutierung von Pflegefachkräften in den nächsten fünf Jahren noch schwieriger wird (Bertelsmann Stiftung 2015: Kap. 5.2). Im Rahmen der Studie wurde eine Umfrage unter 600 Personalverantwortlichen aus Einrichtungen der stationären Krankenpflege, der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege durchgeführt.

Blick auf die aktuelle und künftige Finanzierungssituation der SPV geboten. Für die vorliegende Studie wurde hierzu mit dem Sozialversicherungsmodell OCCUR der Prognos AG eine Beitragssatzprognose für die SPV bis zum Jahr 2030 erstellt. In OCCUR sind die Einnahmen und Ausgaben der SPV detailliert abgebildet und können für unterschiedliche gesamtwirtschaftliche Entwicklungen langfristig prognostiziert werden.¹²

2.5.1 GRUNDLAGEN

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung, wobei sich die Versicherungspflicht aus dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ableitet. Sofern keine Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung besteht, ist der Abschluss einer privaten Pflegeversicherung (PPV) obligatorisch.

Die Pflegeversicherung ist grundsätzlich paritätisch über lohnabhängige Beiträge finanziert. Arbeitnehmer_innen sowie Arbeitgeber_innen zahlen jeweils den halben Beitrag. Der gesetzlich festgelegte Beitrag liegt aktuell (2015) bei 2,35 Prozent und wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze (49.500 Euro p. a., 2015) auf Lohn und Gehalt entrichtet. Ausnahmen gibt es im Bundesland Sachsen, wo die Arbeitgeber_innen und Arbeitgeber_innen nur einen Beitragssatz von 0,675 Prozent bezahlen, als auch bundesweit für Kinderlose, bei denen ein Beitragssatzzuschlag von 0,25 Prozent erhoben wird. Rentner_innen müssen zudem den gesamten Beitrag selbst entrichten. Für Arbeitslose übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die Zahlung des Pflegeversicherungsbeitrags.

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterscheiden sich zum einen nach häuslicher (ambulanter) und stationärer Pflege und zum anderen nach den Pflegestufen (Stufen I bis III sowie Härtefälle), die entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit eingeteilt sind. Zudem wird die Leistung danach differenziert, ob die Pflege von professionellen Anbietern (z. B. einem ambulanten Pflegedienst) oder nicht erwerbsmäßig, also etwa durch Angehörige, erbracht wird. Im erstgenannten Fall werden die Leistungen als Pflegesachleistung, sonst als Geldleistung gewährt.

Bisherige und aktuelle Pflegereformen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde die 1995 eingeführte SPV erstmals reformiert. Ziel der Reform war es zum einen, die Einnahmehasis durch die Anhebung des Beitragssatzes von 1,7 Prozent auf 1,95 Prozent zu stärken (seit 2005 zahlen kinderlose Mitglieder der SPV zudem einen um 0,25 Prozentpunkte höheren Beitragssatz als bisher, wenn sie über 23 Jahre alt sind). Zum anderen wurden diverse Leistungsausweitungen beschlossen. Eine zweite Reform der SPV erfolgte zum 1.1.2013 im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes. Zu den Änderungen zählt eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wodurch Demenzzranke stärker in die Pflegeversicherung einbezogen werden. Darüber hinaus wurde eine stufenweise Dynamisierung der Leistungen beschlossen, damit die Pflegeleistungen nicht wie früher real entwertet werden. Darüber hinaus wurde der Beitragssatz auf 2,05 Prozent angehoben.

>

>

Die neueste Reform der SPV stellen die zwei Pflegestärkungsgesetze dar. Durch das „Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (PSG I) wurden die Pflegeleistungen bereits zum 1.1.2015 für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ausgeweitet und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet. Im Rahmen des „Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung“ (PSG II), das am 13.11.2015 vom Bundestag verabschiedet wurde, werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Es wird dann fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen geben und nicht mehr zwischen Demenzzranke und Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen unterschieden werden. Das neue Begutachtungsinstrument und die Umstellung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sollen zum 1.1.2017 wirksam werden. Durch die Pflegestärkungsgesetze werden die Beiträge für die Pflegeversicherung in zwei Schritten um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben (ab 1.1.2015 um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent bzw. 2,6 Prozent für Kinderlose und ab 1.1.2017 nochmals um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose). Bis 2022 sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung dann stabil bleiben. Diese Beitragssatzerhöhung entspricht zusätzlichen finanziellen Mitteln von jährlich 5 Milliarden Euro. Davon fließen 1,2 Milliarden Euro bzw. 0,1 Prozent in einen Pflegevorsorgefonds (Bundesministerium für Gesundheit 2015a).

Von den gesamten Pflegekosten übernimmt die SPV als sogenannte Teilkaskoversicherung nur einen Anteil. Die verbleibenden Kosten stellen den individuellen Finanzierungsbedarf dar, den die Pflegebedürftigen selbst leisten müssen. Trotz der beschriebenen Leistungsdynamisierungen, die im Rahmen der Pflegereformen ab 2008 beschlossen wurden (Kasten), ist dieser individuelle Finanzierungsbedarf in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Ausweitung der Leistungen im Zuge der Reformen konnte die Kostensteigerungen der Pflegeleistungen nicht vollumfänglich abfangen, womit diese auf die Pflegebedürftigen überwältigt wurden. Während der individuelle Finanzierungsbedarf aktuell bei 55 Prozent liegt, waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Pflegeleistungen teilweise noch ausreichend, um die Pflegesätze zu decken (Rothgang/Jacobs 2013: 10).

Im europäischen Vergleich weist Deutschland den höchsten Eigenkostenanteil auf. Der entsprechend vergleichsweise geringe Anteil öffentlicher Pflegeausgaben kommt zudem durch die Einschränkung der Bezugsberechtigten auf Personen mit erheblichem Pflegebedarf zustande. In Ländern wie Finnland und Dänemark können Pflegeleistungen dagegen schon bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit bezogen werden, oftmals auch schon für Hilfebedarf bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2012: 10).¹³

2.5.2 PROGNOSE DER BEITRAGSSÄTZE BIS 2030

Im Kern bestimmen drei Effekte die künftige Dynamik der Ausgaben in der Pflegeversicherung. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, der Hospitalisierungstrend und die Lohnkostentwicklung im Pflegesektor. Auf der Einnahmeseite ist die Entwicklung der Beitragsgrundlage (also der Lohn- und Ge-

¹² Die folgenden Ausführungen basieren diesbezüglich weitgehend auf den Annahmen des Prognos Deutschland Reports 2040 (Prognos AG 2014b: Kap. 4.4).

¹³ Die Studie stellt erste Ergebnisse des Forschungsprojekts Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) vor, in dessen Rahmen die Ausgestaltung der Pflegesysteme von 21 EU-Mitgliedstaaten untersucht wird.

haltssumme) und des Beitragssatzes maßgeblich. Anders als in den weiteren Sozialversicherungszweigen ist der Bund bislang nicht mit Steuermitteln an der Finanzierung der Pflegeversicherung beteiligt. Grundsätzlich gilt, dass der Beitragssatz angehoben werden muss, sofern die Ausgaben die Einnahmen übersteigen und keine Reserven mehr im System vorhanden sind.

Die folgende Beitragssatzprognose basiert auf der vorgestellten Prognose zur Pflegebedürftigkeit. Hierzu wurde angenommen, dass das altersspezifische Pflegerisiko unverändert bleibt und das Wachstum der Anzahl der Pflegebedürftigen damit aus den Pflegequoten in Kombination mit der Alterung der Bevölkerung resultiert. Änderungen, die mit dem PSG II zu erwarten sind, sind dabei berücksichtigt (Kasten in Kapitel 2.1.2).

Der zweite ausgabenbestimmende Faktor ist der Hospitalisierungstrend, der eine Verschiebung von ambulanter zu stationärer Pflege aufgrund sozio-demografischer Veränderungen beschreibt und bereits im Zusammenhang mit der informellen Pflege thematisiert wurde. Hier werden im Folgenden Entwicklungen berücksichtigt, die sich unter der Prämisse konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeiten im jeweiligen Versorgungssetting ergeben. Von einem darüber hinausgehenden Anstieg der Heimquote wird im Folgenden abgesehen.

Schließlich spielt als dritter Faktor die Lohnkostenentwicklung im Pflegesektor eine bedeutende Rolle. Da es sich in der Pflege im Regelfall um personalintensive Tätigkeiten handelt und diese nur ein sehr begrenztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen einerseits und Rationalisierungen andererseits aufweisen, führen potenzielle Lohnanstiege zu überdurchschnittlichen Kostensteigerungen (im Sinne der relativen Lohnstückkosten) im Pflegesektor. In der vorgestellten Prognose werden die Löhne im Pflegebereich mit der allgemeinen Lohnentwicklung fortgeschrieben. Eine stärkere Dynamisierung, die etwa aufgrund des erhöhten Fachkräftebedarfs im Pflegesektor entstehen könnte, ist zunächst noch nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wird bei der Modellierung nicht zwischen den Preisen, die die Pflegeversicherung den Trägern für erbrachte Leistungen bezahlt, und den tatsächlichen Löhnen, die die Träger an die Pflegekräfte weitergeben, differenziert.

Insgesamt werden die Ausgaben im Jahr 2030 von aktuell (2013) 24 Milliarden Euro auf 46 Milliarden Euro ansteigen, gemessen in Preisen des Jahres 2013.¹⁴ Um dieses Ausgaben-niveau zu finanzieren, muss der Beitragssatz langfristig auf 3,35 Prozent angehoben werden (Tabelle 1).

2.6 WAS PASSIERT, WENN NICHTS PASSIERT?

Im Folgenden werden die Prognosen für den Arbeitsmarkt an denen der Finanzierungsseite gespiegelt. Im Ergebnis zeigt sich, was passiert, wenn neben den beschriebenen Trends kein weiterer Eingriff von außen (z.B. durch die politischen Akteure) erfolgt (Abbildung 11).

Im Abschnitt 2.4 wurde gezeigt, dass ohne gezielte pflegetopolitische Eingriffe, rechnerisch eine Pflegekräftelücke in Höhe von 517.000 VZÄ bis zum Jahr 2030 entsteht, was rund

Tabelle 1
Einnahmen und Ausgaben der SPV, 2013 und 2030*

	2013	2030
Beitragssatz (in %)	2,35	3,35
Einnahmen (in Mrd. EUR)	24,6	45,9
tatsächliche Sozialbeiträge	24,4	45,5
sonstige Einnahmen	0,2	0,4
Ausgaben (in Mrd. EUR)	24,1	45,9
monetäre Sozialleistungen	6,3	11,1
soziale Sachleistungen	16,6	32,1
sonstige Leistungen	1,2	2,7
Finanzierungssaldo (in Mrd. EUR)	0,5	0,0

* Werte für 2030 sind reale Größen in Preisen von 2013.
Quelle: eigene Darstellung.

44 Prozent des benötigten Personals entspricht. Für eine Versorgung auf heutigem Niveau fehlt damit das notwendige Personal. Die logische Konsequenz dieser Entwicklung stellt eine Verschlechterung des **Betreuungsverhältnisses** dar. Während aktuell (2013) im Schnitt noch 1,92 Pflegebedürftige von einer Pflegekraft (VZÄ)¹⁵ betreut werden, ergeben sich gemäß unserer Prognose im Jahr 2030 3,25 Pflegebedürftige je Pflegekraft. Damit müsste jede Pflegekraft neben dem aktuellen Pensum von knapp zwei Pflegebedürftigen etwas mehr als einen weiteren pflegebedürftigen Menschen zusätzlich versorgen. Durch diese erhebliche Verschlechterung der Betreuungsrelation ist ebenfalls eine entsprechende Verschlechterung der Pflegequalität zu befürchten.

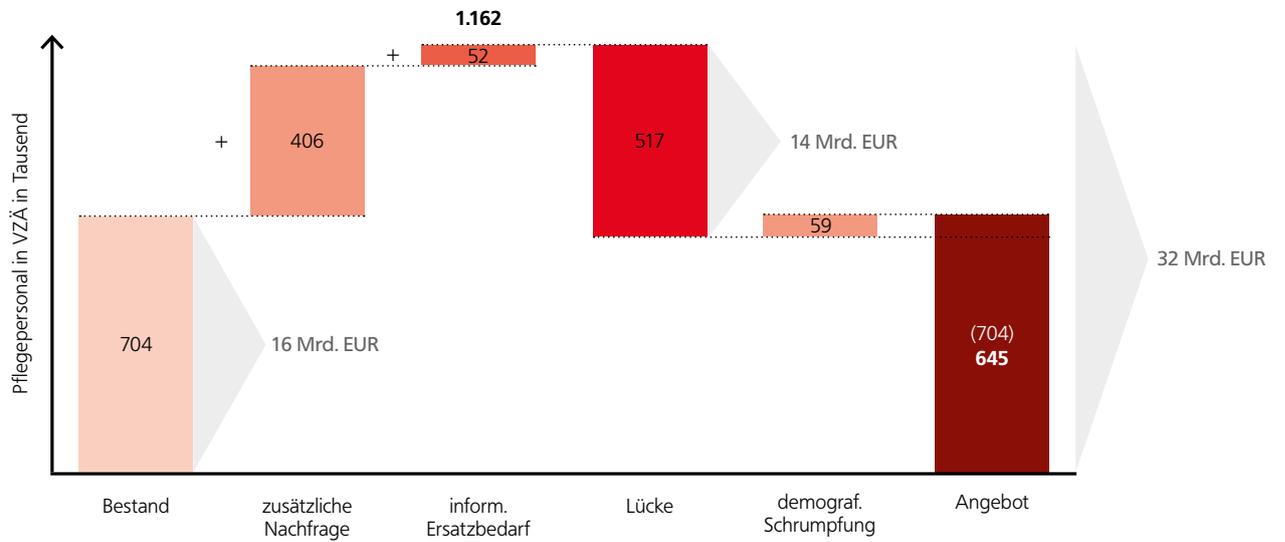
Die vorgestellte **Beitragssatzprognose** (Kapitel 2.5.2 Tabelle 1) definiert parallel zu den Prognosen für den Arbeitsmarkt die nötigen öffentlichen finanziellen Ressourcen, um den definierten Personalbedarf zu decken. Implizit wird dabei davon ausgegangen, dass das dafür nötige Personal zur Verfügung steht. Ist dies jedoch aufgrund eines zu geringen Personalangebots nicht der Fall, bleibt die Erhöhung der Beitragssätze ein theoretisches Konstrukt, da die entsprechende Ausweitung der finanziellen Ressourcen aufgrund des nicht Zustandekommens der professionellen pflegerischen Versorgungssettings nicht abgerufen werden kann.

Von den in Tabelle 1 dargestellten prognostizierten Ausgaben dienen die sozialen Sachleistungen vorwiegend der Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Aufgrund der hohen Personalintensität in der Pflege fließen diese vor allem in die Personalkosten. Wenn 44 Prozent des benötigten Personals nicht mobilisiert werden können, bleiben die kalkulierten Mittel bei entsprechendem Anstieg der Beitragssätze vereinfachend angenommen somit ebenfalls zu 44 Prozent ungenutzt. Der Finanzierungssaldo der SPV läge im Jahr 2030 bei plus 14 Milliarden Euro, gemessen in Preisen des Jahres 2013.

¹⁴ Unterstellt wird ein reales Wachstum von 1,2 Prozent p. a.

¹⁵ Gesamtpersonal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 11
Gegenüberstellung des Personalbedarfs, des Personalangebots und der kalkulierten Mittel für soziale Sachleistungen in der Pflege, 2030, in 1.000 VZÄ und Milliarden Euro (reale Größen in Preisen 2013)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015.

3

MODELLIERUNG VON LÖSUNGSANSÄTZEN (MODUL 3)

Die nicht abgerufenen 14 Milliarden Euro stellen damit eine rechnerische Größe zur Gestaltung des Pflegesystems dar. Sie können als Argumentationshilfe dienen, um Pflegereformen auf den Weg zu bringen, und zeigen, dass dafür nicht zwingend zusätzliche Mittel aufgebracht werden müssen. Vielmehr sind sie bereits im System eingeplant und notwendig, um die pflegerische Versorgung auf dem heutigen Niveau sicherzustellen. Um eine Verschlechterung der Versorgungsqualität zu verhindern, ist es allerdings im Umkehrschluss dringend erforderlich, die Verwendung dieser Mittel neu zu denken. Anhand von zwei Beispielen werden im Folgenden Lösungsansätze modelliert, die einen Rahmen an Handlungsoptionen aufspannen und die diesbezüglichen Finanzierungsbedarfe quantifizieren sollen. Die Berechnungen werden anhand einer Reihe von vereinfachenden Annahmen durchgeführt, die im Folgenden dargestellt werden. Dezierte Politikempfehlungen werden in Kapitel 4 abgeleitet und diskutiert.

Die vorangegangenen Prognosen und deren Gegenüberstellung im Szenario „Was passiert, wenn nichts passiert?“ haben deutlich gemacht, dass das Verharren im Status quo in der Pflege gravierende Folgen haben kann. Um das aktuelle Versorgungsniveau zu halten, fehlen zukünftig die Pflegekräfte. In der Folge können die zur Aufrechterhaltung des Status quo eingeplanten und erforderlichen Mittel nicht wie geplant abgerufen werden. Es ist notwendig, die Verwendung dieser Mittel neu zu denken, um das Angebot an Pflegepersonal zu stärken oder die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften einzudämmen. Die im Folgenden modellierten Lösungswege werden zunächst getrennt nach Angebots- und Nachfrage-seite umgesetzt.

3.1 LÖSUNGSWEG 1 (ANGEBOTSSEITIG): „VORFAHRT FÜR PFLEGE“

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung trotz rechnerisch zu erwartendem Personalmangel wird im Szenario „Vorfahrt für Pflege“ das System auf der Angebotsseite mit den „überschüssigen“ finanziellen Ressourcen gestärkt. Diese bereits im System eingepreisten Mittel werden auf das zur Verfügung stehende Personal in Form von Lohnerhöhungen umverteilt, um damit positive Arbeitsangebotseffekte auszulösen und die Zahl der potenziellen Pflegekräfte zu erhöhen.

Als Benchmark für die künftige Entwicklung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen im Bereich der Altenpflege werden die aktuellen Entlohnungsbedingungen der Krankenschwestern herangezogen. Im bundesweiten Vergleich zeigt sich, dass Fachkräfte in der Krankenpflege rund 25 Prozent

mehr verdienen als Fachkräfte in der Altenpflege. Für angestellte Altenpflege- und Krankenpflegehelfer_innen fällt der Unterschied mit 35 Prozent noch deutlicher aus (Kapitel 2.3.3).

Das zusätzliche Arbeitsangebot kann sich bei besseren Entlohnungsbedingungen zum einen durch die Ausdehnung des Arbeitsangebots (Ausweitung der Arbeitszeiten sowie der Zugewinn von neuem Personal) entsprechend der Arbeitsangebotselastizitäten der Pflegekräfte ergeben, zum anderen durch längere Verweildauern im Beruf. Die Arbeitsangebotselastizität gibt die prozentuale Änderung der Arbeitszeit an, die eine einprozentige Lohnerhöhung nach sich zieht. Für die Altenpflege ist die Studienlage zu empirisch ermittelten Arbeitsangebotselastizitäten jedoch sehr überschaubar. Eine Schätzung von Hanel et al. (2012: Kap. 5.2) ermittelt eine Arbeitsangebotselastizität von Pflegekräften in Höhe von 1,37. Demnach steigt das Arbeitsangebot um 1,37 Prozent, wenn der Lohn um ein Prozent ansteigt. Differenzierte Berechnungen zeigen zudem besonders positive Ergebnisse bei gering qualifizierten, älteren und kinderlosen Pflegekräfte. Die Autor_innen betonen und berücksichtigen in ihren Berechnungen die zusätzliche Bedeutung des Effekts der Löhne auf die grundsätzliche Entscheidung, einen Pflegeberuf zu ergreifen bzw. ihn aufzugeben.

Aufgrund der überschaubaren Datenlage zu den Arbeitsangebotselastizitäten werden im Folgenden die Arbeitsangebotseffekte über eine Ausdehnung der Verweildauern im Beruf hergeleitet und mit der Argumentation von Hanel et al. (2012: Kap. 5.2) verknüpft, dass von Lohnerhöhungen Effekte auf die Entscheidung ausgehen, in einem Pflegeberuf zu verweilen oder den Beruf zu wechseln. Es wird dabei unterstellt, dass es bis zum Jahr 2030 gelingt, über die Angleichung der Löhne auch die Verweildauern der Pflegekräfte im Beruf an diejenige der Krankenschwestern anzugleichen. Als Maßgabe wird die in Hackmann (2010: Kap. 4.5) ermittelte Verweildauerdifferenz von 20 Prozent für Fachpersonal gewählt. Obwohl die Berechnungen im Folgenden für das gesamte Pflegepersonal durchgeführt werden, wird nicht auf die Verweildauerdifferenz der gesamten Berufsgruppe der Altenpfleger_innen zurückgegriffen, die mit 63 Prozent deutlich höher liegt (Kapitel 2.3.2). Grund der Wahl des deutlich konservativeren Ansatzes ist, dass der Vergleich der sehr heterogenen Berufsgruppe der Altenpfleger_innen mit der deutlich besser ausgebildeten Gruppe der Krankenschwestern weniger belastbar ist.

Der notwendige Ressourceneinsatz leitet sich aus der erforderlichen Lohnerhöhung zur Angleichung auf das Niveau der Krankenschwestern ab. Entsprechend dem Vergleich der Verweildauern wird auch an dieser Stelle die Differenz der Fachkräfte zugrunde gelegt. Laut Institut für Arbeitsmarkt-

und Berufsforschung (2015: Kap. 4) liegen die Löhne der Fachkräfte in der Krankenpflege 25 Prozent über denen der Altenpflegefachkräfte, bei den Helfer_innen sind es sogar 35 Prozent (Kapitel 2.3.3).

Das in den Pflegeberufen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Lohnniveau und dem Arbeitsangebot besteht, geht aus der oben zitierten Literatur hervor. Zudem wird gezeigt, dass die Höhe des Lohns neben dem Arbeitsumfang auch die Entscheidung, im Pflegeberuf zu verweilen, beeinflusst. Die Gleichung „mehr Lohn gleich längere Verweildauer“ stellt damit an dieser Stelle eine belastbare, wenn gleich vereinfachende Annahme dar. Zum einen spielen neben dem Lohn selbstverständlich weitere Aspekte, die die Arbeitssituation beeinflussen (wie beispielsweise die Vereinbarkeit von Familie und Beruf) eine Rolle bei der Entscheidung, den Beruf zu wechseln oder eben nicht. Solchen Aspekten wird insbesondere in Kapitel 4 ausführlich Rechnung getragen. An dieser Stelle sind jedoch gewisse vereinfachende Annahmen notwendig, um eine Quantifizierung zu ermöglichen. Grundsätzlich ist es auch denkbar, mithilfe der zusätzlichen finanziellen Ressourcen mehr Personal einzustellen oder die Teilzeitumfänge der aktuellen Pflegekräfte zu erhöhen und damit den Betreuungsschlüssel und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Tabelle 2 fasst die Ergebnisse der Modellierungen zusammen. Neben der Erhöhung der Berufsverweildauern der Altenpflegekräfte um 20 Prozent, die auf Basis der oben genannten Literatur hergeleitet wurde, sind zwei weitere Szenarien mit einer Steigerung der Verweildauer um zehn Prozent und 30 Prozent berechnet worden. Diese beiden zusätzlichen Szenarien stellen eine Sensitivitätsanalyse im Rahmen eines realistischen Intervalls dar. Die Ergebnisse machen spürbare Effekte bis zum Jahr 2030 deutlich. Durch die Erhöhung der Verweildauern im Beruf können zwischen 60.000 und 170.000 zusätzliche Pflegekräfte (VZÄ) gewonnen werden. Die Kosten, die durch die dafür notwendige Lohnerhöhung (Anreizeffekt) entstehen, liegen zwischen 2,2 und 6,6 Milliarden Euro.

Tabelle 2
Effekte von Lösungsweg 1 „Vorfahrt für Pflege“ im Jahr 2030

Erhöhung der Verweildauer um	10%	20%	30%
zusätzliches Personal (in VZÄ)	60.000	117.000	170.000
Kosten der Lohnerhöhung (in Mrd. EUR)*	2,19	4,39	6,58

* Werte sind reale Größen in Preisen von 2013.
Quelle: eigene Darstellung.

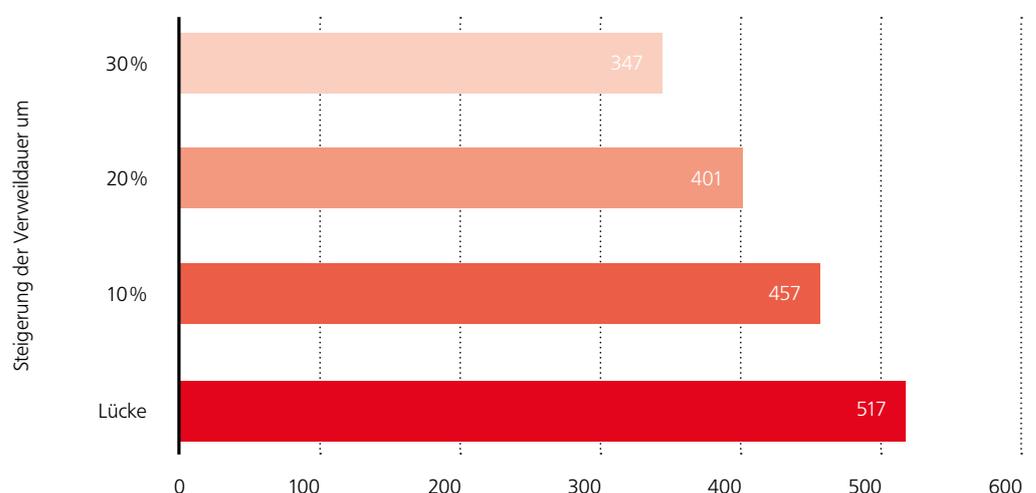
Mit Blick auf die in Kapitel 2.4 identifizierte Pflegekräftelücke stellt Abbildung 12 die Ergebnisse noch mal grafisch dar. Eine Erhöhung der Verweildauern der Altenpflegekräfte um zehn Prozent würde die rechnerische Lücke von 517.000 auf 457.000 VZÄ reduzieren. Eine Erhöhung der Verweildauern um 20 Prozent würde den Effekt entsprechend verstärken und die Lücke auf 401.000 VZÄ reduzieren. Die notwendigen finanziellen Mittel für die Lohnerhöhung würden das rechnerische Finanzpolster von 14,3 Milliarden Euro auf 12,1 Milliarden bzw. 7,7 Milliarden Euro abschmelzen.

3.2 LÖSUNGSWEG 2 (NACHFRAGESEITIG): „PFLEGE OPTIMAL GESTALTEN“

Der Lösungsweg 2 „Pflege optimal gestalten“ geht das Problem des Personalmangels von der Nachfrageseite her an. Durch einen optimalen Ressourcenmix können die bestehenden Ressourcen effizienter ausgeschöpft und eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erzielt werden. Auch an dieser Stelle wird bei der Modellierung auf bereits vorliegende Untersuchungen aus der Literatur und insbesondere auf eigene Studien der Prognos AG zurückgegriffen.

Im Rahmen des Lösungswegs 2 werden zwei Maßnahmenpakete parallel eingeführt. Durch die Implementierung

Abbildung 12
Effekte von Lösungsweg 1 „Vorfahrt für Pflege“, 2030, fehlendes Pflegepersonal in 1.000 VZÄ



Quelle: eigene Darstellung.

des **Pflegemix der Zukunft** wird modelliert, welche Effekte entstehen, wenn allein der Pflegebedarf bzw. der Gesundheitszustand über die Wahl des Versorgungssettings entscheidet und nicht mehr der Zugang zu informellen, niedrigschwelligen und ambulanten Pflegestrukturen in der häuslichen Umgebung (Prognos AG 2014c). Der Pflegemix der Zukunft beschreibt vor diesem Hintergrund den optimalen Mix zwischen professionellen, niedrigschwelligen und informellen Versorgungsangeboten in der ambulanten sowie der stationären Pflege und basiert in der Bedarfsermittlung auf dem Konzept der fünf Pflegegrade. So wird unterstellt, dass pflegebedürftige Personen mit geringerem Pflege- bzw. Betreuungsbedarf auch in ambulanten niedrigschwelligen Versorgungssettings unter Beteiligung von professionellen Anbietern versorgt werden können, ohne die informelle Pflege durch Angehörige unverhältnismäßig auszudehnen.

Wenn es darum geht, den optimalen Ressourcenmix in der Versorgung zu gestalten, spielt neben dem eigenen Gesundheitszustand, den eigenen Betreuungswünschen und dem zur Verfügung stehenden Angebot, auch die Wohnsituation von Pflegebedürftigen eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund wird eine zweite Maßnahme in Kombination mit dem Pflegemix der Zukunft betrachtet und der Effekt eines **altersgerechten Umbaus** der Wohnungen von ambulant versorgten Pflegebedürftigen ermittelt. Es wird dabei abgeschätzt, inwieweit sich durch solche Umbaumaßnahmen ein Pflegeheim eintritt verhindern bzw. verzögern lässt und welche fiskalischen Effekte daraus resultieren (Prognos AG 2014d).

Mit Blick auf die Personalsituation zeigt sich im Ergebnis (Abbildung 13), dass mithilfe der beiden Reformmaßnahmen die Personallücke in der Pflege von 517.000 auf 279.000 VZÄ reduziert werden könnte. Zur Ermittlung der Personaleinsparungen wurde zunächst die Verlagerung der Pflegebedürftigen aus der stationären in die professionelle ambulante Pflege sowie aus der professionellen ambulanten Pflege in die Kombinationsleistung quantifiziert. Im Zuge des Pflegemix der Zukunft wird davon ausgegangen, dass es gelingen kann, zukünftig etwa 10,8 Prozent der Pflegebedürftigen statt stationär professionell ambulant zu versorgen und 5,6 Prozent aus der professionellen ambulanten Pflege in Kombinationsleistungen zu verschieben. Durch den altersgerechten Umbau wird zudem für 50 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen altersgerechter Wohnraum bis 2030 geschaffen

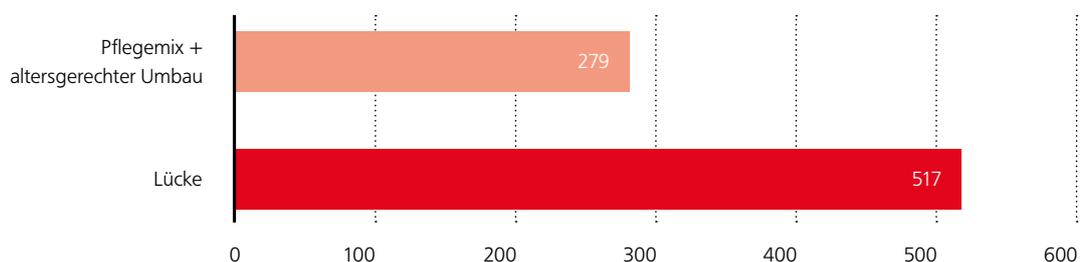
und der Anteil der ambulanten Versorgung ausgeweitet. Darauf aufbauend werden – ausgehend von dem geringeren Personalbedarf in der ambulanten gegenüber der stationären Pflege – die entsprechenden Personaleinsparungen quantifiziert.

Die Effekte auf der Finanzierungsseite sind im Falle des zweiten Lösungswegs nicht so einfach zu beziffern wie im Fall des ersten. Beide Reformmaßnahmen des zweiten Szenarios setzen zunächst Investitionen in die Anpassung der Angebotsstrukturen voraus. Im Falle des Pflegemix der Zukunft macht die Studie der Prognos AG (2014e) zur Beschreibung des Konzepts eines Regionalen Pflegebudgets deutlich, dass die Mehrkosten für eine verbesserte wohnortnahe Beratung, Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen durch die realisierten Einsparungen mehr als gegenfinanziert werden können.¹⁶

Für einen verstärkten altersgerechten Umbau sind hingegen zunächst deutliche Investitionen notwendig. So werden in der Evaluation des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“ die Kosten für den altersgerechten Umbau einer Wohnung mit 19.100 Euro angegeben, während der altersgerechte Neubau im Durchschnitt auf etwa 13.500 Euro beziffert wird (Prognos AG 2014f: 29). Gelingt es bis zum Jahr 2030, den gegenwärtigen Bestand von etwa 700.000 altersgerechten Wohnungen so zu steigern, dass 50 Prozent aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen in einer solchen Wohnung leben können, so erfordert dies einen zusätzlichen Umbau von etwa 620.000 altersgerechten Wohnungen.¹⁷ Unter Berücksichtigung der Rechnungen aus der eben genannten Prognosstudie wäre hierfür ein Investitionsvolumen von

¹⁶ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die stationäre Versorgung von pflegebedürftigen Personen nicht per se günstiger ausfällt als die professionelle ambulante Versorgung. So lassen sich – insbesondere bei fortgeschrittenem Pflegebedarf sowie unter maximaler Ausnutzung der Leistungsansprüche aus der SPV – durchaus Fallkonstellationen finden, in denen eine stationäre günstiger ausfällt als eine professionelle ambulante Versorgung. Des Weiteren vernachlässigt die hier gewählte Fokussierung auf den Leistungskatalog der SPV die Ausgaben der häuslichen Krankenpflege (HKP) im ambulanten Bereich, die über entsprechende Leistungen der GKV abgerechnet werden. Im Falle der stationären Versorgung wird die Krankenpflege hingegen über den Pflegesatz der SPV abgerechnet.

Abbildung 13
Effekte von Lösungsweg 2 „Pflege optimal gestalten“, 2030, fehlendes Pflegepersonal in 1.000 VZÄ



Quelle: eigene Darstellung.

etwa 11,6 Milliarden Euro erforderlich.¹⁸ Im Zuge des durch den Umbau vermiedenen Heimeintritts entstehen aufseiten der SPV aber auch erhebliche Einsparpotenziale.¹⁹

3.3 ZWISCHENFAZIT

Die skizzierten Lösungswege zeigen, wie die prognostizierten und implizit frei werdenden Mittel eingesetzt werden können, um einerseits das Angebot an Pflegekräften zu erhöhen und andererseits die Nachfrage nach Pflegepersonal zu dämpfen. Für die jeweiligen Szenarien konnte gezeigt werden, dass die Personallücke in der Pflege bei entsprechenden Reformbemühungen bis 2030 um bis zu 238.000 VZÄ auf der Nachfrageseite reduziert werden kann. Aufseiten des Arbeitsangebots erscheint eine Ausweitung um rund 170.000 VZÄ realistisch (Abbildung 14).

Zur Ausweitung des Personalangebots muss in die Arbeits- und insbesondere die Entlohnungsbedingungen der Pflege-

berufe investiert werden. Dementsprechend sind auf der Nachfrageseite erhebliche Investitionen in die pflegerische Infrastruktur sowie die altersgerechte Wohnraumversorgung erforderlich, um die aufgezeigten Effekte zu realisieren.

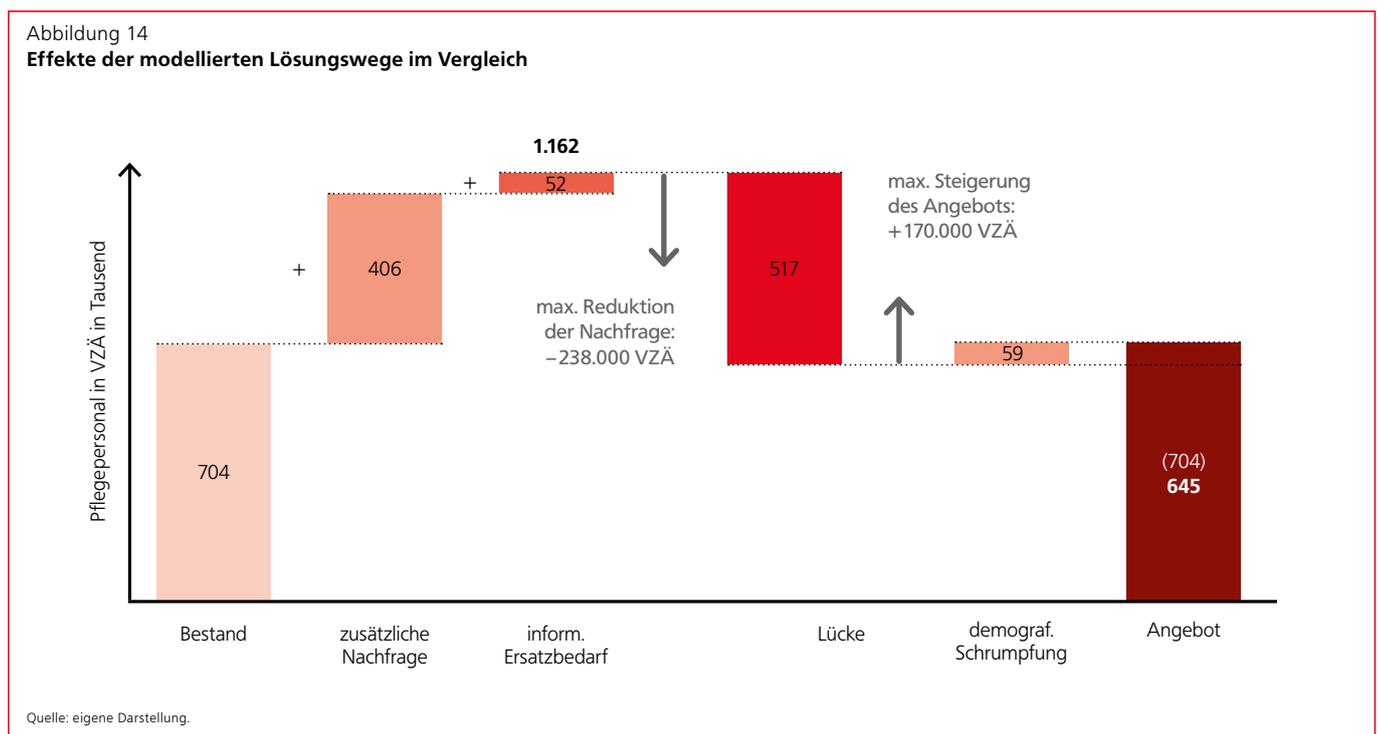
Sofern die Szenarien der modellierten Lösungswege sowohl auf Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite greifen, kann es mit den vorgeschlagenen Reformszenarien gelingen, die rechnerische Personallücke bis 2030 von 517.000 auf 109.000 VZÄ zu reduzieren. Die zur Aufrechterhaltung der aktuellen Versorgungssituation nötigen Mittel, die aufgrund der Personalknappheit nicht abgerufen werden können (gut 14 Milliarden Euro) werden zur Erreichung dieser deutlichen Verbesserung der Personalsituation nicht aufgebraucht. Während die Reformen auf der Angebotsseite mit Kosten in Höhe von maximal 6,6 Milliarden Euro zu Buche schlagen, stünden die verbliebenen 7,4 Milliarden Euro für Verbesserungen auf der Nachfrageseite (pflegerische Infrastruktur und altersgerechte Wohnraumversorgung) sowie weitere Maßnahmen zur Entspannung der Personalsituation im Jahr 2030 zur Verfügung.

Auch wenn das Umdenken der Finanzierung in der Pflege zu deutlichen Verbesserungen auf dem Arbeitsmarkt führen kann, bedarf es neben den aufgeführten Lösungswegen weiterer Reformbemühungen, um das aktuelle Versorgungsniveau zukünftig aufrechtzuerhalten. Nachdem die Modellierungen einen Effektrahmen beispielhaft aufgespannt haben, geht es nun in Kapitel 4 darum, konkrete und detailliertere Handlungsoptionen für die verschiedenen Akteure auszuarbeiten.

17 Gemäß der Prognose der Pflegebedürftigen in Kapitel 2.1.2 steigt die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf etwa 2,65 Millionen Personen. Besteht die Zielsetzung in einer altersgerechten Wohnraumversorgung für die Hälfte (50 Prozent) dieses Personenkreises, so steigt der entsprechende Bedarf bis zum Jahr 2030 auf 1,32 Millionen Wohnungen, wenn davon auszugehen ist, dass jeder Pflegebedürftige in einer separaten altersgerechten Wohnung lebt. Abzüglich des bereits bestehenden altersgerechten Wohnraums im Jahre 2013 von etwa 700.000 Wohnungen ergibt sich somit ein zusätzlicher Wohnungsbedarf von etwa 623.000 altersgerechten Wohnungen bis zum Jahr 2030

18 Entsprechend den Analysen in Prognos AG (2014f: 29) werden für den altersgerechten Wohnungsbau Kosten von 19.100 Euro je Wohnung und 13.500 Euro für den altersgerechten Neubau unterstellt. Dabei wird auch an dieser Stelle ein reales Wachstum von 1,2 Prozent p. a. unterstellt.

19 Zu den Einsparpotenzialen aufseiten der SPV siehe Prognos AG (2014d: Kap. 8) sowie Prognos AG (2014f: Kap. 3.3).



4

HANDLUNGSOPTIONEN UND POLITIKEMPFEHLUNGEN

Ziel dieses Kapitels ist es, die im Rahmen der Lösungsansätze identifizierten Optimierungspotenziale im deutschen Pflegesystem, wie beispielsweise eine Verlängerung der Berufsverweildauer und den Weg hin zu einem optimalen Pflegemix, mit Inhalt zu füllen und konkrete Empfehlungen an die relevanten Akteure zu formulieren.

4.1 AUSWAHL DER ZENTRALEN HANDLUNGSFELDER

Im Rahmen eines von der Friedrich-Ebert-Stiftung organisierten Expert_innenworkshops im Juli 2015 wurden nach der Vorstellung der vorläufigen Studienergebnisse verschiedene Handlungsoptionen und Politikempfehlungen zur Zukunft der Pflegepolitik gesammelt und priorisiert. Kriterien für die Auswahl waren:

Realisierbarkeit: Die Handlungsempfehlungen sollen mehrheitsfähig, finanzierbar und praktikabel (kurz-/mittelfristig umsetzbar) sein.

Impact/Wirkungsgrad: Der Effekt auf die Senkung der Fachkräftelücke soll aus Sicht der Expert_innen nachweislich vorhanden sein.

Zum Zwecke der Priorisierung haben die Expert_innen²⁰ die verschiedenen Handlungsoptionen für die Angebots- und Nachfrageseite in jeweils ein Koordinatensystem eingeordnet.²¹ Darüber hinaus bestand das Ziel der Diskussion darin, die Handlungsempfehlungen konkret an die zentralen Akteure der Pflegepolitik zu adressieren. Die zentralen Akteure sind:

1. die Politik, d. h. Bund, Länder und Kommunen;
2. die Pflegeeinrichtungen, d. h. Pflegeheime und ambulante Pflegedienste;

²⁰ Am Expert_innenworkshop nahmen neben Vertreter_innen der Prognos und der Friedrich-Ebert-Stiftung als Expert_innen teil: Eckehard Linnemann (Sozialbeirat), Nadine-Michèle Szepan (AOK-Bundesverband, Abteilung Pflege), Prof. Dr. Hildegard Theobald (Universität Vechta, Research Centre Ageing and Society), Andrea von der Malsburg (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) und Prof. Dr. Michael Isfort (Katholische Hochschule NRW, Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung).

²¹ Das Koordinatensystem bildet auf den Achsen die beiden Bewertungskriterien „Realisierbarkeit“ und „Impact/Wirkungsgrad“ ab, deren Bedeutung links unten im Diagramm am geringsten und recht oben am höchsten war. Als zentrale Handlungsoptionen wurden entsprechend diejenigen qualifiziert, die hinsichtlich beider Kriterien hoch bzw. rechts oben im Koordinatensystem eingestuft wurden.

3. Verbände und sonstige Akteure im Pflegebereich wie beispielsweise die Pflegekassen, die Bundesagentur für Arbeit oder die Gewerkschaften.

Die Ergebnisse der Diskussion in Form der priorisierten zentralen Handlungsfelder und -empfehlungen im Rahmen des Expert_innenworkshops bilden die Grundlage des folgenden Kapitels 4.2.

4.2 PRIORITÄRE HANDLUNGSFELDER

In Tabelle 3 sind die zentralen Handlungsfelder für die Nachfrage- und Angebotsseite mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen in einer Übersicht dargestellt. Die Handlungsfelder auf der Nachfrageseite zielen darauf ab, den Pflegebedarf zu reduzieren, die Handlungsfelder auf der Angebotsseite darauf, das Angebot an Pflegekräften zu erhöhen.²²

In jedem Handlungsfeld ist skizziert, welche Handlungsempfehlungen aus Expert_innensicht an welche Akteure zu richten sind. Diese Handlungsempfehlungen werden durch entsprechende Hinweise aus anderen Untersuchungen fundiert. Soweit verfügbar, werden bestehende (internationale) Beispiele Guter Praxis als Orientierung angeführt. Die konkreten Handlungsempfehlungen werden schließlich jeweils für jedes Handlungsfeld in einer Übersichtstabelle (Tabellen 4 bis 8) zusammenfassend dargestellt.

4.2.1 NACHFRAGESEITE

Handlungsfeld N1: Pflege vor Ort

Um die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften zu dämpfen, gilt es, die Situation vor Ort, d. h. im Wohnumfeld der Pflegebedürftigen, zu optimieren. Hierfür können drei zentrale Handlungsempfehlungen an die Politik formuliert werden:

1. Die Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor Ort müssen ausgebaut und vernetzt werden.

Dies kann dadurch gelingen, dass die bereits eingerichteten Pflegestützpunkte flächendeckend mit anderen Beratungsan-

²² In jeder Zeile ist mit einem Kreuz gekennzeichnet, an welche Akteure sich die priorisierten Handlungsempfehlungen konkret richten. Dies schließt nicht aus, dass abseits der priorisierten Handlungsempfehlungen weitere Empfehlungen für hier nicht angesprochene Akteure existieren. oben im Koordinatensystem eingestuft wurden.

Tabelle 3

Handlungsfelder und -empfehlungen auf der Nachfrage- und Angebotsseite nach adressierten Akteuren

Nachfrageseite	Politik	Einrichtungen	Verbände und sonstige
1. Pflege vor Ort			
Beratungsangebote vor Ort ausbauen	●		●
häusliche Pflegeangebote optimieren	●		●
2. Schnittstellen			
Schnittstellenmanagement verbessern	●		
Reha und Prävention stärken	●	●	●
Angebotsseite			
1. Arbeitskräftepotenzial			
Anwerbung (junger) Pflegekräfte	●	●	●
Anwerbung ausländischer Pflegekräfte	●	●	
2. Personalressourcen			
Erwerbsumfang von Pflegekräften in Teilzeit erhöhen	●	●	
Verweildauer im Pflegeberuf erhöhen	●	●	
3. Entlohnung			
Tariflöhne durchsetzen		●	●
Transparenz über Personalkosten schaffen	●	●	

Quelle: eigene Darstellung.

geboten auf kommunaler Ebene vernetzt werden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Friedrich-Ebert-Stiftung (2013) schlagen in diesem Zusammenhang in ihrem Positionspapier vor, die Pflegestützpunkte als „regionale Senioren-Service- und Koordinierungsstelle zur Sicherung des Hilfemixes aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Alltagsversorgung“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Friedrich-Ebert-Stiftung 2013: 17) weiterzuentwickeln. Auch Naegele (2014) weist im Rahmen seines Gutachtens für die Friedrich-Ebert-Stiftung darauf hin, dass die Pflegestützpunkte einen erweiterten Auftrag benötigen, der „stärker auf die Vernetzung mit den übrigen kommunalen Diensten abhebt, d. h. in eine quartiersbezogene Struktur einzubinden ist“ (Naegele 2014: 42). Hierbei gilt es, vonseiten der Politik einheitliche Standards zu etablieren, um die Qualität der Beratungsangebote zu sichern.

Darüber hinaus ist es angebracht, die in den Pflegestützpunkten angewendeten Beratungsmethoden zu überprüfen. Vorgeschlagen werden die Einführung und die Stärkung der sogenannten aufsuchenden Beratung, d. h. die Beratung der Angehörigen im Wohnumfeld der Pflegebedürftigen. Es sollten zudem gezielt Schulungskurse für Angehörige angeboten und Beratungspflichttermine für die Angehörige eingeführt werden, um die informelle Pflege noch stärker als bisher zu unterstützen. Wichtig ist, dass diese Unterstützungsangebote transparent gemacht werden. Hierzu gibt es bereits Modell-

projekte, beispielsweise die **Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung in Rheinland-Pfalz**. Aufgabe der Servicestelle sind die unabhängige und unbürokratische Information, Beratung und Begleitung sowie Vermittlung und Vernetzung (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2014: Kap. 3.3).

Die Expert_innen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Care und Case Management²³ nur in Verknüpfung sinnvoll sind. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Kommunen und den Kostenträgern ist von zentraler Bedeutung. Gute Praxis werde laut einer Studie des GKV-Spitzenverbands (2012) dort sichtbar, „wo es gelungen ist, die Akteure im Feld der Beratung zusammenzubringen und eine sinnvolle Aufgabenintegration vorzunehmen“ (GKV-Spitzenverband 2012: 21).

Im Bereich der Beratung liefern insbesondere Skandinavien und Finnland Beispiele für **Gute Praxis**. So gibt es in Norwegen ein Informationsportal/-netzwerk, mit dessen Hilfe sich u. a. Personen, die Angehörige informell pflegen, informieren, austauschen und gegenseitig helfen können. Zudem werden in Norwegen Schulungen in Kooperation mit lokalen Organisationen durchgeführt. Ziel der Schulungen ist es, die Zusammenarbeit zwischen professionellem Pflegepersonal und

²³ Durch das Care Management soll die Versorgung der Pflegebedürftigen optimiert werden, das Case Management zielt dagegen auf die Vernetzung der verschiedenen Versorgungseinheiten ab.

pflegenden Angehörigen zu fördern. Die entsprechenden Informationen und Pflegeinhalte werden durch Fragebögen, Schulungen, in Gruppendiskussionen und Einzelgesprächen zur Verfügung gestellt. In Dänemark werden Schulungen für Familien von Pflegebedürftigen und Handbücher zum Umgang mit Demenzkranken angeboten. Dabei sollen ganz gezielt auch Männer dazu ermutigt werden, einen Angehörigen zu pflegen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt 2007: Kap. 4.4.2).²⁴

2. Häusliche Pflegeangebote müssen weiter optimiert werden.

Der zentrale Ansatzpunkt ist hierfür der Ausbau der Förderung altersgerechter Wohnformen und niedrigschwelliger Versorgungsformen durch die Politik. Die KfW Bankengruppe fördert beispielsweise bereits seit 2009 mit dem KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ Maßnahmen zur Barriere-reduzierung in bestehenden Wohngebäuden. Niedrigschwellige Beratungsangebote, deren Schwerpunkte auf der Anleitung, Beaufsichtigung und Betreuung der Pflegebedürftigen liegen, werden zudem seit 2001 gemäß § 45 c SGB XI durch die SPV und die PPV sowie Bund, Länder und Kommunen gefördert. Ausgewählte Maßnahmen wurden bereits in Kapitel 3.2 im Rahmen des zweiten Lösungsansatzes modelliert.

Eine Möglichkeit, Anreize für niedrigschwellige Versorgungsformen im Sozialraum zu schaffen, ist die Einführung eines Regionalen Pflegebudgets, das von der Prognos AG (2014e) für die Bertelsmann Stiftung im Detail ausgearbeitet worden ist. Im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets wird den Kreisen und kreisfreien Städten ihre Steuerungskompetenz in der pflegerischen Versorgung zurückgegeben. Durch die eigenverantwortlichen Aktivitäten der Kreise und kreisfreien Städte kann die pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung effizienter gestaltet werden.

Bei der Verbesserung der häuslichen Pflegeangebote spielen auch technische Hilfsmittel eine Rolle. In der Altenpflege werden technische Assistenzsysteme unter dem Begriff Ambient Assisted Living (AAL) zusammengefasst. Dazu gehören beispielsweise eine automatische Herdabschaltung oder Aufstehhilfen. Im Expert_innenworkshop wurde festgehalten, dass technische Assistenzsysteme künftig stärker am tatsächlichen Bedarf der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen orientiert sein sollten. Derzeit werden die Systeme häufig nicht explizit für die Pflege entwickelt, sondern lediglich aus anderen Anwendungsbereichen übernommen und adaptiert. In eine ähnliche Richtung argumentieren auch Wichert et al. (2009: Kap. 4.4). Sie plädieren dafür, nur eine oder wenige Plattformen projekt- und herstellerübergreifend zu etablieren, sodass weitgehend standardisierte Betriebssysteme (wie im IT-Bereich beispielsweise Microsoft Windows) existieren. AAL-Plattformen sollten unter einer „Open Source“-Lizenz bereitgestellt werden, damit die Technik möglichst breit nutzbar und weiterentwickelbar ist. Ideal wäre es, wenn AAL-Produkte mit heute bereits verfügbaren Geräten und Schlüsselkomponenten kombiniert und vernetzt werden könnten. Ziel der Politik muss es sein, darauf zu achten, dass allen Maßnah-

men immer ein angemessener Nutzen entgegensteht und es nicht zulasten der Persönlichkeitsrechte zu einem einseitigen Verhaltensmonitoring kommt. Sollte dies nicht der Fall sein, gilt es, entsprechende Richtlinien zu entwickeln und deren Einhaltung zu kontrollieren.

Auch in der häuslichen Betreuung älterer Menschen gibt es Beispiele für **internationale Gute Praxis**. Diese stammen wiederum aus Skandinavien und Finnland. Auch hier spielt die Technik eine große Rolle. So besteht beispielsweise in Finnland die Möglichkeit, die Kommunikation zwischen Patient_in und betreuender Ärztin bzw. betreuendem Arzt per Videokonferenz, E-Mail oder Textnachrichten zu organisieren, so dass der/die Patient_in trotz Behandlung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt zu Hause gepflegt werden kann. In Schweden gibt es zudem ein differenziertes System von Wohngruppen für Demenzkranke. In vielen Städten wurde vor allem das Wohnen in betreuten Gruppen ausgebaut. Werden Demenzkranke zu Hause gepflegt, haben sie die Möglichkeit, neben ambulanten Hilfsdiensten auch Tageskliniken in Anspruch zu nehmen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt 2007: Kap. 4.4.3).

Tabelle 4
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im nachfrageseitigen Handlungsfeld „Pflege vor Ort“

Handlungsfeld N1: Pflege vor Ort

N1.1. Beratungsangebote für Pflegebedürftige und Angehörige vor Ort ausbauen

Handlungsempfehlungen an die POLITIK

- Pflegestützpunkte mit anderen Beratungsangeboten auf kommunaler Ebene vernetzen und einheitliche Standards etablieren.
- Beratungsmethoden überprüfen, mehr aufsuchende Beratung, Schulungskurse und Beratungspflichttermine für Angehörige (Gute Praxis in Skandinavien und Finnland).
- Care und Case Management verknüpfen, Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Kostenträgern optimieren.

N1.2. Häusliche Pflegeangebote optimieren

Handlungsempfehlungen an die POLITIK

- Altersgerechte Wohnformen und niedrigschwellige Versorgungsformen fördern (Gute Praxis in Skandinavien und Finnland).

Handlungsempfehlungen an FORSCHUNGSINSTITUTE und POLITIK

- Sicherstellen, dass technische Hilfsmittel (AAL) bedarfs- und nutzergerecht entwickelt und eingesetzt werden (Gute Praxis in Skandinavien und Finnland).

Quelle: eigene Darstellung.

Handlungsfeld N2: Schnittstellen

Das zweite zentrale Handlungsfeld im Bereich der nachfrageseitigen Schließung der Arbeitskräftelücke in der Pflege stellt eine Optimierung der Schnittstellen zwischen dem Pflege-, dem Rehabilitations- und dem Gesundheitssystem dar. Es ergeben sich aus Expert_innensicht die folgenden zentralen Handlungsempfehlungen:

²⁴ Hier werden auch weitere Beispiele für internationale Gute Praxis genannt.

1. Das Schnittstellenmanagement zwischen den drei Versorgungssystemen (Pflege, Reha, Krankenhaus) muss verbessert werden.

Der Politik und den unterschiedlichen Einrichtungen kommen dabei die Aufgaben zu, die jeweils für die Lösung der Schnittstellenprobleme zuständigen Akteure zu bestimmen und entsprechende Verantwortlichkeiten zuzuteilen. Dass die Träger, Dienstleister und professionellen Akteure vor Ort im Wettbewerb stehen und nicht selten auch ein Konkurrenzdenken vorherrscht, erschwert es, übergreifende und gemeinsame Strategien zu entwickeln und umzusetzen. Im Rahmen einer Studie rät das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (2014: 35) daher dazu, die Rolle der Kommune als Moderator zu stärken und u. a. Instrumente wie regionale Pflegekonferenzen konsequenter und verbindlicher zu nutzen, um die Schnittstellenthematik anzusprechen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Weitere Schnittstellenprobleme, die konkret mit Rehabilitationsmaßnahmen in Verbindung stehen, werden im folgenden Unterpunkt 2 behandelt.

Ein internationales Beispiel für **Gute Praxis** liefert Italien. In der Region Emilia-Romagna spielt insbesondere die Schnittstelle zwischen Krankenhaus sowie häuslicher Betreuung und Pflege eine Rolle. Dort planen die Stationsärzt_innen in den Krankenhäusern und die zuständige territoriale Bewertungseinheit gemeinsam die Entlassung der Patient_innen. Darüber hinaus wird gleichzeitig gezielt darüber nachgedacht, wie die Netze der integrierten Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens und die Altenhilfedienste genutzt werden können. Eine stationäre Dauerpflege wird erst dann als Lösung in Betracht gezogen, wenn die Bewertungseinheit und alle weiteren Beteiligten und die Familie dies als alternativlos ansehen (Bertelsmann Stiftung 2012: 74f.).

2. Reha und Prävention müssen gestärkt und somit der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit verzögert und vermieden werden.

Ein Grund dafür, dass ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zum Pflegefall werden, besteht darin, dass der Übergang in die Rehabilitationseinrichtung nicht gelingt. Die älteren Menschen sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zunächst auf ein höheres Maß an Unterstützung angewiesen, die in der Rehabilitationseinrichtung aber nicht geleistet werden kann. Stattdessen beziehen ältere Menschen direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt häufig auf unbestimmte Zeit Pflegeleistungen. Diesem Missstand würde der systematische Einsatz von Kurzzeitpflege entgegenwirken, der die alten Menschen „Reha-fähig“ machen würde und somit den Bezug von Pflegeleistungen verzögern oder sogar vermeiden könnte. Entsprechend ist laut einer Studie von Bertelsmann (2012: Kap. 9) insbesondere die Schnittstelle zwischen stationärem Krankenhausaufenthalt und anschließender häuslicher Versorgung, die großes Potenzial bietet. In diesem Bereich hat sich insbesondere das Konzept der ambulanten mobilen Rehabilitation als geeignet erwiesen, bei dem die Rehabilitation durch ein interdisziplinäres Team im gewohnten Wohnumfeld der Patient_innen durchgeführt wird. Erfolgreich waren zudem

kommunale, Case-Management-basierte Reha-Netzwerke, durch die die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Rehabilitation beteiligten Akteure vor Ort effizienter gestaltet werden kann. Grund für den Erfolg dieser Ansätze ist, dass sie eine stärkere Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. der Betreuung durch Hausärzt_innen erzielen und damit eine „weitgehend zielgenaue und damit angemessene Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ (Bertelsmann Stiftung 2012: 66) herstellen.

Die möglichen positiven Effekte von Reha-Maßnahmen und Prävention von Pflegebedürftigkeit auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen sind empirisch derzeit kaum belegt. In welchem Umfang Rehabilitation unmittelbar vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und unmittelbar danach tatsächlich stattfindet und inwiefern sie wirkt, wurde u. a. von Rothgang et al. (2014: Kap. 5.5.5) im BARMER-GEK Report 2014 untersucht. Auf Grundlage von Daten zur Effektivität von Rehabilitation vergleichen die Autoren die Situation in den Bundesländern. Es zeigt sich, dass sowohl eine höhere Zahl an geriatrischen Reha-Betten als auch eine hohe Relation von geriatrischen Reha-Betten zu geriatrischen Krankenhausbetten im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts verringert. Bundesländer mit hohen Kapazitäten an Reha-Einrichtungen weisen geringere Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten auf. Der Ländervergleich gibt somit Hinweise darauf, dass geriatrische Rehabilitation den Pflegeeintritt vermindern kann, auch wenn sich die Wirksamkeit noch nicht an konkreten Zahlen messen lässt.

In Bezug auf die Rehabilitation von älteren Menschen zeigt sich darüber hinaus laut Rothgang et al. (2014: Kap. 5.5.2) ein elementarer Fehlanreiz im Finanzierungssystem (Schnittstellenproblem), der sich negativ auf einen flächendeckenden und nachhaltigen Aufbau ausübt. Kostenträger einer Rehabilitation im Bereich der Geriatrie sind die Gesetzlichen Krankenkassen, während die SPV der Nutznießer ist. Die Krankenkassen stehen anders als die Pflegekassen mit ihren Beitragssätzen und Leistungen im Wettbewerb mit anderen Kassen. Sobald das körperliche Gebrechen einer Person für eine Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ausreicht, führt dies zu einer Entlastung der Krankenkassen. Wettbewerblich denkende Kassen haben daher nicht nur keinen Anreiz, Rehabilitation zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit zu fördern, sondern im Gegenteil den Anreiz, genau dies nicht zu tun. Für die politischen Entscheidungsträger leitet sich aus diesem Missstand aus Sicht von Rothgang et al. (2014: Kap. 5.5.2) die Handlungsempfehlung ab, für die ambulante mobile geriatrische Rehabilitation in Deutschland Versorgungsverträge mit den Krankenkassen zu formulieren, um hier finanzielle Anreize zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu schaffen.

Im Bereich der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gibt es einige wirksame Modellprojekte, beispielweise auch das **Modellprojekt Nordlicht**, das darauf abzielt, mithilfe einer Case-Managerin nach Sturzverletzungen, einem Schlaganfall oder Multimorbidität mit Demenz oder psychischer Erkrankung eine stabile häusliche Pflegesituation nach dem Krankenhausaufenthalt herzustellen. Erreicht wird dies durch eine Kombination aus Beratung und Koordinierung durch die Case-Managerin sowie Netzwerkarbeit mit den beteiligten Akteuren. Im Rahmen dieses Projekts wurde ein auf Modulen

aufgebautes Instrument zum Case-Management entwickelt, umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert. Zudem wurden Kooperationen, Netzwerke und ambulante Strukturen weiterentwickelt. Durch das Projekt Nordlicht konnten in deutlichem Umfang Heimeinweisungen vermieden werden (Bertelsmann Stiftung 2012: 71f.).

Ein Beispiel **internationaler Guter Praxis** stammt aus Dänemark. Dort sind die Gemeinden für die Führung der Pflegeheime verantwortlich. In den Heimen werden neben der Pflege auch Leistungen wie Rehabilitationsmaßnahmen, Tagespflege und Essen auf Rädern angeboten. Entsprechend organisieren diese „Multi-Service-Zentren“ die ambulante Pflege der älteren Menschen im regionalen Einzugsgebiet. Zudem wurden in diesen Einrichtungen sogenannte Entlassungsaufenthalte eingeführt, die in etwa der deutschen Kurzzeitpflege entsprechen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt 2007: Kap. 4.4.3).

weiter zu erhöhen. Mit der in Kapitel 2.3.2 angesprochenen „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ wurden hier bereits messbare Erfolge erzielt. Ein zentrales Problem bei der Pflegeausbildung ist zudem deren Finanzierung. Pflegeeinrichtungen, die ausbilden, werden durch die entstehenden Ausbildungskosten im Gegensatz zu Pflegeeinrichtungen, die nicht ausbilden, finanziell benachteiligt. In Krankenhäusern wird dieses Problem mithilfe einer Ausbildungsumlage gelöst, durch die sich alle Krankenhäuser an den Ausbildungskosten beteiligen. Auch für die Pflege sollte daher ein solidarisches Umlagesystem eingeführt werden. Dies fordert auch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (2013: 54 f.) in ihrem „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012“.

Die Reform der Ausbildungsfinanzierung sowie auch die Erhöhung der Qualität und der Attraktivität der Pflege sind ebenfalls bereits Teil des Gesetzes zur generalistischen Pflegeausbildung (Kapitel 2.3.2). Ob diese Änderung sich positiv auf die Zahl der Altenpflegekräfte auswirken wird, bleibt abzuwarten. Durch die Vereinheitlichung der Ausbildung von Kranken- und Altenpflegeberufen wird der Wechsel zwischen beiden Berufsfeldern erleichtert, was aufgrund der besseren Arbeits- und Entlohnungsbedingungen in der Krankenpflege auch negative Folgen für die Altenpflege mit sich bringen kann.²⁵

Voraussetzung dafür, dass sich viele junge Menschen für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf entscheiden, sind nicht zuletzt die zukünftigen Arbeits- und Entlohnungsbedingungen in der Pflege. Entsprechend gilt es, diese stetig zu verbessern (bzgl. der Entlohnung von Pflegekräften siehe auch Handlungsfeld A3). In einem von der Friedrich-Ebert-Stiftung beauftragten Positionspapier von Kesselheim et al. (2013: 22 f.) werden hierbei als Ansatzpunkte eine langfristige Personalplanung und -entwicklung sowie eine betriebliche Gesundheitsförderung genannt. Ein Beispiel für eine vorausschauende Personalentwicklung stellt das **Projekt TOP – teamorientierte Personalentwicklung** dar, das von der Altenheim GmbH der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach (AH Mönchengladbach) und den Altenpflegeheimen der Stadt Wuppertal (APH Wuppertal) initiiert wurde.²⁶ Ziel ist die Qualifizierung und Unterstützung von Mitarbeitenden der unteren und mittleren Führungsebene der Pflegebranche. Die Wohnbereichs- und Teamleitungen der beiden Träger aus Mönchengladbach und Wuppertal wurden hierfür in gesundheits- und mitarbeiterorientierenden Führungsweisen qualifiziert. Dabei wurden die Führungskräfte auch dahingehend sensibilisiert, die Lern- und Weiterentwicklung ihrer Mitarbeiter_innen zu fördern und sich selbst besser vor Überlastungen zu schützen.

Nicht nur junge Menschen können für einen Pflegeberuf geworben werden, sondern auch ältere Menschen, die von einem anderen Beruf in die Pflege umschulen wollen. Wie in Kapitel 2.3.2 erwähnt, ist die Zahl der Umschüler_innen in

Tabelle 5
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im nachfrageseitigen Handlungsfeld „Schnittstellen“

Handlungsfeld N2: Schnittstellen

N2.1. Schnittstellenmanagement verbessern

Handlungsempfehlungen an die POLITIK, EINRICHTUNGEN und KASSEN

- Zuständige Akteure bestimmen und Verantwortung für die Lösung der Schnittstellenprobleme zuteilen (Internationale Gute Praxis aus Italien).

N2.2. Reha und Prävention stärken

Handlungsempfehlungen an die POLITIK

- Möglichkeiten der Kurzzeitpflege beim Übergang in die Reha nach einem Krankenhausaufenthalt von älteren Menschen sicherstellen, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu vermeiden (Modellprojekt Nordlicht und internationale Gute Praxis aus Dänemark).
- Versorgungsverträge für die ambulante mobile geriatrische Rehabilitation in Deutschland formulieren und somit finanzielle Anreize für die Krankenkassen setzen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Quelle: eigene Darstellung.

4.2.2 ANGEBOTSSEITE

Handlungsfeld A1: Arbeitskräftepotenzial

Das erste Handlungsfeld auf der Angebotsseite befasst sich mit der Anwerbung und Rekrutierung von zusätzlichem Pflegepersonal im In- und Ausland. Es ergeben sich aus Expert_innensicht die folgenden zentralen Handlungsempfehlungen:

1. Die Zahl der Auszubildenden bzw. Umschüler_innen in der Pflege muss weiter erhöht werden.

Hier liegt der Fokus auf der Gewinnung von Schulabgänger_innen für eine Pflegeausbildung. Es muss das Ziel der Politik sein, die Qualität und die Attraktivität der Pflegeausbildung

²⁵ Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen in der Regel nicht ausschließen, sondern in Form eines ganzheitlichen Ansatzes sogar zusätzliches Potenzial entfalten können.

²⁶ Die beiden Träger haben das Projekt gemeinsam mit dem BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen aus Essen konzipiert. Es wurde über das Förderprogramm „Initiative weiter bilden“ aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und lief von 2011 bis Anfang 2014 insgesamt über 36 Monate.

der Pflege bereits vergleichsweise hoch. Bei der Umschulung ist insbesondere die Bundesagentur für Arbeit gefragt. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Friedrich-Ebert-Stiftung (2013: 20) begrüßen in ihrem Positionspapier, dass die Bundesagentur für Arbeit die Finanzierung der Umschulung im Rahmen der Arbeitsförderung wieder aufgenommen hat. Diese Förderung sollte idealerweise unbefristet gelten (aktuell läuft sie bis 2016). Zudem müsse die Finanzierung noch effektiver werden und deren Dauer auf die gesetzlichen Regelungen der Pflegeausbildungen abgestimmt werden. Darüber hinaus ist die Pflege aus Sicht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung stärker mit den Akteuren der regionalen Arbeitsmarktpolitik zusammenzubringen.

2. Die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte sollte vorangetrieben werden, ohne jedoch Braindrain in den Herkunftsländern auszulösen.

Nach von der Malsburg und Isfort (2014: 2, 4) arbeiten heute geschätzte 150.000 ausländische Haushaltshilfen teils illegal als 24-Stunden-Hilfen in deutschen Haushalten. Diese sollten von der Politik strukturiert in das Pflegesystem eingebunden werden. Zudem sollten einfachere Möglichkeiten für reguläre

Beschäftigungen geschaffen werden. Dabei müssen eine faire Bezahlung und die Einhaltung von Arbeits- und Ruhezeiten gewährleistet sein.

Auch die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte sollte durch die Politik vereinfacht werden. So sollten ausländische Berufs- und Bildungsabschlüsse einfacher anerkannt werden und den ausländischen Pflegekräften berufsbegleitend das Erlernen der deutschen Sprache ermöglicht werden. Die Bertelsmann Stiftung (2015: Kap. 5) hat hierzu in einer aktuellen Untersuchung eine sehr umfassende Analyse der aktuellen Problemlagen mitsamt Handlungsoptionen vorgelegt. Laut dieser Studie rekrutiert aktuell lediglich ein Bruchteil der deutschen Pflegeeinrichtungen aktiv ausländische Pflegekräfte (Kapitel 2.4). Als ein Grund für diesen geringen Anteil wird auch der hohe zeitliche und finanzielle Rekrutierungsaufwand angesehen. Entsprechend sollte die Politik den für die Pflegeeinrichtungen entstehenden administrativen Aufwand reduzieren und in den Behörden und Ämtern die Willkommenskultur verbessern. Diese Verbesserung der Rahmenbedingungen läuft jedoch ins Leere, wenn sich nicht mehr Einrichtungen der Möglichkeiten von Zuwanderung öffnen. Hilfreich kann hierbei der Aufbau regionaler Netzwerke sein, innerhalb derer die Einrichtungen ihre Erfahrungen austauschen und ihre Rekrutierungsstrategien optimieren können. Die Studie der Bertelsmann Stiftung weist zudem darauf hin, dass die Politik bei der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte unbedingt die Einhaltung ethischer Standards (gemäß dem globalen Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften der Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation) sicherstellen muss. D. h. beispielsweise, dass deutsche Pflegeeinrichtungen keine Pflegekräfte in Herkunftsländern anwerben, die selbst einem Pflegekräftemangel gegenüberstehen.

Handlungsfeld A2: Personalressourcen

Das zweite Handlungsfeld auf der Angebotsseite beschäftigt sich mit der besseren Nutzung des vorhandenen Pflegepersonals. Es ergeben sich aus Expert_innensicht die folgenden zentralen Handlungsempfehlungen:

1. Es gilt darauf hinzuwirken, dass sich der Erwerbsumfang von Pflegekräften in Teilzeit erhöht und somit die vorhandenen Personalressourcen effizienter genutzt werden.

Entsprechend müsste die Wochenarbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege vollzeitnaher gestaltet werden. Laut der Prognos-Studie „Pflegetandschaft 2030“ (2012: Kap. 7.1) zeigen die Einschätzungen der im Rahmen der Studie befragten Arbeitnehmer_innenvertreter, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Attraktivität des Pflegeberufs mit einer Optimierung der Arbeitszeitmodelle zu tun hat. Mit flexiblen Arbeitszeitmodellen und verbesserten Betreuungsmöglichkeiten kann es gelingen, die Wochenarbeitszeit der Beschäftigten in Teilzeit zu steigern. Dies gilt insbesondere für Mütter. Hierfür müssten vonseiten der Politik und der Einrichtungen das Angebot an Kinderbetreuung für Erwerbstätige in Schichtarbeit ausgebaut und die Arbeitszeiten in der Pflege soweit als möglich flexibilisiert werden.

<p>Tabelle 6 Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebotsseitigen Handlungsfeld „Arbeitskräftepotenzial“</p>
<p>Handlungsfeld N1: Pflege vor Ort</p>
<p>A1.1. Erhöhung der Zahl der Auszubildenden/ Umschüler_innen</p>
<p>Handlungsempfehlungen an die POLITIK, die EINRICHTUNGEN und die BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schulabgänger_innen müssen gezielt für Pflegeberufe angeworben werden. Voraussetzung hierfür ist ein qualitativ hochwertiges und attraktives Ausbildungssystem. – Die Kosten der Pflegeausbildung müssen durch ein Umlagesystem zwischen allen Pflegeeinrichtungen solidarisch verteilt werden. – Pflegeeinrichtungen sollen attraktive Arbeits- und Entlohnungsbedingungen schaffen (Projekt TOP – teamorientierte Personalentwicklung). – Pflegekräfte sollten auch nicht zuletzt durch die Umschulung von Arbeitslosen gewonnen werden. Die Bundesagentur für Arbeit sollte entsprechende Umschulungsmaßnahmen unbefristet fördern.
<p>A1.2. Vorantreiben der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte</p>
<p>Handlungsempfehlungen an die POLITIK und die EINRICHTUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> – Strukturelle Einbindung und Legalisierung der 24-Stunden-Pflege durch (überwiegend osteuropäische) Migrant_innen. – Vereinfachung der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte und Sicherstellung einer fundierten sprachlichen Ausbildung ausländischer Pflegekräfte. – Die Pflegeeinrichtungen sollen sich der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte öffnen, sich aktiv an der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte beteiligen und sich untereinander vernetzen. Es gilt dabei jedoch, Braindrain in den Herkunftsländern unbedingt zu vermeiden.
<p>Quelle: eigene Darstellung.</p>

In Kapitel 2.3.1 wurde gezeigt, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege sehr hoch ist und dass insbesondere in Westdeutschland vor allem persönliche und familiäre Verpflichtungen als Gründe für die Teilzeitbeschäftigung genannt werden. Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf könnte bei einigen Beschäftigten zu einer Ausweitung des Arbeitsumfangs beitragen. Eine Studie der PricewaterhouseCoopers AG und des WifOR-Instituts (2010: 11) bestätigt, dass Teilzeitmodelle bislang die häufigste Reaktion auf die Doppelbelastung durch Arbeit und Familie seien und der Ausbau von Betreuungsmöglichkeiten ein sinnvolles Instrument wäre, um die Teilzeitarbeit zurückzudrängen und das Fachkräftepotenzial in der Pflege besser auszuschöpfen. Das Statistische Bundesamt (2010: 1001) berechnet, dass eine Umwandlung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in Teilzeitverhältnisse bzw. von Teilzeit- in Vollzeitverhältnisse den Pflegepersonalengpass reduzieren würde (Kapitel 2.3.1). Auch diese Studie kommt zu dem Schluss, dass eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Pflegeberufen dazu beitragen könnte, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern.

2. Die Verweildauer im Pflegeberuf muss durch betriebliche Maßnahmen erhöht werden.

Die Erhöhung der Berufsverweildauer spielt im Rahmen des Lösungsansatzes „Vorfahrt für Pflege“ eine zentrale Rolle. Aufseiten der Politik kann dieses Ziel u. a. durch die Schaffung von Rahmenbedingungen für flexible Formen des Altersübergangs erreicht werden. Ältere Beschäftigte erhalten damit eine längere Beschäftigungsperspektive. So müssen geeignete Instrumente entwickelt werden, die einen fließenden Übergang der älteren Beschäftigten in den Ruhestand ermöglichen und dabei sowohl den Interessen der Betriebe als auch der Beschäftigten gerecht werden. In der Prognos-Studie „Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit“ (2014a: 99) wird in diesem Zusammenhang das Instrument der Lebensarbeitszeitkonten angeführt. Mit diesem Instrument können Beschäftigte Überstunden und/oder Lohnbestandteile beispielsweise für eine Brücke zwischen vorzeitigem Erwerbseintritt und einem späteren Renteneintritt ansammeln.

Bereits heute wird in vielen Einrichtungen eine Vielzahl von betrieblichen Maßnahmen durchgeführt. Diese sollten jedoch noch stärker auf die psychischen Belastungen in der Pflege abzielen. So schlägt Köllner (2015: 3 f.) vor, bereits während der Ausbildung Themen wie Selbstfürsorge und Psychohygiene aufzugreifen und den zukünftigen Pflegekräften Möglichkeiten zur Entlastung bei beruflichen Problem- und Konfliktlagen zu vermitteln. Bei den Pflegekräften ist es sinnvoll, berufliche Problemlagen im Rahmen eines Monitorings zu identifizieren. Darüber hinaus ist die betriebliche Gesundheitsförderung zentral. Auch therapeutische Angebote sollten konsequent und möglichst frühzeitig genutzt werden.

Darüber hinaus kann die Verweildauer von Müttern im Pflegeberuf durch flexible Arbeitszeitmodelle und eine familienfreundliche Arbeitsorganisation erhöht werden. Mütter, die ehemals im Pflegeberuf tätig waren, müssen nach einer Babypause zum Wiedereinstieg in den Pflegeberuf motiviert werden. Dafür müssen die Einrichtungen den Müttern Mög-

lichkeiten einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf eröffnen. Andernfalls gehen diese Personalressourcen dauerhaft verloren.

Tabelle 7
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebotsseitigen Handlungsfeld „Personalressourcen“

Handlungsfeld A2: Personalressourcen

A2.1. Erhöhung des Erwerbsumfangs von Pflegekräften in Teilzeit

Handlungsempfehlungen an die POLITIK und die EINRICHTUNGEN

- Die Einrichtungen sollten die Arbeitszeitmodelle optimieren, insbesondere auch hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Darüber hinaus sollte die Politik die Kinderbetreuungsmöglichkeiten für Erwerbstätige im Schichtdienst verbessern.

A2.2. Erhöhung der Verweildauer der Pflegekräfte im Beruf

Handlungsempfehlungen an die POLITIK und die EINRICHTUNGEN

- Die Politik sollte flexible Formen des Altersübergangs für die Pflegeberufe entwickeln.
- Die Pflegeeinrichtungen sollten psychische Belastungen in der Pflege stärker berücksichtigen und entsprechende Maßnahmen durchführen.
- Durch flexible Arbeitszeitmodelle und eine familienfreundlichere Arbeitsorganisation sollten die Einrichtungen die Verweildauer von Müttern in der Pflege gezielt erhöhen.

Quelle: eigene Darstellung.

Handlungsfeld A3: Entlohnung der Pflegekräfte

Das dritte Handlungsfeld auf der Angebotsseite befasst sich mit der Entlohnung der Pflegekräfte. Hier wurden im Rahmen des Expert_innenworkshops und der vorliegenden Studie insbesondere die folgenden Handlungsempfehlungen identifiziert:

1. In den Pflegeberufen müssen von den Einrichtungen und Gewerkschaften Tariflöhne durchgesetzt werden.

Um die Entlohnung der Pflegekräfte zu verbessern, müssen die Pflegeeinrichtungen bestehende Tarifverträge flächendeckend anwenden und einhalten. Die Prognos-Studie „Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit“ (2014a: 101) zeigt, dass tariflich entlohnte Pflegekräfte im Durchschnitt deutlich höher entlohnt werden als diejenigen, die nicht in einer Gewerkschaft organisiert sind. Tarifverträge in der Pflege sehen zudem eine einheitliche Entlohnung der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen vor. Bei den außertariflichen Verträgen ergeben sich dagegen deutliche Lohnunterschiede zuungunsten der ambulanten Pflegekräfte. Auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Friedrich-Ebert-Stiftung (2013: 20) fordern in ihrem Papier, die Pflege besser zu bezahlen und die tarifliche Vergütungsstruktur zu verbessern.

2. Politik und Einrichtungen müssen für mehr Transparenz bei den Personalkosten sorgen.

In den Pflegeberufen gibt es eine sehr kleinteilige und unübersichtliche Vielfalt an Tarifverträgen. Gerade in der Altenpflege würde die Einführung eines Branchentarifvertrags Sinn ergeben, da die vielen kleinen Akteure in Pflegesatzverhandlungen oftmals nur eine eingeschränkte Verhandlungsmacht besitzen.

Nach der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (fünf Pflegegrade) ergeben sich vonseiten der SPV Leistungsverbesserungen für den Personenkreis der Demenzzkranken. Prognos AG (2014a: 100) kommt zu dem Schluss, dass die damit verbundene Stärkung der Verhandlungsposition der Leistungserbringer gegenüber den Kassen in den Pflegesatzverhandlungen vonseiten der Einrichtungen zu einer höheren Entlohnung der Pflegekräfte führen sollte. Die Einrichtungen sind entsprechend aufgefordert, die Pflegesatzverhandlungen so zu führen, dass letztlich höhere Löhne in der Pflege refinanziert werden können.

Die Prognos-Studie „Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit“ (2014a: 102) hält weitere Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen bereit. So sollten die Einrichtungen und Verbände die Kommunikation und Kooperation untereinander optimieren, um ihre Verhandlungsposition gegenüber den Kosten-

und Sozialhilfeträgern zu verbessern. Zudem wird von den Studienautoren eine Vereinfachung des Verfahrens der Pflegesatzanpassung durch einen pauschalierten Inflationsausgleich vorgeschlagen, sodass bei rein inflationsbedingten Kostensteigerungen die Pflegesätze nicht immer neu verhandelt werden müssen. Schließlich wird angeregt, die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Qualifizierungsstufen in der Pflege gerechter zu gestalten und somit Pflegehilfskräften genügend Anreize zu setzen, sich weiterzubilden. Ein größerer Lohnabstand zwischen Pflegefach- und -hilfskräften könnte entsprechend dem bestehenden und zukünftigen Fachkräftemangel entgegenwirken. In diesem Zuge sollte die bestehende Intransparenz der Eingruppierungsmaßstäbe zwischen den Berufen und Qualifizierungsleveln behoben werden.

4.3 ZWISCHENFAZIT

Die skizzierten Handlungsoptionen und Politikempfehlungen richten sich nachfrageseitig vorrangig an die Politik, angebotsseitig an einen deutlich breiteren Adressatenkreis. Insgesamt sind damit alle Akteure in der Pflege angesprochen und aufgerufen, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation zu leisten.

Mit der Priorisierung der Handlungsfelder und -empfehlungen wurde ein wichtiger Schritt zur Fokussierung der aktuellen Diskussion über die Bekämpfung des Pflegekräftemangels gemacht. Im Rahmen der Projektlaufzeit und des -budgets war es jedoch nicht möglich, alle Handlungsempfehlungen bis ins Detail auszuarbeiten. Stattdessen handelt es sich um Skizzen, die als Grundlage und Ausgangspunkt weiterer Forschungsarbeiten dienen können. Bei der weiteren Ausarbeitung sollten die einzelnen Akteure (Wissenschaft, Politik, Einrichtungen, Pflegepersonal, Pflegekassen, Verbände etc.) direkt beteiligt werden.

Auch wenn sich durch die hier vorgenommene Priorisierung die Zahl der unterschiedlichen Handlungsfelder deutlich reduziert hat, gibt es, auch aus Expert_innensicht, nicht ein Gesamtkonzept zur Lösung des Arbeitskräfteproblems in der Pflege. Vielmehr werden heute und in Zukunft viele kleine Maßnahmen nötig sein, um dem Personalmangel in Pflegeeinrichtungen zu begegnen.

Tabelle 8

Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebotsseitigen Handlungsfeld „Entlohnung der Pflegekräfte“

Handlungsfeld A3: Entlohnung der Pflegekräfte

A3.1. Durchsetzung von Tariflöhnen

Handlungsempfehlungen an die EINRICHTUNGEN und die GEWERKSCHAFTEN

- Bestehende Tarifverträge müssen von den Einrichtungen eingehalten werden. Einrichtungen, die mit ihren Pflegekräften noch keine Tarifverträge abgeschlossen haben, sollen sich bestehenden Tarifverträgen anschließen.
- Die Entlohnung im ambulanten und stationären Bereich muss von den Einrichtungen auch bei außertariflichen Verträgen vereinheitlicht werden.

A3.2. Schaffung von Transparenz bei den Personalkosten in der Pflege

Handlungsempfehlungen an die POLITIK, die EINRICHTUNGEN und VERBÄNDE

- Die Politik muss in der Pflege höhere Preise und eine bessere Entlohnung des Pflegepersonals durchsetzen.
- In der Pflege sollte von den Gewerkschaften ein Branchentarifvertrag durchgesetzt werden.
- Die Verhandlungsposition bei den Löhnen sollte durch eine bessere Kooperation und Kommunikation der Betriebe und Verbände verbessert werden.
- Das Verfahren der Pflegesatzanpassung sollte von der Politik durch einen pauschalierten Inflationsausgleich vereinfacht werden.
- Der Lohnabstand zwischen Pflegehilfs- und -fachkräften soll vergrößert und somit der Anreiz für Hilfskräfte, an einer Weiterbildung teilzunehmen, erhöht werden.
- Die Intransparenz bei der Eingruppierung von Pflegekräften in Gehaltsstufen soll von den Einrichtungen behoben werden.

5

FAZIT UND AUSBLICK

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer sich stetig verschärfenden Arbeitskräftesituation in der Pflege zeigt die vorliegende Studie Handlungsoptionen auf und gibt Politikempfehlungen zur Gestaltung der Zukunft der Pflege. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich stets auf das gesamte Personal in Pflegeeinrichtungen in Deutschland gemäß der Pflegestatistik. Soweit möglich sind die Auswirkungen der beiden jüngst beschlossenen Pflegestärkungsgesetze bereits in die Prognosen aufgenommen.

Ausgehend von einer fundierten Bestandaufnahme der aktuellen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, der Arbeitsmarktsituation als auch der Finanzierungsseite konnten zunächst Prognosen für die Entwicklungen bis zum Jahr 2030 durchgeführt werden. Für den Pflegearbeitsmarkt 2030 zeigt die vorliegende Untersuchung ein potenzielles Ungleichgewicht in Höhe von 517.000 VZÄ. Dieses resultiert einerseits aus einem zunehmenden Bedarf an Pflegepersonal zur Versorgung der wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen, die bis 2030 von heute 2,6 Millionen auf 3,8 Millionen Personen ansteigt. Andererseits reduziert sich das Angebot an Pflegepersonal aufgrund der demografischen Schrumpfung von heute 704.000 VZÄ auf 645.000 VZÄ.

Der Blick auf die Finanzierungsseite zeigt, dass das Pflegesystem in Zukunft nur dann nachhaltig finanziert werden kann, wenn die Beitragssätze zur SPV von heute 2,35 Prozent bis 2030 auf 3,35 Prozent steigen. Diese Status-quo-Betrachtung unterstellt u. a., dass die Personalschlüssel in der Pflege auf dem heutigen Niveau bleiben und bei steigendem Bedarf entsprechend zusätzliches Personal verfügbar sein wird.

Zentrale Erkenntnis der simultanen Betrachtung des Pflegearbeitsmarkts und der Finanzierungsseite ist, dass die finanziellen Mittel, die für das Aufrechterhalten des aktuellen Versorgungsniveaus notwendig sind, aufgrund des zukünftigen Ungleichgewichts (Pflegekräftemangel) nicht in geplanter Form abgerufen werden können. Rechnerisch stehen daher im System (im Jahr 2030) insgesamt rund 14 Milliarden Euro zur Verfügung, deren Verwendung es neu zu denken gilt, um zu vermeiden, dass sich die Betreuungssituation dramatisch verschlechtert.

Vor diesem Hintergrund zeigt die Studie im Kern zwei Lösungswege auf. Es wurde modelliert, inwieweit eine Entlastung auf dem Pflegearbeitsmarkt durch Reformen auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite erreichbar ist. Beim angebotsseitigen Ansatz stellt die Verlängerung der Berufsverweildauer in der Pflege den entscheidenden Hebel dar. Insgesamt kann die Arbeitskräftelücke durch den Ansatz „Vorfahrt für Pflege“ um 60.000 bis 170.000 VZÄ reduziert werden. Beim nachfrageseitigen Ansatz werden zwei Maßnahmenpakete parallel eingeführt. Zum einen wird die Im-

plementierung des optimalen Pflegemix der Zukunft modelliert, bei dem alleine der Pflegebedarf über die Wahl der Versorgungssettings entscheidet und nicht mehr der Zugang zu informeller, niedrigschwelliger und ambulanter Pflege. Im Rahmen des zweiten Maßnahmenpakets wird bestimmt, welche Entlastungseffekte ein stärkerer altersgerechter Umbau von Wohnungen im Hinblick auf den Bedarf an professionellen Pflegekräften leisten kann. Insgesamt sinkt die Arbeitskräftelücke durch den kombinierten Lösungsansatz „Pflege optimal gestalten“ bis zum Jahr 2030 um 238.000 VZÄ.

Sofern die maximalen Szenarien gleichzeitig greifen, kann die Lücke auf dem Arbeitsmarkt von 517.000 auf 109.000 VZÄ reduziert werden. Eine soweit als mögliche Abschätzung der dafür notwendigen Ausgaben zeigt, dass das Budget, das zum Status-quo-Erhalt zur Verfügung steht, nicht in Gänze aufgebraucht werden würde und damit für die in Lösungsweg 2 beschriebenen Maßnahmen sowie weitere in Kapitel 4 beschriebene Handlungsoptionen eingesetzt werden kann.

Ziel der Modellierungen war es zunächst, Leitlinien und Optimierungspotenzial aufzuzeigen und deren Effekte zu quantifizieren. Anschließend wurden die Lösungswege mit konkreten Handlungsempfehlungen unterlegt. Diese richten sich ganz gezielt an die relevanten Akteure auf dem Pflegearbeitsmarkt (Politik, Pflegeeinrichtungen, Verbände und sonstige Akteure) und wurden mithilfe eines Expert_innenkreises priorisiert. Nachfrageseitig wird der Fokus dabei auf eine Optimierung der Pflege vor Ort und eine effizientere Gestaltung von Schnittstellen, insbesondere im Bereich der Rehabilitation, gelegt. Angebotsseitig zielen die Handlungsempfehlungen insbesondere darauf ab, neue Personalressourcen zu erschließen (Stärkung der Pflegeausbildung und Anwerbung ausländischer Fachkräfte) und bereits vorhandene Personalressourcen effizienter (Erhöhung des Erwerbsumfanges und der Verweildauer) zu nutzen. Ein Schlüssel dazu ist es, die Entlohnung in der Pflege zu verbessern und transparenter zu gestalten.

Die Studie zeigt deutlich, dass es zahlreiche Instrumente und Maßnahmen gibt, um dem Personalmangel in der Pflege zu begegnen. Dabei müssen allerdings alle Akteure eingebunden werden und gleichzeitig an unterschiedlichen Schrauben drehen. Ein Allheilmittel, das den Personalmangel in der Pflege auf einen Schlag lösen kann, gibt es nicht.

Die vorgeschlagenen Instrumente und so auch die notwendigen finanziellen Mittel, um diese zu realisieren, sind zwingend notwendig, um das aktuelle Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können. Die Studie macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass dafür nicht zwingend mehr Geld in das System Pflege fließen muss. Vielmehr gilt es, die verfügbaren Mittel gezielt und effizient einzusetzen.

Tabellenverzeichnis

- 14 Tabelle 1
Einnahmen und Ausgaben der SPV, 2013 und 2030*
- 17 Tabelle 2
Effekte von Lösungsweg 1 „Vorfahrt für Pflege“ im Jahr 2030
- 21 Tabelle 3
Handlungsfelder und -empfehlungen auf der Nachfrage- und Angebotsseite nach adressierten Akteuren
- 22 Tabelle 4
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im nachfrage-seitigen Handlungsfeld „Pflege vor Ort“
- 24 Tabelle 5
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im nachfrage-seitigen Handlungsfeld „Schnittstellen“
- 25 Tabelle 6
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebots-seitigen Handlungsfeld „Arbeitskräftepotenzial“
- 26 Tabelle 7
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebots-seitigen Handlungsfeld „Personalressourcen“
- 27 Tabelle 8
Übersicht über die Handlungsempfehlungen im angebots-seitigen Handlungsfeld „Entlohnung der Pflegekräfte“

Abbildungsverzeichnis

- 3 Abbildung 1
Entwicklung von Angebot an und Nachfrage nach Pflegekräften, 2015 bis 2030
- 4 Abbildung 2
Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegestufen, 2003 bis 2013, in 1.000 Personen
- 5 Abbildung 3
Verteilung der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Versorgungsformen, 2003 bis 2013, in Prozent (inkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)
- 5 Abbildung 4
Pflegerisiko nach Altersgruppen und Geschlecht in Deutschland, 2013, in Prozent (inkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)
- 6 Abbildung 5
Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen nach Betreuungsart (formell, informell), 2030, in 1.000 Personen
- 7 Abbildung 6
Pflegefälle pro Pflegeperson (VZÄ) in Deutschland nach Versorgungsart, 2003 bis 2013 (exkl. Pflegebedürftige ohne Zuordnung)
- 9 Abbildung 7
Pflegepersonal nach Arbeitszeitumfang, 2003 bis 2013, in 1.000 Personen
- 10 Abbildung 8
Zahl der Praktikant_innen, Schüler_innen und Auszubildenden an allen Pflegekräften (absolut, linke Achse) und Ausbildungsquoten (in Prozent an allen Pflegekräften, rechte Achse), nach Versorgungsformen, 2003 bis 2013
- 11 Abbildung 9
Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland, 2013, in Euro
- 12 Abbildung 10
Gegenüberstellung von Personalbedarf und Personalangebot in der Pflege, 2030, in 1.000 VZÄ
- 15 Abbildung 11
Gegenüberstellung des Personalbedarfs, des Personalangebots und der kalkulierten Mittel für soziale Sachleistungen in der Pflege, 2030, in 1.000 VZÄ und Milliarden Euro (reale Größen in Preisen 2013)
- 17 Abbildung 12
Effekte von Lösungsweg 1 „Vorfahrt für Pflege“, 2030, fehlendes Pflegepersonal in 1.000 VZÄ
- 18 Abbildung 13
Effekte von Lösungsweg 2 „Pflege optimal gestalten“, 2030, fehlendes Pflegepersonal in 1.000 VZÄ
- 19 Abbildung 14
Effekte der modellierten Lösungswege im Vergleich

Literatur- und Datenverzeichnis

- Altenpflege-online.net 2015: Einigung in der Koalition: Ab 2016 soll die generalistische Pflegeausbildung kommen, Hannover, <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Ab-2016-soll-die-generalistische-Pflegeausbildung-kommen> (20.11.2015).
- Bertelsmann Stiftung 2012: Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung 2015: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche: Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen, Gütersloh.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt 2007: Chancen erkennen und nutzen: Alternde Gesellschaften im internationalen Vergleich, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2012a: Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012–2015 (Vereinbarungstext), Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012b: Einigung über „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ zwischen Ländern und Bundesagentur für Arbeit, Bonn, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=193482.html> (20.11.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit 2014: Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ (Abschlussbericht), Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit 2015a: Informationen zu den Pflegestärkungsgesetzen, Bonn, <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html> (PSG I); <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/pflegestaerkungsgesetz-ii.html> (PSG II) (20.11.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit 2015b: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften: Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II (Gesetzesentwurf der Bundesregierung), Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit 2015c: Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bonn.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2014: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Aufbaus und der Aufgabenentwicklung der Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung in Rheinland-Pfalz (Abschlussbericht zum 30.6.2014), Köln.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2012: Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert, in: DIW Wochenbericht 13/2012, S. 10–16.
- GKV-Spitzenverband 2012: Pflegeberatung, in: Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (10), Berlin.
- Hackmann, Tobias 2010: Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, in: Sozialer Fortschritt 9/2010, S. 235–244.
- Hanel, Barbara; Kalb, Guyonne; Scott, Anthony 2012: Nurses' Labour Supply Elasticities: The Importance of Accounting for Extensive Margins, IZA Discussion Paper No. 6571, Bonn.
- Hans-Böckler-Stiftung; Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 07/2012 im Rahmen von Projekt LohnSpiegel.de, Düsseldorf.
- Heintze, Cornelia 2012: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, WISO Diskurs, Bonn.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015: Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, Zusammenfassung einer Untersuchung im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, Berlin.
- Institut für Gesundheits- und Pflegerecht 2015: Zum aktuellen Stand der Reform der Pflegeausbildung, Pressemitteilung Nr. 1/2015 vom 6.2.2015, Koblenz.
- Kesselheim, Harald; Schildmann, Christina; Schmidt, Severin; Steffen, Margret; Stiegler, Barbara; Wallrafen-Dreisow, Helmut 2013: Pflege zwischen Familie, Markt und Staat: Wie Pflegearbeit in Zukunft organisiert werden kann, WISO Diskurs, Bonn.
- Köllner, Volker 2015: Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation, WISO direkt, Bonn.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe; Friedrich-Ebert-Stiftung 2013: Gute Pflege vor Ort: Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter, WISO Diskurs, Bonn.
- Malsburg, Andrea von der; Isfort, Michael 2014: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit: 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland, WISO direkt, Bonn.
- Naegele, Gerhard 2014: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht, WISO Diskurs, Bonn.
- OECD 2013: Long-Term Care Workers, in: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- PricewaterhouseCoopers AG; WifOR-Institut 2010: Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt; Darmstadt.
- Prognos AG 2012: Pflegelandschaft 2030, Studie im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., München.
- Prognos AG 2014a: Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit: Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege in Thüringen, Studie im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie, Erfurt.
- Prognos AG 2014b: Prognos Deutschland Report 2040, Basel.
- Prognos AG 2014c: Pflegemix der Zukunft: Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung, Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Prognos AG 2014d: Potenzialanalyse altersgerechte Wohnanpassung, Studie im Auftrag des Bundesinstituts für Bau-, stadt- und Raumforschung, Bonn.
- Prognos AG 2014e: Pflege vor Ort gestalten und verantworten: Konzept für ein Regionales Pflegebudget, Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Prognos AG 2014f: Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen, Studie im Auftrag der KfW-Bank, Frankfurt.
- Rothgang, Heinz; Jacobs, Klaus 2013: Pflegereform 2014: Was ist zu tun?, in: G+G Wissenschaft (GGW) 13 (3), S. 7–14.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca; Unger, Rainer 2014: BARMER GEK Pflegereport 2014: Schwerpunktthema: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (23), Siegburg.

Statistisches Bundesamt 2010: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: Wirtschaft und Statistik 11/2010, Wiesbaden, S. 990–1002.

Statistisches Bundesamt 2013: Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind, Studie im Rahmen der Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung im Auftrag der Bundesregierung, Wiesbaden; Berlin.

Statistisches Bundesamt 2014: Berufliche Schulen: Schuljahr 2013/2014, Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2015: Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft 2013: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012, Berlin.

Wichert, Reiner; Eichelberg, Marco; Norgall, Thomas 2009: AAL auf dem Weg in die Praxis: Kritische Faktoren und Handlungsempfehlungen, Publikation der Fraunhofer-Allianz Ambient Assisted Living, Darmstadt et al.

Wipp, Michael 2014: Pflegekennzahlen nach Bundesländern, Karlsruhe, http://www.michael-wipp.de/kennzahlen/kennzahlen_bw.html (20.11.2015).

Impressum:

© 2015

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Godesberger Allee 149, 53175 Bonn

Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-368-3

Titelmotiv: © Westend61/Fotolia.com

Gestaltung: www.stetzer.net

Druck: www.bub-bonn.de

