

Sozialer Fortschritt

Unabhängige
Zeitschrift für
Sozialpolitik
German Review
of Social Policy

Herausgegeben von der
Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Köln

Prognosen zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“: Limitationen amtlicher Statistiken und methodische Probleme bisheriger Studien

Michael Simon

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag befasst sich vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege mit der Zuverlässigkeit der Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken und methodischen Problemen bisheriger Vorausberechnungen. Daten zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen bieten mehrere amtliche Statistiken. Ein Vergleich dieser Statistiken zeigt jedoch zum Teil erhebliche Unterschiede in den Datenangaben sowohl für einzelne Pflegeberufe als auch für die Gesamtzahl des Pflegepersonals. Auf Grundlage einer Analyse der jeweiligen Methodiken kommt der Beitrag zu dem Schluss, dass eine Zusammenführung der Daten der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik differenziertere und auch zuverlässigere Daten bietet als die Arbeitsmarktstatistik oder Gesundheitspersonalrechnung.

*Abstract: Forecasts for Nursing Shortages:
On the Limitations of Official Statistics and
Methodical Problems of Current Studies*

In Germany, data on the number of nurses are available from several statistical sources. A comparison of these statistics shows considerable differences for single nursing professions as well as for the total number of nurses. Based on an analysis of the methodical approaches of these different statistical sources, the article argues that a synthesis of the data from hospital statistics, from prevention and rehabilitation facilities and from long-term nursing care provides more differentiated and reliable data than labour market statistics or health personnel figures.

Einleitung

Angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren mehrere Prognosen nicht nur zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und Krankenhauspatienten veröffentlicht, sondern auch zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal und einer zu erwartenden Lücke zwischen dem zukünftigen Personalbedarf und dem zu erwartenden Arbeitskräfteangebot. Im Mittelpunkt des Interesses stand in der Regel der zu erwartende zukünftige Bedarf und das zukünftige Angebot an Pflegefachkräften.

Editorium: Prof. Dr. Werner Sesselmeier, Koblenz-Landau – Prof. Dr. Lothar Funk, Düsseldorf – Dr. Joachim Lange, Loccum – Prof. Dr. Heinz Stapf-Finé, Berlin – Prof. Dr. Cornelia Weins, Bochum.

Beirat aus Wissenschaft und Praxis der Sozialpolitik: Dr. Matthew Allen, Manchester – Prof. Dr. Jörg Althammer, Eichstätt-Ingolstadt – Prof. Dr. Gerhard Bäcker, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Sebastian Brandl, Schwerin – Prof. Dr. Andreas Cebulla, London – Prof. Dr. Jochen Clasen, Edinburgh – Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer, Jena – Angelika Engstler, Berlin – Prof. Dr. Dominik H. Enste, Köln – Dr. Alexander Herzog-Stein, Düsseldorf – Prof. Dr. Ute Klammer, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Matthias Knuth, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Ute Kötter, München – Prof. Dr. Sigrid Leitner, Köln – Prof. Dr. Christian Müller, Münster – Prof. Dr. Renate Neubäumer, Landau – Prof. Dr. Werner Nienhüser, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Frank Nullmeier, Bremen – Dr. Robert Paquet, Berlin – Dr. Reinhard Penz, Berlin – Dr. Doris Pfeiffer, Berlin – Prof. Dr. Hermann Ribhegge, Frankfurt (Oder) – Prof. Dr. Josef Schmid, Tübingen – Prof. Dr. Wolfgang Schroeder, Potsdam – Dr. Bernd Schulte, München – Prof. Dr. Olaf Struck, Bamberg – Dr. Reinhold Thiede, Berlin – Prof. Dr. Bernd Waas, Frankfurt a.M. – Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Heidelberg – Prof. Dr. Jürgen Wasem, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Martin Werding, Bochum.

Internet: <http://www.sozialerfortschritt.de>

Übereinstimmend kommen die bisher veröffentlichten Prognosen zu dem Ergebnis, dass zukünftig mit einer wachsenden Lücke zwischen der Nachfrage nach professioneller Pflege und dem Angebot an Pflegefachkräften zu rechnen sei. Diese Einschätzung erhält mittlerweile nicht nur in der wissenschaftlichen, sondern auch in der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion breite Zustimmung. Das Jahr 2011 wurde vom Gesundheitsminister zum ‚Jahr der Pflege‘ ausgerufen, und zunehmend mehr Initiativen werden ergriffen, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen und insbesondere um zukünftig mehr Schulabgänger für die Pflege gewinnen zu können (vgl. u. a. BMG 2011; GKV 2010; Görres et al. 2010; INQA-Pflege 2011; MSFFGI 2011).

Dass die öffentliche und gesundheitspolitische Diskussion sich mit diesem Problem befasst und dringenden Handlungsbedarf anerkennt, ist sicherlich auch auf die bislang veröffentlichten Prognosen zurückzuführen. Allerdings offenbart eine genauere Betrachtung der vorliegenden Prognosen eine Reihe von methodischen Problemen und Mängeln. Diese sind zu einem wesentlichen Teil auch auf eine unzureichende Berücksichtigung der Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und Probleme der Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken zurückzuführen. Insofern erscheint es notwendig, zum einen die Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und insbesondere die damit verbundene wichtige Unterscheidung zwischen Pflegekräften und Pflegefachkräften aufzuzeigen. Vor allem aber befasst sich der folgende Beitrag mit Problemen der Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken. Diese sind für die gegenwärtige Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege insofern von hervorgehobener Bedeutung, als sie die Datenbasis liefern, auf der Diskussionen über die gegenwärtige Situation ebenso wie auch Vorausberechnungen zur zukünftigen Entwicklung aufbauen.

Dass die öffentliche und gesundheitspolitische Diskussion sich mit diesem Problem befasst und dringenden Handlungsbedarf anerkennt, ist sicherlich auch auf die bislang veröffentlichten Prognosen zurückzuführen. Allerdings offenbart eine genauere Betrachtung der vorliegenden Prognosen eine Reihe von methodischen Problemen und Mängeln. Diese sind zu einem wesentlichen Teil auch auf eine unzureichende Berücksichtigung der Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und Probleme der Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken zurückzuführen. Insofern erscheint es notwendig, zum einen die Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und insbesondere die damit verbundene wichtige Unterscheidung zwischen Pflegekräften und Pflegefachkräften aufzuzeigen. Vor allem aber befasst sich der folgende Beitrag mit Problemen der Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken. Diese sind für die gegenwärtige Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege insofern von hervorgehobener Bedeutung, als sie die Datenbasis liefern, auf der Diskussionen über die gegenwärtige Situation ebenso wie auch Vorausberechnungen zur zukünftigen Entwicklung aufbauen.

1. Die Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und ihre Abbildung in der „Klassifizierung der Berufe“

Um die Daten amtlicher Statistiken zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen richtig interpretieren und verlässliche Analysen oder Prognosen auf Grundlage dieser Daten durchführen zu können, sind Kenntnisse sowohl der Binnendifferenzierung der Pflegeberufe als auch der Berufsgruppendifinitionen erforderlich, die den amtlichen Statistiken zu Grunde liegen. Im Folgenden wird darum zunächst die gegenwärtige Beschäftigungsstruktur in der Pflege vorgestellt und anschließend die Einordnung der Pflege-

berufe in die amtliche Klassifizierung der Berufe erläutert. Zuvor sollen jedoch zwei zentrale Grundbegriffe für Analysen und Prognosen zur Beschäftigung in der Pflege geklärt werden: ‚Pflegeberuf‘ und ‚Pflegefachkraft‘.

Der Begriff *Pflegeberuf* wird in amtlichen Statistiken entsprechend der Definition des Berufsbegriffs in der amtlichen „Klassifizierung der Berufe“ verwendet. Darin wird „Beruf“ definiert als „die auf Erwerb gerichteten, charakteristischen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Erfahrungen erfordernden und in einer typischen Kombination zusammenfließenden Arbeitsverrichtungen verstanden, durch die der einzelne an der Leistung der Gesamtheit im Rahmen der Volkswirtschaft mitschafft“ (BA 2009: Begriffsbestimmungen 1). Für die Zuordnung zu einem Beruf ist somit nicht die jeweilige Ausbildungsstufe (Geselle, Gehilfe, Meister etc.) maßgeblich, sondern die ausgeübte Tätigkeit. Dementsprechend werden auch Beschäftigte, die Hilfstätigkeiten ausüben, der jeweiligen Berufsgruppe als „Helferberuf“ zugeordnet, sofern sie berufsfachlich gebundene Tätigkeiten ausführen (ebd.). Hilfskräfte, die keine auf einen bestimmten Fachberuf ausgerichteten Tätigkeiten ausführen, werden als „Hilfsarbeiter allgemeiner Art“ einer von allen anderen Berufen getrennten Beschäftigtengruppe zugeordnet.

Für die Interpretation amtlicher Statistiken folgt daraus, dass Angaben zur Zahl der Beschäftigten in ‚Pflegeberufen‘ nicht nur Pflegefachkräfte einschließen, sondern alle Beschäftigten, die eine pflegerische Tätigkeit erwerbsmäßig ausüben, folglich auch Hilfskräfte ohne jegliche Pflegeausbildung oder Anlernzeit.

Der Begriff der *Pflegefachkraft* entstammt nicht der Klassifizierung der Berufe, sondern dem Sozialrecht. Als Pflegefachkräfte gelten im Sinne des Sozial- und Pflegerechts nur Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz, also Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger und Altenpflegerinnen/-pfleger.¹ Ebenfalls als Pflegefachkräfte gelten dreijährig ausgebildete Hebammen und Entbindungspfleger. Krankenpflegehelferinnen/-helfer und Altenpflegehelferinnen/-helfer mit einer einjährigen, eineinhalb oder zweijährigen Ausbildung werden nicht den Pflegefachkräften zugerechnet.

1.1 Die Binnendifferenzierung der Pflegeberufe

Die Binnendifferenzierung der Pflegeberufe weist im Wesentlichen folgende Grundstruktur auf (zur Binnenstruktur der Pflegeberufe vgl. u. a. *Pick et al.* 2004; SVR-G 2007: Kap. 2.2):

- Im Zentrum der Pflegeberufe stehen die Berufe mit dreijähriger Pflegeausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz. Dies ist die Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger, zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger sowie zur/zum Altenpflegerin/-pfleger. Die Berufsbezeichnung ist gesetzlich geschützt, sie zu tragen, setzt eine staatliche Erlaubnis voraus.
- In der Qualifikationshierarchie unterhalb der dreijährigen Pflegeausbildung angesiedelt sind die Berufe der Krankenpflege- und Altenpflegehilfe mit einer mindestens einjährigen, teilweise aber auch eineinhalb- oder zweijährigen Pflegeausbildung. Die Ausbildung ist gesetzlich geregelt und wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen. Die Führung der Berufsbezeichnung setzt ebenso wie bei den dreijährig ausgebildeten Pflegekräften eine staatliche Erlaubnis voraus.
- Darüber hinaus sind in der erwerbsmäßigen Pflege auch Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung tätig. Dies können ungelernte Hilfskräfte sein aber auch angelernte Hilfskräfte, die einen mehrwöchigen Kurs absolviert haben.

Diese Grundstruktur existiert in der Bundesrepublik seit Anfang der 1960er Jahre und blieb bis in die 1990er Jahre weitgehend stabil. Seit Mitte der 1990er Jahre und verstärkt in den letzten ca. 5–10 Jahren ist allerdings eine zunehmende vertikale und horizontale Ausdifferenzierung der Pflegeberufe zu beobachten.

Reichte bis Mitte der 1990er Jahre die vertikale Differenzierung am oberen Ende lediglich bis zur dreijährigen Pflegeausbildung mit anschließender Fachweiterbildung bspw. für Anästhesie und Intensivpflege, so bewirkte die Einführung von Pflegestudiengängen ab Mitte der 1990er Jahre den Einstieg in eine schrittweise ‚Akademisierung‘ der Pflege (vgl. u. a. *Schaeffer* 2002; SVR-G 2007: Kap. 2.2). Mittlerweile umfasst das Spektrum der Pflegeberufe eine Spanne von unausgebildeten Hilfskräften bis zu Pflegefachkräften mit einem abgeschlossenen pflegewissenschaftlichen Studium und vereinzelt auch bis zu Pflegefachkräften mit Promotion, insbesondere in Leitungs- oder Stabsstellenfunktionen oder in Pflegeschulen. Der Anteil der Pflegefachkräfte mit abgeschlossenem Hochschulstudium oder einer Promotion, die in der Pflege tätig sind, ist allerdings immer noch sehr gering und kann für die hier diskutierte Fragestellung vernachlässigt werden.²

In den letzten 5–10 Jahren ist eine Zunahme der vertikalen Binnendifferenzierung der Pflegeberufe auch am unteren Ende des Qualifikationsspektrums zu beobachten. So wurden in den letzten Jahren insbesondere im Krankenhausbereich verstärkt dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte durch gering qualifizierte, lediglich kurz angelernte Servicekräfte ersetzt, die zwar dem Pflegedienst zugeordnet sind, aber lediglich einfache patientenunterstützende Tätigkeiten ausführen (vgl. u. a. *Kiemele/Bothe* 2009; *Teigeler* 2009).

Eine horizontale Ausdifferenzierung ist vor allem im Bereich hoch spezialisierter Pflegefachkräfte zu verzeichnen. Um einen seit ca. 10–15 Jahren bestehenden Mangel an qualifiziertem OP-Pflegepersonal zu begegnen, wurde mit der Operationstechnischen Assistentin (OTA) ein neuer qualifizierter Ausbildungsberuf mit dreijähriger Ausbildungsdauer geschaffen. Dessen Zuordnung stellt die amtliche Statistik insofern vor Probleme, als es sich nicht um eine Pflegeausbildung handelt, die OTA’s krankenhausintern in der Regel aber dennoch dem Pflegedienst zugerechnet werden. Legt man die Definition der Klassifizierung der Berufe zu Grunde, so führen OTA’s insofern eine pflegerische Tätigkeit aus, als dass diese traditionell von Pflegekräften wahrgenommen wird.

Die hier angesprochenen Prozesse der Ausdifferenzierung der Pflegeberufe werden in den amtlichen Statistiken nur unzureichend oder überhaupt nicht abgebildet. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die gegenwärtigen amtlichen Statistiken auf einer Berufsgruppenklassifikation aufbauen, die ca. 20 Jahre alt ist. Grundlegend für die Abgrenzung der Berufe in den amtlichen Statistiken zum Gesundheitswesen ist die „Klassifizierung der Berufe“ (KldB) aus dem Jahr 1988 (BA 2009). Auf der Klassifizierung der Berufe basiert sowohl die aktuelle Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit als auch die Mikrozensus-Erhebung und die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes. Die beiden letzteren verwenden zwar eine für Zwecke des Mikrozensus modifizierte Fassung der Berufsgruppenklassifikation aus dem Jahr 1992 (StBA 1992), diese weicht bei den Pflegeberufen aber nur unbedeutend von der Klassifizierung der Berufe ab.

Da die Klassifizierung der Berufe immer noch von grundlegender Bedeutung für die Abgrenzung der Berufe in den Statistiken zum Gesundheitswesen ist, erscheint eine nähere Betrachtung dieser Systematik angebracht. Denn erst die Kenntnis der darin enthaltenen Berufsgruppenabgrenzungen eröffnet den Zugang zur richtigen Interpretation der betreffenden Statistiken und kann vor Fehlinterpretationen schützen.

Zu erwähnen ist noch, dass vor einigen Jahren das Bundesinstitut für Berufsbildung mit den BIBB-Berufsfeldern eine zeitgemäßere Berufsgruppenklassifikation vorgelegt hat (*Tiemann et al.* 2008). Sie wird bislang allerdings noch nicht als Grundlage der

¹ Zum Begriff der „Pflegefachkraft“ im Sozialrecht vgl. u. a. § 39a SGB V; § 71 SGB XI; § 6 Heimpersonalverordnung.

² Die Pflegestatistik weist für das Jahr 2007 insgesamt ca. 5.200 Pflegefachkräfte mit einem abgeschlossenen pflegewissenschaftlichen Studium aus, die Krankenhausstatistik enthält dazu keine Angaben.

Abgrenzung der Gesundheitsdienstberufe in den amtlichen Statistiken verwendet und deshalb hier nicht in die Betrachtung einbezogen.

1.2 Die Abbildung der Pflegeberufe in der „Klassifizierung der Berufe“

Die Grundsystematik der „Klassifizierung der Berufe“ sieht insgesamt fünf Gliederungsebenen vor, die – verbunden mit einer Einordnung der Pflegeberufe – im Folgenden kurz vorgestellt werden (vgl. *Abbildung 1*):

- Auf einer ersten Ebene werden fünf „Berufsbereiche“ (I–V) unterschieden. Die Pflegeberufe sind dem Berufsbereich V „Dienstleistungsberufe“ zugeordnet.
- Auf einer zweiten Gliederungsebene werden „Berufsabschnitte“ unterschieden. Die Pflegeberufe sind auf dieser Ebene zwei verschiedenen Berufsabschnitten zugeordnet. Während „Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen“ sowie die „Helfer in der Krankenpflege“ unter „Gesundheitsdienstberufe“ erfasst werden (Berufsabschnitt Vg), sind „Altenpfleger“ den Sozial- und Erziehungsberufen zugeordnet (Vh) zugeordnet.
- Auf einer dritten Gliederungsebene werden „Berufsgruppen“ unterschieden (2-Steller: von 01 für Landwirte bis 99 für Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe). Die dreijährig ausgebildeten Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte sowie Hebammen werden unter „Übrige Gesundheitsdienstberufe“ (Ziff. 85) geführt, Altenpflegekräfte unter „Sozialpflegerische Berufe“ (Ziff. 86).
- Auf einer vierten Gliederungsebene wird nach „Berufsordnungen“ unterschieden (3-Steller: 011–091). „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ werden zusammen unter dem 3-Steller 853 erfasst, und unter dem 3-Steller 854 erscheinen „Helfer in der Krankenpflege“. Altenpflege wird auf der Ebene der 3-Steller nicht als eigenständige Kategorie geführt, sondern ist unter „Sozialarbeiter, Fürsorger, Wohlfahrtspfleger, o. n. A.“ (861) subsumiert (vgl. *Abbildung 1*).
- Auf einer fünften Gliederungsebene wird schließlich in einzelne „Berufsklassen“ unterteilt (4-Steller: 0110–9911). Die „4-Steller“ für die Berufsgruppen 853, 854 und 861 sind der *Abbildung 1* zu entnehmen.

Insgesamt ist die „Klassifizierung der Berufe“ für eine Statistik der Pflegeberufe wenig hilfreich und führt bei ihrer Verwendung in amtlichen Statistiken zu erheblichen Ungenauigkeiten bei der Abbildung der Beschäftigungssituation in der Pflege.

Zwar entspricht die Abgrenzung und Zuordnung der dreijährig ausgebildeten Kranken- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger sowie der Hebammen und Entbindungspfleger weitgehend den gegenwärtigen Strukturen der Pflegeberufe. Auf der Ebene der 3-Steller wird dieser Gruppe allerdings auch der Beruf der Säuglingsschwester zugerechnet, der als eigenständiger Ausbildungsberuf nicht mehr existiert. Zudem ist die Grenzziehung durch den Zusatz „ähnliche Berufe“ unter „Gemeindeschwestern, -pfleger“ nicht eindeutig genug.

Die Trennung der Altenpflege von der Kranken- und Kinderkrankenpflege und ihre Zuweisung zu den sozialen Berufen erschwert die Erstellung einer Gesamtstatistik der Pflegeberufe. Zudem bietet die Klassifizierung der Berufe keine eigene Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung von Hilfskräften in der Altenpflege. Hilfskräfte werden – wie die nachfolgende Vorstellung der verschiedenen Statistiken zeigen wird – sowohl in der Arbeitsmarktstatistik als auch der Gesundheitspersonalrechnung unter der Bezeichnung „Altenpfleger“ mitgezählt (*Afentakis/Böhm* 2009: 39). „Altenpfleger“ ist aber – wie bereits dargelegt – eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung, die eine erfolgreich absolvierte dreijährige Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz voraussetzt. Insofern kann diese Vermischung zu der Fehl-

853	8530	Krankenschwestern, -pfleger, allgemein
853	8531	Unterrichtsschwestern, -pfleger, Lehrhebammen
853	8532	Säuglings-, Kinderkrankenschwestern
853	8533	Psychiatrieschwestern, -pfleger
853	8534	Operationsschwestern, -pfleger
853	8535	Anästhesieschwestern, -pfleger
853	8536	Hebammen
853	8538	Gemeindeschwestern, -pfleger und ähnliche Berufe
853	8539	andere Funktionskrankenschwestern, -pfleger
854	8540	Helfer in der Krankenpflege
854	8541	Krankenpflegehelfer
854	8542	Sanitäter
854	8543	Wochenpflegerinnen
...	...	...
861	8610	Sozialarbeiter, Fürsorger, Wohlfahrtspfleger, o. n. A.
861	8611	Gesundheitsaufseher, -fürsorger
861	8612	Ehe-, Erziehungsberater
861	8613	Jugendpfleger, -fürsorger
861	8614	Altenpfleger
861	8615	Haus-, Familienpfleger
861	8616	Sozialpflegerische Berufe, a. n. g.
861	8619	andere Sozialarbeiter, -pfleger

Quelle: Bundesagentur für Arbeit; eigene Darstellung.

Abbildung 1: Auszug aus der „Klassifizierung der Berufe“

annahme verleiten, unter der Bezeichnung „Altenpfleger“ würden nur dreijährig ausgebildete Altenpflegekräfte ausgewiesen.

Ein weiteres Problem ist die fehlende Unterscheidung zwischen Hilfskräften mit und ohne Pflegehilfausbildung. Weder die Bezeichnung des 3-Stellers als „Helfer in der Krankenpflege“ noch die Berufsbezeichnung „Krankenpflegehelfer“ als 4-Steller sind eindeutig genug für eine zweifelsfreie Zuordnung. Beiden Kategorien können sowohl unausgebildete als auch einjährig ausgebildete Pflegehelfer zugeordnet werden. Nur ein Zusatz wie in der Krankenhausstatistik („mit staatlicher Prüfung“) könnte hier Klarheit schaffen.

Selbst wenn man „Krankenpflegehelfer“ als Beruf mit mindestens einjähriger Pflegeausbildung begreift, bleibt das Problem der Zuordnung unausgebildeter Hilfskräfte in der Krankenpflege. Als Lösung bietet sich im Grunde nur an, Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung unspezifisch dem 3-Steller „Helfer in der Krankenpflege“ zuzuordnen. Dieser 3-Steller schließt jedoch auch Rettungssanitäter und Wochenpflegerinnen ein.

Diese Ungenauigkeiten und Lücken in der Abgrenzung der Pflegeberufe sind für die Interpretation der Gesundheitsstatistiken und die Arbeit mit ihren Daten von erheblicher Bedeutung. Wie der an späterer Stelle folgende Vergleich der verschiedenen Statistiken zeigen wird, ergeben sich insbesondere bei den Datenangaben zur Altenpflege sowie zu Hilfskräften in der Pflege erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Statistiken.

Führt man die Angaben der Krankenhaus- und der Pflegestatistik zusammen, so lag der Anteil der Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung an allen Beschäftigten in der Pflege im Jahr 2005 bei ca. 20%, und der Anteil der ausgebildeten Kranken- und Altenpflegehelfer bei ca. 7%. Nimmt man noch die ca. 160.000 Altenpflegerinnen/-pfleger hinzu, die die Pflegestatistik ausweist, so handelt es sich insgesamt um einen Anteil von ca. 40% aller Beschäf-

tigten in der Pflege, über deren Zahl bei einer Abgrenzung auf Grundlage der „Klassifizierung der Berufe“ keine sicheren Aussagen möglich sind. Diese Unsicherheit betrifft in erster Linie die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes.

2. Die Abbildung der Pflegeberufe in den amtlichen Statistiken zum Gesundheitswesen

Die Klassifizierung der Berufe ist zwar immer noch die zentrale Grundlage für Berufsgruppenabgrenzungen in amtlichen Statistiken, sie wird jedoch nicht in allen Statistiken zum Gesundheitswesen verwendet. Und zudem verwenden die beiden wichtigsten Statistiken über Gesundheitsdienstberufe, die Abgrenzungen auf Grundlage der Klassifizierung der Berufe vornehmen, unterschiedliche Versionen der Klassifizierung.

Die amtlichen Statistiken zum Gesundheitswesen unterscheiden sich aber nicht nur im Hinblick auf die verwendeten Berufsgruppenabgrenzungen, sondern auch im Grad der Zuverlässigkeit ihrer Daten. Dies ist vor allem durch die unterschiedlichen Methoden der Datenerhebung bedingt. So gewinnen die Krankenhaus- und die Pflegestatistik ihre Daten durch eine Vollerhebung aufgrund einer gesetzlichen Auskunftspflicht, die Gesundheitspersonalrechnung führt dagegen lediglich die Daten anderer Datenhalter zusammen und basiert zu einem wesentlichen Teil auf einer Hochrechnung von Daten der 1%-Haushaltsstichprobe des Mikrozensus.

Für eine angemessene Interpretation dieser Statistiken erscheint von daher eine genauere Beschäftigung nicht nur mit den zugrunde gelegten Berufsgruppenabgrenzungen, sondern auch mit den jeweiligen Methodiken der Datengewinnung erforderlich. Im Folgenden sollen die vier ausgewählten Statistiken unter diesen Gesichtspunkten näher betrachtet werden.

2.1 Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes

Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unterliegen einer jährlichen Auskunftspflicht für alle durch die Krankenhaus-Statistikverordnung (KHStatV) festgelegten Daten (§ 6 KHStatV). Zu diesen Daten gehören auch die Angaben zur Zahl des beschäftigten Pflegepersonals sowie der Umfang des jeweiligen Beschäftigungsverhältnisses. In der Krankenhausstatistik³ wird die Zahl der Beschäftigten am 31. 12. des jeweiligen Erhebungsjahres sowie die Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ausgewiesen (StBA 2007a). Die Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt wird ermittelt, indem die Summe aller Beschäftigungsverhältnisse gewichtet mit ihrem jeweiligen Anteil an einer Vollzeitbeschäftigung addiert und in Vollzeitbeschäftigungen umgerechnet wird.

Die Krankenhausstatistik bietet sehr differenzierte Daten zur Zahl der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, einjährig ausgebildeten Krankenpflegehilfe, zur Zahl der Hebammen und Entbindungspfleger sowie zur Zahl der Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung. Die Zuordnung des Pflegepersonals zu den verschiedenen Bereichen und Abteilungen eines Krankenhauses folgt weitgehend der Gliederung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) (StBA 2009a). In der KHBV werden unter „Pflegedienst“ nur die Beschäftigten bzw. Vollkräfte der Betten führenden Abteilungen (Normalstationen, Intensivstationen) erfasst (Kontengruppe 6001) (vgl. *Abbildung 2*).

Pflegekräfte in Funktionsdiensten, wie bspw. OP, Anästhesie, Ambulanzen, Funktionsdiagnostik etc., werden nicht dem Pflegedienst, sondern den „Funktionsdiensten“ zugeordnet (Kontengruppe 6003). Unter der Rubrik „Funktionsdienste“ werden in der Krankenhausstatistik allerdings nur Gesamtzahlen der Beschäftigten der jeweiligen Bereiche ausgewiesen, ohne gesonderte Nennung der Zahl des Pflegepersonals. Festangestellte Hebammen und Entbindungspfleger werden in der Krankenhaus-

Kontengruppe	Zuordnung
6001	Pflegedienst: Pflegedienstleitung und Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen, Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschülerinnen und Stationssekretärinnen, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden.
6003	Funktionsdienst: Krankenpflegepersonal für Operationsdienst Krankenpflegepersonal für Anästhesie fest angestellte Hebammen und Entbindungspfleger Krankenpflegepersonal in der Ambulanz Krankenpflegepersonal in Polikliniken Krankenpflegepersonal im Bluttransfusionsdienst Krankenpflegepersonal in der Funktionsdiagnostik Krankenpflegepersonal in der Endoskopie Kindergärtnerinnen, soweit zur Betreuung kranker Kinder eingesetzt Krankentransportdienst Beschäftigungstherapeuten (einschließlich Arbeitstherapeuten) Personal der Zentralsterilisation

Quelle: Krankenhaus-Buchführungsverordnung; eigene Darstellung.

Abbildung 2: Auszug aus der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) (Kontenklasse 6: Aufwendungen)

statistik ausschließlich dem Funktionsdienst zugeordnet und – im Unterschied zu Kranken- und Kinderkrankenschwestern – als Berufsgruppe auch gesondert mit einer Beschäftigtenzahl ausgewiesen (2005: 8.072).

Trotz der angesprochenen Lücken und Ungenauigkeiten bei einzelnen Abgrenzungen bietet die Krankenhausstatistik verglichen mit den anderen amtlichen Statistiken zum Gesundheitsbereich die genauesten und differenziertesten Daten über Beschäftigte und Vollkräfte in der Pflege.

2.2 Die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes

Die Pflegestatistik beruht ebenfalls auf einer Vollerhebung mit gesetzlicher Auskunftspflicht, in diesem Fall der Pflegeeinrichtungen. Die Einzelheiten sind in einer Pflegestatistikverordnung geregelt. Die Veröffentlichung der Daten erfolgt nicht jährlich, sondern nur zweijährlich (StBA 2009b).

Da es sich um eine Stichtagserhebung handelt, wird der Personalbestand als Zahl der Beschäftigten am Stichtag abgefragt (15. Dezember des jeweiligen Jahres). Die Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes weist auch eine „geschätzte“ Zahl der Vollkräfte in der ambulanten und stationären Pflege aus. Die Schätzung kann allerdings nur grobe Näherungswerte bieten, da der von den Einrichtungen auszufüllende Erhebungsbogen keine genauen Angaben zum Beschäftigungsumfang der einzelnen Beschäftigten verlangt, sondern nur eine Zuordnung der Beschäftigten zu vier Gruppen: Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung über 50%, Teilzeitbeschäftigung 50% und weniger (aber nicht geringfügig beschäftigt) sowie geringfügige Beschäftigung (400-Euro-Job) (StBA 2009). Dies ist insofern für das hier behandelte Thema von Bedeutung, als in einigen Prognosen mit diesen geschätzten Vollkraftzahlen gearbeitet wurde, ohne auf die hier angesprochene Problematik hinzuweisen (Hackmann 2009, 2010; Hackmann/Moog 2008; Pohl 2009, 2011). Angesichts der erheblichen Ungenauigkeit der in der Pflegestatistik ausgewiesenen

³ Der Begriff „Krankenhausstatistik“ schließt hier und im Folgenden auch die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ein.

nen Zahl der Vollkräfte sollte auf ihre Verwendung in wissenschaftlichen Analysen besser verzichtet werden.

Die Erhebung der Zahl des Pflegepersonals erfolgt in der Pflegestatistik differenziert nach Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege sowie Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe (mit mindestens einjähriger Ausbildung). Zusätzlich wird abgefragt, in welchem Tätigkeitsbereich die jeweiligen Beschäftigten 'überwiegend' arbeiten. Es werden insgesamt sieben Tätigkeitsbereiche unterschieden, darunter auch „Pflege und Betreuung“. Weitere Bereiche sind u. a. „soziale Betreuung“, „Hauswirtschaftsbereich“ oder „Verwaltung und Geschäftsführung“.

Mit 'überwiegendem Tätigkeitsbereich' ist laut Erläuterungen im Anhang des Erhebungsbogens nicht ein Anteil von mehr als 50% gemeint, sondern dass es „keinen anderen Tätigkeitsbereich gibt, in dem die betreffende Person mehr arbeitet“ (StÄ 2009). Zur Erläuterung wird der fiktive Fall einer Krankenschwester dargestellt, die zu 61% im Pflegeheim tätig ist und deren dortige Tätigkeit zu 25% in der Pflege und Betreuung, zu 21% in der sozialen Betreuung und zu 15% im sonstigen Bereich erfolgt. Für sie wäre entsprechend der Vorgaben der Pflegestatistik als 'überwiegender Tätigkeitsbereich' der Bereich „Pflege und Betreuung“ anzugeben. Die Anteile der übrigen Tätigkeitsbereiche werden nicht erfasst. In dem aufgeführten Beispiel hat dies zur Folge, dass die gesamte Zeit der Tätigkeit in der sozialen Betreuung sowie in den sonstigen Bereichen keinem Tätigkeitsbereich zugeordnet wird.

Diese Art der Datenerhebung führt dazu, dass die Angaben zur Beschäftigtenzahl in den einzelnen Tätigkeitsbereichen in hohem Maße ungenau sind und keine Rückschlüsse auf das tatsächlich dort verfügbare Arbeitszeitvolumen erlauben.

2.3 Die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Eine weitere häufig genutzte Datenquelle für Analysen über die Beschäftigung in Pflegeberufen ist die Arbeitsmarktstatistik, da sie auch die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich ausweist, einschließlich der geringfügig Beschäftigten (BA 2010). Die Daten basieren auf verpflichtenden Meldungen der Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger. Die Datenmeldungen haben auf Grundlage der bereits erwähnten „Klassifizierung der Berufe“ zu erfolgen und werden auf ihrer Grundlage aufbereitet (BA 2009).

Die „Klassifizierung der Berufe“ und die darin enthaltene Abbildung der Pflegeberufe wurden bereits vorgestellt. Hier soll ergänzend nur noch auf eine Besonderheit der Datengewinnung hingewiesen werden. Zwar gibt die Klassifizierung der Berufe eine Berufsgruppensystematik bis zur Ebene der 4-Steller vor, die Arbeitgeber melden den Sozialversicherungsträgern jedoch nur die Gesamtdaten der 3-Steller und auch diese häufig nur lückenhaft.⁴ Differenzierte Daten für die 4-Steller liegen in der Arbeitsmarktstatistik somit nicht vor.

Für die Daten über Pflegeberufe bedeutet dies, dass in den Zahlen für „Helfer in der Krankenpflege“ immer auch eine unbekannte Zahl Sanitäter und Wochenpflegerinnen enthalten sind. Die Zahl der Altenpflegerinnen/-pfleger und Altenpflegehelferinnen/-helfer können nicht gesondert ausgewiesen werden, da sie – wie dargelegt – mit einem unbekannten Anteil in den Daten des 3-Stellers 861 (Sozialarbeiter, Fürsorger etc.) enthalten sind.

Anders verhält es sich hingegen bei den Daten zur Arbeitslosigkeit in der Pflege. Die Daten der Arbeitslosen bzw. Arbeitssuchenden werden von der Bundesagentur entlang der eigenen Strukturen selbst und differenzierter erhoben. Dadurch ist es möglich, bei den Daten zur Arbeitslosigkeit auch Angaben bis zu den 4-Stellern auszuweisen, also beispielsweise auch die Zahl der arbeitssuchenden Altenpflegerinnen und Altenpflegehelferinnen (BA 2010: 22–23).

2.4 Die Gesundheitspersonalrechnung des Bundes

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert nicht auf einer eigenständigen Erhebung von Primärdaten, sondern ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, in dem mehrere Datenquellen zusammengeführt werden (Afentakis/Böhm 2009: 7). Zu den genutzten Datenquellen gehören insbesondere die Krankenhausstatistik, die Pflegestatistik, die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit, die Ärztestatistik der Bundesärztekammer und die Daten des Mikrozensus (Afentakis/Böhm 2009: 7; StBA 2011).

Wie bereits dargelegt, kann bei einer solchen Zusammenführung eine einheitliche Abgrenzung der Berufe nicht gewährleistet werden, da die genutzten Datenquellen unterschiedliche Abgrenzungen verwenden. Dementsprechend wird denn auch festgestellt, die Abgrenzung der Berufe erfolge „in Anlehnung“ (Afentakis/Böhm 2009: 9) an die Klassifikation der Berufe.

Die Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen erscheint jedoch nicht nur wegen der damit verbundenen unterschiedlichen Berufsgruppenabgrenzungen problematisch, sondern auch wegen der Art der Zusammenführung. So wird die Zahl der Vollkräfte und Teilzeitbeschäftigten offenbar in einem gemischten Verfahren berechnet. Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen werden die Zahlen der Krankenhaus- und Pflegestatistik direkt übernommen. Die übrigen Zahlen werden auf Grundlage der Ergebnisse des Mikrozensus hochgerechnet, sind somit letztlich eine Schätzung (Afentakis/Böhm 2009: 27; StBA 2011).

Zwar gilt der Mikrozensus aus wissenschaftlicher Sicht als Datenerhebung auf sehr hohem methodischen Niveau (Cramer/Zühlke/Habla 2011), die Schätzung einer Gesamtzahl an Beschäftigten in einzelnen Berufsgruppen auf Grundlage einer 1%-Haushaltsstichprobe dürfte aber dennoch mit einem nicht unerheblichen 'Unschärfeproblem' verbunden sein. Zudem ist aus den Erläuterungen zur Methodik der Gesundheitspersonalrechnung nicht ersichtlich, welcher Anteil aus welcher Statistik übernommen wurde und mit welchem Anteil die Schätzung auf Basis des Mikrozensus in die ausgewiesenen Zahlen eingegangen ist.

Aus den genannten Gründen erscheint die Gesundheitspersonalrechnung von den hier diskutierten Statistiken die mit dem größten Maß an Unsicherheit und Ungenauigkeit behaftete zu sein. Da sie aber die einzige Statistik ist, die Zahlen für das gesamte Gesundheitswesen bietet, wird sie entsprechend häufig genutzt, unter anderem auch in wissenschaftlichen Analysen und Prognosen zur Frage des zukünftigen Fachkräftemangels in der Pflege (so bspw. bei Afentakis/Maier 2010; WiFOR/PWC 2010).

3. Ein Vergleich der Angaben der amtlichen Statistiken für das Jahr 2005

Abschließend soll nun anhand einer vergleichenden Zusammenstellung aufgezeigt werden, welche Daten über Pflegeberufe in den verschiedenen Statistiken des Gesundheitswesens enthalten sind. Als Vergleichsjahr wurde das Jahr 2005 gewählt.

Die tabellarische Darstellung erfolgt entlang einer eigens für den Vergleich entwickelten Systematik der Berufsgruppenabgrenzung, die versucht alle Besonderheiten der verschiedenen Statistiken zu berücksichtigen (siehe folgende Tabelle). Da – wie zuvor herausgearbeitet – die verschiedenen Statistiken keine einheitliche Berufsgruppenabgrenzung verwenden, enthält die tabellarische Darstellung zahlreiche leere Zellen. Damit soll auch verdeutlicht werden, zu welchen Berufsgruppen die einzelnen Statistiken keine Angaben enthalten.

Da die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen keine Auskunft zur Zahl des Pflegepersonals im Funktionsdienst geben, wurde hier eine Schätzung der Zahl auf Grundlage der nachfolgend genannten

⁴ Telefonische Auskunft des zuständigen Mitarbeiters der Bundesagentur für Arbeit vom 03. 02. 2012.

Tabelle 1
Beschäftigte in Pflegeberufen: Ein Vergleich amtlicher Statistiken für das Jahr 2005

	Krankenhaus- und Pflegestatistik					Arbeitsmarkt- statistik der Bundesagentur für Arbeit	Gesundheits- personal- rechnung
	insgesamt	Krankenhäuser	Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen	ambulante Pflege- einrichtungen	stationäre Pflege- einrichtungen		
Beschäftigte in der Pflege, Rettungsassistenten, Rettungsassistenten	–	–	–	–	–	–	1.306.000
davon							
Beschäftigte in Pflegeberufen	1.022.804	471.035	29.680	147.973	374.116	–	–
darunter							
Beschäftigte mit Pflegeausbildung	828.602	451.502	26.749	127.926	222.425	–	–
darunter							
Pflegepersonal mit dreijähriger Pflegeausbildung	758.432	432.987	23.892	114.218	187.335	–	–
Pflegepersonal mit mind. einjähriger Pflegehilfsausbildung	70.170	18.515	2.857	13.708	35.090	–	–
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung	194.202	19.533	2.931	20.047	151.691	–	–
Beschäftigte nach Berufen							
Kranken-, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfle- ger, Pflegehelferinnen/-helfer mit/ohne Pflegeausbildung, Rettungsassistenten, Rettungsassistenten	–	–	–	–	–	938.800	995.000
darunter							
Kranken-/Kinderschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger	599.615	432.987	23.892	77.734	65.002	703.800	763.000
darunter							
Krankenschwestern/-pfleger	468.455	316.692	19.100	71.425	61.238	–	–
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	49.261	38.446	742	6.309	3.764	–	–
Pflegepersonal im Funktionsdienst	81.899	77.849	4.050	–	–	–	–
Krankenpflegehelferinnen/-helfer mit/ohne Pflegeausbildung, Rettungs- assistenten, Rettungsassistenten	–	–	–	–	–	235.000	232.000
darunter							
Krankenpflegehelferinnen/-helfer mit/ohne Pflegeausbildung	71.097	38.048	5.788	8.698	18.563	–	–
darunter							
Krankenpflegehelferinnen/-helfer mit mind. einjähriger Pflegeausbildung	48.633	18.515	2.857	8.698	18.563	–	–
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung ^{a)}	22.464	19.533	2.931	–	–	–	–
Altenpflegerinnen/-pfleger, Altenpflegehelferinnen/-helfer mit/ohne Pflegehilfsausbildung	352.092	–	–	61.541	290.551	–	311.000
darunter							
Altenpflegerinnen/-pfleger	158.817	–	–	36.484	122.333	–	–
Altenpflegehelferinnen/-helfer mit mind. einjähriger Pflegeausbildung	21.537	–	–	5.010	16.527	–	–
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung ^{a)}	171.738	–	–	20.047	151.691	–	–

a) Da anhand der Pflegestatistik für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen keine Zuordnung der Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung zur Kranken- oder Altenpflege möglich ist, wurden Beschäftigte in Pflegehilfsausbildung insgesamt der Altenpflege zugerechnet.

Quelle: Statistisches Bundesamt; Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Annahmen vorgenommen. Insgesamt waren im Funktionsdienst der Krankenhäuser im Jahr 2005 ca. 103.800 Beschäftigte und im Funktionsdienst der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ca. 5.400 Beschäftigte tätig. Es wird hier angenommen, dass der Anteil der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Funktionsdienst bei durchschnittlich 75 % lag. Daraus ergibt sich für die Krankenhäuser eine Zahl von ca. 78.000 und für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine Zahl von ca. 4.000 dreijährig ausgebildeten Pflegekräften im Funktionsdienst.

Da die Pflegestatistik die Zahl der in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätigen Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung nicht gesondert ausweist, sondern nur die Zahl der Beschäftigten mit ‚überwiegender Tätigkeit‘ in der Pflege (StBA 2007b: Tab. 2.4), wurden hier unter der Bezeichnung „Beschäftigte ohne Pflegeausbildung“ alle ‚überwiegend‘ in der Pflege tätigen Beschäftigten zusammengefasst, die über keine drei- oder einjährige Pflegeausbildung oder ein pflegewissenschaftliches Studium verfügen.

Der Vergleich der Daten offenbart deutliche Unterschiede zwischen den ausgewählten Statistiken im Grad der Differenziertheit der Daten und erhebliche Unterschiede in der Höhe der ausgewiesenen Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen.

3.1 Krankenhaus- und Pflegestatistik

Die mit Abstand differenziertesten und auch zuverlässigsten Daten zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen bietet eine Zusammenführung der Daten der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik. Die drei Statistiken folgen in zentralen Bereichen einer gleichen Berufsgruppenabgrenzung und ermöglichen so eine Zusammenführung ihrer Daten zu einem Gesamtwert. Da die Daten auf einer Vollerhebung mit gesetzlicher Auskunftspflicht basieren, kann davon ausgegangen werden, dass diese Daten die personelle Situation in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen relativ genau abbilden. Insofern dürfte die Zusammenführung ihrer Daten zu einem Gesamtwert auch die gegenwärtig genauesten und zuverlässigsten Angaben zur Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen bieten. Danach waren im Jahr 2005 in Pflegeberufen insgesamt ca. 1,02 Mio. Beschäftigte tätig, darunter ca. 758.000 Pflegefachkräfte, definiert als Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz (unter Einschluss der Hebammen und Entbindungspfleger).

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei hier ausdrücklich noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich um die Zahl der Beschäftigten handelt, nicht die der Vollkräfte oder Vollzeitäquivalente. Wie zuvor erläutert, bietet nur die Krankenhausstatistik eine zuverlässige Zahl der Vollkräfte. Die in der Pflegestatistik ausgewiesene Zahl der Vollzeitäquivalente kann nur als sehr grober Schätzwert gelten, da die erhobenen Primärdaten – aus den zuvor erläuterten Gründen – eine genaue Berechnung wie in der Krankenhausstatistik nicht erlauben.

In der Krankenhaus- und Pflegestatistik nicht berücksichtigt sind Pflegekräfte außerhalb der durch diese Statistiken erfassten Einrichtungen. Diese Untererfassung dürfte aber sowohl für die gegenwärtige Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege als auch für Prognosen über einen zukünftigen Personalbedarf zu vernachlässigen sein, denn für beides ist die personelle Situation in der unmittelbaren Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen durch professionelle Pflegekräfte maßgeblich. Und die erfolgt bis auf sehr wenige Ausnahmen in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.⁵

3.2 Arbeitsmarktstatistik

Die *Arbeitsmarktstatistik* der Bundesagentur für Arbeit weist nur zwei Werte zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen aus:

„Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ und „Helfer in der Krankenpflege“. Während die erste Zahl der Abgrenzung nach mit einer entsprechenden Summe der zusammengeführten Krankenhaus- und Pflegestatistik weitgehend vergleichbar ist, kann die unter „Helfer in der Krankenpflege“ ausgewiesene Zahl mit keiner Zahl der Krankenhaus- und Pflegestatistik verglichen werden, da in der Abgrenzung der Arbeitsmarktstatistik auch eine unbekannte Zahl Rettungssanitäter und Wochenpflegerinnen enthalten ist.

Trotz der weitgehend vergleichbaren Abgrenzung der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte weist die Arbeitsmarktstatistik mit 703.800 Beschäftigten einen gegenüber dem vergleichbaren Wert der Krankenhaus- und Pflegestatistik um ca. 110.000 höheren Wert aus. Als Erklärung der Differenz kommen mehrere Ansätze in Frage. Zum einen erfasst die Arbeitsmarktstatistik auch Pflegekräfte, die außerhalb der von der Krankenhaus- und Pflegestatistik erfassten Bereiche berufstätig sind, beispielsweise in Arztpraxen, im öffentlichen Gesundheitsdienst, betrieblichen Gesundheitsschutz etc. Zum anderen sind entsprechend der Klassifizierung der Berufe der Position „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ auch Unterrichtskräfte an Pflegeschulen, Säuglingsschwern und den Gemeindeschwestern „ähnliche Berufe“ zuzurechnen. Und schließlich muss wohl davon ausgegangen werden, dass in den Daten der Arbeitsmarktstatistik auch Ungenauigkeiten enthalten sind, die durch fehlerhafte oder lückenhafte Datenmeldungen der Arbeitgeber entstehen.

Der in der Arbeitsmarktstatistik ausgewiesene Wert von 235.000 „Helfern in der Krankenpflege“ liegt um mehr als das Dreifache über dem addierten Wert für Krankenpflegehelfer mit einjähriger Ausbildung und Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung in der Krankenhaus- und Pflegestatistik (ca. 71.000). Eine mögliche Erklärung für diese Differenz könnte sein, dass von einem Teil der Arbeitgeber unter dieser Bezeichnung alle Hilfskräfte in der Pflege gemeldet werden, sowohl solche mit als auch solche ohne Pflegehilfeausbildung, und sowohl Krankenpflegehelferinnen als auch Altenpflegehelferinnen. Wie zuvor erläutert, bietet die in der Arbeitsmarktstatistik verwendete Klassifizierung der Berufe keine Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung von Hilfskräften in der Altenpflege.

Fügt man den beiden in der Arbeitsmarktstatistik ausgewiesenen Datenpositionen noch die in der Pflegestatistik ausgewiesene Zahl von ca. 158.800 Altenpflegerinnen/-pfleger hinzu, so ergibt dies eine Gesamtzahl von ca. 1,09 Mio. Beschäftigten in der Pflege. Dieser Wert liegt sehr nahe an dem der zusammengeführten Krankenhaus- und Pflegestatistik (1,02 Mio.). Die Differenz könnte durch die zuvor dargelegten Unterschiede in der Berufsgruppenabgrenzung sowie gewissen Ungenauigkeiten durch fehlerhafte Datenmeldungen von Arbeitgebern erklärt werden.

Zusammenfassend muss aber festgestellt werden, dass die Arbeitsmarktstatistik für sich genommen aufgrund der zuvor herausgearbeiteten unzureichenden und ungenauen Abbildung der Pflegeberufe weder für eine Statistik der Pflegeberufe noch für eine wirklichkeitsnahe Beschreibung der personellen Situation in der pflegerischen Versorgung ausreichend aussagekräftige Daten liefert.

3.3 Gesundheitspersonalrechnung des Bundes

Die Gesundheitspersonalrechnung weist für das Jahr 2005 zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen eine Gesamtzahl von ca. 1,3 Mio. Beschäftigten aus. Dieser Wert liegt um ca. 280.000 oder ca. 28 % über dem addierten Wert der Krankenhaus- und Pflegestatistik. Die Differenz resultiert aus einer gegenüber der Krankenhaus- und Pflegestatistik um ca. 163.000 höheren Zahl dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte und einer um ca. 160.000 höheren Zahl an Hilfskräften in der Krankenpflege so-

⁵ Eine solche Ausnahme ist bspw. die Versorgung durch selbständige Pflegefachkräfte, die nach § 77 SGB XI durch einen Einzelvertrag mit einer oder mehreren Pflegekassen zur häuslichen Pflege zugelassen sind.

wie einer um ca. 41.000 niedrigeren Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege und Altenpflegehilfe.

Den Erläuterungen zur Methodik der Gesundheitspersonalrechnung ist leider weder in der Internetversion noch in der gedruckten Version zu entnehmen, wie die verschiedenen Datenquellen zusammengeführt werden (StBA 2011). Es ist nicht zu erkennen, mit welchem Anteil welche Datenquelle in welche Position eingegangen ist und wie hoch der Anteil der Schätzung aufgrund des Mikrozensus ist. Insofern ist ein Vergleich der Daten letztlich auch nur eingeschränkt möglich, da nicht ersichtlich ist, ob und inwieweit die aus dem Mikrozensus entnommenen Daten derselben Abgrenzungssystematik folgen wie die Krankenhaus- und Pflegestatistik.

Da sowohl die Zusammenführung der Daten der Krankenhaus- und Pflegestatistik als auch die um die in der Pflegestatistik enthaltene Zahl der „Altenpfleger“ erweiterte Arbeitsmarktstatistik für 2005 eine annähernd gleiche Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen ergeben, bleibt als Ursache für die doch erhebliche Abweichung der Gesundheitspersonalrechnung vermutlich nur die Hochrechnung der Daten des Mikrozensus. Das zuvor angesprochene ‚Unschärfeproblem‘ durch die Hochrechnung auf Basis des Mikrozensus scheint zu einer deutlichen Überschätzung der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen zu führen. Auf die mit dem Berechnungsverfahren verbundenen Probleme weist auch das Statistische Bundesamt hin und stellt fest, dass eine „Quantifizierung des Gesamtfehlers“ letztlich „nicht zweifelsfrei möglich“ sei (StBA 2010b: Anhang). Angesichts der doch erheblichen Bedeutung der GPR, nicht nur für die Wissenschaft, scheint ein Überdenken der bisherigen Methodik der Gesundheitspersonalrechnung sinnvoll.

3.4 Zwischenfazit

Als Ergebnis der Analyse der amtlichen Statistiken kann festgehalten werden, dass die Krankenhausstatistik, die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Pflegestatistik für die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen nicht nur die differenziertesten, sondern auch die im Vergleich zur Arbeitsmarktstatistik und Gesundheitspersonalrechnung zuverlässigeren Daten bieten. Es scheint von daher empfehlenswert, für wissenschaftliche Analysen und die Berechnung von Prognosen zukünftig primär die Werte dieser drei Teilstatistiken zu verwenden.

4. Methodische Unterschiede und Probleme bisheriger Prognosen

Wie eingangs angesprochen wurden bislang bereits mehrere Vorausberechnungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften und einer zu erwartenden Lücke zwischen Angebot an und Nachfrage nach Pflegekräften vorgelegt. Einige diese Prognosen wurden nicht nur innerhalb der Wissenschaft wahrgenommen, sondern haben zum Teil auch erhebliche Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und Politik erlangt. Ihre Ergebnisse werden in den Medien zitiert und dienen offenbar zumindest Teilen der Politik als Wissensbasis für anstehende gesundheitspolitische Entscheidungen. Insofern erscheint es angebracht, die bisher vorgelegten Studien und Vorausberechnungen vor dem Hintergrund der zuvor dargelegten Zusammenhänge und Probleme näher zu betrachten.

Versucht man vorliegende Prognosen miteinander zu vergleichen, so fällt zunächst einmal auf, dass sie zu zum Teil sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben. Die Unterschiede resultieren weniger aus unterschiedlichen Zeithorizonten, die in den Blick genommen wurden, als vielmehr aus unterschiedlichen Vorgehensweisen und vor allem aus unterschiedlichen ‚Gegenständen‘ der Vorausberechnung. Anders formuliert: Sie unterscheiden sich vor allen darin, was vorausberechnet wird. Allerdings – und darauf wird im Folgenden das Hauptaugenmerk gerichtet – wird dieser ‚Gegenstand‘ leider häufig uneindeutig und auch innerhalb einzelner Publikationen uneinheitlich definiert.

Diese begrifflichen Unklarheiten scheinen zum einen in einer mangelnden Berücksichtigung der tatsächlichen Beschäftigungsstrukturen begründet zu sein, zum anderen offenbar aber auch in einer mangelnden Beachtung grundlegender Definitionen in amtlichen Statistiken.

Schnabel (2007) nennt als Ziel seiner Studie, die Entwicklung des ‚Pflegemarktes‘ bis zum Jahr 2050 vorauszuberechnen. Der ‚Pflegemarkt‘ ist in seiner Prognose auf die Versorgung Pflegebedürftiger sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen begrenzt. Krankenhäuser und die dort beschäftigten Pflegekräfte bezieht er in seine Berechnungen nicht ein. Er geht aus von einem Bestand von 760.000 Beschäftigten und umgerechnet 545.000 Vollzeitäquivalenten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2005. Darauf aufbauend leitet er aus einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen und einer abnehmenden Verfügbarkeit von Angehörigen und sinkenden Bereitschaft zur informellen Pflege in zwei unterschiedlichen Szenarien für das Jahr 2050 eine „Nachfrage nach professionellen Pflegekräften“ (ebd.: 21) im Umfang von 1,35 Mio. bis 1,8 Mio. Vollzeitäquivalenten ab.

Bei der von ihm verwendeten Zahl der Beschäftigten bzw. Vollzeitäquivalenten im Jahr 2005 handelt sich allerdings nicht um die Zahl der Pflegekräfte, sondern um die Gesamtzahl aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Darin sind folglich auch Beschäftigte des hauswirtschaftlichen Bereichs (Küche, Reinigungsdienst etc.), der Verwaltung etc. enthalten. Insofern stimmen die tatsächlich verwendeten Daten nicht mit der angegebenen Bezeichnung überein.⁶

Ein weiteres Problem ist die Verwendung von Daten über die Anzahl der Vollzeitäquivalente. Zwar bietet die Pflegestatistik eine Umrechnung der Beschäftigtenzahl in Vollzeitäquivalente, bei der handelt es sich aber – und darauf wird in der Statistik auch ausdrücklich hingewiesen – nur um eine Schätzung. Diese Schätzung wiederum ist – aus den oben angegebenen Gründen – zu grob und zu unsicher, als dass darauf wissenschaftliche Vorausberechnungen aufbauen sollten. Von allen verfügbaren Statistiken bieten nur die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine verlässliche Umrechnung der Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente (dort „Vollkräfte“ genannt).

In ihrer Prognose zukünftiger „Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt“ folgen *Enste/Pimpertz* (2008) weitgehend der von *Schnabel* verwendeten Methodik. Auch sie nehmen eine Vorausberechnung zum zukünftigen Bedarf vor (Zeithorizont: 2050), die den Anspruch erhebt, den „Beschäftigungsanstieg in der professionellen Pflege“ (*Enste/Pimpertz* 2008: 10) zu ermitteln. Sie bauen ihre Vorausberechnung aber ebenfalls auf der Gesamtzahl aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf und berechnen auf Grundlage der in der Pflegestatistik angegebenen Zahl der Vollzeitäquivalente. Auch für sie gilt, dass die zentralen Begriffe zur Bezeichnung ihres Prognosegegenstandes nicht definiert und die Begriffe ‚Beschäftigte in der Pflege‘, ‚Beschäftigte in ambulanten und stationären Einrichtungen‘ und ‚professionelle Pflege‘ synonym verwenden werden.

Alternativ zu einer Basisversion berechnen sie zusätzlich eine Variante, in der angenommen wird, dass ein kontinuierlicher „Produktivitätsfortschritt“ (*Enste/Pimpertz* 2008: 9) in der Pflege den Anstieg des zukünftig zu erwartenden Bedarfs an professioneller Pflege etwas dämpfen wird, in dem Sinne, dass relativ weniger Pflegekräfte eine größere Zahl Pflegebedürftiger versorgen können. Allerdings machen sie keine näheren Angaben dazu, wodurch ein solcher Produktivitätsfortschritt erreicht werden

⁶ Gegen die Kritik könnte eingewandt werden, dass *Schnabel* auch die Begriffe „Menschen“ und „Beschäftigte“ verwendet. Angesichts der zentralen Bedeutung eindeutiger Begriffsverwendungen wäre dies eher noch ein weiterer Kritikpunkt: die inkonsistente Verwendung zentraler Begriffe. In der betreffenden Schlussfolgerung bezeichnet *Schnabel* die ermittelten Werte allerdings sehr eindeutig als Bedarf an „professionellen Pflegekräften“ (*Schnabel* 2007: 21).

könnte und worauf sie ihre Annahmen im Einzelnen stützen. Sie kommen in ihren Berechnungen zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl der Vollzeitäquivalente von ca. 550.000 im Jahr 2005 auf bis zu ca. 1,5 Mio. im Jahr 2050 erhöhen werden.

Hackmann/Moog (2008, 2010) haben eine Prognose vorgelegt, die den Anspruch erhebt, für einen zukünftigen Zeitraum (2050) „den Bedarf an professioneller Pflege“ (Hackmann/Moog 2008: 1) zu ermitteln, tatsächlich aber ebenfalls als Ausgangswert für das Jahr 2005 mit der Gesamtzahl aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen arbeitet. Auch sie arbeiten mit den Angaben der Pflegestatistik zur Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Im Zentrum ihres Prognosemodells steht die Berechnung des zukünftigen Umfangs an informeller Pflege durch „Pflegepersonen“ (Angehörige, Nachbarn etc.). Anders als vorherige Prognosen leiten sie den zukünftigen Bedarf an professioneller Pflege im Wesentlichen aus der Differenz zwischen der zu erwartenden steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und dem zukünftig zu erwartenden (abnehmenden) Arbeitszeitvolumen der informellen Pflege ab. Die sich daraus ergebende, zunehmend größer werden Lücke wird nach ihren Berechnungen den Bedarf an professioneller Pflege von ca. 540.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2005 auf bis zu 1,89 Mio. im Jahr 2050 fast verdreifachen.

Anders als in seiner gemeinsam mit Moog erarbeiteten Prognose, arbeitet Hackmann (2009, 2010) in einer eigenen Vorausberechnung nicht mit der Gesamtzahl aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ausdrücklich nur mit der Zahl der „wirklichen Altenpflegekräfte“ (Hackmann 2009: 5). Im Ausgangsjahr 2007 lag sie nach seinen Angaben bei 445.000 Beschäftigten und umgerechnet 316.000 Vollzeitäquivalenten. Als Datenquelle nennt er das Statistische Jahrbuch 2008 (Hackmann 2009: 5; 2010: 236).⁷ Zum Zeitpunkt des Erscheinens des Statistischen Jahrbuchs 2008 lagen aber weder die Ergebnisse des Mikrozensus 2007 noch der Pflegestatistik 2007 vor. Das Statistische Jahrbuch 2008 enthält denn auch lediglich Angaben zur Zahl der Altenpflegerinnen/-pfleger im Jahr 2005, und die sind deckungsgleich mit den entsprechenden Daten der Pflegestatistik (158.817 Beschäftigte) bzw. der Gesundheitspersonalrechnung (311.000 Beschäftigte, 239.000 Vollzeitäquivalente).⁸ Die Zahl von 445.000 Altenpflegern lässt sich im Statistischen Jahrbuch 2008 nicht finden. Die sachliche Richtigkeit dieser für Hackmann zentralen Zahl kann somit nicht nachvollzogen werden.

Auch Hackmann verwendet die Begriffe zur Bezeichnung seines Prognosegegenstandes nicht konsistent. So nennt er in der Einleitung als Ziel seiner Vorausberechnungen „das künftige Angebot an professionellen Pflegekräften“ (Hackmann 2009: 1; ebenso auch 2010: 235), das er wenige Sätze weiter mit der „Zahl der Altenpflegekräfte“ (ebd.) gleichsetzt. Beides ist allerdings keineswegs identisch, denn zu den professionellen Pflegekräften sind auf jeden Fall auch Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegekräfte zu rechnen, und Angehörige beider Pflegeberufe sind nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in erheblichem Umfang in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig. Insofern erscheint auch eine Beschränkung auf Altenpflegekräfte ohne Berücksichtigung der Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte nicht sachgerecht.

Auch wenn im hier vorgestellten Überblick die Methodik der Vorausberechnung der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nicht Gegenstand der Betrachtung sein soll, so sei doch auf einen Fehler in Hackmanns Berechnungen zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen hingewiesen. Seine Prognose baut Hackmann auf einer Fortschreibung der bisherigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen auf, die er bereits mit dem Jahr 1975 beginnt. Verlässliche Daten über die Zahl der Pflegebedürftigen liegen allerdings erst seit dem Erscheinen der ersten Pflegestatistik, also ab dem Datenjahr 1999, vor. Die Lücke füllt Hackmann, indem er für die Zeit 1975–1994 ersatzweise die Zahl der Heimplätze nach Heimstatistik und für den Zeitraum ab 1995 die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung verwendet. Beide Zahlenreihen sind für diese Zwecke allerdings

ungeeignet. Mit der Zahl der Heimplätze wird nur die verfügbare Kapazität zur stationären Versorgung von Pflegebedürftigen erfasst, die Versorgung in häuslicher Umgebung bleibt unberücksichtigt. Zudem kann die Zahl der aufgestellten Betten nicht mit der Zahl der Pflegebedürftigen gleichgesetzt werden, da es in der Regel immer Bettenleerstände gab und gibt. So weist die Pflegestatistik für den Stichtag 15. 12. 2007 insgesamt 799.059 verfügbare Betten in Pflegeheimen aus, aber nur 709.311 Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege.

Die Fortsetzung der Zeitreihe mit den Daten der sozialen Pflegeversicherung ist insofern unsachgemäß, als sie im Unterschied zur Heimstatistik auch die Empfänger häuslicher Pflegeleistungen einschließt. Dementsprechend weist die Zeitreihe bei Hackmann denn auch einen massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ab der Einführung der Pflegeversicherung aus (Hackmann 2009: 8; 2010: 237). Ein Anstieg, der eindeutig nicht auf einen plötzlichen und dramatischen Anstieg der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen ist, sondern auf methodische Fehler des Autors. Darüber hinaus sind die Daten der Heimstatistik und der sozialen Pflegeversicherung auch insofern nicht kompatibel, als die Statistik der sozialen Pflegeversicherung nur die Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung umfasst, die Heimstatistik hingegen alle Bewohner unabhängig vom jeweiligen Kostenträger, also auch die Leistungsempfänger der privaten Pflegepflichtversicherung und die Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe.

In Fortsetzung der zuvor skizzierten Diskussionslinie legte Pohl (2009, 2011) eine Prognose zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der „Beschäftigten im Pflegebereich“ (ebd.: 2; 36) vor. In verschiedenen Varianten (Szenarien) berechnete er nicht nur die Entwicklung Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch die zukünftige Entwicklung des Umfangs informeller Pflege sowie mögliche Personaleinsparungen durch einen von ihm angenommen „Produktivitätsfortschritt“ in der Pflege. Die Spannweite der Ergebnisse der verschiedenen Szenarien reicht von mindestens 708.000 bis zu 1,047 Mio. Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 (Pohl 2011: 50). Ausgangsbasis seiner Berechnung sind die Daten der Pflegestatistik für das Jahr 2007. Die Zahl der Beschäftigten in der „professionellen Pflege“ im Jahr 2007 gibt er mit 550.000 (Pohl 2009: 25) bzw. 576.000 Vollzeitäquivalenten an (Pohl 2011: 38).

Auch Pohl arbeitet in seiner Vorausberechnung nicht mit der Zahl der Pflegekräfte, sondern mit der Gesamtzahl aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und einer entsprechenden Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Worauf er den von ihm angenommenen Produktivitätsfortschritt in Höhe von durchschnittlich 0,25% pro Jahr stützt, wird leider nicht näher erläutert und ist somit nicht nachvollziehbar.

Die wohl größte öffentliche Aufmerksamkeit erreichte eine 2010 von WifOR/PWC (2010) vorgelegte Prognose zu einem zukünftig zu erwartenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen insgesamt, die auch entsprechende Vorausberechnungen zum zukünftigen Mangel an Pflegefachkräften einschloss. Anders als in den zuvor angesprochenen Vorausberechnungen wurden hier die zentralen Begriffe zum Prognosegegenstand ausdrücklich definiert und wurde zudem auf die den amtlichen Statistiken hinterlegte „Klassifizierung der Berufe“ hingewiesen, und dass die vorgelegte Studie die dort enthaltenen Definitionen verwendet (WifOR/PWC 2010: 19). Die Vorausberechnungen erfolgten sowohl für die zu erwartende Nachfrage nach Fachkräften als auch für das zu erwartende zukünftige Angebot. Die Berechnungen zur Zahl der Pflegefachkräfte erfolgten nicht nur für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, sondern auch für Krankenhäuser. Datenbasis war die Gesundheitspersonalrechnung des

⁷ In der Veröffentlichung von 2010 fehlt der entsprechende Eintrag im Literaturverzeichnis, die Zitation ist aber identisch gesetzt wie im Beitrag von 2009.

⁸ 122.333 Altenpflegerinnen/Altenpfleger in Pflegeheimen und 36.484 in ambulanten Pflegeeinrichtungen laut Pflegestatistik (vgl. Statistisches Jahrbuch 2008: Tab. 8.7.5), bzw. 311.000 Beschäftigte oder 239.000 Vollzeitäquivalente laut Gesundheitspersonalrechnung (vgl. Tab. 8.7.6).

Statistischen Bundesamtes, gerechnet wurde mit den dort ausgewiesenen Vollzeitäquivalenten für das Jahr 2008. Bei der Fortschreibung des Arbeitskräfteangebots wurden ausgehend von den Daten des Jahres 2008 auch gemeldete Arbeitslose sowie erwartete Zugänge durch Ausbildungsabsolventen und Abgänge durch Berentung einbezogen. Bei der Berechnung einer zukünftig zu erwartenden Lücke zwischen Nachfrage nach und Angebot an Pflegefachkräften wurde zudem auf der Nachfrageseite ein aufgrund der Alterung der Gesellschaft zu erwartender „morbiditybedingter Ergänzungsbedarf“ berechnet. Aus der Gegenüberstellung von Nachfrage- und Angebotsentwicklung wurden für die Jahre 2020 und 2030 zu erwartende ‚Personalengpässe‘ abgeleitet.

Die Prognose wurde berechnet für Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Hebammen/Entbindungspfleger sowie Helfer in der Krankenpflege. Die zukünftige Entwicklung bei Altenpflegern/-kräften wurde somit nicht einbezogen. Warum bei einer Vorausberechnung zum zukünftigen „Fachkräftemangel“ auch Helfer in der Krankenpflege einbezogen wurden, wird nicht erläutert und erscheint wenig sachgerecht. Selbst wenn man annehmen würde, bei den in der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesenen Helfern in der Krankenpflege würde es sich ausschließlich um examinierte Krankenpflegehelfer mit mindestens einjähriger Berufsausbildung handeln – was nicht der Fall ist – wäre die Subsummierung dieses Helferberufes unter den Begriff der ‚Fachkräfte‘ unsachgemäß. Als Pflegefachkräfte gelten im Sozial- und Pflegerecht nur Pflegekräfte mit dreijähriger Berufsausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz.

Berücksichtigt man nur die in die Prognose einbezogenen dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte und Hebammen, so ergab die Vorausberechnung, dass im Jahr 2020 in diesen Berufen ein ‚Personalengpass‘ im Umfang von 128.400 Vollzeitäquivalenten bestehen wird, der bis zum Jahr 2030 auf 393.100 zunimmt.⁹

Ende 2010 legten Afentakis/Maier (2010) eine Vorausberechnung zum Personalbedarf und -angebot bis zum Jahr 2025 vor. Darin werden – anders als in den bisherigen Prognosen – erstmals *alle* Beschäftigten in Pflegeberufen einbezogen, zumindest bei der Vorausberechnung des zukünftigen Personalbedarfs. Und es werden auch – erstmals in einem Beitrag zu dieser Diskussion – eine Reihe von Besonderheiten der in amtlichen Statistiken zum Gesundheitswesen verwendeten Berufsgruppendifinitionen erläutert, die für Prognosen zu diesem Bereich von zentraler Bedeutung sind.

Da die Prognose des Personalbedarfs alle Pflegeberufe einbezieht, wird auf der Nachfrageseite in unterschiedlichen Szenarien nicht nur die zu erwartende Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt, sondern auch die der Krankenhauspatienten. Als Basis der Nachfrageprojektion dient die vom Statistischen Bundesamt vorlegte Vorausberechnung der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und Krankenhauspatienten (StBA 2010a). Ausgangsbasis für die Prognose ist die in der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesene Zahl der Vollzeitäquivalente im Jahr 2005.

Während die Vorausberechnung des Personalbedarfs für alle Pflegeberufe erfolgt, beschränkt sich die Prognose des zukünftigen Arbeitskräfteangebots auf „ausgebildete Pflegekräfte mit einem höchsten Berufsabschluss in Pflegeberufen“ (Afentakis/Maier 2010: 998). In die Vorausberechnung des Angebots gehen Annahmen ein über die berufliche Flexibilität (Abwanderung in andere Berufe), die zukünftigen Anteile der Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigung sowie das Volumen der Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigung, die zukünftige Qualifikationsstruktur der Pflegeberufe, die Zahl der Erwerbslosen und die Verteilung der Pflegekräfte auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser. Bedingt durch die verschiedenen intervenierenden Variablen weist der für das Jahr 2025 vorausberechnete „Mangel an ausgebildeten Pflegekräften“ (Afentakis/Maier 2010: 998) eine Spannweite von 64.000–214.000 Vollzeitäquivalenten auf.

Nicht nachvollziehbar bleibt allerdings, wie der prognostizierte Personalbedarf bei ausgebildeten Pflegekräften ermittelt wurde, wenn der Personalbedarf für alle Beschäftigten in Pflegeberufen – und somit auch einschließlich der unausgebildeten Pflegehilfskräfte – berechnet wurde, das Arbeitskräfteangebot jedoch nur für ausgebildete Pflegekräfte. Zudem ist nicht erläutert, welche Pflegeberufe im Einzelnen zu den ‚ausgebildeten Pflegekräften mit höchstem Berufsabschluss‘ gezählt wurden. Anzunehmen ist, dass damit Pflegekräfte mit dreijähriger Berufsausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gemeint sind. Dies ist aber mittlerweile nicht mehr der höchste Berufsabschluss in der Pflege, da es seit ca. Mitte der 1990er Jahre Pflegestudiengänge und in deren Gefolge eine zunehmende Zahl akademisch ausgebildeter Pflegekräfte gibt. Diese werden vermutlich aber nicht gemeint sein, da deren Anteil an der Gesamtzahl der Pflegekräfte noch sehr gering ist.

Es bleibt noch auf die Frage einzugehen, ob es sinnvoll ist, Vorausberechnungen zum zukünftigen Bedarf oder Mangel an Pflegefachkräften nur auf Grundlage der Daten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen oder nur für einen Teil der Pflegeberufe vorzunehmen. Immerhin haben bis auf eine alle anderen hier vorgestellten Prognosen eine solche Beschränkung vorgenommen.

Grundsätzlich ist dazu festzustellen, dass bereits gegenwärtig und sicherlich mehr noch zukünftig Angehörige aller Pflegeberufe in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind, wenngleich nicht überall im gleichen Umfang. Während Altenpflegekräfte bisher noch sehr selten von Krankenhäusern eingestellt werden, sind in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in erheblichem Umfang auch Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte tätig. So waren im Jahr 2005 in ambulanten Pflegeeinrichtungen ca. 41.000 Altenpflegerinnen/-pfleger und Altenpflegehelferinnen/-helfer beschäftigt, aber ca. 96.000 Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Krankenpflegehelfer (StBA 2007b). In Pflegeheimen waren 2005 außer ca. 139.000 Altenpflegerinnen/-pflegern und Altenpflegehelferinnen/-helfern auch ca. 83.000 Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Krankenpflegehelfer tätig. Es ist davon auszugehen, dass der Personalbedarf ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auch in Zukunft in erheblichem Umfang durch Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte gedeckt wird.

Auch die Beschränkung auf Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Hebammen und Krankenpflegehelfer ist wenig hilfreich, da – wie an den oben genannten Zahlen erkennbar – Altenpflegerinnen/-pfleger und Altenpflegehelferinnen/-helfer einen erheblichen Teil der pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger erbringen.

Vor diesem Hintergrund ist es folglich wenig hilfreich, wenn Prognosen zum zukünftigen Personalbedarf oder zu Personalengpässen mit Daten nur eines Teils der Pflegeberufe durchgeführt werden, seien es nur die Altenpflegerinnen/-pfleger (Hackmann 2009, 2010) oder seien es Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Hebammen und Krankenpflegehelfer (WifOR/PWC 2010). Anzunehmen, damit sei aber zumindest für ein Teilssegment der Pflegeberufe eine Prognose vorgelegt, ist insofern nicht überzeugend, als alle angesprochenen Pflegefachberufe zumindest in der Versorgung Pflegebedürftiger weitgehend wechselseitig substituierbar sind. Somit könnte ein zukünftiger Personalbedarf in einem Pflegeberuf durch ‚überschüssige‘ Pflegefachkräfte eines anderen Pflegeberufs gedeckt werden.

⁹ Diese Werte sind in der Studie nicht gesondert ausgewiesen, sie ergeben sich erst aus der Addition der in den verschiedenen Tabellen ausgewiesenen Einzelwerte. Die Summe des in den Tabellen ausgewiesenen Personalengpasses für Krankenpflegehelfer ergibt für 2020 die Zahl von 36.400 VZÄ und für 2030 die Zahl von 84.634 VZÄ. Für beide Berufsgruppen zusammen ergibt dies eine Summe von 164.800 VZÄ für 2020 und 477.734 VZÄ für 2030. Warum die im Management Summary ausgewiesene Summe von 466.000 VZÄ für 2030 davon abweicht, ist aufgrund der Erläuterungen in der Studie nicht nachvollziehbar.

5. Vorschlag für eine einheitliche

Begriffssystematik und methodische Standards

Abschließend soll ein Vorschlag für eine Systematik zentraler Begriffe vorgestellt werden, die in zukünftigen Prognosen und Veröffentlichungen einheitlich verwendet werden sollten, um eine bessere Vergleichbarkeit und intersubjektive Überprüfbarkeit zu erreichen. Der nachfolgende Vorschlag kann und soll keineswegs alle zentralen Begriffe dieses Themenfeldes einschließen, sondern nur diejenigen, die in diesem Beitrag behandelt wurden. Es kann insofern nur ein Einstieg in eine Diskussion sein, die mit dem Ziel geführt werden sollte, gemeinsam und in einem kritischen Diskurs eine einheitliche Begriffssystematik und methodische Standards für wissenschaftliche Publikationen und Prognosen zu dem hier behandelten Themenbereich zu entwickeln.

5.1 Systematik und Definition zentraler Begriffe

Entsprechend der zuvor herausgearbeiteten Binnendifferenzierung der Pflegeberufe und maßgeblichen Berufsgruppenklassifikationen sollten die folgenden Begriffe nur mit folgender Bedeutung verwendet werden:

- Die Begriffe *Pflegekräfte* und *Pflegepersonal* sollten synonym und analog zum Begriff ‚Beschäftigte in der Pflege‘ verwendet werden, wie er in der Klassifizierung der Berufe definiert ist. Die drei Begriffe schließen somit alle Beschäftigten in Pflegeberufen ein, nicht nur Pflegefachkräfte, sondern auch ungelernte Hilfskräfte in der Pflege. In Anlehnung an die Pflegestatistik sollte für die Zuordnung zu Pflegeberufen maßgeblich sein, dass die betreffenden Beschäftigten ‚überwiegend‘ in der Pflege tätig sind. Bei einer zukünftigen Überarbeitung der Pflegestatistik wäre es allerdings wünschenswert, dass der tatsächliche Arbeitszeitumfang in den einzelnen Tätigkeitsbereichen genau abgefragt und zu enger gefassten Gruppen zusammengefasst wird. Dies würde es auch erlauben, eine zuverlässigere Umrechnung von Beschäftigtenzahlen in Vollkräfte bzw. Vollzeitäquivalente vorzunehmen. Die bisherige zu ungenaue Abgrenzung eines ‚überwiegenden Tätigkeitsbereiches‘ (StÄ 2009) könnte dann entfallen und durch eine genaue Angabe von Vollzeitäquivalenten ersetzt werden.
- Der Begriff *Pflegefachkräfte* sollte nur für Pflegekräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz sowie für Hebammen und Entbindungspflege verwendet werden.
- Als *Pflegehilfskräfte* oder *Helferinnen/Helfer in der Pflege* wären entsprechend der Klassifizierung der Berufe alle Beschäftigten zu bezeichnen, die eine Hilfstätigkeit in der Pflege ausüben, unabhängig davon, ob sie eine ein-, anderhalb oder zweijährige Ausbildung mit staatlichem Abschluss absolviert haben oder über keine Pflegehilfeausbildung verfügen. Will man die Gruppe der Hilfskräfte nach Qualifikationsniveau differenzieren, scheint lediglich eine Unterscheidung zwischen Helferberufen mit mindestens einjähriger Pflegeausbildung (Krankenpflegehelfer/-helfer, Altenpflegehelfer/-helfer) und ‚Sonstige‘ sinnvoll. Für eine weitergehende Differenzierung fehlt eine ausreichende Datengrundlage in den amtlichen Statistiken.

Auf die Verwendung anderer Begriffe zur Bezeichnung von Beschäftigten in Pflegeberufen sollte im Interesse begrifflicher Eindeutigkeit verzichtet werden. So ist beispielsweise der Begriff ‚professionelle Pflege‘ oder ‚professionelle Pflegekräfte‘ nicht ausreichend eindeutig. Damit kann sowohl die Gesamtheit der Beschäftigten in Pflegeberufen, als auch nur die Gruppe der Pflegekräfte mit einer Pflegeausbildung gemeint sein. Zudem kann ‚professionelle Pflege‘ sowohl als Pflege durch Angehörige einer Profession im Sinne eines Berufes gemeint sein oder als eine inhaltlich-qualitative Abgrenzung zwischen einer Pflege, die professionell im Sinne der Einhaltung professioneller Standards ist, und einer Pflege, die diese Standards nicht erfüllt. Ebenfalls ungeeignet ist der Begriff der ‚Pflegepersonen‘. Er ist durch § 19 SGB XI eindeutig belegt und bezeichnet Personen, die einen

Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, zumeist also pflegende Familienangehörige.

Ein weiteres Problem bei der Definition des ‚Prognosegegenstandes‘ ist die Bestimmung dessen, was prognostiziert werden soll. Zur Frage, was vorausberechnet wurde, bieten die bisherigen Prognosen ein breites Spektrum von Antworten:

- „Beschäftigungseffekte“ (Schnabel 2007: 19),
- „Beschäftigungsanstieg“ (Enste/Pimpertz 2008: 10),
- zukünftiger „Personalbedarf“ (Hackmann/Moog 2008: 22),
- „Nachfrage an Vollzeitpflegestellen“ (Hackmann 2009: 5) aber auch: „Bedarf an zukünftigen Pflegefachkräften“ (Hackmann 2009: 5),
- „Anzahl der künftigen Pflegekräfte“ (Hackmann 2009: 5),
- realistische Einschätzung der zukünftigen Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich (Pohl 2009: 2; 2011: 36),
- „Beschäftigungsmöglichkeiten für professionelle Pflegekräfte“ (Pohl 2009: 27),
- „zukünftige Personalbedarfe“ (WifOR/PWC 2010: 23) und „Personalengpässe“ (WifOR/PWC 2010: 27),
- „Projektionen des Personalbedarfs und -angebots“ (Afentakis/Maier 2010).

Begreift man Vorausberechnungen zu einem zukünftig zu erwartenden Fachkräftemangel in der Pflege als Prognosen für einen Teil-Arbeitsmarkt, so dürfte es am sinnvollsten sein, das Thema in den begrifflichen Kategorien von ‚Angebot‘ an und ‚Nachfrage‘ nach Arbeitskräften zu erfassen. Auch wenn der Begriff ‚Personalbedarf‘ sehr naheliegend und auch sachgerecht erscheint, sollte auf ihn dennoch aus folgenden spezifischen Gründen verzichtet werden. ‚Personalbedarf‘ ist eine feststehende Kategorie der Arbeitswissenschaft bzw. Ökonomie, die eng verbunden ist mit der Anwendung von Methoden der ‚Personalbedarfsermittlung‘ (vgl. u. a. Bühner 2005; Nicolai 2006; Stock-Homburg 2008; Wittlage 1995). Dies gilt in besonderem Maße auch für Pflegeberufe (vgl. u. a. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008; Brügger et al. 2002; DIVI 1999; Kunze/Kaltenbach 2005; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995).

Die besondere Bedeutung für die hier diskutierte Thematik liegt darin, dass grundsätzlich die tatsächliche Zahl der Beschäftigten oder Vollkräfte nicht gleichgesetzt werden sollte mit dem Personalbedarf. Dies wäre nur dann angemessen, wenn die als Ausgangsbasis verwendeten Beschäftigtenzahlen dem mit Hilfe anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung errechneten ‚Personalbedarf‘ entspricht bzw. entsprach. Gegenwärtig gibt es jedoch weder für Krankenhäuser noch für ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime bundesweit einheitlich angewendete und allgemein anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung, und insofern sind auch keine Daten zum ‚Personalbedarf‘ verfügbar. Wenn er gegenwärtig ermittelt wird, dann nur auf der Ebene einzelner Einrichtungen und nur für interne Zwecke.

Die besondere Bedeutung dieser Problematik liegt für das Thema ‚Fachkräftemangel in der Pflege‘ darin, dass gegenwärtig eher von einer Unterbesetzung in relevanten Bereichen auszugehen ist, als von einer bedarfsgerechten Personalausstattung (für den Krankenhausbereich vgl. Simon 2008). Ursache einer anzunehmenden Unterbesetzung ist allerdings – bis auf wenige Teilbereiche – nicht ein bereits bestehender Fachkräftemangel. Sofern eine Unterbesetzung besteht, dürfte sie in erster Linie auf eine unzureichende Finanzierung und einrichtungsinterne Verteilungsentscheidungen zurückzuführen sein (Simon 2008, 2009).

Aus den genannten Gründen können somit keine Vorausberechnungen zu einem zukünftigen ‚Personalbedarf‘ an Pflegefachkräften durchgeführt werden, denn eine solche Vorausberechnung bedürfte einer Datenausgangsbasis über den gegenwärtigen ‚Personalbedarf‘, die nicht verfügbar ist. Wenn lediglich die Zahl der tatsächlichen Beschäftigten eines vergangenen Jahres oder Zeitraumes in die Zukunft fortgeschrieben wird, sollte dies nicht als Prognose eines ‚Personalbedarfs‘ bezeichnet werden.

Wie bereits angesprochen, erscheint es am sinnvollsten, die Thematik in den Begriffen von Angebot und Nachfrage zu erfassen. Statt der Vorausberechnung eines Personalbedarfs wäre dann eine zu erwartende zukünftige Nachfrage nach Arbeitskräften Gegenstand der Prognose. Damit würden Prognosen auch begrifflich geöffnet gegenüber den Einflüssen sozialpolitischer Entscheidungen, wie beispielsweise Änderungen im Leistungskatalog der Pflegeversicherung oder Reformen der Finanzierungssysteme. Während der ‚Personalbedarf‘ relativ unabhängig von diesen Einflüssen ist,¹⁰ steht die tatsächliche Nachfrage von Einrichtungen unter starkem Einfluss der sozialpolitischen Rahmenbedingungen.

Die Zahl der tatsächlich Beschäftigten in einem vergangenen Zeitraum wäre aber auch nicht mit der Nachfrage gleichzusetzen, sie müsste zumindest um eine gegebenenfalls nicht befriedigte Nachfrage ergänzt werden, bspw. gemessen in gemeldeten offenen Stellen für Pflegefachkräfte. Damit würden zwar die nicht in der Arbeitsmarktstatistik erfassten offenen Stellen unberücksichtigt bleiben, dies dürfte angesichts der vermutlich geringen Zahl aber vertretbar sein.

Analog zur Ermittlung der gegenwärtigen Nachfrage wäre bei der Berechnung des gegenwärtigen Angebots an Pflegefachkräften die Zahl der in den Statistiken ausgewiesenen Beschäftigten um die Zahl der arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräfte zu ergänzen. Deren Gesamtzahl um einen gewissen Anteil schwer vermittelbarer Pflegefachkräfte zu ‚bereinigen‘ (so bspw. WifOR/PWC 2010: 30), erscheint dabei durchaus realitätsnah und angemessen.

Die vorstehenden Ausführungen sollten auch verdeutlichen, dass die Behandlung von Fragen der begrifflichen Klarheit und Eindeutigkeit keineswegs nur eine definitorische ‚Fingerübung‘, sondern sehr eng mit methodischen Fragen und Problemen verbunden ist.

5.2 Methodische Standards

Aus den in diesem Beitrag herausgearbeiteten Problemen lassen sich einige methodische Standards ableiten, die in zukünftigen Vorausberechnungen berücksichtigt werden sollten.

Zunächst einmal erscheint es wenig sinnvoll, Prognosen auf Teilbereiche zu beschränken, seien es einzelne Pflegeberufe oder nur ein Teil der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Wie dargelegt, fanden in der Vergangenheit deutliche Wanderungsbewegungen zwischen Krankenhäusern, ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen statt, und sind Pflegefachkräfte bis auf wenige Einschränkungen in allen drei hauptsächlichen Einrichtungstypen weitgehend wechselseitig substituierbar.

Als Datengrundlage für Vorausberechnungen sollten zukünftig primär die Daten der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik genutzt werden, da sie gegenwärtig die genauesten und zuverlässigsten Daten bereitstellen. Die Verwendung von Daten der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) für Vorausberechnungen über die zukünftige Entwicklung im Bereich der Pflegeberufe erscheint solange problematisch, wie die doch erhebliche Lücke zwischen den Daten der genannten Teilstatistiken und den Angaben der GPR nicht überzeugend und nachvollziehbar erklärt oder aber durch eine Neujustierung der Methodik geschlossen ist.

Solange nicht für alle genannten Teilstatistiken genaue Umrechnungen von Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente bzw. Vollkräfte verfügbar sind, sollte auf die Nutzung von Angaben (Schätzungen) zur Zahl der Vollkräfte aus der Pflegestatistik verzichtet werden. Aber auch wenn für alle Bereiche zuverlässige Umrechnungen vorliegen sollten, wäre die Verwendung von Vollzeitäquivalenten letztlich wenig hilfreich, weil der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen deutlich über dem gesellschaftlichen Durchschnitt liegt und in den letzten Jahren erheblich angestiegen ist. Waren im Jahr 1999 noch ca. 42 % der

Pflegefachkräfte teilzeitbeschäftigt, so lag ihr Anteil an allen Pflegefachkräften 2009 bereits bei ca. 55 %.

Die weitere Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung wird erheblichen Einfluss auf die Frage haben, ob ein zunehmender Fachkräftemangel zu erwarten ist. Ausgebildet werden nicht ‚Vollkräfte‘, sondern Beschäftigte. Wechseln diese zukünftig in zunehmendem Umfang in Teilzeitbeschäftigungen, werden beispielsweise Erfolge bei der Nachwuchsgewinnung durch höhere Teilzeitquoten wieder ‚aufgezehrt‘. Insofern sollten Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege auch Annahmen über die weitere Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung einschließen (so wie bspw. Afentakis/Maier 2010).

Ein weiterer sehr bedeutender Einflussfaktor für die zukünftige Entwicklung des Angebots an Pflegefachkräften ist die Entwicklung des Renteneintrittsalters. Zum einen ist eine ‚Alterung‘ in den Pflegeberufen zu verzeichnen, mit einem deutlich gestiegenen Anteil der über 50jährigen Pflegefachkräfte, zum anderen liegt – bedingt durch personelle Unterbesetzung und chronische Arbeitsüberlastung – die Frühberentungsquote bei Pflegefachkräften mit ca. 35–40 % mittlerweile auf dem Niveau bspw. der Bauarbeiter (Hien 2009). Insofern sollten Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege auch Annahmen über die Entwicklung des Renteneintrittsalters und der Berentungs- sowie Frühverrentungsquote einschließen (so wie bspw. WifOR/PWC 2010).

6. Fazit

Die bisher vorgelegten Prognosen waren ohne Zweifel sehr hilfreich, um die Aufmerksamkeit auf sich abzeichnende zukünftige Entwicklungen und Probleme zu lenken und Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Für weitreichende politische Entscheidungen bedarf es in Zukunft allerdings deutlich differenzierterer Vorausberechnungen, die nicht nur begriffliche Klarheit und Eindeutigkeit bieten, sondern vor allem das hohe Maß an Komplexität des Gegenstandsbereiches mehr als bisher berücksichtigen.

Die in diesem Beitrag vorgestellten Vorschläge für methodische Standards zukünftiger Prognosen beschränken sich auf die Angebotsseite und sollen kein umfassendes und abschließendes Bild ergeben, sondern lediglich einen Einstieg in eine Diskussion über derartige Standards. Diese Standards sollten sich nicht nur auf die Angebotsseite beziehen, sondern auch auf die Nachfrageseite. Insbesondere scheint es erforderlich, die Diskussionen und Erkenntnisse über die zukünftige Entwicklung sowohl der Morbidität und Pflegebedürftigkeit als auch des zukünftigen Umfangs der informellen, familiären Pflege mehr als bislang einzubeziehen. Ebenso sollte auch die zu erwartende zukünftige Entwicklungen des Pflegebedarfs in Krankenhäusern berücksichtigt werden, insbesondere die dort bereits zu verzeichnenden Änderungen sowohl der Altersstruktur der Patienten als auch einer ‚Ambulantisierung‘ der Leistungserbringung (z. B. Ausweitung der ambulanten Operationen, vor- und nachstationären Behandlung etc.).

Literatur

- Afentakis, Anja/Böhm, Karin (2009): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46, Berlin: Robert Koch Institut.
- Afentakis, Anja/Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: Wirtschaft und Statistik, Jg. 62, Heft 11, S. 990–1002.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2009): Klassifizierung der Berufe nach dem Stand vom 1. September 1988, überarbeitete Fas-

¹⁰ Die Einschränkung ‚relativ‘ ist erforderlich, da auch die Entscheidung für ein bestimmtes Instrument der Personalbedarfsermittlung Teil der politischen Rahmensetzung ist oder sein kann (so bspw. im Fall der Pflegepersonalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung im Krankenhausbereich oder der Heimpersonalverordnung).

- sung der Berufsklassen mit Zuordnung der Berufsbenennungen zu Berufsklassen für die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/KldB1975-1992/KldB1975-1992-Nav.html> (3. 02. 2011).
- (2010): Der Arbeitsmarkt in Deutschland: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf> (28. 11. 2011).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011): Pflegefachkräftemangel. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegefachkraeftemangel.html> (21. 02. 2011).
- Bofinger, Werner/Dörfeldt, Dieter/Tauch, Jürgen G. (2008): Personalbedarf im Krankenhaus. Arbeitshandbuch mit CD-ROM für die Personalbedarfs-Berechnungen (Loseblattsammlung), Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.
- Brügger, Urs/Bamert, Ulrich/Maeder, Christoph et al. (2002): LEP – Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege, 2., überarb. Aufl., St. Gallen: LEP AG.
- Bühner, Rolf (2005): Personalmanagement. 3., überarb. u. erw. Aufl., München/Wien: Oldenbourg.
- Cramer, Katharina/Zühlke, Sylvia/Habla, Heike (2011): Qualität des Mikrozensus aus Sicht der Wissenschaft: Ergebnisse einer Nutzerbefragung, in: Wirtschaft und Statistik, Jg., Heft 6, S. 536–545.
- DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (1999): Personalbedarf für Ärzte und Pflegekräfte in der Intensivmedizin (Aktualisierung in Vorbereitung). Online verfügbar unter: http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/Personalbedarf_fuer_Aerzte.pdf (Date Accessed).
- Enste, Dominik/Pimpertz, Jochen (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050, in: IW-Trends, Jg. 35, Heft 4, S. 1–16.
- GKV (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung) (2010): Jetzt handeln, um Fachkräftemangel in der Pflege zu verhindern, Pressemitteilung vom 7. 12. 2010.
- Görres, Stefan/Bombal, Jaqueline/Schwanke, Aylin et al. (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Online verfügbar unter: http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/projekte/Imagekampagne_Abschlussbericht.pdf (23. 09. 2010).
- Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, Freiburg: Forschungszentrum Generationenvertägar an der Universität Freiburg.
- (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 59, Heft 9, S. 235–244.
- Hackmann, Tobias/Moog, Stefan (2008): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Online verfügbar unter: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwi/publikationen/224.pdf> (10. 02. 2011).
- (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 56, Heft 1, S. 113–135.
- Hien, Wolfgang (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte, Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.
- INQA-Pflege (2011): INQA-Projekte zum Thema Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/inqa-projekte.html> (4. 07. 2011).
- Kiemele, Jan/Bothe, Jens (2009): Delegation von Serviceaufgaben spart Zeit und Geld, in: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 48, Heft 1, S. 10–13.
- Kunze, Heinrich/Kaltenbach, Ludwig (Hrsg.) (2005). Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Stuttgart: Kohlhammer.
- MSFFGI (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration) (2011): Ideenwettbewerb Pflege. Online verfügbar unter: http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=27585&article_id=94067&psmand=17 (1. 06. 2011).
- Nicolai, Christina (2006): Personalmanagement, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Pick, Peter/Brüggemann, Jürgen/Grote, Christiane et al. (2004): Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Pohl, Carsten (2009): Der Arbeitsmarkt für Pflege im Spiegel demographischer Veränderungen. Online verfügbar unter: <http://doku.iab.de/externe/2010/k100114311.pdf> (10. 02. 2011).
- (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030, in: Pflege & Gesellschaft, Jg. 16, Heft 1, S. 36–52.
- Schaeffer, Doris (2002). Pflegewissenschaft und -forschung: quo vadis?, in: Seidl, Elisabeth/Walter, Ilsemarie (Hrsg.): Pflegeforschung aktuell. Studien – Kommentare – Berichte, Wien: Verlag Wilhelm Maudrich, S. 129–150.
- Schnabel, Reinhold (2007): „Zukunft der Pflege“. Studie für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Online verfügbar unter: http://archiv.insm.de/Downloads/Pflegemarkt_final.pdf (10. 02. 2011).
- Schöning, Brigitte/Luithlen, Eberhard/Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis, 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen, Bern: Hans Huber.
- (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven, in: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101–123.
- StÄ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder) (2009): Erhebungsbogen der Pflegestatistik für stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15. 12. 2009, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (1992): Die Klassifizierung der Berufe des Statistischen Bundesamtes in der Fassung für den Mikrozensus. Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Wissenschaftsforum/MethodenVerfahren/Mikrozensus/Metadaten/KlassifikationBerufe.property=file.pdf> (10. 02. 2011).
- (2007a): Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2005, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2007b): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: 1. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863> (Date Accessed).
- (2009a): Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2009b): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2010a): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1026445> (Date Accessed).
- (2010b): Gesundheit. Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.2, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- (2011): Gesundheitspersonalrechnung – Methodik. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=59386746&nummer=85&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=34709955#FOOTNOTES (10. 02. 2011).
- Stock-Homburg, Ruth* (2008): Personalmanagement. Theorien – Konzepte – Instrumente, Wiesbaden: Gabler.
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 16/6339 vom 07. 09. 2007.
- Teigeler, Brigitte* (2009): Modellprojekt Servicehelfer: Service als Chance, in: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 48, Heft 1, S. 20–22.
- Tiemann, Michael/Schade, Hans-Joachim/Helmrich, Norbert* et al. (2008): Berufsfeld-Definitionen des BIBB – auf Basis der KldB 1992, zweite Fassung, Stand: 29. Mai 2008. Online verfügbar unter: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22_BIBB-Berufsfelder_010508.pdf (10. 02. 2011).
- WifOR/PWC (PriceWaterhouseCoopers) (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Online verfügbar unter: http://www.pwc.de/fileserver/RepositoryItem/Studie_Fachkräftemangel_Gesundheit.pdf?itemId=43638020 (22. 10. 2010).
- Wittlage, Helmut* (1995): Personalbedarfsermittlung, München/Wien: Oldenbourg.