

## 2. Fachkräftesituation von Pflegekräften in Deutschland

Um ein grundlegendes Verständnis über die Thematik zu erlangen, werden zunächst erforderliche Begriffe zu dem Themenbereich „Pflege in Deutschland“ in Abschnitt 2.1 definiert. Es folgt eine Darstellung des Themas „Fachkräftemangel von Pflegekräften in Deutschland“ in Abschnitt 2.2. Anschließend wird in Abschnitt 2.3 eine Übersicht über die Thematik der Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland gegeben, welche eine Lösungsstrategie zur Abwendung des Pflegefachkräftemangels in Deutschland darstellen kann.

### 2.1 Pflege in Deutschland

Im nachkommenden Abschnitt soll ein Überblick über die Pflege in Deutschland gegeben werden. Dies beinhaltet Begriffsdefinitionen zu Pflege, Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen sowie die Erläuterung der Arten der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. In der vorliegenden Masterarbeit wird die Pflege auf den Bereich der Leistungen nach der sozialen Pflegeversicherung, wie diese im elften Buch des SGB (Sozialgesetzbuch) geregelt werden, begrenzt.

#### 2.1.1 Begriffsdefinitionen Pflege und Pflegebedürftigkeit

Der Bereich der Pflege kann untergliedert werden in die informelle Pflege, bei der die Pflege durch direkte Bezugspersonen wie Angehörige, Nachbarn oder Freunde wahrgenommen wird (Geyer und Schulz, 2014) sowie die formelle oder auch professionelle Pflege, bei der die Pflege durch ausgebildete Personen im Bereich der Pflege wie u.a. Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger erfolgt. Nach dem ICN (International Council of Nurses), einem Zusammenschluss von mehr als 130 Berufsverbänden der Pflege weltweit, wird die formelle Pflege definiert, als die selbständige Versorgung und Betreuung von Menschen jeden Alters. Dazu gehören Familien und Lebensgemeinschaften sowie Gruppen oder soziale Gemeinschaften, unabhängig davon ob sie krank oder gesund sind, in allen Lebenslagen. Die Kernaufgaben in der Pflege bestehen u.a. darin, Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhüten und kranke, behinderte sowie sterbende Menschen zu versorgen und zu

betreuen. Weiterhin sollen Interesse und Bedürfnisse wahrgenommen, eine sichere Umgebung gefördert sowie die Forschung, Gesundheitspolitik und Bildung unterstützt werden (International Council of Nurses, 2014).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird nach dem Paragraph 14 des elften Sozialgesetzbuches folgendermaßen definiert:

*„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer **körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung** für die **gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen** im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“* (Sozialgesetzbuch, 2014a)

Während nach der oben genannten Definition von Pflegebedürftigkeit unter einer körperlichen Krankheit Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat sowie Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane zählen, kennzeichnen sich unter den geistigen und seelischen Erkrankungen Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die oben stehenden „gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen“ umfassen den Bereich der Körperpflege wie u.a. das Waschen, Duschen oder Baden sowie den Bereich der Ernährung. Ergänzend zählen hierzu der Bereich der Mobilität, welcher u.a. das selbstständige Aufstehen, Gehen oder Stehen beinhaltet sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung mit u.a. den Verrichtungen Einkaufen, Kochen oder Reinigen der Wohnung (Sozialgesetzbuch, 2014a).

### **2.1.2 Begriffsdefinition Pflegestufen**

In Paragraph 14 des elften Sozialgesetzbuches wird geregelt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um im Sinne des SGB XI als pflegebedürftig eingestuft zu werden. Im Folgenden werden die verschiedenen Pflegestufen kurz vorgestellt.

Zu der Pflegestufe 1 zählen Pflegebedürftige, wenn eine erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht. Diese liegt vor, wenn eine Person aus mindestens zwei der Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens einmal täglich Hilfe

benötigt und zudem mehrfach in der Woche auf Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen ist.

Die Pflegestufe 2 oder auch Schwerpflegebedürftigkeit liegt hingegen vor, wenn eine Person bei den Verrichtungen in der Körperpflege, Ernährung und Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Zeiten Hilfe benötigt und zudem mehrfach in der Woche auf Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen ist.

Die Pflegestufe 3, welche auch als Schwerstpflegebedürftigkeit bezeichnet wird, liegt vor, wenn eine Person zu jeder Zeit auf Hilfe in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität angewiesen ist. Zudem wird mehrfach in der Woche Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt (Sozialgesetzbuch, 2014b).

Neben den drei oben aufgeführten Pflegestufen wurde die sogenannte Pflegestufe 0 eingeführt, welche den Leistungen nach Paragraph 45a und Paragraph 45b des SGB XI entsprechen. Zu der Pflegestufe 0 zählen Personen, die dauerhaft und erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, jedoch der Umfang ihres Bedarfes in der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die Pflegestufe 1 nicht erreicht. Durch die Einführung dieser Pflegestufe werden insbesondere auch Personen, die an Demenz erkrankt sind, berücksichtigt (Bundesministerium für Gesundheit, 2015a), (Pflegeverantwortung, o.J.).

### **2.1.3 Arten der Versorgung von Pflegebedürftigen**

Die Versorgung von Pflegebedürftigen kann durch eine häusliche Pflege oder durch eine stationäre Betreuung erfolgen. Nachstehend wird ein kurzer Überblick über die verschiedenen Versorgungsformen gegeben.

Eine Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause kann entweder allein durch Angehörige oder durch eine vollständige bzw. teilweise Unterstützung durch ambulante Pflegedienste oder Einzelpflegefachkräfte erfolgen. Pflegebedürftige (Personen der Pflegestufen 1 bis 3) und Personen, welche auf Dauer eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen (Pflegestufe 0), können durch Sachleistungen, welche eine Betreuung durch Pflegedienste vorsieht, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem (Kombinationsleistung) unterstützt werden. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich hierbei die Höhe der Leistungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2015b).

Bei einer stationären Versorgung wird zwischen einer vollstationären und einer teilstationären Versorgung sowie einer Kurzzeitpflege unterschieden. Eine vollstationäre Versor-

gung von Pflegebedürftigen wird gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht realisierbar ist bzw. nicht in Betracht kommt. Das Erfordernis einer vollstationären Pflege wird von dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft bzw. bei Pflegestufe 3 vorausgesetzt. Eine teilstationäre Versorgung wird bewilligt, wenn die Pflege zu Hause nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann bzw. diese die häusliche Pflege ergänzen oder stärken soll. Hierbei kann die formelle Pflege am Tag oder während der Nacht erfolgen. Eine Kurzzeitpflege kann von Pflegebedürftigen bis zu vier Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Ein Bedarf an Kurzzeitpflege besteht u.a. im Übergang an einen Krankenhausaufenthalt oder wenn zunächst schwierige Situationen bei der häuslichen Pflege bewerkstelligt werden müssen. Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung bei der vollstationären sowie der teilstationären Versorgung ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe des Patienten. Im Gegensatz dazu wird bei den Leistungen einer Kurzzeitpflege nicht zwischen den verschiedenen Pflegestufen unterschieden (Bundesministerium für Gesundheit, 2014b).

## **2.2 Fachkräftemangel von Pflegekräften in Deutschland**

In diesem Abschnitt werden zunächst die Begriffe der Fachkraft, des Fachkräftemangels sowie der Pflegekraft näher erläutert. Anschließend folgt eine Darstellung der aktuellen und zukünftigen Entwicklungen der Pflegekräftenachfrage sowie des -angebots. Resultierend daraus lässt sich die Versorgungslücke im Bereich der Pflege darlegen. Abschließend werden die Ursachen und die Auswirkungen des Fachkräftemangels von Pflegekräften in Deutschland näher erörtert.

### **2.2.1 Begriffsdefinitionen von Fachkräften und Fachkräftemangel**

Eine Fachkraft wird definiert als eine Person, welche entweder einen anerkannten akademischen Abschluss oder eine anerkannte anderweitige, mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen kann.

Ein Fachkräftemangel herrscht vor, wenn die Nachfrage nach Fachkräften, das Angebot an Fachkräften übersteigt und die Nachfrage demnach nicht bzw. nicht hinlänglich gedeckt werden kann. Dies kann sich auf die gesamte Wirtschaft beziehen oder nur einzelne Teilarbeitsmärkte betreffen (Deutscher Bundestag, 2011). Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs kann ein Fachkräftemangel kurz- und mittelfristig oder auch langfristig auftreten.

Als Gründe für einen kurz- bzw. mittelfristigen Fachkräftemangel können u.a. konjunkturelle Aufschwünge, lange Ausbildungszeiten oder fehlende Transparenz auf dem Arbeitsmarkt angeführt werden. Ein langfristiger Fachkräftemangel kann u.a. aufgrund der demografischen Entwicklung sowie durch Schwächen im Bildungssystem entstehen. Als weitere Ursache für einen Personalengpass kann die Mismatch-Problematik genannt werden. Diese liegt vor, wenn genügend offene Stellen auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind, diese jedoch nicht besetzt werden können und gleichzeitig eine dauernde Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung vorherrscht. Ein „Mismatch“ auf dem Arbeitsmarkt kann u.a. durch Qualitätsmängel des Arbeitsangebots, mangelnder Transparenz auf dem Arbeitsmarkt sowie mangelnder Motivation und Mobilität der Bewerber auftreten (Price Waterhouse Coopers, 2010).

### **2.2.2 Begriffsdefinition Pflegekraft**

Der Begriff der Pflegekraft vereint diverse Berufe im Gesundheitswesen, deren Fokus auf dem Gebiet der Pflege liegt. Zu den Pflegekräften zählen zum einen Hilfskräfte in der Pflege, wie u.a. Pflegehelfer mit mindestens einjähriger Pflegeausbildung oder Pflegehelfer ohne Pflegeausbildung. Zum anderen umfasst das Berufsbild der Pflegekraft auch den Bereich der Pflegefachkraft, welches im Sozialrecht definiert wird (Simon, 2012). Nach § 71 SGB XI wird eine Pflegefachkraft definiert als eine Person, die neben dem Abschluss einer Ausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpfleger
- Heilerziehungspfleger und -erzieher in ambulanten Pflegeeinrichtungen (je nach Landesrecht)

verfügt und zusätzlich eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vorweisen kann (Sozialgesetzbuch, 2014c).

Bis heute stellt die Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf an einer berufsbildenden Schule den üblichen beruflichen Qualifikationsweg dar. Sonach erlangten im Jahr

2009/2010 etwa 21.000 Auszubildende den Berufsabschluss des Gesundheits- und Krankenpflegers, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers oder Altenpflegers. Die Anzahl der Berufsabschlüsse in den jeweiligen Berufsdisziplinen konnte über die letzten 20 Jahre etwa gleichbleibend gehalten werden.

Neben der Ausbildung an berufsbildenden Schulen, kann eine Qualifizierung in einem Gesundheitsfachberuf ebenfalls an Universitäten und Fachhochschulen in Form eines Studiums erlangt werden. Hierbei können primärqualifizierende sowie ausbildungsintegrierende Studiengänge unterschieden werden. Ein primärqualifizierendes Studium ist dadurch gekennzeichnet, dass u.a. der Abschluss des Gesundheits- und Krankenpflegers nach einer erfolgreichen Beendigung des Studiums erlangt wird. Bei einem ausbildungsintegrierten Hochschulstudium hingegen, wird eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf in das Studium eingegliedert. Die theoretische Lehre findet demnach sowohl an Hochschulen als auch an berufsbildenden Schulen statt. Ergänzend findet eine praktische Ausbildung in Praxiseinrichtungen wie u.a. Krankenhäusern, Praxen oder Gesundheitszentren statt. Studiengänge, welche für eine patientenorientierte Tätigkeit qualifizieren sollen, wurden nach den Änderungen des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2007 erstmals eingeführt. Anfänglich wurden bundesweit 20 primärqualifizierende Bachelorstudiengänge mit je etwa 30 Studienplätzen jährlich, vorrangig an Fachhochschulen, implementiert. Gegenwärtig beträgt die Anzahl der Studienanfänger im Bereich der Pflegewissenschaften bzw. Pflegemanagement 1.100 im Jahr 2010 und ist seit dem Jahr 2005 um 500 Studienanfänger angestiegen. Hierbei ist anzumerken, dass auch Studierende erfasst wurden, die keine patientenorientierte Ausbildung absolvierten. Im Jahr 2010 konnten 700 Personen mit einem erfolgreich abgeschlossenen Studium im Bereich der Pflegewissenschaft registriert werden.

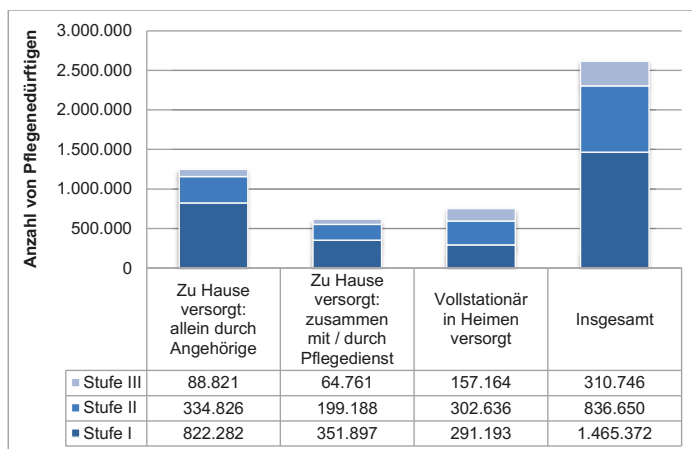
Wie zu erkennen ist, beträgt der Anteil der Absolventen eines pflegewissenschaftlichen Studiengangs (700) an der Gesamtanzahl der Pflegekräfte mit einem Abschluss an berufsbildenden Schulen (21.000) gerade 3,3%. In Folge der Zunahme der Komplexität der Gesundheitsversorgung von Patienten und der Veränderung in der Arbeitsteilung empfiehlt der Wissenschaftsrat die Anzahl der Pflegekräfte mit Hochschulabschluss zu steigern. Angesichts des zukünftig steigenden Bedarfs an Pflegekräften wird als realistisches Ziel eine Akademisierungsquote von 10% bis 20% für Pflegeberufe angestrebt. Dies würde einen Ausbau von 2.100 bis 4.800 zusätzlichen Studienplätzen erfordern, bei einer Annahme von derzeit 600 Studienanfängern in patientenorientierten Studiengängen und einer Abbruchquote von etwa 20% (Wissenschaftsrat, 2012).

## 2.2.3 Nachfrage nach Pflegekräften – aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen

Die Nachfrage nach Pflegekräften ist zum einen von der Anzahl der Pflegebedürftigen aber auch zum anderen von der jeweiligen Versorgungsart der Pflegebedürftigen abhängig. Die Versorgungsarten lassen sich, wie bereits in Kapitel 2.1.3 beschrieben, in eine Pflege durch Angehörige oder durch ambulante Pflegedienste und Pflegeheime unterteilen. Im folgenden Abschnitt werden der aktuelle Stand sowie die zukünftigen Entwicklungen der Nachfrage nach Pflegekräften dargestellt.

### 2.2.3.1 Aktueller Stand der Anzahl von Pflegebedürftigen nach der Versorgungsart in Deutschland

Wie in Abbildung 1 veranschaulicht, waren nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) zum Jahresende 2013 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig.



**Abbildung 1:** Anzahl von Pflegebedürftigen in Deutschland in 2013 nach Art der Versorgung und Pflegestufen

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015 (eigene Darstellung)

Bei mehr als der Hälfte der Pflegebedürftigen (56,0%; 1.465.372) lag die Pflegestufe 1 gemäß der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes vor. Es folgen Personen der Pflegestufe 2 (32,0%; 836.650) und der Pflegestufe 3 (12%; 310.746). Der Großteil der Pflegebedürftigen (48,0%) wurde zu Hause von Angehörigen gepflegt. Bei 29,0% der Pflegebedürftigen erfolgte die Versorgung in vollstationären Heimen und 23,0% der Pflegebedürftigen wurden häuslich versorgt, entweder durch eine teilweise oder vollständige Pflege durch ambulante Pflegedienste. Hinsichtlich der demografischen Merkmale der Pflegebedürftigen war die Mehrzahl (65,0%) weiblich, 83,0% waren 65 Jahre und älter und 37,0% waren 85 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt, 2015).

#### 2.2.3.2 Zukünftige Entwicklungen der Anzahl von Pflegebedürftigen nach der Versorgungsart in Deutschland

Die zukünftige Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen sowie der Art der Versorgung der Pflegebedürftigen kann anhand verschiedener Annahmen berechnet werden. Zunächst soll das Szenario des Status-Quo-Ansatzes dargestellt werden. Dieser Ansatz beruht auf der Annahme, dass die beobachtbaren Pflegeprävalenzen des Jahres 2009, als auch die Anteile in den verschiedenen Versorgungsarten nach Alter und Geschlecht als konstant angenommen und auf die zukünftige Bevölkerungsstruktur umgerechnet werden.

Wie in Tabelle 1 zu erkennen ist, wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen von 2,3 Millionen im Jahr 2009 auf 3,4 Millionen im Jahr 2030 erhöhen. Der Anstieg der pflegebedürftigen Männer wird bis zum Jahr 2030 479.000 betragen und ist deutlich geringer als der Anstieg der pflegebedürftigen Frauen mit 627.000. Der prozentuale Anstieg der männlichen Pflegebedürftigen (62,2%) ist jedoch, aufgrund der geringeren Anzahl von Männern in den Altersgruppen von über 70 Jahren u.a. infolge der Weltkriege, höher als der prozentuale Anstieg der Frauen mit 40,1%.



**Tabelle 1:** Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Geschlecht, Versorgungsart und Pflegestufe (in Tausend)  
Quelle: Rothgang et al., 2012

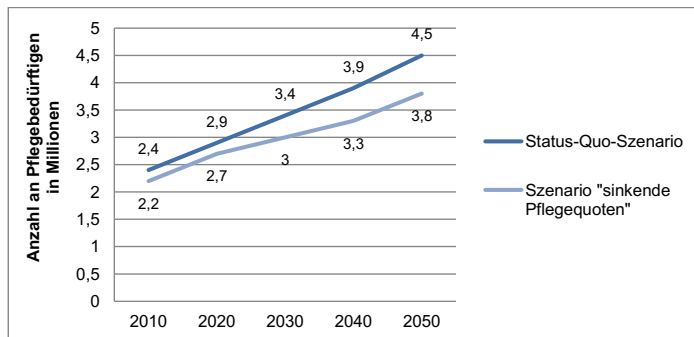
	2009	2030	Veränderung*	
			in Prozent	absolut
<b>Insgesamt</b>	2.330	3.435	47,4	1.105
ambulant	553	853	54,2	300
stationär	713	1.138	59,6	425
informell	1.063	1.443	35,7	380
Pflegestufe I	1.245	1.813	45,6	567
Pflegestufe II	794	1.200	51,2	407
Pflegestufe III	291	422	45,0	131
<b>Männer</b>	769	1.248	62,2	478
ambulant	176	320	82,0	144
stationär	179	328	83,5	149
informell	415	600	44,6	185
Pflegestufe I	407	662	62,5	255
Pflegestufe II	269	446	65,9	177
Pflegestufe III	94	141	50,1	47
<b>Frauen</b>	1.560	2.187	40,1	626
ambulant	378	533	41,3	156
stationär	535	810	51,6	276
informell	648	843	30,1	195
Pflegestufe I	838	1.151	37,3	313
Pflegestufe II	525	755	43,7	230
Pflegestufe III	197	281	42,6	84

\*Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich

Hinsichtlich der Versorgungsarten wird sich, basierend auf der Grundlage des Status-Quo-Ansatzes, der Anteil der Pflegebedürftigen, welche formell versorgt werden, um 54,2% im ambulanten Bereich sowie um 59,6% im stationären Bereich bis zum Jahr 2030 erhöhen. Der Anstieg der Pflegebedürftigen, welche durch Angehörige versorgt werden, wird auf 35,7% geschätzt. Die erhöhte Steigerung der formellen Pflege im Vergleich zu der informellen Pflege ist darauf zurückzuführen, dass bis zum Jahr 2030 der Anteil der über 85-jährigen stark zunehmen wird und diese Altersgruppe häufiger ambulant bzw. stationär versorgt wird, als die jüngeren Pflegebedürftigen (Rothgang et al., 2012).

Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Masterarbeit, werden weitere Szenarien in Bezug auf die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen sowie der Versorgungsarten im nachfolgenden nur kurz dargestellt.

Eine weitere Annahme zur Berechnung der zukünftigen Pflegebedürftigen in Deutschland besteht in dem Szenario der sinkenden Pflegequoten. Hier wird davon ausgegangen, dass das Pflegerisiko in den Altersgruppen, aufgrund der Verbesserungen des Gesundheitszustandes in Folge des medizinisch-technischen Fortschritts oder eines gesünderen Lebensstils, sinkt. Demzufolge findet eine Verschiebung des Pflegerisikos in ein höheres Lebensalter, gemäß der steigenden Lebenserwartung, statt. In Abbildung 2 soll der Vergleich der beiden Szenarien des „Status-Quo-Ansatzes“ und der „sinkenden Pflegequoten“ verglichen werden. In beiden Szenarien ist zu erkennen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen wird. Bis zum Jahr 2030 steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Status-Quo-Szenario auf 3,4 Millionen Pflegebedürftige an und beträgt 400.000 Pflegebedürftige mehr als im Szenario „sinkende Pflegequoten“ mit 3,0 Millionen Pflegebedürftigen. Bis zum Jahr 2050 wird im Szenario des „Status-Quo-Ansatzes“ der Anteil der Pflegebedürftigen auf 4,5 Millionen ansteigen und demzufolge um 700.000 Pflegebedürftige höher liegen, als im Szenario der „sinkenden Pflegequoten“ mit 3,8 Millionen Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2010).



**Abbildung 2:** Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050 - Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequoten“

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2010

In Hinsicht auf die Versorgungsarten können weitere Szenarien modelliert werden. So könnte sich in Zukunft die Inanspruchnahme der formellen Pflege erhöhen, welches zu einem zusätzlichen Anstieg in der Nachfrage nach Pflegekräften führen würde. Mögliche

Faktoren für eine Verschiebung der informellen Pflege in Richtung formelle Pflege könnten darin bestehen, dass es aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft und einer steigenden Anzahl von Kinderlosigkeit bzw. einer geringeren Anzahl von Kindern pro Pflegebedürftigen, weniger junge Familienangehörige gibt, die die Pflege übernehmen können. Weiterhin werden weniger Familienangehörige, aufgrund des Anstiegs der Erwerbsquote und insbesondere der Frauenerwerbsquote, dazu bereit sein, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Hinzu kommt, dass der Anteil der Einpersonenhaushalte ansteigt und ein Trend zu weniger festen Partnerschaften besteht, welches ebenfalls zu einer Verschiebung von einer informellen zu einer formellen Versorgungsart führen könnte. Dieses Szenario wird dadurch gestärkt, dass sich der Trend der gestiegenen Inanspruchnahme der formellen Pflege in den Jahren von 1999 bis 2009 auch in Zukunft weiter fortsetzen wird.

Entgegengesetzt der oben dargestellten Annahme könnte ein weiteres Szenario darin bestehen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen ansteigt, die Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen jedoch unverändert bleibt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ würde somit realisiert werden und demzufolge würde die Nachfrage nach Pflegekräften im stationären Bereich auch in Zukunft unverändert bleiben. Dieses Szenario würde allerdings eine Veränderung in der Pflegepolitik voraussetzen (Rothgang et al., 2012).

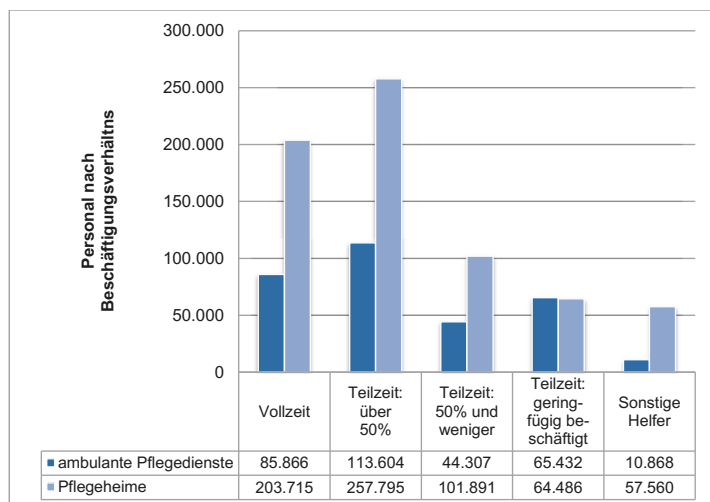
## **2.2.4 Angebot von Pflegekräften – aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen**

Nachfolgend soll der Status-Quo des Pflegekräfteangebots in ambulanten Pflegediensten sowie in Pflegeheimen kurz aufgezeigt werden. Dies beinhaltet neben den Informationen über die Anzahl der Beschäftigten u.a. auch Angaben über das Alter, das Beschäftigungsverhältnis und den Tätigkeitsbereich. Anschließend folgt eine Darstellung der zukünftigen Entwicklungen des Pflegekräfteangebots.

### **2.2.4.1 Aktueller Stand des Pflegekräfteangebots in Deutschland**

Zum Jahresende 2013 waren im Sinne des SGB XI insgesamt 320.077 Personen in den 12.745 ambulanten Pflegediensten bundesweit beschäftigt (siehe Abbildung 3). Dies entspricht ca. 213.000 Vollzeitäquivalenten, wenn eine Gewichtung der jeweiligen Ar-

beitszeit vorgenommen wird. Von den 320.077 Mitarbeitern waren 87,0% weiblich. Etwa die Hälfte der Beschäftigten (48,0%) waren „30 bis 49 Jahre“ alt. Zu den „unter 30-jährigen“ zählten 16,0% der Mitarbeiter und 36,0% waren 50 Jahre und älter. Über 70,0% der Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten übten eine Teilzeitbeschäftigung aus. Vollzeitbeschäftigt waren hingegen 27,0% der Mitarbeiter. Zu den weiteren Beschäftigungsverhältnissen können die sonstigen Helfer gezählt werden. Hierbei beträgt der Anteil in der ambulanten Pflege 3,0%. Zu den sonstigen Helfern zählen Auszubildende, (Um)Schüler, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie des Bundesfreiwilligendienstes. Die Haupttätigkeit der Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten stellte die Grundpflege dar. Insgesamt übten 69,0% der Angestellten diese Tätigkeit hauptsächlich aus. Von diesen Mitarbeitern verfügten 57,0% über eine abgeschlossene Berufsausbildung aus den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege (28,0%), Altenpflege (26,0%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (3,0%).



**Abbildung 3:** Anzahl des Personals nach Beschäftigungsverhältnis in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015 (eigene Darstellung)

In Pflegeheimen hingegen waren gemäß dem SGB XI 685.447 Mitarbeiter zum Jahresende 2013 in 13.030 Einrichtungen deutschlandweit tätig (siehe Abbildung 3). Dies entspricht, nach einer Gewichtung der Arbeitszeiten, ca. 491.000 Vollzeitäquivalenten. Ein Großteil des Personals in Pflegeheimen war weiblich (85,0%). Hinsichtlich der Alters-

struktur war die Mehrheit der Beschäftigten (48,0%) „30 bis 49“ Jahre alt, 19,0% konnte zu den „unter 30-jährigen“ gezählt werden und 38,0% war 50 Jahre und älter. Eine Teilzeittätigkeit übten 62,0% der Mitarbeiter aus, hingegen arbeiteten 30,0% in Vollzeit. Weitere 8,0% des Personals waren sonstige Helfer, wie Auszubildende, (Um)Schüler, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und des Bundesfreiwilligendienstes. In Pflegeheimen lag der Hauptarbeitsschwerpunkt in dem Bereich Pflege und Betreuung. Zwei Drittel (66,0%) der Beschäftigten waren in diesem Bereich beschäftigt. Davon hatten 45,0% entweder einen Abschluss in der Altenpflege (34,0%), in der Gesundheits- und Krankenpflege (11,0%) oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (1,0%) (Statistisches Bundesamt, 2015).

#### 2.2.4.2 Zukünftige Entwicklung des Pflegekräfteangebots in Deutschland

Inwiefern sich das Angebot an Pflegekräften in Deutschland zukünftig entwickeln wird, hängt u.a. von dem Erwerbspotenzial der deutschen Bevölkerung ab. Demzufolge würde bei einem Anstieg der Anzahl der erwerbsfähigen Personen im Alter von 19 bis 64 Jahren mehr Menschen für den Arbeitsmarkt und auch für den Pflegesektor zur Verfügung stehen. Umgekehrt ist bei einem Rückgang des Erwerbspotenzials eine geringere Anzahl von Erwerbstätigen im Pflegesektor zu erwarten. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich das Erwerbspotenzial für den Zeitraum von 2009 bis 2030 in Deutschland um 5,8% vermindern wird. Insbesondere die Regionen in Ostdeutschland, Hessen und Saarland werden hiervon betroffen sein. Für den ambulanten Pflegebereich wird für das Jahr 2030 ein Pflegekräfteangebot von 154.000 Vollzeitäquivalenten prognostiziert. Im Vergleich zu 2009 mit 176.000 Vollzeitäquivalenten wäre dies ein Rückgang um 12,5%. Ebenso ist im stationären Bereich eine Verringerung des Pflegepersonals zu erwarten. Für das Jahr 2030 wird eine Reduzierung des Pflegepersonals von 441.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2009 auf 386.000 Vollzeitäquivalenten berechnet. Dies entspricht einem Rückgang von 12,5% (Rothgang et al., 2012).

#### 2.2.5 Aktuelle und zukünftige Versorgungslücke im Bereich der Pflege

In den vergangenen Jahren ist ein Zuwachs des Pflegepersonals sowohl in ambulanten Pflegediensten als auch in Pflegeheimen zu beobachten. So konnte zwischen 2011 und 2013 in ambulanten Pflegediensten ein Anstieg an Pflegekräften um 10,1% bzw. 29.000 Mitarbeiter und in Pflegeheimen um 3,7% bzw. 24.000 Mitarbeiter festgestellt werden.

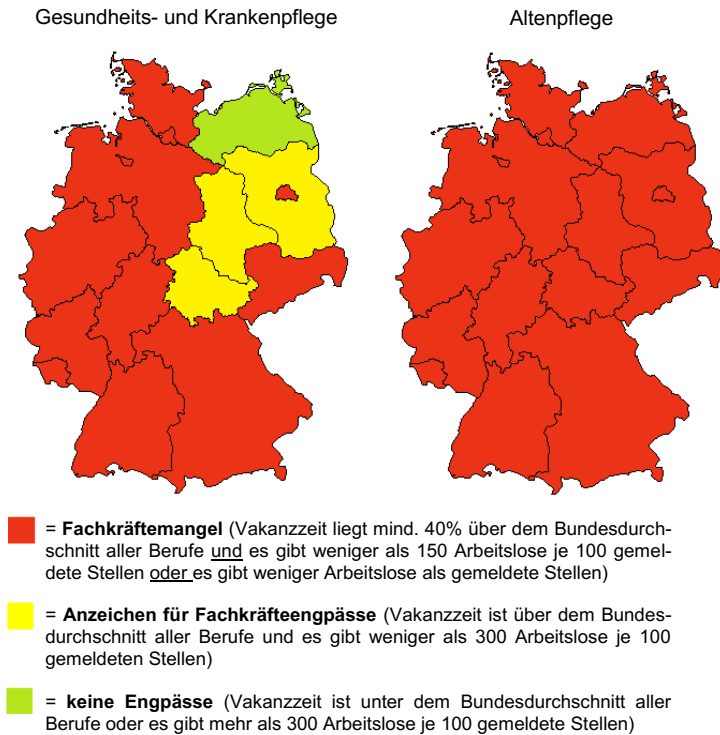
Diese Zunahme ist, insbesondere in Pflegeheimen, auf die gestiegene Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. So stieg in Pflegeheimen die Anzahl der Teilzeitstellen für Pflegekräfte um 4,7% bzw. 19.000. Hingegen ist die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten um 4,1% bzw. um 9.000 Mitarbeiter gesunken. In ambulanten Pflegediensten stieg die Anzahl an Teilzeitbeschäftigten um 9,1% bzw. 19.000 Pflegekräfte. Zusätzlich betrug der Zuwachs an Vollzeitkräften in der ambulanten Pflege 7,7% bzw. 6.000 Mitarbeiter (Statistisches Bundesamt, 2015).

#### 2.2.5.1 Aktuelle Versorgungslücke im Bereich der Pflege

Trotz der Steigerung des Pflegepersonals in den vergangenen Jahren ist der aktuelle Bedarf an Pflegefachkräften größer als das Angebot am Arbeitsmarkt. Nach einer Berechnung der Bundesagentur für Arbeit (2013) herrscht aktuell ein flächendeckender Fachkräftemangel für die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege als auch der Altenpflege (siehe Abbildung 4).

Die Vakanzzeit von Stellenangeboten der Gesundheits- und Krankenpflege für Deutschland beträgt insgesamt 112 Tage. Diese liegt 35,0% über dem Bundesdurchschnitt bei einer Betrachtung aller Berufe. Auf 100 gemeldeten Arbeitsstellen können rechnerisch 72 Arbeitslose zugeordnet werden. Werden die einzelnen Bundesländer separat betrachtet, dann liegt in allen westlichen Bundesländern sowie in Sachsen und Berlin ein Fachkräftemangel für Gesundheits- und Krankenpfleger vor. In Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg gibt es bereits Anzeichen für Engpässe. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern ist kein Fachkräftemangel für Gesundheits- und Krankenpfleger zu verzeichnen.

Im Bereich der Altenpflege ist in allen Bundesländern ein Fachkräftemangel existent, welcher sich im Vergleich zum Jahr 2012 noch verstärkt hat. Die Vakanzzeit für Stellenangebote im Bereich der Altenpflege wird auf 130 Tage berechnet. Diese liegt 56,0% über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe. Auf 100 gemeldete Stellen gibt es 36 Arbeitslose (Bundesagentur für Arbeit, 2013).



**Abbildung 4:** Aktueller Stand des Fachkräftemangels in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege  
 Quelle: Bundesagentur für Arbeit, 2013

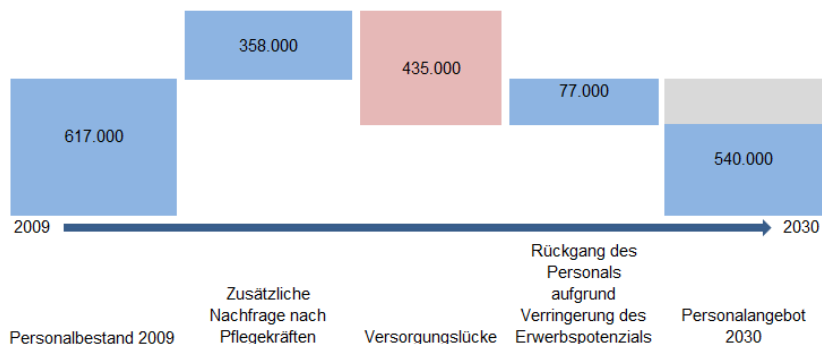
### 2.2.5.2 Zukünftige Versorgungslücke im Bereich der Pflege

Bis zum Jahr 2030 ist zu erwarten, dass sich die Unterversorgung in der Pflege sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege weiter verschärfen wird. Die nachfolgenden Berechnungen der Versorgungslücke basieren auf der Grundlage des Status-Quo-Ansatzes (siehe Kapitel 2.2.3.2). In ambulanten Pflegediensten ist, aufgrund der wachsenden Anzahl von Pflegebedürftigen, mit einem Anstieg des Pflegebedarfs von 176.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2009 bis 271.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 zu rechnen. Dies entspricht einem Anstieg von 95.000 Vollzeitäquivalenten bzw. 54,0%. Zudem wird das Angebot des Pflegepersonals, wegen der Verringerung des Erwerbspotenzials der deutschen Bevölkerung, von 176.000 im Jahr 2009 auf 154.000

Vollzeitäquivalente im Jahr 2030 schrumpfen. Dies entspricht einer Reduzierung von 22.000 Vollzeitäquivalenten bzw. 12,5%. Insgesamt entsteht bis zum Jahr 2030 in der ambulanten Pflege eine Personallücke von 117.000 Vollzeitäquivalenten.

Auch im stationären Bereich ist zukünftig eine Versorgungslücke zu erwarten. Der Bedarf an Pflegekräften wird sich von 441.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2009 auf 704.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 erhöhen. Dies entspricht einer Steigerung von 263.000 Vollzeitäquivalenten bzw. 60,0% aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der damit verbundenen wachsenden Anzahl an Pflegebedürftigen. Ebenso verringert sich das Angebot an Pflegekräften infolge der Abnahme des Erwerbspotenzials von 441.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2009 auf 386.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030. Dies entspricht einer Reduzierung von 55.000 Vollzeitäquivalenten bzw. 12,5%. Schlussfolgernd ist eine Personallücke bis zum Jahr 2030 von 318.000 Vollzeitäquivalenten zu erwarten.

In der Abbildung 5 sind die Daten der ambulanten Pflege sowie der stationären Pflege zusammenfassend dargestellt. Im Jahr 2009 beträgt der Bestand des Pflegepersonals in beiden Bereichen 617.000 Vollzeitäquivalente, welcher sich bis zum Jahr 2030 um 77.000 auf 540.000 Vollzeitäquivalente verringern wird. Hinzu kommt der steigende Bedarf an Pflegekräften aufgrund einer wachsenden Anzahl an Pflegebedürftigen. Dieser beträgt bis zum Jahr 2030 358.000 Vollzeitäquivalente. Aus dem steigenden Bedarf an Pflegekräften und der Reduzierung des Personalbestands bis zum Jahr 2030 resultiert eine Versorgungslücke in Höhe von 435.000 Vollzeitäquivalenten für den ambulanten sowie den stationären Pflegebereich.



**Abbildung 5:** Versorgungslücke des Pflegepersonals bis 2030

Quelle: Rothgang et al., 2012 (eigene Darstellung)

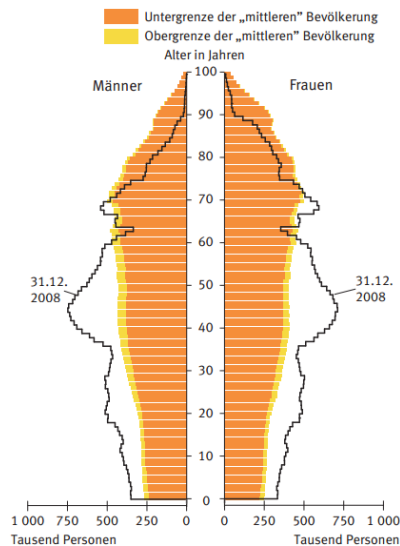


### 2.2.6 Ursachen für einen Fachkräftemangel von Pflegekräften

Die Ursachen des Pflegefachkräftemangels sind vielfältig und hängen von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Als Gründe für einen Fachkräftemangel in der Pflege können auf der Nachfrageseite nach Pflegekräften die gestiegene Anzahl von Pflegebedürftigen und auf der Angebotsseite von Pflegekräften die Reduzierung des Pflegepersonals genannt werden. Diese Veränderungen resultieren überwiegend aus dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen Rückgang der Geburtenzahlen und der gleichzeitigen Alterung der Gesellschaft. Im Folgenden wird der demografische Wandel als Hauptursache des Pflegefachkräftemangels dargestellt sowie weitere Gründe aufgezeigt.

#### 2.2.6.1 Demografischer Wandel

Ein bedeutender Einflussfaktor für den Fachkräftemangel in der Pflege stellt der demografische Wandel in unserer Gesellschaft dar. Dieser hat sowohl Auswirkungen auf die Nachfrage- als auch auf die Angebotsseite von Pflegekräften. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird sich die Altersstruktur der Bevölkerung, aufgrund der sinkenden Geburtenraten und des Älterwerdens der aktuell stark besetzten Jahrgänge im mittleren Alter von 1955 bis 1964, enorm verändern (siehe Abbildung 6).



**Abbildung 6:** Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland in 2008 und 2060  
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Demzufolge wird erwartet, dass im Jahr 2060 etwa 34,0% der Bürger 65 Jahre und älter sein werden und der Anteil der 70-jährigen zweimal so groß sein wird, wie die Anzahl der geborenen Kinder (Statistisches Bundesamt, 2009), (Bundesministerium des Innern, 2011). Diese Veränderung in der Altersstruktur und der damit verbundenen erhöhten Bevölkerungszahl in den Altersgruppen der über 60-Jährigen hat Auswirkungen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen, denn mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, von Krankheiten betroffen zu sein, die zur Pflegebedürftigkeit führen können. So nach betrug im Jahr 2009 der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der „70 bis unter 75-jährigen“ 5,0% und stieg kontinuierlich mit steigendem Alter an. In der Alterskohorte der „über 90-jährigen“ konnte die höchste Pflegequote mit insgesamt 62,0% verzeichnet werden (Statistisches Bundesamt, 2010). Diese Entwicklung führt dazu, dass in Zukunft mehr ältere Menschen auf die Hilfe von ausgebildeten Pflegekräften angewiesen sein werden.

Des Weiteren ist aufgrund der demografischen Entwicklung mit einem Rückgang der Beschäftigungszahlen in der Pflege zu rechnen. Innerhalb der Zeitperiode von 2011 bis 2025 wird sich die Anzahl der Schüler von 11,3 Millionen um 1,6 Millionen auf 9,7 Millionen reduzieren (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2013). Ähnliche Berechnungen wurden von dem Bundesministerium für Bildung und Forschung im Jahr 2009 veröffentlicht. Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der schulpflichtigen Kinder im Alter von 6 bis 18 Jahren, innerhalb des Zeitraums von 2004 bis 2030, um 1,9 Millionen bzw. 18,0% abnehmen wird. Die Alterskohorte der „17 bis 25-jährigen“, welche die potenziellen Berufseinsteiger darstellen, wird ebenfalls, ausgehend vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2030, von 7,7 Millionen auf 6,2 Millionen sinken. Dies entspricht einer Reduzierung von 19,7% (Pfeiffer und Kaiser, 2009). Folglich ist anzunehmen, dass der Anteil der potenziellen Nachwuchskräfte für die Berufe des Gesundheits- und Krankenpflegers sowie des Altenpflegers abnehmen wird.

#### 2.2.6.2 Geringe Attraktivität der Pflegeberufe

Das negative Image und die geringe Attraktivität der Pflegeberufe können als weitere Ursache des Pflegefachkräftemangels genannt werden. Wie sich das Angebot an Pflegekräften zukünftig entwickeln wird, ist u.a. von den zukünftigen Nachwuchskräften ab-

hängig, die sich für eine Pflegeausbildung entscheiden. Inwiefern ein Pflegeberuf für Schüler heutzutage in Frage kommt, wurde in einer Studie von Görres et al. (2015) untersucht. Hierbei wurden u.a. Schüler an allgemeinbildenden Schulen in Norddeutschland sowie deren Eltern nach dem vorherrschenden Image über Pflegeberufe befragt. Nach einer Zuordnung von „In“ und „Out“-Berufen wurden Pflegeberufe im Allgemeinen und insbesondere der Beruf des Altenpflegers von den Schülern und den Eltern als „Out“-Beruf bewertet. Dementsprechend kann sich nur ein geringer Anteil der Schüler vorstellen, eine Ausbildung im Bereich der Pflege zu beginnen. Insgesamt gaben 11,4% der Hauptschüler, 5,3% der Realschüler und 3,4% der Gymnasialschüler an, dass sie schon einmal darüber nachgedacht haben, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Die männlichen Befragten verbinden mit Pflegeberufen eher Klischees, welche häufig negativ assoziiert sind. So verknüpfen diese mit einem Pflegeberuf häufig die Begriffe „Betreuen und Versorgen“, „alte Leute“, „Helfen“ sowie „Schmerz, Krankheit und Behinderung“. Die weiblichen Befragten hingegen verbinden eher ein positives und wirklichkeitsnahes Bild mit dem Pflegeberuf. Die meistgenannten Begriffe lauteten „Pflege ist Helfen“, „Betreuen und Versorgen“, „Mitschlichkeit, Solidarität und Verantwortung“ sowie „Pflege ist anstrengend / viel Arbeit“ und „Schmerz, Krankheit und Behinderung“. Hinsichtlich des Geschlechts bestehen demzufolge Unterschiede in der Motivation einen Pflegeberuf zu ergreifen. Lediglich 1,9% der männlichen Befragten und 10,4% der weiblichen Befragten können sich vorstellen, einen Pflegeberuf zu ergreifen.

### 2.2.6.3 Frühzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf

Um den Bestand an Pflegekräften zu sichern, ist es erforderlich das qualifizierte Pflegepersonal an die berufliche Tätigkeit zu binden. Geschieht dies nicht, wie es aktuell der Fall ist, kann sich der derzeitige Fachkräftemangel in der Pflege weiterhin verschärfen. Sonach findet ein Berufsausstieg bzw. -wechsel im Bereich der Altenpflege nach ca. achteinhalb Jahren und im Bereich der Krankenhauspflege nach durchschnittlich vierzehn Jahren statt. (Görres et al., 2015).

Im Rahmen der Next-Studie wurden 157 Pflegekräfte, die ihre Einrichtung verlassen haben, gefragt, warum sie ihre letzte Tätigkeit beendet haben. Insgesamt konnten die Befragten bis zu vier mögliche Gründe angeben. Schließlich wurden in der Analyse 300 Gründe berücksichtigt. Als häufigster Grund für das Verlassen der Einrichtung wurde die Arbeitsbelastung (n=64 bzw. 21%) genannt. Hierzu zählen psychische und physische Belastungen (n=31) aufgrund von Über- und Unterforderung während der Arbeit, Perso-

nalmangel (n=18) und Zeitmangel bei der Versorgung der Pflegebedürftigen (n=16). Als weiteres Motiv wurden private Gründe (n=63 bzw. 21%) für die Beendigung der Tätigkeit benannt. Beispiele wären Umzug, Schwangerschaft oder Veränderung des Familienstatus. Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten wurden 47-Mal (16%) angegeben. Darunter fallen der Mangel an Karrieremöglichkeiten (n=15) und die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen im Pflegeberuf (n=14) oder in einem anderen Beruf (n=13). Die Bereiche Gesundheit mit 17 Nennungen, die Vergütung (n=17) sowie die Anerkennung der Profession (n=2) stellten untergeordnete Motive für das Verlassen der Einrichtung dar (Borchart et al., 2011).

Auch eine Auswertung der Daten von 3.048 befragten Pflegekräften aus einer Studie des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (2009) ergab, dass Pflegekräfte häufig über einen Berufswechsel bzw. -ausstieg nachdenken. Demzufolge wurden die Pflegekräfte befragt, wie oft sie innerhalb der letzten 12 Monate über eine Weiterqualifizierung innerhalb oder außerhalb des Pflegebereichs, einen Arbeitswechsel innerhalb der Einrichtung oder einer Aufgabe des Pflegeberufs nachgedacht haben. Die Analyse ergab, dass über die Hälfte der Befragten (54,3%) mehrfach im Monat bis täglich über eine Weiterqualifikation im Bereich der Pflege und 41,0% über eine Weiterqualifikation außerhalb des Pflegebereichs nachdenken. Insgesamt überlegen sich 27,1% der Befragten mehrfach im Monat bis täglich den Arbeitsbereich innerhalb der Einrichtung zu wechseln. Etwa ein Drittel der Befragten (33,1%) überlegt mehrfach im Monat bis täglich die berufliche Tätigkeit in der Pflege ganz aufzugeben und eine andere Tätigkeit zu beginnen.

#### 2.2.6.4 Abwandern von Pflegekräften ins Ausland

Neben dem Ausstieg bzw. dem Wechsel des Pflegeberufs kann ebenso die Auswanderung von Pflegepersonal ins Ausland den Bestand an Pflegekräften in Deutschland verringern und demzufolge den Pflegefachkräftemangel weiterhin verschärfen. Innerhalb der Studie des Pflөгethermometers 2009 konnte aufgezeigt werden, dass von den 14.000 befragten Pflegekräften, sich jeder Fünfte (22,8%) vorstellen kann, eine Tätigkeit im Bereich der Pflege im Ausland aufzunehmen. Als besonders hoch konnte die Bereitschaft ins Ausland zu gehen bei den jüngeren Pflegekräften festgestellt werden. Demzufolge können sich 44,4% der „unter 25-jährigen“ und 41,2% der „20 bis 25-jährigen“ vorstellen, eine Tätigkeit in der Pflege im Ausland anzunehmen. Hingegen verringert sich die Bereitschaft mit zunehmendem Alter. Sonach sind es in der Altersgruppe der über

31-jährigen nur noch 29,7% und bei den über 41-jährigen 13,0% (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2010). Ähnliche Ergebnisse konnten auch in der Studie des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (2009) erzielt werden. Insgesamt können sich, von den 3.048 befragten Pflegekräften, 20,9% vorstellen, eine Tätigkeit in der Pflege im Ausland fortzuführen. Die Bereitschaft ins Ausland zu gehen, ist von Pflegenden in Krankenhäusern am Größten mit 21,5%, gefolgt von Pflegeheimen (20,3%) und ambulanten Pflegediensten (18,0%).

Mögliche Gründe, die für eine Auswanderung von Pflegekräften ausschlaggebend waren, konnten innerhalb der RN4Cast Studie, aufgrund der Befragung von 34.000 Pflegekräften aus 12 europäischen Ländern, als sogenannte Push-Faktoren identifiziert werden. Demzufolge liegen die Gründe für eine Auswanderung in der hohen Arbeitsbelastung, der limitierten Entscheidungsbefugnis sowie in der schlechten Bezahlung. Hinzu kommen die fehlende Wertschätzung in der Tätigkeit als Pflegekraft, die schlechte Zusammenarbeit sowie das Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegekräften und die fehlenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Pflegekräfte aus Deutschland erhoffen sich demnach insbesondere in Norwegen, den Niederlanden, der Schweiz, England und Schweden bessere Arbeitsbedingungen vorzufinden. Dies ist nicht unbegründet, denn in der Tat herrschen in den oben genannten Zielländern zum Teil bessere Bedingungen. Besonders im Bereich der zu betreuenden Patientenzahl sowie in der Anerkennung der Tätigkeit liegt Deutschland auf dem letzten Platz. So ist beispielsweise eine Pflegekraft in Deutschland für zehn Patienten verantwortlich, während es in Norwegen vier Patienten sind. Im Bereich der Anerkennung empfinden lediglich 35,0% der deutschen Pflegekräfte, dass ihre Tätigkeit ausreichend wertgeschätzt wird. Im Vergleich konnten in der Schweiz 61,0% erzielt werden. Auch nach der Einschätzung der Überforderung der Pflegekräfte konnten, bis auf England mit 42,0%, in allen anderen Ländern bessere Werte erzielt werden. Deutschland liegt mit 30,0% hierbei an vorletzter Stelle. Bessere Ergebnisse für Deutschland konnten für den Bereich der Zufriedenheit des Verdienstes sowie des Arbeitsumfeldes erreicht werden. Demzufolge sind 34,0% der deutschen Pflegekräfte mit ihrem Gehalt einverstanden und liegen mit ihrer Bewertung hinter der Schweiz mit 66,0%, England (54,0%) und den Niederlanden (42,0%). Mit dem Arbeitsumfeld sind 48,0% des deutschen Pflegepersonals zufrieden. Bessere Werte konnten in den Ländern Norwegen (71,0%), der Schweiz (63,0%) und den Niederlanden (56,0%) erzielt werden. In allen Bereichen konnten vor allem die Niederlande und die Schweiz mit ihren guten Arbeitsbedingungen überzeugen (Busse, 2015), (Zander und Busse, o.J.). Um demnach

der Abwanderung von deutschen Pflegekräften entgegenzuwirken, ist es erforderlich, die Arbeitsbedingungen hierzulande zu verbessern und somit die Attraktivität des Berufsbildes der Pflegekraft zu steigern.

### **2.2.7 Auswirkungen des Fachkräftemangels von Pflegekräften**

Die Folgen eines Fachkräftemangels können sowohl das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung betreffen, aber auch Auswirkungen auf die deutsche Volkswirtschaft haben.

Bereits heute haben einige Einrichtungen in der Pflege, Schwierigkeiten geeignetes Personal zu finden und offenen Stellen zu besetzen. Nach einer Studie des Privat Instituts für Transparenz im Gesundheitswesen GmbH (2011) wurden 995 stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste befragt, inwiefern sich in ihrer Einrichtung offene Stellen bemerkbar machen. So gaben 42,0% bzw. 25,0% der Befragten an, dass offene Stellen stark bzw. sehr stark ins Gewicht fallen. Als Probleme, welche durch offene Stellen auftreten, wurde am häufigsten die Überlastung des bestehenden Personals angeführt. Es folgen Unterbesetzung, zurückgehende Pflegequalität sowie die Schließung von Wohnbereichen. Als sonstige Probleme wurden Unzufriedenheit der Bewohner und Angehörigen, hoher Krankenstand, steigende Personalkosten durch Leasingpersonal sowie höhere Fluktuation und Aufbau von Mehrarbeit angegeben.

Eine Überarbeitung des Pflegepersonals in Folge einer geringeren Kapazität an Pflegekräften und einer gleichzeitigen Verdichtung des Arbeitsvolumens kann direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung und Patientensicherheit nach sich ziehen. Nach einer bundesweiten Befragung von etwa 14.000 Pflegekräften in Krankenhäusern durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2010) konnten diverse Fehlerquellen, welche einen Einfluss auf die Sicherheit des Patienten haben, identifiziert werden. Sonach sollten die Pflegekräfte jeweils beurteilen inwiefern bestimmte Mängel innerhalb der letzten sieben Tage nicht ausgeschlossen werden konnten. Es konnte aufgezeigt werden, dass Fehler, insbesondere in den Bereichen einer angebrachten Überwachung von verwirrten Patienten, einer Mobilisierung sowie einer fachgerechten Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten nicht ausgeschlossen werden konnten. Ergänzend konnten in der psychischen Betreuung von Patienten Mängel in den Bereichen der emotionalen Begleitung sowie in der Häufigkeit von Gesprächen nicht ausgeschlossen werden. Hinzu kommen die Bereiche der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Bei den oben ge-

nannten Verrichtungen gaben jeweils 4 von 5 Pflegekräften an, dass diese eine Fehlervermeidung, innerhalb der letzten sieben Tage, nicht ausschließen können. Bei den genannten Faktoren, jedoch auch bei Weiteren wurde aufgezeigt, dass bei einer geringeren Anzahl des Pflegepersonals und einer höheren Arbeitsbelastung, aufgrund einer steigenden Zahl von Patienten, zunehmend Mängel in der Sicherstellung der Patientenversorgung sowie der Patientensicherheit auftreten können.

Neben den Folgen für die Gesundheitsversorgung des Fachkräftemangels in der Pflege soll kurz auf die Auswirkungen auf die Volkswirtschaft hingewiesen werden. Ein Pflegefachkräftemangel kann negative Folgen für die Leistungsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft nach sich ziehen. Bei einer Nichterhaltung der Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen durch u.a. Krankheit oder durch die Übernahme der Pflege von Angehörigen, können Wertschöpfungsverluste auftreten. Diese können u.a. aufgrund von Verzögerungen in der Entwicklung und Produktion oder Abwanderung von Betrieben ins Ausland resultieren (Price Waterhouse Coopers, 2010).

## **2.3 Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland als Lösungsstrategie zur Bekämpfung des Pflegefachkräftemangels in Deutschland**

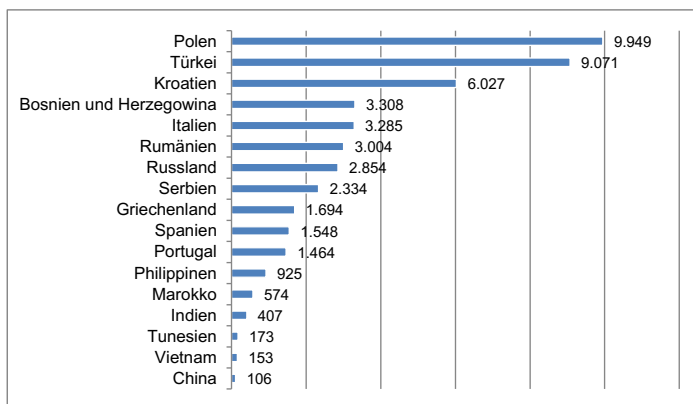
Neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen des Pflegeberufs sowie der Erhöhung der Ausbildungszahlen in einem Pflegeberuf und weiteren Maßnahmen (Görres et al., 2015), stellt die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland eine weitere Strategie dar, den Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland abzuwenden. Im folgenden Abschnitt soll der Status-quo von ausländischen Pflegekräften in Deutschland dargestellt sowie die gesetzliche Grundlage näher beschrieben werden. Es folgen Beispiele von Projekten, welche sich auf die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland beziehen.

### **2.3.1 Aktueller Stand der Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften in Deutschland**

Im Jahr 2013 waren in Deutschland, nach den Daten der Bundesagentur für Arbeit, 192.000 ausländische Staatsangehörige in dem Wirtschaftszweig „Gesundheits- und Sozialwesen“ sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Im Vergleich zu 2012 nahm die

Anzahl der ausländischen Beschäftigten in diesem Bereich um 8,6% zu. Von den insgesamt 1,3 Millionen sozialversicherungspflichtigen Pflegekräften in Deutschland, hatten 74.000 eine ausländische Staatsangehörigkeit. Auch hier konnte ein Anstieg in der Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften um 1,9% verzeichnet werden. Die Zunahme betrug im Bereich der Altenpflege 2,9% und in der Gesundheits- und Krankenpflege 1,1%.

Insgesamt stammt der größte Anteil der ausländischen Pflegekräfte aus dem europäischen Ausland (siehe Abbildung 7). Die Mehrheit kommt aus Polen mit insgesamt 9.949 Personen, gefolgt von der Türkei (9.071) und Kroatien (6.027) (Merda et al., 2014).



**Abbildung 7:** Ausländische Pflegekräfte in Deutschland nach Staatsangehörigkeit  
Quelle: Merda et al., 2014 (eigene Darstellung)

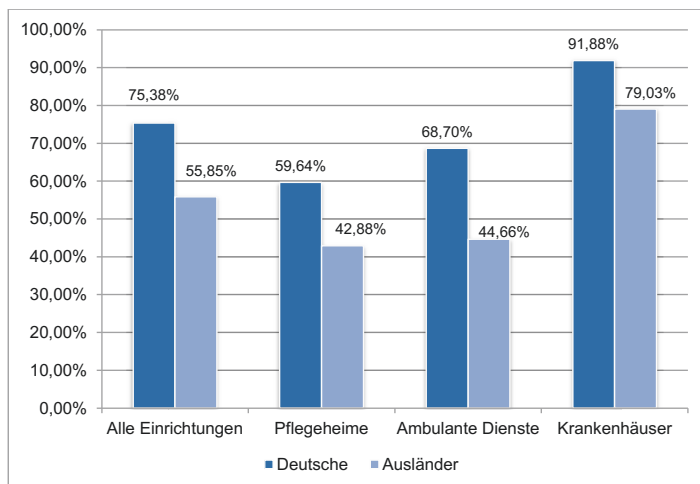
Die regionale Verteilung der ausländischen Pflegekräfte in Deutschland unterscheidet sich teilweise sehr stark. Ein Großteil der ausländischen Pflegekräfte ist in Hessen mit 9,9%, in Baden-Württemberg mit 8,5% und in Bayern mit 8,3% tätig. In den neuen Bundesländern sind mit durchschnittlich unter einem Prozentanteil nur wenige ausländische Pflegekräfte beschäftigt.

Insgesamt ist der größte Anteil der ausländischen Pflegekräfte (39.000) in der Altenpflege in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten beschäftigt. In Krankenhäusern arbeiten hingegen 26.000 ausländische Pflegekräfte.

Ferner soll das Qualifikationsniveau von ausländischen im Vergleich zu deutschen Pflegekräften aufgezeigt werden. In Abbildung 8 ist zu erkennen, dass die Fachkräftequote



von ausländischem Pflegepersonal mit 55,9% unter der von deutschen Pflegekräften liegt (75,4%). Der größte Unterschied des Qualifikationsniveaus kann in Pflegeheimen und ambulanten Diensten festgestellt werden (Merda et al., 2014).



**Abbildung 8:** Fachkraftquote von ausländischen und deutschen Pflegekräften nach Einrichtungstyp  
Quelle: Merda et al., 2014 (eigene Darstellung)

### 2.3.2 Gesetzliche Grundlagen

Im nachfolgenden Abschnitt werden die gesetzlichen Grundlagen über den Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland für Staatsangehörige aus der Europäischen Union (EU) sowie aus Drittstaaten näher dargestellt. Es folgen Informationen über die gesetzliche Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen in Deutschland sowie weitere Voraussetzungen für die Ausübung des Berufes der Pflegekraft in Deutschland.

#### 2.3.2.1 Arbeitnehmerfreizügigkeit in der Europäischen Union

Das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit stellt einen Bestandteil der vier Grundfreiheiten der Europäischen Union dar. Diese gewährleistet allen Bürgern der EU ein Recht auf freien Zugang zu einer Ausübung einer beruflichen Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat. Die Arbeitnehmerfreizügigkeit beinhaltet das Recht, sich auf eine offerierte Arbeitsstelle zu bewerben, sich im Mitgliedstaat frei zu bewegen, sich dort aufzuhalten und

nach dem geltenden Recht des jeweiligen Staates einer Tätigkeit nachzugehen sowie nach einer Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses im Hoheitsgebiet des Staates zu bleiben.

Nach dem Beitritt von acht mittel- und osteuropäischen Staaten (Polen, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Tschechien, Slowakei und Slowenien) im Jahr 2004 in die Europäische Union, hatten die Mitgliedsstaaten das Recht die Freizügigkeit dieser Mitgliedstaaten, bis zu einem Zeitraum von sieben Jahren, einzuschränken. Ab dem 01. Mai 2011 endete für Deutschland die Übergangsregelung und die Bürger der genannten EU-Mitgliedstaaten haben nun freien Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland. Für die Mitgliedstaaten Bulgarien und Rumänien, welche 2007 zur Europäischen Union beigetreten sind, trat ab dem 01. Januar 2014 die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit in Kraft (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2015). Für Kroatien, dem jüngsten Mitgliedsland der EU, welches seit dem 01. Juli 2013 zur Europäischen Union zählt, besteht ab 01. Juli 2015 die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit für Deutschland (Bundesregierung, 2015).

#### 2.3.2.2 Zugang zum Arbeitsmarkt für Staatsangehörige aus Drittstaaten

Am 01. Juli 2013 trat die neue Beschäftigungsverordnung in Kraft, welche Fachkräften die Zuwanderung nach Deutschland erleichtern soll. Demzufolge können Fachkräfte, welche eine nicht-akademische Berufsausbildung in Drittstaaten, d.h. Staaten außerhalb der EU, absolviert haben, nach Deutschland zuwandern, wenn sie folgende Konditionen erfüllen: Den ausländischen Fachkräften muss eine Arbeitsstelle oder eine verbindliche Zusage für einen Arbeitsplatz in Deutschland vorliegen. Des Weiteren muss die absolvierte Ausbildung im Ausland in Deutschland nach dem Anerkennungsgesetz des Bundes oder der Länder anerkannt sein. Zudem ist es Voraussetzung, dass es sich bei dem erlernten Beruf um einen Engpassberuf handelt. Dies ist der Fall, wenn auf dem deutschen Arbeitsmarkt Fachkräfte in einem bestimmten Beruf fehlen und dieser auf der Positivliste der Bundesagentur für Arbeit geführt wird.

Aufgrund des derzeitigen Fachkräftemangels in der Pflege sind die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Fachkrankenpflege sowie der Altenpflege auf der Positivliste vermerkt (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2014).

### 2.3.2.3 Anerkennung von Berufsabschlüssen in Deutschland

Für Berufsabschlüsse, die in der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz ausgestellt wurden, gilt nach der Richtlinie 2005/36/EG die automatische Anerkennung. Somit erfolgt eine Anerkennung des Abschlusses ohne eine individuelle Gleichwertigkeitsprüfung, falls das Abschlusszeugnis der Berufsqualifikation nach dem EU-Beitritt des Ausbildungsstaates ausgestellt wurde. Ist dies nicht der Fall, kann dennoch eine automatische Anerkennung erfolgen, sobald der Antragssteller einen Beleg einreicht, welcher darlegt, dass die Ausbildung, welche vor dem EU-Beitritt absolviert wurde, den Mindeststandards der Richtlinie 36/2005/EG gleichkommt. Berufsabschlüsse, welche in Nicht-EU Ländern bzw. in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums absolviert wurden oder EU-Abschlüsse, die nicht automatisch anerkannt wurden, werden von der zuständigen Stelle überprüft, ob der im Ausland erworbene Abschluss gleichwertig ist mit der entsprechenden deutschen Berufsqualifikation. Werden zwischen den Abschlüssen zentrale Unterschiede festgestellt und können diese auch nicht durch eine vorhandene Berufserfahrung ausgeglichen werden, so kann eine Gleichwertigkeit der Abschlüsse durch eine Anpassungsmaßnahme (Prüfung bzw. Anpassungslehrgang) erreicht werden (Bundesinstitut für Berufsbildung, o.J.).

### 2.3.2.4 Sonstige Voraussetzungen für die Ausübung der Tätigkeit als Pflegefachkraft in Deutschland

Um eine staatliche Zulassung über die dauerhafte Ausübung des Berufes der Pflegefachkraft in Deutschland zu erhalten, müssen neben der erfolgreichen Anerkennung der Berufsqualifikation, ausreichende Deutschkenntnisse, meist auf dem Niveau B2 des Europäischen Referenzrahmens, vorliegen. Weiterhin ist es erforderlich von einem deutschen Arzt eine Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung für den Beruf der Pflegefachkraft vorzulegen. Schließlich ist, für eine Ausübung des Berufes von länger als 12 Monaten, ein deutsches polizeiliches Führungszeugnis Voraussetzung (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, o.J.), (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014).

## 2.3.3 Aktuelle Projekte zur Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland

Im Folgenden soll eine Auswahl an aktuell laufenden Projekten von verschiedenen Organisationen zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland vorgestellt werden.

Anzumerken ist hierbei, dass keine Pflegekräfte aus den 57 Ländern rekrutiert werden, die nach der WHO (World Health Organization) selbst einen Mangel an Pflegekräften aufweisen und somit nach dem Verhaltenskodex der WHO von der Vermittlung ausgeschlossen sind (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2014).

Die ZAV (Zentrale Auslands- und Fachvermittlung) stellt eine Einrichtung der Bundesagentur für Arbeit dar und unterstützt u.a. bei der Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland (Bundesagentur für Arbeit, 2014a). Ein Arbeitsschwerpunkt der ZAV stellt die Vermittlung von Pflegekräften aus dem EU-Ausland dar, welche in enger Zusammenarbeit mit den Partnerverwaltungen der jeweiligen Länder, anhand des Netzwerkes EURES (European Employment Services), erfolgt. Zur Gewinnung von geeigneten Fachkräften in der Pflege werden diese auf Informations- und Auswahlveranstaltungen in den verschiedenen europäischen Ländern hinsichtlich der Arbeitsmöglichkeiten sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland aufgeklärt.

Das Pilotprojekt Triple Win wurde gemeinsam von der ZAV und der GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) initiiert und in Zusammenarbeit mit den Arbeitsverwaltungen der Länder Bosnien-Herzegowina, Serbien, Philippinen und Tunesien gestartet. In den jeweiligen Ländern sind die Partnerverwaltungen für das Bewerbungsverfahren vor Ort und die formale Prüfung der Bewerbungen zuständig. Die persönliche, fachliche und sprachliche Eignung wird durch die ZAV anhand von persönlichen Auswahlgesprächen und einem Sprachtest ermittelt. Schließlich bietet die GIZ Unterstützung bei der sprachlichen Qualifizierung, der fachlichen Vorbereitung für den Berufseinstieg in Deutschland sowie bei der Integrationsbegleitung und der Anerkennung der Berufsqualifikation in Deutschland an. Für den Zeitraum der Anerkennung des Berufsabschlusses werden die Pflegekräfte als Pflegehelfer eingesetzt. Der finanzielle Aufwand für die Arbeitgeber beträgt für die Vermittlung einer Pflegekraft 3.700 Euro (Bundesagentur für Arbeit, 2014b).

Ein weiteres Pilotprojekt der ZAV stellt die Vermittlung von chinesischen Pflegekräften dar, welche in Kooperation mit der BDA (Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeber) und des AGVP (Arbeitgeberverband Pflege) durchgeführt wird. Das Ziel ist es, innerhalb von drei Jahren bis zum Jahresende 2015, 150 Pflegekräfte aus China nach Deutschland zu vermitteln. In den ersten acht Monaten findet eine kulturelle und sprachliche Vorberei-

tungsphase statt. Hierbei sollen die Teilnehmer das Sprachniveau B1 erreichen. In Deutschland werden die Pflegekräfte zunächst als Pflegehilfskräfte beschäftigt. In weiteren drei bis sechs Monaten soll sich, u.a. anhand von berufsbegleitenden Integrationsmaßnahmen, das sprachliche Niveau auf B2 verbessern. Weiterhin soll die Anerkennung des Berufsabschlusses in dieser Zeit erfolgen. Für Arbeitgeber kostet die Vermittlung insgesamt 3.900 Euro pro Pflegekraft (Bundesagentur für Arbeit, 2014b), (Bundesagentur für Arbeit, 2014c).

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie gab ein Modellprojekt zur Rekrutierung von zukünftigen vietnamesischen Altenpflegeschülern in Auftrag, welches von der GIZ durchgeführt und von der ZAV und des vietnamesischen Arbeitsministeriums (MOLISA) unterstützt wird. Nach einer erfolgreichen Teilnahme an einem Auswahlverfahren und einem Sprachkurs in Vietnam erhielten 100 Vietnamesen die Chance eine Ausbildung zum Altenpfleger in Berlin, Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen ab Herbst 2013 zu absolvieren (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, 2015).



<http://www.springer.com/978-3-658-17112-4>

Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften  
Chancen und Herausforderungen für den  
Fachkräftemangel in Deutschland  
Schreck, C.  
2017, XVII, 117 S. 21 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-658-17112-4