

Landenberger, Margarete

Book Part — Digitized Version

Arbeitsmarktperspektiven für Pflegeberufe

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Landenberger, Margarete (2004) : Arbeitsmarktperspektiven für Pflegeberufe, In: Doris Schaeffer, Martin Moers, Rolf Rosenbrock (Ed.): Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, ISBN 3-89404-134-X, Edition Sigma, Berlin, pp. 175-189

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122484>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Arbeitsmarktperspektiven für Pflegeberufe

Margarete Landenberger

Gesundheits- und Pflegeberufe - ein bedeutender Teilarbeitsmarkt

Die Gesundheits- und Pflegeberufe stellen einen umfangreichen Teilarbeitsmarkt dar. Wie Tabelle 1 zeigt, umfaßt der weitere Bereich der Gesundheitswirtschaft im Jahr 1988 rund zwei Millionen berufstätige Personen. Dies entspricht rund 7,5 Prozent der Gesamterwerbstätigenzahl im Jahr 1988. Drei Viertel der insgesamt in der Gesundheitswirtschaft Berufstätigen gehören zum engeren Bereich des Gesundheitswesens, während ein Viertel zum weiteren Gesundheitsbereich zählt. Im statistisch besser ausgewiesenen Gesundheitswesen beträgt der Anteil der berufstätigen Frauen drei Viertel. Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sind die Krankenpflegekräfte. Erst mit einigem Abstand folgen die Sprechstundenhelfer/innen sowie die akademischen Gesundheitsberufe.

Eine genauere Auflistung der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen in Tabelle 2 zeigt zum einen die Vielfalt der hier vertretenen Berufe und Tätigkeitsbereiche, verdeutlicht zum anderen jedoch auch die Konzentration von rund der Hälfte der Berufstätigen auf zwei Tätigkeitsbereiche, nämlich Krankenschwestern und -pfleger sowie Sprechstundenhelfer/innen. Fast jede dritte berufstätige Person im Gesundheitswesen war im Jahr 1988 eine Pflegekraft und fast jede fünfte eine Sprechstundenhelferin.

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland fällt durch seine starke »Arztlastigkeit« auf. Wie internationale Vergleiche zeigen, liegt die Arztdichte sowohl in Relation zur Bevölkerung als auch in Relation zur Zahl der Pflegekräfte in der Bundesrepublik auf einem der vordersten Plätze. Ein weiteres Spezifikum des deutschen Gesundheitsarbeitsmarktes liegt in der starken Einkommensspreizung. Während die niedergelassenen, aber auch die Krankenhausärzte sowie andere akademische Berufsgruppen (z.B. Apotheker) vergleichsweise hohe Einkommen aus dem hauptsächlich beitragsfinanzierten Gesundheitssystem abschöpfen, erzielt der Großteil der abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen, vor allem die Krankenpflegeberufe, Helferberufe sowie Wirtschaftsberufe, niedrige Einkommen (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992, S. 87 ff.).

Tabelle 1: Berufstätige Personen in der Gesundheitswirtschaft nach Geschlecht, 1980 und 1988

Bereiche	Gesamt						Männer						Frauen					
	1980		1988		1980		1988		1980		1988		1980		1988			
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%		
Gesundheitswesen ¹⁾																		
Krankenpflegekräfte ¹⁾	268.856	18,1	534.000	26,6	37.831	14,1	114.000	21,3	231.025	85,9	420.000	78,7	100					
Sprechstundenhelfer	230.736	15,5	300.000	14,9	1.159	0,5	/	/	229.577	99,5	299.000	99,7	100					
Akadem. Gesundheitsberufe ²⁾	201.345	13,6	251.143	12,5	150.314	74,7	175.083	69,7	51.031	25,3	76.060	30,3	100					
Wirtschafts- und Verwaltungskräfte im Krankenhaus	241.834	16,3	242.377	12,1	60.405	25,0	62.954	26,0	181.429	75,0	179.423	74,0	100					
Sonstige Gesundheitsberufe ³⁾	123.954	8,3	207.545	10,3	22.098	17,8	34.571	16,7	101.856	82,2	172.974	83,3	100					
Gesundheitswesen insgesamt	1.066.725	71,8	1.535.065	76,4	271.907	25,5	387.608	25,3	794.918	74,5	1.147.457	74,7	100					
Weiterer Gesundheitsbereich																		
Herstellung von Heil- und Hilfsmitteln ⁴⁾	213.424	14,4	231.781	11,5	---	---	---	---	---	---	---	---	---					
Krankenversicherungspersonal ⁵⁾	106.537	7,2	118.020	5,9	---	---	---	---	---	---	---	---	---					
Altenpflege ⁶⁾	55.084	3,7	76.956	3,8	---	---	8.826	11,5	---	---	68.130	88,5	100					
Handel mit Heil- und Hilfsmitteln (ohne Apotheken ⁷⁾)	43.839	3,0	42.297	2,4	---	---	---	---	---	---	---	---	---					
Weiterer Gesundheitsbereich insgesamt	418.884	28,2	474.054	23,6	---	---	---	---	---	---	---	---	---					
Gesundheitswirtschaft insgesamt	1.485.609	100	2.009.119	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---					

Tabelle 2: Berufstätige Personen im Gesundheitswesen nach Geschlecht, 1980 und 1988

Berufsgruppen	Gesamt						Männer						Frauen					
	1980		1988		1980		1988		1980		1988		1980		1988			
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%		
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	224.309	21,0	462.000	30,1	30.004	13,4	90.000	19,5	194.305	86,6	372.000	80,5	100					
Sprechstundenhelfer	230.736	21,6	300.000	19,5	1.159	0,5	/	/	229.577	99,5	299.000	99,7	100					
Wirtschaftskräfte im Krankenhaus	186.028	17,4	177.635	11,6	43.771	23,5	45.625	25,7	142.257	76,5	132.010	74,3	100					
Ärzte	139.431	13,1	177.001	11,5	109.304	78,4	129.301	73,1	30.127	21,6	47.700	26,9	100					
Massen-, Kranken- gymnasten und ver- wandte Berufe	36.688	3,4	76.000	5,0	15.196	41,4	23.000	30,3	21.492	58,6	53.000	69,7	100					
Helfer in der Kranken- pflege	44.547	4,2	72.000	4,7	7.827	17,6	24.000	33,3	36.720	82,4	48.000	66,7	100					
Verwaltungskräfte im Krankenhaus	55.806	5,2	64.742	4,2	16.634	29,8	17.329	26,8	39.172	70,2	47.413	73,2	100					
Medizinallaboranten	30.049	2,8	63.000	4,1	1.389	4,6	6.000	9,5	28.660	95,4	57.000	90,5	100					
Zahnärzte	33.240	3,1	39.844	2,6	27.088	81,5	30.583	77,1	6.152	18,5	9.061	22,9	100					
Apothekenhelfer	35.696	3,3	37.545	2,4	426	1,2	499	1,3	35.270	98,8	37.046	98,7	100					
Apotheker	28.674	2,7	34.498	2,2	13.922	48,6	15.199	44,1	14.752	51,4	19.299	55,9	100					
Diatassistenten, PTAs	14.867	1,4	23.000	1,5	601	4,0	/	/	14.266	96,0	23.000	100,0	100					
Heilpraktiker	6.654	0,6	8.000	0,5	4.486	67,4	5.072	63,4	2.168	32,6	2.928	36,6	100					
Gesundheitswesen insgesamt	1.066.725	100	1.535.065	100	271.807	25,5	386.608	25,2	794.918	74,5	1.147.457	74,7	100					

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1982 und 1990

Im Verlauf der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen nahm der Anteil der Krankenhausärzte weiterhin zu, während der Anteil der Krankenpflegepersonen zurückging. Während der fünfzehnjährigen Phase der Kostendämpfungspolitik kam es demnach zu einer Polarisierung zwischen hochqualifizierten akademischen Berufen auf der einen und eher niedrig qualifizierten Berufen im Gesundheitswesen auf der anderen Seite. Dem starken Anstieg der Akademiker sowie der Beschäftigten mit vergleichsweise niedrigen Qualifikationen steht ein schwächerer Anstieg bei den mittleren, semiprofessionellen Berufen im Gesundheitswesen gegenüber. Diese asymmetrische Entwicklung ist eng mit den institutionellen Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland verbunden, die eine einseitige Orientierung der Kostendämpfungspolitik zu Lasten der Pflegebeschäftigten beinhalten (Landenberger/Lohr 1993, S. 9 ff.).

Ursachen des Arbeitskräftemangels bei den Pflegeberufen

Seit Ende der achtziger Jahre wird ein »Pflegetotstand« im Sinne eines Arbeitskräftemangels bei den Pflegeberufen diagnostiziert. Diesen Notstand abzuwenden, darum bemühen sich sowohl Sozialpolitiker als auch Arbeitsmarktpolitiker und - unterstützend - Sozialpolitikforschung und Arbeitsmarktforschung. Die sozialpolitische Relevanz ist offensichtlich. Ein Mangel an Pflegekräften kann sich negativ auf die Versorgungsqualität von Kranken und Pflegebedürftigen auswirken. Daraus resultiert die Aufgabenstellung für Arbeitsmarktpolitik und -forschung: Strategien zu entwickeln, mit deren Hilfe der Arbeitskräftemangel in der Pflege behoben werden kann.

Die Brisanz des Arbeitskräftemangels in der Pflege liegt darin, daß zwei parallele Entwicklungen zusammentreffen: einerseits ein steigender Pflegebedarf, der zu einer vermehrten Arbeitskräftenachfrage führt, und andererseits ein abnehmendes Arbeitskräfteangebot aufgrund des Rückgangs beim Berufsnachwuchs in der Kranken- und Altenpflege.

Im einzelnen sind vier Ursachenbereiche für die schwierige Personalsituation verantwortlich:

1. Konzentration und Intensivierung des Leistungsgeschehens in der stationären und ambulanten Pflege. Vorliegende Analysen zeigen: Eine steigende Zahl der stationär behandelten Patienten bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer führen zu einer Mehrbelastung der Pflegekräfte. Jedoch ist die Personalausstattung nicht entsprechend der Arbeitsintensi-

vierung verbessert worden. Die Anzahl der Vollkräfte je 1 000 Patienten ist im Zeitraum der letzten zehn Jahre von 21,3 auf 20,6 gesunken. Auch im internationalen Vergleich schneidet die Bundesrepublik mit 1,15 Mitarbeitern pro Bett (1987) deutlich schlechter ab als Länder wie Dänemark, Schweden, Schweiz und USA (SVRKAG 1991, S. 152 f.).

2. Mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe: Arbeitsbelastung, niedriges Einkommen, ungünstige Arbeitszeit und schlechte Aufstiegschancen sind die Gründe für die geringe durchschnittliche Berufsverweildauer in der Kranken- und Altenpflege. Die dazu vorliegenden Zahlen schwanken zwischen fünf Jahren (Busche/Dahlgaard u.a. 1990, S. 35) und zehn Jahren (SVRKAG 1991, S. 157). Aus der Altenpflege wird von einer ähnlich geringen Berufsverweildauer berichtet (Naegele 1991, S. 65).
3. Nachwuchsmangel besonders in den Krankenpflegeberufen aufgrund des demographisch bedingten Rückganges der jungen Geburtsjahrgänge: Gegenüber 1985 ging die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze für Krankenpflegeberufe um etwa 10 Prozent zurück (Robert Bosch Stiftung 1992). Aus einzelnen Krankenpflegesschulen wird von einer Unterbesetzung der Ausbildungsplätze von 20 Prozent berichtet (Süddeutsche Zeitung vom 14.12.1991). Nach Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung lag die Nachwuchsquote pro Altersjahrgang im Jahr 1985 bei 4,5 Prozent. Um dieselbe Anzahl an Nachwuchskräften zu erhalten, müßten sich bereits im Jahr 1995 6,9 Prozent eines Altersjahrganges für den Pflegeberuf entscheiden (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1990, S. 9 f.).
4. Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: Die Kostendämpfungsgesetze im Zeitraum zwischen 1975 und 1989 haben die Personalentwicklung im Pflegebereich zusätzlich gebremst. Ohne Rücksicht auf Bedarfslage und Qualität der Gesundheitsversorgung lautete die politische Prämisse »Abbau von Überkapazitäten bei Betten und Personal«. Gemäß dem vorherrschenden Denken in Ausgabenblöcken enthielten die Gesetze keine Angaben darüber, bei welchen Betten und welchen Personalgruppen Überkapazitäten abzubauen waren. Folge dieser Nichtsteuerung war, daß Betten nicht bei prestigeträchtigen Großkrankenhäusern und Spezialkliniken in Ballungsgebieten, sondern bei kleinen Krankenhäusern im ländlichen Bereich gestrichen wurden. In ähnlicher Weise führte das betriebswirtschaftlich verengte Sparverständnis zu weiterem Ansteigen des Ärzteanteils, jedoch zu einem Rückgang des Anteils der Pflegeberufe (Landenberger/Watzlawczik 1991, S. 166 ff.).

Mit der sinkenden Anzahl der Krankenpflegeschüler hat sich auch die anteilmäßige Bedeutung der Krankenpflege an der Gesamtheit der Auszubildenden

im Gesundheitswesen verringert. Neben dem schrumpfenden Ausbildungszweig Krankenpflege gibt es jedoch im Gesundheitswesen ausgesprochene Wachstumszweige. Besonders attraktiv für Jugendliche scheinen die Berufe Krankengymnast/in und Masseur/in zu sein. Die Zahl der Krankengymnastik-Schüler/innen stieg zwischen 1985 und 1990 um fast 20 Prozent sowie die Zahl der Masseur-Schüler/innen im selben Zeitraum sogar um 25 Prozent (Bundesminister für Bildung und Wissenschaft 1988; 1992).

Der Pflegenotstand wird verschlimmert durch eine Negativspirale, die darin besteht, daß Personalknappheit zu Unzufriedenheit bei den Pflegekräften führt und diese Unzufriedenheit in die Öffentlichkeit gelangt und junge Menschen davon abhält, den Pflegeberuf zu ergreifen. Wie Umfragen zeigen, üben neben Schule und Berufsberatung insbesondere Verwandte und Bekannte in Gesundheits- und Pflegeberufen einen maßgeblichen Einfluß auf die Berufsentscheidung von Krankenpflegeschülern/innen aus. Der Pflegeberuf ist also ein Beruf mit hoher Selbstrekrutierungsquote, d.h. Kinder und Verwandte von Pflegekräften wählen ebenfalls diesen Beruf (Hampel 1983, S. 195). Jedoch funktioniert die Selbstrekrutierung nur, wenn Krankenpflegeschüler/innen und Krankenpflegekräfte positiv über die Ausbildungs- und Berufssituation berichten und bei Jugendlichen in Familie und Verwandtschaft ein positives Berufsimago verbreiten. Sind jedoch wie derzeit die Berichte der Auszubildenden und Berufstätigen negativ, werden entsprechend negative Eindrücke bei Schulabgängern und Berufsanfängern ankommen und diese veranlassen, sich nicht für den Pflegeberuf zu entscheiden (Landenberger/Lohr/Watzlawczik 1993, S. 25).

Prognostizierter künftiger Arbeitskräftebedarf in der Kranken- und Altenpflege

Die Datenlage zu Umfang und Struktur des Arbeitskräftemangels in den Pflegeberufen ist unbefriedigend. Der »Pflegenotstand« ist nicht zu quantifizieren (SVRKAG 1991). Dies liegt daran, daß die einzelnen Beschäftigten- und Berufsgruppen in der Kranken- und Altenpflege insgesamt statistisch unzulänglich erfaßt sind. Von seiten der Berufsforschung wird vor allem auf folgende Datendefizite hingewiesen: Die unterschiedlichen Qualifikationsgruppen innerhalb der Krankenpflegeberufe werden nicht detailliert genug erfaßt. Die Altenpflegeberufe zählen statistisch nicht zu den »Berufen des Gesundheitswesens«, obwohl in der Praxis vor allem im Bereich der ambulanten Kranken- und Altenpflege (Sozialstationen) beide Berufsgruppen in

denselben Aufgabenbereichen eingesetzt werden. Altenpfleger werden in der Beschäftigungsstatistik unter der Berufsordnung »Sozialarbeiter, Sozialpfleger« erfaßt. Außerdem erfolgten statistische Umstellungen, so daß die Erstellung statistischer Zeitreihen für die Beschäftigtenentwicklung nur eingeschränkt möglich ist. Und schließlich weichen die Angaben nach den Summen der beschäftigten Pflegekräfte zwischen der amtlichen Statistik und den Statistiken der Krankenhausträger voneinander ab. Um diesen Mängeln abzuweichen, wurde im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung vor kurzem mit einem Forschungsprojekt begonnen. Geplant ist eine differenzierte Darstellung des Beschäftigtenbestands in der Krankenpflege und in der Altenpflege sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Ebenfalls geplant sind Angaben zum zukünftigen Bedarf an Kranken- und Altenpflegekräften sowie zur künftigen Entwicklung des Arbeitskräfteangebots - unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung sowie des Berufswahlverhaltens von jungen Menschen. Erste Ergebnisse werden für 1993 erwartet (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1990).

Die letzte bundesweite Totalerhebung über die Personalsituation in den Krankenhäusern stammt aus dem Jahr 1982 (Erhebungsjahr 1980; Deutsche Krankenhausgesellschaft 1982). Diese vorbildliche - leider inzwischen veraltete - Untersuchung bietet reichhaltige Daten zur Qualifikations- und Tätigkeitsstruktur von Ärzten und Pflegekräften, zur baulichen und technischen Ausstattung der Krankenhäuser sowie zur Verbreitung bestimmter Pflegesysteme (Funktions-, Gruppenpflege) und Dienstformen (Schichtdienst, geteilter Dienst).

Die DKG-Erhebung bietet auch schon erste Hinweise auf die Erstellung von Personalknappheit und deren Schwerpunkte. Die bereits damals sichtbaren Tendenzen werden durch aktuelle Praxisberichte bestätigt. Schon im Jahr 1980 (Erhebungsjahr) konnten nicht alle Planstellen besetzt werden. Die meisten offenen Stellen befanden sich in Kernstädten sowie in den Randgemeinden von Ballungsgebieten. Dagegen konnten vorhandene Planstellen in ländlichen Regionen vor mehr als zehn Jahren noch leicht besetzt werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft 1982). Aktuelle Untersuchungen zufolge hat sich der Pflegenotstand besonders in Großstädten und Ballungsgebieten weiter verschärft.

Praxisberichten zufolge liegen weitere Schwerpunkte des Pflegenotstands in Krankenhaus-Funktionsbereichen wie Operationsdienst und Anästhesiedienst. Besonders hoch ist die Zahl der unbesetzten Stellen außerdem in der Psychiatrie sowie in der Versorgung chronisch Kranker (Robert Bosch Stiftung; Deutsche Krankenhausgesellschaft 1989). In den neuen Bundesländern kommt es aufgrund von Abwanderungstendenzen besonders bei hoch-

qualifizierten Pflegekräften zu Personalknappheit in den sogenannten »spezialisierten« und »hochspezialisierten« stationären Versorgungsbereichen (SVRKAG 1991).

Personalmangel herrscht nicht nur in der Krankenpflege. Auch in Altenheimen und Sozialstationen herrscht Personalknappheit. Anhand von Daten einer Prognos-Studie und eigenen Berechnungen verdoppelte sich der Beschäftigten-Rückstand bei Altenpflegern von rund 60 000 im Jahr 1979 auf rund 90 000 im Jahr 1987 (Landenberger/Goeschel/Watzlawczik 1991, vgl. Tabelle 4). Aus den städtischen Altenheimen Münchens wird berichtet, daß von 460 Altenpfleger-Stellen im Jahr 1991 nur 370 besetzt sind. Dies entspricht einem Fehlbestand von 20 Prozent (Süddeutsche Zeitung vom 14.12.1991).

Wie hoch ist der derzeitige Anteil der nichtbesetzten Stellen im Pflegebereich? Schätzungen gehen davon aus, daß Ende der achtziger Jahre in der Kranken- und Altenpflege durchschnittlich 4 Prozent der Planstellen nicht besetzt waren (Bölke 1989, S. 42 f.; aktuellere Schätzungen liegen nicht vor). Dieser Wert dürfte allerdings den Personalmangel eher unterschätzen. Faßt man die vorliegenden Schätzungen zusammen, gibt es in der Kranken- und Altenpflege Ende der achtziger Jahre rund 21 000 unbesetzte Stellen (Tabelle 3):

Tabelle 3: Nichtbesetzte Stellen für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege 1986 bzw. 1989

Pflegebereich	Nichtbesetzte Stellen	
Krankenpflege (1986)		
stationär ¹	12 177	
ambulant ²	4 825	
insgesamt		17 002
Altenpflege (1989)		
stationär ³	3 309	
ambulant ⁴	838	
insgesamt		4 147
Pflege insgesamt		21 149

1 Krankenhausbereich

2 Ambulante Pflegeeinrichtungen sowie sonstige Organisationen

3 Altenheime

4 Sozialpflegerische Dienste

Quellen: Rückert (1984, 1987); Prognos/Dornier (1990); Prognos (1991); Rückert (1992); eigene Berechnungen

Über den zukünftigen Personalbedarf in der Krankenpflege liegen unterschiedliche Prognosen vor. Einer Modellrechnung von Prognos/Dornier (1990, S. 12 f.) zufolge beläuft sich der Mehrbedarf in der stationären Krankenpflege bis zum Jahr 2010 auf 32 000 zusätzliche Pflegekräfte gegenüber dem Jahr 1986 (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Prognostizierter Mehrbedarf an Arbeitskräften in der Kranken- und Altenpflege bis zum Jahre 2010

Pflegebereiche	Bestand an Arbeitskräften	Prognostizierter Mehrbedarf an Arbeitskräften bis 2010	
		absolut	Prozent
Krankenpflege ¹	(1986)		
stationär	393 731	+22 899	+5,8
ambulant	156 000	+9 384	+6,0
insgesamt	549 731	+32 283	+5,9
Altenpflege ²	(1989)		
stationär	107 000	+114 383	+106,9
ambulant	27 105	+22 280	+82,2
insgesamt	134 105	+136 663	+101,9
Pflege insgesamt	683 836	+169 946	+24,7

1 Prognos/Dornier (1990); eigene Berechnungen

2 Prognos (1991, Tabelle A 5.3); eigene Berechnungen

Wie Tabelle 4 zeigt, wird bis zum Jahre 2010 gegenüber dem Beschäftigten-Bestand von 1986 bzw. 1989 mit einem Mehrbedarf von Arbeitskräften in der Pflege in Höhe von knapp 170 000 Personen gerechnet. Der Bedarf an Pflegepersonal wird somit gegenüber den achtziger Jahren um etwa ein Viertel ansteigen. Ein besonders starker Mehrbedarf an Pflegepersonal wird vor allem in der Altenpflege erwartet, da hier die demographische Alterung einen besonders starken Einfluß hat. Etwas geringer fällt hingegen der Bedarfszuwachs in der Krankenpflege aus. Dieses Ergebnis ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Modellrechnung allein die Zunahme des Pflegetagevolumens als Einflußfaktor berücksichtigt (Prognos/Dornier 1990, S. 106). Im Gegensatz hierzu geht die Modellrechnung zum zukünftigen Mehrbedarf an Arbeitskräften in der Altenpflege davon aus, daß mehrere Faktoren wie beispielsweise die Abnahme des privaten Pflegepotentials, aber auch eine

notwendige Verbesserung der Personalausstattung in der Altenpflege Einfluß auf die Bedarfsentwicklung haben (Prognos 1991).

Wie alle öffentlich regulierten Bereiche ist der Teilarbeitsmarkt Pflege kein freier Markt, auf dem Angebot und Nachfrage über den Beschäftigungsumfang entscheiden. Vielmehr wird über die Personalausstattung in Krankenhäusern, Altenpflegeeinrichtungen und Sozialstationen politisch entschieden. Hierbei spielen Daten über aktuellen Personalbedarf sowie Prognosen eine wichtige Rolle. Gerade die Träger und Verbände von Pflegeeinrichtungen und Pflegeberufen sollten die vorliegenden Daten und Prognosen öffentlich diskutieren und darauf hinwirken, daß die insgesamt unbefriedigende Datenlage über Gesundheits- und Pflegeberufe verbessert wird.

Strategien zur Arbeitskräftegewinnung in den Pflegeberufen

Der Pflegeberuf wurde viele Jahrzehnte lang vernachlässigt. Die Gründe sind bekannt. Bis weit in die sechziger Jahre dieses Jahrhunderts dominierte die kirchliche Tradition der Ordensschwester mit ihren Prinzipien Aufopferung, Unterordnung und bedingungslose Arbeitsbereitschaft. Gleichzeitig konnte auf die spezifischen Eigenschaften des weiblichen Arbeitsvermögens zurückgegriffen werden. Der gesellschaftliche Wandel hat diesen Typus der Krankenschwester inzwischen abgelöst. An seine Stelle tritt ein neuer Typus von Frauen und Männern, die im Pflegeberuf einen modernen Dienstleistungsberuf sehen, in dem sich gesellschaftlich sinnvolle soziale Arbeit mit einer qualifizierten Tätigkeit verbinden läßt, die hohe Fachkenntnisse voraussetzt und die angemessen entlohnt werden muß.

Erst der Pflegenotstand hat eine Situation geschaffen, in der die langjährigen Versäumnisse im Berufsfeld Pflege sichtbar wurden. Daran haben die Pflegekräfte und ihre Berufsverbände tatkräftig mitgewirkt. Als besonders reformbedürftig gelten vier Bereiche: die Art und Weise der Personalbedarfsermittlung, die Krankenpflegeausbildung, die Berufs- und Arbeitssituation sowie die berufspolitische Organisation der Kranken- und Altenpflegekräfte. Diese vier Bereiche werden im folgenden kurz dargestellt.

Mit dem seit Anfang 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sind die Krankenhäuser in die Kostendämpfungs politik der Bundesregierung einbezogen worden. Wichtigste Neuerungen sind zum einen die neuen Finanzierungsregelungen für die Krankenhäuser, die gewährleisten sollen, daß sie künftig von ihren Trägern keine Zuschüsse mehr bekommen, sondern ihre Ausgaben mit ihren Einnahmen (über den Pflegesatz) decken.

Dabei dürfen die Gesamtausgaben von Jahr zu Jahr nicht mehr steigen als die Entgelte der Versicherten. Mit der im GSG enthaltenen neuen Personalregelung, die die Pflegesatzverordnung von 1985 ablöst, wird die Personalbemessung im Krankenhaus neu geregelt. Die bisher voll pauschalisierten tageseichen Pflegesätze werden abgelöst durch leistungsbezogene, nach Patientengruppen und Pflegestufen differenzierte Pflegesätze sowie Sonderentgelte für besondere Behandlungsformen und Operationen. Während mit der alten Regelung noch ein unmittelbarer, krankenhausspezifischer Zusammenhang bestand zwischen Personalausgaben und Pflegesatz, gibt es künftig bundeseinheitlich fixierte Preise für Personalausgaben (mit gewissen regionalen Zu- und Abschlägen), in denen der Pflegebedarf des Einzelkrankenhauses und damit sein individueller Bedarf an Pflegepersonal keine Berücksichtigung mehr findet (Graf/Palzer 1992, S. 1087 ff.).

Durch die neue Personalregelung wurden den Krankenhäusern seit Beginn des Jahres 1993 13 000 zusätzliche Stellen für Krankenpflegekräfte zubilligt. Wie sich die Personalausstattung in den Jahren 1994 und 1995 entwickeln wird, ist noch unklar, da die neue Personalregelung erst ab 1996 voll in Kraft tritt und bis dahin Übergangsregelungen gelten. Zwei entgegengesetzte Tendenzen sind absehbar. Auf der einen Seite werden die Krankenhäuser auf eine weitere Verkürzung der Verweildauer der Patienten hinarbeiten, um mit ihren begrenzten Budgets auszukommen. Die Verkürzung der Verweildauer erfolgt naturgemäß am Ende des jeweiligen Patientenaufenthalts. Da die Arztleistungen sich am Anfang des Patientenaufenthaltes und die Pflegeleistungen sich auf den Folgezeitraum konzentrieren, wirkt sich eine Verkürzung der Patientenverweildauer zu Ungunsten der Pflegeleistungen und damit des Pflegepersonals aus. Diese Tendenz könnte bewirken, daß die künftig verstärkte Sparpolitik im Krankenhaus neben den Patienten vor allem die Pflegekräfte trifft. Auf der anderen Seite kann die neue Methode der Personalbemessung dazu führen, daß die Pflegedienstleitung und die Pflegekräfte künftig ein Instrument in der Hand haben, mit Hilfe dessen der Pflegebedarf und der daraus resultierende Personal(mehr)bedarf quantifizierbar und damit objektivierbar ist. Künftig wird also die Gruppe der Pflegekräfte in Personalverhandlungen über eine bessere Position verfügen. Damit wird die gesundheitspolitische Debatte um Angemessenheit der Pflegeversorgung und der Personalausstattung künftig an Schärfe gewinnen, da Themen wie vorab festgelegte Pflegeminuten für bestimmte Patientengruppen oder im Pflegesatz des Krankenhauses nicht eingeplante chronisch kranke Langzeitpatienten in der Fachwelt und der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit erlangen werden.

Der zweite Bereich, der dringender Reformen bedarf, ist die Alten- und Krankenpflegeausbildung. In der Fachdiskussion wird vor allem auf die starke Zersplitterung der Ausbildungsgänge hingewiesen. Die Trennung von Alten- und Krankenpflege ist nur historisch zu erklären. Die rechtlichen Regelungen sind uneinheitlich. Es existieren bundesrechtlich und damit einheitlich geregelte Ausbildungen (Krankenpflege, ärztliche Assistenzberufe) sowie landesrechtlich und damit von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelte Ausbildungen (Altenpflege). Ein weiterer Kritikpunkt ist die mangelnde horizontale und vertikale Durchlässigkeit zwischen den Gesundheits- und Pflegeausbildungen. Deshalb spricht man von *Sackgassenberufen*. Als Reform wird eine nach dem Baukastenprinzip entwickelte Ausbildungsordnung vorgeschlagen, die sowohl den Übergang von einem zum anderen Ausbildungszweig als auch den Übergang zum tertiären Bildungssystem (Hochschule) ermöglicht. Das hierzu vom Bundesinstitut für Berufsbildung vorgelegte Konzept zielt auf eine gemeinsame Grundausbildung für die gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe und darauf aufbauende Spezialisierungszweige. Ebenfalls nach dem Baukastenprinzip schließen sich daran aufeinander abgestimmte Weiterbildungsangebote an (Meifort 1991; 1992).

Die Ausbildungsinhalte bedürfen der Aktualisierung. Sie müssen von ihrer einseitigen Orientierung an der Arztausbildung gelöst und stärker mit einem originär pflegespezifischen Profil versehen werden. Für die praktische Ausbildung konzentrieren sich die Vorschläge zum einen auf eine verbesserte Praxisanleitung und zum anderen auf verbreiterte berufliche Einsatzfelder (ambulante Pflege, geriatrische Spezialeinrichtungen) (Wissenschaftsrat 1990; Rückert 1991).

Die Strategie zur Verbesserung der konkreten *Berufs- und Arbeitssituation der Pflegekräfte* besteht aus den Kernpunkten ganzheitliche Pflege, Kompetenzerweiterung und Arbeitsbedingungen. Das patientenorientierte, ganzheitliche Pflegemodell soll die bislang praktizierte Funktionspflege ablösen. Dieses Pflegemodell basiert auf einer Neudefinition des Aufgabenfelds Pflege und gewährt der Pflege Eigenständigkeit, besonders im Verhältnis zum ärztlichen Aufgabenfeld. In eigener Verantwortung leisten die Krankenpflegefachkräfte Pflegediagnose, Pflegeintervention, Pflegeplanung und Pflegedokumentation. In Kooperation mit anderen Berufsgruppen sind die Pflegekräfte außerdem beteiligt an der Aktivierung, Rehabilitation und psychosozialen Betreuung der Patienten. Vom Modell der ganzheitlichen Pflege erwarten sich die Pflegeberufe nicht nur Zuwachs an Professionalität, sondern auch Kompetenzerweiterung (Ippendorf 1990).

Der dritte Defizitbereich sind die *Arbeitsbedingungen* in der Pflege. Um den Pflegenotstand abzuwenden, gelten als wirksamste Ansatzpunkte verbes-

sertes Einkommen, bessere Aufstiegschancen, Arbeitsentlastung durch Übertragung pflegefremder Tätigkeiten auf andere Beschäftigtengruppen, familienfreundliche Arbeitszeiten, Einführung von Supervision sowie Hilfen bei der Wohnungssuche (Landenberger/Lohr/Watzlawczik 1993). Gerade auf diesem Gebiet existieren bereits zahlreiche Aktivitäten. Zu nennen ist insbesondere die bundesweite Dachkampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) »Berufe fürs Leben« und parallele Kampagnen auf Länderebene. Hier werden den einzelnen Krankenhäusern Ideen und Werbematerial angeboten, wie sie ihre Personalrekrutierung erfolgreicher gestalten können (Deutsche Krankenhausgesellschaft 1991). Bemerkenswerte Modellkampagnen werden jedoch auch von Krankenhäusern durchgeführt mit dem Ziel, ihre Pflege-Mitarbeiter zu motivieren, abgewanderte Pflegekräfte wiederzugewinnen sowie Nachwuchskräfte anzuwerben (Mayfarth 1991; Gumpert 1992).

Das vierte Handlungsfeld, dessen Verbesserung zu einem Abbau des Pflegenotstands beitragen kann, ist die *berufspolitische Organisierung der Kranken- und Altenpflegekräfte*. Die berufspolitische Selbstorganisation in der Pflege ist immer noch schwach entwickelt. Dies gilt vor allem im Vergleich zu den starken und mächtigen Standesorganisationen der Ärzte. Dagegen sind die Berufsverbände in der Pflege schwach. Zudem sind sie zersplittert und agieren teilweise sogar gegeneinander.

Begünstigt durch den Personalmangel gelang es den Pflegebeschäftigten bereits in den vergangenen Jahren, ihre Berufsinteressen wirksamer in gesundheitspolitische Gremien hineinzutransportieren. Davon zeugen zahlreiche Aktionsgruppen, kommunale Pflegekonferenzen sowie Aktivitäten der Berufsverbände und Gewerkschaften (Landenberger/Lohr 1993).

Die erweiterte gesundheitspolitische Gestaltungskompetenz der Pflegeberufe ist ein wesentlicher Schritt hin zu einer neuen, dienstleistungsorientierten Beschäftigungsstrategie im Gesundheitswesen. An die Stelle einer verengten betriebswirtschaftlichen Sparpolitik tritt nunmehr eine Politik, die qualifizierte Pflegekräfte als Garanten der Pflegequalität und Gesundheitsversorgung begriff.

Literatur

- ALBER, J./BERNARDI-SCHENKLUHN, B. (1992): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*. Frankfurt a.M.
- BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hg.) (1988): *Berufsbildungsbericht 1988*. Bonn
- BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hg.) (1992): *Berufsbildungsbericht 1992*. Bonn
- BUSSCHE, H. VAN DEN/DAHLGAARD, K./PUTJER, H.-J. (1990): *Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Krankenpflege. Auswirkungen auf Organisation und Qualifikation des Pflegedienstes. Gutachten für den Landesbetrieb Krankenhäuser der Freien und Hansestadt Hamburg*. Ms. Hamburg
- DEUTSCHE KRANKENHAUSEGESellschaft (DKG) (1991): *Berufe fürs Leben, Handbuch Personalmarketing*. Loseblattsammlung. Düsseldorf
- DEUTSCHE KRANKENHAUSEGESellschaft (Hg.) (1982): *DKG-Erhebung zur Personallage in den Krankenhäusern*. Düsseldorf
- GRAF, K./PALZER, G. (1992): »Die Pflege-Personalregelung.« *Die Schwester/Der Pfleger*, 31. Jg., Heft 12, S. 1087-1095
- GUMPERT, R. (1992): *Personalpolitik und Anreizprogramme zur Behebung des Pflegenotstands in einer Großstadt*. München (Vortragsmanuskript)
- HAMPEL, K. (1983): *Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zu neuen Berufsbildern in den paramedizinischen Berufen*. Münster
- INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT- UND BERUFSFORSCHUNG (IAB) (1990): *Teilarbeitsmarkt »Kranken- und Altenpflege« - Situation und Perspektiven*. November 1990. Nürnberg (unveröffentlicht)
- IPPENDORF, P. (1990): »Pflegestandards - Der (Alp-)Traum von der Professionalisierung.« *Dr. med. Mabuse*, 15. Jg., Nr. 65, S. 38-39
- LANDENBERGER, M./GOESCHEL, A./WATZLAWCZIK, G.-U. (1991): »Auswirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft und auf den Wettbewerb in der Krankenversicherung.« *Sozialer Fortschritt*, 40. Jg., Heft 8, S. 196-207
- LANDENBERGER, M./LOHR, K./WATZLAWCZIK, G.-U. (1993): *Wege zur Verbesserung des Ansehens der Kranken- und Altenpflegeberufe, Beiträge aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. BeitrAB 167. Nürnberg
- LANDENBERGER, M./LOHR, K. (1993): »Frauen in Pflegeberufen - eine Beschäftigten-gruppe auf dem Weg zu einem eigenständigen Berufsfeld und zu aktiver Mitgestaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung.« In: G. Engelbrech (Hg.): *Frauenberufe 2000, Beiträge aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. BeitrAB 165. Nürnberg
- MAYFARTH, A. (1991): »Förderprogramme für Frauen und Familien in der Krankenhauswirtschaft. Dargestellt am Beispiel der Städtischen Kliniken Kassel.« *Medizin, Mensch, Gesellschaft (MMG)*, 16. Jg., Heft 3, S. 188-193
- MEIFORT, B. (1991): »Konsequenzen für die Berufsbildung der Pflegeberufe angesichts des Pflegenotstandes.« *Der Landkreis*, 61. Jg., Heft 7, S. 334-339
- MEIFORT, B. (1992): »Ausbildungssituation in der Altenpflege - Problemlagen und Lösungsansätze.« In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): *Personalsituation in der Altenhilfe - heute und morgen*. Tagungsbericht. Köln, S. 1-14

- NAEGELE, G. (1991): »Bedarfsentwicklung - das Beispiel Altenpflege. Anforderungen an die Qualifizierung und Ausbildung der Fachkräfte.« In: U. Rabe-Kleberg/H. Krüger u. a. (Hg.): *Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person*. Bielefeld, S. 60-76
- PROGNOS/DORNIER (1990): »Angebot und Bedarf an Krankenpflegepersonal bis zum Jahre 2010.« Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): *Gesundheitsforschung*, Bd. 188. Bonn
- PROGNOS (1991): *Vorausschätzung des Personalbedarfs in der Altenhilfe im Freistaat Bayern*. Untersuchung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Familie und Sozialforschung, München. Kurzfassung. Köln
- RABE-KLEBERG, U./KRÜGER, H. u. a. (Hg.) (1991): *Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person*. Bielefeld
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (1992): *Pflege braucht Eliten*. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen
- RÜCKERT, W. (1991): »Not der Pflege: Wie ist der Pflegepersonalnotstand zu bewältigen?« *der landkreis*, 61. Jg., Heft 7, S. 339-342
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZENTRIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1991): *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland (Jahresgutachten 1991)*. Baden-Baden
- WISSENSCHAFTSRAT (1990): *Anlagen zu den Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den neunziger Jahren*. Wissenschaftsrat 9926. Köln