

Pflege-Thermometer 2018

*Eine bundesweite Befragung von Führungskräften
zur Situation der Pflege und Patientenversorgung
in der teil-/vollstationären Pflege*

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139

<http://www.dip.de>

PFLEGE-THERMOMETER 2018

„Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland“

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Frank Weidner

Projektmitarbeit: Ruth Rottländer, Danny Gehlen, Jonas Hylla, Daniel Tucman

© 2018 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
<http://www.dip.de>

Zitationsvorschlag:

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, Köln

Die Studie wurde mit Mitteln der B. Braun-Stiftung gefördert

Die Studie wurde vom Pflegelotsen des Verbands der Ersatzkassen e. V. unterstützt

Inhalt

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	1
Hohe Auslastung und Kapazitätsgrenzen	1
Fachkräftemangel ist das Nadelöhr	2
Licht und Schatten bei Gesetzesreformen	3
Fazit	4
Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe	6
Hinweise zum Pflege-Thermometer 2018	7
Methodenbeschreibung	8
Stellenwert der Literatur	8
Fragebogenkonstruktion	8
Ethik und Datenschutz	9
Datenerhebung	10
Datenprüfung und Datenauswertung	11
Rahmenbedingungen der stationären Versorgung	12
Pflegeversicherung und Gesetzesreformen	12
Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung	17
Entwicklungen der stationären Versorgung	20
Pflegebedürftige Menschen in Deutschland	20
Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	24
Einrichtungen der stationären Langzeitpflege	26
Pflegepersonal im Gesundheitswesen	30
Beschäftigtenkennzahlen des Pflegepersonals	30
Der Arbeitsmarkt für Pflegeberufe	32
Prognosen zum Fachkräftebedarf in der Zukunft	38
Der Arbeitsmarkt in der stationären Langzeitpflege	39
Der Ausbildungsbereich der Pflegeberufe	44
Die Arbeitssituation der beruflich Pflegenden	46
Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2018	49
Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsprüfung	49
Strukturen und Strukturentwicklung	53
Bewohnerstruktur und Versorgung	56
Technisierung und Technologieeinsatz in den stationären Einrichtungen	59
Personalsituation in den stationären Einrichtungen	64
Personalkennzahlen in den stationären Einrichtungen	64
Arbeitssituation für das Pflegepersonal	67
Betriebliche Gesundheitsförderung	69
Mitarbeiterbindung und -gewinnung	73

Fachkräfte aus dem Ausland	76
Mitarbeiterfluktuation	79
Bewerberlage im Pflegebereich	80
Tarifsysteme der Vergütung.....	83
Wirtschaftliche Entwicklung der stationären Einrichtungen.....	84
Regionale Bedarfseinschätzung.....	88
Einschätzungen zu aktuellen Entwicklungen	91
Einschätzungen zur Fachkraftquote	91
Einschätzungen zum Pflege-TÜV	92
Einschätzungen zur Entbürokratisierung	93
Einschätzungen zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen.....	95
Einschätzungen zu den Pflegegraden.....	96
Einschätzungen zum Pflegeberufereformgesetz	97
Empfehlung	101
Regionale Allianzen anstreben und fördern.....	101
Technisierung und Digitalisierung entlang der Bedarfe entwickeln	101
Verbesserung der Gewinnung und Integration ausländischer Pflegefachkräfte.....	102
Unterstützung bei der Umsetzung des Pflegeberufegesetzes	102
Entbürokratisierung in der Pflege weiter vorantreiben.....	103
Zuverlässige und langfristige politische Strategien entwickeln.....	103
Literaturverzeichnis.....	104
Anhang.....	113

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Reformen der Pflegeversicherung	15
Abbildung 2: Ein- und Ausgaben der Pflegeversicherung	18
Abbildung 3: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Bundesländern	21
Abbildung 4: Entwicklung Pflegebedürftige in Einrichtungen nach Bundesländern	25
Abbildung 5: Entwicklung Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern	27
Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigten in Pflegeberufen in der Versorgung.....	31
Abbildung 7: Arbeitslose Altenpflege und offen gemeldete Stellen	34
Abbildung 8: Arbeitslose Gesundheits- und Krankenpflegende und offen gemeldete Stellen	36
Abbildung 9: Beschäftigte in Pflegeberufen in stationären Einrichtungen in Deutschland.....	40
Abbildung 10: Entwicklung der Beschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung nach Bundesländern	42
Abbildung 11: Anteil Vollzeitbeschäftigte nach Berufen	43
Abbildung 12: Funktionsangabe der ausfüllenden Personen	50
Abbildung 13: Bundeslandbezogene Verteilung der Stichprobe	51
Abbildung 14: Träger der Einrichtungen in der Stichprobe	52
Abbildung 15: Verteilung der Pflegegrade	53
Abbildung 16: Angebote an Einbett- und Zweibettzimmern	54
Abbildung 17: Priorisierung der Strukturentwicklung	55
Abbildung 18: Auslastung und geplanter Ausbau der Angebote	56
Abbildung 19: Veränderungen der Bewohner*innen.....	57
Abbildung 20: Einschätzungen zur Versorgungssicherheit	59
Abbildung 21: Nutzung neuer IK-Technologien von Bewohner*innen und Mitarbeitenden	61
Abbildung 22: Nutzung neuer Technologien in Einrichtungen.....	62
Abbildung 23: Zukünftige Einsatzgebiete neuer Technologien	63
Abbildung 24: Offene Stellen in der stationären Altenpflege.....	66
Abbildung 25:Arbeitsplatzbezogene Anforderungen für Pflegekräfte	68
Abbildung 26:Gesundheitsbezogene Belastungen von Pflegekräften.....	69
Abbildung 27:Gefährdungen für beruflich Pflegende.....	70
Abbildung 28:Instrumente/ Verfahren der Gefährdungsbeurteilung.....	71
Abbildung 29: Einschätzungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.....	72
Abbildung 30: Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung und -rekrutierung	74
Abbildung 31: Mitarbeiter*innenmobilität	75
Abbildung 32: Ausländische Pflegefachkräfte	78
Abbildung 33: Integration von Menschen mit Fluchterfahrung	79
Abbildung 34: Gründe der Fluktuation von Pflegefachkräften	80
Abbildung 35: Regionales Ausbildungsplatzangebot.....	82
Abbildung 36: Einschätzungen zur Bewerberlage.....	83
Abbildung 37: Tarifsysteme	84
Abbildung 38: Finanzielle Entwicklungen in den Einrichtungen.....	85
Abbildung 39: Prognose der wirtschaftlichen Entwicklung der Einrichtungen.....	86
Abbildung 40: Finanzielle Rahmenbedingungen und Auswirkungen	87
Abbildung 41: Regionale Bedarfsdeckung durch Angebote	89

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 42: Regionale Bedarfe an speziellen Versorgungsangeboten	90
Abbildung 43: Stabilitätseinschätzung zur Versorgungsplanung	91
Abbildung 44: Einschätzungen zur Fachkraftquote	92
Abbildung 45: Einschätzungen zum Pflege-TÜV	93
Abbildung 46: Einschätzungen zur SIS	94
Abbildung 47: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile	95
Abbildung 48: Pflegegradsteuerung	97
Abbildung 49: Pflegeberufereformgesetz I	99
Abbildung 50: Pflegeberufereformgesetz II	100

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

In dem nachfolgenden Kapitel werden zentrale Ergebnisse des Pflege-Thermometer-2018 vorangestellt.

Hohe Auslastung und Kapazitätsgrenzen

Die befragten Einrichtungen weisen zu 81% Einbett-Zimmer aus, 13% geben an, ausschließlich über Einbett-Zimmer in der Einrichtung zu verfügen. Damit folgen sie den Umsetzungen aus z.B. Wohn- und Teilhabegesetzen und analogen Landesgesetzgebungen mit der Forderung der Gewährleistung einer Autonomie und Privatheit im Alter.

Dabei werden zugleich (u.a. bedingt durch die Umwandlung) Kapazitätsgrenzen deutlich. 71% der Einrichtungen geben an, dass Wartelisten auf vollstationäre Langzeitpflegeplätze bestehen. Dies korrespondiert mit der Aussage, dass 83% in den vergangenen drei Monaten Anfragen zur Aufnahme in die Langzeitpflege ablehnen mussten.

42% äußern, dass sie in 2017 keine oder nur sehr wenige eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellen konnten. 84% mussten diesbezüglich in den vergangenen drei Monaten Anfragen ablehnen.

Lediglich 38% beurteilen das Angebot der vollstationären Pflege in ihrer Region als (voll)umfänglich gesichert. Im Bereich der Kurzzeitpflege schätzen nur 15% die Kapazitäten als (voll)umfänglich gesichert ein. 42% schätzen den Bedarf an Tagespflegeplätzen als tendenziell nicht oder gar nicht gesichert ein. Damit wird deutlich, dass aktuell nicht davon ausgegangen werden kann, dass die gesetzlich verankerten Ansprüche an Versorgung regional auch umfassend gewährleistet werden können. Damit bleiben wichtige Möglichkeiten der Entlastung von pflegenden Angehörigen weiterhin unzureichend erreichbar.

Bezogen auf die zukünftige Entwicklung gehen 58% von einem kontinuierlich wachsenden Bedarf bezogen auf ihre Einrichtung aus. Rund 9% planen für das laufende Jahr einen Ausbau an Bettplätzen in der Langzeitpflege, 7% in der Kurzzeitpflege und rund 10% einen Ausbau des Tagespflegeangebots.

Bezogen auf die Bewohnersituation geben die Leitungskräfte an, dass durchschnittlich zwei von drei Bewohnern an neurokognitiven Störungen (z.B. Demenz) leiden. 82% beobachten eine Zunahme an komplexen medizinischen Problemlagen und zwischen 30% und 38% sehen zusätzliche Veränderungen bezogen auf eine steigende Anzahl an Bewohner mit Suchtproblematiken (31%), Bewohnern ohne Angehörige (33%) und Bewohner aus schwierigen sozialen Haushaltsverhältnissen (Verwahrlosung/ Vereinsamung- 38%). Damit verbunden werden auch steigende Anforderungen an die Mitarbeiter, die durch die Zunahme an herausfordernden Verhaltensweisen (55%), zunehmende grund- und pflegende Anforderungen (52%) sowie auch durch aufwendigere Angehörigenbetreuungsaufgaben (52%) gefordert sind.

Fachkräftemangel ist das Nadelöhr

Der bundesweite Fachkräftemangel, wie er u.a. wiederholt von der Bundesagentur beschrieben wurde, wird in der vorliegenden Studie bestätigt und zeigt sich in der Ausprägung höher als in amtlichen Statistiken erfasst.

Der Mangel zeigt sich einerseits in einer unzureichenden Bewerberlage insgesamt (81%); in der Schwierigkeit, die offenen Stellen zeitnah zu besetzen (84%) sowie in einer beobachteten Abnahme der Qualität der Bewerbungen (83%). 30% der Leitungen geben dabei an, dass sie offene Stellen nicht mehr bei der Arbeitsagentur melden, sodass davon ausgegangen werden muss, dass der in der Bundestatistik benannte Wert der offenen Stellen in der Altenpflege in der Realität deutlich höher liegt.

Auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen kann von aktuell gerundet 17.000 offenen und direkt zu besetzenden Stellen in den Pflegeberufen alleine in der teil-/vollstationären Pflege ausgegangen werden. Rund 14.000 davon sind offene Stellen für dreijährig ausgebildete Personen. Zur Deckung würde es ca. 25.000 zusätzlicher qualifizierter Personen bedürfen, da der Teilzeitanteil in der Pflege weiterhin hoch ist.

Die Einrichtungen sind sehr aktiv bei der Mitarbeiterakquisition und Mitarbeiterbindung. Neben Maßnahmen der Aus-Fort- und Weiterbildung, betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutzmaßnahmen realisieren sie zunehmend flexible Arbeitszeiten (56%) und spezifisch den späteren Beginn für Frauen mit Kindern im Kita-/Schulalter (60%). Sie wirken auf Ausbildungsmessen mit (51%) und bieten auch die Ausweitung von Teilzeitstellen an (41%). Auch die Unterstützung und Konzepte zur Wiedereingliederung nach Elternzeit (40%) sind ebenso verbreitet wie die gezielte Unterstützung bei Krisensituationen und psychischen Belastungen (40%). Ebenfalls werden von 40% der Einrichtungen außertarifliche Zulagen gewährt. Prämiensysteme (22%), Unterstützungsangebote bei der Wohnungssuche und Maklern (19%) sind seltener, ebenso eigene Betriebskindergärten (10%).

Die Personalrekrutierung ist nur lokal begrenzt möglich und stellt sich daher als eine regionale Herausforderung dar. 91% geben an, dass die Mitarbeitenden in einem Umkreis von bis zu 20 Kilometern von der Einrichtung entfernt wohnen, wobei mehr als die Hälfte (55%) im Umkreis von 10 Kilometern wohnt. Auch die Auszubildenden leben überwiegend in der direkten Nähe (86% im Umkreis von bis zu 20 Kilometern). 70% der Leitungen geben an, dass der maximale Rekrutierungsraum bei bis zu 30 Kilometern liegt. Darüber hinaus kann kaum oder gar nicht Personal gewonnen werden. Dies verweist auf die wichtige Frage nach der regionalen Versorgungssicherung, die die Perspektive der Ausbildungsstandorte (Altenpflegefachseminare/ Schulen der Altenpflege) mit einschließen muss.

Die Leitungskräfte beobachten gegenüber dem Vorjahr steigende Belastungen für die Mitarbeitenden, was sich in einer Erhöhung der Krankheitsdauer (43%), der Erhöhung der Krankheitstage (41%) sowie der Krankheitsschwere (31%) sowie der Steigerung der

Anzahl der geleisteten Überstunden (28%) ausdrückt. Bezogen auf die betrieblichen Gesundheitsrisiken dominieren Auswirkungen auf den Muskel- und Skelettbereich (78%) vor Auswirkungen psychischer Belastungen (71%). Als drittes schwerwiegendes Risiko wird Gewalt gegenüber Pflegenden benannt (42%). Die Einrichtungen reagieren darauf mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Fachkräftemangel erweist sich als erlösrelevant und einschränkend bezogen auf betriebliche Entwicklungen. Jede vierte Einrichtungsleitung gibt an, dass sie aufgrund des Personalmangels die betrieblichen Ziele in 2017 nicht erreichen kann. 34% äußern, dass sie strategische Entwicklungen aufgrund eines Personalmangels in der Pflege nicht vornehmen können. Dem stehen 34% gegenüber, die von einem Personalmangel explizit nicht betroffen sind. 22% der Leitungen gab an, dass sie in den vergangenen drei Monaten aufgrund eines Personalmangels selbsttätig einen temporären Aufnahmestopp ausgesprochen haben.

Licht und Schatten bei Gesetzesreformen

In der vorliegenden Studie wurden u.a. Fragen zu den Auswirkungen des PSG I-III gestellt. Knapp jeder dritten Einrichtung ist es gelungen, in den Pflegesatzverhandlungen nach Einführung des PSG II zusätzliche Personalstellen zu verhandeln und diese auch zu realisieren. Rund 30% aber gaben an, dass zur Verfügung stehende Finanzmittel nicht eingesetzt werden konnten, weil kein Personal rekrutiert werden konnte. Die Einrichtungen beobachten in der Überführung der Pflegestufen in die Pflegegrade, dass Neueinstufungen tendenziell zu einer niedrigeren Eingruppierung führen (58%). Sie beobachten insgesamt die Schwierigkeit, aus ihrer Perspektive notwendige Höhergruppierungen gegenüber dem MDK durchzusetzen (54%).

38% der Leitungen befürchten, dass sie ab 2018 durch die Pflegegrade finanzielle Einbußen erfahren werden. 46% geben an, dass sie ein Instrument zur Personalsteuerung nach Pflegegraden / Erlösen einsetzen werden und 48% sehen gegenüber den Pflegestufen keine Verbesserung hinsichtlich der Abbildung des realen Pflegeaufwands. Darüber hinaus äußern 42%, dass sie zukünftig Bewohner erst ab dem Pflegegrad III aufnehmen werden. 56% geben an, dass die Pflegereformen (PSG I-III) nicht zu einer besseren finanziellen Ausstattung der stationären Einrichtungen führen und 35% geben an, dass die Personalkalkulation der Einrichtung sich durch die Einführung der Pflegegrade verschlechtert hat. Eine gleiche Ausprägung hat die Frage nach der Finanzsteuerung insgesamt. Auch diese wird als verschlechtert wahrgenommen.

Die Pflegeberufereform wird angesichts des Zeitraums der Diskussion und der noch unklaren Ausgestaltung zum Zeitpunkt der Befragung in der Summe eher skeptisch bewertet. In der Studie zeigt sich, dass hier erheblicher Informationsbedarf besteht und auch Möglichkeiten der Flankierung und Begleitung für die Einrichtungen offensichtlich werden, um die Reform im Feld der Altenpflege gelingend umzusetzen.

56% befürchtet aktuell, dass das Ausbildungsinteresse für den Pflegeberuf insgesamt sinken wird. Noch deutlicher wird dies bezogen auf das Interesse an einer Ausbildung im Altenpflegesektor. Hier sind es 71%, die von einer Absenkung ausgehen. Korrespondierend dazu gehen 66% davon aus, dass das Interesse an einer nachfolgenden Arbeit im Feld der Altenpflege bei Absolventen sinken wird. Möglichkeiten und Chancen, die sich u.a. daraus ergeben, Krankenpflegende in Praktika für die Arbeit im Feld der Altenpflege zu begeistern, werden skeptisch eingeschätzt. 38% sehen hier keine zusätzlichen Chancen gegenüber 25%, die dies annehmen. Deutlicher ist das Votum bezogen auf die Möglichkeit der primären Akademisierung. Hier sind es 47%, die darin keine zusätzlichen Chancen sehen und nur 18% bewerten dies positiv. Als eindeutig positiver Aspekt wird jedoch die bundesweite Befreiung vom Schulgeld bewertet. 67% sehen hierin eine Chance für zusätzliche Anwerbungsmöglichkeiten.

Stark positiv beurteilt werden die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile. Diese führen, den Aussagen der Leitungen zufolge, zu einer höheren Akzeptanz hinsichtlich einer Höherstufung des Pflegebedürftigen seitens der Angehörigen (70%). 56% sehen hier auch eine Reduzierung im Konfliktpotenzial mit Angehörigen. Tendenziell neutral bewertet wird, dass die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu einer Reduzierung von Bewohnern in niedrigeren Pflegegraden führen könnten.

Ebenso werden der strukturierten Informationssammlung (SIS) überwiegend positive Bewertungen gegeben. 56,6% stimmen hier stark oder vollumfänglich der Aussage zu, dass SIS zu einer Entlastung der Pflegekräfte im Bereich der Dokumentation führt. 51% sehen hier einen Gewinn in der größeren Klarheit bezogen auf die Inhalte der Dokumentation und 43% geben an, dass dadurch Freiräume für die bewohnerbezogene Versorgung geschaffen werden.

Fazit

Vor dem Hintergrund einer insgesamt als stabil bezeichneten finanziellen Situation in den Einrichtungen (nur 4,6% geben an, dass sie akut von einer Schließung, Insolvenz oder Übernahme bedroht sind), zeigen sich im System deutliche Grenzen, die durch bisherige Reformen nicht oder nur unzureichend beantwortet wurden. Durch die Pflegereformgesetze lassen sich offensichtlich bis auf wenige eher kosmetische Korrekturen (z.B. SIS) keine substanziellen Verbesserungen in den Einrichtungen erzielen. Die Pflegeberufereform wird überwiegend kritisch bewertet und die Einrichtungen befürchten hier die Verlierer der großen Reform zu werden.

Die Steuerungsprozesse werden insgesamt komplexer und kurzfristige Zugewinne werden sich mittelfristig nivellieren und verklingen. Ausweitungen von Nutzungsmöglichkeiten (z.B. der Kurzzeitpflege oder Tagespflege) bleiben theoretische Annahmen, wenn auf der Seite der Strukturbildung keine Änderungen erzielt werden können. Wartelisten und die Absage von Betreuungsanfragen zeigen deutlich die bestehenden Kapazitätsgrenzen auf. Die parallele Umsetzung zahlreicher Reformen und Vorgaben führt in den

Einrichtungen zu einer beständigen Unruhe und einem reaktiv ausgerichteten Entwicklungsmodell.

Als wesentlicher limitierender Faktor für alle weiteren strukturellen, inhaltlichen und konzeptionellen Entwicklungen kann die Personalsituation ausgemacht werden. Ohne eine deutliche Anpassung, die auf der einen Seite zur spürbaren Entlastung des bestehenden Personals führen und gleichermaßen auch die Infrastruktur der Ausbildung in den Blick nehmen muss, lassen sich keine substanziellen Veränderungen in Richtung Versorgungssicherheit und Angebotsausweitung erzielen. Maßnahmen, wie sie vielfach diskutiert werden (z.B. Ausweitung von Teilzeitstellenanteilen in Vollzeitstellen, aktive Bewerbung und Rückgewinnung von Pflegekräften) gehören längst zum Alltag der Einrichtungen und stellen alleine keine der dringend benötigten Innovationen dar.

Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) betrachtet seit 2002 mit den Pflege-Thermometern in wiederkehrender Regelmäßigkeit – und aktuell zum neunten Mal – die Situation in unterschiedlichen Teilbereichen der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Im Fokus stehen Fragestellungen, die sich an der Versorgung von Patient*innen und Bewohner*innen in den Sektoren, den Arbeits- und Berufsbedingungen von Pflegenden, der Finanzsituation in den Betrieben und aktuellen Einflüssen auf die Bedingungen vor Ort ausrichten. Mit den Studien wird das Ziel verfolgt, Einrichtungen, Kostenträgern, Verbänden und der Politik jeweils aktuelle Daten aus Pflege und Versorgung zur Verfügung zu stellen. Das Institut DIP unterstützt mit diesen Erhebungen den Diskurs in der Pflegepraxis, Pflegepolitik und Pflegewissenschaft. Die Pflege-Thermometer-Reihe liefert für die Entwicklungen und Herausforderungen der unterschiedlichen untersuchten Felder Datengrundlagen und Interpretationsangebote. Sie basieren auf den Deutungen aus der Perspektive der Expertisen der Verfasser*innen.

Die Pflege-Thermometer-Studien sind, bezogen auf das Forschungsdesign, als deskriptive und standardisierte Querschnittsbefragungen zu spezifischen aktuellen Themenfeldern angelegt. Die Zusammenstellung unterschiedlicher Daten der amtlichen Statistiken sowie die systematische Bewertung der sich daraus ergebenden Erkenntnisse werden im Vorfeld zur Einordnung der Studienergebnisse in den Gesamtkontext beschrieben.

Die Ergebnisse der Pflege-Thermometer-Studien sowie die Befragungsinstrumente stehen für nicht kommerzielle Zwecke kostenfrei zum Download auf der Homepage des DIP zur Verfügung. Ausdrücklich ist die Nutzung der Ergebnisse, Untersuchungsinstrumente, Grafiken und Tabellen für Qualifikationsarbeiten, Publikationen oder Präsentationen unter Verwendung der Quellenangaben gewünscht. Eine schriftliche Genehmigung im Vorfeld muss dazu nicht gesondert eingeholt werden. Gebeten wird jedoch, das DIP entsprechend zu informieren und ggf. ein Belegexemplar zuzusenden. Die Urheber-schaft bleibt von der Nutzung unberührt. Eine kommerzielle Nutzung ist nur in Absprache und unter Abklärung der Genehmigung möglich!

Die Pflege-Thermometer-Studien wurden jeweils durch Förderungen der B. Braun-Stiftung ermöglicht sowie aus Eigenmitteln des Instituts finanziert. Eine Beeinflussung bei der Fragestellung oder der Form der Ergebnisdarstellung und -interpretation oder anderweitige Beeinflussungen seitens des Förderers wurde zu keinem Zeitpunkt vorgenommen. Es bestehen über die Förderung der Einzelstudie hinaus keine finanziellen oder kommerziellen Verbindungen zwischen dem Förderer und dem Institut.

Hinweise zum Pflege-Thermometer 2018

Die zentrale Perspektive des Pflege-Thermometers 2018 ist die stationäre Langzeitpflege. Im Sektor der teil-/vollstationären Versorgung in Deutschland sind neben einer hohen Dynamik im Bereich der Angebots- und Nachfrageseite insbesondere auch durch aktuelle und zahlreiche Gesetzesänderungen Neuerungen zu verzeichnen, die bislang nicht systematisch in ihren Konsequenzen für die Einrichtungen untersucht wurden. Das Pflege-Thermometer 2018 nimmt hier ausgewählte Fragen bezogen auf aktuelle und zukünftige Entwicklungen auf und systematisiert die Ergebnisse im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung.

Grundlage der Befragung ist nicht die Klärung einer wissenschaftlichen Fragestellung oder die Testung einer Hypothese, sondern die Erfassung eines möglichst breiten Spektrums an Informationen. Ziel der Studie ist somit, umfassend die Bedingungen, die die pflegerische Arbeit innerhalb der vielschichtigen Herausforderungen sichern und fördern bzw. erschweren oder gefährden, zu identifizieren. Die empirische Erhebung ermöglicht Aussagen zu den folgenden Einzelaspekten:

- Struktur der Einrichtungen
- Technisierung bzw. dem Technologieeinsatz in den Einrichtungen
- Personalsituation und Maßnahmen der Personalgewinnung sowie Personalmobilität
- Mitarbeiter*innensituation und -gesundheit
- Finanzielle Rahmenbedingungen und deren Entwicklungen
- Einschätzungen zur regionalen Versorgung
- Einschätzungen zu aktuellen Entwicklungen aufgrund der Gesetzesnovellierungen

Leitend sind jeweils übergreifende Fragestellungen, die sich in verschiedene Themenkomplexe und Einzelfragen aufgliedern.

Gegenstand der Bearbeitung und Auswertung des Pflege-Thermometers 2018 sind im einführenden Teil die Kennzahlen und Entwicklungsdaten der voll- und teilstationären Einrichtungen. Im empirischen Teil des Studienberichts werden die Ergebnisse sowie Einschätzungen der befragten Leitungskräfte zu Herausforderungen und aktuellen Problembereichen vorgestellt. Abschließend erfolgen Handlungskonsequenzen, die sich aus den Diskussionen und den Ergebnissen aus der Sicht der Autor*innen der Studie ergeben.

Methodenbeschreibung

Bezogen auf das Studiendesign ist das Pflege-Thermometer 2018 als eine deskriptive und standardisierte Querschnittsstudie geplant und durchgeführt worden, die die Entwicklungen in der stationären Langzeitpflege beleuchtet. In der Studie erfolgt im empirischen Teil eine Befragung von Führungskräften aus der teil-/vollstationären Versorgung mittels eines standardisierten Fragebogens. Darüber hinaus erfolgt im Bereich der Daten und Kennzahlen eine sekundäranalytische Darlegung und Aufarbeitung aktueller statistischer Kennzahlen. Nachfolgend finden sich die Darlegung der methodischen Entwicklungsschritte und begleitender Überlegungen zur wissenschaftlichen Absicherung.

Stellenwert der Literatur

Gegenstand und Ausrichtung der Studie ist die Versorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Die Recherche deutschsprachiger Literatur und Kennzahlen stehen demzufolge primär im Fokus. Daten aus der Gesundheitspersonalberechnung des Bundes, den Pflege- und Arbeitsmarktstatistiken und zu den Leistungsflüssen der Pflegeversicherung sowie Artikel zu damit zusammenhängenden Herausforderungen werden hierfür herangezogen. Aufgrund der Perspektivenvielfalt der unterschiedlichen Fragen- und Erkenntniskomplexe umfasst die Literaturnutzung breit gestreut neben Kennzahlen auch Hinweise zu Artikeln, Gesetzestexten, Ministeriumsberichten, Stellungnahmen und weitere zentrale Berichte und Studien.

In der vorliegenden Studie erfolgt keine einbettende internationale Recherche, die einen Vergleich von Versorgungsstrukturen erlauben würde. Ebenso bildet die Literaturerhebung keine vollständige systematische Literaturrecherche (Pubmed, Carelit, Livivo etc.) zu einzelnen komplexen Suchen von Detailfragen ab und richtet sich nicht auf die gezielte Suche nach wirksamkeitskontrollierenden Studien zu Fragen der Versorgung aus. Eine Ausweisung von Trefferlisten und Suchworten fehlt demzufolge.

Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen des Pflege-Thermometers 2018 hat einen deskriptiven und explorativen Charakter. Die Erhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der mehrere aufeinander aufbauende Entwicklungsschleifen erfuhr. Zu Beginn wurden mittels einer Analyse ausgewählter Literatur sowie durch den Einbezug von und dem Austausch mit Expert*innen¹ von Verbänden und aus dem Feld handlungsleitende Fragen und Themenkomplexe identifiziert. Ergänzend flossen hierbei auch Hinweise von Akteuren aus der Langzeitpflege und Diskussionsbeiträge von Tagungen sowie die Vorerfahrungen der Befragungsreihen im Institut mit ein.

Anhand der Leitfragen und Themenkomplexen erfolgte die Konstruktion eines ersten

¹ Beteiligt waren Vertreter*innen vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (Regionalvertretung Nord-West), der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. (Geschäftsfeld Pflege, Alter und Behinderung), dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (Geschäftsbereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe) sowie der Weissen Liste gemeinnützige GmbH der Bertelsmann Stiftung.

Fragebogenentwurfs. Zwei Verbandsvertreter*innen² gaben Rückmeldung zu den Schwerpunktsetzungen in den Fragenkomplexen des Entwurfs und lieferten Hinweise zu Ausrichtung, Umfang, Verständlichkeit und Form der Fragen sowie zu deren Relevanz. Der Fragebogenentwurf erfuhr eine abschließende Pre-Testung durch Leitungskräfte aus Langzeitpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Drei Pflegedienstleitungen und eine Heimleitung füllten den Entwurf aus, gaben Rückmeldung und thematische Hinweise zu den einzelnen Fragen sowie zu deren Verständlichkeit, Ausrichtung, Praktikabilität, Relevanz sowie zu deren Beantwortbarkeit und dem Bearbeitungsaufwand für die Zielgruppe. Ergänzend teilten sie mit, ob ihrer Ansicht nach der Fragebogenentwurf vollständig war und ob Fragen zur Kürzung des Bogens herausgenommen werden könnten.

Der abschließend erstellte Fragebogen beinhaltet Fragen und Fragenkomplexe zu den Oberkategorien: Struktur der Einrichtung, Technisierung und Technologieeinsatz in der Einrichtung, Personal und Gewinnung von Mitarbeiter*innen, Mitarbeiter*innensituation und -gesundheit, finanzielle Rahmenbedingungen und Entwicklungen, regionale Versorgung und Personalmobilität sowie abschließende Fragen zu aktuellen Entwicklungen. Der Bogen umfasst fünf doppelseitig bedruckte Seiten und ein einführendes und erläuterndes Anschreiben. Die standardisierten Fragen sind geschlossen konstruiert. Es existieren Einfach- und Mehrfachnennungen in den Antwortkategorien; Bewertungen werden überwiegend in Form einer Likert-Skala mit unterschiedlichen Zustimmung- und Ablehnungsvorgaben vorgenommen oder auf der Basis von semantischen Differentialen. Darüber hinaus wurden numerisch auch Angaben und Kennzahlen erfragt, die insbesondere für die Berechnungen der offenen Stellen genutzt wurden. Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 279 Variablen. Für die Anwender konnte der Fragebogen in Form einer Paper-Pencil-Form als Dokument ausgefüllt und zugesendet werden. Nachgeschaltet wurde die Option einer Online-Variante zur Eingabe an einem PC mit elektronischer Datenübermittlung.

Der Fragebogen weist die klassischen Merkmale einer Befragung auf und beinhaltet keine testtheoretisch ausgerichteten Instrumente zur Erfassung von Einzelphänomenen. Für den vorliegenden Fragebogen entfallen demnach die für psychometrische Testverfahren üblichen Gütekriterien der Validität, Objektivität und Reliabilität. Die Auswertung erfolgt vor diesem Hintergrund primär deskriptiv.

Ethik und Datenschutz

Aus Sicht der Autor*innen war für das Pflege-Thermometer 2018 keine ethisch problembehaftete Situation (Vulnerabilität) zu identifizieren. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig; die Rücksendung eines Fragebogens durch die Probanden wurde als Zustimmung zur Studie verstanden. Die Nutzung des Pflege-Thermometers 2018 ist aus-

² Rückmeldungen kamen von Vertreter*innen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (Regionalvertretung Nord-West) und des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V. (Geschäftsbereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe).

schließlich im wissenschaftlichen Feld zu verorten und verfolgt keine kommerziellen Interessen.

Mit einem begleitenden Anschreiben wurde zum Datenschutz aufgeklärt und der Umgang mit dem Fragebogen dargelegt. Das Ziel, die Ausrichtung, der Inhalt und der Nutzwert der Studie wurden ebenso erläutert; der kostenfreie Zugang zu den Erhebungsergebnissen ergänzend zugesichert. Eine im Anschreiben zusätzlich abgefragte Einwilligung zur Verwendung einer angegebenen E-Mail-Adresse diente dem Ziel, die Probanden auf die Bereitstellung des Studienberichts und auf zukünftig weitere Erhebungen im Feld aufmerksam machen zu können. Die konkrete Erfragung der Postleitzahl der Einrichtungen diente der regionalisierten Erfassung der Rückläufe und wurde für eine deutschlandweite Übersichtskarte genutzt. Im Anschreiben wurde auf die finanzielle Unterstützung des Förderers des Pflege-Thermometers 2018 verwiesen. Eine über diese Finanzierung hinausgehende Interessensgemeinschaft oder Geschäftsbeziehung oder eine Einflussnahme auf die Form des Studiendesigns, auf Inhalte der Studie oder den Studienbericht lag und liegt nicht vor.

Datenerhebung

Die Fragebögen wurden als Vollerhebung an alle identifizierten voll- und teilstationären Einrichtungen in Deutschland gesendet. Die Versendung der Paper-Pencil-Fragebögen erfolgte im November 2017. Um ausreichend Leitungskräften aus stationären Einrichtungen die Gelegenheit zur Beantwortung des Fragebogens zu geben, wurde eine Frist der Rücksendung bis zum 15. Dezember 2017 ermöglicht. Die bis zum Einsenddatum zurückgesendeten und ausgefüllten Fragebögen wurden in die Studiauswertung aufgenommen. Einzelne, später eingesendete Fragebögen wurden bis Anfang Januar mitberücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde ergänzend eine Teilnahme an der Studie mittels eines Online-Angebots bis zum 31. Januar 2018 ermöglicht. Auch in der Online-Erhebung wurden die bis zum Einsendeschluss beantworteten Fragebögen in die Untersuchung aufgenommen.

Die Adressen (postalisch sowie E-Mail) stellte der Verband der Ersatzkassen e.V. ausschließlich für die Erhebung zum Pflege-Thermometer 2018 zur Verfügung – sie stammen aus den Daten des „vdek-Pflegelotsen“. Der von Doppelungen und von Irrläufern bereinigte Datensatz umfasste letztendlich 13.223 postalische Anschriften und 10.093 E-Mail-Adressen, die für den Hinweis auf die Studie und zur Erinnerung verwendet wurden.

Drei Pressemitteilungen verwiesen im Rahmen der flankierenden Öffentlichkeitsarbeit auf die Erhebung und die Verlängerung des Erhebungszeitraums sowie die Erweiterung um ein Online-Angebot; Hinweise in Zeitschriften oder Newslettern begleiteten den Prozess.

Datenprüfung und Datenauswertung

Mit der Software TeleForm 11.1 wurde zu Beginn ein automatisiert einlesbarer Fragebogen erstellt. Eine Aufbereitung und Testung der Daten erfolgte für die Paper-Pencil-Erhebung von Mitte Dezember bis Ende Januar. Die automatisiert eingelesenen handschriftlichen Fragebögen wurden zu Beginn der Aufbereitung in TeleForm jeweils einzeln kontrolliert und verifiziert. Der gleiche Prozess erfolgte für die Daten der Online-Befragung in der ersten Februarwoche. Zu einzelnen Angaben erfolgten ergänzende Plausibilitätsprüfungen, um statistische Verzerrungen und mögliche Datenkorruptionen zu verhindern. Eine automatisierte Datentrimmung wurde nicht vorgenommen. Weitere Datenbereinigungen ergaben sich für einzelne Fragebögen oder einzelne Variablen – bei nicht eindeutig identifizierbaren Handschriften oder nicht plausiblen Daten innerhalb eines Bogens wurden die entsprechenden Daten als fehlend gewertet und aus den Berechnungen herausgenommen.

Die Auswertung und Darstellung der zusammengeführten Datensätze erfolgte bis Mitte Februar. Mittels eines vorab erstellten Codeplans wurden die Daten zum Aufbau einer Datenmatrix in SPSS 24 überführt. Ein zu Beginn erstellter Auswertungsplan strukturierte die grafische Aufarbeitung. Sie erfolgte in Excel 2013, Powerpoint 2013 sowie mittels RegioGraph Planung 2018. Die Diagramme stellen, sofern keine andere Ausweisung erfolgt, alle Antwortenden der Stichprobe dar. Fehlende Werte werden explizit ausgewiesen. In Grafiken werden darüber hinaus auch fehlende Werte oder keine Nennungen mit ausgewiesen. Zur Verbesserung der Lesbarkeit der Ergebnisse werden in den Grafiken Prozentwerte unter 5 Prozent in aller Regel nicht ausgewiesen.

Rahmenbedingungen der stationären Versorgung

In dem nachfolgenden Kapitel erfolgt die Darlegung grundlegender Kennzahlen und Entwicklungslinien im Sektor der stationären Versorgung. Diese Grundlegung erlaubt die vorliegenden empirischen Ergebnisse in den Gesamtzusammenhang einzubetten.

Die ausgeführten statistischen Angaben entstammen, insofern nicht anders dargelegt, den nachfolgend genannten Quellen:

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)
- Statistisches Bundesamt (insbesondere Pflegestatistiken des Bundes)
- Statistische Landesämter
- Statistik der Pflegekassen
- Veröffentlichungen der zuständigen Ministerien
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Einbezogen wurden Daten, die bis Januar 2018 ermittelt werden konnten. Limitierend wirkt, dass die aktuellsten Zahlen in den benannten Statistiken (insbesondere in der Pflegestatistik) vom Stichtag 31.12.2015 stammen. Die Daten zur Pflegestatistik 2017 werden aktuell durch das Statistische Bundesamt erhoben. Mit einer Publikation kann erst im Frühjahr 2019 gerechnet werden. Des Weiteren lässt sich limitierend bezogen auf die Datengrundlagen beschreiben, dass Erhebungszeitpunkte in den unterschiedlichen Statistiken zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen, so dass sich zwischen den einzelnen Angaben Unterschiede ergeben können. Insbesondere in den Zeitreihenbetrachtungen sind eigene Berechnungen vorgenommen worden, die unter Bezug auf die oben benannten Statistiken erfolgten.

Das Kapitel gibt einen Überblick über die zentralen gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung sowie der nachfolgenden und aktuellen Reformen. Ebenso wird ein Überblick über die Finanzströme und Entwicklungen im Gesundheits- und Pflegewesen als eine Rahmenbedingung der Versorgung vorgestellt.

Pflegeversicherung und Gesetzesreformen

Mit der 1995 initiierten gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) erhielt Pflegebedürftigkeit eine „öffentliche Anerkennung“ als gesellschaftliches abzusicherndes Risiko³. Die Ziele zur Absicherung eines Pflegebedürftigkeitsrisikos sind u.a. das Angebot qualitativ hochwertiger Pflege unter der Prämisse eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens für die Pflegeempfänger*innen sowie der Auf- und Ausbau einer professionellen Pflegeinfrastruktur.

³ Zuvor waren pflegebedürftige Menschen, insofern sie nicht in der Lage waren, die finanziellen Aufwände zu leisten, auf die Leistungen aus der subsidiären Sozialhilfe angewiesen (welche an sich aber nicht für diesen Fall vorgesehen war). Mit der Einführung der Pflegeversicherung erfolgte demnach auch eine finanzielle Entlastung der Sozialkassen und Kommunen.

Leitend sind die Grundgedanken des Vorzugs der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege und eine Kostenbegrenzung der Leistungen (Naegele 2014).

Die Pflegeversicherung wurde dem Gedanken des Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzips der Sozialversicherungen folgend ausgestaltet. Leistungsansprüche in der vollstationären Pflege werden seit Juli 1996 durch die Pflegeversicherung finanziert⁴.

Die Pflegeversicherung ist eine Pflicht-Versicherung⁵ und als „Teilkaskoversicherung“ angelegt – dies bedeutet, dass Teile der Kosten bei pflegerischen Leistungen privat aufzubringen sind und Hauptrisiken und -bedarfe mit unterstützt werden. Ende 2016 waren mehr als 81 Millionen Menschen in der Pflegeversicherung versichert; davon über 71 Millionen Personen in der sozialen Pflegeversicherung und die restlichen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Leistungen bezogen zu diesem Zeitpunkt ca. 2,9 Millionen Versicherte.

Die Pflegeversicherung trug wesentlich dazu bei, pflegerische Infrastruktur insgesamt zu entwickeln; allerdings stieß und stößt sie als Teilkostenversicherung immer wieder an ihre Grenzen. Qualitätseinbußen bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen und deren finanzielle Belastungen und damit einhergehend Unterstützungsbedarfe aus der Sozialkasse (Hilfen zur Pflege) nehmen zu. Die Forderung nach einer Vollversicherung, welche ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich das Risiko der Pflegebedürftigkeit auffängt, steht zur Diskussion (Lüngen 2012).

Mehrere Reformprogramme der Pflegeversicherung griffen gesellschaftliche Veränderungen und zentral diskutierte Kritikpunkte auf und ermöglichten einerseits Ausweitungen der bestehenden Leistungen und andererseits den Einbezug neuer Personengruppen in die Gruppe der Leistungsberechtigten. Mit den Reformen waren eine Verbesserung der konkreten Situation der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen und somit auch die Stabilisierung der Versorgungssituation insgesamt intendiert.

Die aktuellen Reformen betrafen und betreffen zu einem großen Anteil Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und auch die Nutzungsmöglichkeiten durch Angehörige. Sie sollten verbesserte Möglichkeiten der Leistungsnutzung einführen und ausgestalten, Betreuungspersonal zur Verfügung zu stellen und Maßnahmen zur zusätzlichen Aktivierung und Betreuung veranlassen, Entlastungsangebote auf- und ausbauen, eine verbesserte Pflegeberatung ermöglichen und erleichtern sowie neue Wohnformen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen stärken.

Des Weiteren erfolgte, wenn auch oft als nicht an die Bedarfe angepasst kritisiert, eine Anpassung der Leistungsbeträge zur Finanzierung der gesetzlich veränderten Leistungsoptionen. An dieser Stelle wirkt sich nachteilig aus, dass eine Regeldynamisierung

⁴ Die Pflegeversicherung startete 1995 in zwei Stufen und erst mit der Umsetzung der zweiten Stufe waren Leistungen der vollstationären Pflege refinanzierbar.

⁵ Die Pflichtversicherung folgt dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Demnach ergibt sich hieraus die Mitgliedschaft in der sozialen bzw. der privaten Pflegeversicherung. Unterschiede bestehen nicht im Leistungsgeschehen, sondern in der Beitragsgestaltung und der Kostenregelung.

der Leistungsbeträge nicht im Pflegeversicherungsgesetz verankert ist und über gesonderte Vereinbarungen getroffen werden müssen.

Die Qualitätsdarstellung und -prüfung der stationären Einrichtungen sowie die Bemessung des pflegerischen Personals in der stationären Pflege bildeten zudem zwei weitere zentrale Inhalte bei den Reformen. Ein neu entwickeltes indikatorengestütztes Verfahren zur Darstellung der Ergebnisqualität in vollstationären Einrichtungen, welches die bisherigen, wenig differenzierenden Pflegenoten ablösen soll, wird bis Mitte 2018 entwickelt und soll 2019 eingeführt werden. Das Verfahren zur einheitlichen Bemessung des pflegerischen Personals in der ambulanten und stationären Pflege soll Ende Juni 2020 vorliegen – bisher existieren hier keine bundesweiten einheitlichen Vorgaben.

Die Gesetzesanpassungen bis einschließlich zum ersten Pflegestärkungsgesetz richteten sich stark auf die Ausweitung und Stabilisierung und Sicherung der häuslichen und der teilstationären Pflege sowie die Entlastung pflegender Angehöriger aus (Bundestag 23.12.2014). In der vollstationären Pflege betrafen die Reformen hauptsächlich den Versuch, die medizinische Versorgung durch Anreize und Kooperationen mit Ärzt*innen zu verbessern sowie den Anspruch auf zusätzliche alltagsbegleitende Betreuungsangebote umzusetzen.

Mit dem zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetz (Bundestag 28.12.2015, 28.12.2016, 28.12.2016) rückte auch die stationäre Pflege stärker in den Mittelpunkt. Zum Tragen kommen die Ausweitung zusätzlicher Betreuungsarbeit auf alle pflegebedürftigen Bewohner*innen, der individuelle Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung sowie die Betreuungskräfterichtlinie. Für die teilstationäre Pflege steht zudem de facto aus der Perspektive der Angehörigen mehr Geld zur Verfügung, da nun in der Tages- und Nachtpflege Geld- und Sachleistungen nicht mehr miteinander verrechnet werden. Relevant für vollstationäre Einrichtungen sind, neben höheren Leistungsbeträgen, die Ausweitung der Kurzzeitpflege auf acht Wochen und die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil sichert allen Bewohner*innen von Pflegegrad 2 bis 5⁶ unabhängig von ihrem Pflegegrad den gleichen Betrag bei den privat zu finanzierenden Anteilen der Pflegesätze zu. Die Höhe des Betrags wird von jedem Heim errechnet und ist für die einzelne Einrichtung einheitlich – nicht aber für die Gesamtheit der Einrichtungen. Ziel der Neuerung ist, eine höhere Gruppierung bei den Pflegegraden nicht aufgrund eines höheren privat zu finanzierenden Pflegekostenanteils zu verhindern.

⁶ Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht nicht bei Pflegegrad 1.

RAHMENBEDINGUNGEN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

In der folgenden Abbildung werden die Gesetzesergänzungen und -erweiterungen benannt und zeitlich eingeordnet.

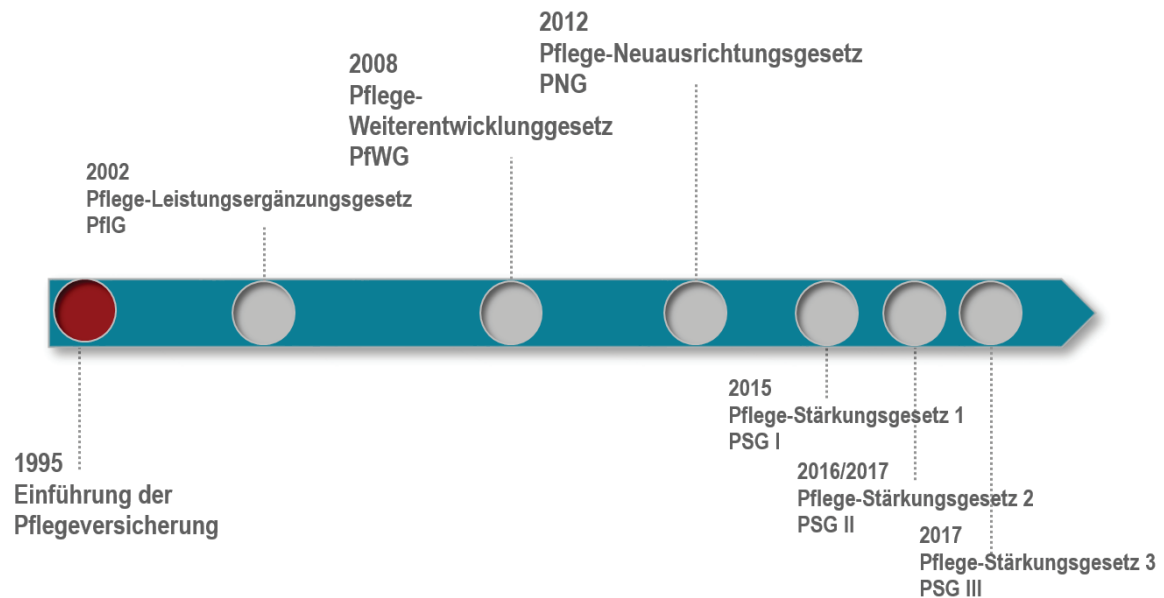


Abbildung 1: Reformen der Pflegeversicherung

Das zweite Pflegestärkungsgesetz ist insofern hervorzuheben, als dass es, neben den oben benannten Reformbeiträgen, die Pflegeversicherung elementar und substantiell verändert. In dieser Reform wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein darauf aufbauendes Begutachtungsinstrument zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Das damit zusammenhängende Verständnis von Pflegebedürftigkeit umfasst körperliche, psychische und kognitive Beeinträchtigungen und berücksichtigt die Selbstständigkeit, Ressourcen und Aktivitäten der Pflegeempfänger*innen. Es ist nicht mehr primär verrichtungsbezogen ausgerichtet.

Das Begutachtungsinstrument erfasst die Bereiche

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit Krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie die
- Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

Die Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegeempfänger*innen und vorhandene Hilfe- und Unterstützungsbedarfe werden aus dem System der Pflegestufen in fünf Pflegegrade überführt. Pflege- und Hilfebedarf muss zudem, wie auch schon vorab, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind in den Einrichtungen auch im Rahmen der Vertrags- und Vergü-

tungsvereinbarungen die Personalstrukturen und -schlüssel zu überprüfen und anzupassen⁷.

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz erfolgte neben der notwendigen Regelung zum PSG II eine Neuausrichtung bzw. Ausweitung auf kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bei der Entwicklung von regionalen Pflegeberatungsstrukturen und der kommunalen Sozialraumentwicklung.

Ergänzend können bei bestehender Pflegebedürftigkeit auch Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt werden – für stationäre Einrichtungen ist die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege von Relevanz. Die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Personen kann durch die in Anspruch genommenen Leistungen, die derzeit in der Regel nicht die entstehenden Kosten der Pflegebedürftigkeit vollständig abdecken, stark ansteigen. In den letzten Jahren wuchs der individuell zu finanzierende Teil deutlich. Insofern das Haushaltseinkommen dies nicht trägt, besteht die Option, nachrangig zu den aufzubringenden Beiträgen für notwendig eingestufte Leistungen wie bspw. für Eigenanteile bei der stationären Unterbringung „Hilfe zur Pflege“ aus der Sozialversicherung zu beantragen. Ergänzende weitere Unterstützung erfolgt auch durch andere Ausgabenträger der öffentlichen Haushalte, wenn auch in geringerem Maße, wie bspw. durch die Kriegsofopferfürsorge.

Die zukünftige Güte der Absicherung von Pflegebedürftigkeit wird durch den Grad der gesellschaftlichen Unterstützung, durch das regionale Angebotsportfolio der ambulanten und stationären Versorgung in der Pflege sowie alternative Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, das tatsächliche Verhältnis von Fachkräften zu Hilfskräften sowie den technischen Fortschritt und die Digitalisierung beeinflusst werden bzw. zu gestalten sein. Die Passgenauigkeit der Ansätze, die Entwicklung von Hilfe- und Pflegemixen und Pflegearrangements in den Familien sind in diesem Zusammenhang weiter zu entwickeln (Hoberg et al. 2013). Kommunale Strukturierungen der Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsformen sowie die Quartiers- und Sozialraumentwicklung werden dies ebenso beeinflussen. Für die zukünftigen finanziellen Entwicklungen der Pflegeversicherung werden bspw. regelmäßige Leistungsdynamisierungen diskutiert.

Darüber hinaus muss an dieser Stelle auf die zentrale Bedeutung und regional unterschiedlich ausgeprägte häusliche Versorgung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte verwiesen werden, die in einem erheblichen Anteil das System der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit unterstützen (Karakayali 2007; Isfort und Neuhaus 2009; Lutz 2007; Arend und Klie 2017). Die damit verbundene Diskussion über Rahmenbedingungen, Notwendigkeiten und Optionen der weiteren Einbindung in das Versor-

⁷ In den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein dienen landeseinheitliche Personalrichtwerte bzw. -korridore als Vorgabe; in den anderen Bundesländern geschah dies bislang noch einrichtungsindividuell Deutscher Bundestag 2018, 11.

gungssystem unter regulierten und fairen Bedingungen kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht umfassend geleistet werden (Steffen 2015). Es liegen bezüglich der konkreten Anzahl keine validen Kennzahlen für Deutschland vor. Unterschiedliche Autor*innen gehen aber davon aus, dass die Anzahl bei bis zu rund 300.000 Menschen liegen kann, die über das Jahr betrachtet in Deutschland in privaten Haushalten Unterstützungsleistungen anbieten (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2017).

Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung

Im Rahmen des vorliegenden Studienberichts soll keine gesundheitsökonomische Analyse und Bewertung bezogen auf die Aufwendungen in der stationären Versorgung und der ökonomischen Gesamtsituation der antwortenden Einrichtungen erfolgen. Dazu bedarf es einer konkreten Analyse von harten Kennzahlen und der Analyse von Geschäftsberichten.

Diesbezogen liegen anderweitig umfassende Analysen zur ökonomischen Situationsbeurteilung vor (Heger et al. 2017; Augurzky et al. 2015)⁸. Dennoch bedarf es zur Einordnung der Angaben (insbesondere zu den Einschätzungen zur finanziellen Situation) einer Betrachtung der finanziellen Ausgabenentwicklungen im Bereich der Pflegeversicherung.

Das Bundesministerium für Gesundheit weist auf seiner Homepage jeweils aktualisiert die Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung aus.⁹ Die aktuellen Kennzahlen liegen für das Jahr 2017 vor. Die Leistungsausgaben sowie (entsprechend) die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung stiegen seit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich und deutlich an. Insbesondere sind zwischen 2015 und 2017 stark sprunghafte Steigerungen zu erkennen. So stiegen die Gesamtausgaben von 29 Mrd. Euro auf insgesamt 38,5 Mrd. Euro an. Eine solche Steigerung in einem Zweijahreszeitraum war bislang nicht zu beobachten und kann kausal auf die gesetzgeberischen und damit leistungsbezogenen Veränderungen zurückgeführt werden. Bis 2007 stiegen die Ausgaben im Zweijahreszeitraum eher moderat an und blieben jeweils deutlich unter der Milliardengrenze. In der Folge stiegen die Ausgaben jeweils deutlicher an (1,99 Mrd. Euro zwischen 2009 und 2007 und um 1,6 Mrd. Euro zwischen 2011 und 2009).

Zwischen 2017 und 2015 jedoch sind Mehrausgaben in Höhe von 4,8 Mrd. Euro zu verzeichnen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurden somit auch erhebliche Mehrausgaben realisiert, die durch eine Beitragssteigerung gegenfinanziert wurde. Die Beiträge der abhängig Beschäftigten, freiwillig Krankenversicherten sowie die Beiträge aus Renten sind um 5,1 Mrd. Euro angewachsen.

⁸ Als Grundlage für das Rating der Pflegeheime dienen über 400 Jahresabschlüsse von rund 2.000 Pflegeheimen.

⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/#c3236>

RAHMENBEDINGUNGEN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Bezogen auf die unterschiedlichen Ausgabenanteile entfielen für das Jahr 2017 ein Drittel der Ausgaben auf die vollstationäre Pflege. Der Anteil der Pflegegeldleistungen betrug 25,9 %. Für Pflegesachleistungen (der ambulanten Pflege) wurden 11,7% des Ausgabenanteils aufgewendet. Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege gemeinsam machen im Bereich der Ausgaben einen Anteil von lediglich 4,5 % aus. Auch die Tagespflege macht hier nur einen Anteil von 1,8 % aus.

Bezeichnung	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
in Mrd. €												
Einnahmen												
Beitrageinnahmen	8,31	15,77	16,13	16,56	16,61	17,38	17,86	21,19	22,13	24,86	30,61	36,04
davon												
Beiträge für abhängig Beschäftigte	4,70	8,78	8,97	9,21	9,32	9,67	10,38	12,47	12,83	14,37	17,75	21,05
Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte	1,34	2,65	2,84	3,09	2,41	2,47	2,35	2,65	3,19	3,82	4,75	5,66
Beiträge aus Renten	1,46	2,70	2,79	2,89	3,31	3,37	3,40	4,01	4,08	4,41	5,38	6,28
Beiträge für versicherte ALG I-Empfänger	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,33	0,40	0,31	0,37	0,41	0,43
Beiträge für versicherte ALG II-Empfänger	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,57	0,64	0,61	0,66	0,79	0,91
sonstige Beiträge	0,31	0,58	0,60	0,63	0,71	0,78	0,83	1,01	1,10	1,25	1,53	1,72
Sonstige Einnahmen	0,09	0,17	0,19	0,25	0,25	0,12	0,16	0,12	0,11	0,09	0,08	0,06
Einnahmen insgesamt	8,40	15,94	16,32	16,80	16,86	17,49	18,02	21,31	22,24	24,96	30,69	36,10
Ausgaben												
Leistungsausgaben	4,42	14,34	15,55	16,03	16,64	16,98	17,45	19,33	20,89	23,17	26,64	35,54
davon												
Geldleistung	3,04	4,32	4,24	4,11	4,11	4,05	4,03	4,47	4,74	5,69	6,46	9,99
Pflegesachleistung	0,69	1,77	2,13	2,29	2,38	2,40	2,47	2,75	2,98	3,37	3,70	4,50
Verhinderungspflege	0,13	0,05	0,07	0,11	0,16	0,19	0,24	0,34	0,44	0,59	0,88	1,12
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,04	0,05	0,07	0,08	0,08	0,09	0,15	0,21	0,28	0,41	0,68
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,03	0,19	0,33	0,44	0,68	1,23
Kurzzeitpflege	0,05	0,10	0,12	0,15	0,16	0,21	0,24	0,31	0,35	0,41	0,50	0,60
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	1,18	1,13	0,98	0,95	0,90	0,86	0,88	0,87	0,88	0,96	1,54
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,19	0,32	0,40	0,31	0,31	0,32	0,36	0,38	0,34	0,44	0,76	0,88
Vollstationäre Pflege	0,00	6,41	7,18	7,75	8,20	8,52	8,83	9,29	9,71	10,06	10,74	13,00
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,13	0,20	0,21	0,23	0,23	0,24	0,25	0,26	0,26	0,28	0,40
Stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,50	0,58	1,03	1,31
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,08	0,07	0,09	0,09
Sonstige Leistungsausgaben	0,00	0,01	0,02	0,04	0,04	0,05	0,06	0,06	0,06	0,11	0,14	0,20
Halbte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,23	0,24	0,25	0,26	0,28	0,27	0,31	0,32	0,36	0,37	0,42
Verwaltungsausgaben ²⁾	0,32	0,56	0,55	0,57	0,59	0,59	0,62	0,68	0,71	0,79	0,89	1,18
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	1,36
Sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	4,97	15,14	16,35	16,87	17,56	17,86	18,34	20,33	21,93	24,33	29,01	38,52

Abbildung 2: Ein- und Ausgaben der Pflegeversicherung

Betrachtet man in diesem Zusammenhang jedoch die 10-Jahres-Entwicklung und wendet man den Blick auf die Veränderungen der Relativanteile der Ausgaben, so fällt auf, dass 2007 der Anteil der Aufwendungen für die vollstationäre Pflege noch bei 48,1 % der Ausgaben lag, der des Pflegegeldes mit 22 % niedriger ausfiel als in 2017 und die Pflegesachleistungen im Gegensatz dazu anteilsbezogen im Betrachtungszeitraum sanken (von 13,5 % auf 11,7 %). Damit zeigen sich in der Gesamtarchitektur der Leistungsausgaben Verschiebungen hin zu einem höheren Anteil an Pflegegeldleistungen. Dies stützt prinzipiell die Zielrichtung der Politik, die ambulante und häusliche Versorgung zu stärken.

Sind die Ausgaben für die stationäre Versorgung zwar in der Summe der Ausgaben die größte Kostenposition, so sind hier jedoch offensichtlich die relativen Anteile deutlich gesunken. Für den stationären Bereich muss jedoch hingewiesen werden auf den Anteil von 3,4% für stationäre Vergütungszuschläge, die in 2007 noch nicht finanziert wurden. Addiert man diesen Anteil zu den Leistungsausgaben für die vollstationären Einrichtungen hinzu, so werden 2017 insgesamt 37,1 % der Ausgaben im Gegensatz zu 48,1 % in 2007 aufgewendet. Geht man von einem analogen Anteil in 2017 gegenüber dem Jahr 2007 aus, so wären insgesamt 4,2 Mrd. Euro mehr für die vollstationäre Pflege aufgewendet worden. Der relative Anteil der Ausgabenentwicklung sinkt für die vollstationäre

Pflege dabei seit 2007 kontinuierlich ab. Bemerkenswert in der 10-Jahres-Betrachtung ist, dass der relative Ausgabenanteil für die Kurzzeitpflege nahezu unverändert bleibt. Lag er 2007 noch bei 1,3 %, so stieg er in der Zwischenzeit bis 2017 lediglich auf 1,6 %. Eine deutlichere Veränderung erfährt hier die Verhinderungspflege, die von 1,3 % auf 2,9 % der Kostenanteile stieg.

Entwicklungen der stationären Versorgung

Die Zunahme an pflegebedürftigen Menschen stellt jetzt und in Zukunft eine gesellschaftliche Herausforderung dar – im nachfolgenden Kapitel werden zentrale Entwicklungen der Kennzahlen der pflegebedürftigen Personen in Deutschland in allen Versorgungsformen sowie in der stationären Pflege vorgestellt und es wird der Ausbau der pflegerischen Infrastruktur fokussiert. Darüber hinaus werden auch prognostische Einschätzungen aus unterschiedlichen Studien benannt.

Pflegebedürftige Menschen in Deutschland

In 2015 waren im Sinne des elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI) bundesweit 2.860.293 Menschen pflegebedürftig - dies entspricht einer Pflegequote in der Bevölkerung¹⁰ von 3,5 %. In Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland, lebten mit über 638.000 die meisten pflegebedürftigen Personen.

Bundesweit erhöhte sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen zwischen 1999 und 2015 um mehr als 844.000 Personen – in allen Bundesländern zeigen sich, wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägt, ebenso deutliche Steigerungen gegenüber dem ersten Jahr der Erfassung durch die Pflegestatistik. Insgesamt sind seit der Erfassung der Grunddaten im Rahmen der Pflegestatistik zwischen 1999 und 2015 Anstiege der Anzahl der Pflegebedürftigen um 41,9 % ausgewiesen. In Schleswig-Holstein und Bayern sind geringere Wachstumsraten nachzuvollziehen (jeweils um ca. 18 %). Prozentual am stärksten stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt im benannten Zeitraum in Mecklenburg-Vorpommern sowie in Brandenburg (jeweils ca. 74 %).

Die nachfolgende Abbildung weist die Veränderungen der als pflegebedürftig eingestuft Menschen in den jeweiligen Bundesländern in der Zeitreihe von 1999 bis 2015 sowohl prozentual als auch numerisch aus.

¹⁰ Die Pflegequote repräsentiert die Pflegewahrscheinlichkeit und stellt den Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe dar. Für Berechnungen der statistischen Ämter zur Pflegewahrscheinlichkeit sind, im Gegensatz zu den Vorjahren, nur geringe Verzerrungen für die Statistiken ab 2011 zu erwarten. Bei diesen Daten bestand die Möglichkeit, den letzten Zensus aus dem Jahr 2011 heranzuziehen.

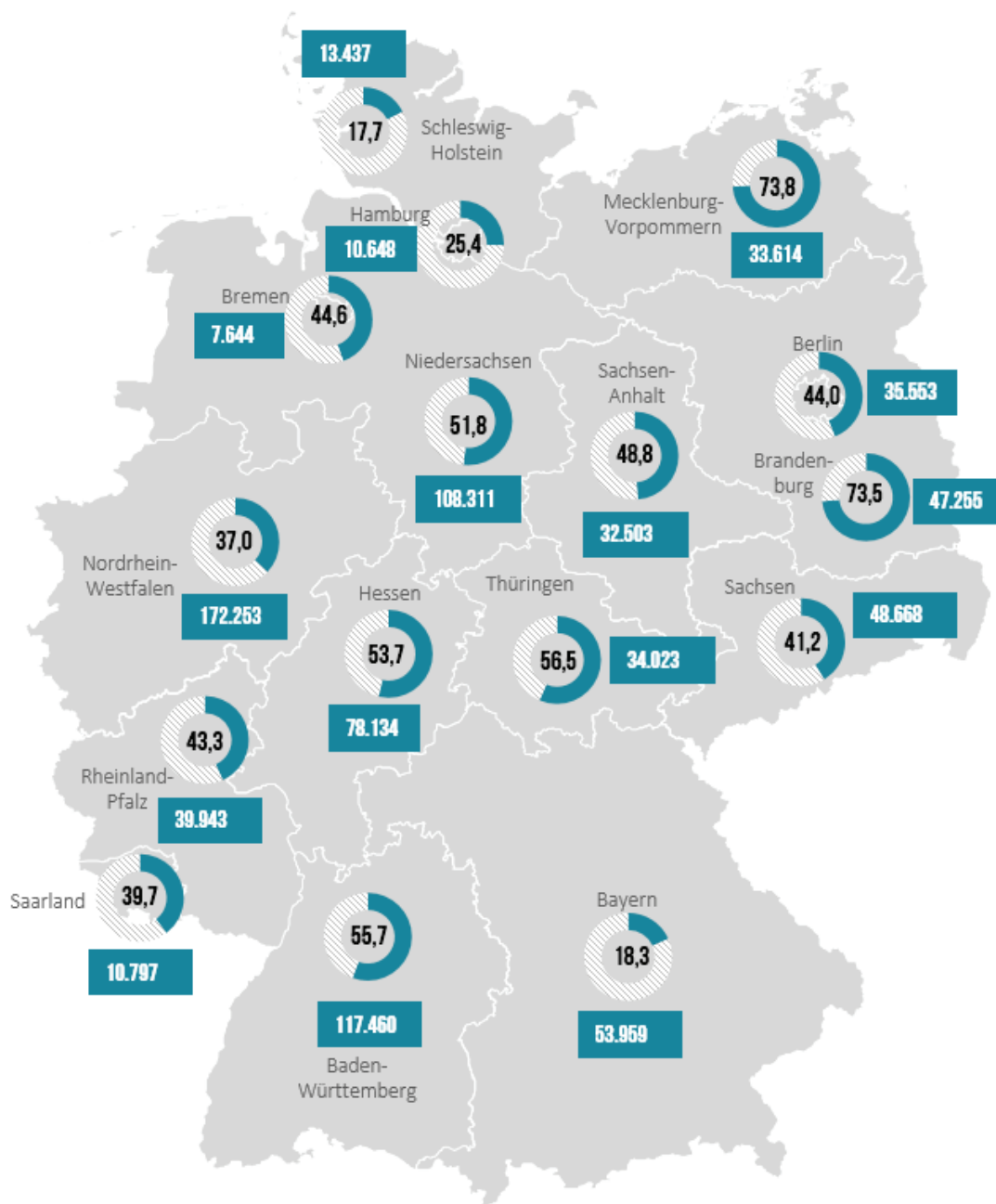


Abbildung 3: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Bundesländern

Alter bzw. Hochaltrigkeit steht als demografischer Faktor mit Pflegebedürftigkeit in einem Zusammenhang; es ist ein entscheidender Faktor für die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit¹¹. Weitere derzeit diskutierte bestimmende Faktoren von Pflegebedürftigkeit, die diese und ihre Ausprägungen erklären, sind bspw. Krankheit, soziale Lebenslagen

¹¹ Das größte Risiko der Pflegebedürftigkeit bestand demnach für Frauen, die über 90 Jahre waren, mit einer Pflegequote von fast 70 %. Lebten sie in Mecklenburg-Vorpommern, so stieg die Quote gar auf mehr als 83 %.

(Bauer und Büscher 2008; Blinkert 2005; Schulz-Nieswandt et al. 2014), subjektive Gesundheit und psychisches Wohlbefinden bspw. (Blüher et al. 2017; Görres et al. 2016). Ergänzend ist zu betonen, dass die tatsächliche Anzahl an Personen, welche in der Alltagsbewältigung auf Hilfe und Unterstützung in pflegerelevanten Fragen angewiesen sind, höher als die in diesem Bericht angeführten amtlichen Kennzahlen ist. Der Hilfebedarf dieser Menschen entspricht jedoch nicht den Kriterien des SGB XI und führt nicht zu leistungsrechtlichen Ansprüchen.

Die Versorgung der fast 2,9 Millionen pflegebedürftigen Personen wird über Pflegegeld, ambulante Pflege, vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege sichergestellt. Eine stationäre Unterbringung erhielten deutschlandweit mehr als $\frac{1}{4}$ der pflegebedürftigen Menschen (27 %) und rund $\frac{3}{4}$ der Leistungsempfänger*innen wurden in der eigenen Häuslichkeit mit oder ohne Unterstützung durch einen ambulanten Dienst versorgt (73 %). Differenziert man diesen Anteil der in der Häuslichkeit versorgten Personen leistungsrechtlich, so nahm fast die Hälfte (48 %) der zu Hause Lebenden Pflegegeld in Anspruch und fast $\frac{1}{4}$ der Betroffenen (ca. 24 %) waren zudem ergänzend oder ausschließlich durch ambulante Dienste versorgt. Angebote der teilstationären Pflege nutzten ca. 3 % der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen.

Der Medizinische Dienst der Kassen führte erstmals in 2017 Begutachtungen auf Pflegebedürftigkeit nach dem neu eingeführten Pflegebegriff durch, insofern keine zwangsläufige Überführung in das neue System erfolgen konnte. Die Bewilligungsquote ist mit 83 % höher als unter dem alten System, wo sich die Quote stabil zwischen 70 und 80 % hielt. Die Zeit, in der ein Begutachtungsantrag bearbeitet wurde, erhöhte sich. Im Oktober 2017 betrug die Dauer fast 31 Tage¹², während im Oktober 2016 unter der Begutachtung nach Pflegestufen noch knapp über 18 Tagen zu veranschlagen waren. In Bezug auf die Entwicklung der Erst-, Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen sowie der Widersprüche nach dem neuen System können noch keine validen Aussagen getroffen werden. Bei den Erstbegutachtungen nach Pflegestufen blieb der Anteil an Erstbegutachtungen sowie Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen und Widersprüchen seit 1998 konstant und unterlag keinen großen Schwankungen. Nachvollziehen lässt sich, dass es sich seitens der Betroffenen etabliert zu haben scheint, zu Beginn der Pflegebedürftigkeit einen Antrag auf Bewilligung zu stellen. Aus der sozialen Pflegeversicherung sind bereits Zahlen zu den neu geltenden Pflegegraden veröffentlicht. Ende Juni 2017 war der Großteil der pflegebedürftigen Personen jeweils mit 45 % und 28 % in Pflegegrad 2 und 3 eingruppiert. Leistungen des Pflegegrads 4 bekamen 16 %, gefolgt von 8 % in Pflegegrad 5 und 3 % in Pflegegrad 1¹³.

Bei der Überleitung in das neue System der Pflegebedürftigkeit wurden Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz mittels eines sogenannten „einfachen Stufen-

¹² Seit dem 01.01.2018 gilt wieder, dass innerhalb von 25 Arbeitstagen der Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beantwortet ist.

¹³ Ein Abgleich zu den Vorjahren ist an dieser Stelle nicht gegeben, da die Eingruppierung zuvor anhand des Systems der Pflegestufen erfolgte.

sprungs“ in den nächst höheren Pflegegrad überführt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhielten den „doppelten Stufensprung“ in den übernächsten höheren Pflegegrad. Rothgang (Rothgang et al. 2017) verweist in diesem Zusammenhang für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Übergangsphase auf den sogenannten „Zwillingsseffekt“. Hierbei besteht die Problematik, dass die mittels Stufensprung in das neue Pflegebedürftigkeitssystem „großzügig“ eingruppierten Bewohner*innen zu Beginn zu Mehreinnahmen führen werden – die sich dann allerdings im Rahmen von Nachbelegungen, insofern die zuvor benannten Bewohner*innen versterben oder ausziehen, wieder reduzieren. Dies aufgrund der Tatsache, dass vergleichbar pflegebedürftige neue Bewohner*innen („Zwillings“), die mittels des neuen Begutachtungsassessments eingruppiert werden, niedrigere Pflegegrade erhalten (im Vergleich zu den eingruppierten Bewohner*innen mittels Stufensprung). Das Risiko in der Folge besteht darin, dass das Personalbudget sich bei einer Nachbelegung ggf. wieder reduziert, obwohl der Pflegeaufwand identisch ist.

Vorausberechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit finden sich in zahlreichen Gutachten (bspw. Rothgang et al. 2017; Rothgang et al. 2016; Braeseke et al. 2015; (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014); Schulz 2012; Ehrentraut 2012; (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010) und prognostizieren unterschiedliche Zahlen. Für 2030 bspw. bewegen sich die Vorausagen von 3 bis zu 3,9 Millionen pflegebedürftigen Personen. In 2050 könnten etwa zwischen 4,5 und 4,9 Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Allen untersuchten Studien gemeinsam ist, dass sie, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, so von einer deutlichen erwartbaren Steigerung ausgehen.

Die Studien divergieren methodisch und demnach auch in den Ergebnissen. Es werden unterschiedliche Zieljahre betrachtet sowie unterschiedliche Annahmen zur generellen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit als Grundlagen in die Berechnung einbezogen. Neben der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung und der anzunehmenden Pflegefallhäufigkeit sind die verbrachten Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit häufig ein zentrales Kriterium. Mit der Kompressionsthese wird die Annahme verbunden, dass die Anzahl der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Jahre bei steigender Lebenserwartung sinkt; bei der Medikalisationsthese dagegen wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Jahre bei steigender Lebenserwartung zunimmt. Mit der Status-quo-These dagegen wird eine konstante Pflegewahrscheinlichkeit in der Zukunft vorausgesetzt. In den meisten Prognosen präferieren die verantwortlichen Personen die Status-quo- oder die Kompressions-These.

Hervorzuheben ist, dass diese deutschlandweiten Prognosen überwiegend nicht auf einzelne Regionen heruntergebrochen werden. In den Regionen oder Kommunen können die jeweilige Situation und die Höhe der zu erwartenden pflegebedürftigen Menschen sehr divergieren, da heterogene Verteilungen insbesondere in der Gruppe der hochaltrigen Personen von über 80 Jahren bestehen. Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird daher regional differenziert zu bewältigen sein.

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen

857.302 Personen erhielten in Deutschland 2015 voll- und teilstationäre Versorgung. In der vollstationären Langzeitpflege entsprach dies mehr als 783.000 betreuten Menschen; in der teilstationären Pflege über 73.000 Personen. Von 1999 bis 2015 ist in der stationären Langzeitpflege ein Zuwachs an zu versorgenden Personen von ungefähr 50 % zu beobachten. Die steigenden Kennzahlen verweisen auf den Bedeutungszuwachs der stationären Langzeitpflege.

Rund 30 % aller Pflegebedürftigen wurden in 2015 im Rahmen einer vollstationären Unterbringung betreut – die Anzahl der zu versorgenden Personen wuchs kontinuierlich und ist demnach ein tragender und essentieller Sektor bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

In allen Bundesländern erhöhte sich die Anzahl der in der stationären Langzeitpflege versorgten Personen seit 1999 deutlich, auch wenn die Zuwächse jeweils unterschiedlich stark ausfallen. Im Bundesdurchschnitt ist eine prozentuale Zunahme um 49,6 % zu beobachten – in den Bundesländern variieren die prozentualen Entwicklungen jedoch erheblich. Besonders hohe Zuwachsraten waren mit 93 % in Thüringen und mit 84 % in Brandenburg zu beobachten. In Hamburg dagegen stieg die Zahl prozentual nur um 23 % an.

Numerisch jedoch bedeuten diese unterschiedlichen prozentualen Entwicklungen mitunter recht homogene Zuwächse. So beziffert sich der prozentuale Zuwachs in Thüringen (93 %) in einer Steigerung um 13.239 Personen. In Sachsen-Anhalt sind es bei einer ähnlichen Anzahl (13.824) 78,5 % Steigerung und in Brandenburg (13.236) 84,4 %. Numerisch am höchsten stieg die Anzahl in Nordrhein-Westfalen (45.553), Niedersachsen (42.047), Baden-Württemberg (35.558) und Bayern (32.148). Die prozentualen Steigerungen hängen daher u.a. auch unmittelbar mit der Infrastrukturentwicklung zusammen und mit einem deutlicheren Aufbau an stationären Pflegeeinrichtungen in den ostdeutschen Bundesländern, sodass eine Aufnahme auch zunehmend ermöglicht wurde.

Die größte Anzahl der stationär zu versorgenden Personen in 2015 war bundesweit und in den einzelnen Ländern den Pflegestufen 1 und 2 eingruppiert. Diese Verteilung lässt sich seit 2007 in allen Ländern beobachten. Allerdings nahm innerhalb der Pflegestufen die Tendenz zu einer stationären Versorgung in der Langzeitpflege gegenüber der ambulanten Versorgung mit den Pflegestufen 2 und noch mehr in Pflegestufe 3 zu.

In der folgenden Abbildung kann die Anzahl der stationär betreuten pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Bundesländern in einer zeitlichen Entwicklung zwischen 1999 und 2015 sowohl prozentual als Steigerung als auch numerisch in der Anzahl entnommen werden.

ENTWICKLUNGEN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

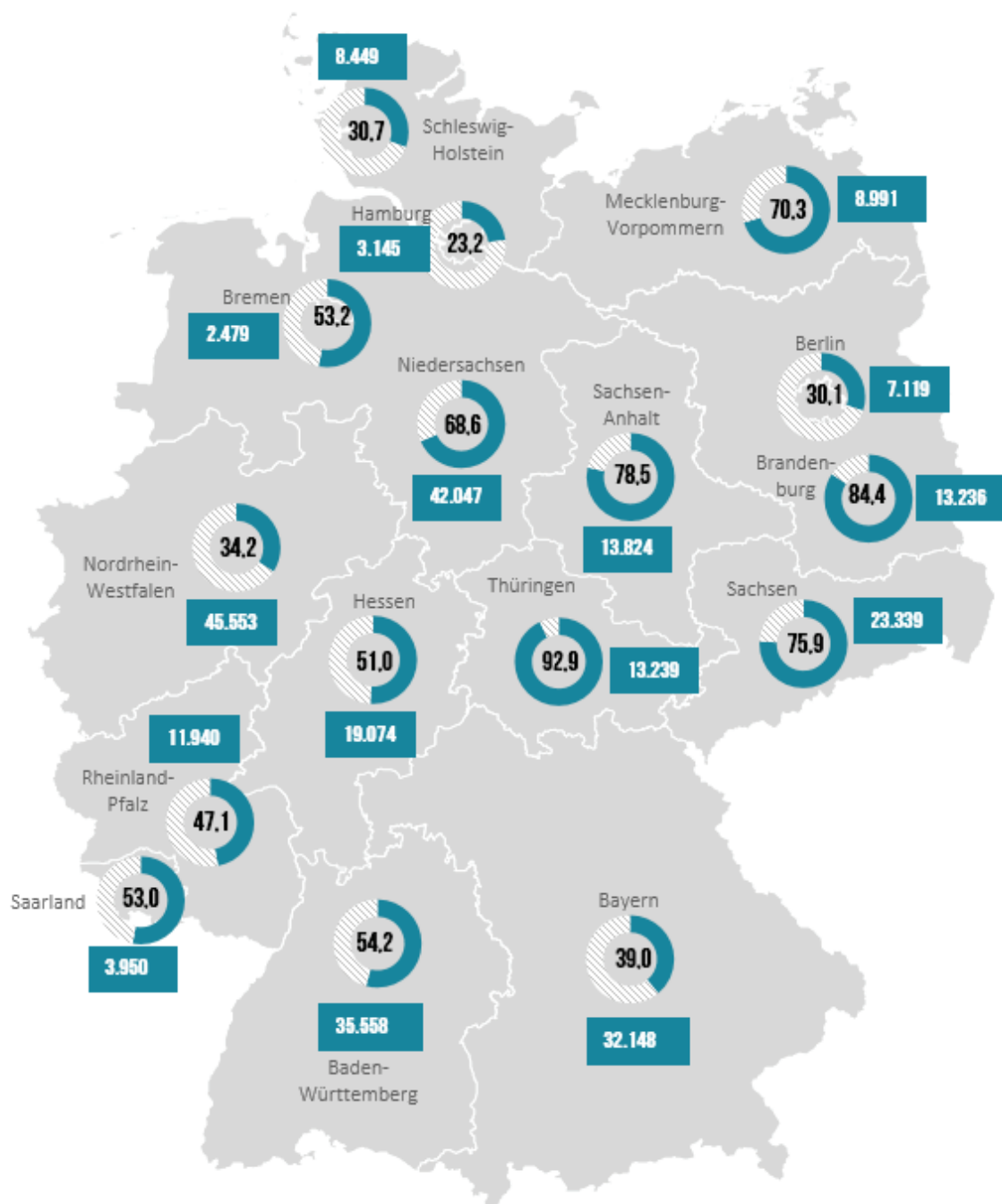


Abbildung 4: Entwicklung Pflegebedürftige in Einrichtungen nach Bundesländern

Die Versorgungsanteile in der stationären Pflege waren in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Höhere Anteile an vollstationärer Versorgung existierten mit ca. 40 % in Schleswig-Holstein und mit 33 % in Bayern und Niedersachsen; geringere fanden sich mit 26 % in Brandenburg und mit 25-27 % in Berlin, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Als ursächlich für die Unterschiede diskutiert werden u.a. das Fehlen einer passgenauen ambulanten Pflegeinfrastruktur in den Ländern mit einem hohen Anteil an

stationärer Versorgung, Wanderbewegungen von Pflegebedürftigen aufgrund von niedrigeren Heimentgelten sowie die variierende Altersstruktur der Bevölkerung in den Bundesländern (bspw. Rothgang et al. 2012). Weitere Gründe sind die Bedeutung des Pflegegelds im Rahmen der finanziellen Strukturierung der Familieneinkommen und die oben benannte Entwicklung im Rahmen der Beschäftigung von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften in den Privathaushalten mit Pflege- und Unterstützungsbedarf.

Die prognostische Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der vollstationären Pflege berechnen Braeseke et al, für das Jahr 2030. Da unterschiedliche Szenarien als Grundlage genutzt werden, kommen sie zu 0,91 bis 1,09 Millionen in der vollstationären Pflege zu betreuenden Personen – dies ginge mit einem zusätzlichen Bedarf von 46.000 bis 232.000 vollstationären Plätzen einher (Braeseke et al. 2015). Die Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforschung geht in einem Gutachten von 2016 von einer Lücke in 2030 von rund 2.400 Einrichtungen und rund 160.000 Heimplätzen aus (Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH 2016).

Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

13.596 stationäre Pflegeeinrichtungen existierten in 2015 deutschlandweit und 928.939 Plätze für Personen standen zur Verfügung. Von 1999 bis 2015 besteht ein Zuwachs bei den stationären Einrichtungen von 53,5 %; bei den zur Verfügung stehenden Plätzen von 44 %.

Gegenüber dem Jahr 1999 weist die Pflegestatistik 2015 insgesamt bundesweit rund 4.740 zusätzliche Einrichtungen und fast 285.000 mehr Heimplätze auf. Bundesweit entstehen durchschnittlich über die Jahre betrachtet pro Jahr rund 300 neue Einrichtungen der teil-/vollstationären Versorgung. Dabei liegen, bezogen auf die regionale Verteilung, unterschiedliche Entwicklungen vor. Die Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen in teil-/vollstationären Einrichtungen in den ostdeutschen Bundesländern korrespondiert daher mit der Neugründung von Einrichtungen insgesamt. So sind in Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gegenüber den ersten Veröffentlichungen der Pflegestatistik deutlich mehr Einrichtungen hinzugekommen – sie haben sich in der Tendenz in diesem Zeitraum verdoppelt. Ebenso stieg hier auch die Zahl der Heimplätze deutlicher an als in anderen Bundesländern.

Festgehalten werden kann jedoch, dass in den großen und bevölkerungsreichen Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bayern und Baden-Württemberg rund 60 % aller stationären Einrichtungen und Heimplätze vorzufinden sind.

In der folgenden Grafik werden gegenüber dem ersten Erfassungsjahr sowohl die prozentualen Steigerungen der Anzahl der Einrichtungen dargestellt als auch der nominelle Anstieg der Anzahl der Einrichtungen.

ENTWICKLUNGEN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

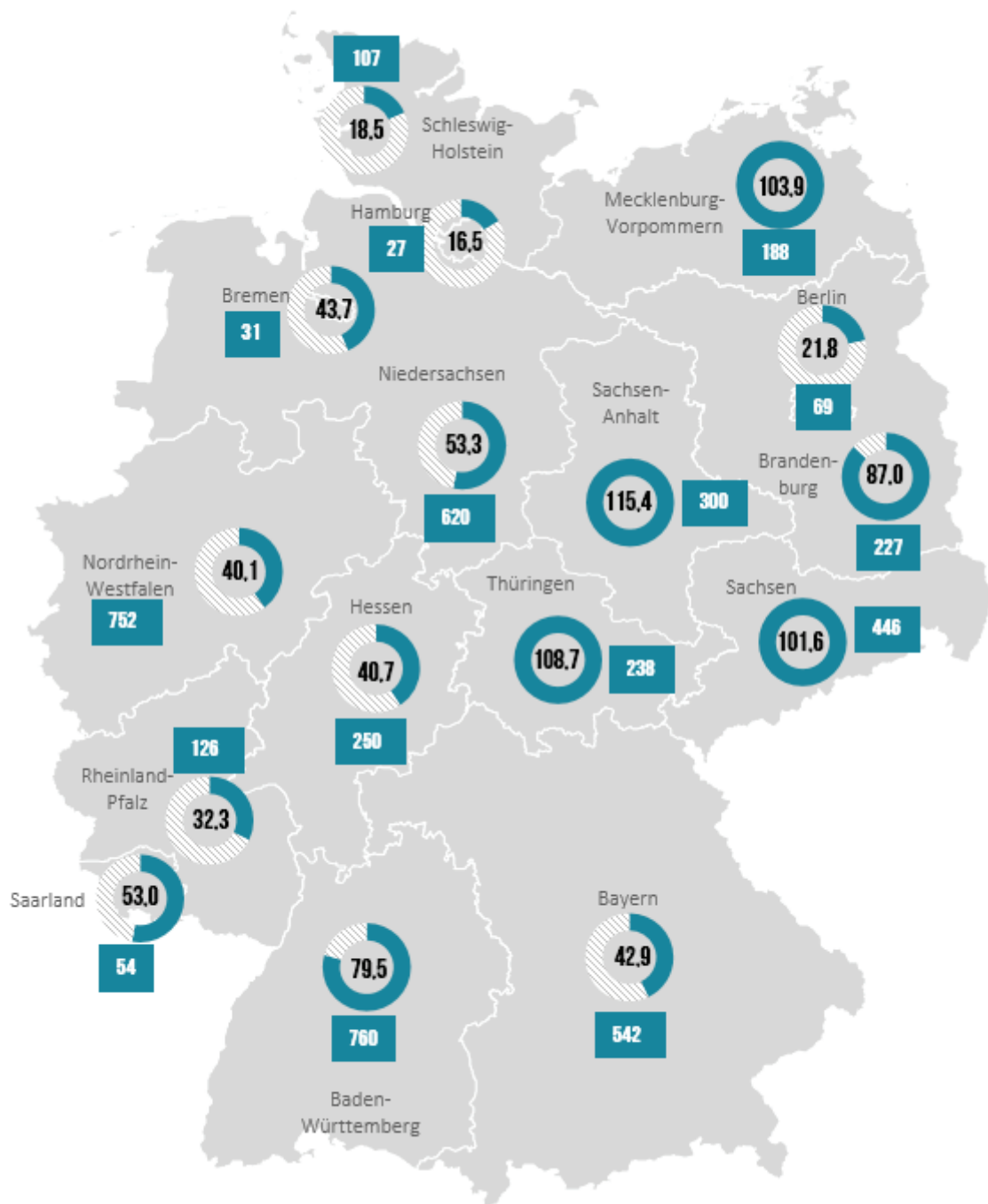


Abbildung 5: Entwicklung Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Bezogen auf die durchschnittlichen Heimgrößen weisen die Daten der Pflegestatistik die nachfolgenden Kerndaten aus: Durchschnittlich standen in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege 63 Bettplätze für pflegebedürftige Personen zur Verfügung. Damit sank die durchschnittliche Größe der Einrichtungen, die 2001 mit rund 74 Plätzen ihren Höchststand hatte, tendenziell ab. Dies ist im Zusammenhang mit der Erhöhung der Einbettzimmer-Quoten zu diskutieren.

Bezogen auf die Trägerschaft, liegen die folgenden Daten vor: Der Anteil der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft dominierte mit 53 %, gefolgt von Heimen in privater Trägerschaft mit 42 %. Öffentlich getragene Einrichtungen bildeten mit nur 5 % einen geringen Anteil.

Mit 55 % sind die meisten zur Verfügung gestellten Bettplätze von Einrichtungen in privater Trägerschaft, gefolgt von freigemeinnützigen (39 %) und öffentlichen Trägern (6 %). Vergleicht man die Entwicklung seit 1999, so nahm bundesweit der Anteil an Pflegeheimen in privater Trägerschaft um 7 % zu und die Bettplätze bei privaten Trägern stiegen um 13 %. In nördlichen und östlichen Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) stieg der Anteil von Einrichtungen in privater Trägerschaft im benannten Zeitraum überproportional an (von 17 bis zu 21 %). Der jeweilige bundesweite Anteil bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Träger sank dagegen ab.

In 2015 betrug die Auslastung aller zur Verfügung stehenden Plätze in der stationären Langzeitversorgung mit Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 89,3 %. In der vollstationären Dauerpflege betrug der Wert 87,6 %; zuzüglich der Personen mit Pflegebedürftigkeit ohne Pflegestufe wurde eine Auslastung von 91,4 %¹⁴ erreicht.

In der Zeit von 1999 bis 2015 stieg die Anzahl der Plätze in der vollstationären Dauerpflege um 39 %. In 2015 boten 11.164 Einrichtungen Dauerpflege an und mit 63 % hatte der Großteil der Einrichtungen ausschließlich Dauerpflege als Leistungsangebot. Dieser Wert lag 1999 bei 72 %, in 2011 sank er erstmals unter 70 %. Ein breites Portfolio aus Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege sowie evtl. Nachtpflege existierte lediglich in 3% der Einrichtungen. Seit 1999 ist dieser Anteil nicht ansteigend. In der Tendenz nahm auch der Anteil an stationären Einrichtungen ab, die weitere Leistungen anboten. Dies sind bspw. eine Anbindung an eine Wohneinrichtung wie ein Altenwohnheim oder betreutes Wohnen, ambulante Leistungen, eine Anbindung an ein Krankenhaus, eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder ein Hospiz sowie an einen Dienst oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe oder eine medizinische Versorgung nach SGB V durch eine/n im Heim beschäftigte/-n Ärztin/Arzt. Während 1999 fast $\frac{1}{3}$ der Einrichtungen weitere Sozialleistungen im Angebot hatte, waren dies 2015 lediglich noch $\frac{1}{4}$.

In der Kurzzeitpflege liegt im zeitlichen Abgleich von 1999 zu 2015 ein Zuwachs von 9 % an Plätzen vor. Hierbei ist jedoch hervorzuheben, dass von 2013 auf 2015 die Kurzzeitpflegeplätze sich um 2 % reduzierten. Dies kann im Kontext der Auslastung sowie der Umstrukturierungen der Einrichtungen (Einbettzimmer) diskutiert werden und zieht nachfolgend auch Probleme nach sich, die z.B. im Rahmen der Suche nach einer Möglichkeit der stationären Unterbringung unter Nutzung der Verhinderungspflege auftreten können.

¹⁴ Hinzu kamen ca. weitere 24.200 Personen in der Kurzzeitpflege, die mit zur Auslastung der vollstationären Einrichtungen beitrugen.

ENTWICKLUNGEN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

In der Nachtpflege sanken im benannten Zeitraum die zur Verfügung gestellten Plätze um 43 %. Es bestehen kaum spezialisierte Versorgungsformen. Die Tagespflegeplätze erfuhren dagegen seit 1999 einen Ausbau um 285 %. Bundesweit werden aktuell 51.406 Tagespflegeplätze ausgewiesen, in 1999 waren es noch 13.339. In Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt ist dabei die deutlichste Zunahme an Tagespflegeplätzen zu verzeichnen.

Pflegepersonal im Gesundheitswesen

Im folgenden Kapitel sollen relevante Kennzahlen zum Arbeitsmarkt in den Pflegeberufen vorgestellt werden. Die Betrachtung der Gesamtsituation, über die einzelnen Sektoren hinweg, erscheint notwendig, denn die Grenzen zwischen den Sektoren sind nicht trennscharf zu ziehen. So führen auch Fachkräfteengpässe im Bereich der Krankenhausversorgung dazu, dass für den Sektor der ambulanten Versorgung oder teil-/vollstationären Pflege nur eine unzureichende Anzahl an Gesundheits- und Krankenpflegenden zur Verfügung steht. Der Bereich der Personalrekrutierung in der Pflege ist daher gekennzeichnet von einem Konkurrenzdruck zwischen den Einrichtungen sowie innerhalb und zwischen den Sektoren der Versorgung. Nur in einer Gesamtschau der Situation lassen sich die Auswirkungen auch auf den jeweiligen Sektor betrachten und verstehen. Einführend werden daher Kennzahlen der Beschäftigung sowie Kennzahlen der Arbeitslosenstatistik vorgestellt. Im weiteren Verlauf des Kapitels werden dann die spezifischen Fragestellungen der Personalentwicklung in der stationären Pflege erörtert.

Beschäftigtenkennzahlen des Pflegepersonals

Der Pflegebereich gilt insgesamt als ein Sektor mit einem zunehmenden Personalbedarf und ist generell durch ein beständiges Wachstum gekennzeichnet. Aus der Perspektive des Arbeitsmarktes kann aktuell davon ausgegangen werden, dass eine hohe Arbeitsplatzgarantie besteht und die Vermittlungsquoten von ausgebildeten Pflegekräften hoch sind, sodass eine Berufseinmündung direkt bestehen kann.

Den Kennzahlen der Arbeitsmarktstatistik des Bundes zufolge waren im März 2017 in der Altenpflege 558.338 und in der Gesundheits- und Krankenpflege 836.093 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Bundesagentur für Arbeit – Statistik 2018). Aufgrund einer fehlenden zentralen Registrierung von Pflegenden und unterschiedlicher Quellen und Methoden der Erfassung lassen sich erhebliche Varianzen in den einzelnen Statistiken (z.B. Gesundheitspersonalrechnung / Bundesagentur für Arbeit / Pflegestatistik / Krankenhausstatistik) aufzeigen. Simon wies in einer Studie für den Deutschen Pflegerat in 2012 auf die zahlreichen statistischen Unsicherheiten im Bereich der konkreten Kennzahlen der Pflegebeschäftigten hin (Simon 2012).

Als relativ stabile und gesicherte Daten können die kumulierten Werte der Krankenhausstatistik und der Pflegestatistik gelten. Sie geben Auskunft über die Anzahl der Beschäftigten mit pflegerischen Qualifikationen in den drei großen Sektoren der ambulanten Pflege, der teil-/vollstationären Pflege und der Krankenhausversorgung (einschließlich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) zu einem definierten Zeitpunkt (Stichtag). Nicht inkludiert sind dabei Personen außerhalb dieser Wirkungsbereiche (in anderen Klinikformen, Praxen, der Industrie etc.). Die ausgewiesenen Personen stellen jedoch im Kern das Personal dar, das die primäre pflegerische Versorgung in den Sektoren insgesamt sicherstellt.

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Beschäftigten in diesen Kernbereichen in der Zeitreihe von 1999 bis 2015.

Deutlich erkennbar ist insgesamt der Aufwuchs der Beschäftigtenzahlen in diesem Bereich. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich nicht um die Anzahl der Stellen handelt, da Teilzeitarbeit und auch geringfügige Beschäftigung in diesem Sektor eine große Rolle spielen. Dies wird im nachfolgenden Kapitel über die Beschäftigungssituation in der stationären Pflege weiter ausgeführt.

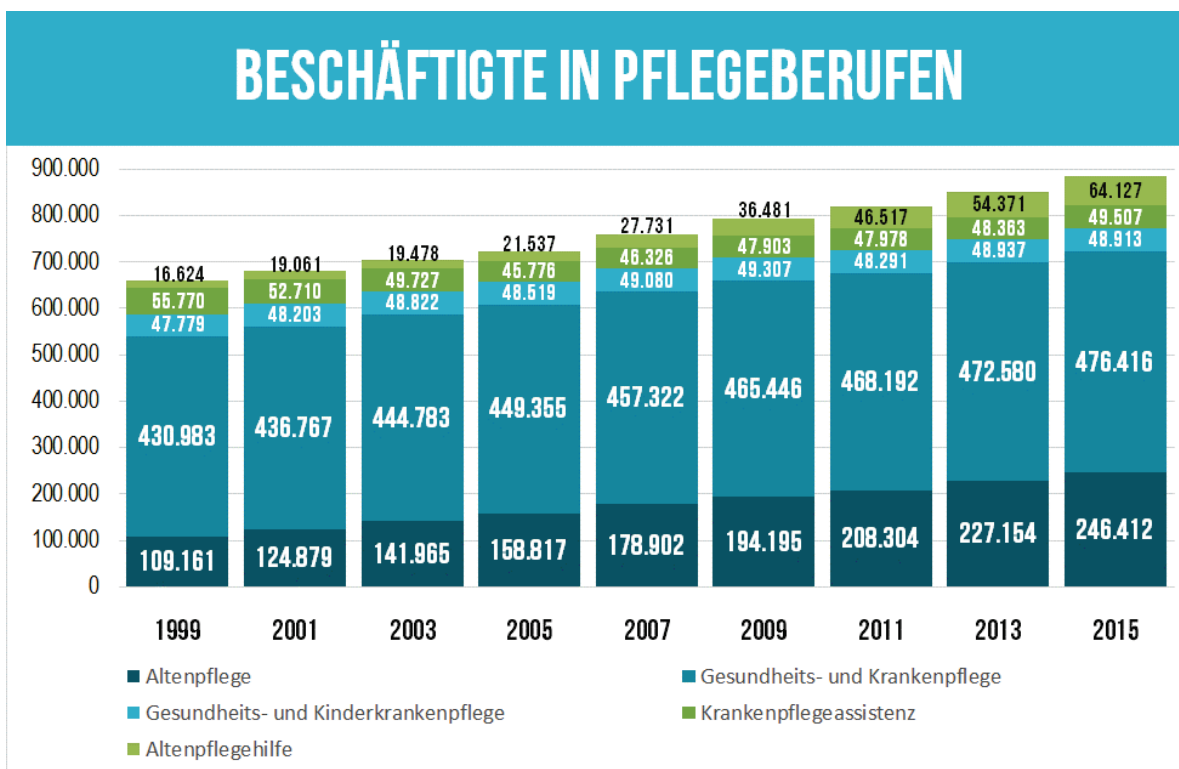


Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigten in Pflegeberufen in der Versorgung

In Relation zu den Ausgangsdaten von 1999 sieht man bis 2015 den größten Zuwachs im Bereich der Altenpflegehilfe sowie der Altenpflege. In diesen beiden Zielberufen wurden insbesondere durch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit zusätzliche Beschäftigungen in den ambulanten Diensten sowie den teil-/vollstationären Einrichtungen generiert. Numerisch bedeutet dies über die Zeitreihe einen Zuwachs an 137.250 Altenpflegenden und rund 47.500 Altenpflegehelfer*innen. Ebenso stieg die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden um 45.430 an, allerdings bedeutet dieser Zuwachs prozentual lediglich eine Erhöhung von rund 10 % bezogen auf den Ausgangswert von 1999.

In der sektoriellen Differenzierung zeigt sich, dass der oben beschriebene Beschäftigungszuwachs primär ein Zuwachs in der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Pflege ist. Im Krankenhaussektor stieg die Zahl der Beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden um 5 % an, die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden sowie der Krankenpflegeassistenz nahm sogar ab. Demgegenüber verdreifachte sich der Beschäftigungsbereich der Altenpflegenden in der ambulanten Pflege (von 25.456 auf

78.281) und in der teil-/vollstationären Pflege ist ein Anstieg um rund 100% zu verzeichnen (von 83.705 auf 168.131). Ebenso stiegen in beiden Sektoren die Beschäftigungszahlen für Gesundheits- und Krankenpflegende deutlicher als im Krankenhaussektor.

Der Arbeitsmarkt für Pflegeberufe

Die derzeitige Fachkräftesituation kann bundesweit als ein limitierender Faktor in der Unternehmensentwicklung beschrieben werden. Einrichtungen aus der Gesundheitswirtschaft benannten an vorderster Stelle den Fachkräftengpass als wirtschaftliches Risiko. Neldner et al. verweisen auf die Gefahr eines reduzierten Wachstums in den Unternehmen, welches die Versorgungssituation verändern wird. Sie sehen die Organisationen vor der Herausforderung, den Umwälzungen am Arbeitsmarkt mit betrieblichen Maßnahmen zur Fachkräftesicherung zu begegnen (Neldner et al. 2017). Der Fachkräftengpass ist dabei kein neues, sondern ein gut bekanntes Phänomen. Bereits in 2003 wurde in einem der ersten Pflege-Thermometer durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung festgestellt, dass eine Unterdeckung von rund 12.600 Vollzeitstellen zu verzeichnen war und dass dieser Mangel sich bezogen auf die Pflegenden durch hohe Überstunden (9 Millionen) und wachsende Arbeitsverdichtung bemerkbar macht (Weidner et al. 2003). An dieser grundsätzlichen Einschätzung hat sich in der Zwischenzeit nichts verändert – die Datenlage ist gegenüber 2003 differenzierter und mehrfach bestätigt (Augurzky).

Die Bundesagentur für Arbeit bestätigt im Rahmen der Fachkräfteanalysen einen bundesweiten Fachkräftemangel für examinierte Fachkräfte und Spezialisten in der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege. Es existiert in 2017 kein Bundesland, in dem kein Anzeichen für einen Fachkräftengpass bzw. -mangel aufzufinden wäre¹⁵.

In der Altenpflege wurden mit 171 Tagen weiterhin mit die höchsten Vakanzzeiten¹⁶ erreicht; in der Gesundheits- und Krankenpflege stieg die durchschnittliche Vakanzzeit mit 146 Tagen weiter stark an. Der durchschnittliche Wert über alle Berufe hinweg lag in 2017 bei 102 Tagen – damit war der Wert in der Altenpflege um 67 % und in der Gesundheits- und Krankenpflege um 39 % erhöht (Bundesagentur für Arbeit –Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2017). Seitens der Fach- und Spezialkräfte lag und liegt bundesweit in den Bereichen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege keine nennenswerte Arbeitsmarktreserve vor¹⁷. Zu beachten ist, dass – sofern regionalisierte Kennzahlen vorliegen – die Fachkräftesituation in Kreisen und Bezirken unterschiedlich und voneinander abweichend ausfallen kann. Einflussfaktoren wie grenzübergreifende

¹⁵ Ein Fachkräftengpass in der Gesundheits- und Krankenpflege existiert für examinierte Fachkräfte und Spezialisten in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ein Fachkräftemangel existiert für examinierte Fachkräfte und Spezialisten in der Gesundheits- und Krankenpflege in den übrigen Bundesländern, für die Altenpflege in allen Bundesländern.

¹⁶ Vakanzzeit bezeichnet den Zeitraum vom gewünschten Besetzungstermin einer Stelle bis zur Abmeldung derselbigen bei der Arbeitsagentur.

¹⁷ Einschränkend sei erwähnt, dass nicht alle Einrichtungen offene Stellen an die Bundesagentur für Arbeit melden. Trotz allem erlauben die vorliegenden Vergleiche Tendenzen zu verdeutlichen.

Arbeitsangebote in attraktiven Nachbarländern, hohe Ausbildungsaktivitäten vor Ort oder attraktive Standorte können den Fachkräftemangel verschärfen oder auch abmildern.

Für die konkrete Beschreibung des Arbeitsmarktes in den Pflegeberufen wird an dieser Stelle eine Bewertung der Fachkraftsituation (ohne Helfer-/ Assistenzberufe) vorgenommen¹⁸.

Die Beschreibung der Fachkraftsituation erfolgt oftmals anhand von Kennzahlen zu den Klassifikationen (KIdB 2010 der Bundesagentur für Arbeit) „Berufe in der Altenpflege“ (821) und „Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst und der Geburtshilfe“ (813). Eine differenzierte Darlegung der Kategorie 813 mit einer Beschränkung auf die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege ist auf der Ebene der dreistelligen Berufekennziffern nicht vollumfänglich möglich. Hierzu müssen mindestens Daten auf der Ebene der vierstelligen Berufekennziffern verwendet werden.

Die als Fachkräftemangel zu bezeichnende Situation wird nachfolgend zunächst anhand der Zahlen der offenen Stellen sowie der arbeitslos gemeldeten Personen in der Pflege dargelegt.

Im November 2017 waren im gesamten Bundesgebiet auf Fachkraft- und Spezialistenebene in den Klassifikationen 8210 und 8130 in der Summe weitaus mehr offene Stellen zu finden als arbeitslos gemeldete Personen. Im Bundesdurchschnitt kamen auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft der Gesundheits- und Krankenpflege 2,6 gemeldete offene Stellen. In der Altenpflege ist diese Relation höher. Hier kamen im Bundesdurchschnitt auf eine arbeitslos gemeldete Pflegefachkraft 5,2 offen gemeldete Stellen.

Die nachfolgende Grafik weist die bundeslandbezogenen Kennzahlen der Arbeitsagentur in der Übersicht aus. Die rot markierten Balken stellen die Anzahl der als arbeitslos geführten Personen im Zielberuf Altenpflege (Fachkraft) dar, die blauen Balken repräsentieren die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen für den Zielberuf.

¹⁸ Die Kennzahlen auf Ebene der Helfer*innenberufe in der Pflege zeigen bezüglich der Daten keine hinreichende Stabilität. In der Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (KIdB 2010) werden unter dem Anforderungsniveau „Helfer“ sowohl angelernte Helfer*innen ohne Ausbildung wie auch Helfer*innen mit landesrechtlich geregelter Ausbildung und Anerkennung geführt. Eine getrennte Ausweisung der verschiedenen qualifizierten Helfer*innen ist nicht möglich und schränkt die Aussagekraft der Daten substantiell ein.

PFLEGEPERSONAL IM GESUNDHEITSWESEN

In der Altenpflege waren 15.404 offene Stellen verzeichnet und 2.980 arbeitslose Altenpfleger*innen gemeldet.

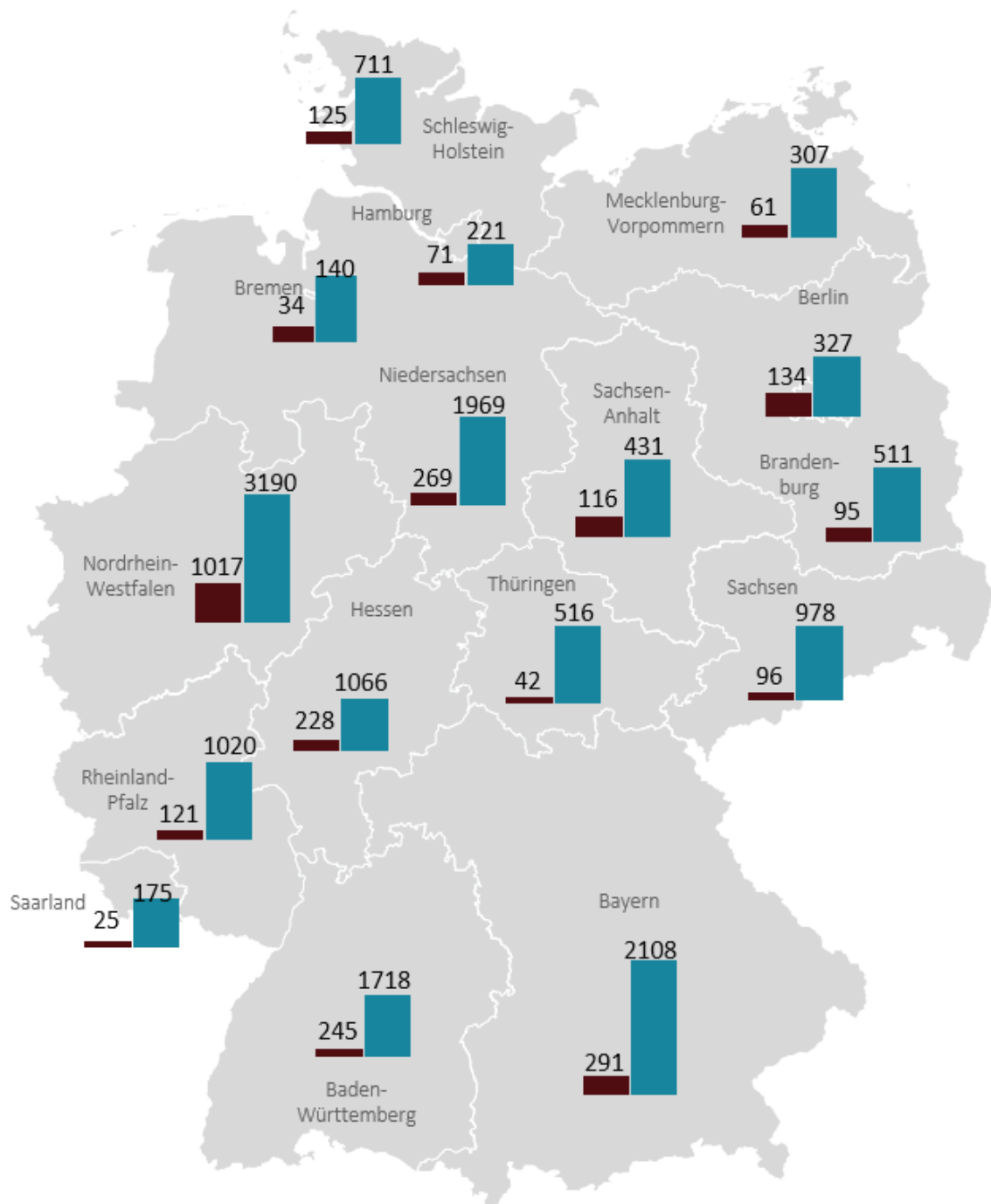


Abbildung 7: Arbeitslose Altenpflege und offen gemeldete Stellen

Ersichtlich ist, dass in jedem Bundesland die Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Personen weit unterhalb der als offen gemeldeten Arbeitsstellen liegt. Der Fachkräftedruck liegt dabei unterschiedlich stark ausgeprägt vor.

In Sachsen kommen auf eine arbeitslos gemeldete Pflegekraft 10,2 gemeldete offene Stellen, in Thüringen sind es sogar 12,3. Auf der anderen Seite liegen in Berlin (2,4), Hamburg (3,1) und Nordrhein-Westfalen (3,1) die Relationen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Berücksichtigt werden müssen in diesem Zusammenhang zwei wesentliche Hinweise zum Verständnis und zur Einordnung der vorliegenden Kennzahlen: Zum einen melden nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Bundesagentur, sodass in der konkreten Realität von einem weit höheren Stand offener Stellen auszugehen ist. Zu diesem Aspekt folgen in der vorliegenden Studie einschlägige Hinweise und auch Berechnungen. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass die als arbeitslos gemeldeten Personen nicht vollumfänglich als Reserve für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Inkludiert sind Personen, die im Bereich der friktionellen Arbeitslosigkeit anzusiedeln sind (Fluktuationsarbeitslosigkeit bei Wechsel zwischen den Stellen), Personen mit eingeschränkten Vermittlungsmöglichkeiten (z.B. aufgrund von Krankheiten) sowie auch Personen, die den Zielberuf nicht mehr aufnehmen wollen. Vor diesem Hintergrund kann festgestellt werden, dass bundesweit keine Arbeitsmarktreserven zu identifizieren sind. Es liegen auch keine regionalen Arbeitslosenquoten vor, die über den Vollbeschäftigungsstatus hinaus eine tatsächliche Reserve darstellen und aus einem anderen Bundesland oder einer anderen Region ggf. angeworben werden könnten. Dies ist ein Kennzeichen für einen strukturellen Fachkräfteengpass, der sich seit 2007 manifestiert und sich in einer größer werdenden Schere zwischen den arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden und den offenen Stellen für Altenpflegende darstellt (Bogai 2017). In der Gesundheits- und Krankenpflege kamen auf 10.989 offene Stellen 4.138 arbeitslos gemeldete Personen.

Die nachfolgende Grafik zeigt die bundeslandbezogene Verteilung der arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und Krankenpflegenden (roter Balken) und die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen (blauer Balken) in diesem Zielberuf an¹⁹. Auch für die Gesundheits- und Krankenpflege gilt, dass eine Arbeitsmarktreserve bundesweit nicht zu identifizieren ist. Hier liegen bezogen auf die Relation der offen gemeldeten Stellen zu den arbeitslos gemeldeten Pflegenden insbesondere Rheinland-Pfalz (4,5), Baden-Württemberg (3,8) sowie Brandenburg (3,4) deutlich über dem Durchschnittswert der Bundesrepublik. Günstigere Relationen finden sich im Saarland (1,5), Mecklenburg-Vorpommern (1,5) sowie Berlin (1,2). Dessen ungeachtet gilt auch für diesen Bereich, dass die tatsächlichen offenen Stellen höher ausfallen, als dies in der Statistik ausgewiesen wird.

¹⁹ In dem Diagramm sind die Relationen zwischen den arbeitslos gemeldeten Personen und den offen gemeldeten Stellen jeweils in jedem Bundesland verdeutlicht (Werte innerhalb des Diagramms vergleichbar). Die Größenverteilung der Diagrammelemente zwischen den Bundesländern weichen daher voneinander ab.

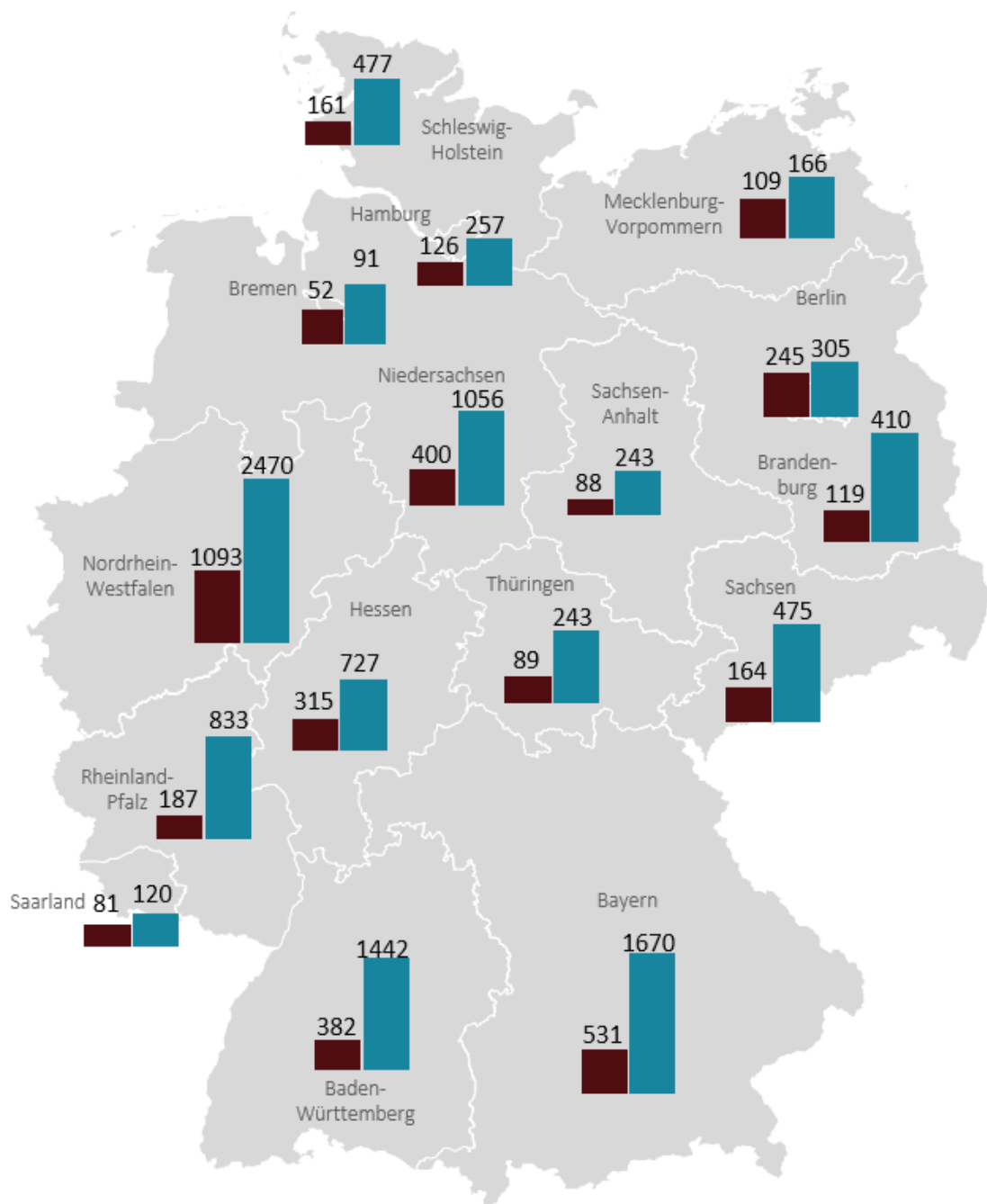


Abbildung 8: Arbeitslose Gesundheits- und Krankenpflegende und offen gemeldete Stellen

Zusammenfassend ist die Situation in der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege auch in einer differenzierten bundesweiten Betrachtung von einem deutlichen Fachkräftengpass gekennzeichnet, auch wenn die Ausgangslage in den Berufen der Altenpflege im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege als noch deutlicher ausgeprägt erscheint.

Aus der Perspektive der Beschäftigten ergeben sich angesichts der bundesweiten Personalknappheit gute Chancen bei einem anvisierten Wechsel der Arbeitsstätten oder bei der Suche nach einem Arbeitgeber, der Optionen für die eigene Entwicklung, den Stellenumfang oder auch andere tarifliche Löhne vorhält.

Zur Kompensation der Mangelsituation werden unterschiedliche Strategien diskutiert. Einerseits wird in den letzten Jahren zunehmend Personal aus dem Ausland angeworben (Bonin et al. 2015) und diesem Aspekt wird eine steigende Aufmerksamkeit zuteil (Afentakis und Maier 2014) – der Anteil der ausländischen beschäftigten Personen in der Altenpflege lag den Angaben der Bundesagentur für Arbeit zufolge im Juni 2017 insgesamt bei 11 % (Bundesagentur für Arbeit – Statistik 2018). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass dies nicht den Anteil der aus dem Ausland rekrutierten Personen darstellt, sondern der Personen insgesamt, die nicht deutscher Staatsbürgerschaft sind, also auch hier im Land qualifiziert und ausgebildet sein können.

In diesem Zusammenhang zeigt sich auch, dass im Ausland angeworbene Kräfte durch das Anerkennungsverfahren und den Spracherwerb sowie bei der Ausbildung eines Altenpflegerischen Berufsverständnisses zu begleiten sind (Bundesregierung 2016). Neben dieser Problematik kommt spezifisch für den analysierten Sektor die Situation hinzu, dass es den Beruf der Altenpflege in der bundesdeutschen Form und Ausgestaltung in anderen europäischen Ländern nicht gibt und dass eine Berufsanerkennung im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt. Hier können für den Sektor der teil-/vollstationären Pflege auch „Trampolineffekte“ bestehen. Damit ist gemeint, dass Kräfte im Sektor angeworben und umfassend sprachlich und pflegerisch (insbesondere in der Grundpflege und bei Prophylaxen) qualifiziert werden. Erfolgt aber eine vollständige Anerkennung, besteht verstärkt die Gefahr, dass sie in andere Sektoren (Krankenhausversorgung) abwandern. Hier entspricht das Arbeitsfeld eher den in ausländischen Ländern stärker medizinisch ausgerichteten Qualifikationen. Darüber hinaus besteht im Krankenhaus ein gegenüber dem teil-/vollstationären Sektor höheres Lohnniveau.

Neben den beschriebenen Aspekten ist die Zunahme der Leiharbeit ein relevantes Thema bei der Sicherung der Versorgung. 2016 wuchs die Anzahl der Leiharbeiter*innen in der Altenpflege bspw. auf 12.354 Kräfte, was im Vergleich zum Vorjahr einer Steigerung von 9 % entspricht. In der Kategorie Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe stieg die Anzahl der angeforderten Personen auf 16.671 an.

Die Diskussionen zur Fachkräftesicherung umfassen darüber hinaus auch ein großes Portfolio an Maßnahmen und Themen, die nachfolgend nur ausschnitthaft angeführt werden können, da sie eigener umfassender Betrachtungen bedürfen. So finden sich Forderungen und Bemühungen, den Anteil vollzeitbeschäftigter Personen sowie den Verbleib im Beruf insgesamt²⁰ zu fördern, die Ausbildungsqualifizierungszahlen zu erhöhen sowie Pflegestellen-Förderprogramm durch die Politik zu initiieren (Schulz 2012;

²⁰ Wobei trotz dieser häufigen Forderung anzumerken ist, dass die Erkenntnisse zur Verweildauer im Pflegeberuf sehr widersprüchlich sind. Bspw. befinden sich die „Gesundheitsberufe“ (weiter gefasst als Pflege-

Ehrentraut 2012; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015). Hierbei stehen die Attraktivität der pflegerischen Berufe an sich sowie die Steigerung der Attraktivität für Schulabgänger*innen mit im Fokus.

Flankierend werden und wurden auch Imagekampagnen und Initiativen von Verbänden sowie auch seitens der Politik auf Bundes- und Landesebene vorangebracht (bspw. Berufsverband für Pflegeberufe; Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege; Kampagnen „Ich pflege, weil...“ oder „Wir stärken Pflege“; „Herzwerker-Kampagne“, Zukunftstag Pflegeberufe; Pflege-Ausstellung „DaSein.“; Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsberufe 2012-2015 in Rheinland-Pfalz).

Prognosen zum Fachkräftebedarf in der Zukunft

Es ist aktuell davon auszugehen, dass die Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und zur Förderung des Berufsverbleibs, selbst bei konservativer Schätzung, den anstehenden zukünftigen Bedarf an qualifizierten Fachkräften nicht decken werden.

Vorausberechnungen fallen durch unterschiedliche Szenarien sehr verschieden aus – allen gemeinsam ist aber, wenn regional auch unterschiedlich ausgeprägt, dass die benötigten Arbeitskräfte in den Einrichtungen allgemein, aber auch die Anzahl des pflegerischen Fachkräftebedarfs zunehmen wird und die Versorgungslücke steigt.

Die Szenarien und damit verbundene Stellgrößen unterscheiden sich durch unterschiedliche Annahmen bspw. zur Entwicklung der Pflegeprävalenz, der Dynamisierung der Wirtschaftsstruktur, dem Anteil an erwerbstätigen Personen, der Entwicklung der informellen Pflege, der Technisierung oder auch dem regionalen Ausbau an Pflegeinfrastruktur. Darüber hinaus erfolgen mitunter keine Differenzierungen bezogen auf Qualifikationsgrade der Personen (Fachpersonal versus Beschäftigte insgesamt) oder Prognosen berücksichtigen nur einzelne Sektoren, bieten aber keinen Überblick über eine sektorenübergreifende Kalkulation (einschließlich wachsender Bedarfe in Krankenhäusern). Angesichts eines Bereichs, der durch zahlreiche Regularien oder auch Förderungen sehr dynamisch reagiert, stellt sich prinzipiell die Frage nach dem Nutzwert von Prognosen mit einem Betrachtungszeitraum von 15, 20 oder mehr Jahren. Mitunter sind die großen Varianzen, die angegeben werden, Ausdruck dieser erheblichen Unsicherheit in der prognostischen Kalkulation und erscheinen in der Breite nicht zielführend für eine Steuerungsmöglichkeit.

Prognosen für 2030 zu den pflegerischen Berufen schwanken je nach Szenario von einer Versorgungslücke von 168.000 bis 215.000 unbesetzten Stellen (Ehrentraut et al. 2015)²¹. Rothgang (Rothgang et al. 2012) kommt zu einem Bedarf von 100.000 bis

berufe) im Rahmen eines regionalen Vergleichs von 20 Berufshauptfeldern (jeweils alle Qualifikationsstufen) mit über 71 % Berufsverweilern an dritthöchster Stelle und damit über dem bundeseinheitlichen Durchschnitt im Beruf zu verweilen (Maier 2015), 176ff.

²¹ Die Prognosen zur Höhe der Versorgungslücken aller Arbeitskräfte in den pflegerischen Einrichtungen in 2030 umfassen 158.000 bis 700.000 Personen.

500.000 Pflegefachkräften. Neldner et al. prognostizieren des Weiteren²², dass in 2030 in der Altenpflege nur 86 % des Arbeitskräfteangebots aus 2016 vorliegen wird; in der Gesundheits- und Krankenpflege beträgt der entsprechende Wert 89 %. Diese Werte führen dazu, dass künftige Renteneintritte in 2030 in diesen Berufen nicht durch neu ausgebildete Fachkräfte zu kompensieren wären (Neldner et al. 2017).

Braeseke et al (Braeseke et al. 2015) berechnen ausgerichtet auf die stationäre Langzeitpflege in 2030, je nach Szenario, einen vollzeitäquivalenten pflegerischen Fachkräftebedarf von 31.000 bis 72.000 Personen, der Bedarf von Beschäftigten insgesamt bewegt sich von 84.000 bis 192.000 Angestellten. Nach einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung fehlen in der stationären Langzeitpflege in 2050 zwischen 15.000 und 997.000 Arbeitskräfte (Schulz 2012). In den Regionen, die bisher schon hohe Anteile an stationärer Versorgung aufbieten bzw. wo starke Zuwächse an stationärer Langzeitpflege zu erwarten sind und die damit als personalintensiv einzustufen sind, wird die Situation deutlicher und drastischer ausfallen. Auch werden Versorgungslücken insbesondere in ostdeutschen Ländern und außerhalb der großen Städte durch die sinkende Anzahl erwerbstätiger Personen geschätzte 20-30 % stärker ausfallen (Rothgang et al. 2016).

Die Prognosen verweisen insgesamt auf eine Mangelsituation, die sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird und zu einem deutlichen weiteren Konkurrenzdruck zwischen den Einrichtungen und innerhalb sowie zwischen den Sektoren der Versorgung führen wird.

Der Arbeitsmarkt in der stationären Langzeitpflege

Nachfolgend werden ausgewählte Aussagen zu dem Personalbestand von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege vorgestellt, um in einem weiteren Schritt das Personal im Bereich „Pflege und Betreuung“ zu fokussieren. Die vorliegenden Daten sind den amtlichen Pflegestatistiken des Bundes entnommen.

In der stationären Langzeitpflege arbeiteten in 2015 in allen Beschäftigungsbereichen insgesamt 730.145 Personen, was umgerechnet 525.205 Vollzeitäquivalenten entspricht. Dies zeigt, welche Bedeutung der Sektor im Rahmen der Beschäftigung hat. Der Sektor ist darüber hinaus durch eine weitere Besonderheit gekennzeichnet: 84,5 % des in der stationären Langzeitpflege beschäftigten Personals über alle Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche hinweg waren weiblich. Das zeigt, welche herausragende Bedeutung der Pflegesektor insgesamt und insbesondere der der teil-/vollstationären Pflege im Rahmen der Frauenerwerbstätigkeit einnimmt. Dieser hohe Anteil ist seit der Veröffentlichung der Pflegestatistik insgesamt zu beobachten und ist bislang stabil.

Betrachtet man hier die Anzahl der Beschäftigten in den Kernbereichen der pflegerisch beruflichen Qualifikationen, so können die folgenden Entwicklungen aufgezeigt werden:

²² Die getätigten Aussagen gelten für die Niveaus Helfer*innen, Fachkraft, Spezialist*innen und Expert*innen der derzeit aktuellen Klassifikation der Arbeitsagentur.

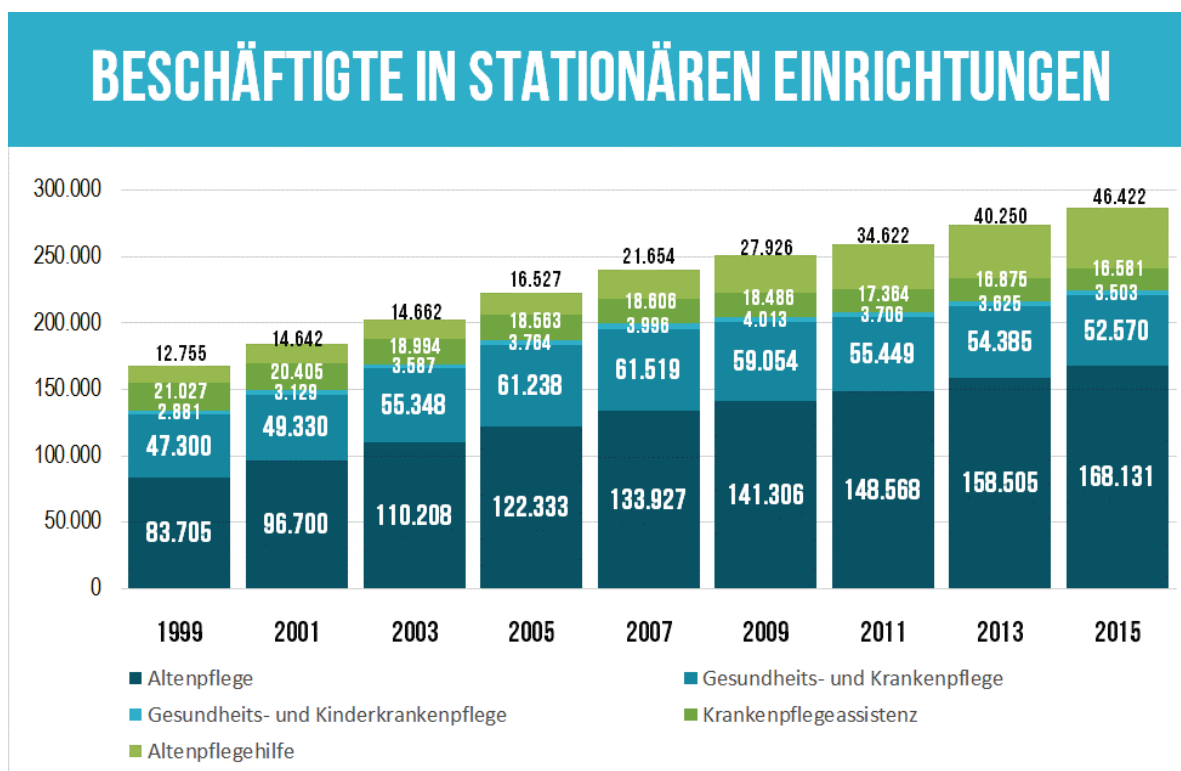


Abbildung 9: Beschäftigte in Pflegeberufen in stationären Einrichtungen in Deutschland

Auffallend sind in diesem Zusammenhang die folgenden Entwicklungen: Während die Anzahl der Beschäftigten im Bereich der Altenpflege kontinuierlich stieg und sich im Beobachtungszeitraum verdoppelte, sind in der Gesundheits- und Krankenpflege seit 2007 rückläufige Zahlen zu beobachten, die aktuell in etwa das Niveau von 2002 aufweisen. In der Zeitspanne zwischen 1999 und 2005 profitierten die stationären Einrichtungen offensichtlich von einem Personalabbau der Gesundheits- und Krankenpflegenden in den Krankenhäusern. Eine restriktive Einstellungspolitik in den Kliniken führte dazu, dass zahlreiche Pflegenden ihre Einmündung in den Bereich der teil-/vollstationären Pflege fanden.

Seit in den Krankenhäusern die Beschäftigungszahl der Pflegenden wieder leicht steigend ist (ab 2005), können die teil-/vollstationären Einrichtungen offensichtlich nur geringfügig zusätzliches Personal aus diesem Sektor der Ausbildung und Beschäftigung rekrutieren, sodass die Anzahl kontinuierlich sinkt und gegenüber dem Höchststand im Jahr 2007 ein Rückgang um knapp 9.000 Beschäftigte zu verzeichnen ist. Prozentual betrachtet ist mit dem Aufwuchs der Altenpflegehilfe der am stärksten wachsende Bereich zu identifizieren.

Der Großteil der angestellten Personen im Bereich der teil-/vollstationären Pflege arbeitete im Bereich Pflege und Betreuung (64 %), gefolgt von der Hauswirtschaft (16 %), der Verwaltung, Haustechnik und sonstigen Bereiche (9 %) sowie im Bereich Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI (7%) und in der sozialen Betreuung (4 %).

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Bereich der „Pflege und Betreuung“ zwischen 1999 und 2017 in der Differenzierung nach Bundesländern. Ausgewiesen werden sowohl die prozentualen Veränderungen als auch die Anzahl der zusätzlichen Beschäftigten. Deutschlandweit stieg die Anzahl der Beschäftigten in diesem Teilbereich um 63 % an. Analog zum unterschiedlich starken Aufbau der Infrastruktur, in der insbesondere in den östlichen Bundesländern starke Entwicklungszahlen zu verzeichnen sind, lassen sich auch in diesem Bereich starke Unterschiede ausmachen. So stieg prozentual betrachtet die Anzahl in Brandenburg und Sachsen-Anhalt am stärksten an (115 %), in Sachsen ebenso (100 %) und auch in Thüringen (110 %). Vergleichsweise niedrige Zuwachsraten hingegen lassen sich für Berlin (42,1 %), Hamburg (43,2 %) und Schleswig Holstein (45,3 %) ausmachen.

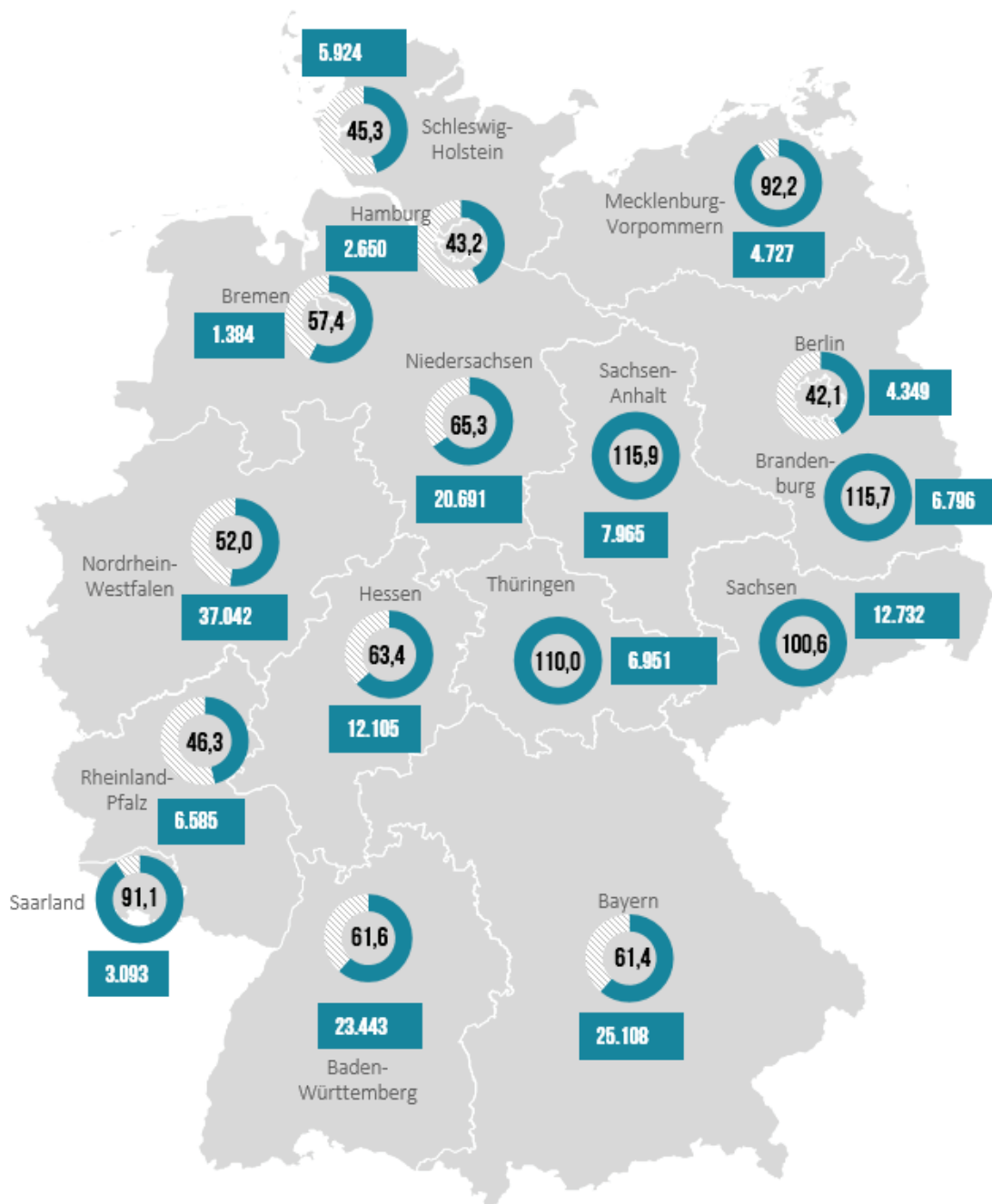


Abbildung 10: Entwicklung der Beschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung nach Bundesländern

Der Anteil an teilzeitarbeitenden Menschen in der Pflege wird vielerorts thematisiert. Gegenstand ist zumeist die schon zuvor benannte Forderung, als Maßnahme zur Fachkräftesicherung zusätzliche Beschäftigungspotenziale in den Einrichtungen selbst zu erschließen und Teilzeitstellen aufzustocken. In der Pflegestatistik werden dazu unterschiedliche Kennzahlen aufgeführt, die sich einerseits auf alle Personen beziehen und

auf der anderen Seite auch eine berufsbezogene Aufschlüsselung erlauben. Die Beschäftigungsverhältnisse insgesamt werden dabei unterschieden in Vollzeitbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung, wobei die Pflegestatistik zusätzlich differenziert bei der Teilzeitarbeit im Rahmen von über 50 % und 50 % und weniger.

Betrachtet man übergeordnet die Entwicklungen, so zeigt sich ein durchgehender Trend zur Abnahme der Vollzeitarbeit. In der Zeitreihe von 1999 bis 2015 sank der Anteil der Vollzeitbeschäftigten insgesamt über alle Berufe und Tätigkeitsbereiche hinweg von 48 % auf 29 %. Die niedrigste Quote weist dabei Bremen in 2015 mit nur 19 % Vollzeitbeschäftigten auf. Im Saarland und in Berlin liegt der Anteil über alle Berufe und Beschäftigten bei 41 %.

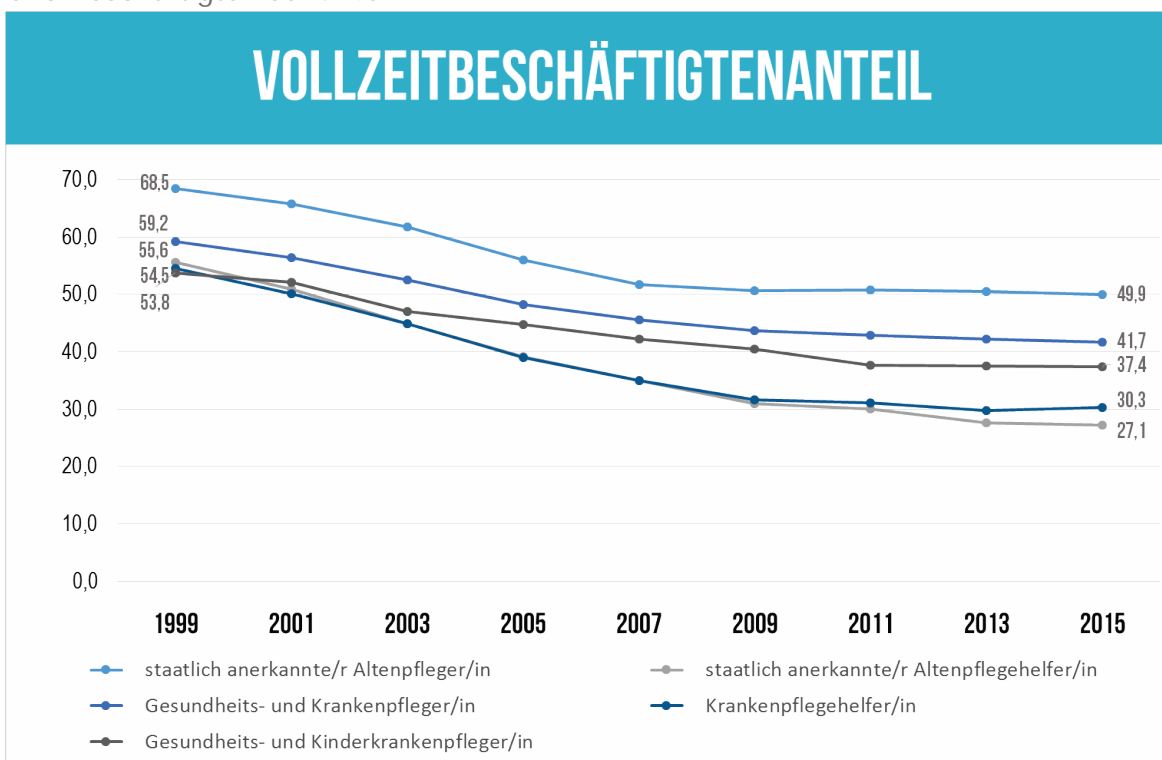


Abbildung 11: Anteil Vollzeitbeschäftigte nach Berufen

Differenziert man in der Betrachtung die pflegerischen Berufe bzw. die Personen mit pflegerischen Berufen, so sieht man auch für diesen großen Bereich deutliche Veränderungen. Lag der Anteil der Altenpflegenden, die in Vollzeit arbeiteten, in 1999 noch bei 68 %, so sind es im Jahr 2015 lediglich 49,9 %, also jeder zweite Beschäftigte im Beruf, der in Vollzeit arbeitet. Auch in der Gesundheits- und Krankenpflege sieht man diese Entwicklung (von 59,2 % auf 41,7%). Noch deutlicher fällt die Absenkung der Vollzeitquote bei den Helferberufen auf. Hier ist es in der Krankenpflegeassistenz (Krankenpflegehelfer*in) ein Rückgang von 54,5 % auf 30,3 % und in der Altenpflegehilfe von 55,6 % Vollzeitbeschäftigung auf 27,1 %.

Gründe für die hohe Teilzeitbeschäftigtenrate werden zahlreiche diskutiert. Aus der betrieblichen Sicht spielt eine Rolle, dass ein Anteil an Teilzeitkräften vorhanden sein muss, um die Schichten, Wochenenden und Feiertage stabil abdecken zu können. Hierbei wird

angeführt, dass Teilzeitkräfte, so sie krankheitsbedingt ausfallen, leichter zu kompensieren sind, als dies bei Vollzeitkräften der Fall ist. Darüber hinaus kann man ggf. über Einspringen, kurzfristiges Aufstocken oder Stundenkonten Arbeitsspitzen besser abfedern und steuern, als dies mit einem hohen Anteil an Vollzeitkräften möglich ist. Ein Anteil an Teilzeitbeschäftigten ist demnach notwendig, um die ausreichende Flexibilität in der Personalsteuerung zu gewährleisten.

Auf Seiten der Beschäftigten wirkt einschränkend, dass neben klassischen Gründen wie bspw. familienbedingten Kindererziehungszeiten oder Weiterbildungsphasen die hohe, zuvor schon beschriebene Arbeitsbelastung in der Pflege ein Hemmnis für eine Vollzeittätigkeit ist. Laut einer Auswertung des Instituts für Arbeit und Technik empfanden 41 % der befragten Pflegenden eine Vollzeitbeschäftigung als zu stressig bzw. zu belastend, 34 % benötigten Zeit, um einen Ausgleich zur Arbeit zu haben und 12 % gaben gesundheitliche Probleme, die eine Stellenaufstockung verhinderten, an. Ein weiteres Hemmnis für eine höhere Vollzeitquote in den Einrichtungen war, dass 19 % der Pflegenden in dieser Studie angaben, eine Teilzeitstelle angenommen zu haben, da keine Vollzeitstelle zur Verfügung stand (Becka et al. 2016). In einer Studie wurde dem gewünschten Arbeitszeitvolumen in den „Gesundheitsberufen“ (alle Gesundheitsberufe) nachgegangen und leichte Unterschiede zwischen den Regionen nachgewiesen. In Norddeutschland und Nordrhein-Westfalen lag die gewünschte Anzahl an Arbeitsstunden 5 % über den tatsächlich geleisteten Stunden, in Mittel-, West- und Ostdeutschland pendelte sich der Wert bei knapp 4 %, in Süddeutschland gar nur bei 3 % ein (Maier et al. 2015).

Dennoch bleibt an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass die bisherigen Entwicklungen, so sie weitergeführt werden, zu einem strukturellen Engpass führen, der nicht hinreichend durch Qualifizierung gedeckt werden kann, weil die notwendige Anzahl an Auszubildenden schlicht nicht zur Verfügung steht, um die bestehenden hohen Teilzeitbedarfe zu realisieren. Aus Sicht der Beschäftigten muss darüber hinaus darauf verwiesen werden, dass eine Teilzeitarbeit ggf. mit einem deutlich zu geringen Einkommen verbunden ist, weitere Beschäftigungen gesucht werden müssen oder dass die Möglichkeit, ausreichend Rentenpunkte zu erwirtschaften, dadurch erheblich erschwert ist und folgend aus der prekären Arbeit auch Altersarmut resultieren kann.

Der Ausbildungsbereich der Pflegeberufe

Die Datenlage zur Ausbildungssituation in den Altenpflegerischen Berufen ist nicht einheitlich. Dies liegt u.a. daran, dass in den Bundesländern unterschiedliche Eingliederungen in das Schulsystem vorliegen. Ein einheitliches Monitoring der Ausbildungskennzahlen liegt nicht vor.

Im Rahmen des Zwischenberichts der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurden einzelne Kennzahlen veröffentlicht. So wurden im Schuljahr 2010/2011 insgesamt 23.467 Schüler*innen neu aufgenommen, im Folgejahr 22.178, in 2012/2013 waren es 23.418

und ein Jahr später 26.740 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015). Ein für 2017 geplanter Abschlussbericht mit aktuelleren Kennzahlen lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts nicht vor.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrt bezieht sich in der Analyse auf Daten der Fachserie 11, Reihe 2 des Statistischen Bundesamtes und geht von rund 60.000 Schüler*innen in allen Jahrgängen der Altenpflegeausbildung in Deutschland aus (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2015).

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (online unter: <http://www.gbe-bund.de>) gibt unter dem Titel „Berufliche Schulen (Gesundheitswesen), Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung“ für das Schuljahr 2014/2015 insgesamt 8.281 Berufsqualifizierte mit dem Abschluss Altenpflege (ohne Helfer) an.²³ Diese Kennzahl hat sich in den vergangenen Jahren gesteigert (von 6.777 in 2012/12 über 7.760 in 2012/13 und 7.570 in 2013/14). In Relation zu der Anzahl der stationären Altenpflegeeinrichtungen und der ambulanten Dienste in Deutschland jedoch erscheint diese Zahl weiterhin nicht hinreichend, um die Bedarfe auf der qualifikatorischen Seite zu decken. Hinzu kommt die Besonderheit, dass in der angegebenen Statistik 4.030 der Absolvent*innen aus Nordrhein-Westfalen stammen. Dies sind fast 50 % der angeführten Absolvent*innen, gleichwohl im Bundesland nur rund 20 % der stationären Einrichtungen zu finden sind. Hier zeigen sich also regional unterschiedliche Ausprägungen der Ausbildungskapazität oder -möglichkeit, die nicht mit der Anzahl der Einrichtungen korreliert.

Bezogen auf die Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegen Daten aus der Krankenhausstatistik vor. Die Daten verweisen auf ein sehr stabiles Ausbildungsniveau. Seit 2014 liegt die Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege bei rund 70.000, die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei rund 8.500. Auffallend ist dabei, dass sich insbesondere die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden seit 2002 stabil verhält. Auf demografische Anforderungen, die erheblichen Mehrbedarf an Personal in den Sektoren der ambulanten Versorgung sowie der teil-/vollstationären Versorgung wurde hier nicht durch eine Anpassung der Anzahl der Ausbildungsplätze reagiert. Vor diesem Hintergrund sind auch die Verschiebungen zwischen den Beschäftigten zu erklären. Da seit 2007 die Krankenhäuser wieder in höherem Maße Gesundheits- und Krankenpflegende aus der eigenen Ausbildung übernehmen und einstellen, sinkt die Anzahl der Beschäftigten in den anderen Sektoren ab- sie können ihre Bedarfe bei der bestehenden Ausbildungskapazität nicht decken und scheinen im direkten Vergleich bzw. in der Konkurrenz zu den Krankenhäusern nur unzureichend Zugang zu qualifizierten Personen zu bekommen.

²³ Die Angabe scheint angesichts der oben präsentierten Daten der in die Ausbildung eintretenden Personen gering, denn damit verbunden wären sehr niedrige Kennzahlen der Personen, die ein Examen erfolgreich absolvieren, oder hohe Abbrecherquoten der Ausbildung.

Die Aufstockung der Ausbildungsplätze in diesem Bereich ist daher auch einer der zentralen Ansatzpunkte, um die Personalsituation für alle Sektoren der Versorgung nachhaltig mit zu gestalten.

Die Arbeitssituation der beruflich Pflegenden

Die Arbeitssituation in der pflegerischen Arbeit wird seit vielen Jahren in unterschiedlichen Gutachten und Analysen untersucht und ist Gegenstand der politischen Diskussion um notwendige Veränderungen und Anpassungen (Bundestag 2018).

Zur Diskussion kann bspw. der DGB-Index „Gute Arbeit“ herangezogen werden. Er weist für das Gesundheitswesen Arbeitsverdichtung nach. Insbesondere eine Vielzahl zeitgleich zu bearbeitender Vorgänge sowie eine unzureichende Personalbesetzung, gefolgt von ungeplanten Zusatzaufgaben, führen zur „Hetze“ bei der Arbeit. Die befragten Tätigen stufen ihre Arbeitsqualität im unteren Mittelfeld ein. Ebenso steht das Arbeiten unter Zeitdruck an vorderer Stelle und ist eine häufige Beanspruchung – im Gesundheitswesen existiert gar die höchste Quote (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2015). 74 % der Pflegekräfte gaben an, unter den jetzigen Anforderungen ihre derzeitige Tätigkeit bis ins Rentenalter ausfüllen zu können. Studien weisen darüber hinaus auch auf, dass Pflegenden früher als andere Berufsgruppen Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen (Schröer 2016).

Bezogen auf berufsbedingte Gesundheitsrisiken liegen Kennzahlen aus Krankenkassendaten vor, die hohe Fehlzeiten und neben den Erkrankungen am Muskel- und Skelettsystem auch zunehmende psychische Erkrankungen festhalten (Marschall et al. 2017)^{24,25}. Höhmann et al (Höhmann et al. 2016) bestätigen einerseits die überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung in der Pflege – sie verweisen aber auf Studien, die nachweisen, dass objektive und subjektive Arbeitsbelastungen in der Pflege dabei konstant blieben und nicht zunahmen.

Eine vielfach geführte Diskussion ist die des Berufsverbleibs in der Pflege und in der Altenpflege insgesamt. Zu diesen Aspekten liegen unterschiedliche Studien und Einschätzungen vor. Hackmann geht in seiner Analyse über eine durchschnittliche Berufsverweildauer von examinierten Pflegekräften der Altenpflege von 12,7 Jahren aus (Hackmann). Joost greift in ihrer Arbeit die Kennzahlen der Meifort-Studie auf, die von rund 5 Jahren ausging, und erläutert die dahinter zugrunde liegende (Fehl-)Einschätzung bezogen auf den Berufsverbleib. Sie kommt in ihrer Analyse zu ähnlichen Kennzahlen wie Hackmann

²⁴ Die Krankenstandwerte von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen in 2016 lagen über dem Durchschnitt aller DAK-Versicherten und an zweiter Stelle im Vergleich von neun Wirtschaftszweigen. Eine überdurchschnittliche Häufigkeit an Erkrankungen und eine längere Dauer der Erkrankungen führten zu den hohen Werten im Gesundheitswesen. Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungen sind besonders stark vertreten (Marschall 2017 #64), 128 f.

²⁵ Arbeitsunfähigkeitstage von AOK-Mitgliedern in 2016 entstanden im Gesundheits- und Sozialwesen insbesondere durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und durch psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen sowie durch Krankheiten des Atmungssystems. Hierbei ist anzumerken, dass während über alle Wirtschaftszweige hinweg die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und die des Atmungssystems ähnlich häufig vorkamen, die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Gesundheits- und Sozialwesen stärker auftraten.

und nennt eine durchschnittliche berufliche Verbleibsdauer von 11 Jahren (Joost 2010). In der von ihr ebenfalls mit durchgeführten Studie des IWAK beschreiben die Autoren, dass nach 15 Jahren noch 63 % der Altenpflegenden in ihrem Ursprungsberuf arbeiten (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Goethe Universität Frankfurt am Main 2009). Regionale Analysen (z.B. für Berlin und Brandenburg) bestätigen diese Kennzahlen. Insgesamt wird beschrieben, dass die Berufstreue bei Gesundheits- und Krankenpflegenden höher liegt als bei Altenpflegenden und bei fachexamierten Personen höher ausfällt als bei Helferberufen und Assistenzberufen. Bogai (Bogai 2017) beobachtet für das Jahr 2008, dass 90 % der 1993 ausgebildeten Krankenpflegenden noch im Zielberuf arbeiteten. Erweitert man die Definition der Berufstreue auf verwandte Berufe (Gesundheitsberufe insgesamt), so stieg der Prozentwert auf 98,1 % an. Für die Altenpflege analysierten sie Werte (bundesweit) von 76,7 %, wobei in diesem Bereich in Brandenburg deutlich niedrigere Werte vorlagen (56,6 %) (Aner et al. 2015). Eine Differenzierung zwischen den Helfer*innen und den Fachpersonen konnte jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorgenommen werden.

Ein weiterer zu benennender Aspekt ist die grundsätzliche Attraktivität der Pflegeberufe. Seitens der Gesellschaft wird von Pflegenden häufig eine fehlende Anerkennung attestiert (Arbeitsgemeinschaft der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung 2013). In Befragungen der Bevölkerung jedoch wird ausgewiesen, dass der Pflegeberuf ein insgesamt hohes gesellschaftliches Vertrauen genießt (Institut für Demoskopie Allensbach 2011; Reader´s Digest Deutschland 2015), dass die Bevölkerung eine hohe Achtung vor beruflich Pflegenden hat und keineswegs die These teilt, dass die Pflege ein Beruf sei, den jeder ausüben könne (Ciesinger et al. 2011).

In Bezug auf das Gehalt als Faktor der Attraktivität lässt sich Folgendes darstellen: 21 % der im DGB-Index befragten Personen aus der Pflege benennen ihr Einkommen als angemessen; 14 % gaben an, nicht von ihrem Verdienst leben zu können. Nicht realisiert ist bisher eine flächendeckende tarifliche und damit einheitliche Entlohnung. Die Gehälter in der Pflege fallen höchst unterschiedlich aus (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege). Insgesamt liegen die Pflegeberufe (examierte Fachkräfte) in der Tendenz geringfügig über dem mittleren Verdienstbereich (aller Berufe). Die Berufe in der Altenpflege liegen derzeit unter den durchschnittlichen Monatsverdiensten der Berufe. Sie kamen 2016 auf 16 % geringere Löhne (IAB-Forum). In 2016 verdienten Pflegefachkräfte in Pflegeheimen 11 % weniger Lohn als Pflegefachkräfte aus Krankenhäusern. Unterschiede in der Entlohnung zwischen den Sektoren Pflegeheim und Krankenhaus werden u.a. auf die unterschiedliche Finanzierung der Leistungen im SGB XI und im SGB V zurückgeführt (Bogai 2017). Ausgeprägt sind den Studien zufolge auch die Unterschiede zwischen den Regionen. Die Fachkräfte in Ostdeutschland verdienen im Schnitt 23 % weniger als die in Westdeutschland. In der Altenpflege liegt der Verdienst in Ostdeutschland rund 20 % unterhalb von den Gehältern in Westdeutschland (IAB-Forum).

Positiv ist festzuhalten, dass die pflegerische Arbeit immer wieder als sinnstiftend und abwechslungsreich beschrieben ist (Altenberichtscommission 2016) und sich die Berufszufriedenheit somit von der Arbeitsplatzzufriedenheit abgrenzen lässt. In diesem Zusammenhang lassen sich Herausforderungen identifizieren, die Arbeitsplatzzufriedenheit steigern könnten. Zahlreiche Projekte und Berichte beschäftigen sich mit den vielfältigen Möglichkeiten, die Arbeitsplatzzufriedenheit zu verbessern und so die Mitarbeiterbindung zu stärken und den Beruf insgesamt attraktiver zu gestalten. Hierzu wurden in Projekten Arbeitshilfen und Checklisten entwickelt und Handreichungen erstellt (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2017a; Kuhn und Hermann 2012; Initiative Neue Qualität der Arbeit 2017b; Fuchs-Frohnhofen et al. 2012). Diese Faktoren sind vielfach benannt und auch gerade durch Organisationen verantwortlich gestaltbar – die Möglichkeiten der einzelnen Einrichtungen stehen allerdings immer noch nicht ausreichend im Fokus der Umsetzung (Hömann et al. 2016; Becka et al. 2016; Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie des Freistaates Thüringen 2013)

Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2018

In den folgenden Unterkapiteln werden die zentralen Ergebnisse des empirischen Teils der Pflege-Thermometer-Studie präsentiert. Die Darlegung erfolgt entlang der Fragenblöcke und Themen der Befragung selbst. Diese sind:

- Struktur der Einrichtungen
- Technisierung bzw. Technologieeinsatz in den Einrichtungen
- Personalsituation und Maßnahmen der Personalgewinnung sowie Personalmobilität
- Mitarbeitersituation und -gesundheit
- Finanzielle Rahmenbedingungen und deren Entwicklungen
- Einschätzungen zur regionalen Versorgung
- Einschätzungen zu aktuellen Entwicklungen

Zusätzliche Überschriften werden zur besseren Lesbarkeit der einzelnen Themen mit aufgenommen und strukturieren den Bericht. Die Darlegung beinhaltet in der Reihenfolge keine Wertung im Sinne der Bedeutung der Einzelthemen für die Einrichtungen.

Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsprüfung

In einem ersten Schritt werden die Kerndaten der Stichprobe beschrieben. Dies dient der Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Antwortenden sowie vor dem Hintergrund der Aussagekraft der Daten (Repräsentativität).

Zurückgesendet wurden von 13.223 insgesamt 1.067 Fragebögen. Die Rücklaufquote betrug, ausgehend von der Anzahl der versendeten Fragebögen 8 %.

Der Großteil der Teilnehmer*innen füllte in der Funktion als Heimleitung den Fragebogen aus. In etwas mehr als $\frac{3}{4}$ der Fälle erfolgte die Bearbeitung des Fragebogens durch eine einzelne Person; weitere ca. $\frac{1}{5}$ geben an, in Zusammenarbeit von mehreren Leitungskräften die Beantwortung durchgeführt zu haben.

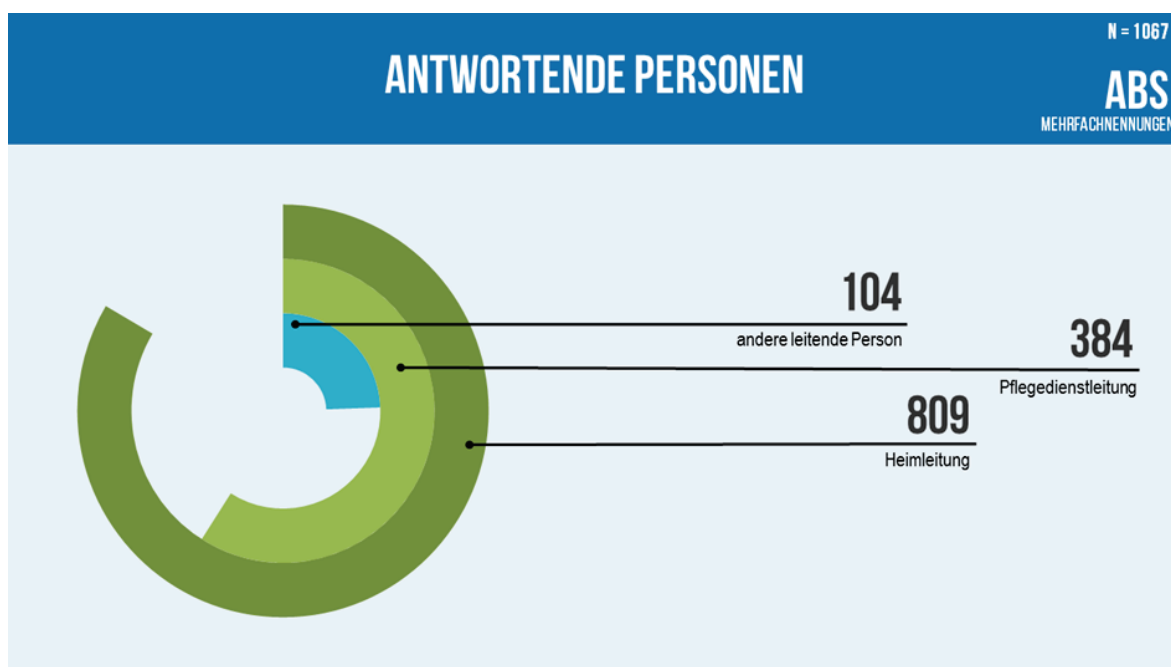


Abbildung 12: Funktionsangabe der ausfüllenden Personen

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Studie auf die Grundgesamtheit aller Einrichtungen in Deutschland wurde an unterschiedlichen Parametern überprüft. Die Strukturdaten der mit dem Pflege-Thermometer erfassten Unternehmen wurden dabei mit den amtlichen Daten der Einrichtungen der Pflegestatistik 2017 verglichen. Ein vollständiger Abgleich kann dabei nicht erfolgen, da die Daten der Pflegestatistik für das Jahr 2017 zum Zeitpunkt der Studie nicht vorlagen. Als Abgleich dienten daher die Daten der Pflegestatistikerhebung mit dem Stichtag 30.12.2015. Damit ergeben sich Limitierungen – diese sind aber nicht zu umgehen. Aktuellere vollständige amtliche und der Öffentlichkeit zugängliche Datensätze existieren, bis auf eine Ausnahme, die an entsprechender Stelle belegt wird, nicht.

Überprüft wurden die Verteilung der Unternehmen in den Ländern, die Trägerschaften, die Kapazitäten der Einrichtungen sowie die Bewohnerstruktur (Pflegegrade und Anteil neurokognitiv erkrankter Personen). In der Gesamtbewertung ist eine hohe Übereinstimmung bezüglich der vorliegenden amtlichen Statistiken vorhanden; die damit vorliegende Übertragbarkeit der Stichprobe der Untersuchung auf die Grundgesamtheit ermöglicht für die Ergebnisauswertung Hochrechnungen zu ausgewählten Aspekten.

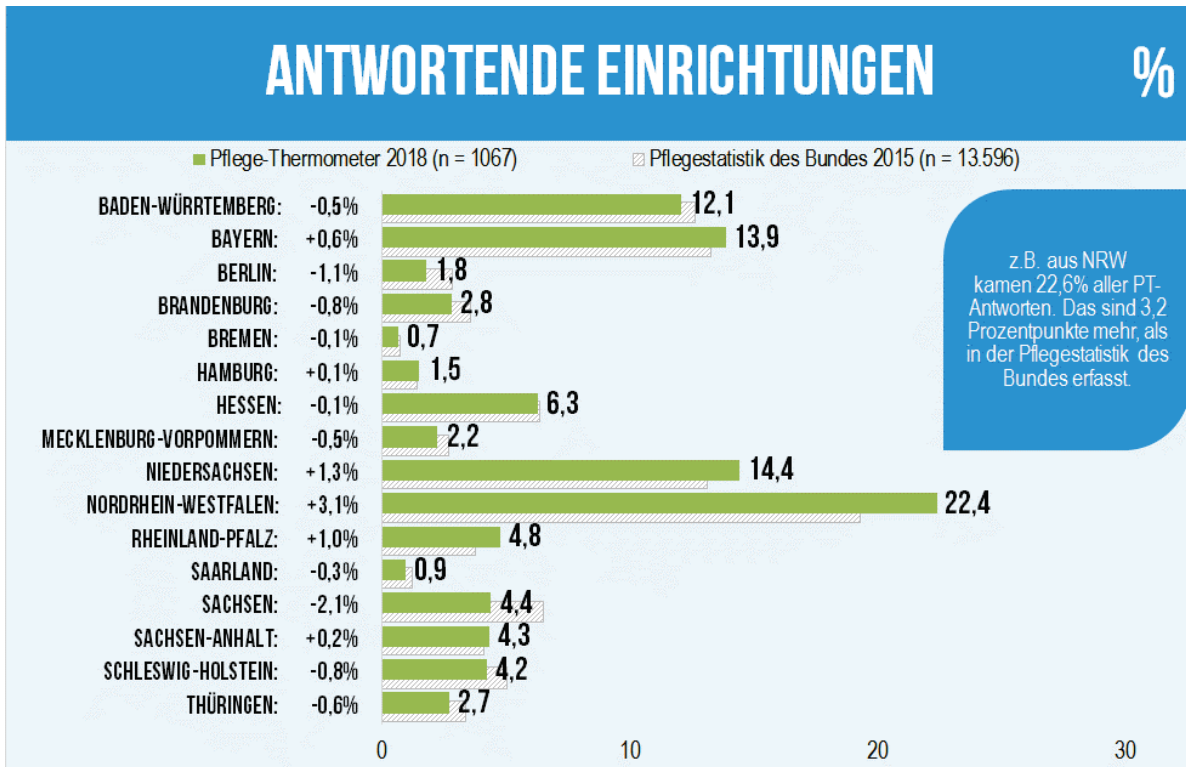


Abbildung 13: Bundeslandbezogene Verteilung der Stichprobe

Für den Vergleich der prozentualen Verteilung der Einrichtungen in den Ländern lässt sich ein hohes Maß an Übereinstimmung in der Verteilung festhalten.

In den einzelnen Länderverteilungen finden sich größtenteils höchstens Abweichung von bis zu 1,3 %; lediglich Sachsen und Nordrhein-Westfalen weisen mit - 2,1 % und + 3,1 % abweichende, wenn auch immer noch gute Werte auf.

In der Stichprobe sind, genauso wie in der Grundgesamtheit, freigemeinnützige Träger von Einrichtungen am häufigsten vertreten, gefolgt von privaten Trägern und eher wenigen öffentlichen Träger. Private Betriebe zeigen im direkten Vergleich allerdings die größten Abweichungen auf (- 6 %) und sind demnach geringfügig unterproportional vertreten. Die öffentlichen und freigemeinnützigen Trägerschaften dagegen sind in einem direkten prozentualen Vergleich annähernd ähnlich häufig verteilt.

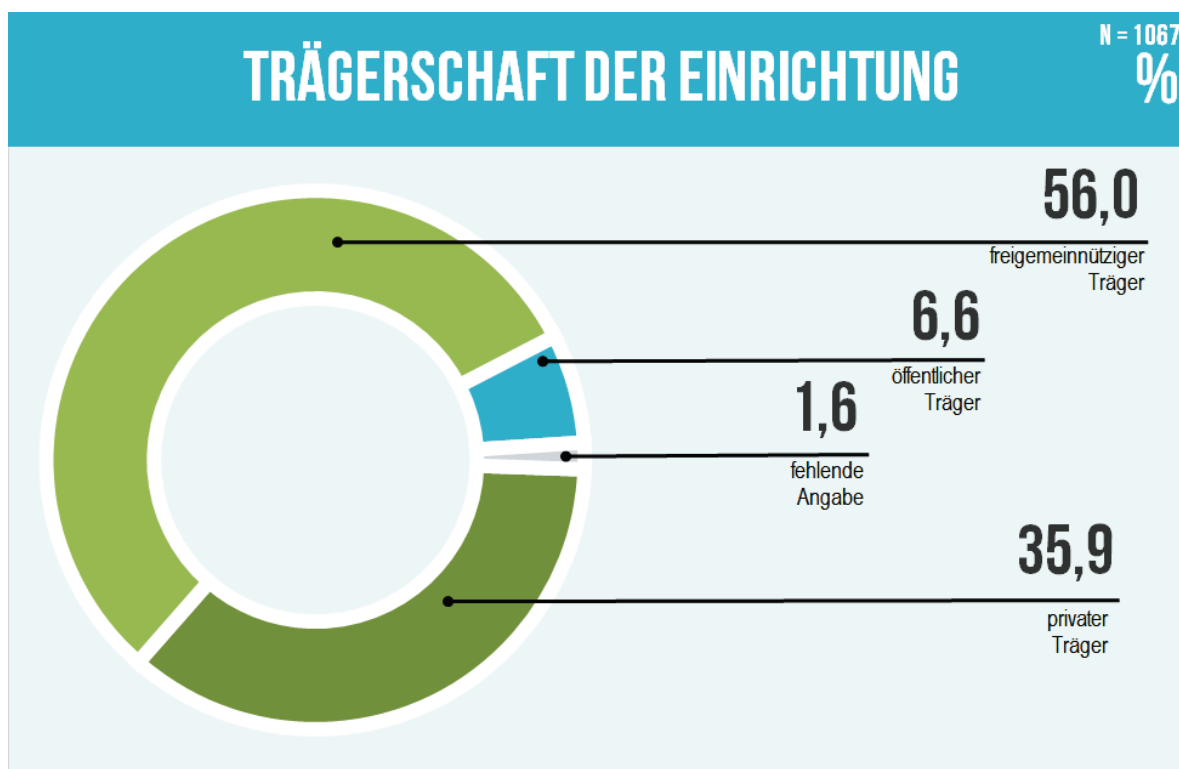


Abbildung 14: Träger der Einrichtungen in der Stichprobe

In Bezug auf die Größe der mit der Studie erfassten Einrichtungen ist festzuhalten, dass tendenziell weniger kleinere Unternehmen erfasst wurden. Betriebe mit einer Kapazität von 11 bis 20 Betten weisen den größten Unterschied mit über 14 % weniger Antwortenden aus diesen Einrichtungen auf. Die Abweichungen bei den restlichen Bettenkapazitätsklassen sind gering oder bewegen sich bei unter 5 %. Damit gilt die Stichprobe vor dem Hintergrund dieses Merkmals als repräsentativ mit der Einschränkung bezogen auf kleine Einrichtungen.

In der Verteilung der Pflegegrade der Bewohner*Klient*innen der Pflegeheime lässt sich eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen aktuellen Daten der Pflegekasse²⁶ von Ende Juni 2017 und der vorliegenden Stichprobe festhalten. Begrenzend ist anzuführen, dass entsprechende Daten der privaten Pflegepflichtversicherung nicht vorlagen und nicht mit in den Abgleich aufgenommen werden konnten. Für die Pflegegrade 1, 3, 4 und 5 sind im Pflege-Thermometer-Datensatz jeweils nur Abweichungen bis 1 % vorhanden. Bewohner*innen mit Pflegegrad 2 leben im Vergleich zu etwa 3 % seltener in den Pflegeheimen der Stichprobe.

²⁶ 94% der stationär versorgten Leistungsempfänger*innen waren Ende 2016 in der sozialen Pflegeversicherung versichert – für Mitte 2017 können ähnlich hohe Werte antizipiert werden.

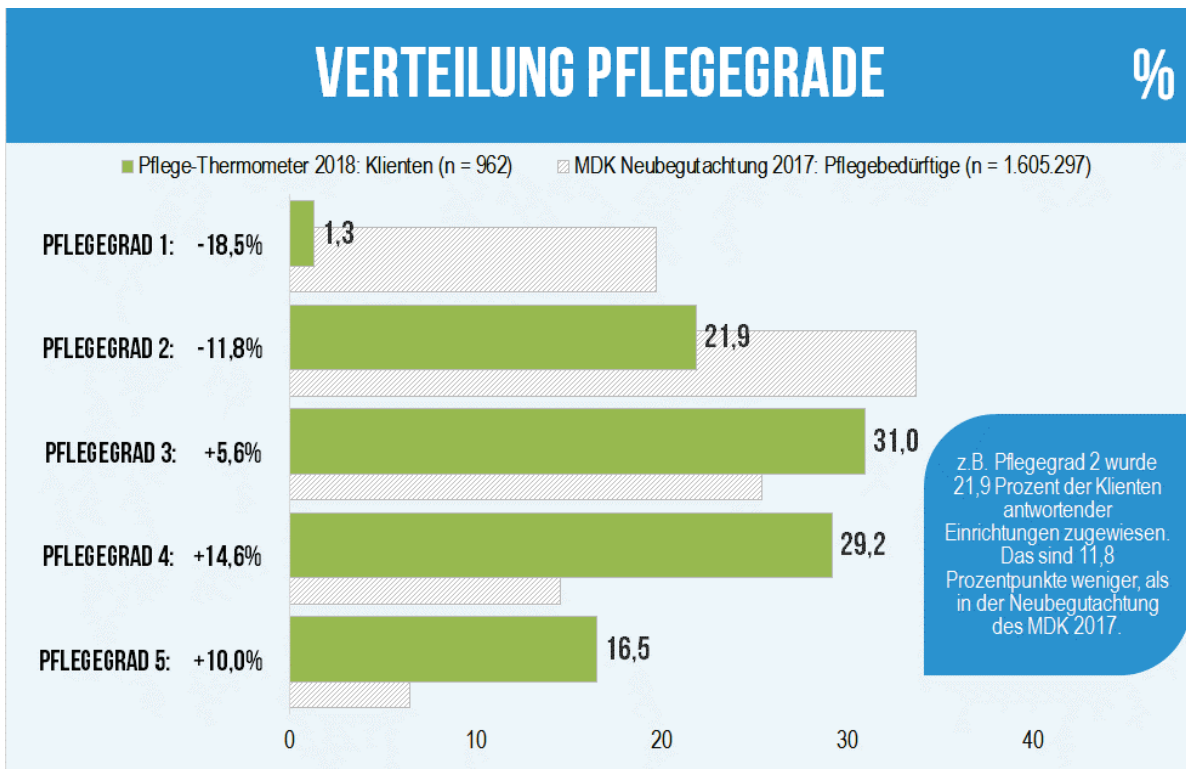


Abbildung 15: Verteilung der Pflegegrade

Zudem liegt der durchschnittliche Anteil an Bewohner*innen mit neurokognitiven Störungen im Fragebogendatensatz (66 %) mit nur einem Prozentwert über den Angaben aus der amtlichen Statistik von 2015. In der Summe kann vor diesem Hintergrund von einer repräsentativen Stichprobe gesprochen werden.

Strukturen und Strukturentwicklung

Ein erster Fragenblock widmete sich unterschiedlichen Aspekten bezogen auf die Struktur und Strukturentwicklung der Einrichtungen. Hierbei wurden Aussagen und Kennzahlen zur Ausstattung erfragt, Einschätzungen bezogen auf angestrebte Strukturentwicklungen und Fragen zu Aspekten der aktuellen Nutzung und Kapazitätseinschätzung systematisiert.

In der erhobenen Stichprobe lag zum Erhebungszeitpunkt die durchschnittliche Anzahl der Bettplätze bei 81 Plätzen, die durchschnittliche Anzahl der betreuten pflegebedürftigen Menschen bei 77.

924 Einrichtungen bieten vollstationäre Langzeitpflege an; 246 verfügen über teilstationäre Pflegeangebote. 17 % der Einrichtungen weisen ein Angebotsportfolio auf, welches vollstationäre Langzeitpflege und Tagespflege umfasst.

Bezüglich der Strukturen bestehen die Einrichtungen in der Stichprobe so gut wie ausschließlich aus Ein- und Zweibett-Zimmern. Hierbei kann angenommen werden, dass sich in hohem Maße Umstrukturierungsmaßnahmen in der Wirkung abzeichnen, wie sie z.B. durch Landesgesetzgebungen (Wohn- und Teilhabegesetze) intendiert waren. Der

durchschnittliche Anteil an Einbett-Zimmern beträgt 81 %, wobei in 13 % der Einrichtungen ausschließlich Einbett-Zimmer angeboten werden. Betrachtet man diesen Anteil im Vergleich zur Pflegestatistik 2015, so sind hier offensichtlich im Zeitraum 2015 bis 2017 zusätzliche Anteile an Einbett-Zimmern realisiert worden. In der Pflegestatistik lag der Anteil bei rund 60 %.

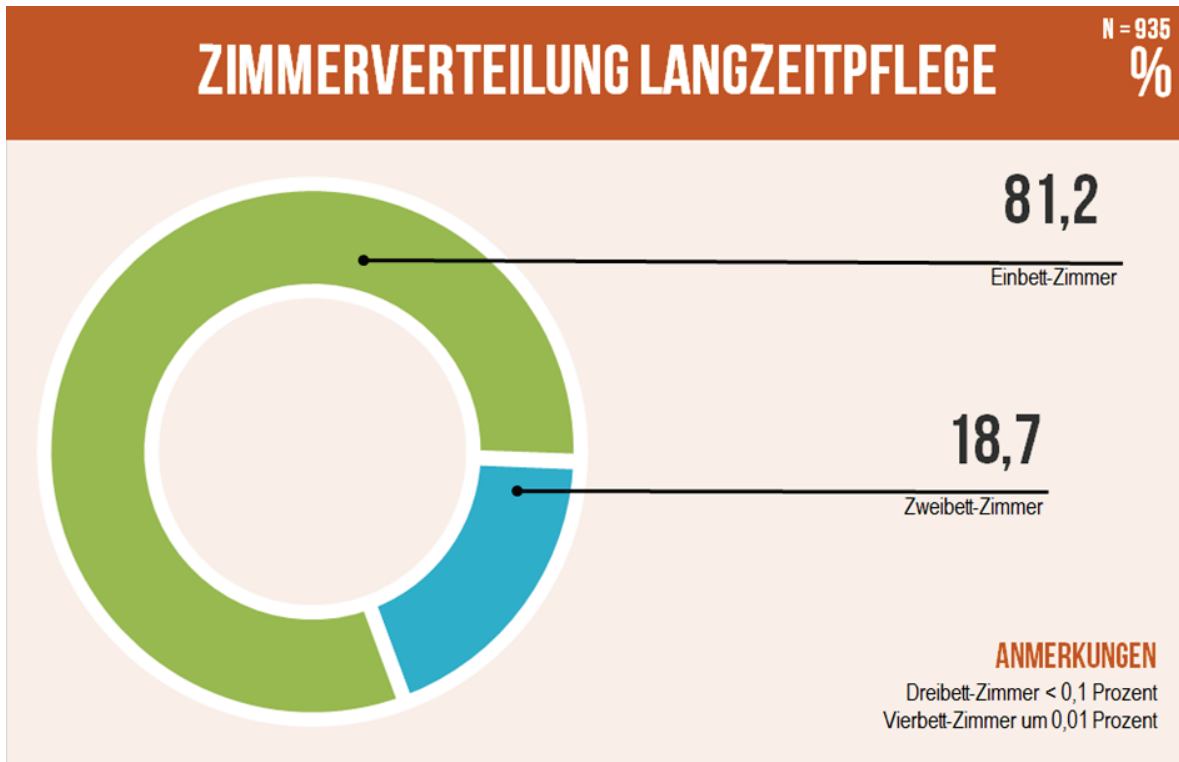


Abbildung 16: Angebote an Einbett- und Zweibettzimmern

Nach Ansicht der teilnehmenden Personen in der Pflege-Thermometer-Befragung wurde damit ein Wert erreicht, mit dem pflegerische und soziale Angebote zur Erfüllung von Bewohnerbedürfnissen zu realisieren sind. Die Befragten schätzen im Mittel ein, dass ungefähr 78,5 % der Zimmer für die Umsetzung dieses Ziels Einzelzimmer sein müssten. Mit der vorliegenden Quote können demzufolge individuelle Wünsche und größere Privatheit in ausreichendem Maße realisiert werden.

Die Leitungskräfte wurde gebeten, die Strukturentwicklungen zu priorisieren, mit denen sie sich aktuell beschäftigen. Dazu wurden unterschiedliche Aspekte benannt und konnten im Rahmen einer Mehrfachnennung angekreuzt werden. Dass der Sektor der teil-/vollstationären Versorgung ein expandierender und dynamischer Bereich ist, wurde in den einleitenden Textpassagen der Studie verdeutlicht. Bezogen auf die genauere Quantifizierung lassen sich durch die Befragung konkretere Angaben dazu vornehmen.

Die verantwortlichen Personen in den Einrichtungen erhalten und sichern derzeit in erster Linie den Status Quo. Zwei von drei Leitungskräften (66,3 %) benennen die Fortführung der bestehenden Versorgung und die Sicherung als prioritäre Aufgabe. Rund 41 %

beschäftigen sich prioritär mit allgemeiner Sanierung und Investitionen in den Baubestand. Annähernd rund $\frac{1}{4}$ sind in der täglichen Arbeit durch das Pflegegradmanagement sowie die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen gebunden.

Die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen stellt dabei weniger ausgeprägt einen Fokus dar. Etwas mehr als $\frac{1}{4}$ der Leitungen ist mit der gezielten Auswahl von Pflegepersonal beschäftigt, mit dem neue Themen und Aufgabenfelder erschlossen werden können. Geringfügig niedriger fallen die Werte bezogen auf die Entwicklung neuer teilstationärer Angebote aus (22,6 %). Eine Ausweitung des Portfolios der Unternehmen durch die begleitende Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen oder spezialisierter Pflege- und Wohnangebote wird derzeit von einer in etwa gleich großen Anzahl an Leitungen als Aufgabe beschrieben.

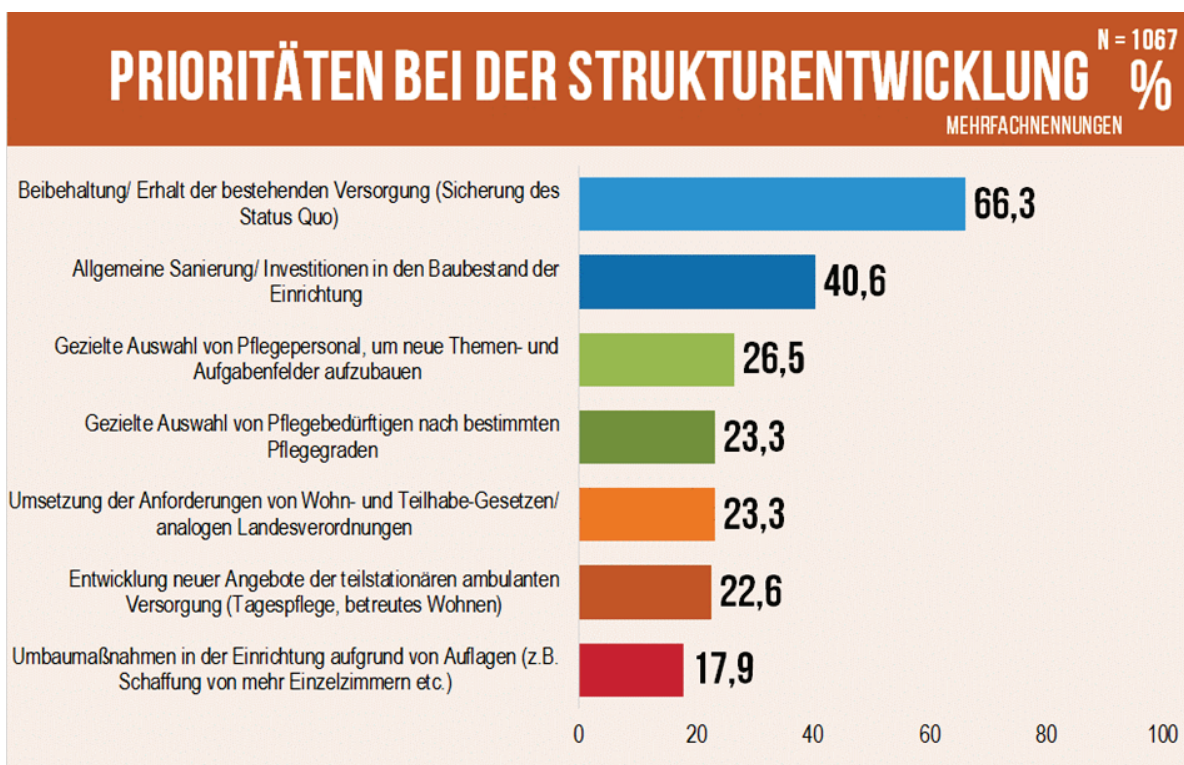


Abbildung 17: Priorisierung der Strukturentwicklung

Auch der Ausbau bestehender Strukturen in der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflege sowie bei den Tagespflegeplätzen wird in der Summe als niedriger in der Priorisierung eingeschätzt. Jeweils 7 % bis 11 % planen entsprechende Schritte. Dennoch zeigen die Antworten auf, dass die Weiterentwicklung und ein Wachstum in Betracht gezogen werden und daher mit einem weiteren Wachstum der Einrichtungen gerechnet werden kann.

In 13,5 % der Fälle ist ein Neubau und in ca. 6 % der Ankauf einer anderen Einrichtung bzw. eine Fusionierung für die nahe Zukunft geplant.

Bezogen auf eine notwendige Ausweitung der Angebotsstruktur verweisen die Daten auf bestehende Engpässe und somit auf zusätzliche Potenziale. Jeweils 83 % bzw.

84 % der befragten Personen bestätigen, in den letzten drei Monaten vor der Erhebung einer Anfrage nach einem vollstationären Platz in der Langzeit- bzw. in der Kurzzeitpflege nicht entsprochen haben zu können.

In dem Großteil der Einrichtungen (70,9 %) existieren aktuell bereits Wartelisten für vollstationäre Pflegeplätze. In zwei von fünf Unternehmen (41,9 %) konnten zudem aufgrund der hohen Auslastung in der vollstationären Dauerpflege eingestreute Kurzzeitpflegeplätze nicht oder nur selten belegt werden (jeweils trifft voll zu oder trifft eher zu).



Abbildung 18: Auslastung und geplanter Ausbau der Angebote

Als ein limitierender Aspekt kann die Personalsituation benannt werden. So geben 22 % der Befragten an, in den letzten drei Monaten aufgrund eines bestehenden Personalmangels einen temporären Aufnahmestopp in der Einrichtung vorgenommen zu haben. Von einem Aufnahmestopp durch Behörden (Heimaufsichten) waren 3,7 % der Antwortenden betroffen.

Festzuhalten ist, dass die Einrichtungen überwiegend ausgelastet scheinen und auf die gegenwärtige Versorgung ausgerichtet werden. Unternehmerische Entwicklungsstrategien zur Ausweitung des eigenen Angebots oder einer strukturellen Ausweitung sind nicht für alle prioritär, sie werden aber in einer Gruppe, die man auf rund 20 % beziffern kann, erwogen. Damit ist in Zukunft mit weiteren Kapazitäten zu rechnen, die in der Folge auch wieder einen Personalbedarf nach sich ziehen werden.

Bewohnerstruktur und Versorgung

Seitens des Bewohner*innenklientels lassen sich aus der Perspektive der Befragten Veränderungen hinsichtlich der Herausforderungen festhalten; vermehrten Risiken sind die Bewohner*innen aber der Einschätzung zufolge dabei nicht ausgesetzt. Im Rahmen der

vorliegenden Befragung konnten zu den nachfolgend genannten Aspekten lediglich Einschätzungen eingeholt werden, da vielfach keine kongruent erhobenen Kennzahlen (z.B. zur durchschnittlichen Wohndauer) vorliegen. Eine stabile Darlegung von diesen Merkmalen erfordert eine eigene indikatoren-gestützte Erfassung und Messung. Dennoch lassen sich aus den Selbsteinschätzungen der Leitungen deutliche Entwicklungen aufzeigen, die sich vor allem in der Gegenüberstellung der zustimmenden und ablehnenden Anteile auf formulierte Aussagen ableiten lassen.

In der stationären Altenpflege sind die zu versorgenden Personen den Angaben zufolge immer stärker von Pflegebedürftigkeit und begleitenden komplexen medizinischen Problemlagen betroffen.

Für die grafische Darstellung wurden die Werte der Zustimmung (stimme voll zu / stimme eher zu) den Werten der Ablehnung (stimme eher nicht zu / stimme gar nicht zu) gegenübergestellt. Der Großteil der Leitungen meldet zurück, dass in der Zeit von 2015 bis 2017 die Anzahl der Bewohner*innen mit komplexen medizinischen Problemlagen zunimmt (81 %), dass das durchschnittliche Einzugsalter der Bewohner*innen höher wird (62 %) und die Bewohner*innen immer kürzer im Pflegeheim wohnen (56 %).

In deutlich mehr als bzw. in jeder dritten Einrichtung steigt die Anzahl der Bewohner*innen aus schwierigen sozialen Hausverhältnissen, die Anzahl an Bewohner*innen ohne Angehörige bzw. die Anzahl der Bewohner*innen mit Suchtproblematik (jeweils stimme voll zu und stimme eher zu). Die Ergebnisse sind insbesondere (mit Ausnahme der Einschätzung zu Personen mit Suchterkrankungen) deutlich in der Gegenüberstellung der Anteile der Zustimmung oder Ablehnung durch die Befragten.

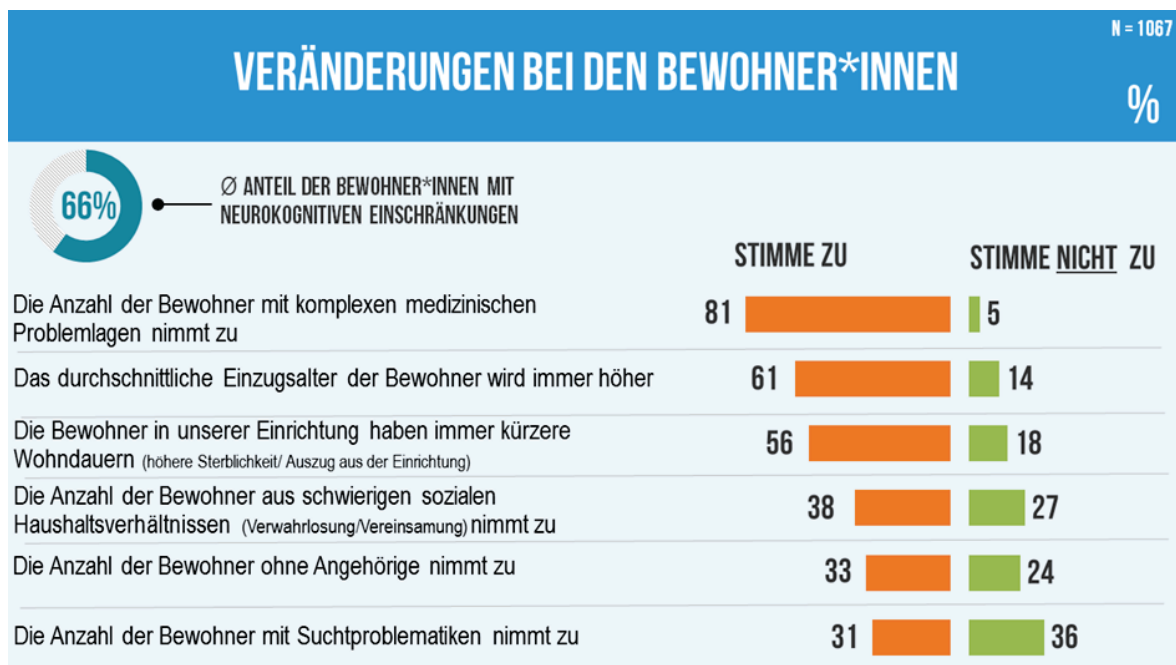


Abbildung 19: Veränderungen der Bewohner*innen

Erinnert sei in diesem Zusammenhang an den beschriebenen Ausgangswert, dass zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 66 % der Bewohner*innen mit neurokognitiven Einschränkungen in den Einrichtungen wohnen. In der Gesamtschau dieser Ausgangslage und der beschriebenen Zunahme an komplexen medizinischen Problemen, einem höheren Einzugsalter und einer kürzeren Wohndauer muss darauf verwiesen werden, dass sich die stationären Einrichtungen zunehmend zu Zentren entwickeln, in denen eine gerontopsychiatrische und palliativ ausgerichtete Versorgung vorherrscht. Dies stellt in hohem Maße Anforderungen an das Personal (sowohl numerisch als auch qualifikatorisch). Maßnahmen der Personalsicherung, der Personalbemessung sowie der Qualifizierung müssen diesen Aspekten Rechnung tragen, wenn sie wirksam in den Einrichtungen werden sollen.

Die Veränderungen des Klientels zieht die Frage nach sich, inwieweit die Qualität der Betreuung und Versorgung der Bewohner*innen unter den aktuellen Rahmenbedingungen aufrecht zu halten ist und ob Risiken, wie bspw. Mangelernährung oder Sturz, zunehmen. Der 5. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes weist hier auf divergierende Entwicklungen hin. Einerseits wurden Mängel im Bereich der Schmerzerfassung und -behandlung und der Wundbehandlung festgestellt, auf der anderen Seite konnten freiheitseinschränkende Maßnahmen in geringerer Ausprägung festgestellt werden. In der Summe kommen die Berichtersteller zu dem Urteil, dass die Entwicklung in die richtige Richtung geht, jedoch zahlreiche Aufgaben weiterhin bestehen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 18.01.2018). Im Rahmen der Studie konnten und sollten die umfangreichen Prüfdaten nicht erfasst werden. Ziel war, eine übergeordnete Einschätzung zu ausgewählten Aspekten zu ermitteln.

Die derzeitige Situation ist, nach Rückmeldung der Befragten, größtenteils unverändert gegenüber dem Zeitpunkt 2015. Die Mittelwerte aller Antworten auf einer Bewertungsskala von 1 bis 5 (nimmt zu bis nimmt ab) liegen bei 2,9 bzw. 2,7 und damit nahe am Mittelwert, was auf eine neutrale Einschätzung hindeutet.

Die hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen (extrem besser bis extrem schlechter) ist ebenso als derzeit tendenziell stabil einzuschätzen und beträgt im Mittel 3,2. Allerdings sind die Einschätzungen der teilnehmenden Leitungskräfte bei allen drei Fragen breit gestreut, so dass hier von sehr unterschiedlichen Konstellationen in den Einrichtungen auszugehen ist. In der Differenzierung der Antworten sind es bezogen auf die hausärztliche Versorgung beispielsweise 15 %, die hier eine Verbesserung beobachten, 50 %, die dies als neutral einschätzen, und 32,7 %, die eher eine Abnahme der Versorgung sehen. Die fachärztliche Versorgung der Bewohner*innen dagegen kann mit einem Mittelwert von 3,6 als tendenziell schlechter bezeichnet werden. Hier gibt es nur 10 % beobachtete Verbesserung, 34,7 % neutrale Bewertung und mit 52,4 % geben mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie eine Verschlechterung beobachten.

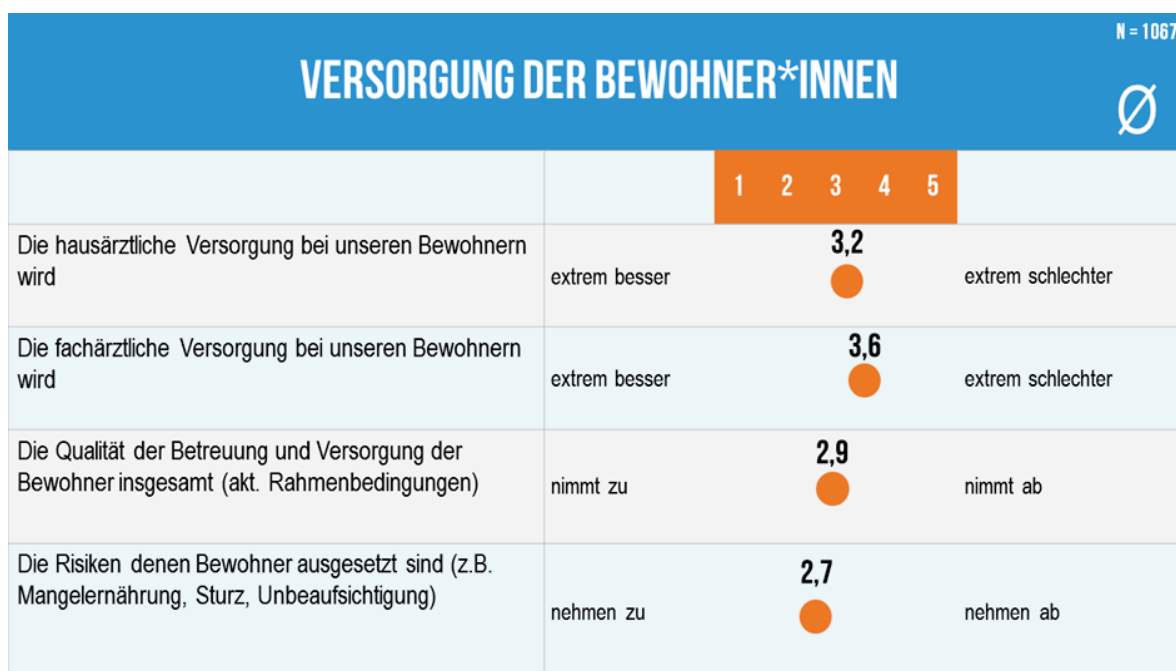


Abbildung 20: Einschätzungen zur Versorgungssicherheit

Technisierung und Technologieeinsatz in den stationären Einrichtungen

In der aktuellen Debatte um strukturelle und arbeitsbezogene Änderungen gewinnt auch in der Pflege das Thema der Digitalisierung und der Technisierung der Arbeit an Bedeutung. Im Bereich der Entwicklung und Etablierung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im pflegerischen Bereich wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte gefördert und vielfältige Anstrengungen der Entwicklung und Verbreitung unternommen (Bundesministerium für Gesundheit). Dabei gestaltet sich die Integration und sinnvolle Einbettung aus unterschiedlichen Gründen zögerlicher als in anderen Bereichen (Hülken-Giesler 2007b, 2007a). Entwicklungspotenziale bei der Technisierung und Digitalisierung in der Pflegearbeit sind sowohl im Zusammenhang mit der Annahme neuer Techniken wie auch bei deren Verbreitung in unterschiedlichen Einsatzbereichen zu identifizieren. Verbunden mit ihnen ist vor allem die Erwartung der Entlastung der Mitarbeiter*innen, die sich in Bezug auf z.B. Dokumentationssysteme nicht immer einstellt (Hielscher et al. 2015). Robotik mit dem Ziel der Rationierung von Pflege steht dabei nicht im Vordergrund der Lösungsansätze (Zegelin und Meyer 2018). In der Gesamtdiskussion scheint dieser Aspekt vor allem journalistisch interessant und diskutiert zu sein; in der fachwissenschaftlichen Debatte nehmen Fragen der Robotik in der Pflege einen sehr geringen Stellenwert ein. Die Vielfalt der Ausgestaltungsvarianten einer pflegerischen Leistung und die in enger Koordination mit den Rückkopplungen zum Bewohner/zu der Bewohnerin stehenden Anpassungen der Leistungserbringung sind dabei eine technische Herausforderung, die weitestgehend ungelöst scheint. Diese Tatsache und ebenso die Frage nach der aktuellen Anwendbarkeit und dem Reifegrad sensibler Technologien (z.B. Softrobotik) lassen einen „Pflegeroboter“ perspektivisch in eine weite Ferne rücken.

Mit der vorliegenden Arbeit sollten einige wenige Aspekte bezogen auf Technikeinsatz, Techniknutzung und Technikerwartungen erfasst werden. Obwohl dieses Thema in den vergangenen Jahren eine große Beachtung erfuhr und sich neben Entwicklern, Pflegeeinrichtungen und Hochschulen auch Forschungsverbände mit dem Thema beschäftigten, ist die Kenntnis, bezogen auf die konkrete Verbreitung und Nutzung in den stationären Einrichtungen, eher gering. Es mangelt an stabilen Daten und Hinweisen zu den Bedarfen, den zu lösenden Fragestellungen, den Umsetzungsbedingungen und den Effektbeschreibungen.

Ein erster Aspekt ist dabei die Frage nach der potenziellen Technikakzeptanz bei Pflegenden in den stationären Altenpflegeeinrichtungen. Diese bildet eine wichtige Grundlage für die erfolgreiche Implementierung in einem personenbezogenen Beruf. Weniger als die Hälfte der Befragten kann der Frage, ob die Akzeptanz von neuen Technologien bzw. technischen Produkten in der Pflegearbeit bei den Pflegenden hoch ist, beipflichten. Ihre Zustimmung geben 45 % (trifft voll zu und trifft eher zu). Ein Anteil von 49 % stimmt hier nicht zu (40 % eher nicht zustimmend, 8,9 % nicht zustimmend).

Die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im pflegerischen Bereich setzt voraus, dass die Nutzer selbst mit Technologien vertraut sind, diese einsetzen und auch nutzen wollen. Bezogen auf den Grad der Durchdringung von Technikanwendern in teil-/vollstationären Einrichtungen liegen in Deutschland bislang keine systematischen Kennzahlen vor. Mit der vorliegenden Studie sollte diese Wissenslücke geschlossen werden. Erfasst wurden dabei zwei unterschiedliche Nutzergruppen. Einerseits wurde erhoben, wie hoch der Anteil der Bewohner*innen ist, der aktiv moderne Informations- und Kommunikationstechnologien einsetzt (z.B. Tablets, Smartphones, PCs). Dieser Aspekt ist bedeutsam, wenn z.B., über Apps Kommunikation mit Angehörigen, mit Hausärzten oder Zugehörigen oder auch Online-Einkaufsmöglichkeiten sichergestellt werden sollen. Ferner ist die Information vor dem Hintergrund bedeutsam, dass zunehmend auch Apps entwickelt werden, die z.B. eine aktive Förderung der Merk- und Denkleistung oder aber eine Freizeitbeschäftigung (Spiele, Lesen etc.) über diese Formen der Technologie zu implementieren versuchen. Auf der anderen Seite wurde erfasst, wie hoch der Durchdringungsgrad der Nutzung seitens des Personals eingeschätzt wird. Die Techniknutzung und notwendige Assistenz bei der Nutzung kann nur gewährleistet werden, wenn die Mitarbeitenden selber über die Kompetenzen des Einsatzes verfügen.

Die nachfolgende Grafik weist auf der linken Seite die Anzahl der Antwortenden auf, die die Nutzungsrate seitens der Bewohner*innen in Abstufungen genannt haben. Auf der rechten Seite wird der Nutzungsgrad der Technologien unter den Mitarbeitenden ausgewiesen.

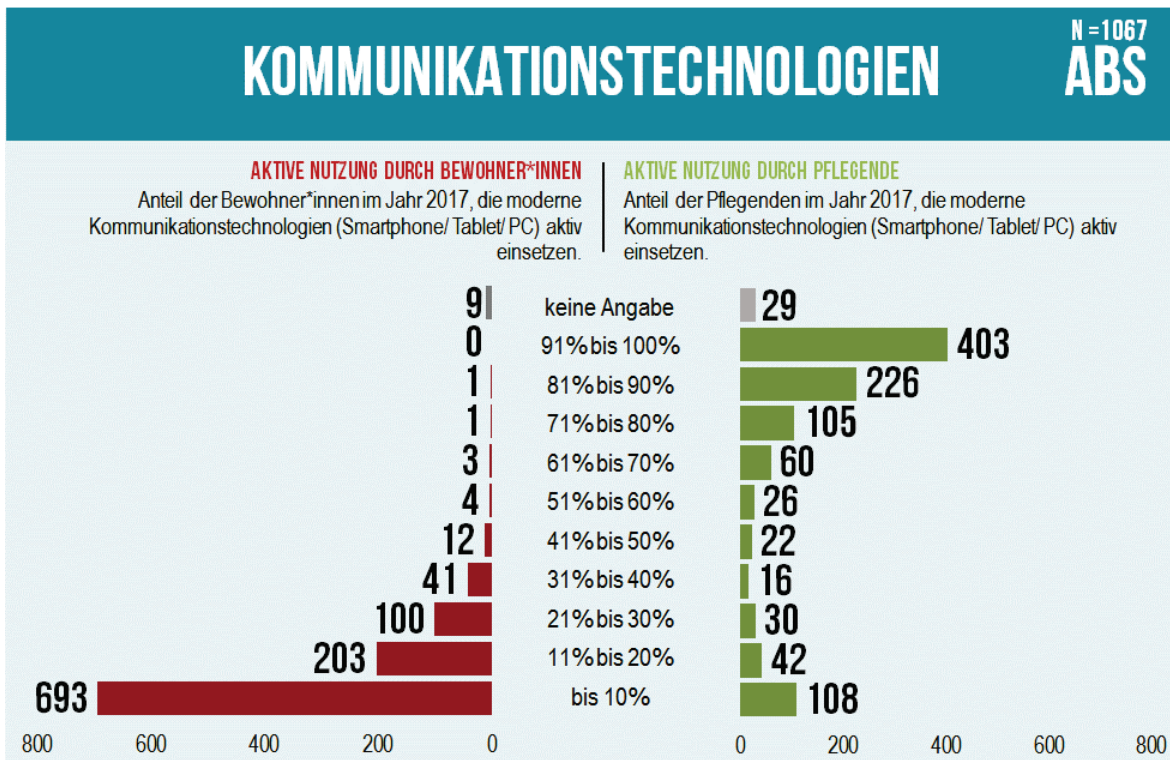


Abbildung 21: Nutzung neuer IK-Technologien von Bewohner*innen und Mitarbeitenden

Für den Bereich der Bewohner*innen kann beschrieben werden, dass 64,9 % der Leitungen den Anteil der Bewohner*innen zwischen 0-10% angeben. Addiert man die nächsthöheren Gruppen hinzu, so weisen die Leitungskräfte aus (93,3 %), dass der Nutzungsgrad bei maximal 30 % liegt. Vor dem Hintergrund der hohen Quote an kognitiv eingeschränkten Personen kann die Angabe nicht überraschen, sie verweist aber auf die aktuell bestehende Begrenzung komplexer technischer Systeme seitens der Bewohner*innen hin.

Seitens der Mitarbeitenden zeigt sich eine deutliche höhere Nutzung. Hier schätzen die Leitungen zu 58 % ein, dass der Nutzungsgrad unter Mitarbeiter*innen bei 80 % oder höher liegt. Aber auch in diesem Bereich besteht offenbar keine flächendeckende Erfahrung und Anwendung. Dies verweist darauf, dass Projekte, die z.B. auf eine Televisite abzielen, oder aber andere Formen der vernetzten Kommunikationen mit einem deutlich zu erwartenden Schulungsbereich einhergehen werden. Zum gegenwärtigen Stand kann damit ausgesagt werden, dass deutliche Ausbaupotenziale zu beobachten sind und insbesondere die Nutzung durch Bewohner*innen an dieser Stelle nicht überschätzt werden darf.

In einem weiteren Schritt wurden den Leitungen unterschiedliche Technologien benannt, die bereits als marktreife Produkte zur Verfügung stehen. Sie umfassten ein breites Spektrum unterschiedlicher Produkte. Angegeben werden sollte, ob diese Produkte bereits in den Einrichtungen eingesetzt werden. In dem Diagramm sind auf der linken

Seite die acht am häufigsten benannten Produkte abgebildet, die bislang in die Einrichtungen Einzug gehalten haben. Auf der rechten Seite werden ihnen die acht Produkte gegenübergestellt, die bislang kaum Anwendung finden.

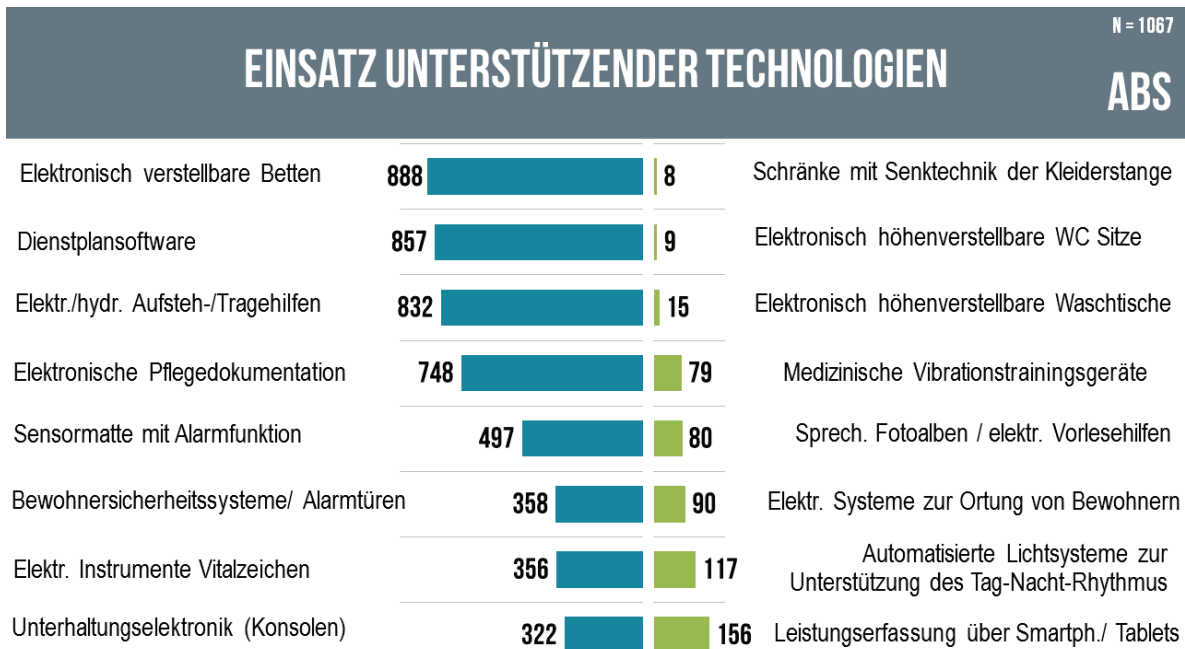


Abbildung 22: Nutzung neuer Technologien in Einrichtungen

Technologien, die den Arbeitsalltag der Pflegekräfte unterstützen und erleichtern sollen, werden dabei tendenziell häufiger eingesetzt. Diese minimieren bspw. die körperliche Belastung der Angestellten. In ungefähr vier von fünf Einrichtungen werden elektronisch verstellbare Betten eingesetzt bzw. hydraulische Trage- oder Aufstehhilfen. Zum anderen werden Softwareprogramme für Planungsprozesse verwandt. In ebenfalls vier von fünf Unternehmen werden Dienstpläne mittels einer Software erstellt und in ca. zwei von drei Einrichtungen werden elektronische Pflegedokumentationssoftwareprogramme eingesetzt.

Elektronische arbeitserleichternde Systeme, die die Pflegekräfte informieren, insofern die Sicherheit von Bewohner*innen gefährdet ist, sind weniger stark verbreitet – in deutlich weniger als der Hälfte kommen Sensormatten, die beim Aufstehen von Bewohner*innen oder bei Sturzereignissen einen Alarm auslösen, zum Einsatz und in gut jeder dritten Einrichtung existieren Systeme, die alarmieren, insofern Bewohner*innen das Haus verlassen. Technologien, die der Freizeitgestaltung der Bewohner*innen dienen, sind unterschiedlich stark, aber nicht flächendeckend, zu identifizieren. Ähnlich verhält es sich mit Technologien, die das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner*innen fördern helfen können. Sprechende Fotoalben oder elektronische Vorlesehilfen, Unterhaltungs- und aktivitätenunterstützende Techniken wie bspw. Spielekonsolen, medizinische Vibrationstrainingsgeräte zur Muskulaturstärkung durch Tiefenschwingungen sowie elektronische Relaxsessel oder -liegen mit integriertem Massageprogramm werden jeweils von 7 % bis zu 30 % der Einrichtungen genutzt.

Technik, die die Selbstständigkeit der Bewohner*innen unterstützt und zugleich eine Arbeitshilfe für Pflegenden bei körpernahen Leistungen darstellt (Waschen, Unterstützung beim Toilettengang oder beim Anziehen), ist kaum verbreitet – elektronisch höhenverstellbare WC-Sitze oder Waschtische sowie Schränke, die mit einer Hebe- und Senktechnik der Kleiderstange ausgestattet sind, sind so gut wie nicht in den Einrichtungen zu identifizieren, obwohl sie seit Jahren auf dem Markt zu finden sind und bauliche Anpassungen in den Einrichtungen im Rahmen der Umstrukturierung in Einbettzimmer stattgefunden haben. Gründe für oder gegen den Einsatz der benannten Technologien wurden im Rahmen dieser Untersuchung nicht erhoben.

In einem weiteren Fragenkomplex wurde zukunftsgerichtet erfragt, in welchen Bereichen der Einsatzgebiete die Leitungen die Nutzung von Technologien verstärkt sehen und wo sie denken, dass sie selbst Technologien zukünftig verstärkt einsetzen werden.

Ein Großteil möchte zukünftig Technik, die der Dokumentation dient, sowie solche, die die Bewohnersicherheit fördert, anwenden. In annähernd der Hälfte der Einrichtungen werden Haustechnik (bspw. automatische Sonnenblenden, Klima- oder Schließanlagen) genannt sowie elektronische Angebote, die die Aktivitäten und die Freizeitgestaltung der Bewohner*innen ergänzen. Technische Ausstattung, die die Selbstständigkeit der Bewohner*innen unterstützt und Technologie für den Bereich Logistik und Transportwesen von Gütern wird auch zukünftig im Vergleich weniger anvisiert (jeweils trifft voll zu / trifft eher zu bzw. trifft eher nicht zu / trifft gar nicht zu).

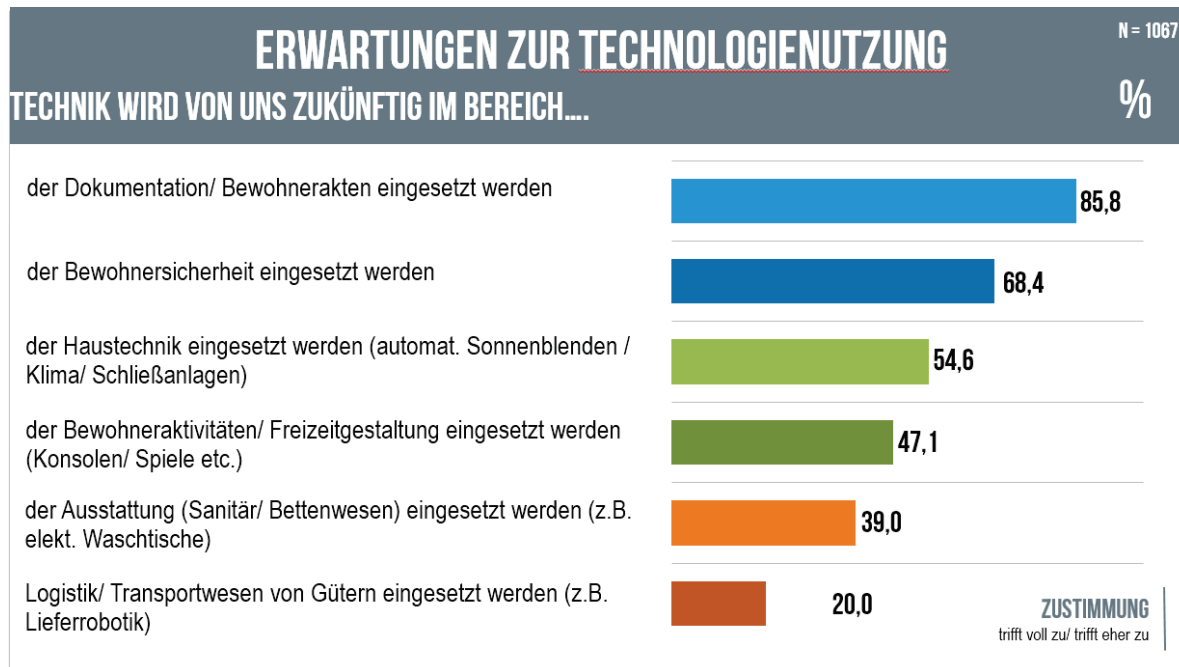


Abbildung 23: Zukünftige Einsatzgebiete neuer Technologien

Neue Technologien gehen mit Folgen sowie mit Erwartungen einher, denn sie sind mit erheblichen Mitteleinsätzen verbunden. Die teilnehmenden Leitungen verbinden mit der Technisierung und Digitalisierung prinzipiell einen Vorteil für die Mitarbeiter*innen bei ihrem täglichen Tun. 68,5 % nehmen eine deutliche Entlastung der Pflegenden bei ihrer

Arbeit an. Eine Personal- oder Kostenreduktion wird jedoch nicht vermutet. Gut die Hälfte (über 51 %) geht davon aus, dass durch Wartung und Einweisung in die Systeme höhere Betriebskosten entstehen werden. Eine Reduktion der benötigten Pflegekräfte durch den Einsatz der neuen Technologien nimmt kaum eine Leitungskraft an (ca. 3 %). Vor diesem Hintergrund spielt der Ersatz von Pflegenden durch Technik in der Realität der Einrichtungen keine Rolle. Eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Themenfeld aber müsste erfolgen, wenn Technologieentwicklung zielgerichtet entwickelt und eingesetzt werden soll (Hülken-Giesler 2010).

Personalsituation in den stationären Einrichtungen

Ein fester Bestandteil in jeder Pflege-Thermometer-Studie sind die Fragen zur Personalausstattung im Feld sowie die Anforderungen an und die Belastungen des Personals. Für den Bereich der stationären Langzeitpflege bestätigt sich dabei deutlich der Pflegefachkräftemangel. Zeitgleich nehmen die Arbeitsanforderungen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu und die Belastungen der Pflegenden steigen. Im nachfolgenden Kapitel werden diese Aspekte ausgeführt und differenziert beschrieben.

Personalkennzahlen in den stationären Einrichtungen

Der zusätzliche Bedarf an Pflegefachkräften in der stationären Altenhilfe wird in der vorliegenden Studie deutlich. Insgesamt waren im Mittel in den erfassten Einrichtungen mit einer Rückmeldung zum 30. Oktober 2017 für die Pflegearbeit 1,6 Stellen pro Einrichtung nicht besetzt – der größte Anteil an offenen Stellen findet sich mit einer Vollzeitstelle bei den Altenpflegefachkräften. Fehlendes Personal wird dabei auch durch Leasingfirmen ersetzt. In 21,2 % der Einrichtungen arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung Beschäftigte von externen Dienstleistern. In der Summe waren es in der Stichprobe von 1.067 Einrichtungen 553 Beschäftigte, die nicht zum Personalbestand gehörten.

Mit den Kennzahlen aus den Einrichtungen und den ausgewiesenen offenen und real zu besetzenden Stellen sind Berechnungen zu dem deutschlandweiten Bedarf an Pflegekräften in der stationären Altenhilfe möglich. Gewählt wurde für die Berechnung ein konservatives Modell, welches im Vergleich zu anderen Schätzungsmethoden niedrigere Werte ausweist²⁷. Ausgangspunkt für die an dieser Stelle vorgenommenen Berechnungen sind ausgewiesene Vollzeitäquivalente, also die Personalstellen, nicht die Anzahl an Pflegenden. In der Pflegestatistik werden in der Tabelle 3.8 umgerechnete (geschätzte) Vollzeitäquivalente berufsbezogen ausgewiesen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017). In der Erhebung im Pflege-Thermometer wurden ebenfalls Vollzeitäquivalente abgefragt. Zur Berechnung wurde der Anteil der offenen Stellen an der Gesamtheit des Pflegepersonals der Einrichtungen in der Pflege-Thermometer-Stichprobe berechnet. Dieser Anteil der offenen Stellen wurde, berufsgruppenspezifisch, auf die vorliegende

²⁷ Geht man von einem linearen Übertragungsmodell aus und multipliziert die durchschnittliche Anzahl an offenen Stellen (1,6) mit der Anzahl der stationären Einrichtungen gemäß Pflegestatistik 2017 (13.600), so ergeben sich 21.760 offene Stellen.

Kennzahl der Vollzeitäquivalente nach Pflegestatistik übertragen. Einschränkend ist dabei zu benennen, dass für die Berechnungen nur Grunddaten aus der Pflegestatistik, die im Jahr 2015 erhoben wurden, herangezogen werden können. Angesichts einer höheren Anzahl an Einrichtungen in 2017 und einer zu erwartenden höheren Anzahl an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen sind Verzerrungen nicht auszuschließen und die Anzahl der offenen Stellen würde bei einer aktuellen Datenlage aus dem Jahr 2017 insgesamt höher ausfallen.

Hochgerechnet auf alle stationären Einrichtungen der Langzeitpflege ergibt sich in Deutschland ein Volumen an aktuell offenen und zu besetzenden Stellen von mindestens 16.950. Die Anzahl der dafür benötigten Personen liegt deutlich höher, da durch die Teilzeitquoten für die Besetzung einer Vollzeitstelle mehr Personen zur Verfügung stehen müssten.

Offene Stellen bestehen mit rund 13.900 Vollzeitstellen vor allem bei den dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften. Dies verweist darauf, dass der Fachkräftemangel primär ein Mangel an qualifizierten Personen ist und die Bedarfe nicht anderweitig gedeckt werden können bzw. sich im Bereich der Helfer nicht abzeichnet, dass hier ein höherer Bedarf besteht als bei den fachqualifizierten Pflegenden.


HOCHRECHNUNG OFFENER STELLEN				
	VOLLZEITKRÄFTE (VZK/ STELLE) INSGESAMT <small>(Stichtag 31.12.2016)</small>	ANTEIL GEGENÜBER ALLEN LAUT PFLEGESTATISTIK 2015	AKTUELL OFFENE UND ZU BESETZENDE STELLEN IN VZK <small>(Stichtag 30.10.2017)</small>	OFFENE UND ZU BESETZENDE STELLEN IN VZK GERUNDET <small>umgerechnet auf 13.596 Einrichtungen</small>
ALTENPFLEGEFACHKRÄFTE <small>(3-jährig bzw. 2-jährig ausgebildet; inkl. Leitung; n = 763)</small>	9.696	6,9%	1,0 <small>(SD = 2,0)</small>	11.400
GESUNDHEITS- UND (KINDER-) KRANKENPFLEGEFACHKRÄFTE <small>(3-jährig ausgebildet; n = 686)</small>	2.072	4,8%	0,2 <small>(SD = 0,7)</small>	2.500
ALTENPFLEGEHELPER*INNEN <small>(1-jährig qualifiziert; n = 688)</small>	3372	9,6%	0,3 <small>(SD = 0,9)</small>	2.300
KRANKENPFLEGEHELPER*/- ASSISTENT*INNEN <small>(1-jährig qualifiziert; n = 526)</small>	827	6,6%	0,1 <small>(SD = 0,4)</small>	750
				ca. 16.950

Abbildung 24: Offene Stellen in der stationären Altenpflege

Die Daten der vorliegenden Stichprobe belegen den von der Arbeitsagentur ausgewiesenen pflegerischen Fachkräftemangel, sie liegen jedoch oberhalb der in den amtlichen Statistiken vorliegenden Kennzahlen, wenn man berücksichtigt, dass die benannte Anzahl alleine im Sektor der teil-/vollstationären Einrichtungen besteht und die ambulanten Dienste sowie die Krankenhäuser hier nicht mit eingerechnet wurden. Im Zusammenhang mit den Personalkennzahlen ist zu berücksichtigen, dass von 31 % der Einrichtungen offene Stellen nicht bei der Arbeitsagentur gemeldet werden (stimme voll zu und stimme eher zu) – demnach ist davon auszugehen, dass die zuvor im Kapitel benannte Anzahl an offenen Stellen in der Statistik der Arbeitsagentur tatsächlich höher anzusetzen ist.

Ergänzend ist festzustellen, dass in der stationären Pflege die Stellen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b und 53c SGB XI besetzt werden können. Durchschnittlich arbeiten in den erfassten Betrieben gut sechs Alltagsbetreuer*innen (5,9), die sich im Mittel 3,6 Stellen pro Einrichtung teilen. Offene Stellen sind bei einem Mittelwert von 0,1 nicht die Regel.

Wesentlich im Zusammenhang mit dem beschriebenen Fachkräftemangel ist die Frage danach, inwieweit sich dies auf die Erfüllung der Fachkraftquote auswirkt. In 22 % der Einrichtungen wurde aufgrund des Personalmangels (und der zu erfüllenden Fachkraftquote) in den drei Monaten vor dem Erhebungszeitpunkt ein selbst verordneter temporärer Belegungsstopp verhängt. In fast 4 % der Fälle geschah dies durch die Aufsichtsbehörden.

Arbeitssituation für das Pflegepersonal

Der Arbeitsdruck in den erfassten Betrieben ist hoch. Zur Arbeitssituation von Altenpflegenden und den berufsbedingten Belastungen liegen zahlreiche Untersuchungen und Studienlagen vor, die in der Gesamtheit auf eine besondere Exposition im Beruf der Altenpflege hinweisen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2014; Brause et al. 2015; Henze und Piechotta 2004; Höhmann et al. 2016; Badura et al. 2015). Der Diskurs zu den unterschiedlichen physischen und psychischen Belastungen und den erhöhten Krankheitsraten soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden und kann insgesamt als bekannt vorausgesetzt werden. Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen die Einschätzungen der Leistungskräfte bezogen auf einzelne relevante Indikatoren auf.

Die arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und Belastungen steigen den Einschätzungen der Leistungskräfte zufolge für das Pflegepersonal in den Jahren 2016 auf 2017 deutlich an. Insbesondere in der Gegenüberstellung der Angaben zur Steigerung oder zum Absinken der benannten Indikatoren werden die Relationen deutlich.

Als zunehmend werden durch mindestens jede zweite Person die herausfordernden Verhaltensweisen bei Bewohner*innen, die Anforderungen bei den grund- und behandlungspflegerischen Aufgaben und der Aufwand bei der Angehörigenarbeit bzw. die Konflikte mit Angehörigen beschrieben.

Eine Zusicherung von freien geplanten Zeiten stellt ein deutliches Problem dar. In gut 2 von 5 Rückmeldungen nimmt das „Einspringen“ an frei geplanten Zeiten zu und in fast jeder dritten Einrichtung steigt die Anzahl an Sterbefällen. Eine Abnahme dieser Belastungen attestieren jeweils nur 1 % bis 9 % der Leitungen. Korrespondierend zu diesem Punkt lassen sich auch die Angaben zu den Überstunden betrachten. In mehr als jedem vierten Unternehmen steigt dazu die Anzahl der geleisteten Überstunden der Pflegekräfte, wobei zu diesem Aspekt auch rund jede fünfte Einrichtung zurückmeldet, dass die Überstunden gesunken sind und Entlastungen für diesen Aspekt aufgebaut werden konnten.



Abbildung 25: Arbeitsplatzbezogene Anforderungen für Pflegekräfte

Diese veränderten Anforderungen schlagen sich von 2016 auf 2017 in vermehrten gesundheitsbezogenen Belastungen des Pflegepersonals nieder. Zu den Belastungszahlen wurden an dieser Stelle keine Kennzahlen erfasst, sondern die Leitungen wurden gebeten, Veränderungen auf der Ebene von drei Bewertungskategorien (gestiegen, gleich geblieben, gesunken) vorzunehmen.

Die Gegenüberstellung im Bild einer Waage verdeutlichen die eingeschätzten gesundheitsbezogenen Auswirkungen. So geben 43 % an, dass die Krankheitsdauer gestiegen sei, nur 7 % beobachten hier eine Abnahme. Auch die Anzahl der Krankheitstage insgesamt bezeichnen 41 % als steigend gegenüber 12 %, die eine Abnahme beobachten. Diese Befunde verdeutlichen das weiterhin bestehende Problem im Rahmen der Gesundheitsförderung und sie bestehen trotz der Anstrengungen der Einrichtungen, durch Maßnahmen Entlastungen herbeizuführen.

31 % der Leitungen beobachten eine zunehmende Erkrankungsschwere bei den Mitarbeitenden (8 % eine Abnahme). Nicht erfasst wurde der ebenso bedeutsame Punkt des Präsentismus von Mitarbeitenden; die Aufnahme einer Arbeit trotz bestehender Erkrankung. In der Literatur wird dieser Aspekt aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert (Jung 2017; Lohaus und Habermann 2018; Badura und Steinke 2011).

Damit verbunden wird u.a. in der Pflege neben nachhaltigen Folgen für die Pflegekräfte selbst auch ein betriebswirtschaftlicher Schaden durch indirekte Kosten (Jansen 2011). Die Diskussion zu diesem Phänomen kann an dieser Stelle nicht umfassend erfolgen, muss jedoch bei den Auswertungen über die Erkrankungstage mit einbezogen werden,

da Pflegende häufiger als andere Berufsgruppen krank arbeiten, um die Patientenversorgung zu stabilisieren, das Pflorgeteam „nicht im Stich zu lassen“ oder aus anderen, teils individuellen Gründen.



Abbildung 26: Gesundheitsbezogene Belastungen von Pflegekräften

Betriebliche Gesundheitsförderung

In einem weiteren Teilbereich zur Analyse der Personalsituation wurden Fragen rund um das Thema der Gefährdungen sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfasst. Ziel sollte sein, einerseits den derzeitigen Stand der Umsetzung von Gefährdungsanalysen zu systematisieren und darüber hinaus auch die Maßnahmen der Einrichtungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzunehmen.

In einem ersten Schritt sollen die potenziellen und eingeschätzten Risiken vorgestellt werden.

Mit dem Pflegeberuf verbunden sind nicht nur Gefährdungen im Rahmen von erhöhten Belastungen, die sich physisch und psychisch auswirken können. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden darüber hinausgehende Aussagen bezogen auf weitere Gefährdungen untersucht sowie die Frage nach eingesetzten Verfahren der Gefährdungsbeurteilung mit aufgenommen.

In dem Großteil der erfassten Einrichtungen kommen als relevante Gefährdung für Pflegende insbesondere körperliche Belastungen in Form von Muskel- und Skelettproblemen sowie die Auswirkungen psychischer Belastungen wie Depression oder Burn-out zum Tragen. Dies ist in 830 bzw. 755 der 1.067 Unternehmen der Fall. Diese Daten untermauern die vorliegenden Erkenntnisse bezogen auf die eher "klassischen" Risiken, die mit der Pflegearbeit in Verbindung gebracht werden.

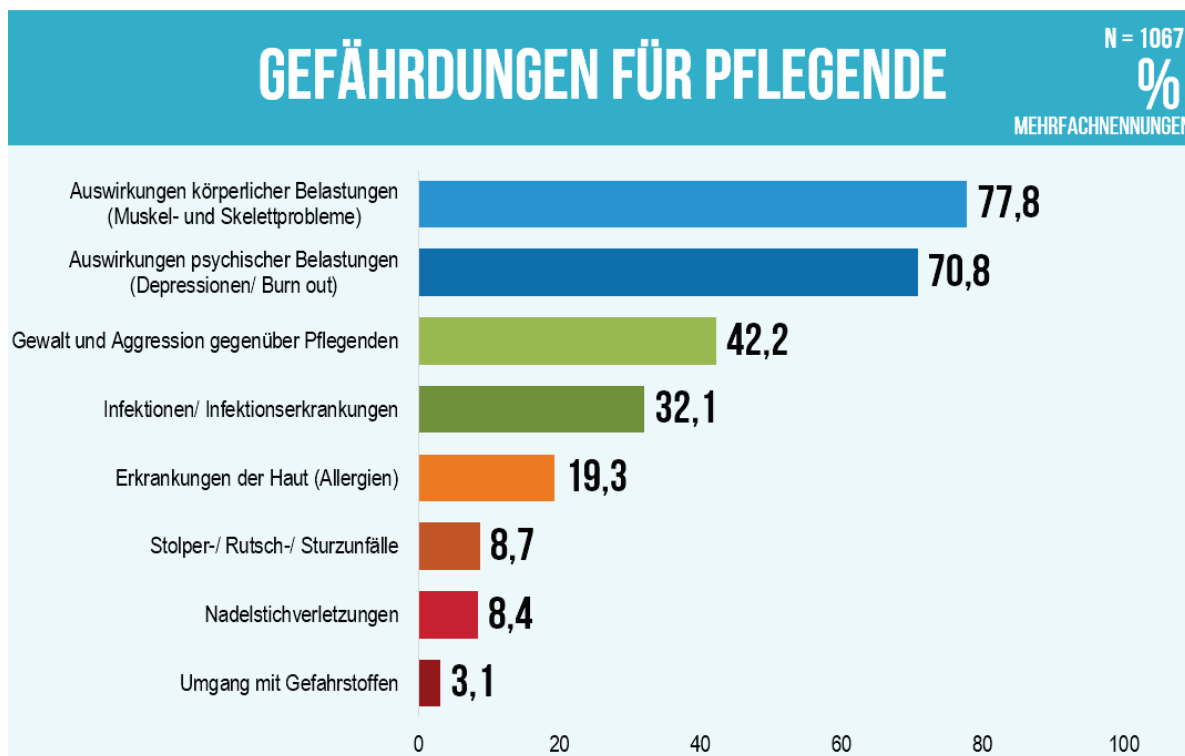


Abbildung 27: Gefährdungen für beruflich Pflegenden

Aktuell in der Debatte ist die Gewalterfahrung bei Pflegenden im Rahmen ihrer Tätigkeit bzw. wurde in den vergangenen Monaten in diesem Zusammenhang wieder verstärkt eine Fachdebatte aufgenommen (Weidner et al. 2017)²⁸. In der Literatur werden dabei nicht nur Gewalterfahrungen von Pflegenden (Zentrum für Qualität in der Pflege 2017), sondern auch gegenüber professionell Pflegenden thematisiert. In 450 Betrieben sind Gewalt und Aggression gegenüber Pflegenden relevant. Dies verdeutlicht bestehende Problematik und verdeutlicht, dass vielerorts zu diesen Aspekten präventiv geschult wird oder werden sollte.

In 342 bzw. 206 Einrichtungen stellen Infektionen und Infektionserkrankungen und Hauterkrankungen bspw. in Form von Allergien eine Herausforderung dar. Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle, Nadelstichverletzungen und der Umgang mit Gefahrenstoffen sind für einen sehr geringen Anteil der Befragten eine relevante Gefährdung für Pflegekräfte (33 bis 93 Einrichtungen).

Im Rahmen des Gesundheitsschutzes sind die Unternehmen aufgefordert, sich mit den Fragen der Gefährdungen der Mitarbeitenden verstärkt auseinanderzusetzen und eine

²⁸ In der Studie des DIP wurden dabei die folgenden Aspekte ausgeführt: Geht es um Gewalterfahrungen, die sich gegen die Pflegenden richten, gibt knapp jeder siebte Befragte (13,7 %) an, in den vergangenen drei Monaten selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein. Dabei erleben 11,2 % dies „eher häufig“ und 2,5 % sogar „sehr häufig“. Nahezu ein Drittel (30,8 %) gibt an, dass sie „eher häufig“ bis „sehr häufig“ erleben, dass Pflegemaßnahmen gegen den Willen von Patient*innen oder Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Arbeitsschutz umfasst dabei neben der Beachtung der Unfallverhütung auch das Vermeiden von Gesundheitsgefahren bei der Arbeit selbst.

Bezogen auf die Verbreitung des Einsatzes unterschiedlicher Verfahren geben die Einrichtungen die nachfolgenden Verbreitungsgrade an. Es dominiert mit einem Durchdringungsgrad von 36,4 % der Einsatz des Verfahrens der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die BGW hat beispielsweise sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich eine online-gestützte Gefährdungsbeurteilung für die Pflege entwickelt (<https://www.bgw-online.de>). 22,3 % der Einrichtungen geben an, dass sie zu diesem Zweck einen externen Dienstleister mit der Durchführung beauftragen und je 7,5 % nutzen dazu hauseigene oder aber trügereigene Verfahrensweisen, die an dieser Stelle aber nicht näher erfasst wurden.

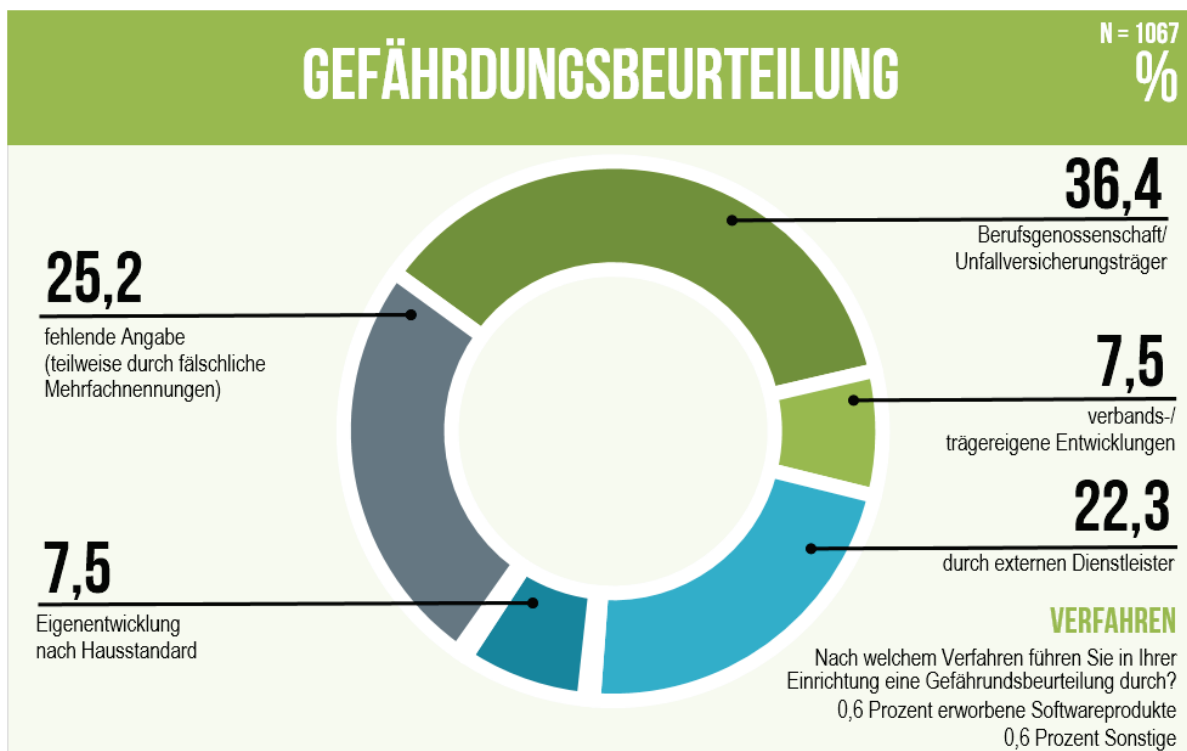


Abbildung 28: Instrumente/ Verfahren der Gefährdungsbeurteilung

Vor dem Hintergrund von steigenden Belastungen und zunehmenden Gefährdungen nimmt die Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert ein (Fuchs-Frohnhofen und Bessin 2012). Betriebliche Gesundheitsförderung im Kontext der stationären Versorgung ist dabei kein neues Thema (Behr 2005; Fallner und Reinboth 2012) und geht auf Entwicklungen ab Mitte der 70er Jahre zurück (Slesina 2008). Insbesondere vor dem Hintergrund der Kenntnis, dass erhöhte Belastungen im Berufskontext der Altenpflege immanent vorhanden sind, die sich aufgrund des Schichtdienstes und anderer Faktoren ergeben (Badura et al. 2015; Buruck et al. 2015), ist bemerkenswert, dass 23,3 % der Antwortenden angeben, dass sie offenbar nicht über ein

breite Angebotspalette an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verfügen. Nur 43 % bestätigen dies positiv. Doch auch dort, wo dies verstärkt durchgeführt wird, bestehen Probleme, wie sie auch aus anderen Berufen und Industriezweigen bekannt sind.

Mehr als jeder zweite gibt zustimmend an, dass bestehende Angebote vom Personal nicht bzw. nur unzureichend genutzt werden, und eine ähnliche Ausprägung (47,4 %) erfährt die Aussage, dass die Maßnahmen überwiegend von aktiven und gesunden Mitarbeitenden wahrgenommen werden. Rund 25 % setzen dabei auch Instrumente ein, um zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln, aber deutlich weniger (19,7 %) bestätigen, dass sie stark individualisierte Angebote einer betrieblichen Gesundheitsförderung vorhalten.

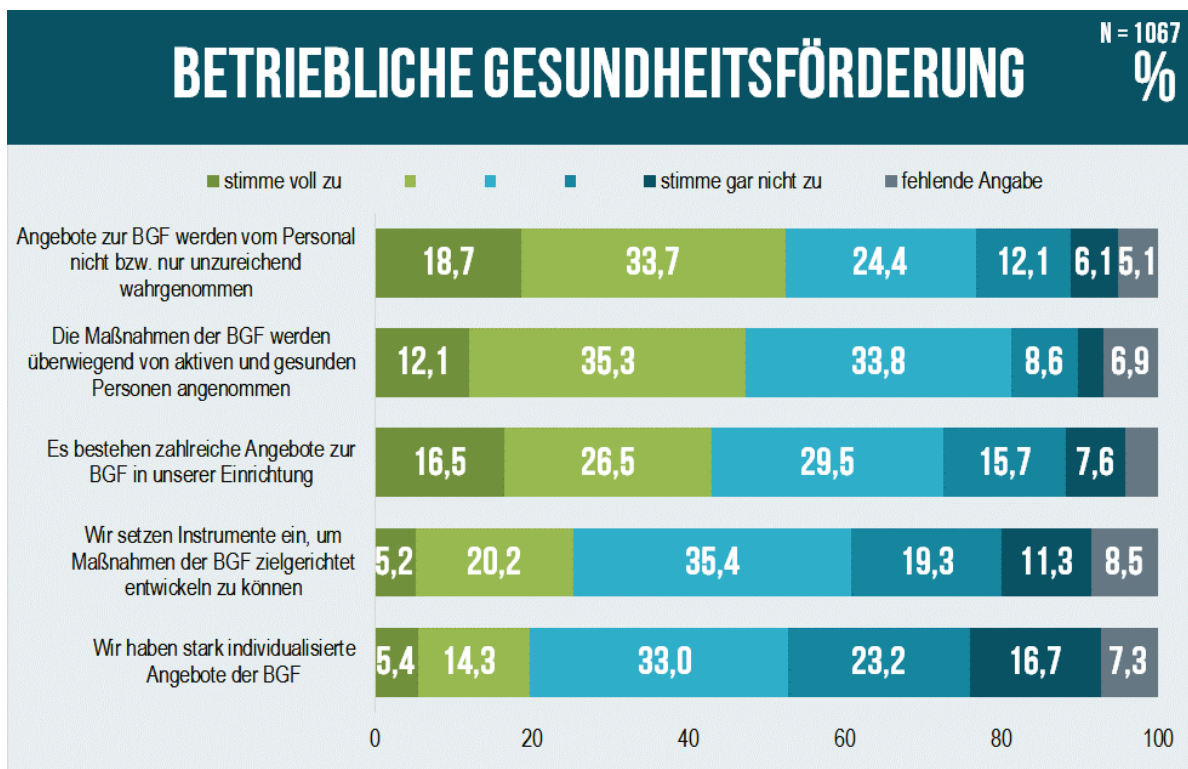


Abbildung 29: Einschätzungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

In der Gesamteinschätzung geben 23,6 % der Einrichtungen an, dass sie ihre bestehenden Maßnahmen für voll ausreichend zur Bedarfsdeckung halten. Ihnen stehen jedoch 28,8 % gegenüber, die selbstkritisch keine ausreichende Deckung sehen. Der größte Teil von 41 % der Befragten schätzt dies im neutralen Bereich ein. Als ein Hindernis kann dabei die Finanzierung der Maßnahmen identifiziert werden. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind, so sie über die Krankenkassen rückvergütet werden sollen, mitarbeiterbezogen. Dies bedeutet einen hohen Aufwand bezogen auf die Administration. Nur 9,2 % geben an, dass sich die Finanzierung durch die Krankenkassen verbessert habe, 16,7 % sehen hier eine Verschlechterung und 65,3 % beobachten keine Veränderung in 2017.

Bezogen auf die Gesamtheit in diesem Bereich kann festgestellt werden, dass die betriebliche Gesundheitsförderung deutlicher gestärkt werden muss, denn sie steht auch in einem Zusammenhang zur Fachkräfteproblematik und zur Mitarbeiterbindung an den Betrieb.

Mitarbeiterbindung und -gewinnung

Mitarbeiterbindung und Mitarbeiterentwicklung im Rahmen eines Personalmanagements sind die zentralen Themen der Gegenwart, wenn es um eine strategische Entwicklungslinie der Versorgungssicherung durch Personal geht. Hierzu sind zahlreiche Ansätze benannt und in Handlungsleitfäden oder Arbeitshilfen veröffentlicht (Das Demographie-Netzwerk (ddn e.V.) Dortmund 2017; Bessin und Fuchs-Frohnhofen 2012; Aner et al. 2015). Betrachtet werden dabei überwiegend keine singulären Maßnahmen, sondern Themenfelder und Handlungsansätze, um durch einen Mix von unterschiedlichen Maßnahmen Mitarbeiterrekrutierung, Mitarbeiterbildung und Mitarbeiterentwicklung zukunftsorientiert zu gestalten (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz 2015, 2017).

Die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter*innen ist ein zentrales Kriterium für die Einrichtungen. Sie ist die Bedingung dafür, dass Mitarbeiterbindung funktioniert und auch, dass die eigenen Mitarbeitenden sich als Botschafter der Einrichtung verstehen und ggf. auch andere Pflegekräfte mit anwerben.

Vielfältige Maßnahmen, mit denen die Bindung des Personals an den Betrieb erhöht und die Akquisition neuer Arbeitnehmer*innen erleichtert werden sollen, kommen aktuell zum Einsatz. Die klassischen Forderungen, wie bspw. Teilzeitstellen in der Pflege aufzustocken oder individuelle Arbeitszeitmodelle anzubieten, sind verbreitet und werden vielerorts bereits umgesetzt. Zudem sind die Möglichkeiten, die Fluktuation der Pflegenden zu minimieren sowie genügend neue Fachkräfte zu akquirieren, derzeit minimal.

Die nachfolgende Grafik weist auf der linken Seite die TOP 10 der Maßnahmen aus, die umgesetzt werden. Ihnen gegenübergestellt sind die Low-10-Maßnahmen, die verhältnismäßig gering eingesetzt werden.

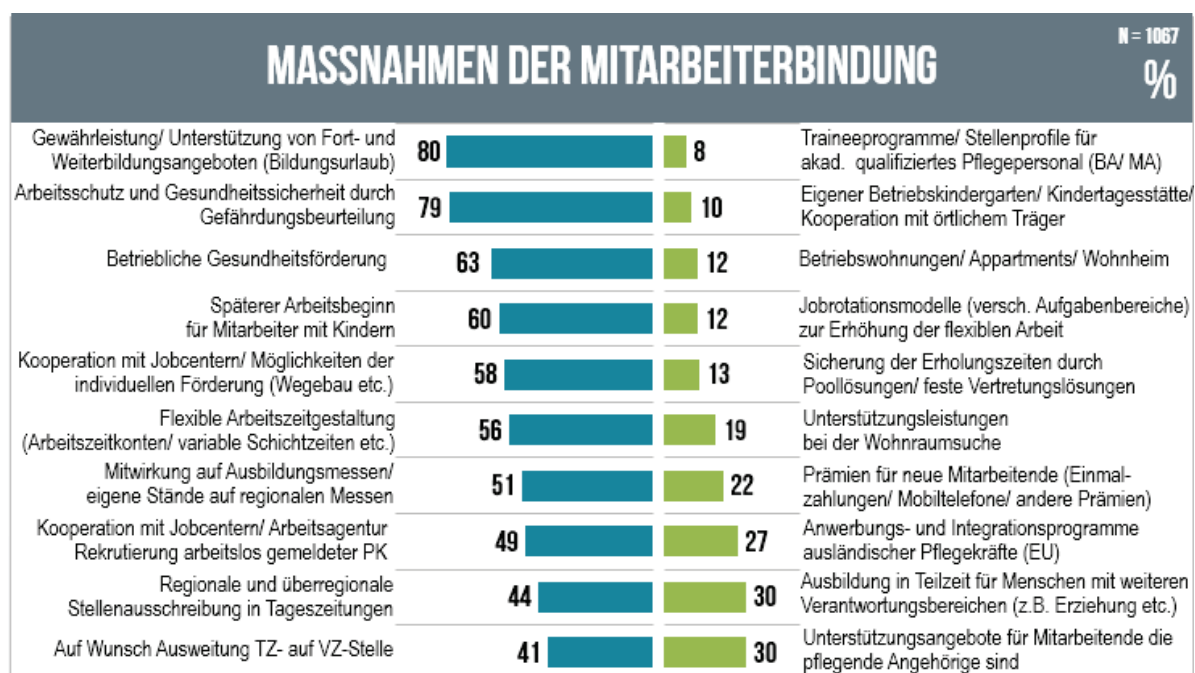


Abbildung 30: Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung und -rekrutierung

Zur Fachkräftesicherung und Bindung von Mitarbeiter*innen tragen in einem Großteil der erfassten Einrichtungen Fort- und Weiterbildungsangebote, Gefährdungsbeurteilungen im Rahmen des Arbeitsschutzes und die betriebliche Gesundheitsförderung bei. Kooperationen mit Jobcentern zur individuellen Förderung von Mitarbeitenden sind in mindestens jedem zweiten Fall Standard. Dies gilt auch für die individuelle Ausgestaltung von Arbeitszeitmodellen.

Dagegen sind Prämien für neue Mitarbeiter*innen oder Angebote zur Stabilisierung des Alltags der Angestellten, wie bspw. die Unterstützung von Mitarbeiter*innen, die pflegende Angehörige sind, Hilfe bei der Wohnraumsuche oder die Einrichtung eines Betriebskindergartens, weniger stark verbreitet. Maßnahmen, wie sie aus der Arbeitsforschung bekannt sind (z.B. Job-Rotationsmodelle) finden eine geringe Umsetzung. Auch Maßnahmen, wie sie aus dem Bereich des Krankenhauses bekannt sind (Springerpool zur Sicherung der freien Zeiten) sind eher geringgradig ausgeprägt. Auf den letzten Platz kommen Traineeprogramme / Stellenprofile für akademisch qualifizierte Pflegenden. Dies wird offenbar in den Einrichtungen aktuell noch nicht als Möglichkeit identifiziert, um zusätzliches oder anders qualifiziertes Personal in die Einrichtungen zu integrieren und zu binden.

Bezogen auf die Mitarbeiterrekrutierung muss ein wesentlicher Aspekt betrachtet werden. Dieser ist die Mobilität der Mitarbeitenden. In der Pflege liegt ein hoher Anteil an Teilzeitarbeit vor, was mit tendenziell geringeren Löhnen einhergeht. Die Überwindung einer räumlichen Distanz ist in hohem Maße auch mit Kosten verbunden. Studien legen nahe, dass die Mitarbeiterrekrutierung überregional nur dann gelingt, wenn die Ange-

botsstruktur die Mitarbeiter*innen dazu zwingt. Ferner steht die überregionale Mitarbeitergewinnung mit dem Qualifikationsgrad der gesuchten Personen, der Altersgruppe und der familiären Situation in Verbindung. Unter den in der Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft untersuchten Berufen befinden sich Gesundheits- und Krankenpflegende unter den Top 10 der gesuchten Berufe, bezogen auf die Mobilitätsmöglichkeiten (Binnenwanderungspotenzial) werden sie hingegen nicht geführt (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2017).

Im Rahmen des Pflege-Thermometers wurde erfasst, in welchem Rekrutierungsraum die Mitarbeitenden für die Einrichtungen zu rekrutieren sind.

Die Leitungen in den stationären Einrichtungen beantworteten Fragen zur Entfernung, die ihre Mitarbeiter*innen zurücklegen und die diese maximal zurückzulegen bereit wären, um zur Arbeitsstätte zu kommen.

Bei rund 91,1 % wohnen die meisten Pflegenden bis zu 20 km vom Betrieb entfernt und hiervon in 55,3 % der Fälle sogar innerhalb von 10 km. Als maximale Entfernung zum Arbeitgeber geben 70,6 % einen Radius von 30 Kilometern an. Über die Entfernung von 40 km hinaus lassen sich kaum Arbeitnehmer*innen akquirieren. Dies zeigt die räumliche Begrenzung bezogen auf die Mitarbeiterrekrutierung an.

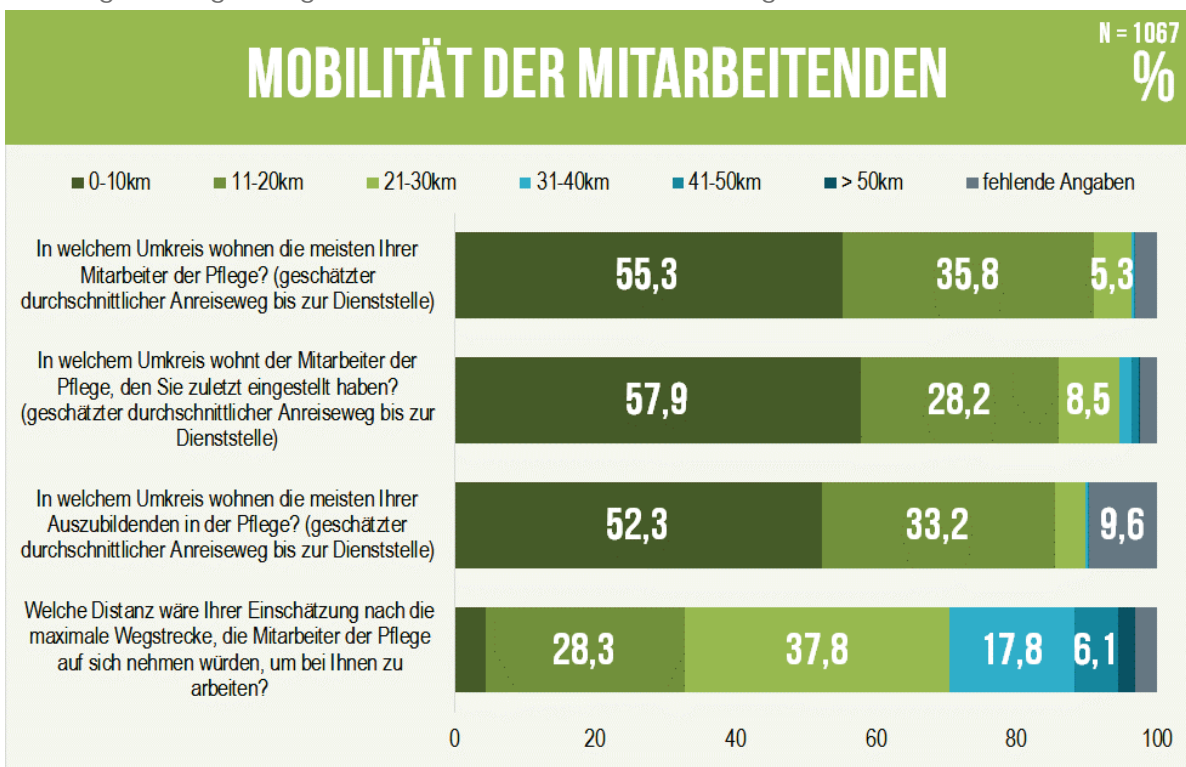


Abbildung 31: Mitarbeiter*innenmobilität

Die vorliegenden Daten bestätigen vorherige Befragungen in einzelnen Bundesländern (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2017) und in anderen Sektoren der pflegerischen Versorgung (Isfort et al. 2016).

Betrachtet man die Angaben des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zur Pendlerbereitschaft in Deutschland insgesamt, so sind die bestehenden Daten nicht als Ausnahme zu betrachten. Die durchschnittliche Distanz zwischen Wohnort und Arbeitsort wird in der Literatur des IAB mit 10,5 Kilometern angegeben. Die Analysen zeigen ferner auf, dass nur rund 30 % der Erwerbstätigen in Deutschland Distanzen von über 20 Kilometern zurücklegen, aber 49 % bis zu 10 Kilometer (Dauth und Haller 2018). Vor diesem Hintergrund und im Vergleich zu den vorliegenden Daten muss von einer mäßig niedrigeren Mobilität der pflegenden Mitarbeitenden ausgegangen werden.

Die Personalakquisition wird insgesamt mühevoller werden. Problematisch sind dabei die folgenden zwei Entwicklungen:

- Zum Einen schätzen gut 70 % der Leitungen ein, dass in den kommenden 5 Jahren die Bereitschaft der Mitarbeiter*innen in der Pflege abnehmen wird, längere Wegstrecken als bislang zur Arbeit zurückzulegen (Skalenwert 1-4 auf einer Skala vom 1-10 mit den Angaben der Abnahme der Bereitschaft, oder Zunahme der Bereitschaft, längere Distanzen auf sich zu nehmen).
- Zum Zweiten wird vermutet, dass in Bezug auf die Mietkostenentwicklung in der Region in den kommenden 5 Jahren die Möglichkeiten der Arbeitnehmer*innen sinken werden, arbeitsplatznah zu wohnen (Skalenwert 1-4 auf einer Skala von 1-10 mit der Angabe zu sinkenden oder steigenden Möglichkeiten unserer Mitarbeiter*innen arbeitsplatznah zu wohnen).

Fachkräfte aus dem Ausland

Aktuell in der Diskussion sind auch die Fragen nach der Integration von ausländischen Pflegefachkräften bzw. nach der Integration von Menschen mit Fluchterfahrung in die Pflege (Schrage 2016; Buchinger 2016; Isfort 2017). Zu beiden Aspekten wurden im Rahmen des Pflege-Thermometers Kennzahlen und Einschätzungen erfasst, die einen Überblick über den derzeitigen Realisierungsgrad geben. Die Diskussionen zu diesen Aspekten werden in der Pflege dabei nicht nur einseitig positiv, sondern auch kontrovers geführt (Marquardt 2016).

Grundsätzlich ist dies kein neues Thema – die Pflege war und ist immer ein Bereich gewesen, in dem aus vielen unterschiedlichen Ländern Personal beschäftigt ist. Die Bundesagentur für Arbeit weist für den Juni 2017 einen ausländischen Beschäftigtenanteil in der beruflichen Altenpflege von 11 % aus (Bundesagentur für Arbeit – Statistik 2018). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass dies nicht unbedingt Pflegenden sind, die in einem anderen Land qualifiziert wurden, sondern auch die, die in Deutschland die Ausbildung absolvierten, jedoch eine andere Staatsangehörigkeit haben.

Verstärkt haben sich aber die Diskussionen darüber, inwieweit ausländische Fachkräfte gezielt integriert werden können und welchen Beitrag sie leisten könnten, um den bestehenden Fachkräfteengpass abzumildern (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012; Bonin et al. 2015; Afentakis und Maier 2014; Schreck 2017; Geis et

al. 2016). Die Anzahl der Anträge auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Qualifikation nehmen deutlich zu (Slotala 2016). Zwischen 2012 und 2015 wurden, den Angaben des Berichts zum Anerkennungsgesetz folgend, alleine über 16.000 Anträge auf Anerkennung für die Gesundheits- und Krankenpflege gestellt. Damit sind die Pflegenden nach den Ärzt*innen der zweithäufigste Beruf an Antragstellern (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2017). Insbesondere in den südlichen Ländern (Italien, Spanien, Portugal) sind die Aussichten ausgebildeten Personals auf eine Festanstellung gering und so hat sich neben den osteuropäischen Ländern (Rumänien, Polen, Bosnien) auch hier eine Perspektive der Rekrutierung entwickelt. Dabei werden jedoch in Gutachten und Studien als Barrieren neben den hohen Kosten der Rekrutierung, Integration und Schulung auch hohe Kündigungs- und Rückkehrerquoten beschrieben (40 %) (Bonin et al. 2015). Darüber hinaus bestehen auch weitere Herausforderungen, wie der Arbeitsschutz (Merda et al. 2014). Die Integration von ausländischen Pflegekräften außerhalb der EU stellt dabei noch größere Hürden dar (Peters und Braeseke 2016). Insbesondere die Angleichungskurse und die Anerkennungsverfahren erweisen sich als eine Problematik (Maier 2014).

Ausländische Mitarbeitende sind in den Einrichtungen ein fester Bestandteil der Mitarbeiterschaft. In 34 % der Fälle können ausländische Mitarbeitende für den Pflegebereich erfolgreich längerfristig gebunden werden (jeweils trifft voll zu bzw. trifft eher zu).

In der vorliegenden Stichprobe werden in ungefähr 24 % der Einrichtungen gezielt ausländische Mitarbeiter*innen aus dem EU-Gebiet für den Pflegebereich akquiriert. In der Gesamtheit der Gruppe beobachten 14,9 %, dass Mitarbeitende nach einer erfolgreichen Anerkennung das Feld der Pflege im teil-/vollstationären Bereich verlassen und ins Krankenhaus wechseln. Dies kann damit im Zusammenhang stehen, dass in vielen Ländern der Pflegebereich akademisch qualifiziert wird. Darüber hinaus sind die Berufsinhalte oftmals näher an der Medizin ausgerichtet als in der deutschen Versorgungsrealität. Das Aufgabenspektrum umfasst z.B. weniger grundpflegerische Leistungen, die in anderen Ländern verstärkt auch von Helfern oder Angehörigen durchgeführt werden. Darüber hinaus kann als ein Faktor benannt werden, dass die Gehälter der Pflegenden in den Krankenhäusern in aller Regel über denen in der Altenpflege liegen und somit das Handlungsfeld Krankenhaus attraktiv erscheint.

In einer Subgruppenanalyse wurden die Einrichtungen betrachtet, die zustimmend angegeben haben, dass sie ausländische Pflegekräfte aus der EU rekrutiert haben. In dieser Gruppe wurde geschaut, wie die konkreten Erfahrungen mit der Bindung über die Anerkennungszeit hinaus eingeschätzt wurden. Dabei konnte identifiziert werden, dass sich die Gruppen genau teilen. 50 % beobachten eine Abwanderung aus dem Sektor, 50 % verneinen dies und ihnen gelingt offenkundig eine längere Bindung an das Tätigkeitsfeld oder die Einrichtung.

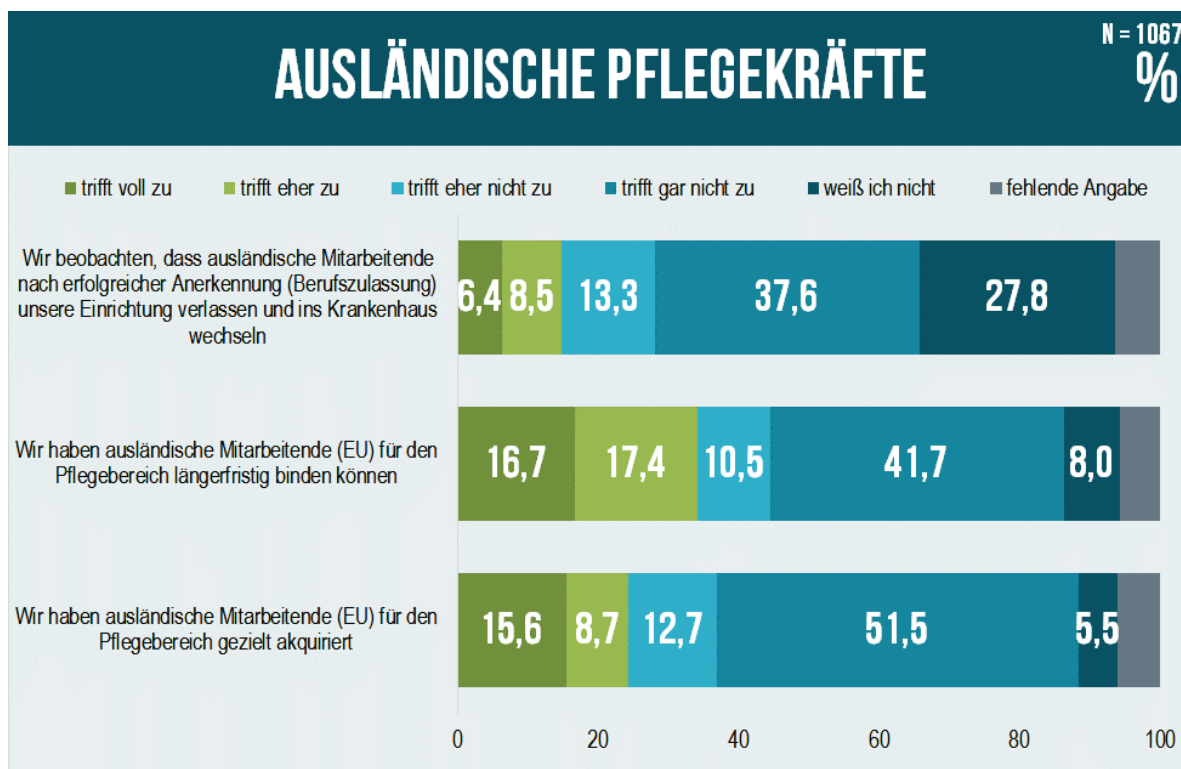


Abbildung 32: Ausländische Pflegefachkräfte

Bezogen auf die Frage nach der Integration von Menschen mit Fluchterfahrung wurden ebenfalls Fragen im Rahmen der Studie erhoben. Die Menschen mit Fluchterfahrung zu integrieren, ist dabei eine wesentliche gesellschaftliche Aufgabe, der sich auch der Bereich der stationären Versorgung nicht verschließt. Handreichungen und Broschüren sollen den Arbeitgebern dabei Möglichkeiten aufzeigen, wie dies gelingen kann (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2017). Von den Befragten geben 61,7 % an, dass sie Menschen mit Fluchterfahrung in ihrer Einrichtung beschäftigen. Überwiegend sind es dabei ein oder zwei Personen, die in der Einrichtung arbeiten oder ein Praktikum absolvieren. In der Summe sind es rund 970 Menschen, die in diesem Sektor zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten.

Die Akzeptanz von Menschen mit Fluchterfahrung ist unter den Befragten hoch. 72,8 % befürworten die Integration von geflohenen Menschen in die Altenpflege und 43,5 % der Antwortenden beteiligen sich hier aktiv. Dies steht in einem Widerspruch zu der abgefragten Kennzahl der Beschäftigten und der Angabe, dass 61,7 % einen Menschen mit Fluchterfahrung in der Einrichtung beschäftigen. Dieser Widerspruch kann an dieser Stelle nicht aufgelöst werden, da die Angabe zur aktiven Teilnahme nicht näher spezifiziert wurde.

Insgesamt kann das Ergebnis als ein deutlicher Hinweis gesehen werden, dass der Pflegebereich als gesellschaftliche Kraft in hohem Maße die Verantwortung mit annimmt und sich an der Integration von geflohenen Menschen beteiligt.

Bezogen auf die Möglichkeit, Menschen mit Fluchterfahrung in die direkte Versorgung zu integrieren, sind die Einschätzungen geringfügig niedriger. Insgesamt 30,1 % sehen für die Gruppe Tätigkeiten in der direkten Bewohnerversorgung, ihnen stehen jedoch mit 54 % deutlich die Mehrheit gegenüber, die dies eher oder gar nicht zutreffend bewertet. Bezogen auf andere Arbeitsbereiche der Heime, außerhalb der Bewohnerversorgung, sind die Einschätzungen andere. Hier stimmen tendenziell 39,8 % einer Beschäftigungsmöglichkeit zu, ihnen stehen 46 % nicht zustimmender Personen gegenüber.

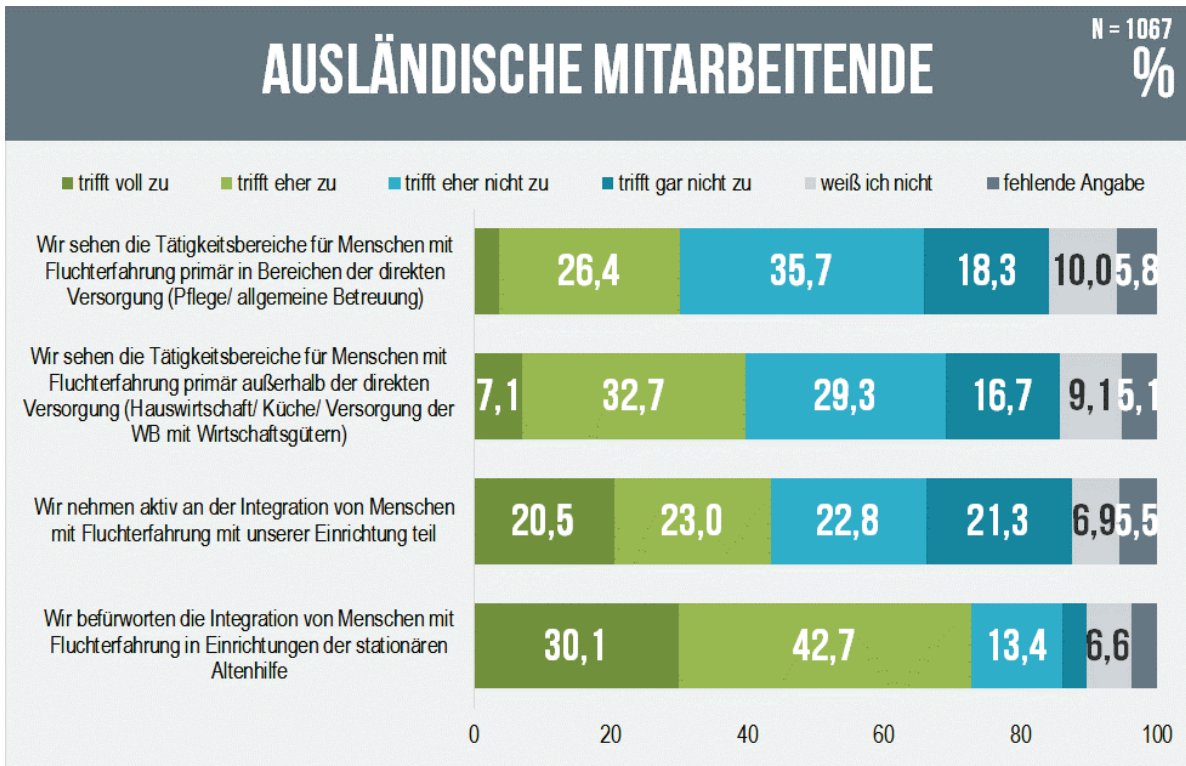


Abbildung 33: Integration von Menschen mit Fluchterfahrung

Mitarbeiterfluktuation

In der vorliegenden Stichprobe gaben die Leitungen für das Jahr 2017 an, dass insgesamt etwas mehr als 3.050 als Pflegefachkraft angestellte Personen ihren Arbeitsplatz bei dem derzeitigen Arbeitgeber aufgaben.

In 20 % der erfassten Einrichtungen wurde dabei keine Kündigung für 2017 seitens der Pflegefachkräfte angegeben. Jede fünfte Einrichtung verfügt demnach über eine stabile Situation bezogen auf die bestehende Belegschaft. In der Hälfte der Betriebe lag in 2017 die Fachkräfte-Kündigungsquote bei 10 %.

Im Rahmen der vorliegenden Befragung wurden die Hauptgründe für eine Kündigung im Rahmen eines Mehrfachantworten-Sets befragt. Damit lassen sich in der Auszählung die Häufigkeiten der unterschiedlichen Gründe beziffern und verdeutlichen, welche den Einrichtungen bekannten Gründe besonders oft oder besonders gering auftraten.

Derzeit scheint es nur bedingt möglich, die Fluktuation von Fachkräften gänzlich zu verhindern oder deutlich zu senken. Bei Pflegefachkräften waren in 2017 die beiden Hauptgründe der Eintritt in die Rente bzw. den Vorruhestand sowie die Kündigung nach der Probezeit durch das Unternehmen. Ein weiterer Hauptbeweggrund findet sich in einer zu hohen Arbeitsbelastung. Selten waren die Aufnahme einer Bildungsmaßnahme oder ein anderer gewünschter Stellenumfang Ursache eines Arbeitsplatzwechsels.

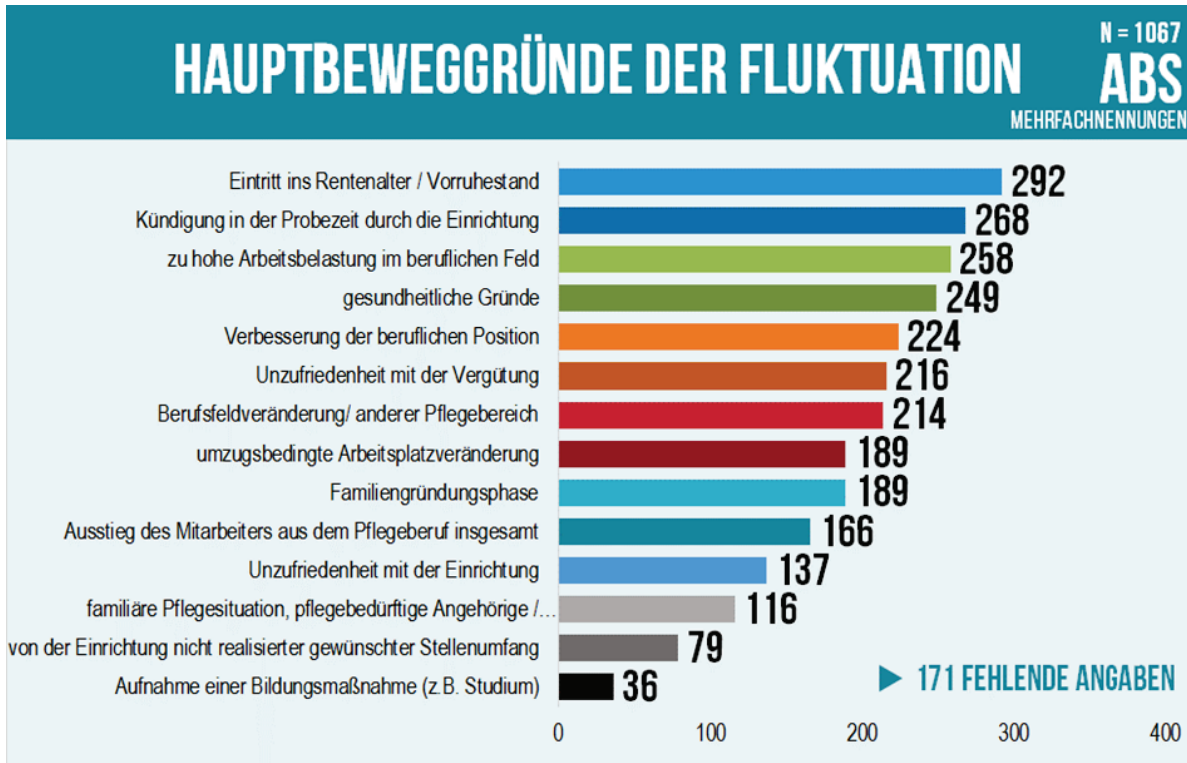


Abbildung 34: Gründe der Fluktuation von Pflegefachkräften

Insbesondere die hohe Quote an Kündigungen, die durch die Einrichtungen in der Probezeit ausgesprochen wurde, muss in den Zusammenhang mit anderen Daten diskutiert werden. Dies sind vor allem die Fragen rund um die aktuelle Bewerbersituation.

Bewerberlage im Pflegebereich

Die Bewerberlage umfasst unterschiedliche Aspekte der Betrachtung. Einerseits kann die Bewerberlage der Auszubildenden betrachtet und zur eigenen Ausbildungszahl in Beziehung gesetzt werden. Darüber hinaus hängt die Anzahl der Bewerber*innen einer Einrichtung auch mit den regionalen Ausbildungskapazitäten zusammen. Je mehr Personen in der Region ausgebildet und qualifiziert werden, umso größer ist in aller Regel die Anzahl der Bewerber*innen auf eine Stelle oder die Möglichkeit, Auszubildende frühzeitig einzustellen. Daher ist die Frage nach der regionalen Ausbildungskapazitätsdeckung in diesem Zusammenhang interessant. Darüber hinaus umfasst die Frage der Bewerbungen auf offene Stellen für qualifiziertes Personal neben der quantitativen auch immer eine Qualitätsdimension. Diesen unterschiedlichen Aspekten soll nachfolgend nachgegangen werden.

Die zentrale Option zur Gewinnung neuer Mitarbeiter*innen und zur Mitarbeiterentwicklung insgesamt ist das Ausbilden eigener Pflegekräfte in der eigenen Einrichtung. Je Einrichtung wurden durchschnittlich 3,2 neue Schüler*innen in 2017 ausgebildet; in 2018 steigt die Anzahl auf 3,5 neue Schüler*innen. Dabei wird in 54 % der Einrichtungen angegeben, dass derzeit prioritär versucht wird, die Ausbildungszahlen im eigenen Betrieb zu erhöhen.

In fast 53 % der Unternehmen konnten die bestehenden Ausbildungsplätze in der Pflege vollumfänglich besetzt werden, in gut 33 % jedoch nicht (stimme voll zu und stimme eher zu bzw. stimme eher nicht zu und stimme gar nicht zu). Dies könnte unter anderem, neben der Anzahl an Bewerber*innen um einen Ausbildungsplatz, auch an dieser Stelle mit der Qualität der Bewerbungen zusammenhängen. 54,3 % der Einrichtungen melden zurück, dass sich diese von 2016 auf 2017 verschlechtert habe (extrem verschlechtert und etwas verschlechtert).

Analog zu den Einschätzungen der Mobilität der Mitarbeitenden ist die Bereitschaft der meisten Auszubildenden, eine lange Strecke zum Betrieb zurückzulegen, gering. In über 86 % der Fälle wird eine Distanz von bis zu 20 km zurückgelegt. 67 % der Leitungen schätzen ein, dass in den nächsten 5 Jahren die Möglichkeit abnimmt, Auszubildende überregional zu rekrutieren (Skalenwert 1-4 auf einer Skala vom 1-10 mit der Angabe sinkende bis steigende Möglichkeiten überregional zu rekrutieren).

Die regionale Sicherung der Bewerberlage durch Auszubildende umfasst dabei auch die Kapazitätseinschätzung der Ausbildung. Es bedarf der regionalen Strukturen und wohnortnahen Ausbildungsmöglichkeiten, wenn die Einrichtungen die personellen Bedarfe mit eigenen ausgebildeten Personen beantworten wollen.

Bezogen auf die Kapazitätseinschätzung der Ausbildung insgesamt in der eigenen Region gehen fast 62 % der Leitungen davon aus, dass die Bedarfe der lokalen Einrichtungen nicht abgesichert werden können. Hier zeigt sich ein strukturelles Defizit, das in der Konsequenz zu einer Verschärfung der Konkurrenzsituation zwischen und innerhalb der Sektoren der Versorgung führen wird.

Bezogen auf die Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen in der Region teilen sich die Einschätzungen tendenziell eher auf. Hier beobachteten 35,9 % eine ausreichende Ausbildungsbereitschaft in den Einrichtungen, 29,7 % sehen Defizite, die zu einer fehlenden Absicherung führen. Deutlicher fällt das Ergebnis bezogen auf die Anzahl der Ausbildungsbewerber aus. Allerdings geben hier nur 42,6 % der Einrichtungen an, dass die Anzahl der Ausbildungsbewerber*innen für die Altenpflege die regionalen Bedarfe deckt bzw. absichert.

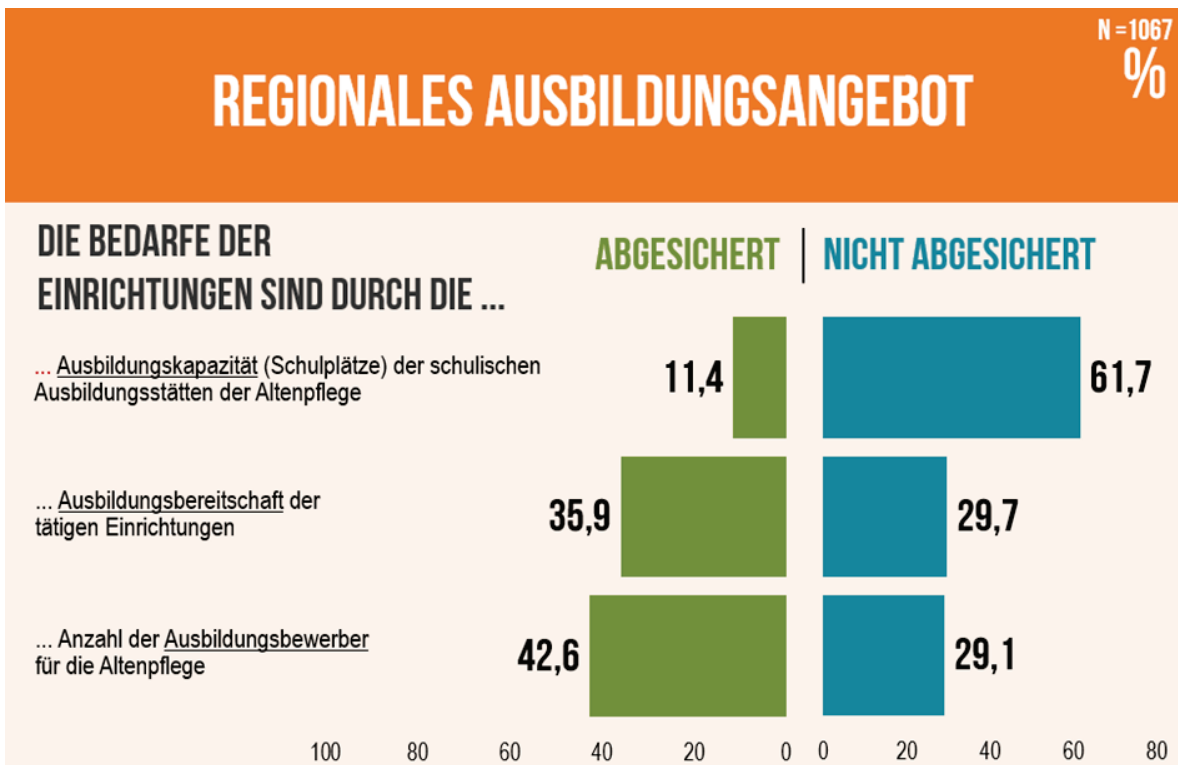


Abbildung 35: Regionales Ausbildungsplatzangebot

Die Anzahl der Bewerbungen ausgebildeter Pfleger erlaubte zum gegenwärtigen Zeitpunkt offenbar keine gute bis überhaupt keine Personalauswahl. Die Anzahl sowie die Qualität der Bewerbungen ermöglichen ebenso keine schnelle Wiederbesetzung der Stellen. Diese Entwicklung bildet sich in der Tendenz auch in den hohen Vakanzzeiten der Arbeitsagentur ab. Bezogen auf die Bewerbersituation zeigt sich aber in den differenzierteren Betrachtungen dieser Befragung in aller Deutlichkeit, dass es nicht nur ein quantitatives, sondern auch ein qualitatives Problem bezogen auf die Besetzung der Stellen gibt. Dies kann die Ursache für die Angabe bei der Mitarbeiterfluktuation sein, wo die Kündigung seitens der Einrichtungen der zweithäufigste Fluktuationsgrund war.

Lediglich 6,6 % der Antwortenden stimmen zu, dass die Anzahl der Bewerbungen eine schnelle Wiederbesetzung ermöglicht. Ihnen stehen 84,4 % gegenüber, die dies eher ablehnend bewerten. Ähnliche Verhältnisse zeigen sich auch bei der Frage nach der Personalauswahl. Hier sind es 7,8 %, die eine Personalauswahl als gut möglich einschätzen. Ihnen stehen 81,6 % gegenüber, die dies ablehnen, und in der Frage nach der Qualität der Bewerber*innen sind es 4,1 %, die diese als gut bewerten, um eine Stelle schnell zu besetzen; 83,3 % stimmen dem nicht zu.

In der Konsequenz dieser Arbeitsmarkt- und Bewerbersituation in der Altenpflege stimmen 61,9 % der Aussage zu, dass sie in 2017 Bewerber*innen eingestellt haben, die sie vor fünf Jahren abgelehnt hätten. In der Gesamtschau geben 73,9 % der Einrichtungen an, dass sich gegenüber dem Jahr 2016 die Qualität der Bewerbungen extrem verschlechtert habe.

Der Druck auf die Einrichtungen ist demnach extrem hoch, denn die quantitativen sowie qualitativen Probleme hemmen notwendige Entwicklungen und Prozesse.

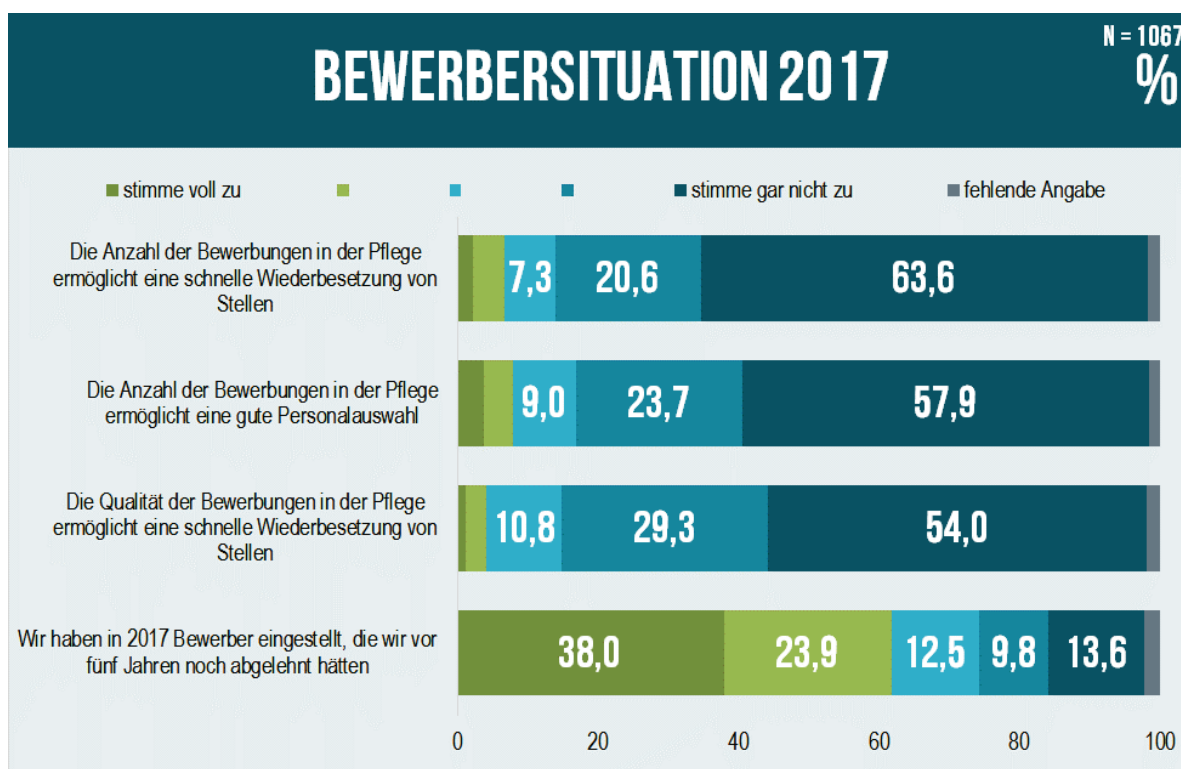


Abbildung 36: Einschätzungen zur Bewerberlage

Tarifsysteme der Vergütung

Bezogen auf die aktuellen Fragen wird die Tarifungleichheit zwischen den Berufen in der Pflege und den Sektoren, zwischen den Bundesländern aber auch zwischen den Trägern diskutiert (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege; IAB-Forum). Mit der Festlegung im Pflegestärkungsgesetz I, dass Entlohnung nach Tarif nicht als ein Kriterium einer unwirtschaftlichen Führung in Pflegesatzverhandlungen geltend gemacht werden kann und somit die volle Summe der Tariflöhne in den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden müssen, wurde ein wesentlicher Schritt in Richtung einer Verbesserung der tariflichen Situation und der rechtlichen Sicherheit erzielt. In der vorliegenden Studie sollten zu diesem Aspekt einzelne Informationen systematisiert werden.

Die Entlohnung der Pflegenden orientiert sich in der Stichprobe in über 51 % der Einrichtungen an einem öffentlichen oder kirchlichen Tarifvertrag. In fast 45 % der Fälle aber bestehen betriebseigene und damit individualisierte Hausregelungen/ Haustarife.

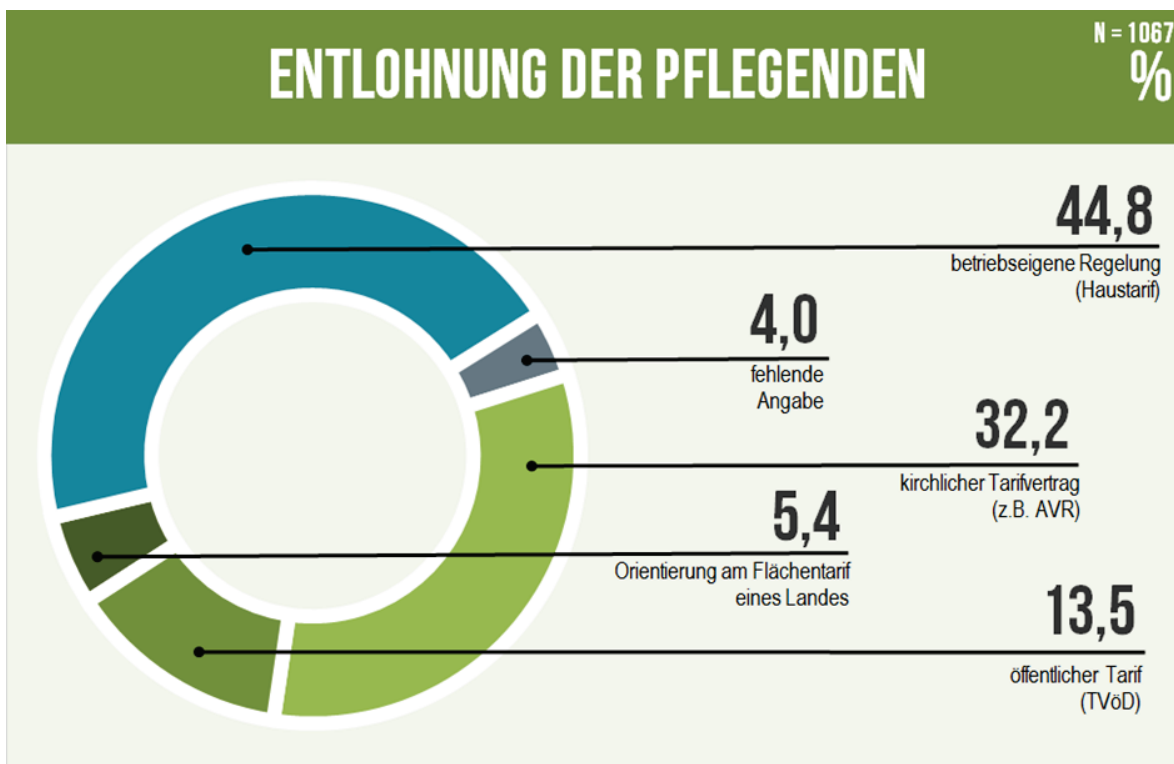


Abbildung 37: Tarifsysteme

Insgesamt befürworten von den stationären Einrichtungen 60,6 % der Befragten die Realisation eines Flächentarifvertrags für alle Pflegeeinrichtungen eines Landes und 62,5 % die Vereinbarung individueller Personalschlüssel und Heimentgelte.

Für die Finanzierungssicherheit der stationären Einrichtungen sind die Pflegesatzverhandlungen wesentlich. In 42,3 % der Unternehmen konnten in 2017 Tarifanpassungen für die Pflegenden in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern vollumfänglich geltend gemacht werden. Dies zeigt jedoch auf, dass die umfassende Berücksichtigung noch nicht überall eingebracht werden konnte. In rund 14,6 % der Fälle führten, den Ergebnissen zufolge, im selben Jahr Tarifanpassungen für Pflegenden in den Pflegesatzverhandlungen zu einer Nichtbewilligung anderer zusätzlich eingeplanter Stellen. Rund zwei von drei Einrichtungen (67,5 %) weisen diesbezüglich aber keine Problematik auf.

Der größere Anteil der Führungskräfte nimmt an, dass sich in den kommenden fünf Jahren bei den Personalkosten die Gehälter in Richtung Krankenpflege, die höher ausfallen, anpassen werden. Mehr als jede zweite Person erwartet dies (Skalenwert 1-4 auf einer Skala vom 1-10 mit einer deutlichen Anpassung der Gehälter in Richtung Krankenpflege bis eine geringe Anpassung der Gehälter).

Wirtschaftliche Entwicklung der stationären Einrichtungen

Eine zukunftsichere pflegerische Versorgung bedarf einer verlässlichen Finanzierung – die damit verbundene wirtschaftliche Situation in den Einrichtungen stellt sich, wenn auch nur wenige von einer Schließung betroffen sein könnten, sehr unterschiedlich dar.

Nicht flächendeckend können so beispielsweise strategische Investitionen getätigt und Personalstabilität garantiert werden.

Grundsätzlich positiv anzumerken ist, dass lediglich 49 Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe aufgrund einer schwierigen Finanzsituation akut von einer Schließung oder Insolvenz bzw. einer Übernahme bedroht sind - dies sind weniger als 5 % der Stichprobe.

Der Umsatz in 2016 stieg im Vergleich zum Vorjahr in gut der Hälfte der Unternehmen und in $\frac{1}{3}$ erhöhte sich auch der Betriebsgewinn bzw. die Möglichkeit, Rücklagen zu generieren (jeweils trifft voll zu und trifft eher zu).

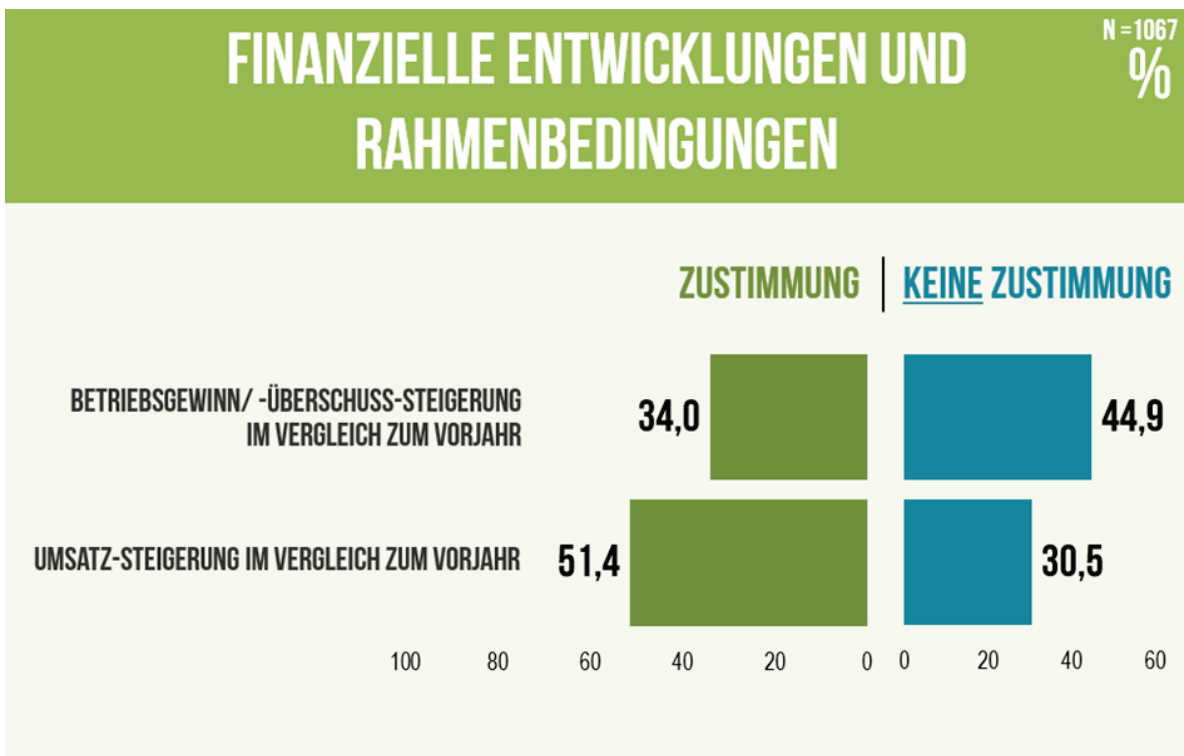


Abbildung 38: Finanzielle Entwicklungen in den Einrichtungen

Ein besonderer Aspekt in der Diskussion ist die Abbildung und Finanzierung des unternehmerischen Risikos im Rahmen eines teilregulierten finanzierten Systems. Mit Verabschiedung des Pflegestärkungsgesetzes III wurde vereinbart, dass ein unternehmerisches Risiko (Wagniszuschlag) im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mit zu berücksichtigen ist. Dies soll es den Unternehmen der Pflegebranche ermöglichen, analog zu anderen Dienstleistungsunternehmen, Investitionen vornehmen zu können, die den Bestand sichern und die Unternehmen zukunftsorientiert ausrichten zu lassen. Erste Modelle der Berechnung und Ausgestaltung liegen seit 2017 vor (Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH 2017)). Von den befragten Einrichtungen konnten 33,5 % einen solchen Risikozuschlag bislang nicht aushandeln. 35,9 % konnten dies offensichtlich realisieren.

Prognosen über die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung der Unternehmen für die kommenden fünf Jahre stellen sich sehr unterschiedlich dar.

Auf einer Skala von 1-10 (eine sehr sichere bis eine sehr unsichere wirtschaftliche Prognose für unsere Einrichtung) attestiert deutlich mehr als $\frac{1}{3}$ der Befragten eine sichere wirtschaftliche Entwicklung (Skalenwert 1-4) und etwas mehr als $\frac{1}{3}$ eine unsichere Ausgangslage (Skalenwert 7-10).

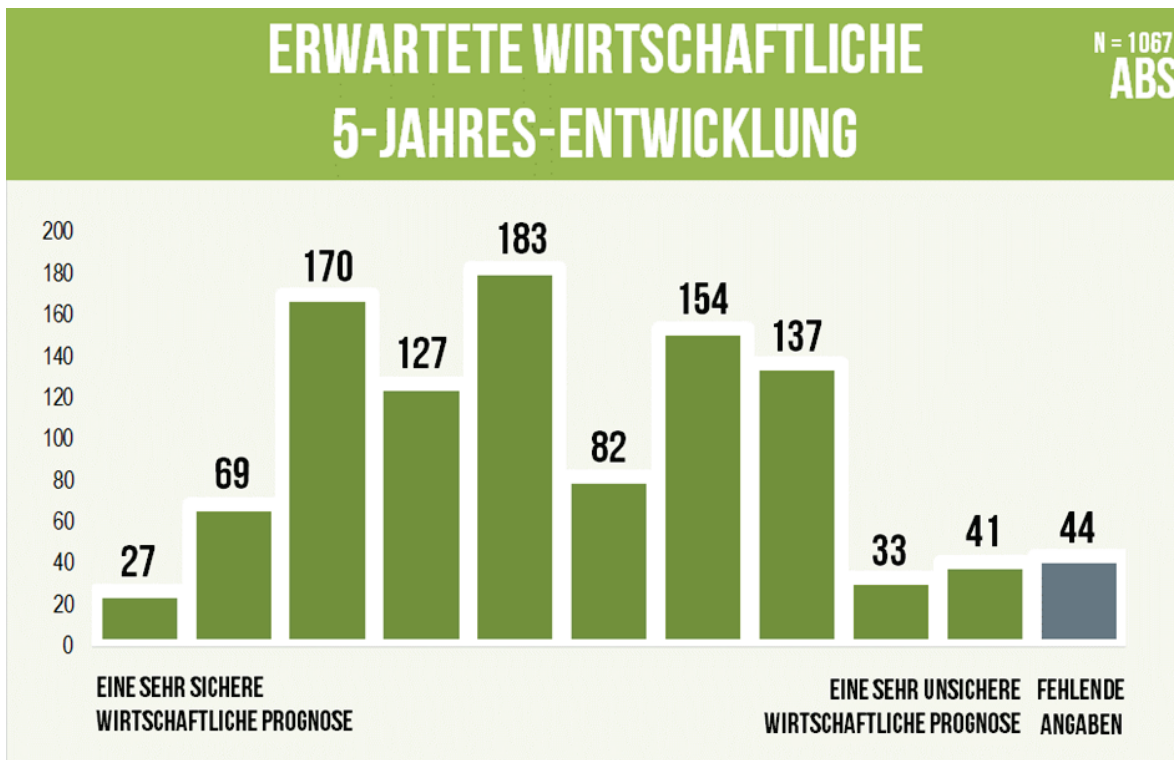


Abbildung 39: Prognose der wirtschaftlichen Entwicklung der Einrichtungen

Die Einschätzungen bestätigen andere Umfragen, in denen aufgezeigt wurde, dass die Aussichten der finanziellen Entwicklung sehr unterschiedlich eingeschätzt werden und angesichts der andauernden Veränderungen keine stabile Prognose besteht. Die Ergebnisse selbst aber fallen in diesem Bereich etwas besser aus als in anderen Studien. Die Curacon-Studie 2016 beispielsweise weist in den Ergebnissen einer Befragung von Altenpflegeeinrichtungen aus, dass rund 18 % der Einrichtungen stark oder etwas steigende Jahresergebnisse erwartet, dass aber rund 40 % sinkende Jahresergebnisse prognostiziert (CURACON GmbH 2016). Der Befragungszeitraum aber betrug in der Curacon-Studie ein Jahr und nicht die im Pflege-Thermometer 2018 angefragte 5-Jahres-Entwicklungsbetrachtung. Dies kann die Unterschiede erklären und darin begründet liegen, dass kurzfristige Einbußen angesichts eines konstant wachsenden Bereichs in der Langfristigkeit nicht als bedrohlich eingeschätzt werden.

Aus Gesprächen mit Trägern und Leitungen wurde deutlich, dass insbesondere der strukturelle Aufbau in der Tagespflege nicht überall aus den bestehenden Mitteln realisiert werden kann. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn hohe Grundstückspreise oder aber teure Umbauten vorzunehmen sind, um die Tagespflegeplätze auszubauen. Die damit verbundenen hohen Preise können an die möglichen Kunden und Interessierten nicht weitergegeben werden, weil damit die Kosten insgesamt zu hoch sind bezogen auf

das Angebot. Auf der anderen Seite führen niedrige Angebotskosten nicht zu einer kostendeckenden und planerischen Kalkulation, sodass sich die Investitionen nicht rechnen lassen. Als ein möglicher Weg wurden hier kommunale Zuschüsse angeregt. Diese Frage wurde im Rahmen des Pflege-Thermometers aufgenommen.

Rund die Hälfte der Einrichtungen ist derzeit in der Lage, mit der aktuellen finanziellen Ausgangslage strategisch wichtige Investitionen, wie bspw. die Einstellung von zusätzlichem Personal, die Umsetzung von Netzwerkarbeit oder die Modernisierung der Einrichtung, zu tätigen. Ihnen stehen 36,4% gegenüber, die offensichtlich nicht über dafür notwendige Finanzmittel verfügen.

Einschränkungen bei der Personalakquisition beeinflussen und gefährden die betrieblichen und strategischen Ziele jedoch in erheblichem Maße. Mit fast 54,5 % sind über die Hälfte der Unternehmen von einem Mangel an Pflegenden betroffen und müssen finanzielle Einbußen in Kauf nehmen.

34,4 % können geplante strategische Entwicklungen aufgrund eines Personalmangels nicht vornehmen und 25,5 % der Einrichtungen geben an, dass sie aufgrund des Personalmangels die betrieblichen Ziele des Unternehmens nicht erreichen können.

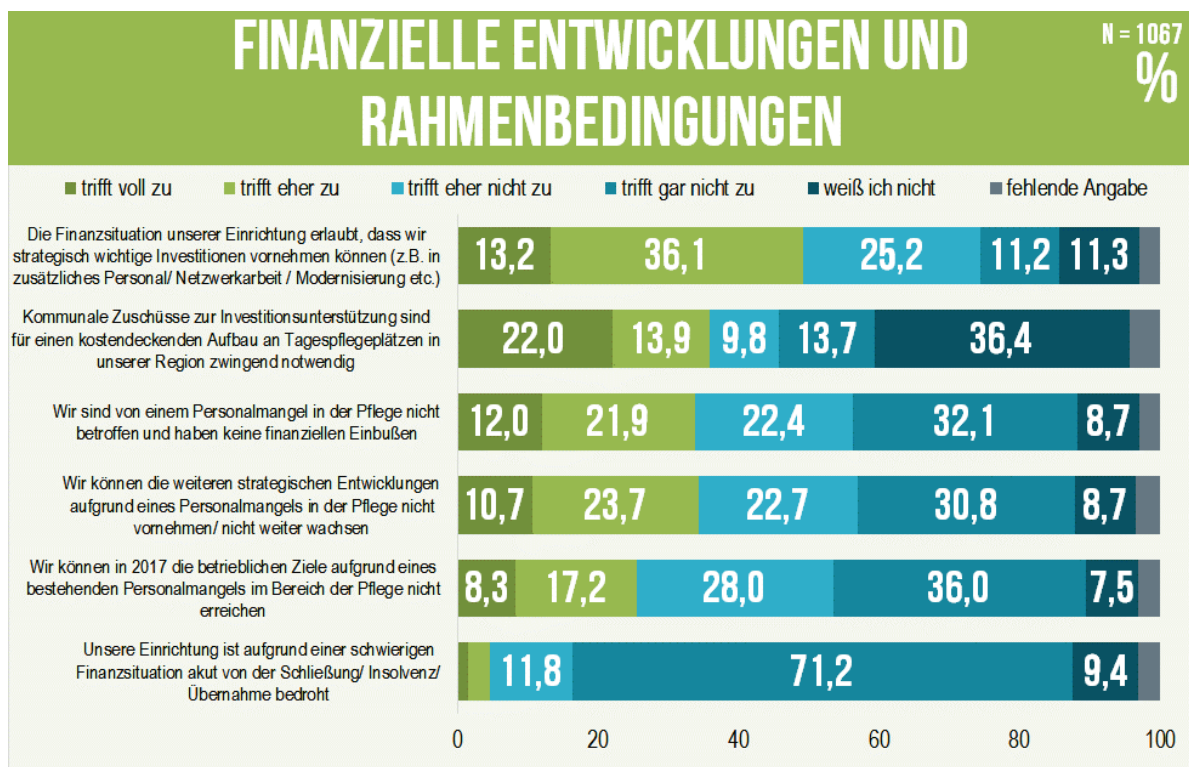


Abbildung 40: Finanzielle Rahmenbedingungen und Auswirkungen

In der Summe der Beschreibungen zeichnet sich für die Einrichtungen ab, dass ein bestehender und wachsender Markt vor allem durch den Personalengpass in der weiteren Entwicklung gehemmt wird und sich dies bereits vielerorts auch finanziell niederschlägt.

Regionale Bedarfseinschätzung

Die Schaffung einer Pflegeinfrastruktur ist aus unterschiedlichen Gründen eine zumeist regional zu organisierende Aufgabe; sie lässt sich dabei nicht alleinig durch Marktmechanismen bedarfsorientiert entwickeln und muss sich an gesellschaftlichen Aufgaben und Notwendigkeiten ausrichten, um die Versorgungssicherung der Bevölkerung auch garantieren zu können. In diesem Zusammenhang werden aktuell auch verstärkt die Diskussionen um die Rolle der Kommunen wieder aufgenommen (Klie 2015; Plazek und Schnitger 2016; Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Einerseits wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die regionale Bedingung einer begrenzten Mitarbeitermobilität deutlich und damit verbunden einer räumlich begrenzten Möglichkeit, Personal zu rekrutieren. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass die pflegebedürftige ältere Bevölkerung überwiegend wohnortnah in eine teil-/vollstationäre Versorgung einmündet, da hier das langjährige soziale Umfeld besteht. In einzelnen Fällen folgen pflegebedürftige ältere Menschen auch Angehörigen oder Zugehörigen; dies kann jedoch nicht als eine generelle Annahme betrachtet werden.

Vor diesem Hintergrund müssen mehrere Aspekte der regionalen Versorgungssicherung betrachtet werden. Vor Ort werden die bestehenden infrastrukturellen Begrenzungen deutlich. Für die Kurzzeit- und die Tagespflege sowie für die vollstationäre Dauerpflege lässt sich eine notwendige Anpassung durch Aufbau der Plätze feststellen. Dies korrespondiert mit den eingangs beschriebenen Angaben der hohen Auslastung, der Rückweisung von Anfragen sowie dem Vorhandensein von Wartelisten in diesem Bereich.

Als tendenziell oder gar nicht sichergestellt in ihrer Region bewerten 66,8 % die Bedarfe der Kurzzeitpflege und 41,6 % die Bedarfe der Tagespflege. Auch ein weiterer Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen wird von 34,5 % der Einrichtungen benannt.

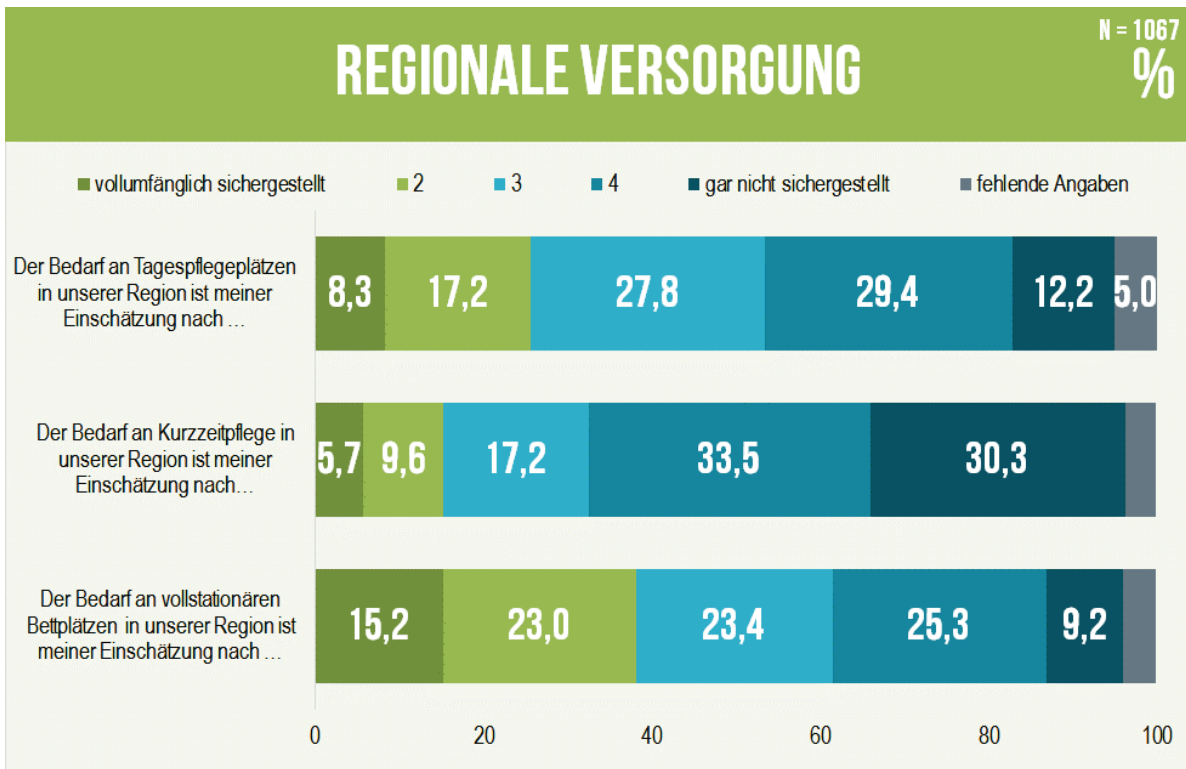


Abbildung 41: Regionale Bedarfsdeckung durch Angebote

Fehlende kommunale Unterstützung kann für den fehlenden Ausbau nicht identifiziert werden – nur in ca. 3 % bzw. 5 % der Fälle zog in 2016 und 2017 Pläne für Angebotsausweitungen bzw. Neubauten zurück, da die verantwortlichen Behörden in den Kommunen nicht zustimmten (jeweils trifft voll zu und trifft eher zu).

Die teilnehmenden Leitungskräfte vermuten, dass sich die Versorgungs- und Angebotsbedarfe in den kommenden fünf Jahren weiter erhöhen. Auf einer Skala von 1-10 (eine kontinuierliche Steigerung / kontinuierliches Absinken der Nachfrage) bejahen 69 % eine kontinuierliche Entwicklung der Nachfrage (Skalenwert 1-4); ca. 8 % vermuten ein Absinken der Nachfrage (Skalenwert 7-10).

Anders als bei der Frage zu der Bedarfsdeckung wurde zu anderen Aspekten der Grad der Bedarfe überhaupt erfasst. Dies bezog sich auf Nachtpflegeangebote sowie auf alternative nichtstationäre Wohnformen. Bezogen auf diese spezifischen Angebote konnten die nachfolgenden Angaben erfasst werden: Nachtpflegebedarfe existieren nach Einschätzung der Leitungen so gut wie nicht. 73,2 % sehen hier tendenziell keinen oder gar keinen Bedarf in der Region. Nur 5,3 % weisen diesem Versorgungssegment tendenziell bestehende oder hohe Bedarfe zu.

Bei alternativen Wohnformen, wie Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäusern, sehen die Leitungen der Versorgungseinrichtungen erheblich höhere Bedarfe, gleichwohl diese mit 15,9 % nicht sehr hoch eingeschätzt werden. Jedoch geben 52 % an, dass nicht stationäre Wohnformen in ihrer Region nicht oder gar nicht vorhanden

sind. Dies kann als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass die Bemühungen um eine quartiersorientierte Versorgung sowie die Entwicklung neuer Wohnformen (Krickl und Lübking 2014; Staats 2012) zur Ergänzung der bisherigen Angebotsstrukturen der Altenpflege noch lange nicht das Niveau erreicht haben, um eine flächendeckend vorhandene und echte Alternative der Versorgung darstellen zu können.²⁹

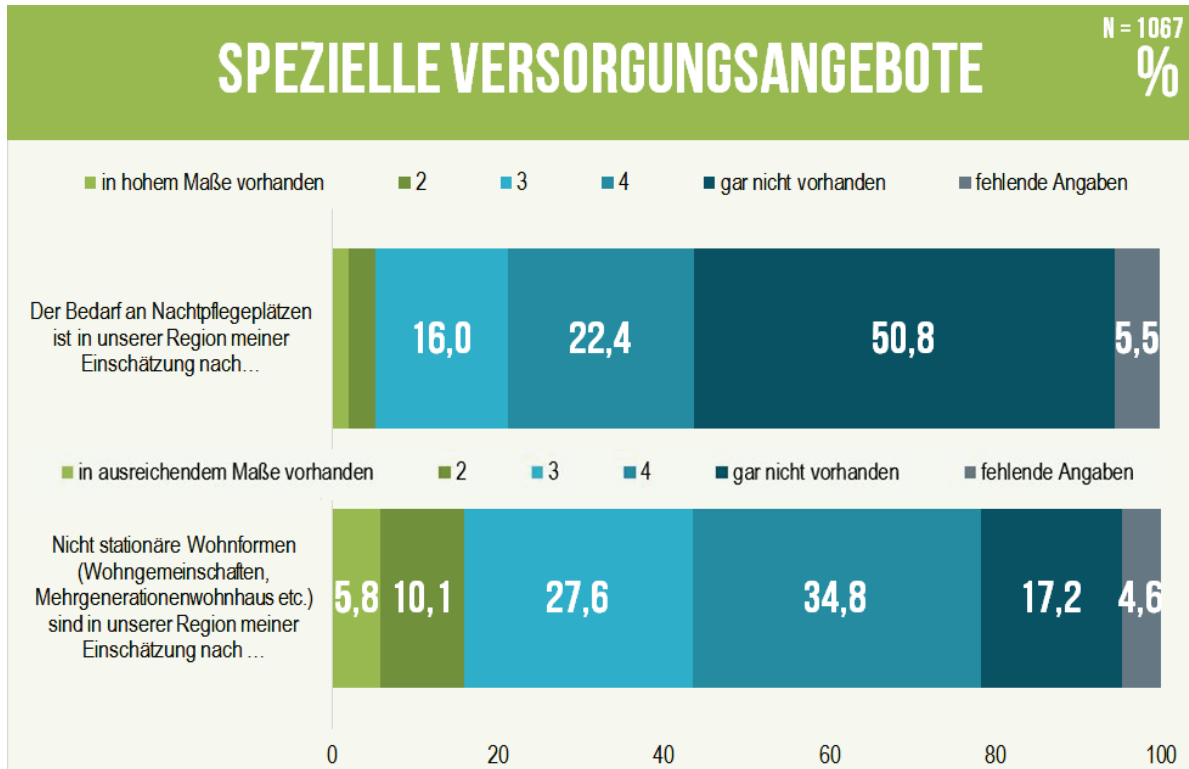


Abbildung 42: Regionale Bedarfe an speziellen Versorgungsangeboten

Abschließend ist festzuhalten, dass die Leitungskräfte wenig Beständigkeit bei der Versorgungsplanung in den nächsten Jahren erwarten. Grundsätzlich sind die Befragten zweifelnd, inwieweit sich nachhaltige Effekte ergeben und ob in den nächsten fünf Jahren die Umsetzung von Reformen, Gesetzen und Verordnungen stabil und sicher geplant möglich sein werden.

Zwei von drei Personen erwarten eine instabile Situation und antizipieren, dass dauernde Anpassungen notwendig sein werden (Skalenwert 7-10 auf einer Skala von 1-10 mit der Ausrichtung eine sehr stabile Phase bis zu einer sehr instabilen Phase dauernder Anpassung).

²⁹ Das Förderprogramm zu den Mehrgenerationenhäusern bzw. zur Bezuschussung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird weiter fortgesetzt werden. Zum Stand April 2018 gibt das Ministerium an, ca. 540 Häuser in Deutschland mit entwickelt und gefördert zu haben.

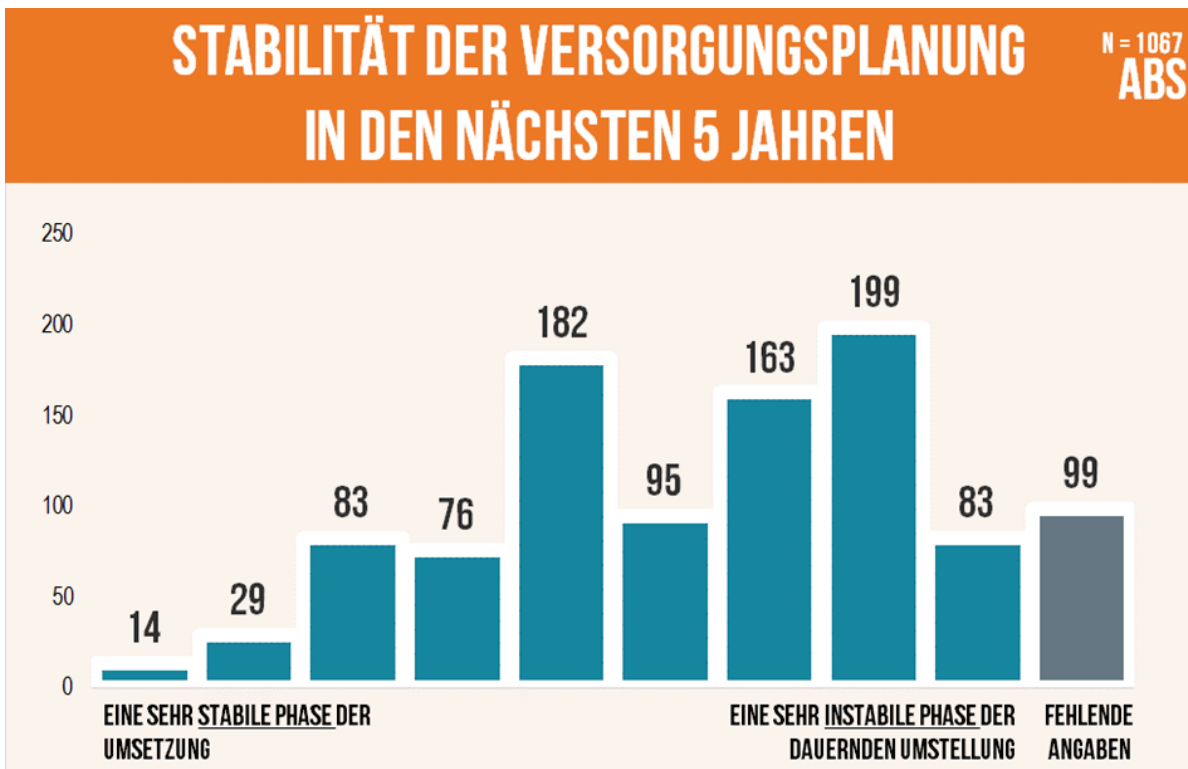


Abbildung 43: Stabilitätseinschätzung zur Versorgungsplanung

Einschätzungen zu aktuellen Entwicklungen

Bezogen auf aktuelle Einschätzungen und Entwicklungen wurden im Rahmen des Pflege-Thermometers zahlreiche Aspekte erfasst, die im Kern mit den Reformen und Gesetzgebungen in Verbindung stehen und inhaltliche sowie organisatorische Veränderungen nach sich ziehen. Die Aspekte umfassten Einschätzungen bezogen auf die Fachkraftquote von 50 %, das Konzept des Pflege-TÜV als Pfelegetransparenzsystem, die strukturierte Informationssammlung im Rahmen der Entbürokratisierung, die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Zuzahlung sowie Einschätzungen zum Pflegeberufereformgesetz.

Einschätzungen zur Fachkraftquote

Ein erster Fragenkomplex bezog sich auf die Einschätzungen zur Fachkraftquote. Die gesetzlichen Vorgaben der 50%-Regelung sind immer wieder Gegenstand von Diskussionen (Vincentz Network 2017a, 2017b). Befürworter sehen darin eine Stärkung der Fachlichkeit in den Einrichtungen und den aktuell einzigen Zugang zu einer Stabilisierung der Personalvorgaben, solange kein Personalbemessungssystem vorliegt, mit dem konkrete Personalvorgaben ggf. besser bestimmt werden können. Kritiker weisen darauf hin, dass die Fachkraftquote keine empirischen Grundlagen hat und einen Konsens aus den 70er Jahren noch vor der Entwicklung der Pflegeversicherung darstellt, der in Zeiten des Fachkräftemangels immer schwieriger zu realisieren ist. Die unterschiedlichen Argumente und weiterführenden Detailfragen (wie eine Fachkraftquote ermittelt

und ausgehandelt und welche Personengruppen einberechnet oder ausgeschlossen werden) können an dieser Stelle nicht umfassend diskutiert werden und waren nicht Gegenstand der Befragung. Angesichts der Diskussionen, diese Vorgaben zu verändern oder modifizierte Konzepte exemplarisch zu überprüfen, sollte die grundsätzliche Akzeptanz erfragt werden.

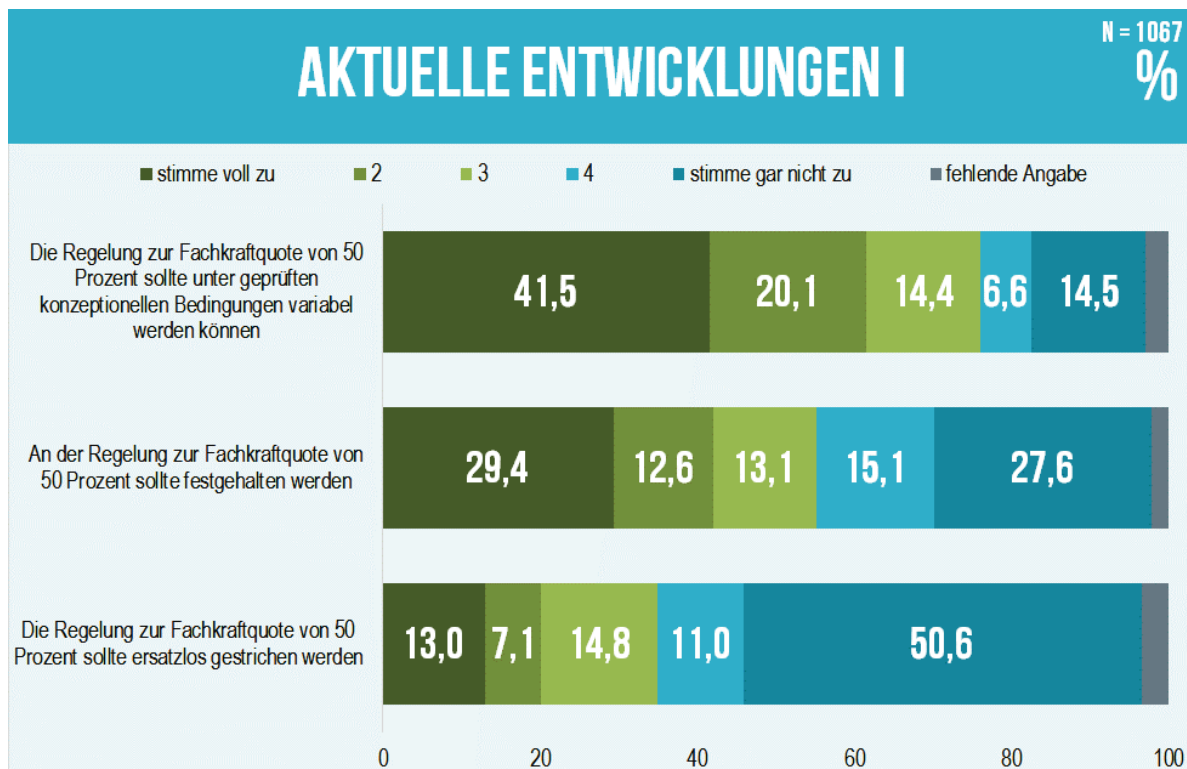


Abbildung 44: Einschätzungen zur Fachkraftquote

In der Stichprobe verteilen sich die Antworten wie folgt: 42 % befürworten, dass an der Regelung in der bestehenden Form festgehalten werden sollte. Ein ähnlich großer Teil (42,7 %) stimmt dieser Aussage nicht zu. Eine ersatzlose Streichung aber findet deutlich keine Mehrheit. Hier sind 61,6 % Ablehnung zu verzeichnen und nur 20,1 % Zustimmung. Die Mehrheit der Leitungen spricht sich dafür aus (61,6 %), dass eine Flexibilisierung ermöglicht werden sollte und dass die Quote unter geprüften konzeptionellen Bedingungen variabel gestaltet werden sollte.

Einschätzungen zum Pflege-TÜV

Analog zur Fragestellung der Fachkraftquote wurde auch die nach der Modifikation oder Abschaffung des als „Pflege-TÜV“ bekannten Verfahrens der Qualitätsmessung und Benotung der Einrichtungen erfragt.

Auch für diesen diskutierten Bereich lassen sich deutliche Tendenzen und Einschätzungen der Einrichtungen beschreiben. Für eine Beibehaltung in der bestehenden Form findet sich keine Mehrheit.

In der Kritik am Verfahren stehen einerseits die Messungen selbst, darüber hinaus die Bildung der Noten und damit die Möglichkeit, schlechte Bewertungen durch gute Bewertungen in einem anderen Bereich auszugleichen, ohne dass eine Differenzierung der inhaltlichen Wertigkeit vorgenommen wird. Darüber hinaus differenziert das Verfahren nicht, weil sich die Noten über die Anwendungszeiten immer weiter verbessert und angeglichen haben und somit keine Differenzierung mehr entsteht (Arens 2017; Bertelsmann Stiftung 2016).

Bezogen auf eine vollständige Abschaffung und den Ersatz durch eine neues System geben 53,5 % ihre Zustimmung und hinsichtlich einer Anpassung und Modifikation 61,0 %. Deutlich zeigt sich damit der Handlungsbedarf bezogen auf das Verfahren und die breite Zustimmung, die damit verbunden ist, das bestehende Verfahren so nicht weiter zu verfolgen.

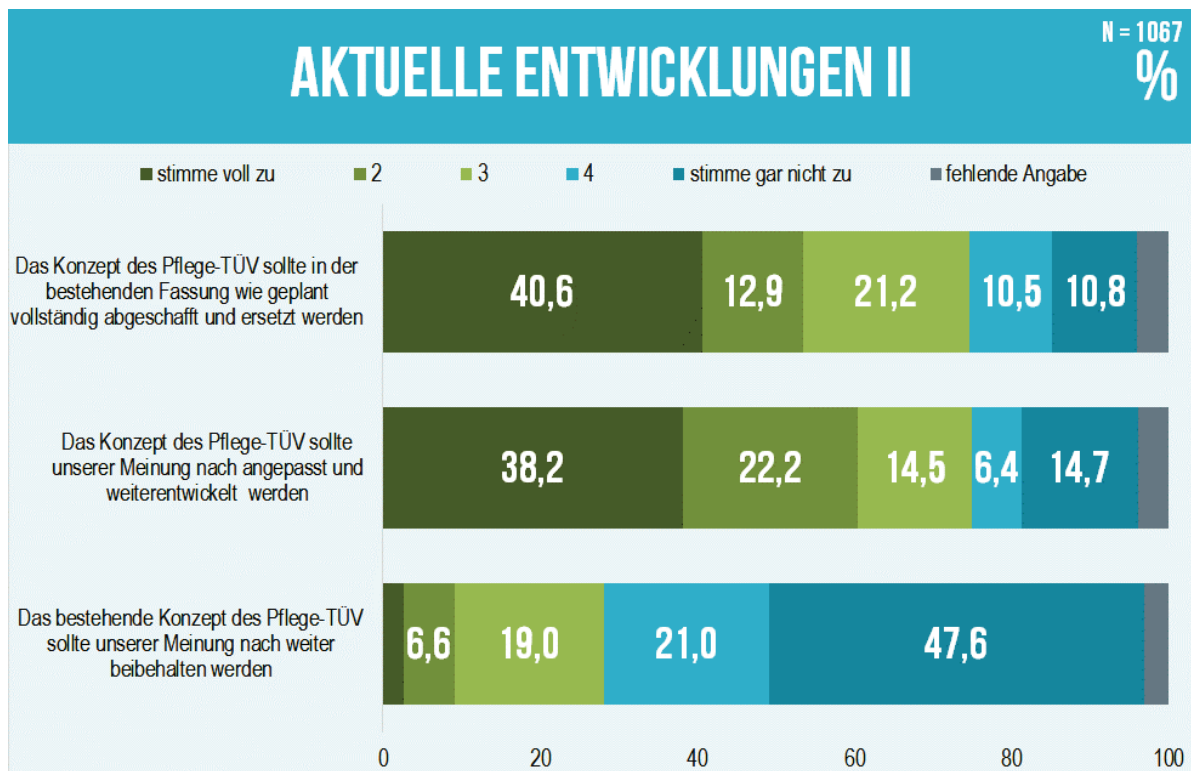


Abbildung 45: Einschätzungen zum Pflege-TÜV

Einschätzungen zur Entbürokratisierung

Für den Bereich der Entbürokratisierung der Pflege wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit in einem mehrjährigen Projekt ein neues Konzept der Pflegedokumentation, das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ entwickelt, praktisch erprobt, begleitend geschult und umgesetzt. In 2013 erfolgte eine erste Veröffentlichung zu den Ergebnissen der praktischen Anwendung (Beikirch et al. 2014). In einem umfassenden Evaluationsbericht konnten in 2017 zahlreiche unterschiedliche positive Befunde ermittelt werden (Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) 2017).

Eine insgesamt positive Bewertung findet sich auch in der vorliegenden Befragung wieder. 56,6 % sehen in der Einführung der strukturierten Informationssammlung (SIS) eine Entlastung der Pflegekräfte bezogen auf die Dokumentation. 50,7 % sehen darin eine größere Klarheit bezogen auf die zu dokumentierenden Inhalte. In der Kritik ist die SIS u.a. bezogen auf mögliche Doppeldokumentationen, wenn die Pflegeplanungen weitergeführt werden und sich an den individuellen und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens orientieren (sog. Krohwinkel-Modell der ABEDL) (Krohwinkel 2013). Dies wird von insgesamt 16 % der Antwortenden so eingeschätzt – die überwiegende Mehrheit der Antwortenden sieht hierbei offenbar keine bestehende Problematik. Kritischer gesehen wird hingegen die Fokussierung auf die Bereiche der Pflege, die durch die SIS erfasst werden. Eine „Engführung“ auf die Risiken und die Abwehr der Risiken kann u.U. dazu führen, dass die pflegerische Arbeit inhaltlich reduziert wird und nicht mehr die komplexen Fragen und Situationen im Vordergrund stehen. Dies beantworten 42 % tendenziell zustimmend. Dieser Aspekt verweist auf die inhaltliche Notwendigkeit, Pflegekonzepte und die Leitlinien der Versorgung in den Einrichtungen umfassend zu diskutieren und so einer inhaltlichen Begrenzung der Perspektive entgegenzuwirken.

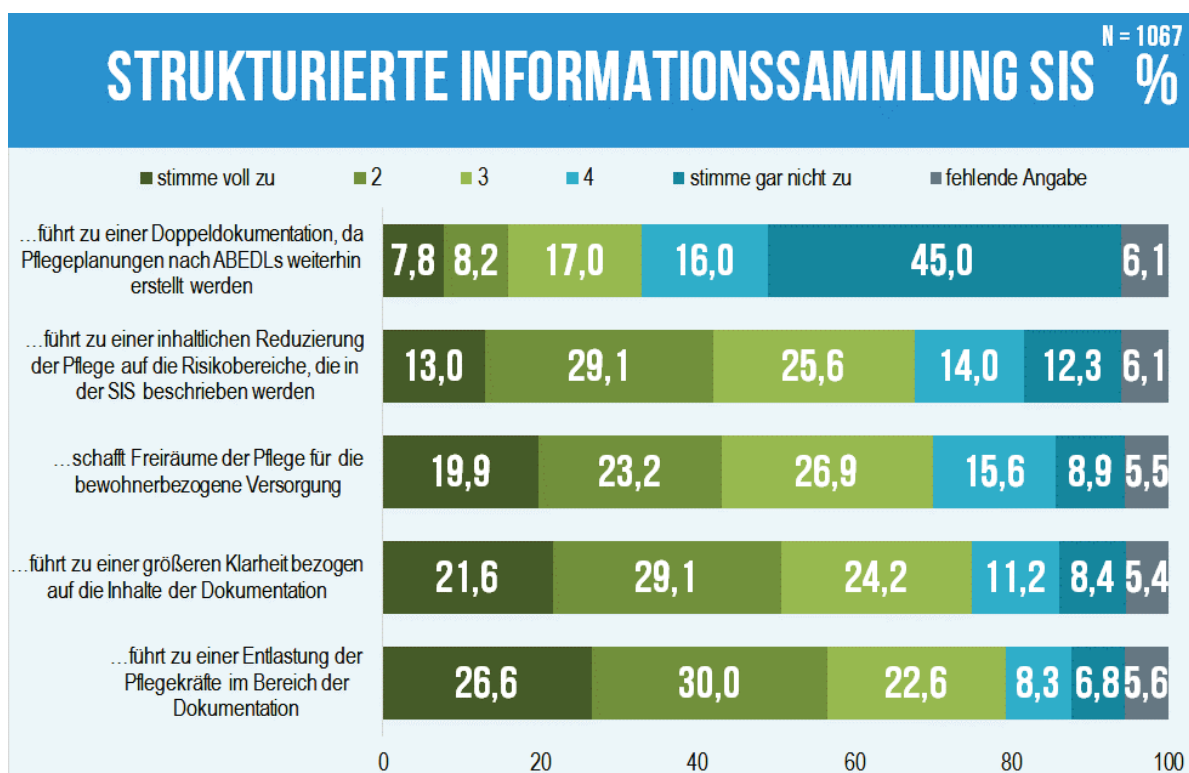


Abbildung 46: Einschätzungen zur SIS

Einschätzungen zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurden einrichtungseinheitliche Eigenanteile für die Bewohner*innen der Pflegegrade 2 bis 5 beschlossen³⁰. Damit sollte die aufwandsbezogene Zuzahlung durch Angehörige in den Einrichtungen abgelöst werden. Für die Bewohner*innen bedeutet dies, dass die pflegebezogenen Kosten nicht mehr steigen, wenn sich eine höhergradige Pflegebedürftigkeit abzeichnet und festgestellt wird.

Jenseits der Diskussion, wie sich die Eigenanteile in den Einrichtungen verändert haben, ob sich eine Erhöhung in den niedrigen Pflegestufen ergeben hat, sollte im Pflege-Thermometer ermittelt werden, wie die einheitlichen Eigenanteile bewertet werden. Eine Hypothese ist, dass Bewohner*innen mit niedrigen Pflegegraden nicht mehr in die Einrichtung gehen, weil sie eine im Verhältnis hohe Pauschale zu tragen haben.

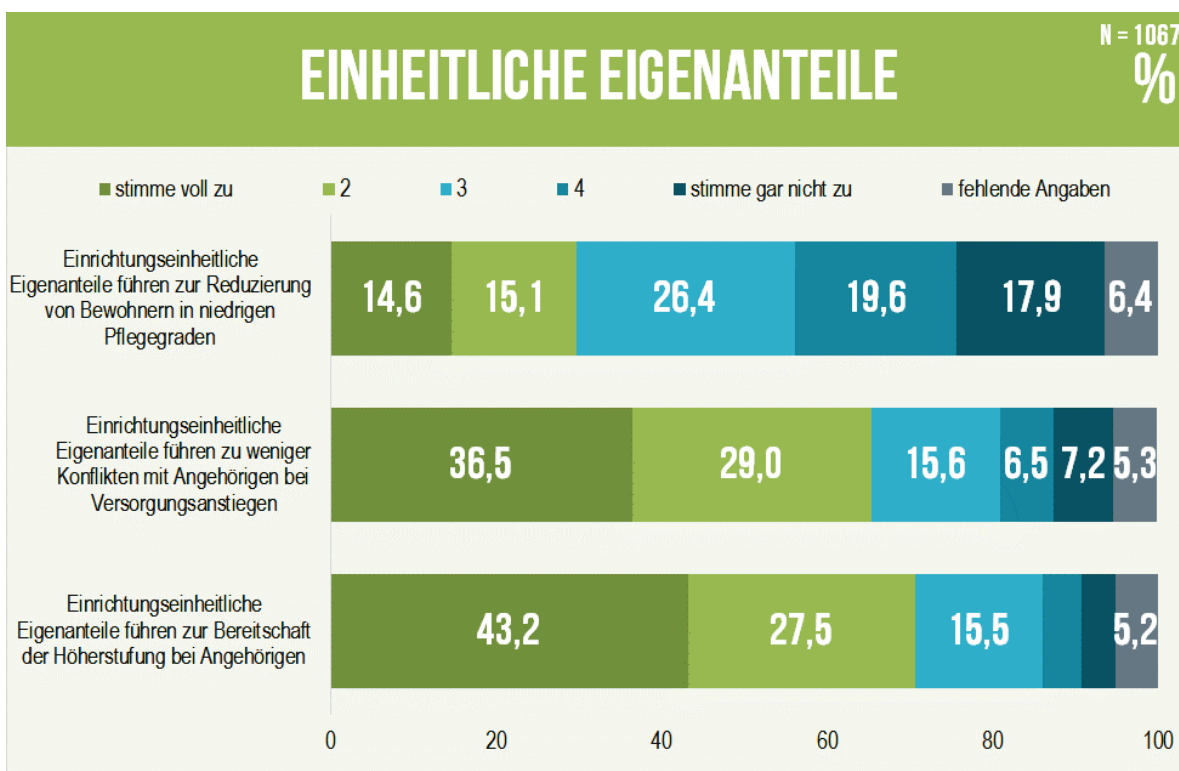


Abbildung 47: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Dies wird in der vorliegenden Untersuchung von 29,7 % bestätigt, zugleich aber von 37,5 % der Antwortenden nicht beobachtet. Eine eindeutige Richtung oder Wirkung lässt sich somit nicht beschreiben. Deutlich sind hingegen die Einschätzungen zu möglichen Auswirkungen bezogen auf die Angehörigen. So berichten die Leitungen überwiegend (65,5 %), dass das Konfliktpotenzial im Falle einer Höherstufung abnimmt. Ebenso verändert

³⁰ Zur Ermittlung des Eigenanteils werden die Pflegekosten der Einrichtung um die Leistungen der Zahlungen der Pflegeversicherung bereinigt. Daraus ergibt sich die Summe der für die Pflege zu zahlenden Eigenanteile je Bewohner*in der Einrichtung. Die Summe aller Eigenanteile wird nachfolgend durch die Anzahl der Heimbewohner*innen insgesamt geteilt. Der so ermittelte Kostenbetrag ist der für alle Heimbewohner*innen in einer Einrichtung in gleicher Höhe zu zahlende Eigenanteil, der nicht mehr abhängig ist vom Pflegegrad.

sich seitens der Angehörigen die Bereitschaft, eine Höherstufung mitzutragen. Vor diesem Hintergrund können die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile als eine erfolgreiche Maßnahme zumindest für den Bereich der Konfliktlösungen zwischen Einrichtungen und Angehörigen beschrieben werden.

Einschätzungen zu den Pflegegraden

Die Veränderungen durch die Pflegestärkungsgesetze beinhalten auch die Diskussion in den Einrichtungen, wie man mit den zukünftigen Einstufungen und dem System der Pflegegrade umgehen wird. Hierzu liegen im Rahmen der vorliegenden Studie erste Einschätzungen und Erfahrungen vor.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz waren neben einer neuen Pflegegradeinstufung auch Maßnahmen verbunden, die den Einrichtungen den Übergang erleichtern sollten und ggf. auftretende Schwierigkeiten bei der Versorgung durch zusätzliches Personal abmildern sollten.

Bei 29,8 % der Antwortenden konnten zusätzliche finanzielle Mittel aus dem zweiten Pflegestärkungsgesetz nicht eingesetzt werden, da das dafür benötigte Personal nicht zu rekrutieren war (stimme voll zu / stimme eher zu). 40 % der Einrichtungen stimmen der Aussage jedoch nicht zu. Dennoch sind es in der Summe nur 31,7 %, die nach Einführung des PSG II zusätzliche Personalstellen in der Pflege realisieren konnten. Als ein kritischer Punkt sind dabei auch die Pflegesatzverhandlungen zu benennen. 31,4 % gaben an, dass es ihnen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen gelungen sei, zusätzliche Personalstellen auszuhandeln. Zum Zeitpunkt der Befragung kann daher angenommen werden, dass zumindest die vollständige Realisierung und Überführung noch ausstanden hat und die Änderungen noch nicht vollumfänglich greifen.

Befragt man die Einrichtungen zu den Erwartungen der Pflegegradumstellungen, so beobachten 58,6 %, dass Neueinstufungen tendenziell zu niedrigeren Pflegegraden führen, und 54,5 % beobachten, dass eine Höherstufung von Pflegebedürftigen durch den MDK schwieriger werden.

Die Pflegegrade werden dabei aus der finanziellen Sicht heraus in mehrfacher Hinsicht als problematisch identifiziert. 38,4 % geben an, dass die Pflegegrade in 2018 in der Einrichtung voraussichtlich zu einer finanziellen Einbuße führen werden und nur 24,5 % sehen dies nicht so.

Für die kalkulatorische Einschätzung des Personalbedarfs bedeutsam ist, inwieweit die Pflegegrade den tatsächlichen Aufwand der Pflege abbilden können. Sind die Pflegegrade dazu nicht geeignet, so besteht ein hohes individuelles und einrichtungsbezogenes Risiko bezogen auf die Personalkalkulation. Für die Pflegestufen konnte in einer Studie ermittelt werden, dass die Einstufung in die Pflegestufen I bis III nur 29 % der aufgewendeten Pflegezeit aufklären können (Brühl und Planer 2013). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 71 % der Zeit, die Pflegenden in ihrer Arbeit bei den Bewohner*innen aufwenden, durch andere Aspekte beeinflusst wird als durch den Pflegegrad.

Im vorliegenden Pflege-Thermometer wird deutlich, dass die Mehrheit der Leitungen davon ausgeht, dass sich dieser geringe Anteil der erklärten Mitarbeiterzeit durch die Pflegegrade nicht substantiell verändern wird. So geben nur 19,7 % zustimmend an, dass die Pflegegrade den konkreten Pflegeaufwand des Personals besser abbilden als die Pflegestufen. 48 % stimmen der Aussage nicht zu.

Nur 9 % bewerten die Finanzkalkulation nach Einführung des PSG II als vereinfacht an und nur 3,8 % gehen von einer vereinfachten Personalkalkulation aus. Eine Verbesserung der finanziellen Situation der Einrichtung insgesamt nach Einführungen der Pflegestärkungsgesetze I bis III beobachten 7 %

Die Einrichtungen gehen überwiegend davon aus (46,2 % Zustimmung versus 24,4 % Nicht-Zustimmung), dass sie ein Instrument zur Personalsteuerung nach Pflegegraden oder Erlösen einsetzen werden, um die Finanzsteuerung der Einrichtung im Blick zu halten. Bezogen auf die Veränderungen durch die Pflegegrade gehen 42,3 % davon aus, dass sie primär Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad III aufnehmen werden.

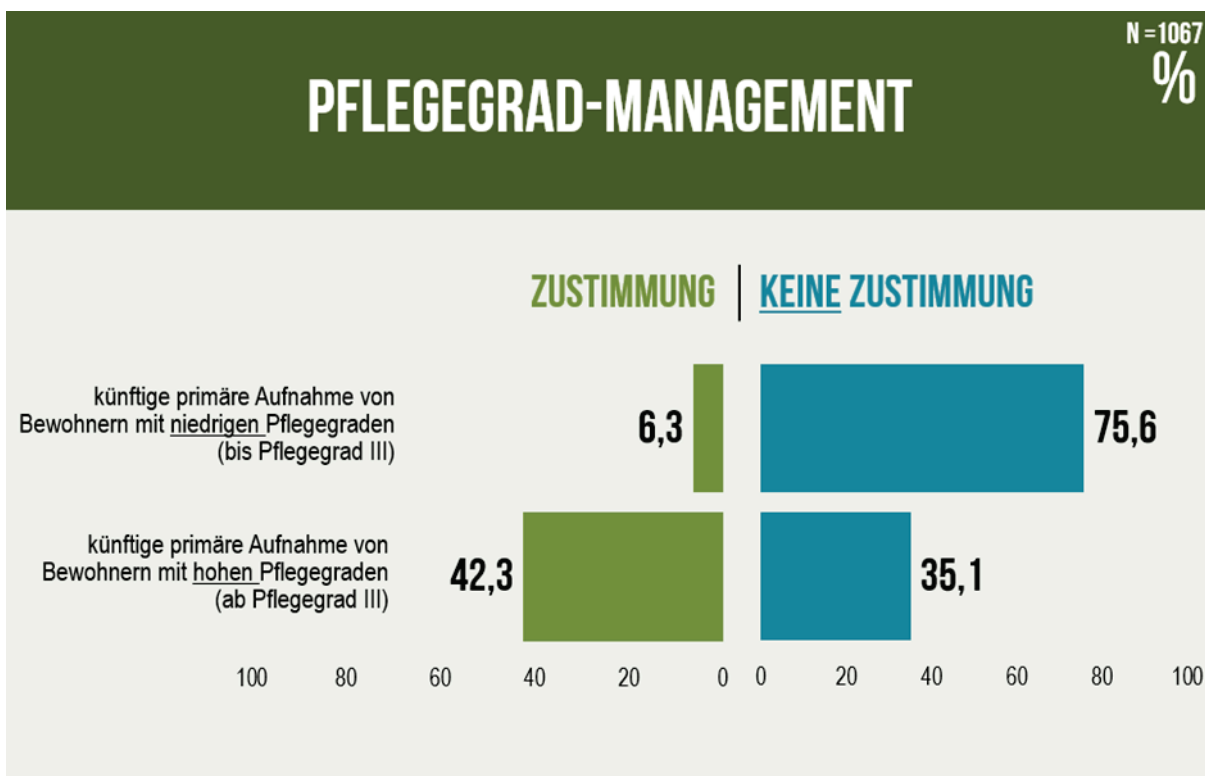


Abbildung 48: Pflegegradsteuerung

Einschätzungen zum Pflegeberufereformgesetz

Mit dem Pflegeberufereformgesetz wird aller Voraussicht nach in 2020 oder (so der Terminplan mit den Gesetzgebungsverfahren der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und der Verordnung der Finanzierung nicht gehalten werden kann, in 2021) eine neue Form der Pflegebildung in Deutschland etabliert werden, die eine weitgehende Zusammenle-

gung der bislang drei getrennten Ausbildungsgänge der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) vorsieht (Bundestag). Mit den Anpassungen werden u.a. auf die folgenden Anforderungen reagiert:

- Zunahme an Komplexität und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe der Menschen
- Europäische Anerkennungsfähigkeit für Pflegeberufe steigern
- Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch steigende Flexibilität in der Möglichkeit, die Sektorengrenzen der Beschäftigung zu überwinden
- Stärkung der beruflichen Handlungsautonomie (durch vorbehaltliche Aufgaben)
- Hochschulische Qualifikation als neuer Weg der Akademisierung

Zum Zeitpunkt der Befragung lagen mit dem Gesetz Eckpunkte vor; ein Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung lag noch nicht vor – er wurde im April 2018 veröffentlicht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2018). Die Diskussionen und unterschiedlichen Positionen zum Reformentwurf des Gesetzes und zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung können im Rahmen dieses Studienberichts nicht umfassend diskutiert werden; es liegen umfangreiche Stellungnahmen der Befürworter und Gegner des Reformansatzes im Internet vor (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017).

Festzuhalten aber ist, dass zum Zeitpunkt der Befragung die Diskussionen über die Reform bereits seit mehreren Jahren andauerten und die Reform immer wieder angekündigt, dann aber verzögert wurde. Bereits zwischen 2004 und 2008 wurde in einem umfangreichen Bundes-Modellprogramm untersucht, wie die Ausbildungsgänge zusammengeführt werden und welche Auswirkungen dies bezogen auf die Kompetenzen der Pflegeschüler*innen hat (Klaes et al. 2008). Eine vollständige generalistische Ausbildung konnte in dem Modellprogramm nicht eingeführt werden, da die Modellprojekte sich an den bestehenden gesetzlichen Vorgaben orientieren mussten. Dennoch wurde eine möglichst große Integration der Ausbildungsinhalte vorgenommen, die übertragbar ist auf die jetzt verabschiedeten Entwürfe. Somit lag bereits vor zehn Jahren ein umfassender Bericht vor, der aufzeigte, wie eine Integration gelingen kann. In 2012 wurde durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ ein Eckpunktepapier entwickelt und vorgestellt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012). Somit war seit ungefähr 10 Jahren deutlich und seit sechs Jahren veröffentlicht, wie eine Veränderung der Berufsausbildung in Deutschland erfolgen würde. In der Zwischenzeit folgten Phasen der Stagnation und der Diskussion.

Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Bewertungen und Einschätzungen der Leitungen zu diskutieren, denn eine Reform, die so lange auf sich warten lässt und in der letztlich Umsetzung einer Kompromisslösung entspricht, die im Feld aktuell noch zahlreiche Fragen der Organisation und Umsetzung offen lässt, kann kaum eine positive Aufnahme im Feld erwarten.

Eine erste Frage fokussierte die nach den Einschätzungen zum Interesse an einer Pflegeausbildung. Die Einrichtungen beantworteten hier deutlich, dass sie mit einem sinkenden Interesse an einer Pflegeausbildung insgesamt rechnen (55,5 %). Darüber hinaus befürchteten sie auch ein sinkendes Interesse an einer Ausbildung im Altenpflegebereich (71,7 %). Obwohl in dem Gesetzesentwurf einerseits die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Jahr besteht sowie die Qualifizierung als Altenpflegefachkraft, befürchteten die Leitungen offensichtlich, dass mit der Bildungsreform der Sektor der Altenpflege als Verlierer aus der Entwicklung gehen könnte. Dies korrespondiert auch mit der Einschätzung von 65,9 % der Antwortenden, dass sie davon ausgehen, dass ein Interesse an einem Arbeiten im Feld der Altenpflege bei den Absolvent*innen einer Ausbildung sinken wird.

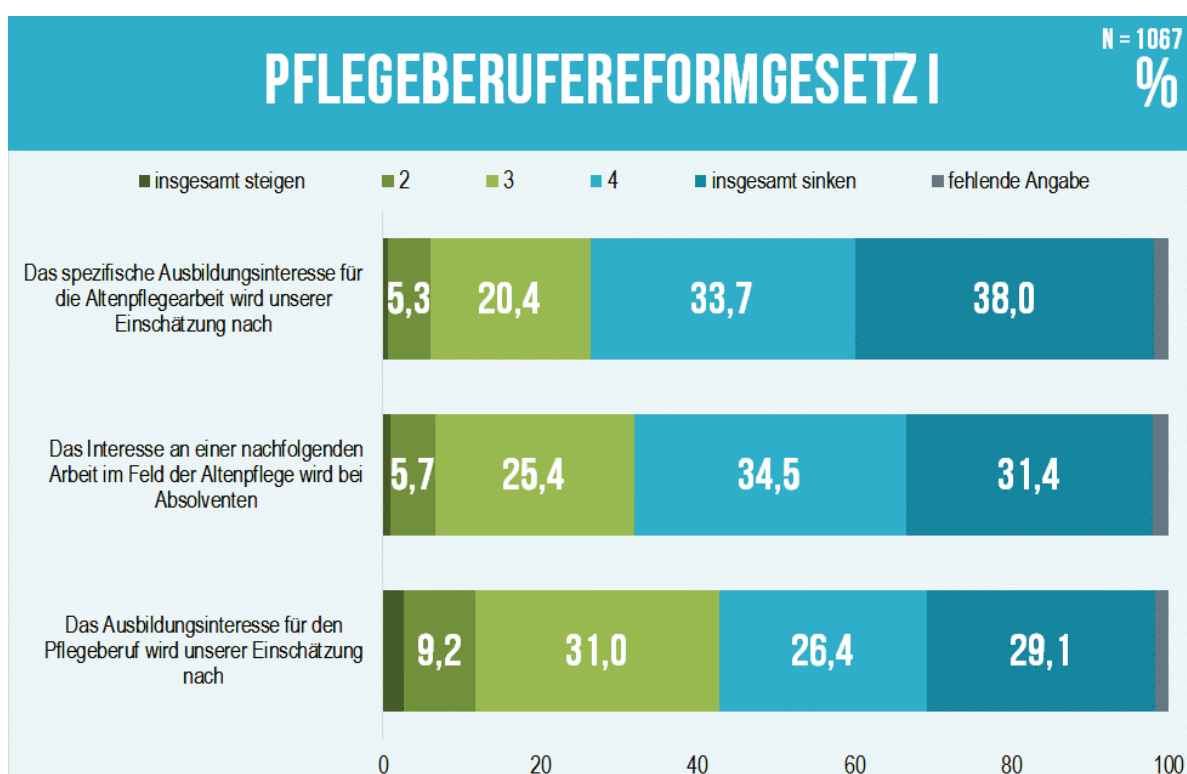


Abbildung 49: Pflegeberufereformgesetz I

Bezogen auf die Bewertung der Chancen, die mit der Reform einhergehen, zeigt sich, dass die Einrichtungen der Altenpflege mit der Akademisierung von Pflegenden überwiegend keine Chancen verbinden (Zustimmung 18,3 %, Ablehnung 47,6%).

Mit der Reform verbunden ist auch, dass Krankenpflegende einen Pflichteinsatz in einer teil-/vollstationären Einrichtung absolvieren müssen. Dies war bislang lediglich für den außerklinischen Bereich der ambulanten Versorgung der Fall. Damit kann erstmals die Möglichkeit geschaffen werden, dass Pflegenden, die überwiegend im Krankenhaus tätig sind, für das Feld der teil-/vollstationären Versorgung gewonnen werden können. Der Schülerbestand in der Krankenpflege umfasst ca. 70.000 Auszubildende insgesamt in allen drei Jahrgängen. Somit werden pro Jahr ca. 23.000 Auszubildende zusätzlich in

den Einrichtungen Praktika durchlaufen. Als Chance bewerten die Einrichtungen dies jedoch überwiegend nicht. 38,6 % sehen hier keine erweiterten Chancen der Anwerbung, ihnen stehen 25,6 % gegenüber, die dies als eine solche bewerten.

Deutlich positiv hingegen wird die bundesweite Befreiung vom Schulgeld eingeschätzt. 67,1 % sehen hierin eine Chance für die Anwerbung, da mit der Schulgeldbefreiung bundesweit die Konsequenz getroffen wird, einen Mangelberuf nicht durch Ausbildungshürden zusätzlich zu schwächen.

Bezogen auf die konkreten Veränderungen für die Einrichtungen vor Ort konnten die folgenden Hinweise systematisiert werden: Trotz der Bedenken bezogen auf die Interessen an einer Ausbildung gehen die Einrichtungen davon aus, dass sie sich auf die Umstellungen vorbereiten werden und die Ausbildung an Stellenwert insgesamt nicht verliert. 54,9 % werden die Anzahl der Praxisanleitenden im Betrieb erhöhen, um die zusätzlichen Ausbildungsanstrengungen zu bewältigen und den gesetzlichen Anforderungen an die Praxisanleitung gerecht werden zu können.

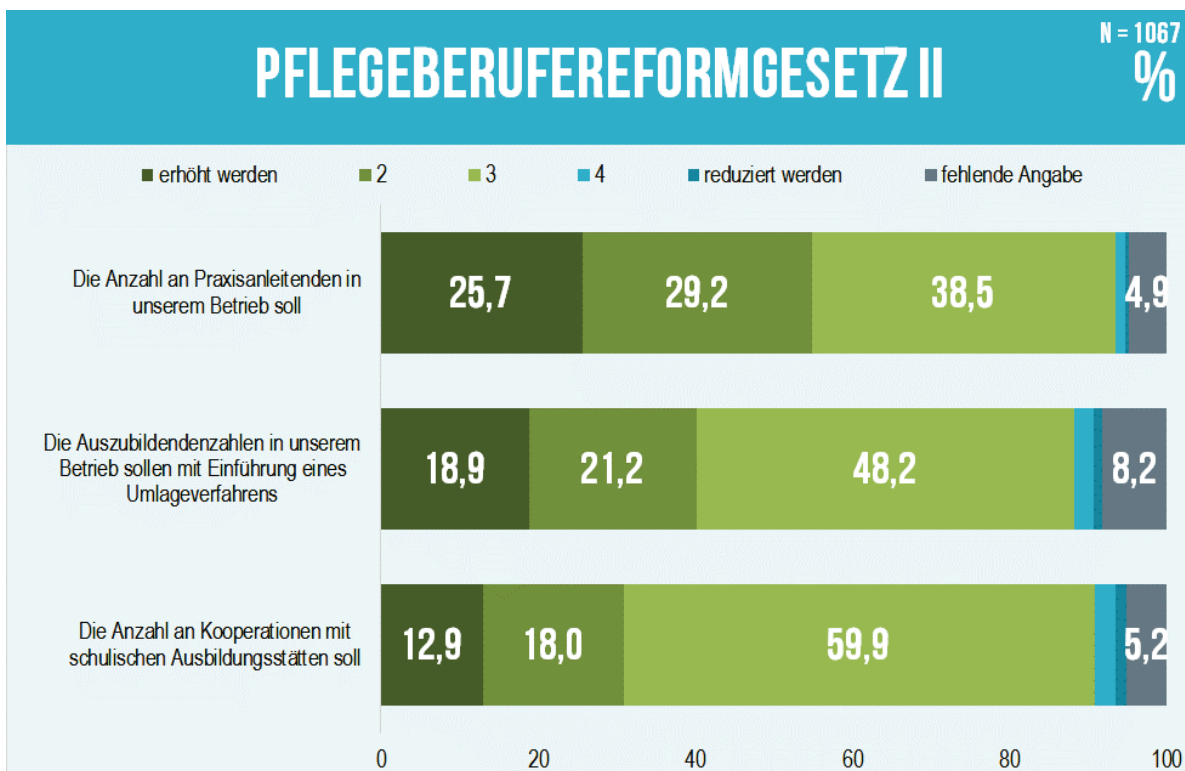


Abbildung 50: Pflegeberufereformgesetz II

Wie im Kapitel der Mitarbeitergewinnung und -rekrutierung dargelegt, sehen die Einrichtungen in der eigenen beruflichen Qualifizierung die zentrale Möglichkeit, die Fachkräftesituation zu verbessern. Dies drückt sich auch in der Einschätzung bezogen auf die Auswirkungen des Pflegeberufereformgesetzes aus. So geht fast die Hälfte der Betriebe davon aus, dass sie die Ausbildungszahlen stabil halten werden, 40,1 % geben an, dass sie die Ausbildungszahlen im Betrieb steigern wollen. Diese Steigerung geht in der Einschätzung auch einher mit einer Steigerung der Kooperationen mit schulischen Ausbildungsstätten. 30,9 % erwarten hier eine Erhöhung der Kooperation.

Empfehlung

Das Pflege-Thermometer 2018 gibt einen aktuellen und repräsentativen Einblick in die aktuelle Situation der teil- und vollstationären Langzeitpflege. Mit den vorliegenden Ergebnissen können die Diskussionen und Prozesse zur Ausstattung, Leistung und Weiterentwicklung dieses Pflegebereichs um konkrete Daten und Einschätzungen bereichert werden. Abschließend werden zentrale Empfehlungen formuliert, die auf den Studienergebnissen und den bekannten und beschriebenen Rahmenbedingungen fußen.

Regionale Allianzen anstreben und fördern

Die Einrichtungsleitungen kennen die aktuellen Bedarfe in ihrem Umfeld und ihrer Region und weisen aus, dass sie einerseits Engpässe wahrnehmen, zugleich aber auch nicht immer über die Ressourcen und Kapazitäten verfügen, um strategische Planungen und Entwicklungen vornehmen zu können. Engpässe bestehen insbesondere in Angeboten der Versorgung, insbesondere in der Tages- und Kurzzeitpflege sowie bezogen auf die Ausbildungskapazitäten. Die Einrichtungen sind wichtige Akteure der pflegerischen Versorgungssicherung der Bevölkerung. Im Rahmen von lokalen Allianzen sollten Netzwerke aufgebaut und befördert werden, um zentralen Fragen von Bedarfen sowie von aktuellen und zukünftigen Angeboten (auch mit Ausbildungsplätzen) zu bearbeiten und zu beantworten, um dann gemeinsam mit Kommunen, weiteren Trägern und Leistungsanbietern übergreifende Strategien der lokalen Versorgungssicherung zu entwickeln. Die Etablierung von kleinräumiger Netzwerkarbeit stellt eine gute Möglichkeit dar, um vor Ort eine besser abgestimmte und bedarfsorientierte Versorgung der Bevölkerung im Vor- und Umfeld von Pflege unter Einbezug einer angemessenen Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur auszugestalten.

Technisierung und Digitalisierung entlang der Bedarfe entwickeln

Mit dem Pflege-Thermometer 2018 wurden erstmals repräsentative Daten zur Verbreitung sowie zur Einschätzung von neuen Technologien und digitalisierten Produkten in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege vorgelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass bisherige Strategien zur entsprechenden Entwicklung Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) nur in Ansätzen und Einzelfällen Eingang gefunden haben in die konkrete Versorgung und Arbeitswelt der Pflegeeinrichtungen. Wenn die Möglichkeiten von IKT sowie weiteren technologischen Innovationen im pflegerischen Bereich zukünftig stärker in Anwendung kommen sollen, so müssen Bedarfs- und Bedürfnislagen sowie Kompetenzen und Erfahrungen von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen stärker Berücksichtigung finden. Ebenso müssen die mithin begrenzten organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten der Einrichtungen beachtet werden. Der Einsatz neuer Technologien in der Pflege steht bislang ganz offensichtlich vor kaum überwindbaren Hürden, da sich Verfahren und Produkte nur eingeschränkt nutzen lassen oder mit hohen Folgekosten verbunden sind. Förderlinien und Fonds zur Unterstützung einer zukunftsfähigen Technisierung und Digitalisierung in der Pflege – auch und gerade zur Entlastung des

Pflegepersonals - können Anreize für Entwicklungen, Implementierungen und Nachhaltigkeit schaffen.

Verbesserung der Gewinnung und Integration ausländischer Pflegefachkräfte

Die Einrichtungsleitungen bestätigen, dass sie vielfach positive Erfahrungen mit der Gewinnung und Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund gemacht haben. Viele der Befragten stehen auch der Qualifikation und Einbindung von geflüchteten Menschen in die Pflege positiv gegenüber. Dies ist ein wichtiges Signal! Auf der anderen Seite werden die immensen Aufwände gesehen, um z.B. Fachkräfte aus dem Ausland zu gewinnen und dann auch in den Einrichtungen zu halten. Der hier beschriebene „Trampolineffekt“, also die zeitige Abwanderung von ausländischen Fachkräften in andere Bereiche, v.a. in die Krankenhäuser, entmutigt allerdings viele Führungskräfte gleich wieder. Ein Grund dafür ist auch, dass Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nicht selten eher kleinere und mittlere Unternehmen sind, die sich eigene Strategien zur Gewinnung von Personal aus dem Ausland kaum leisten können. Daher wäre es wichtig, dass diese Bemühungen seitens der Länder und des Bundes gezielt und noch besser als bislang unterstützt werden würden. Dazu könnten Vereinheitlichungen von Anerkennungsverfahren zwischen den Bundesländern, Entwicklung nationaler Strategien zur Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland, befristete Beihilfen zur umfassenden Integration von Pflegekräften in der Altenpflege und wettbewerbsfähige Rahmenbedingungen (insbesondere Verbesserung der Vergütung in der Altenpflege) als Gegenmaßnahme zum sog. Trampolineffekt gehören.

Unterstützung bei der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes

In den Pflegeeinrichtungen überwiegt eine skeptische Haltung gegenüber der Pflegeberufereform. Dies kann angesichts der langwierigen Diskussionen und Prozesse bis zur Verabschiedung des Reformgesetzes nicht verwundern. Zudem haben wichtige Verbände und Träger immer wieder der Altenpflege eine potenzielle Verliererrolle im Zuge der Einführung der Generalistik zugeschrieben, was zur Verunsicherung in der Praxis beigetragen haben dürfte. So gibt es jetzt einen großen Bedarf in den Pflegeeinrichtungen, um die Pflegeberufereform konzeptionell und praktisch auszugestalten und letztlich auch als Chance der Weiterentwicklung zu betrachten. Dass es besondere Bedarfe in der Pflegeausbildung gibt, zeigen die Ergebnisse der Studie deutlich auf. So sind viele Fragen der praktischen Ausbildung bislang ebenso unbeantwortet wie die Fragen zur Bedeutung und Integration akademisch zu qualifizierender Pflegefachkräfte in der stationären Langzeitpflege. Hier sind gegenüber anderen Sektoren (z.B. dem Krankenhaus) deutliche Entwicklungslücken zu beobachten. Die Förderung und unterstützende Beratung der Pflegeeinrichtung zur Umsetzung der Pflegeberufereform wären hier gleichermaßen wichtig wie auch die Verbreitung von Best-Practice Beispielen.

Entbürokratisierung in der Pflege weiter vorantreiben

Als ein wichtiger Erfolg kann die Einführung der strukturierten Informationssammlung (SIS) als vereinfachte Pflegedokumentation beschrieben werden. Ein Großteil der befragten Einrichtungen bestätigt die positive Wirkung dieses Ansatzes. Auf der anderen Seite bestehen weiterhin hohe bürokratische Aufwände, z.B. im Rahmen der Prüfungen zur Pflege-Transparenz und -qualität (Stichwort „Pflegenoten“), die aus der Sicht der Einrichtungen keine nennenswerten Vorteile bringen. Auch gibt es erhebliche Bürokratisierungsaufwände im Kontext der Arbeit staatlicher Prüfbehörden oder auch im Zuge der Abrechnung mit Kostenträgern. So werden im Zuge der Implementierung neuer Technologien und der Digitalisierung in der Pflege weitere Potenziale zur Entbürokratisierung gesehen. Eine Voraussetzung wäre allerdings eine funktionierende Interoperabilität der technischen, fachlichen und ökonomischen Systeme. Und dazu benötigt es entsprechende Initiativen und Vorgaben der Bundes- und der Länderpolitik.

Zuverlässige und langfristige politische Strategien entwickeln

Die Reformdichte der vergangenen Jahre (Pflegeversicherungsgesetze, Wohn- und Teilhabegesetze, Ausbildungsreform etc.) und die damit einhergehenden Diskussionen und Veränderungen bedeuten für die Einrichtungen nicht selten Verunsicherung sowie kurzfristig einen hohen Anpassungsdruck bzw. Notwendigkeiten zur Umsteuerung. Die Einrichtungen sind so in einem hohen Maße in den Veränderungsprozessen reaktiv gebunden. Dies steht in einem Widerspruch zu den langfristigen Aufgaben, die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können und die Einrichtungen strategisch weiter zu entwickeln. Die Bindung der Ressourcen führt zu Defiziten an anderer Stelle wie z.B. der Entwicklung inhaltlich pflegerischer Innovationen und Konzepten. Aus der Sicht der befragten Einrichtungen bedarf es einer Politik, die längerfristige Strategien der Personalgewinnung, der attraktiven Ausgestaltung von Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit und der zukunftsorientierten Weiterentwicklung von sektorenübergreifender und netzwerkbildender Versorgung vor Ort ermöglicht.

Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: *Wirtschaft und Statistik* (3), S. 173–180.

Altenberichtscommission (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Hg. v. Deutscher Bundestag. Berlin.

Aner, Kirsten; Bogai, Dieter; Dilcher, Oliver; Engelen-Kefer, Ursula; Göppert, Theresa A.; Hannemann, Veit et al. (2015): Personalentwicklung in der Pflege. Analysen – Herausforderungen – Lösungsansätze. Hg. v. Uwe Böttig, Mona Frommelt, Martina Roes, Roland Schmidt und Günter Thiele. Heidelberg: medhochzwei (Gesundheitswesen in der Praxis).

Arbeitsgemeinschaft der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Gute Pflege vor Ort : das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Arend, Stefan; Klie, Thomas (2017): Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte - Analysen, Erfahrungen, Konzepte. Hannover: Vincentz Network (REIHE MANAGEMENT TOOLS).

Arens, Christoph (2017): Reform des Pflege-TÜV kommt nicht voran. *Domradio.de*. Köln. Online verfügbar unter <https://www.domradio.de/themen/soziales/2017-10-10/reform-des-pflege-tuev-kommt-nicht-voran>, zuletzt geprüft am 09.05.2018.

Augurzky, Boris: Pflegeheim-Rating-Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Essen (Pflegeheim-Rating-Report, 68).

Augurzky, Boris; Heger, Dörte; Hentschker, Corinna; Krolow, Sebastian; Stroka, Magdalena A. (2015): Pflegeheim Rating Report 2015. 1. Aufl. Hannover: Vincentz Network (Care Invest, 5.2015).

Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015).

Badura, Bernhard; Steinke, Mika (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Gesundheit und Gesellschaft).

Becka, D.; Evans, M.; Öz, F. (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Hg. v. Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum. Institut Arbeit und Technik (4, 16.01.2018). Online verfügbar unter <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-04.pdf>.

Behr, Thomas (2005): Gesundheit richtig managen. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Altenpflege ; ein praktischer Ratgeber für Führungskräfte. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin, Heidelberg: Economica-Verl.; MedizinRecht.de-Verl. (Gesundheitswesen in der Praxis).

Beikirch, E.; Breloer-Simon, Gabriele; Rink, Friedhelm (2014): Praktische Anwendung des Strukturmodells-Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Unter Mitarbeit von Martina Roes. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, zuletzt geprüft am 09.05.2018.

Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2016): Eckpunkte für ein Reformkonzept zur Qualitätsprüfung und -berichterstattung in der Pflege. Gütersloh, zuletzt geprüft am 09.05.2018.

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2014): Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen. Hamburg, zuletzt geprüft am 20.04.2018.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2015): Altenpflege in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Hamburg, zuletzt geprüft am 20.04.2018.
- Bessin, Claudia; Fuchs-Frohnhofen, Paul (2012): Handlungsanregung "Wertschätzendes Führen". In: Paul Fuchs-Frohnhofen, Michael Isfort und Ellen Wappenschmidt-Krommus (Hg.): PflegeWert. Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 272–291.
- Blinkert, Baldo (2005): Pflege und soziale Ungleichheit - Pflege und "soziale Milieus". In: Klaus R. Schroe-ter und Thomas Rosenthal (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pflegewissenschaft), S. 141–156.
- Blüher, S.; Schnitzer, S.; Kuhlmeier, A. (2017): Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart, S. 3–12.
- Bogai, Dieter (2017): Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Bogai, Dieter; Seibert, H.; Wiethölter, D. (2016): Die Entlohnung von Pflegekräften - große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. In: K. Jacobs, J. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und G. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 91–108.
- Bonin, H.; Braeseke, Grit; Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung; Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung; Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH. Gütersloh.
- Braeseke, Grit; Hernández, J.; Hofmann, E.; Peters, V.; Richter, T.; Augurzky, B. et al. (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Berlin, Essen.
- Brause, Michaela; Kleina, Thomas; Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2015): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung 10 (1), S. 41–48.
- Brühl, Albert; Planer, Katarina (2013): PiSaar - Pflegebedarf im Saarland. Abschlussbericht. Hg. v. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar. Vallendar.
- Buchinger, Sascha (2016): Flüchtlinge für die deutsche Pflege - eine Einschätzung. In: Pflegezeitschrift 69 (6), S. 326–329.
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik (2018): Beschäftigte nach Berufen (KIdB 2010) (Quartalszahlen) Stichtag 30. Juni 2017. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit -Statistik. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung (2017): Fachkräfteengpassanalyse. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt), zuletzt geprüft am 04.04.2018.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2017): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2017. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/Bericht_zum_Anerkennungsgesetz_2017.pdf, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/77280/4dfe6afe4f76e0f29465b62548531fe8/eckpunkte-pflegeberufegesetz-data.pdf>, zuletzt geprüft am 14.05.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2015): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015). Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017): Pflegeberufe-reformgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/pflegeberufe-reformgesetz-/119230>, zuletzt geprüft am 14.05.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2018): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/180322_RefE_PflAPrV.pdf, zuletzt geprüft am 14.05.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege : Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unter Mitarbeit von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Roland Berger Strategy Consultants und Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.; Roland Berger Strategy Consultants. Berlin, Vallendar, Köln.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017): Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege. Informationen für Arbeitgeber. Berlin, zuletzt geprüft am 20.04.2018.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hg.) (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Kurzfassung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin.

Bundesregierung (2016): Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Hg. v. Bundesregierung. Online verfügbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publicationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf, zuletzt geprüft am 13.02.2018.

Bundestag (23.12.2014): Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I, vom 17.12.2014. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 61, S. 2222–2230. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27%5D__1505203671398](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27%5D__1505203671398), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Bundestag (28.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II, vom 21.12.2015. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 54, S. 2424–2463, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Bundestag: Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen. (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WVBG), vom 29.07.2009 mit Änderungen vom 23.12.2016. In: Bundesgesetzblatt Teil I, S. 2319–2326, zuletzt geprüft am 14.09.2017.

Bundestag (28.12.2016): Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III, vom 23.12.2016. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 65, S. 3191–3220, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Bundestag: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. PflBRefG, vom 17.07.2017. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49, 2581-2614.

Bundestag (2018): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. (Drucksache 19/345). Drucksache 19/608. Hg. v. Deutscher Bundestag. Berlin.

Buruck, G.; Brom, S. S.; Kotte, H.; Richter, P. (2015): Evaluierung von Gesundheitspräventionen in der stationären Altenpflege. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 85–95.

Ciesinger, K.-G; Goesmann, C.; Klatt, R.; Lisakowski, A. (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. Hg. v. Technische Universität Dortmund. Dortmund, zuletzt aktualisiert am 19.01.2011, zuletzt geprüft am 11.05.2012.

CURACON GmbH (Hg.) (2016): Altenhilfebarometer 2016. Pflegestärkungsgesetz II schürt Unsicherheit in der Branche. Berlin, zuletzt geprüft am 14.05.2018.

Das Demographie-Netzwerk (ddn e.V.) Dortmund (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Unter Mitarbeit von AGP Spezialforschung im FIVE e.V. Dortmund, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

Dauth, Wolfgang; Haller, Peter (2018): Berufliches Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort: Klarer Trend zu längeren Pendeldistanzen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg (IAB-Kurzbericht, 10). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/kurzber/2018/kb1018.pdf>, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege: Viel Vakanz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hg. v. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V., zuletzt geprüft am 20.04.2018.

Ehrentraut, O. (2012): Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. München.

Ehrentraut, O.; Hackmann, Tobias; Krämer, L.; Schmutz, S. (2015): Zukunft der Pflegepolitik: Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. gute gesellschaft – soziale demokratie. # 2017 plus. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Faller, Gudrun; Reinboth, Christian (2012): Bedarfslagen und Interventionsnotwendigkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302/a000131?journalCode=pfl>, zuletzt aktualisiert am 20.12.2012, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Fuchs-Frohnhofen, Paul; Bessin, Claudia (2012): Handlungsanregung "Wertschätzendes Gesundheitsmanagement". In: Paul Fuchs-Frohnhofen, Michael Isfort und Ellen Wappenschmidt-Krommus (Hg.): PflegeWert. Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 292–341.

Fuchs-Frohnhofen, Paul; Isfort, Michael; Wappenschmidt-Krommus, Ellen (Hg.) (2012): PflegeWert. Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Geis, Wido; Nintcheu, J. Michaelle; Vogel, Sandra (2016): Fachkräfte für Deutschland. Potenziale einer gesteuerten Zuwanderung. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH (IW-Analysen, Nr. 105). Online verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2016/272810/Fachkraefte_fuer_Deutschland-Potenziale_einer_gesteuerten_Zuwanderung-IW-Analyse-105.pdf, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (2016): Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung. Hg. v. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH. Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/forschungsvorhaben-struktur-des-pflegemarktes-in-deutschland-und-potentiale-seiner-entwicklung.pdf?__blob=publicationFile&v=8, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S. (2016): Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: K. Jacobs, J. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und G. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 3–18.

Hackmann, Tobias: Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-. Freiburg (Diskussionsbeiträge, 40), zuletzt geprüft am 20.04.2018.

Heger, Dörte; Augurzky, Boris; Kolodziej, Ingo; Krolop, Sebastian; Wuckel, Christiane (2017): Pflegeheim Rating Report 2017. Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag (Pflegeheim-Rating-Report, 6.2017).

Henze, Karl-Heinz; Piechotta, Gudrun (2004): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Sowinski, Christine (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? In: Pflege & Gesellschaft 20 (1), S. 5–19, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg, zuletzt geprüft am 24.11.2015.

Höhmann, U.; Lautenschläger, M.; Schwarz, L. (2016): Belastungen im Pflegeberuf, Folgen und Desiderate. In: K. Jacobs, J. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und G. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 73–89.

Hülsken-Giesler, Manfred (2007a): Pflege und Technik--Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. 1. Teil. In: Pflege 20 (2), S. 103–112. DOI: 10.1024/1012-5302.20.2.103.

Hülsken-Giesler, Manfred (2007b): Pflege und Technik--Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. 2. Teil. In: Pflege 20 (3), S. 164–169. DOI: 10.1024/1012-5302.20.3.164.

Hülsken-Giesler, Manfred (2010): Technik und Pflege--Herausforderungen einer dynamischen Entwicklung. Aktive Beteiligung ist anzunehmen. In: Pflege Zeitschrift 63 (5), S. 268–270.

IAB-Forum: Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. Unter Mitarbeit von Holger Seibert, Jeanette Carstensen und Doris Wiethölter, zuletzt geprüft am 20.04.2018.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hg.) (2017a): inqa-check-Personalführung. Selbstbewertung zur Führungsqualität und zur Vorbereitung auf den demografischen Wandel. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.inqa-check-personalfuehrung.de/check-personal/daten/mittelstand/pdf/inqa-check-personalf.pdf>, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hg.) (2017b): Kein Stress mit dem Stress: Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-kein-stress-mit-dem-stress-loesungen-und-tipps-fuer-ambulante-und-stationaere-pflegeeinrichtungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

- Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. (Hg.) (2017): Fachkräftengpässe in Unternehmen Regionale Fachkräftesituation und Mobilität. Köln. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/fachkraefteengpaesse-in-unternehmen-regionale-fachkraeftesituation-und-mobilitaet.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 01.05.2018.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015): DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2015. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Mit dem Themenschwerpunkt: Multitasking, unzureichende Personalausstattung, Arbeit ohne Pause – Profilm Merkmale der Arbeitshetze. Berlin.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2011): Berufsprestigeskala. allensbacher berichte. Hg. v. Institut für Demoskopie Allensbach. Allensbach. Online verfügbar unter http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_1102.pdf, zuletzt aktualisiert am 07.04.2011, zuletzt geprüft am 06.09.2012.
- Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (Hg.) (2017): Unternehmerisches Wagnis in der stationären Pflege: Rechtslage und Quantifizierung der Vergütung unter besonderer Berücksichtigung der Regelungen des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III). Berlin, zuletzt geprüft am 04.05.2018.
- Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) (2017): Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation SV16-9002. Abschlussbericht. Hg. v. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Bremen, zuletzt geprüft am 09.05.2018.
- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Goethe Universität Frankfurt am Main (Hg.) (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Frankfurt am Main, zuletzt geprüft am 20.04.2018.
- Isfort, Michael (2017): Möglichkeiten und Grenzen der Integration geflüchteter Menschen in die berufliche Pflege. In: Herbert Stettberger (Hg.): "Frau Merkel hat mich eingeladen"! ? Impulse für eine offene Debatte in der Flüchtlingsfrage : verantwortungsbewusste Empathieethik statt moralisierender Gesinnungsethik. Münster: Lit (Religionspädagogik und Empathie, 3), S. 337–362.
- Isfort, Michael; Neuhaus, Andrea (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH). Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Köln, zuletzt geprüft am 24.11.2015.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; Rottländer, Ruth; Gehlen, Danny; Tucman, Daniel; Hylla, Jonas (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Köln.
- Jansen, Martin (2011): Krank arbeiten statt gesund pflegen. Präsentismus im Krankenhaus. 1. Aufl. Bern: Huber (Krankenhausmanagement).
- Joost; Angela (2010): Informationsdienst Altersfragen. Berlin (informationsdienst altersfragen, 3), zuletzt geprüft am 20.04.2018.
- Jung, Thomas (2017): Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement. 1. Auflage. Baden-Baden: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Karakayali, Juliane (2007): Mit und ohne Papiere. Migrantinnen aus Osteuropa als Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen. In: The making of migration, S. 48–56.
- Klaes, Lothar; Schüler, Gerhard; Reiche, Ralf; Raven, Uwe; Weidner, Frank; Rottländer, Ruth et al. (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin, Rostock: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend; Publ.-Versand der Bundesregierung.
- Klie, Thomas (2015): Zurück zur Planwirtschaft in der stationären Altenpflege? In: Altenheim 54 (9), 18-21, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

- Krickl, Ursula; Lübking, Uwe (2014): Kommunale Impulse generationenübergreifender Arbeit. Hintergründe und Einblicke aus dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Burgwedel: Winkler & Stenzel (DStGB-Dokumentation, No. 129).
- Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegetheorie).
- Kuhn, Christina; Hermann, Thomas (2012): DemOS-Check-Arbeitsplatz-Pflegemheim. Hg. v. Demenz Support Stuttgart gGmbH. Stuttgart. Online verfügbar unter https://www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Handlungshilfen/Demos-Check-Arbeitsplatz-Pflegemheim.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 27.04.2018.
- Lohaus, Daniela; Habermann, Wolfgang (2018): Präsentismus. Krank zur Arbeit - Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen. Berlin, Germany: Springer.
- Lüngen, M. (2012): Vollversicherung in der Pflege. Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Osnabrück.
- Lutz, Helma (2007): Sprich (nicht) drüber – Fürsorgearbeit von Migrantinnen in deutschen Privathaushalten. In: WSI-Mitteilungen : Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung 60 (10), S. 554–560, zuletzt geprüft am 01.02.2016.
- Maier, Ralf (2014): Die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen und die Pflege. Erfahrungen-Herausforderungen-Weiterentwicklungen. Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Maier, T.; Neuber-Pohl, C.; Mönning, A.; Wolter, M. I. (2015): Erwerbsverhalten, berufliche Flexibilitäten, Arbeitsvolumenpotenzial und Pendelbewegungen auf regionaler Ebene. Bundesinstitut für Berufsbildung; Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforshung mbH.
- Marquardt, Katja (2016): Ab in die Pflege. In: Heilberufe 68 (3), S. 42–44. DOI: 10.1007/s00058-016-2045-3.
- Marschall, J.; Hildebrandt, S.; Sydow, H.; Nolting, H.-D. (2017): Gesundheitsreport 2017. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hg. v. A. Storm. DAK-Gesundheit. Hamburg.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (18.01.2018): Bilanz nach einem Jahr.
- Merda, Meiko; Braeseke, Grit; Kähler, Bjorn (2014): Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Schlussbericht. Unter Mitarbeit von Esther Hofmann und Stefanie Wechsel. Hg. v. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg. Online verfügbar unter http://www.iegus.eu/downloads/Gesamt_Schlussbericht_IEGUS_Migrationshintergrund_Pflegekraft_Layout_170714.pdf, zuletzt geprüft am 01.05.2017.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2017): Privat organisierte Pflege in NRW: Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Familien mit Pflegebedarf. Unter Mitarbeit von Michael Isfort und Andrea von der Malsburg. Düsseldorf, zuletzt geprüft am 14.04.2018.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2015): Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege in Rheinland-Pfalz. „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ (Berichte aus der Pflege, 27). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_27.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2018.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017):

Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz (Berichte aus der Pflege, 32). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_32_Fachkraeftesicherung.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie des Freistaates Thüringen (Hg.) (2013): Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege in Thüringen. Prognos. Berlin.

Naegele, G. (2014): 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn (WISO Diskurs). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10541.pdf>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.

Neldner, T.; Hofmann, E.; Peters, V.; Richter, T.; Hofman, S.; Hans, J. P. et al. (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Endbericht. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; WifOR GmbH; Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. Berlin, Darmstadt, Tübingen.

Peters, Verena; Braeseke, Grit (2016): Pflegekräfte aus Vietnam. In: *Pflege* 29 (6), S. 315–321. DOI: 10.1024/1012-5302/a000516.

Plazek, Michael; Schnitger, Moritz (Hg.) (2016): Demographie konkret - Pflege kommunal gestalten. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4353246>.

Reader´s Digest Deutschland (Hg.) (2015): European Trusted Brands 2015. Fünfzehnte europaweite Konsumentenbefragung zum Markenvertrauen und zur Bewertung von Marken. Online verfügbar unter www.readersdigest.ch, zuletzt geprüft am 07.04.2016.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Unger, R.; Amsbeck, H. (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 - regionale Verteilung und Herausforderungen. In: *LebensWerte* Kommune der Bertelsmann-Stiftung (4).

Rothgang, H.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2017): Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Hg. v. Barmer GEK. Universität Bremen, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/135698/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/data/dl-pflegereport-2017.pdf>, zuletzt geprüft am 13.02.2018.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn, Berlin.

Schrage, Klaus (2016): Flüchtlinge in der Pflege: Problem oder Chance? Die Integration von syrischen Flüchtlingen als Lösung für den Fachkräftemangel. München: Studylab (Medizin / Pflege).

Schreck, Corina (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland. Wiesbaden, s.l.: Springer Fachmedien Wiesbaden (Best of Pflege).

Schröer, Laura (2016): Forschung Aktuell. Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege. Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. Hg. v. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Institut Arbeit und Technik. Online verfügbar unter www.iat.eu, zuletzt geprüft am 01.05.2016.

- Schulz, E. (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. Wochenbericht Nr. 51/52. Hg. v. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, zuletzt geprüft am 13.02.2018.
- Schulz-Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; Maier-Rigaud, Remi (2014): Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und soziale Ungleichheit (D, CH, A). In: Lehrbuch Gerontologie : gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe ; eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Huber, S. 117–159.
- Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 199 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover.
- Slesina, W. (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51 (3), S. 296–304. DOI: 10.1007/s00103-008-0460-6.
- Slotala, Lukas (2016): Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Deutschland. In: Pflege 29 (6), S. 281–288. DOI: 10.1024/1012-5302/a000513.
- Staats, Melanie (2012): Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Bielefeld: Bertelsmann.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Steffen, Margret (2015): ... raus aus der Schwarzarbeit. Gute Arbeit in Privathaushalten. Europäische Erfahrungen und mögliche Gestaltungsansätze der Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen und Pflegekräfte. Hg. v. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Berlin, zuletzt geprüft am 29.01.2016.
- Vincentz Network (2017a): Private Anbieter: Weg mit der Fachkraftquote! / Nachrichten / Infopool - Altenpflege Online. Hannover. Online verfügbar unter <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Private-Anbieter-Weg-mit-der-Fachkraftquote>, zuletzt geprüft am 09.05.2018.
- Vincentz Network (2017b): Pro- und Kontra-Debatte über Fachkraftquote / Nachrichten / Infopool - Altenheim Online. Hannover. Online verfügbar unter <http://www.altenheim.net/Infopool/Nachrichten/Pro-und-Kontra-Debatte-ueber-Fachkraftquote>, zuletzt geprüft am 09.05.2018.
- Weidner, F.; Isfort, Michael; Messner, T.; Zinn, W. (2003): Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.; Forschungsgruppe Metrik. Köln, Bermuthshain.
- Weidner, Frank; Tucman, Daniel; Jacobs, Peter (2017): Eine fast alltägliche Erfahrung. In: Die Schwester, der Pfleger : die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe : offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V 56 (9), S. 14–21.
- Zegelin, Angelika; Meyer, Gabriele (2018): Roboter gegen Personalengpässe in der Pflege? In: Pflege 31 (2), S. 61–62. DOI: 10.1024/1012-5302/a000607.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2017): Gewaltprävention in der Pflege. Berlin. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

Anhang

Hinweis:

Sofern nicht anders beschrieben, füllen Sie die Kästchen mit einem X aus. In aller Regel soll pro Frage nur eine Antwort gegeben werden (sofern nicht ausdrücklich mit Mehrfachnennung gekennzeichnet). Nutzen Sie bitte zum Eintrag relevanter Kennzahlen die vorgegebenen Felder, indem Sie je eine Ziffer in ein Kästchen eintragen.

Fragen zur Struktur der Einrichtung

1. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?			
<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Sachsen
<input type="radio"/> Bayern	<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein
<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Thüringen

2. Postleitzahl, in der die Einrichtung liegt (nur zur geografischen Darstellung [Landkarte] der Antwortenden insgesamt)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Einrichtung?		
<input type="radio"/> Privater Träger	<input type="radio"/> Freigemeinnütziger Träger	<input type="radio"/> Öffentlicher Träger

4. Bitte nennen Sie die jeweilige Anzahl der Bettplätze für die stationäre Langzeitpflege Ihrer Einrichtung (ggf. „0“ eintragen)							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anzahl 1-Bett-Zimmer (Langzeitpflege)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anzahl 3-Bett-Zimmer (Langzeitpflege)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anzahl 2-Bett-Zimmer (Langzeitpflege)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anzahl 4-Bett-Zimmer (Langzeitpflege)

5. Wie hoch sollte Ihrer Meinung nach der Anteil an 1-Bett-Zimmern in der Einrichtung sein, um an die Bedürfnisse der Bewohner angepasste Angebote machen zu können?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% 1-Bett-Zimmer um an Bedürfnisse angepasste Angebote machen zu können (ggf. „0“ eintragen)

6. Bitte nennen Sie die Anzahl der Bettplätze und die derzeitige Anzahl der Bewohner (ggf. „0“ eintragen)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aktuelle Anzahl der <i>Bettplätze insgesamt</i> in Ihrer Einrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aktuelle Anzahl der <i>Bettplätze für die vollstationäre Langzeitpflege</i> in Ihrer Einrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aktuelle Anzahl der <i>Bettplätze für Tagespflege</i> in Ihrer Einrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aktuelle Anzahl der <i>Bewohner/ Pflegebedürftigen</i> insgesamt in Ihrer Einrichtung

7. Bitte nennen Sie die jeweilige aktuelle Anzahl der betreuten Bewohner nach Pflegegrad (Stichtag 1.10.2017) (ggf. „0“ eintragen)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bewohner mit Pflegegrad 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bewohner mit Pflegegrad 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bewohner mit Pflegegrad 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bewohner mit Pflegegrad 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bewohner mit Pflegegrad 4				

8. Geschätzter Anteil der Bewohner mit neurokognitiven Störungen (z.B. Demenz) in ihrer Einrichtung			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% Bewohner mit neurokognitiven Störungen (ggf. „0“ eintragen)

9. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zur Struktur und Entwicklung ihrer Einrichtung aus Ihrer Perspektive	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Wir planen für 2018 einen Ausbau der vorhandenen Plätze in der <i>vollstationären Langzeitpflege</i> in unserer Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir planen für 2018 einen Ausbau der fest geplanten und vorhandenen Plätze in der <i>Kurzzeitpflege</i> in unserer Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir planen für 2018 einen Ausbau der vorhandenen Plätze in der <i>Tagespflege</i> in unserer Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir planen für 2018 einen <i>Neubau</i> einer Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir planen für 2018 den <i>Ankauf einer anderen bestehenden Einrichtung oder Fusionierung</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine <i>geplante Ausweitung</i> unserer Angebote musste 2016/2017 aufgrund fehlender kommunaler Zustimmung zurückgezogen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein <i>geplanter Neubau</i> musste 2016/2017 aufgrund fehlender kommunaler Zustimmung zurückgezogen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben aufgrund der hohen Auslastung in der vollstationären Langzeitpflege in 2017 keine bis sehr wenige <i>eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze</i> realisieren können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben <i>Wartelisten</i> bezüglich des vollstationären Angebots der Langzeitpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Bitte bewerten Sie die Aussagen bezogen auf die Bewohner in Ihrer Einrichtung (Beobachtungszeitraum: 2015 bis 2017)	
Die Bewohner in unserer Einrichtung haben immer kürzere Wohndauern (höhere Sterblichkeit/ Auszug aus der Einrichtung)	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Das durchschnittliche Einzugsalter der Bewohner wird immer höher	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Anzahl der Bewohner mit komplexen medizinischen Problemlagen nimmt zu	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die hausärztliche Versorgung bei unseren Bewohnern wird	extrem besser <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extrem schlechter
Die fachärztliche Versorgung bei unseren Bewohnern wird	extrem besser <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extrem schlechter
Die Anzahl der Bewohner ohne Angehörige nimmt zu	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Anzahl der Bewohner aus schwierigen sozialen Haushaltsverhältnissen (Verwahrlosung/Vereinsamung) nimmt zu	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Anzahl der Bewohner mit Suchtproblematiken nimmt zu	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Qualität der Betreuung und Versorgung der Bewohner unter den gegebenen Rahmenbedingungen insgesamt	nimmt zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> nimmt ab
Die Risiken (z.B. Mangelernährung, Sturz, Unbeaufsichtigung etc.) denen Bewohner ausgesetzt sind	nehmen zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> nehmen ab

11. Was sind in Ihrer Einrichtung Themen im Bereich der Strukturentwicklung, mit denen Sie sich aktuell prioritär beschäftigen? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Beibehaltung/ Erhalt der bestehenden Versorgung (Sicherung des Status Quo)	<input type="checkbox"/> Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen (Aufbau eines eigenen ambulanten Pflegedienstes)
<input type="checkbox"/> Umbaumaßnahmen in der Einrichtung aufgrund von Auflagen (z.B. Schaffung von mehr Einzelzimmern etc.)	<input type="checkbox"/> Umsetzung der Anforderungen von Wohn- und Teilhabe-Gesetzen/ analogen Landesverordnungen
<input type="checkbox"/> Ausweitung bestehender Angebote der Versorgung (Langzeitpflege, Kurzzeitpflege)	<input type="checkbox"/> Allgemeine Sanierung/ Investitionen in den Baubestand der Einrichtung
<input type="checkbox"/> Entwicklung spezialisierter pflegerischer Angebote (z.B. Wachkoma/ Entwöhnung/ Beatmungsstation)	<input type="checkbox"/> Gezielte Auswahl von Pflegebedürftigen nach bestimmten Pflegegraden
<input type="checkbox"/> Entwicklung neuer Angebote der teilstationären ambulanten Versorgung (Tagespflege, betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/> Gezielte Auswahl von Pflegepersonal, um neue Themen- und Aufgabenfelder aufzubauen
<input type="checkbox"/> Entwicklung spezialisierter Wohnangebote (z.B. Wohngemeinschaften / Demenz-WGs)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Fragen zur Technisierung / zum Technologieeinsatz in Ihrer Einrichtung

12. Wie hoch schätzen Sie im Jahr 2017 den Anteil an **Bewohnern** in Ihrer Einrichtung ein, die moderne Kommunikationstechnologien (Smartphone / Tablet / PC) aktiv einsetzen?

0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Wie hoch schätzen Sie im Jahr 2017 den Anteil an **Pflegenden** in Ihrer Einrichtung ein, die moderne Kommunikationstechnologien (Smartphone / Tablet / PC) aktiv einsetzen?

0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Welche der nachfolgend genannten Technologien zur pflegerischen/ bewohnerbezogenen Unterstützung werden bei Ihnen aktuell eingesetzt? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Elektronisch verstellbare Betten, die Bewohner vom Liegen – zum Sitzen – zum Stehen unterstützen	<input type="checkbox"/> Sensormatten mit Alarmfunktion beim Aufstehen von Bewohnern/ Sturzsicherung/ -erkennung
<input type="checkbox"/> Elektronisch höhenverstellbare Waschtische im Sanitärbereich	<input type="checkbox"/> Bewohnersicherheitssysteme (Alarmsysteme bei Verlassen der Einrichtungen eines Bewohners)
<input type="checkbox"/> Elektronisch höhenverstellbare WC Sitze im Sanitärbereich	<input type="checkbox"/> Automatisierte Lichtsysteme zur Unterstützung des Tag-Nacht-Rhythmus
<input type="checkbox"/> Schränke bei Bewohnern, mit Hebe- und Senktechnik der Kleiderstange	<input type="checkbox"/> Sprechende Fotoalben / elektronische Vorlesehilfen
<input type="checkbox"/> Medizinische Vibrationstrainingsgeräte zur Muskulaturstärkung durch Tiefenschwingungen	<input type="checkbox"/> Unterhaltungs-/ Aktivitäten unterstützende Technologien (Spielekonsolen etc.)
<input type="checkbox"/> Elektronische/hydraulische Tragehilfen/ Aufstehhilfen zur Unterstützung der Muskelkraft bei Pflegenden	<input type="checkbox"/> Elektronische Unterstützungssysteme zur Ortung und Lokalisierung von Bewohnern
<input type="checkbox"/> Elektronische Relaxsessel/ -liegen mit integriertem Massageprogramm für Bewohner / Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> spezielle Software zur Erstellung von Dienstplänen
<input type="checkbox"/> Elektronische Pflegedokumentationssoftware zur Pflegeplanung und Dokumentation der Pflege	<input type="checkbox"/> Elektronische Geräte zur Erfassung und Aufzeichnung von Vitalparametern (RR, Puls, Temp.)
<input type="checkbox"/> Elektronische Erfassung der pflegerischen Leistungen über Smartphones/ Tablets	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

15. Welche Entwicklungen / Erwartungen verbinden Sie mit einer Digitalisierung/ Technologisierung in der Pflege?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich <i>Logistik/ Transportwesen von Gütern</i> eingesetzt werden (z.B. Lieferrobotik für Verbrauchsgüter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich der <i>Ausstattung</i> (Sanitär/ Bettenwesen) eingesetzt werden (z.B. elektrische Waschtische/ WC / Aufstehbetten etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich der <i>Bewohnersicherheit</i> eingesetzt werden (Alarm-/ Sensorsysteme/ Sturzerkennung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich der <i>Bewohneraktivitäten/ Freizeitgestaltung</i> eingesetzt werden (Konsolen/ Spiele etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich der <i>Haustechnik</i> eingesetzt werden (automatisierte Sonnenblenden / Klima/ Schließanlagen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technikunterstützung wird von uns zukünftig vor allem im Bereich der <i>Dokumentation/ Bewohnerakten</i> eingesetzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch den Einsatz von neuen Technologien können <i>Pflegende in ihrer Arbeit</i> deutlich entlastet werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch den Einsatz von neuen Technologien kann die Anzahl benötigter Pflegekräfte reduziert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die <i>Akzeptanz</i> von neuen Technologien/ technischen Produkten in der Pflegearbeit ist bei den <i>Pflegenden</i> hoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir erwarten durch Technisierung <i>höhere Betriebskosten</i> durch Wartung/ Einweisung und Systemupdates, die sich in der Summe nicht rechnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zum Personal und zur Mitarbeitergewinnung

16. Relevante Personalkennzahlen und Bedarfskennzahlen Ihrer Pflegeeinrichtung für ausgewählte Berufsgruppen (bitte Anzahl, ggf. als realitätsnahe Schätzung; ggf. „0“ eintragen)			
	Beschäftigte insgesamt (Stichtag 31.12.2016)	Umgerechnet auf Vollzeitkräfte (VZK/Stellen) (Stichtag 31.12.2016)	Aktuell <u>offene und zu besetzende</u> Stellen in Vollzeitkräften (Stichtag 30.10.2017)
Altenpflegekräfte (3-jährig bzw. 2-jährig ausgebildet) (inkl. Leitung)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte / Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Altenpflegehelfer(1-jährig qualifiziert)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenpflegehelfer/-assistenten (1-jährig qualifiziert)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Alltagsbetreuer nach § 43b, 53c SGB XI (ehemals § 87b)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Anzahl der Schüler der Altenpflege in Ihrer Pflegeeinrichtung			
	Neue Schüler (Stichtag 15.10.2016)	Neue Schüler (Stichtag 15.10.2017)	Geplant für 2018
Angestellte Schüler der Altenpflege (3-jährig)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

17. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen bezogen auf die Bewerbersituation in 2017 (Pflegebereich)						
Die Anzahl der Bewerbungen in der Pflege ermöglicht eine gute Personalauswahl	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Wir haben in 2017 Bewerber eingestellt, die wir vor fünf Jahren noch abgelehnt hätten	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Anzahl der Bewerbungen in der Pflege ermöglicht eine schnelle Wiederbesetzung von Stellen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Qualität der Bewerbungen in der Pflege ermöglicht eine schnelle Wiederbesetzung von Stellen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Qualität der Bewerbungen in der Pflege zwischen 2017 und 2016 hat sich insgesamt	extrem verbessert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	extrem verschlechtert
Wir melden offene Stellen nicht mehr bei der Arbeitsagentur	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege konnte 2017 vollumfänglich besetzt werden	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Qualität der Bewerbungen auf die Ausbildungsplätze zwischen 2017 und 2016 hat sich	extrem verbessert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	extrem verschlechtert

18. Wie viele Pflegefachkräfte haben in 2017 insgesamt den Arbeitsvertrag bei Ihnen gekündigt? (Fluktuation insgesamt - Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeiter an - Köpfe , nicht Vollzeitstellen; ggf. „0“ eintragen)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anzahl der Pflegefachkräfte (Köpfe) insgesamt, die in 2017 ihren Arbeitsplatz bei uns aufgegeben haben

19. Wenn Pflegefachkräfte im laufenden Jahr (2017) Ihre Einrichtung verlassen haben – welche Hauptbeweggründe gab es Ihrer Einschätzung nach dafür? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Familiengründungsphase	<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Einrichtung
<input type="checkbox"/> familiäre Pflegesituation, pflegebedürftige Angehörige / unzureichende Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> Der gewünschte Stellenumfang konnte von der Einrichtung nicht realisiert werden
<input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe	<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Vergütung
<input type="checkbox"/> Eintritt ins Rentenalter / Vorruhestand	<input type="checkbox"/> zu hohe Arbeitsbelastung im beruflichen Feld
<input type="checkbox"/> Ausstieg des Mitarbeiters aus dem Pflegeberuf insgesamt	<input type="checkbox"/> umzugsbedingte Arbeitsplatzveränderung
<input type="checkbox"/> Verbesserung der beruflichen Position	<input type="checkbox"/> Berufsfeldveränderung/ anderer Pflegebereich
<input type="checkbox"/> Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung	<input type="checkbox"/> Aufnahme einer Bildungsmaßnahme (z.B. Studium)

20. Wie viele Pflegefachkräfte aus Fremdfirmen (Personalleasing) arbeiten aktuell bei Ihnen?

(ggf. realitätsnahe Schätzung; ggf. „0“ eintragen)

Anzahl der Pflegefachkräfte aus Leasingfirmen

21. Welche der nachfolgend genannten Maßnahmen im Rahmen einer Fachkräftesicherung/ Mitarbeiterbindung werden bei Ihnen derzeit aktiv umgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Eigener Betriebskindergarten/ Kindertagesstätte/ Kooperation mit örtlichem Träger (Kita-Kontingente)	<input type="checkbox"/> Sicherung der Erholungszeiten durch Poollösungen/ feste Vertretungslösungen
<input type="checkbox"/> Prämien für neue Mitarbeiter (Einmalzahlungen/ Mobiltelefone/ andere Prämien)	<input type="checkbox"/> Gewährleistung und Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsangeboten (Bildungsurlaub)
<input type="checkbox"/> Projektstage/ Kooperationen mit staatlichen Schulen	<input type="checkbox"/> Anwerbungs- und Integrationsprogramme ausländischer Pflegekräfte (EU)
<input type="checkbox"/> Fördermaßnahmen/ Konzepte der Wiedereingliederung nach Elternzeit/ Pflegezeit	<input type="checkbox"/> Gezielte Präsentation/ Auftritt der Einrichtung in neuen Medien (Facebook/ Instagram etc.)
<input type="checkbox"/> Regionale und überregionale Stellenausschreibung in Tageszeitungen	<input type="checkbox"/> Betriebliche Gesundheitsförderung (z.B. Finanzierung von Kursen/ aktive Pause/ Obst und Getränke/ Laufgruppen)
<input type="checkbox"/> Beratungsangebote/ Unterstützungen bei psychischen Krisensituationen mit konkreten Hilfsangeboten	<input type="checkbox"/> Mitwirkung auf Ausbildungsmessen/ eigene Stände auf regionalen Messen
<input type="checkbox"/> Enge Kooperation mit Jobcentern/ Arbeitsagentur zur Rekrutierung arbeitslos gemeldeter Pflegekräfte	<input type="checkbox"/> Kooperation mit Jobcentern/ Möglichkeiten der individuellen Förderung (Wegebau etc.)
<input type="checkbox"/> Unterstützungsangebote für Mitarbeiter, die pflegende Angehörige sind	<input type="checkbox"/> Flexible Arbeitszeitgestaltung (Arbeitszeitkonten/ variable Schichtzeiten etc.)
<input type="checkbox"/> Ausbildung in Teilzeit für Menschen mit weiteren Verantwortungsbereichen (z.B. Erziehung etc.)	<input type="checkbox"/> Späterer Arbeitsbeginn für Mitarbeiter mit Kindern in Kita/ Schule
<input type="checkbox"/> Auf Wunsch sofortige Ausweitung von Teilzeitstellen auf Vollzeitstellen für Mitarbeiter der Pflege	<input type="checkbox"/> Leistungsbezogene Zulagen außerhalb der regulären Vergütung/ tarifl. Einstufung
<input type="checkbox"/> Jobrotationsmodelle (unterschiedliche Aufgabenbereiche) zur Erhöhung der flexiblen Arbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsschutz und Gesundheitssicherheit durch Gefährdungsbeurteilung
<input type="checkbox"/> Unterstützungsleistungen bei der Wohnraumsuche (z.B. Makler, Übernahme der Umzugskosten bei neuen MA)	<input type="checkbox"/> Betriebswohnungen/ Appartements/ Wohnheim
<input type="checkbox"/> Traineeprogramme/ Stellenprofile für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal (Bachelor/ Master)	<input type="checkbox"/> Zulagen außerhalb der regulären Vergütung für besondere Leistungen (Einspringen etc.)

22. Wie viele Menschen mit Fluchterfahrung arbeiteten in 2017 bei Ihnen (nicht nur im Pflegebereich)?

(ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wir haben keine Flüchtlinge/ Menschen mit Fluchterfahrung in 2017 beschäftigt

Anzahl beschäftigter Menschen mit Fluchterfahrung in unserer Einrichtung

23. Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Einbindung von Flüchtlingen/ ausländischen Mitarbeitern in ihrer stationären Einrichtungen ein	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
Wir befürworten die Integration von Menschen mit Fluchterfahrung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir nehmen <i>aktiv</i> an der Integration von Menschen mit Fluchterfahrung mit unserer Einrichtung teil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir sehen die Tätigkeitsbereiche für Menschen mit Fluchterfahrung primär <i>außerhalb der direkten Versorgung</i> (Hauswirtschaft/ Küche/ Versorgung der WB mit Wirtschaftsgütern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir sehen die Tätigkeitsbereiche für Menschen mit Fluchterfahrung primär in Bereichen der <i>direkten Versorgung</i> (Pflege/ allgemeine Betreuung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben ausländische Mitarbeitende (EU) für den Pflegebereich <i>gezielt akquiriert</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben ausländische Mitarbeitende (EU) für den Pflegebereich <i>längerfristig binden</i> können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir beobachten, dass ausländische Mitarbeitende <i>nach erfolgreicher Anerkennung</i> (Berufszulassung) unsere Einrichtung verlassen und ins Krankenhaus wechseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zur Arbeitssituation/ -gesundheit in Ihrer Einrichtung

24. Bitte geben Sie Ihre Beobachtungen zu gesundheitsbezogenen Belastungen des Pflegepersonals in 2017 gegenüber 2016 an	gestiegen	gleich geblieben	ge-sunken
Die Anzahl der geleisteten Überstunden der Pflegekräfte ist 2017 gegenüber 2016...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anzahl der kurzzeitig befristeten Krankmeldungen (unter drei Tage) bei den Pflegekräften insgesamt ist 2017 gegenüber 2016...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anzahl der Krankheitstage bei den Pflegekräften ist 2017 gegenüber 2016...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Krankheitsdauer bei den einzelnen Krankmeldungen ist 2017 gegenüber 2016...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Krankheitsschwere der einzelnen Erkrankten ist 2017 gegenüber 2016...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Bitte geben Sie Ihre Beobachtungen zu arbeitsplatzbezogenen Belastungen des Pflegepersonals in 2017 gegenüber 2016 an: Die Belastung...	gestiegen	gleich geblieben	ge-sunken
... durch herausfordernde Verhaltensweisen von Bewohnern ist 2017 gegenüber 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch zunehmende grund- und behandlungspflegerische Anforderungen der Bewohner ist 2017 gegenüber 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch aufwendige Angehörigenarbeit/ Konflikte mit Angehörigen ist 2017 gegenüber 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch „Einspringen“ an frei geplanten Zeiten (an Wochenenden / freien Tagen) ist 2017 gegenüber 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch erhöhte Sterbefälle / Sterbebegleitung ist 2017 gegenüber 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Welche der nachfolgenden Gefährdungen für Pflegende erscheinen in Ihrer Einrichtung besonders relevant? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Infektionen/ Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> Umgang mit Gefahrstoffen
<input type="checkbox"/> Nadelstichverletzungen	<input type="checkbox"/> Stolper-/ Rutsch-/ Sturzunfälle
<input type="checkbox"/> Gewalt und Aggression gegenüber Pflegenden	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Haut (Allergien)
<input type="checkbox"/> Auswirkungen psychischer Belastungen (Depressionen/ Burn out)	<input type="checkbox"/> Auswirkungen körperlicher Belastungen (Muskel- und Skelettprobleme)

27. Nach welchem Verfahren führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Gefährdungsbeurteilung durch?	
<input type="radio"/> Berufsgenossenschaft/ Unfallversicherungsträger	<input type="radio"/> Einsatz extern erworbener Softwareprodukte
<input type="radio"/> Verbands-/ Trägereigene Entwicklungen	<input type="radio"/> Eigenentwicklung nach Hausstandard
<input type="radio"/> Externer Dienstleister zur Gefährdungsbeurteilung	<input type="radio"/> Sonstiges: _____

28. Bitte bewerten Sie die Aussagen zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Ihrer Einrichtung	
Es bestehen zahlreiche Angebote zur BGF in unserer Einrichtung	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Angebote zur BGF werden vom Personal nicht bzw. nur unzureichend wahrgenommen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Finanzierung von Maßnahmen der BGF durch Kassen hat sich in 2017	extrem verbessert <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extrem verschlechtert
Die Maßnahmen der BGF werden überwiegend von aktiven und gesunden Personen angenommen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Wir setzen Instrumente ein, um Maßnahmen der BGF zielgerichtet entwickeln zu können	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Wir haben stark individualisierte Angebote der BGF	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Bezogen auf die BGF sind unsere Maßnahmen	voll ausreichend zur Bedarfsdeckung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht ausreichend zur Bedarfsdeckung

29. Was sind in Ihrer Einrichtung Themen im Bereich der Mitarbeitergewinnung und -bindung sowie der Gesundheitsförderung in der Pflege, mit denen Sie sich aktuell prioritär beschäftigen? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Anwerbung von Mitarbeitern durch Maßnahmen der Personalgewinnung (Gewinnung von neuem Personal)	<input type="checkbox"/> Erhöhung der Anzahl der Auszubildenden im Betrieb
<input type="checkbox"/> Maßnahmen der Personalentwicklung (Qualifizierung bestehenden Personals)	<input type="checkbox"/> Entlastung der Pflegenden durch Digitalisierung/ Technisierung und technische Innovationen
<input type="checkbox"/> Betriebliche Gesundheitsförderung/ Maßnahmen der Mitarbeitergesundheit	<input type="checkbox"/> Integration von Menschen mit Fluchterfahrung in die Pflege
<input type="checkbox"/> Gefährdungsbeurteilungen/ Arbeitssicherheit und -schutz	<input type="checkbox"/> Anwerbung von ausländischen Mitarbeitern (EU)

Fragen zu den finanziellen Rahmenbedingungen/ Entwicklungen

30. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zur finanziellen Situation ihrer Einrichtung aus Ihrer Perspektive	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>	<i>keine Angabe</i>
Der Umsatz in 2016 konnte im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Betriebsgewinn/ Überschüsse in 2016 konnte/n im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein notwendiger Betriebsgewinn/ Überschüsse für 2017 konnte/n in Verhandlungen mit den Kostenträgern nicht entsprechend ausgehandelt werden (Risikozuschlag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsere Einrichtung ist aufgrund einer schwierigen Finanzsituation akut von der Schließung/ Insolvenz/ Übernahme bedroht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Finanzsituation unserer Einrichtung erlaubt, dass wir strategisch wichtige Investitionen vornehmen können (z.B. in zusätzliches Personal/ Netzwerkarbeit / Modernisierung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir können in 2017 die betrieblichen Ziele aufgrund eines bestehenden Personalmangels im Bereich der Pflege nicht erreichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir können die weiteren strategischen Entwicklungen aufgrund eines Personalmangels in der Pflege nicht vornehmen/ nicht weiter wachsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir sind von einem Personalmangel in der Pflege nicht betroffen und haben keine finanziellen Einbußen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunale Zuschüsse zur Investitionsunterstützung sind für einen kostendeckenden Aufbau an Tagespflegeplätzen in unserer Region zwingend notwendig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen Ihren bisherigen Erfahrungen nach Einführung des PSG II						
Nach Einführung des PSG II konnten zusätzliche Personalstellen in der Pflege realisiert werden	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
In Pflegesatzverhandlungen konnten zusätzliche Personalstellen ausgehandelt werden	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Zusätzliche Mittel konnten nicht eingesetzt werden, da keine Personal rekrutiert werden konnte	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Beantragte Höherstufungen von Pflegebedürftigen durch den MDK werden schwieriger	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Neueinstufungen führen tendenziell zu niedrigeren Pflegegraden im Vergleich zu Pflegestufen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Wir werden zukünftig primär Bewohner ab dem Pflegegrad III aufnehmen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Wir werden zukünftig primär Bewohner mit niedrigeren Pflegegraden (bis III) aufnehmen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Die Pflegegrade führen ab 2018 zu finanziellen Einbußen in unserer Einrichtung	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Wir werden ein Instrument zur Personalsteuerung nach Pflegegraden / Erlösen einsetzen	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu
Zusätzliche Gelder werden von kommunalen Trägern zur Finanzierung der Hilfen zur Pflege einbehalten	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu

32. Nach welchen tariflichen Grundlagen werden die Mitarbeiter in der Pflege entlohnt?	
<input type="radio"/> Orientierung an einem Flächentarifvertrag eines Landes	<input type="radio"/> betriebseigene Regelung (Haustarif)
<input type="radio"/> kirchlicher Tarifvertrag (z.B. AVR)	<input type="radio"/> öffentlicher Tarifvertrag (TVöD)

33. Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen zu tariflichen Bedingungen	
Anpassungen der Tarife für Pflegende konnten in den Pflegesatzverhandlungen mit Kostenträgern in 2017 vollumfänglich geltend gemacht werden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geltend gemachte Anpassungen der Tarife für Pflegende in den Pflegesatzverhandlungen führten 2017 zu einer Nichtbewilligung anderer eingeplanter zusätzlicher Stellen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

34. Ist in Ihrer Einrichtung in den vergangenen drei Monaten vorgekommen, dass...	
...Sie eine Anfrage nach einem vollstationären Heimplatz nicht bedienen konnten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
... Sozialämter die Übernahme des Eigenanteils verweigerten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
...Sie Anfragen zur Kurzzeitpflege ablehnen mussten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
...Sie aufgrund eines Personalmangels (Fachkraftquote) in Ihrer Einrichtung einen temporären Belegungsstopp selbst verhängt haben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
... aufgrund eines Personalmangels (Fachkraftquote) in Ihrer Einrichtung durch die Aufsichtsbehörden ein temporärer Belegungsstopp verhängt wurde?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

35. Bitte bewerten Sie die Aussagen zu Einschätzungen der finanziellen Entwicklung Ihrer Einrichtung	
Einrichtungseinheitliche Eigenanteile führen zur Bereitschaft der Höherstufung bei Angehörigen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Einrichtungseinheitliche Eigenanteile führen zur Reduzierung von Bewohnern in niedrigen Pflegegraden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Einrichtungseinheitliche Eigenanteile führen zu weniger Konflikten mit Angehörigen bei Versorgungsanstiegen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Finanzkalkulation der Einrichtung insgesamt hat sich mit dem PSG II	extrem vereinfacht <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extrem erschwert
Die Personalkalkulation der Einrichtung hat sich durch die Einführung der Pflegegrade	extrem vereinfacht <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extrem erschwert
Die Pflegereformen (PSG I-III) führen zu einer besseren finanziellen Ausstattung der stationären Einrichtungen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Pflegegrade bilden den konkreten Pflegeaufwand des Personals besser ab als die Pflegestufen	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu

35a. Bezogen auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung erwarten wir für die kommenden fünf Jahre...											
eine sehr sichere wirtschaftliche Prognose für unsere Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	eine sehr unsichere wirtschaftliche Prognose für unsere Einrichtung
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35b. Bezogen auf die Personalkostenentwicklung der Pflege erwarten wir für die kommenden fünf Jahre...											
eine deutliche Anpassung der Gehälter in Richtung Krankenpflege	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	eine geringe Anpassung der Gehälter
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35c. Bezogen auf die Planungssicherheit der Umsetzung von Reformen, Gesetzen und Verordnungen erwarten wir für die kommenden fünf Jahre ...											
eine sehr stabile Phase der Umsetzung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Eine sehr instabile Phase der dauernden Anpassung
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35d. Bezogen auf die allgemeine Bedarfsentwicklung unserer Angebote erwarten wir für die kommenden fünf Jahre...											
eine kontinuierliche Steigerung der Nachfrage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ein kontinuierliches Absinken der Nachfrage
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fragen zur regionalen Versorgung und Personalmobilität

36. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Versorgung in ihrer Region		
Der Bedarf an vollstationären Bettplätzen in unserer Region ist meiner Einschätzung nach...	vollumfänglich sichergestellt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht sichergestellt
Der Bedarf an Kurzzeitpflege in unserer Region ist meiner Einschätzung nach...	vollumfänglich sichergestellt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht sichergestellt
Der Bedarf an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist meiner Einschätzung nach ...	vollumfänglich sichergestellt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht sichergestellt
Der Bedarf an Nachtpflegeplätzen ist in unserer Region meiner Einschätzung nach...	in hohem Maße vorhanden	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht vorhanden
Nicht stationäre Wohnformen (Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenwohnhaus etc.) sind in unserer Region meiner Einschätzung nach ...	in ausreichendem Maße vorhanden	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht ausreichend vorhanden
Die Ausbildungskapazität (Schulplätze) der schulischen Ausbildungsstätten der Altenpflege in unserer Region	sichert in hohem Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sichert die Bedarfe der Einrichtungen gar nicht ab
Die Ausbildungsbereitschaft der in unserer Region tätigen Einrichtungen	sichert in hohem Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sichert die Bedarfe der Einrichtungen gar nicht ab
Die Anzahl der Ausbildungsbewerber für die Altenpflege in unserer Region	sichert in hohem Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sichert die Bedarfe der Einrichtungen gar nicht ab

37. Bitte geben Sie die Anzahl der kooperierenden Altenpflegefachseminare/ Berufsfachschulen der Altenpflege an, mit denen Sie bestehende Kooperationsverträge haben

Anzahl der kooperierenden Altenpflegefachseminare/ Berufsfachschulen für Altenpflege (ggf. „0“ eintragen)

38. Wie weit entfernt ist das nächstliegende kooperierende Altenpflegefachseminar/ die Berufsfachschule

km Distanz zwischen schulischem Standort und Betriebsstätte (ggf. „0“ eintragen)

39. Fragen zur räumlichen Distanz der Mitarbeiter von der Einrichtung (ggf. realitätsnahe Schätzung)

	0-10 km	11-20 km	21-30 km	31-40 km	41-50 km	> 50 km
In welchem Umkreis wohnen <i>die meisten</i> Ihrer Mitarbeiter der Pflege? (geschätzter durchschnittlicher Anreiseweg bis zur Dienststelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Distanz wäre Ihrer Einschätzung nach die maximale Wegstrecke, die Mitarbeiter der Pflege auf sich nehmen würden, um bei Ihnen zu arbeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchem Umkreis wohnt der Mitarbeiter der Pflege, den Sie zuletzt eingestellt haben? (geschätzter durchschnittlicher Anreiseweg bis zur Dienststelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchem Umkreis wohnen <i>die meisten</i> Ihrer Auszubildenden in der Pflege? (geschätzter durchschnittlicher Anreiseweg bis zur Dienststelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39a. Bezogen auf die Mobilitätsentwicklung unserer Mitarbeiter in der Pflege erwarten wir in den kommenden fünf Jahren eine...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Abnahme der Bereitschaft, längere Distanzen auf sich zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zunahme der Bereitschaft, längere Distanzen auf sich zu nehmen

39b. Bezogen auf die Mietkostenentwicklung unserer Region/ im Einzugsgebiet unserer Einrichtung erwarten wir in den kommenden fünf Jahren...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
sinkende Möglichkeit unserer Mitarbeiter, arbeitsplatznah zu wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	steigende Möglichkeit unserer Mitarbeiter, arbeitsplatznah zu wohnen

39c. Bezogen auf die Möglichkeit, Auszubildende überregional für unsere Einrichtung anzuwerben, erwarten wir in den kommenden fünf Jahren...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
sinkende Möglichkeit, überregional zu rekrutieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	steigende Möglichkeit, überregional zu rekrutieren

Fragen zu aktuellen Entwicklungen

40. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen zu diskutierten aktuellen Entwicklungen	
Die Einführung eines Flächentarifvertrages für alle Pflegeeinrichtungen eines Landes sollte realisiert werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Wir befürworten die Vereinbarung individueller Personalschlüssel und Heimentgelte	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
An der Regelung zur Fachkraftquote von 50 Prozent sollte festgehalten werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Regelung zur Fachkraftquote von 50 Prozent sollte ersatzlos gestrichen werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Die Regelung zur Fachkraftquote von 50 Prozent sollte unter geprüften konzeptionellen Bedingungen variabel werden können	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Das bestehende Konzept des Pflege-TÜV sollte unserer Meinung nach weiter beibehalten werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Das Konzept des Pflege-TÜV sollte unserer Meinung nach angepasst und weiterentwickelt werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
Das Konzept des Pflege-TÜV sollte in der bestehenden Fassung wie geplant vollständig abgeschafft und ersetzt werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu

41. Bitte bewerten Sie die Aussagen zu Einschätzungen des Strukturmodells mit der strukturierten Informationssammlung (SIS®) Die Einführung der strukturierten Informationssammlung (SIS®)..	
...führt zu einer Entlastung der Pflegekräfte im Bereich der Dokumentation	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
...führt zu einer größeren Klarheit bezogen auf die Inhalte der Dokumentation	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
...schafft Freiräume der Pflege für die bewohnerbezogene Versorgung	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
...führt zu einer inhaltlichen Reduzierung der Pflege auf die Risikobereiche, die in der SIS beschrieben werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu
...führt zu einer Doppeldokumentation, da Pflegeplanungen nach AEBDLs weiterhin erstellt werden	stimme voll zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stimme gar nicht zu

42. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen bezogen auf das Pflegeberufereformgesetz	
Das Ausbildungsinteresse für den Pflegeberuf wird unserer Einschätzung nach	insgesamt steigen <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> insgesamt sinken
Das spezifische Ausbildungsinteresse für die Altenpflegearbeit wird unserer Einschätzung nach	insgesamt steigen <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> insgesamt sinken
Das Interesse an einer nachfolgenden Arbeit im Feld der Altenpflege wird bei Absolventen	insgesamt steigen <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> insgesamt sinken
Die Möglichkeit, Krankenpflegende in Praktika für die Arbeit im Feld der Altenpflege zu begeistern	eröffnet maximale Chancen der Anwerbung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eröffnet gar keine Chancen der Anwerbung
Die Möglichkeit, der primären Akademisierung in der Pflege	eröffnet maximale Chancen der Anwerbung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eröffnet gar keine Chancen der Anwerbung
Die bundesweite Befreiung vom Schulgeld	eröffnet maximale Chancen der Anwerbung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eröffnet gar keine Chancen der Anwerbung
Die Auszubildendenzahlen in unserem Betrieb sollen mit Einführung eines Umlageverfahrens	erhöht werden <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> reduziert werden
Die Anzahl an Praxisanleitenden in unserem Betrieb soll	erhöht werden <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> reduziert werden
Die Anzahl an Kooperationen mit schulischen Ausbildungsstätten soll	erhöht werden <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> reduziert werden

43. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? (Mehrfachantworten möglich)		
<input type="radio"/> Heimleitung	<input type="radio"/> Pflegedienstleitung	<input type="radio"/> Andere leitende Person (Geschäftsführung/ Regionalleitung etc.)

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen herzlich!

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit

Ruth Rottländer, Danny Gehlen, Jonas Hylla; Daniel Tucman