



Situation und Entwicklung der Pflege in Berlin bis 2030

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen



Ansprechpartner:

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Vorstand / Leitung Geschäftsbereich Forschung

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 17

E-Mail: karl.blum@dki.de

Datum: 25.02.2020

Inhaltsverzeichnis

EXECUTIVE SUMMARY.....	5
1 FORSCHUNGSZIELE UND FORSCHUNGSFRAGEN	8
2 METHODIK.....	10
2.1 DATENGRUNDLAGE	10
2.1.1 Krankenhausstatistik.....	10
2.1.2 Pflegestatistik.....	11
2.1.3 Bevölkerungsvorausberechnung	13
2.1.4 Krankenhaus Barometer 2018 – Sonderauswertung Berlin	14
2.2 PROGNOSEN.....	15
2.2.1 Prognosen der Fallzahlen	15
2.2.2 Prognosen des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln.....	18
2.2.3 Prognosen des Personalbedarfs bei verbesserten Personalschlüsseln	20
3 PERSONALSITUATION IN DER KRANKENPFLEGE.....	23
3.1 PERSONALSTRUKTUR IN DER PFLEGE	23
3.2 FLUKTUATION VON PFLEGEKRÄFTEN	24
3.3 TEILZEITARBEIT VON PFLEGEKRÄFTEN.....	25
3.4 MAßNAHMEN DER MITARBEITERBINDUNG	27
3.5 MAßNAHMEN DER FAMILIENORIENTIERUNG	29
3.6 MAßNAHMEN DES ALTERSGERECHTEN ARBEITENS	31
4 ENTWICKLUNG DER PFLEGE IM KRANKENHAUS	33
4.1 PFLEGEPERSONAL INSGESAMT	33
4.2 PFLEGEPERSONAL NACH BERUFSGRUPPEN	34
4.3 SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER IN DER KRANKENPFLEGE	35
4.4 PROGNOSE DER KRANKENHAUSHÄUFIGKEIT	36
4.5 PROGNOSE DER PERSONALMEHRBEDARFS IN DER PFLEGE	38
5 ENTWICKLUNG DER STATIONÄREN PFLEGE	42
5.1 PFLEGEPERSONAL INSGESAMT	42
5.2 PFLEGEPERSONAL NACH BERUFSGRUPPEN	43
5.3 SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER IN DER ALTENPFLEGE	44
5.4 PROGNOSE DER PFLEGEHÄUFIGKEIT.....	45
5.5 PROGNOSE DER PERSONALMEHRBEDARFS	47

6	ENTWICKLUNG DER AMBULANTEN PFLEGE	51
6.1	PFLEGEPERSONAL INSGESAMT	51
6.2	PFLEGEPERSONAL NACH BERUFSGRUPPEN	52
6.3	PROGNOSE DER PFLEGEHÄUFIGKEIT.....	53
6.4	PROGNOSE DER PERSONALMEHRBEDARFS	55
7	ZUSAMMENFASSUNG	59
7.1	ENTWICKLUNG VON PERSONAL- UND SCHÜLERZAHLEN 2009-2016/17	59
7.2	PROGNOSE DER FALLZAHLEN BIS 2030	60
7.3	PERSONALMEHRBEDARF BEI KONSTANTEN PERSONALSCHLÜSSELN BIS 2030.....	61
7.4	TRENDBEREINIGTER PERSONALMEHRBEDARF BEI KONSTANTEN PERSONALSCHLÜSSELN BIS 2030.....	62
7.5	PERSONALMEHRBEDARF BEI VERBESSERTEN PERSONALSCHLÜSSELN BIS 2030.....	64
8	DISKUSSION.....	67
8.1	BEWERTUNG DER FALLZAHLENTWICKLUNG	67
8.2	BEWERTUNG DES PERSONALBEDARFS BEI KONSTANTEN PERSONALSCHLÜSSELN.....	68
8.3	BEWERTUNG DES PERSONALBEDARFS BEI VERBESSERTEN PERSONALSCHLÜSSELN	70
8.4	HANDLUNGSOPTIONEN	72
8.5	FAZIT	76
	LITERATURVERZEICHNIS	78

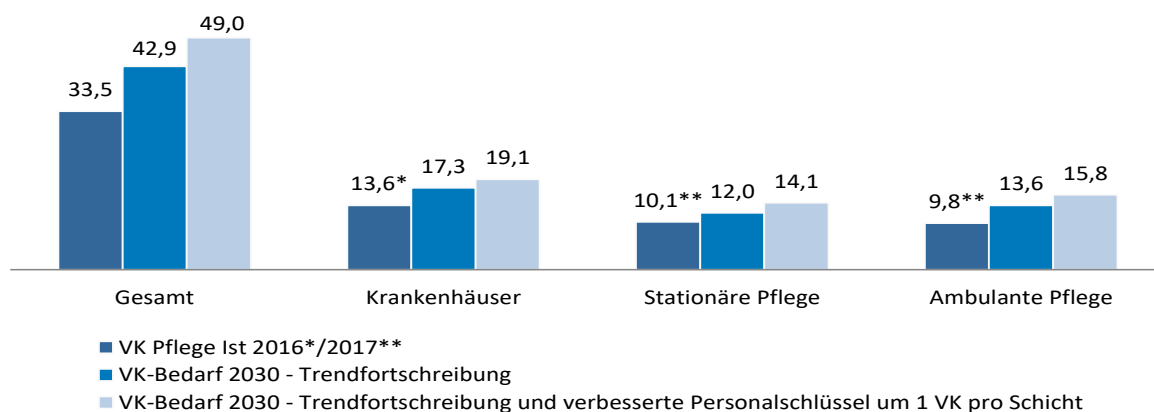
Executive Summary

Die Personalprobleme in der Pflege im Krankenhaus, in den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten werden künftig zunehmen. Vor diesem Hintergrund hat die Berliner Krankenhausesellschaft das Deutsche Krankenhausinstitut mit einer Studie zur Situation und Entwicklung der Pflege in Berlin bis zum Jahr 2030 beauftragt. Ziele der Studie waren eine Bestandsaufnahme der aktuellen Personalsituation in der Pflege, die Prognose des Personalbedarfs an Pflegekräften für die drei Leistungsbereiche bis 2030 und das Aufzeigen von Handlungsoptionen zur Bedarfsdeckung. Datenbasis für die Analysen und Prognosen bildeten die amtliche Krankenhaus-, Pflege- und Bevölkerungsstatistik für Berlin.

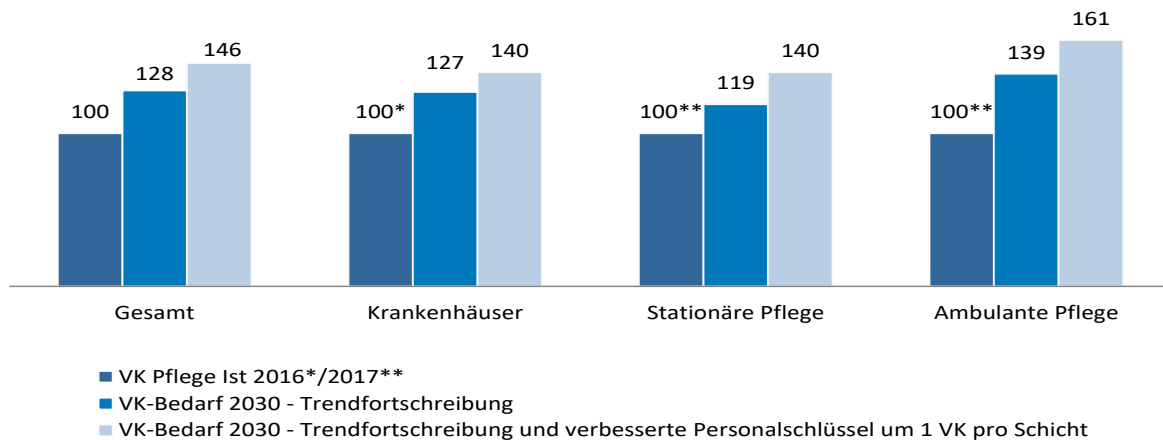
Die maßgeblichen Einflussfaktoren des künftigen Bedarfs an Pflegekräften sind zum einen die Entwicklung der Fallzahlen, also der Krankenhaus- und Pflegefälle, zum anderen die jeweiligen Personalschlüssel, also das Verhältnis von Fällen je Pflegekraft. Für die Fallzahlentwicklung werden zwei Szenarien unterschieden: ein so genanntes Status-quo-Szenario, das allein die demografisch bedingte Fallzahlentwicklung nach Alter und Geschlecht beschreibt, und die Trendfortschreibung der bisherigen Fallzahlen, welche darüber hinaus weitere Einflussfaktoren der Fallzahlentwicklung wie Morbidität, medizinischer Fortschritt, veränderte Inanspruchnahme, rechtliche Änderungen etc. erfasst. Für die Personalschlüssel gibt es gleichfalls zwei Varianten: konstante Personalschlüssel auf Basis der aktuellen Schlüssel in der Pflege sowie hypothetisch unterstellte verbesserte Pflegepersonalschlüssel.

Bei konstanten Personalschlüsseln resultiert der Personalmehrbedarf ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu. Nach dem Status-quo-Szenario würde demnach der Personalbedarf in den drei Leistungsbereichen um insgesamt 8,8 Tsd. Pflegekräfte (+ 26 %) von 33,5 Tsd. im Basisjahr 2016/17 auf 42,2 Tsd. Vollkräfte im Prognosejahr 2030 steigen. Nach dem statistisch plausibleren Modell der Trendfortschreibung fällt der entsprechende Mehrbedarf an Pflegekräften mit 9,4 Tsd. Vollkräften (+ 28 %) etwas höher aus. Im Krankenhaus sind demnach 3,7 Tsd. zusätzliche Vollkräfte (+ 27 %) erforderlich, in der stationären Pflege 1,9 Tsd. (+ 19 %) und in der ambulanten Pflege 3,8 Tsd. zusätzliche Vollkräfte (+ 39 %).

Personalbedarf in der Pflege für Berlin bis 2030
Vollkräfte (VK) in Tsd.



**Personalbedarf in der Pflege für Berlin bis 2030
Vollkräfte (VK) indiziert**



© Deutsches Krankenhausinstitut

In der Vergangenheit sind nicht nur die Fallzahlen kontinuierlich gestiegen, sondern auch die Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Pflege um insgesamt 0,4 Tsd. Vollkräfte pro Jahr seit 2009. Selbst wenn es gelingen würde, diese Trends zu verstetigen, könnte der Personalmehrbedarf von insgesamt 9,4 Tsd. zusätzlichen Vollkräften bei Trendfortschreibung der Fallzahlen und konstanten Personalschlüsseln bis 2030 nur etwa zur Hälfte gedeckt werden. Der trendbereinigte Mehrbedarf würde demnach bei 4,5 Tsd. Vollkräften liegen. Dies ist allerdings nur wahrscheinlich, wenn mögliche Handlungsmaßnahmen rechtzeitig, gezielt und umfassend umgesetzt werden.

Zu den personellen Auswirkungen verbesserter Personalschlüssel wurden Marginalanalysen durchgeführt, also taxiert, welcher zusätzliche Personalbedarf in der Pflege mit jeder zusätzlichen Verbesserung der Personalschlüssel im Vergleich zum Status quo resultieren würde. Dabei sind zwei Varianten unterschieden worden: eine marginale Verbesserung der Personalschlüssel um (jeweils) 1 % und eine marginale Verbesserung der Schichtbesetzung um (jeweils) eine Pflegekraft je Schicht.

Jede weitere Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel um 1 % würde demnach, über die prognostizierten 9,4 Tsd. zusätzlichen Pflegekräfte bei konstanten Personalschlüsseln hinaus, einen Mehrbedarf von jeweils 0,4 Tsd. Pflegekräften bedingen. Wollte man beispielsweise die Personalschlüssel um 10,0 % verbessern, läge der marginale Mehrbedarf bei 4,0 Tsd. Vollkräften bzw. der Mehrbedarf insgesamt bei 13,4 Tsd. Vollkräften (9,4 Tsd. + 4,0 Tsd.) bis 2030.

Jede weitere Verbesserung der Personalbesetzung um eine Pflegekraft je Schicht würde, über die prognostizierten 9,4 Tsd. zusätzlichen Pflegekräfte bei konstanten Personalschlüsseln hinaus, einen Mehrbedarf von 6,1 Tsd. zusätzlichen Pflegekräften insgesamt auslösen. Würde also in jeder Krankenhausabteilung bzw. in jedem Pflegeheim und ambulanten Pflegedienst im Mittel eine zusätzliche Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde arbeiten, läge der marginale Mehrbedarf bei 6,1 Tsd. Vollkräften bzw. der Mehrbedarf insgesamt bei 15,5 Tsd. Vollkräften (9,4 Tsd. + 6,1 Tsd.) bis 2030. Jede andere Verbesserung der Schichtbesetzung würde einen proportionalen marginalen Mehrbedarf an Pflegekräften bedingen, z. B. würde sich bei einer Verbesserung der Personalbesetzung um eine halbe Pflegekraft pro Schicht der marginale Mehrbedarf halbieren, bei einer Verbesserung um zwei Pflegekräfte pro Schicht verdoppeln usw.

*Im Vergleich zu einer Deckung des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln erscheint eine Bedarfsdeckung bei signifikant verbesserten Schlüsseln noch schwieriger. Möglicherweise lassen sich (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nur sukzessive und ggf. über einen längeren Prognosezeitraum realisieren. In jedem Fall können in allen drei Leistungsbe-
reichen (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nur mittels Interventionen erreicht werden, die in Art oder Umfang deutlich über die bislang durchgeführten Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege hinausgehen.*

Zu den wichtigsten Handlungsoptionen zur Deckung des Personalmehrbedarfs in der Pflege zählen insbesondere der Ausbau der Ausbildungskapazitäten und die Reduktion der relativ hohen Teilzeitquoten in der Pflege durch Arbeitszeitverlängerungen von Teilzeitkräften. Daneben kann durch die Rekrutierung der „stillen Reserve“ von (zeitweise) nicht mehr in der Pflege berufstätigen Pflegekräften und durch Akquise ausländischer Pflegekräfte zusätzliches Personal gewonnen werden. Auch verbesserte Arbeitsbedingungen etwa durch betriebliches Gesundheitsmanagement, Modelle altersgerechten Arbeitens oder die Entlastung der Pflege von Dokumentation und Administration erhöhen die Attraktivität der Pflegeberufe und begünstigen einen längeren Verbleib in der Pflege.

Der Ausbau der Personal- und Schülerzahlen in der Pflege kann letztlich nur gelingen, wenn die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die Erlöse der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen daher soweit steigen, dass der Personalmehrbedarf in der Pflege damit gedeckt werden kann. Darüber hinaus sind ggf. auch die Pflegeberufe finanziell attraktiver zu gestalten, um über monetäre Anreize zusätzliche Pflegekräfte zu generieren.

1 Forschungsziele und Forschungsfragen

Die Personalprobleme in der Pflege im Krankenhaus und in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen werden künftig zunehmen. Dafür zeichnen mehrere Gründe verantwortlich: Die demografische Entwicklung führt zu steigenden Fallzahlen sowie veränderten Fallstrukturen (z. B. mehr demente und multimorbide Patienten) und damit zu einem erhöhten Pflegebedarf. Personalvorgaben von Politik und Selbstverwaltung (Personalschlüssel, Personaluntergrenzen, Fachkraftquoten etc.) bedingen einen zusätzlichen Mehrbedarf. Auch von Seiten von Pflegeverbänden und Pflegekräften wird zusehends eine verbesserte Personalausstattung in der Pflege gefordert. Des Weiteren konkurriert der Krankenhaus- und Pflegesektor mit anderen Branchen bei der Besetzung von Ausbildungsplätzen, so dass die Nachwuchssicherung für die Pflege nicht ohne Weiteres gesichert ist.

Vor diesem Hintergrund hat die Berliner Krankenhausgesellschaft das Deutsche Krankenhausinstitut beauftragt, eine Studie zur Situation und Entwicklung der Pflege bis zum Jahr 2030 zu erstellen. Ausdrücklich sollte die Studie nicht nur die Pflege im Krankenhaus berücksichtigen, sondern auch die Personalsituation und den Personalbedarf in der stationären und ambulanten Pflege (Pflegeheime und ambulante Pflegedienste). Neben einer Prognose des Pflegekräftebedarfs bis zum Jahr 2030 soll hierbei ermittelt werden, wie der Pflegebedarf bis dahin gedeckt werden kann. Konkret verfolgte das Projekt drei zentrale Ziele:

- Bestandsaufnahme der aktuellen Personalsituation der Pflege im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Berlin
- Prognose des Personalbedarfs an Pflegekräften im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Berlin bis zum Jahr 2030
- Aufzeigen von Handlungsoptionen zur Deckung des Personalbedarfs bis 2030.

Maßgebliche Grundlage für die aktuelle Bestandsaufnahme und die Entwicklungen in der Pflege in den letzten Jahren bilden insbesondere Sekundäranalysen der amtlichen Krankenhaus-, Pflege- und Schulstatistik. Dort sind für die Krankenhäuser bzw. die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Personalzahlen und die Personalstruktur in der Pflege differenziert ausgewiesen; dasselbe gilt analog für die jeweiligen Ausbildungskapazitäten. Die entsprechenden Datengrundlagen werden gezielt nach den Leistungsbereichen der Pflege im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten und differenziert nach aktueller Situation und Entwicklung in den letzten Jahren analysiert. Dies betrifft insbesondere die folgenden Fragestellungen:

- Personalbestand in der Pflege insgesamt nach Vollzeitäquivalenten, Voll- und Teilzeitkräften
- Qualifikationsmix in der Pflege nach Pflegeberufen, z. B. dreijährig ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Altenpflegerinnen, Alten- und Krankenpflegehelferinnen
- Teilzeitquoten in der Pflege nach Arbeitszeiten und Personalanteilen
- Ausbildungskapazitäten nach Alten- und Krankenpflege.

Die maßgeblichen Einflussfaktoren des künftigen Bedarfs an Pflegekräften bilden zum einen die Entwicklung der Fallzahlen, also der Krankenhaus- und Pflegefälle, sowie die jeweiligen Personalschlüssel je Fall. Für die Fallzahlentwicklung werden zwei Szenarien unterschieden: ein sog. Status-quo-Szenario, das allein die demografisch bedingte Fallzahlentwicklung beschreibt, und die Trendfortschreibung der bisherigen Fallzahlen, welche darüber hinaus weitere Einflussfaktoren der Fallzahlentwicklung umfasst. Für die Personalschlüssel gibt es gleichfalls zwei Varianten: konstante Personalschlüssel auf Basis der aktuellen Schlüssel in der Pflege sowie hypothetisch unterstellte verbesserte Pflegepersonalschlüssel. Dementsprechend lässt sich der Personalmehrbedarf bis zum Jahr 2030, wiederum differenziert nach der Pflege im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, für die folgenden Fragestellungen prognostizieren:

- Personalmehrbedarf nach dem Status-quo-Szenario bei konstanten Pflegepersonalschlüsseln
- Personalmehrbedarf nach dem Status-quo-Szenario bei verbesserten Pflegepersonalschlüsseln
- Personalmehrbedarf nach Trendfortschreibung bei konstanten Pflegepersonalschlüsseln
- Personalmehrbedarf nach Trendfortschreibung bei verbesserten Pflegepersonalschlüsseln.

Abschließend werden Handlungsoptionen aufgezeigt, wie der Bedarf an Pflegekräften bis 2030 gedeckt werden kann.

2 Methodik

2.1 Datengrundlage

Maßgebliche Datengrundlagen für die Analysen und Prognosen der Studie sind die Krankenhaus- und Pflegestatistik des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg sowie die Bevölkerungsvorausberechnung der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt.

2.1.1 Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik erfasst zahlreiche Strukturdaten der Krankenhäuser und Krankenhauspatienten in Berlin. Grundlage der jährlich erscheinenden Krankenhausstatistik bilden Erhebungen des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg bei den Krankenhäusern. Die statistischen Daten der Krankenhäuser sind nach thematischen Schwerpunkten verschiedenen Veröffentlichungen des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg zugeordnet. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die folgenden zwei Quellen genutzt.

- Grunddaten der Krankenhäuser

Die Grunddaten der Krankenhäuser (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009a ff.) erfassen wesentliche Strukturdaten der Krankenhäuser wie Betten-, Fall-, Belegungs- und Personalzahlen. Im Kontext dieser Untersuchung sind vor allem die Daten zum Pflegedienst relevant. In den Grunddaten werden die Pflegekräfte der Krankenhäuser u. a. nach Berufsgruppen (z. B. Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege), nach der Qualifikation (dreijährig examinierte Fachkräfte, Pflegehelfer, Schüler) und dem Beschäftigungsverhältnis (Teilzeit versus Vollzeit, Vollzeitäquivalente) unterschieden.

- Diagnosen der Krankenhauspatienten

Die Diagnosestatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009b ff.) erfasst vor allem die Diagnosen der Krankenhauspatienten differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptdiagnosen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung beschränkt sich die Berücksichtigung der Diagnosestatistik auf die Erfassung der vollstationären Fallzahlen nach Alters- und Geschlechtsgruppen als Basis für die Fortschreibung der alters- und geschlechtsspezifischen Fallzahlentwicklung. Im Unterschied zur Diagnosestatistik sind die Fallzahlen in den Grunddaten nur insgesamt ausgewiesen.

Dabei weichen die Fallzahlen nach den Grunddaten von den Fallzahlen nach der Diagnosestatistik ab. Grund hierfür ist eine unterschiedliche Zählweise. In der Diagnosestatistik werden

die im jeweiligen Beobachtungsjahr entlassenen Fälle gezählt (inkl. der gesunden Neugeborenen), in den Grunddaten der Mittelwert von Patientenzugängen und Patientenabgängen im Beobachtungsjahr (ohne Neugeborene).

Für die Fortschreibung der Fallzahlenentwicklung und die Schätzung des künftigen Personalbedarfs im Pflegedienst der Krankenhäuser sind diese Unterschiede zu vernachlässigen. Zum einen sind die Differenzen der Fallzahlen relativ gering. Zum anderen basieren die fallzahlabhängigen Prognosen des Personalbedarfs auf den relativen Steigerungen der Fallzahlen. Unterschiede in der statistischen Basis zwischen Diagnosestatistik und Grunddaten werden dadurch weitestgehend kontrolliert, insofern die jeweiligen Steigerungsraten vergleichbar sind.

2.1.2 Pflegestatistik

Die Pflegestatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.) erfasst insbesondere Strukturdaten der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie die Anzahl der Pflegebedürftigen nach der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen/-grade), nach der Versorgungsart (ambulant versus stationär) und der Leistungsform (Sach- versus Geldleistung). Erfasst werden nur Personen, die Geld- oder Sachleistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) erhalten. Personen ohne entsprechende Leistungsansprüche mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zählen nicht zu den Pflegebedürftigen im Sinne der amtlichen Statistik und finden folglich in den Analysen dieser Studie keine Berücksichtigung.

Grundlage der Pflegestatistik bilden Erhebungen der Statistischen Landesämter bei den Pflegeeinrichtungen sowie zusätzliche Informationen vor allem der Pflegekassen zum Bezug von Pflegegeldleistungen. Im Unterschied zur Krankenhausstatistik erscheint die Pflegestatistik im Zwei-Jahres-Turnus. Mit Blick auf die Pflegeeinrichtungen unterscheidet die Pflegestatistik zwischen der Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Pflegediensten. Die Daten beziehen sich dabei ausschließlich auf nach SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen.

- Situation in den Pflegeheimen

In der Pflegestatistik werden die Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen u. a. nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen sowie nach vollstationärer Pflege und teilstationärer Pflege, getrennt nach Tages- und Nachtpflege, ausgewiesen.

Im Rahmen dieser Untersuchung werden ausschließlich die vollstationären Pflegefälle berücksichtigt. Da Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege stets auch anspruchsberechtigt

sind, Pflegegeldleistungen und Pflegesachleistungen zu bekommen, werden diese, auch zur Vermeidung von Doppelzählungen, entsprechend der Konvention der amtlichen Statistik nicht mehr zu den stationären Pflegefällen gerechnet (vgl. auch Rothgang et al. 2012).

In der Pflegestatistik werden die Pflegekräfte in den Pflegeheimen, ähnlich wie in der Krankenhausstatistik, nach Berufsgruppen, Qualifikation und Beschäftigungsverhältnis geführt. Darüber hinaus sind sie auch nach ihrem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim erfasst. Dazu zählen bewohnernahe Tätigkeiten wie Pflege und Betreuung oder die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen, aber auch Tätigkeitsbereiche wie der haustechnische und Hauswirtschaftsbereich, Verwaltung und Geschäftsführung.

Im Rahmen dieser Untersuchung finden ausschließlich Pflegekräfte mit Qualifikation in der Alten- oder Krankenpflege Berücksichtigung, die in den beiden Bereichen der Pflege und Betreuung sowie der sozialen Betreuung tätig sind.¹ Pflegekräfte bzw. Mitarbeiter mit pflegerischer Qualifikation mit anderweitigen Tätigkeitsschwerpunkten sind mit Blick auf die Personalausstattung und den Personalbedarf in der unmittelbaren Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen insofern nicht relevant.

- Situation in den ambulanten Pflegediensten

Die Pflegestatistik trennt bei den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen zwischen alleine durch Angehörige versorgten Personen und Pflegebedürftigen, die zusammen mit oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden. Von den im Jahr 2017 zu Hause versorgten rund 106 Tsd. Pflegebedürftigen wurden 72 Tsd. alleine von Angehörigen gepflegt und 34 Tsd. (auch) durch ambulante Pflegedienste (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017c). In dieser Studie findet nur die letztgenannte Gruppe Berücksichtigung, insofern nur sie c. p. für den Personalbedarf in der ambulanten Pflege relevant ist.

Auch bei den ambulanten Diensten werden, wie in den Pflegeheimen, die Pflegekräfte nach ihrem überwiegenden Tätigkeitsbereich erfasst, wenngleich mit abweichenden Tätigkeitsbeschreibungen. Im Rahmen dieser Untersuchung finden wiederum nur Pflegekräfte mit Qualifikation in der Alten- oder Krankenpflege Berücksichtigung, die überwiegend in der unmittelbaren Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld tätig sind. Dies betrifft die vier Bereichen der Grundpflege, der häuslichen Betreuung (seit 2013)² und hauswirtschaft-

¹ Andere pflegerische Berufe, etwa Heilerziehungspflege oder Heilerziehungspflegehilfe, sowie in der Betreuung Pflegebedürftiger tätige therapeutische Berufe wie Ergo- und Physiotherapeuten finden in dieser Studie folglich keine Berücksichtigung.

² Im Jahr 2013 wurde die häusliche Betreuung gemäß § 124 SGB XI als Leistung neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen. Für 2013 und 2015 wurden daher auch die Tätigkeiten aus dem Bereich der häuslichen Betreuung berücksichtigt.

lichen Versorgung sowie der Pflegedienstleitung. Mit Blick auf die Pflegedienstleitung wird dabei unterstellt, dass in den zumeist kleineren ambulanten Diensten die Pflegedienstleitungen auch in der Pflege und Betreuung tätig sind bzw. administrative und organisatorische Tätigkeiten im unmittelbaren Zusammenhang damit übernehmen.

- Schulstatistik

Im Unterschied zur Krankenhausstatistik werden in der Pflegestatistik die Schülerzahlen nicht nach Berufsgruppen differenziert. Deswegen musste für die Ausbildung in den Altenpflegeberufen auf die Schulstatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg und des Statistischen Bundesamtes rekurriert werden, die für die Beruflichen Schulen schuljahrbezogene Daten für die Klassen, Schulen, Schülerinnen und Schüler und Absolventen zur Verfügung stellt. Bis zum Schuljahr 2013 / 2014 wurden die Daten der beruflichen Schulen vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg veröffentlicht (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2014). Für die Folgejahre wurden die entsprechenden Angaben vom Statistischen Bundesamt unter den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen für die Berufe „Altenpflege“ und „Altenpflegehelfer“ ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2015d ff.). Erst für die Jahre 2016 und 2017 fanden sich Angaben zu den Absolventen der „Altenpflegehilfe“.

2.1.3 Bevölkerungsvorausberechnung

Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung bildet die „Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015 bis 2030“ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, 2016). Maßgebliche Einflussfaktoren der Bevölkerungsentwicklung sind danach die Geburtenhäufigkeit, die Entwicklung der Lebenserwartung sowie der Wanderungssaldo von Ab- und Zuwanderungen. Je nach Ausprägungen dieser Merkmale unterscheidet die Prognose drei Varianten der Vorausberechnung: eine untere, mittlere und obere Variante.

Als besonders realistisch sieht die Senatsverwaltung die mittlere Variante an. Diese Variante basiert im Wesentlichen auf den folgenden Annahmen:

- Das Durchschnittsalter der Berliner Bevölkerung erhöht sich bis 2030 um rund anderthalb Jahre auf 44,3 Jahre.
- Die Einwohnerzahl Berlins wird bis 2030 auf 3,828 Mio. Personen steigen. Das entspricht einer Zunahme von 266 Tsd. Personen gegenüber dem Basisjahr der Prognose (2014).
- Diese Zunahme setzt sich zusammen aus der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Saldos von Geburten und Sterbefällen (7 Tsd. Personen) und dem Wanderungssaldo von Zu- und Abwanderungen (259 Tsd. Personen).

Infolge der Zuwanderung vor allem im Jahr 2015 waren die Annahmen zum Wanderungssaldo schnell überholt. Vor diesem Hintergrund hat die Senatsverwaltung 2017 eine Evaluation ihrer Bevölkerungsprognose vorgelegt. Diese Evaluation kommt zum Fazit, dass die mittlere Variante trotz der zusätzlichen Zuwanderung von den Annahmen nach wie vor als Planungsgrundlage für die Berliner Stadtentwicklung verwendet werden kann. Im Vergleich zur ursprünglichen Prognose wird die Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2030 dadurch nur um 24.000 Personen bzw. um weniger als 1 % unterschätzt (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, 2017). Deswegen kann den Prognosen der Krankenhaus- und Pflegehäufigkeiten für Berlin bis zum Jahr 2030 die Bevölkerungsprognose gemäß der mittleren Variante verlässlich zugrunde gelegt werden.

Mit Blick auf den Gegenstand dieser Untersuchung sind Prognoseungenauigkeiten durch Wanderungseffekte ohnehin untergeordneter Bedeutung. Angesichts einer relativ jungen Altersstruktur der zugewanderten Flüchtlinge sind die Auswirkungen der Wanderungseffekte auf die Pflegehäufigkeiten bis 2030 ohnehin zu vernachlässigen. Das Gleiche gilt mit Einschränkungen auch für die Krankenhaushäufigkeit.

2.1.4 Krankenhaus Barometer 2018 – Sonderauswertung Berlin

Ergänzend zu den Sekundäranalysen der amtlichen Statistik wurde für den Krankenhausbereich eine Reanalyse ausgewählter Fragestellungen des *DKI-Krankenhaus Barometers* speziell für Berlin durchgeführt. Beim *Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Grundgesamtheit des *Krankenhaus Barometers* bilden die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland. Die Krankenhäuser unter 100 Betten werden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen

Einen Themenschwerpunkt im *Krankenhaus Barometer* 2018 bildete die Mitarbeiterbindung in der Pflege, etwa durch Maßnahmen der Personalentwicklung, der Familienorientierung, des altersgerechten Arbeitens oder der Arbeitszeitflexibilisierung. Die entsprechenden Ergebnisse werden speziell für Berlin ausgewertet. Insgesamt haben 14 Berliner Krankenhäuser am *Krankenhaus Barometer* 2018 teilgenommen. Das entspricht rund einem Drittel der Berliner Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten. Da große Krankenhäuser überproportional teilgenommen haben, decken sie etwa drei Viertel des Personals, der Betten und der Patienten in den Berliner Krankenhäusern der Grundgesamtheit ab. Die Ergebnisse sind somit in hohem Maße repräsentativ für die Mitarbeiterbindung in der Pflege in Berlin.

2.2 Prognosen

Gegenstand von Prognosen in dieser Studie sind Fallzahl- und Personalprognosen, letztere differenziert nach konstanten und verbesserten Personalschlüsseln.

2.2.1 Prognosen der Fallzahlen

Grundlage der Prognose von Krankenhaus- und Pflegeleistungen bildet die Entwicklung der jeweiligen Fallzahlen in den drei Leistungssektoren. Alternativ wäre es im Grundsatz möglich gewesen, andere Einflussgrößen heranzuziehen, etwa die Entwicklung der Belegungs- oder Pfl egetage. Für den Fallbezug sprechen aber vor allem zwei Gründe: Zum einen ist der Fall die einzige Einflussgröße, die in der amtlichen Statistik gleichermaßen für das Krankenhaus, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ausgewiesen ist. Aus Gründen der Sektor übergreifenden Vergleichbarkeit der Ergebnisse bietet sich deswegen der Fall als einheitliche Basis der Personalbedarfsprognosen an. Zum anderen würde speziell mit Blick auf das Krankenhaus die Entwicklung der Belegungstage als Prognosebasis zu einer Unterschätzung des Personalbedarfs führen. Denn infolge von Verweildauerverkürzungen steigen die Fälle, relativ gesehen, stärker an als die Belegungstage (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2009a ff.). Die Arbeitsverdichtung bzw. der Pflegebedarf je Fall nehmen damit c. p. zu. Der Fallbezug der Prognosen trägt, im Unterschied zur belegungsbezogenen Betrachtung, diesem Umstand explizit Rechnung.

Basisjahr für die Prognosen der Fallzahlentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege bildet das Jahr 2017 und im Krankenhaus das Jahr 2016. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts lag die Diagnosestatistik der Berliner Krankenhäuser für 2017 noch nicht vor. Als Basis für die Fortschreibung der alters- und geschlechtsspezifischen

Fallzahlentwicklung ist diese erforderlich, weil die Patientenzahlen nach Alter und Geschlecht nur in der Diagnosestatistik ausgewiesen sind. Die Fallzahlprognosen in den drei Sektoren basieren also jeweils auf dem aktuellsten verfügbaren Datensatz.

Für die Prognose der Fallzahlen im Krankenhaus sowie in der stationären und ambulanten Pflege werden zwei Szenarien unterschieden: ein Status-Quo-Szenario und die Trendfortschreibung.

Nach dem so genannten **Status-Quo-Szenario** hängt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts bzw. von Bedürftigkeit von stationärer und ambulanter Pflege heute und in Zukunft alleine vom Alter und vom Geschlecht ab. Die künftigen Fallzahlentwicklungen werden insofern nur durch die Bevölkerungsentwicklung nach diesen beiden demografischen Merkmalen erklärt (Demografieeffekt). Für die Prognosen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhaus- und Pflegewahrscheinlichkeiten konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zugrunde gelegt.

Konkret werden für ein **Basisjahr (2016 für Krankenhäuser, 2017 für Pflegeeinrichtungen)** für jede Alters- und Geschlechtskohorte die relativen Krankenhaushäufigkeiten bzw. Pflegehäufigkeiten für die stationäre und ambulante Pflege ermittelt. Diese entsprechen dem Verhältnis der entsprechenden Fälle je Kohorte und der jeweiligen Bevölkerungszahl in der Gesamtbevölkerung. Diese relativen Krankenhaus- und Pflegehäufigkeiten werden dann auf die Bevölkerungszahl der jeweiligen Kohorten im **Prognosejahr (2030)** gemäß Bevölkerungsvorausberechnung bezogen. Im Ergebnis erhält man den Erwartungswert für die absolute Krankenhaushäufigkeit pro Kohorte und Prognosejahr. Für den Krankenhausbereich etwa lautet die entsprechende Formel wie folgt:

$$\text{Absolute Krankenhaushäufigkeit je Kohorte 2030} = \\ \text{Relative Krankenhaushäufigkeit je Kohorte 2016} \times \text{Bevölkerungszahl je Kohorte 2030}$$

Die **Trendfortschreibung** erfasst alle Einflussfaktoren der Fallzahlentwicklung über den Demografieeffekt gemäß dem Status-quo-Szenario hinaus. Der Demografieeffekt ist danach nur ein Einflussfaktor des Trends neben anderen. Zu den anderen Einflussfaktoren der Trendfortschreibung zählen etwa die Entwicklung der Krankenhausmorbidity bzw. Pflegebedürftigkeit unabhängig von der Demografie (etwa veränderte Fallschwere oder Diagnosestrukturen im Krankenhaus je Kohorte oder Verschiebungen der relativen Pflegehäufigkeiten nach Pflegegraden), der medizinische und medizintechnische Fortschritt, Verschiebungen zwischen Leistungssektoren (etwa zwischen ambulanter und stationärer Krankenbehandlung, ambulanter und stationärer Pflege bzw. Pflegegeld- und

Pflegesachleistungen), veränderte Indikationsstellungen für Krankenhaus- und Pflegeleistungen, veränderte Ansprüche oder ein anderes Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen, rechtliche Änderungen (etwa hinsichtlich Anspruchsberechtigungen für Leistungen oder veränderte Leistungsdefinitionen), sozio-kulturelle Einflüsse (wie die Möglichkeit von häuslicher Nachsorge oder Pflege durch Angehörige, Veränderungen im Gesundheitsverhalten), unterschiedliche lokale Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialbereich und ihr Einfluss auf die Nachfrage etc.

Diese Faktoren können, je nach Konstellation, die Fallzahlentwicklung positiv, negativ oder gegenläufig beeinflussen. So kann beispielsweise der medizinische und medizintechnische Fortschritt dazu führen, dass mehr Krankheiten bzw. Patienten im Krankenhaus behandelt werden können, gleichzeitig aber Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert wird. Das Szenario der Trendfortschreibung fasst die genannten und andere Einflussfaktoren in einem Kennwert (Steigerungskoeffizienten) zusammen, ohne den jeweiligen Beitrag dieser Faktoren auf die Fallzahlentwicklung zu quantifizieren.

Die Trendfortschreibung erfolgt mittels linearer Regressionen mit der vergangenen Fallzahlentwicklung im Krankenhaus, der stationären und ambulanten Pflege als abhängige Variablen und den korrespondierenden Jahreszahlen als unabhängigen Variablen. Der unstandardisierte Regressionskoeffizient (B-Wert) bildet den jeweiligen Schätzwert für die jährlichen Steigerungen der Fallzahlen im Prognosezeitraum bis zum Jahr 2030.

Bei den Fallprognosen für die Berliner Krankenhäuser und Pflegeheime spielen auch Wanderungen von Patienten bzw. Pflegefällen ins bzw. aus dem Umland eine Rolle. Diese werden in den beiden Szenarien wie folgt berücksichtigt: Im Status-quo-Szenario werden die Wanderungseffekte je Alters- und Geschlechtskohorte konstant gehalten, d. h. der Anteil des Saldos von Zu- und Abwanderungen an den stationären Patienten bzw. Pflegefällen je Kohorte ändert sich nicht.³ Beim Szenario der Trendfortschreibung werden etwaige Trends bei Wanderungen von stationären Patienten und Pflegefällen ins bzw. aus dem Umland implizit mit erfasst.

³ Dies wird vereinfacht postuliert, da alters- und geschlechtsspezifische Salden für stationäre Patienten und Pflegefälle für Berlin nicht vorliegen.

2.2.2 Prognosen des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln

Für die Prognose der Pflegepersonalbedarfe bei konstanten Personalschlüsseln wird das aktuelle Verhältnis von Fällen je Pflegekraft konstant gehalten und auf die prognostizierten Fallzahlen nach dem Status-Quo-Szenario und der Trendfortschreibung bezogen. Der Personalmehrbedarf in der Pflege ist danach ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen bedingt.

Der Wert für den konstanten Personalschlüssel entspricht dem jeweiligen Verhältnis von Fällen und Vollzeitäquivalenten Krankenhäusern bzw. in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen für das jeweilige Basisjahr, also z. B. bei Pflegeeinrichtungen für 2017:⁴

$$\text{Personalschlüssel 2017} = \text{Fälle 2017} / \text{Vollkräfte in der Pflege 2017}$$

Dieser Personalschlüssel wird auf die für 2030 prognostizierten Fallzahlen bezogen. Durch einen Abgleich mit der Personalausstattung der Pflege im Jahr 2015 erhält man den Personalmehrbedarf, der bei konstanten Personalschlüsseln ausschließlich durch die Fallzahlsteigerungen entsteht:

$$\text{Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030} = \text{Fälle 2030} / \text{Personalschlüssel 2017}$$

$$\text{Personalmehrbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030} =$$

$$\text{Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030} - \text{Vollkräfte in der Pflege 2017}$$

Gemäß dem beschriebenen Berechnungsweg hängt der Personalmehrbedarf bei gegebenem Personalschlüssel ausschließlich von der Fallzahlentwicklung gemäß dem Status-quo-Szenario oder der Trendfortschreibung ab. Mathematisch ist dies fraglos korrekt. Ein praktisches Manko dieser Betrachtungsweise besteht aber potenziell darin, dass (implizit oder explizit) suggeriert wird, der Mehrbedarf würde ohne zusätzliche Maßnahmen **vollständig** ungedeckt bleiben.⁵

Dabei wird davon abstrahiert, dass es nicht nur bei der Fallzahlentwicklung zeitliche Trends gibt, sondern auch bei der Entwicklung der Personalzahlen. So sind in der jüngeren Vergangenheit auch die Personalzahlen in der Pflege nahezu kontinuierlich gestiegen (vgl. Kap. 4.1, 5.1, 6.1) Damit sind auch hier entsprechende Trendfortschreibungen möglich. Zu den Einflussfaktoren dieses Trends zählen etwa die Entwicklung der Ausbildungskapazitäten

⁴ Wie erwähnt, bildet für Krankenhäuser 2016 das Basisjahr.

⁵ In der Regel erscheint bei entsprechenden Personalbedarfsprognosen die absolute wie relative Differenz zwischen aktuellem Personalbestand und prognostiziertem Personalbedarf vordergründig so groß, dass sie im Prognosezeitraum realistischer Weise kaum geschlossen werden kann. Vgl. z. B. Rothgang et al. 2012. Noch unrealistischer werden die Prognosen, wenn zusätzlich aus der Fülle von Faktoren, welche das verfügbare Potenzial an Arbeitskräften für den Pflegemarkt beeinflussen, wahllos einzelne Faktoren selektiert werden, die c. p. zu einer weiteren Verknappung von Pflegekräften führen würden, z. B. eine rückläufige Erwerbsbevölkerung oder ein sinkendes Renteneintrittsalter.

und der Teilzeitquoten in der Pflege, der Wanderungssaldo von zu- und abgewanderten Pflegekräften ins bzw. aus dem Umland und dem Ausland, die Akquise der „stillen Reserve“ nicht mehr in der Pflege tätiger Fachkräfte, das Ausmaß des zwischenzeitlichen oder vollständigen Ausstiegs aus der Pflege, die Entwicklung von Schülerzahlen, Erwerbsbevölkerung und Erwerbsquoten etc.

Unterstellt man, dass diese und andere Einflussfaktoren auch in Zukunft in gleicher Weise wirksam werden wie bislang, lassen sich auch die Personalzahlen für den Prognosezeitraum fortschreiben. Die entsprechende Prognose der Personalzahlen fasst die Einflussfaktoren in einem Kennwert (Steigerungskoeffizienten) zusammen, ohne den jeweiligen Beitrag dieser Faktoren zu quantifizieren. Die Trendfortschreibung erfolgt mittels linearer Regressionen mit der vergangenen Entwicklung der Personalzahlen im Krankenhaus, der stationären und ambulanten Pflege als abhängige Variablen und den korrespondierenden Jahreszahlen als unabhängigen Variablen.

Im Ergebnis erhält man den **trendbereinigten Personalbedarf** für das Jahr 2030; d. h. die Anzahl der Pflegekräfte für das Prognosejahr, die c. p. **ohne weitere** Interventionen (also in Art und Umfang **nicht über** die bisherigen Maßnahmen hinausgehend) zu erwarten ist. Bereinigt man den fallzahlbedingten Personalbedarf bei gegebenen Personalschlüsseln um die trendbereinigten Personalzahlen, erhält man den Mehrbedarf für das Prognosejahr 2030, der nicht über die fortgeschriebenen Personalzahlen gedeckt ist; also die Anzahl zusätzlicher Pflegekräfte, für deren Ausbau c. p. **weitere** Interventionen erforderlich sind (die in Art oder Umfang **über** die bisherigen Maßnahmen hinausgehen).

Ausdrücklich sei betont, dass sich durch dieses Vorgehen der prognostizierte Personalbedarf insgesamt, also in der Summe von fortgeschriebenen Personalzahlen und darüber hinausgehendem Personalbedarf, zwar nicht ändert. Die Bereinigung des Personalmehrbedarfs um die fortgeschriebenen Personalzahlen trägt aber zu einer realistischeren Einschätzung der Problemlage und etwaiger Handlungsmaßnahmen bei.

2.2.3 Prognosen des Personalbedarfs bei verbesserten Personalschlüsseln

Gegebene Personalschlüssel sagen nichts darüber aus, inwieweit die vorhandenen Personalbesetzungen in der Pflege in einem wie auch immer definierten Sinne hinreichend oder bedarfsgerecht sind. Dabei wird zum einen davon abstrahiert, dass es schon heute in den Krankenhäusern, der stationären und ambulanten Pflege Stellenbesetzungsprobleme gibt, also offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden (vgl. DKI, 2016, DIP, 2016, 2018). Zum anderen dürfte infolge von Personalvorgaben von Politik und Selbstverwaltung (Personalschlüssel, Personaluntergrenzen, Fachkraftquoten, Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs und Refinanzierung zusätzlicher Pflegestellen etc.) die Personalausstattung in der Pflege bzw. der Pflegepersonalbedarf künftig steigen.

Alternativ zur Variante konstanter Personalschlüssel sollte daher auch der Mehrbedarf infolge verbesserter Personalschlüssel in der Pflege untersucht werden. Damit stellt sich die Frage, wie diese aussehen könnten oder sollten. Es gibt zwar eine Reihe von Ansätzen, den Pflegebedarf von Patienten und Pflegebedürftigen sowie den korrespondierenden Personalbedarf nach wissenschaftlichen oder Expertenstandards zu objektivieren. Diese führen allerdings zu unterschiedlichen Bedarfsdefinitionen und sind selbst unter Pflegeexperten nicht durchgängig konsensfähig (vgl. Rothgang et al, 2012, HCHE, 2016, RWI, 2016, Simon, 2015). Unabhängig davon sind konkrete Personalschlüssel in der Pflege stets auch Folge normativer Entscheidungen etwa von Politik, Selbstverwaltung oder den Verantwortlichen vor Ort sowie praktischer Rahmenbedingungen wie vorhandene Finanzmittel oder das am Arbeitsmarkt verfügbare Pflegepersonal.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Studie auf eine konkrete Bedarfsdefinition für gute Pflege als Basis von diesbezüglichen Personalbedarfsberechnungen verzichtet. Zur Ermittlung des Personalmehrbedarfs nach der Variante verbesserter Personalschlüssel werden stattdessen Marginalanalysen durchgeführt, d. h. taxiert, welcher zusätzliche Personalbedarf in der Pflege mit jeder zusätzlichen Verbesserung der Personalschlüssel im Vergleich zum Status quo resultieren würde. Die Marginalanalysen erfolgen ihrerseits anhand einer fall- oder jahresbezogenen und einer schicht- oder tagesbezogenen Betrachtungsweise.

Basis der **fall- oder jahresbezogenen Betrachtung** ist das o. g. Verhältnis von Fällen je Pflegekraft nach dem konstanten Personalschlüssel. In der Marginalanalyse wird geschätzt, welcher (zusätzliche) Personalbedarf bei (jeder weiteren) Verbesserung dieses Schlüssels um

1 % resultieren würde. Für das Basisjahr 2017 lässt sich der in diesem Sinne verbesserte Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen wie folgt ermitteln:⁶

Verbesserter Personalschlüssel um 1 % = (Fälle 2017/ Vollkräfte in der Pflege 2017) x 99 %

Den Personalbedarf bei verbessertem Personalschlüssel für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diesen Schlüssel dividiert:⁷

*Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030 nach verbessertem Personalschlüssel =
Fallzahlen 2030 / Verbesserter Personalschlüssel um 1 %*

Durch einen Abgleich mit dem Personalbedarf der Pflege im Jahr 2030 nach konstantem Personalschlüssel resultiert der marginale Personalmehrbedarf bei (jeder zusätzlichen) Verbesserung der fallbezogenen Personalschlüssel um 1 %:

*Marginaler Mehrbedarf an Vollkräften in der Pflege
nach verbessertem Personalschlüssel um 1 % =*

*Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030 nach verbessertem Personalschlüssel um 1 %
– Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030 nach konstantem Personalschlüssel*

Bei der **schicht- oder tagesbezogenen Betrachtung** wird hypothetisch angenommen, dass in jeder Einheit eines Leistungsbereiches (z. B. in jeder stationären Pflegeeinrichtung oder Krankenhausabteilung) im Mittel eine zusätzliche Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde arbeitet, also in der Summe 24 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Einheit. Multipliziert man diese Stundenzahl mit der Anzahl der Jahrestage und der Einheiten je Leistungsbereich in Berlin im Basisjahr 2017, erhält man die zusätzliche Arbeitszeit pro Jahr und Leistungsbereich (ambulante oder stationäre Pflege) infolge der verbesserten Schichtbesetzung im definierten Sinne:

*Zusätzliche Jahresarbeitszeit je Leistungsbereich 2017 =
24 h x 365 Tage x Anzahl Einheiten je Bereich 2017*

Dividiert man diesen Wert durch die durchschnittliche kalkulatorische Brutto-Jahresarbeitszeit einer Vollkraft, erhält man den Mehrbedarf an Vollkräften durch die Aufstockung der Personalbesetzung um durchschnittlich eine Pflegekraft pro Einheit und Schicht bzw. um 24 h pro Tag im Vergleich zum Status quo in 2017:

⁶ Wie erwähnt, bildet für Krankenhäuser 2016 das Basisjahr.

⁷ Zur Erklärung: Der fallbezogene Personalschlüssel ist gleich dem Verhältnis von Fällen zu Vollkräften. Durch Auflösung dieser Gleichung nach den Vollkräften entsteht der o. g. Quotient.

Personalmehrbedarf an Vollkräften 2017 =

Zusätzliche Jahresarbeitszeit je Leistungsbereich 2017 / Brutto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft

Addiert man diesen Wert zur Anzahl der Vollkräfte in 2017 und bezieht die Summe auf die Fallzahl dieses Jahres, erhält man das Verhältnis von Fällen zu Vollkräften bei entsprechend verbessertem Personalschlüssel für das Basisjahr 2017:

Verbesserter Personalschlüssel um 24 h pro Tag =

(Fälle 2017 / (Vollkräfte in der Pflege 2017 + Personalmehrbedarf an Vollkräften 2017))

Den Personalbedarf bei verbessertem Personalschlüssel für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diesen Schlüssel dividiert:⁸

Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030 nach verbessertem Personalschlüssel =

Fallzahlen 2030 / Verbesserter Personalschlüssel um 24 h pro Tag

Durch einen Abgleich mit dem Personalbedarf der Pflege im Jahr 2030 nach konstantem Personalschlüssel resultiert der marginale Personalmehrbedarf bei (jeder zusätzlichen) Verbesserung der Personalbesetzung um 24 h pro Tag und Einheit:

*Marginaler Mehrbedarf an Vollkräften in der Pflege
nach verbessertem Personalschlüssel um 24 h pro Tag =*

Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030

nach verbessertem Personalschlüssel um 24 h pro Tag

– Personalbedarf Vollkräfte in der Pflege 2030 nach konstantem Personalschlüssel

Die beiden Varianten verbesserter Personalschlüssel sind selbstverständlich nicht unabhängig voneinander. Bei verbesserten Personalschlüsseln nach der fall- oder jahresbezogenen Betrachtung erhöht sich auch die Personalbesetzung nach der schicht- oder tagesbezogenen Betrachtung und vice versa.⁹ Sie stellen jedoch unterschiedliche Betrachtungsweisen einer verbesserten Pflegepersonalausstattung mit verschiedenen statistischen Basen dar. Eine verbesserte Schichtbesetzung pro Tag erscheint dabei ggf. plastischer als die Verbesserung des Verhältnisses von Fällen und Vollkräften im Jahresdurchschnitt.

⁸ Zur Erklärung: Der fallbezogene Personalschlüssel ist gleich dem Verhältnis von Fällen zu Vollkräften. Durch Auflösung dieser Gleichung nach den Vollkräften entsteht der o. g. Quotient.

⁹ Mathematisch entspricht die Verbesserung der Personalbesetzung um 24 h pro Tag letztlich auch einer bestimmten prozentualen Verbesserung der gegebenen Personalschlüssel.

3 Personalsituation in der Krankenpflege

Bevor die künftige Entwicklung der Pflege für Berlin untersucht wird, erfolgt zunächst eine Bestandsaufnahme zur Personalsituation der Krankenpflege in Berliner Krankenhäusern. Grundlage hierfür bildet eine Reanalyse ausgewählter Fragestellungen des *DKI-Krankenhaus Barometers* 2018 speziell für Berlin. Ein Themenschwerpunkt im *Krankenhaus Barometer* 2018 war die Personalsituation in der Pflege, vor allem hinsichtlich der Mitarbeiterbindung in der Pflege. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Berliner Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten dargestellt (vgl. Kap. 2.1.4).

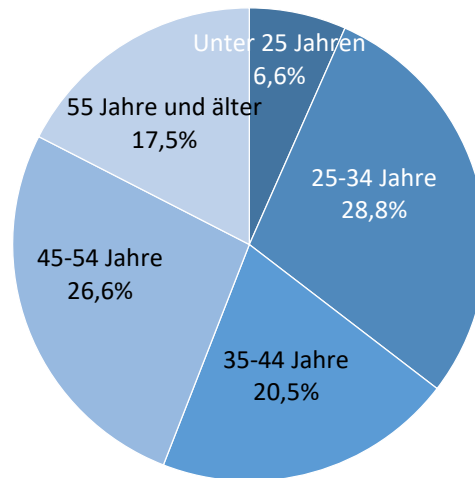
3.1 Personalstruktur in der Pflege

Um eine Übersicht über die Anzahl der Pflegekräfte pro Krankenhaus zu gewinnen, wurden die Häuser gebeten, die Anzahl der Pflegekräfte insgesamt sowie der dreijährig examinierten Pflegekräfte, die am 31.12.2017 in ihrem Haus beschäftigt waren, anzugeben. Pflegeschüler waren von dieser Zählung ausdrücklich ausgenommen. Gefragt wurde jeweils nach der Zahl der Köpfe und der Vollkräfte.

Die Berliner Krankenhäuser der Stichprobe hatten zum Jahresende 2017 im Schnitt nach Köpfen gut 1.030 Pflegekräfte bzw. nach Vollkräften knapp 800 VK beschäftigt. Davon waren über 90 % dreijährig examinierte Pflegekräfte.

Die Altersverteilung der zum Befragungszeitpunkt beschäftigten examinierten Pflegekräfte kann der Abb. 1 entnommen werden. Dabei werden fünf Altersgruppen unterschieden. 44 % der examinierten Pflegekräfte in den Berliner Allgemeinkrankenhäusern ist demnach 45 Jahre und älter.

Altersstruktur der examinieren Pflegekräfte in Berliner Krankenhäusern
(Altersgruppen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Altersstruktur der examinieren Pflegekräfte in Berliner Krankenhäusern

Neben der Beschäftigung eigener Mitarbeiter ist das Leasing von Pflegekräften mittlerweile Standard in den Berliner Krankenhäusern. Personalleasing stellt eine Möglichkeit dar, den Fachkräftemangel in der Pflege oder kurzfristige Personalausfälle zu kompensieren. Alle 14 Stichprobenkrankenhäuser gaben an, im Jahr 2017 darüber examinierte Pflegekräfte beschäftigt zu haben, überwiegend auf den Normalstationen (86 %) und den Intensivstationen (79 %), weniger häufig in der OP- und Anästhesiepflege (57 %).

Umgerechnet in Vollkräften haben diese Häuser im Mittel 45 examinierte Pflegekräfte (Vollkräfte) über Personalleasing beschäftigt. Das entspricht durchschnittlich rund 5 % der examinieren Vollkräfte dort.

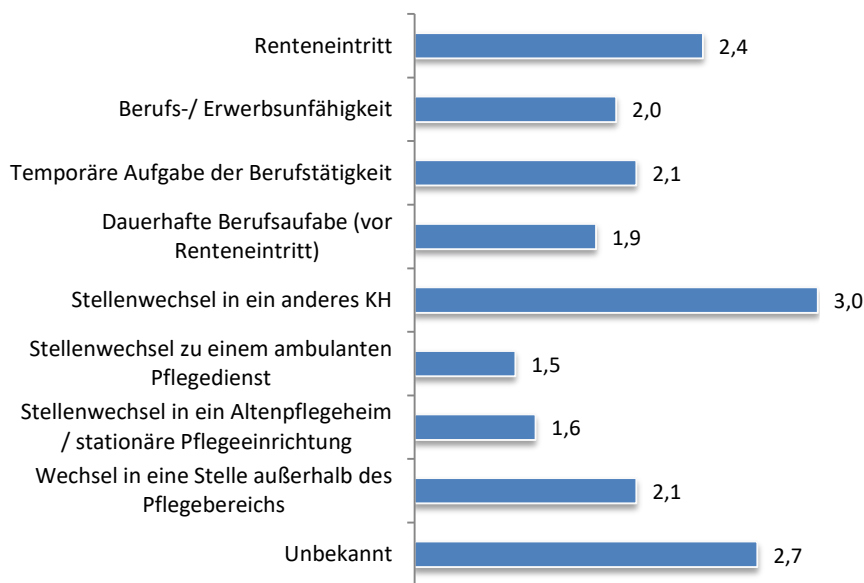
3.2 Fluktuation von Pflegekräften

Für das Jahr 2017 sollten die Häuser die Höhe ihrer Fluktuationsrate bei den examinieren Pflegekräften im Jahr 2017 angeben. Die Fluktuationsrate war definiert als der Anteil der aus dem Krankenhaus ausgeschiedenen examinieren Pflegekräfte an den examinieren Pflegekräften insgesamt. Bei den Berliner Stichprobenkrankenhäusern lag diese Fluktuationsrate 2017 im Mittel bei 9,6 % (Median).

Neben den Fluktuationsraten der examinierten Pflegekräfte im Jahr 2017 wurde auch nach den Gründen hierfür gefragt. Die Mittelwerte der Antworten auf einer vierstufigen Skala (nie / manchmal / oft / sehr oft) können der Abb. 2 entnommen werden.

Aus Sicht der befragten Häuser sind die Pflegekräfte vor allem aufgrund eines Stellenwechsels in ein anderes Krankenhaus und dauerhaft infolge des Renteneintritts ausgeschieden. Eine dauerhafte Berufsaufgabe noch vor Renteneintritt oder eine temporäre Berufsaufgabe, z. B. aufgrund von Elternschaft oder Pflege Angehöriger, finden dagegen seltener statt. Auch ein Wechsel in die ambulante oder stationäre Altenpflege ist nur gelegentlich ein Fluktuationsgrund.

Gründe für Fluktuation in der Pflege 2017
(Mittelwert der Skala von 1= nie bis 4 = sehr oft))



© Deutsches
Krankenhausinstitut

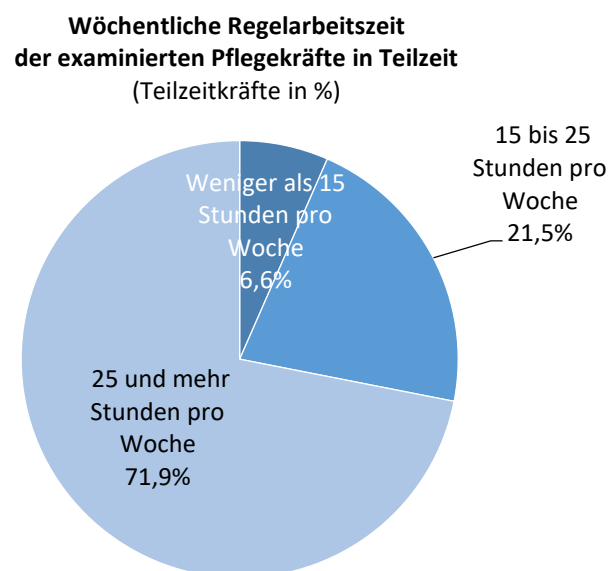
Abb. 2: Gründe für das Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Krankenhaus

3.3 Teilzeitarbeit von Pflegekräften

Der Pflegesektor ist – auch aufgrund des hohen Frauenanteils – traditionell ein Bereich mit einer vergleichsweise hohen Teilzeitquote. Dies gilt auch für Berlin. Die Teilzeitquote, also der

Anteil der examinierten Pflegekräfte mit Teilzeitarbeit, lag in den Berliner Stichprobenkrankenhäusern im Jahr 2017 bei 49 %.

Im *Krankenhaus Barometer* wurde, beschränkt auf examinierte Pflegekräfte, ergänzend nach der Stundenverteilung im Jahr 2017 gefragt. Ein Großteil der in Teilzeit tätigen examinierten Pflegekräfte (72 %) hat gemäß Arbeitsvertrag eine Regelarbeitszeit von wöchentlich 25 und mehr Stunden. Über ein vertraglich vereinbartes Stundenkontingent zwischen 15 und 25 Stunden verfügten 22 % der Teilzeitbeschäftigten. Nur ein geringer Teil der examinierten Pflegekräfte (7 %) hatte 2017 eine regelhafte Wochenarbeitszeit von weniger als 15 Stunden wöchentlich (Abb. 3).



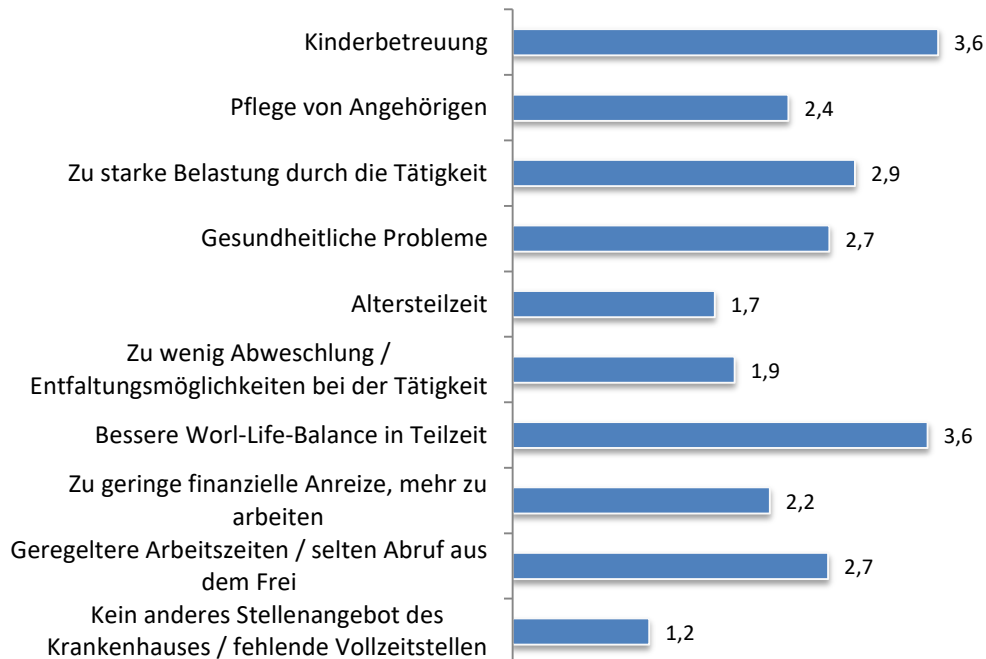
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Stundenverteilung der examinierten Pflegekräfte in Teilzeit

Des Weiteren wurden die Häuser nach den Gründen gefragt, warum Pflegekräfte vielfach in Teilzeit arbeiten. Die Mittelwerte der Antworten auf einer vierstufigen Skala (nie / manchmal / oft / sehr oft) können der Abb. 4 entnommen werden.

Die Hauptgründe für eine Teilzeittätigkeit im Pflegebereich sind demnach die Kinderbetreuung und eine bessere Work-Life-Balance. Weitere wichtige Gründe bilden eine zu starke Belastung durch die Tätigkeit, geregelte Arbeitszeiten bzw. ein seltener Abruf aus dem Frei sowie gesundheitliche Probleme der Pflegekräfte. Zu wenig Abwechslung oder Entfaltungsmöglichkeiten bei der Tätigkeit bildet hingegen kein zentrales Motiv für Teilzeitarbeit.

Gründe für Teilzeitarbeit bei Pflegekräften
(Mittelwerte der Skala von 1 = nie bis 4 = sehr oft)



© Deutsches Krankenhausinstitut

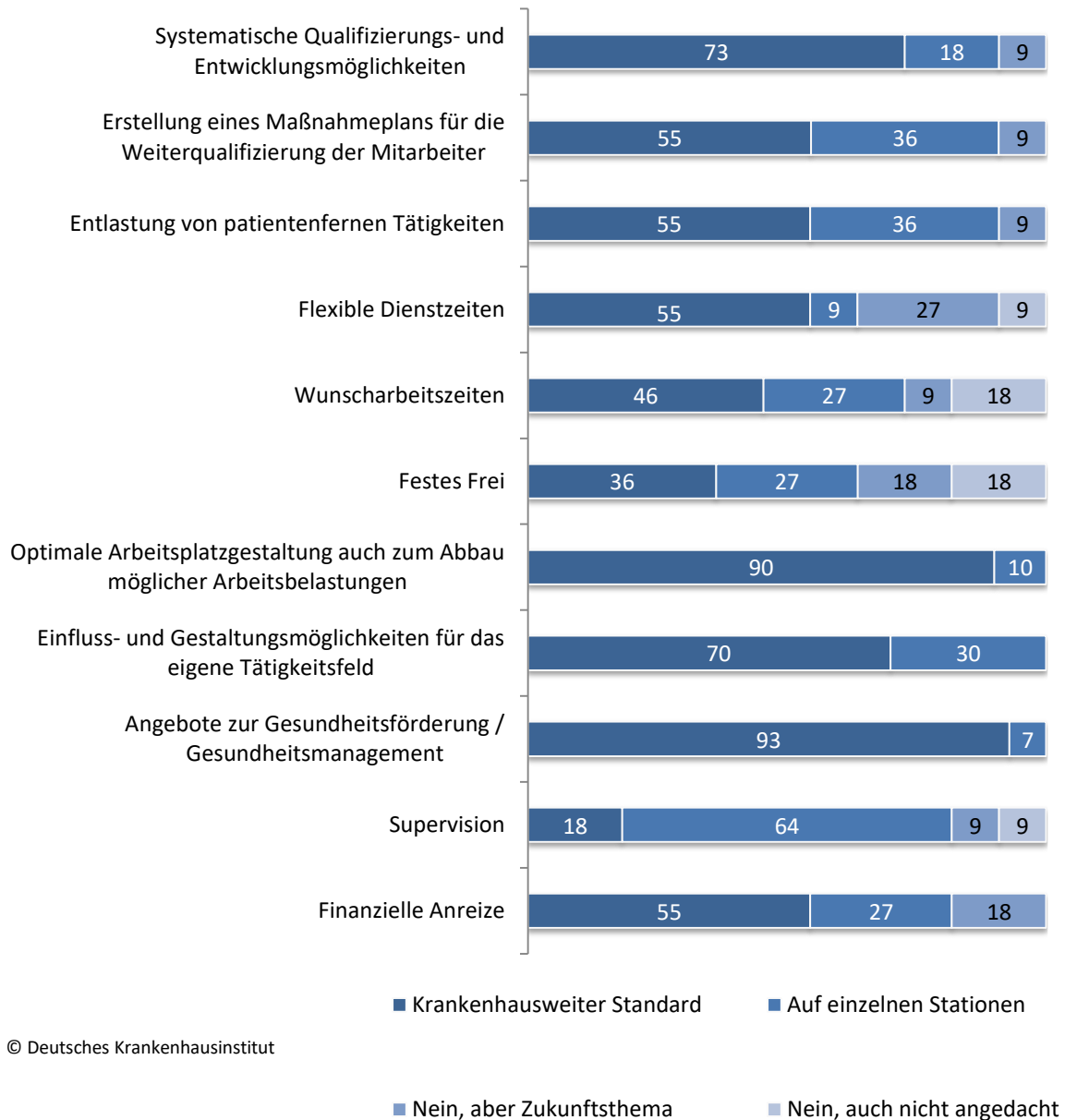
Abb. 4: Gründe für Teilzeitarbeit von Pflegekräften

3.4 Maßnahmen der Mitarbeiterbindung

Krankenhäusern stehen verschiedene Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung zur Verfügung, um Beschäftigte mittel- bis langfristig an sich zu binden. Abb. 5 zeigt die entsprechenden Häufigkeiten für die Berliner Krankenhäuser in der Stichprobe.

Die meisten der erfragten Möglichkeiten zur Mitarbeiterbindung von Pflegekräften werden in der Mehrzahl der Häuser bereits umgesetzt. Der Umsetzungsgrad variiert bei den unterschiedlichen Angeboten häufig danach, ob sie „krankenhausweit“ oder „auf einzelnen Stationen“ realisiert sind.

Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung in der Pflege
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

Krankenhausweit gehören vor allem Angebote zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement, wie Gesundheitstage oder Stressbewältigungsprogramme, systematische Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten respektive die Führungskräfteentwicklung,

die optimale Arbeitsplatzgestaltung sowie Gestaltungsmöglichkeiten für das eigene Tätigkeitsfeld zum Standard.

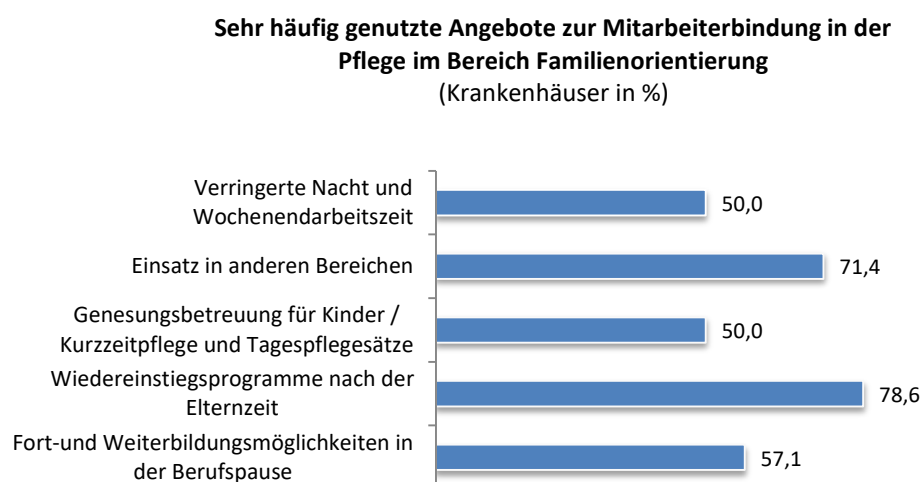
Eine Entlastung von patientenfernen Tätigkeiten, die Erstellung eines Maßnahmenplans für die Weiterqualifizierung der Pflegekräfte, flexible Dienstzeiten und finanzielle Anreize sind in jeweils gut der Hälfte der Einrichtungen bereits krankenhausesweit umgesetzt, um Pflegekräfte noch stärker an das eigene Haus zu binden.

Andere Maßnahmen wie Supervisionen oder festes Frei sind in weniger als der Hälfte der Einrichtungen krankenhausesweit Standard.

3.5 Maßnahmen der Familienorientierung

Auch familienorientierte Angebote können das eigene Krankenhaus für Pflegekräfte attraktiver machen bzw. sie ans eigene Haus zu binden. Aufgrund der Vielzahl der erfragten familienorientierten Möglichkeiten erfolgt die Darstellung der Ergebnisse nach verschiedenen Häufigkeitskategorien.

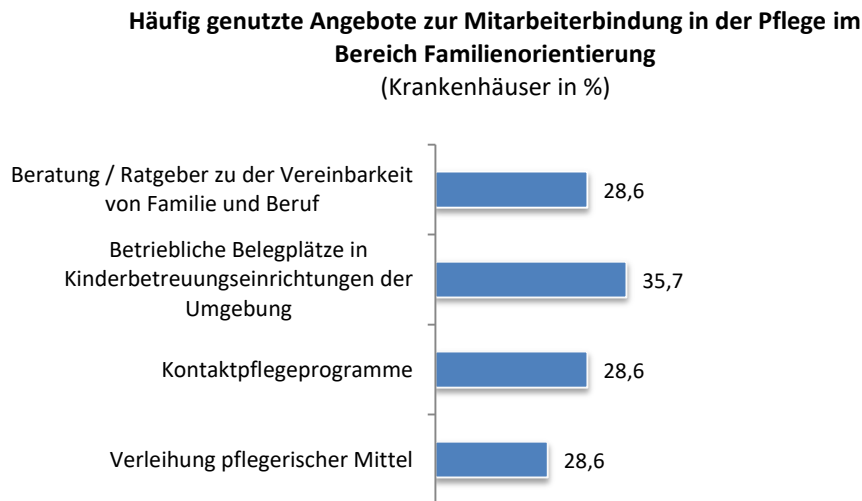
In mindestens der Hälfte der Berliner Stichprobenkrankenhäuser gibt es Wiedereinstiegsprogramme nach der Elternzeit, wie z. B. Teilzeitmodelle, Workshops oder Coaching, den Einsatz in anderen Bereichen, verringerte Nacht- und Wochenendarbeitszeiten, Fort- und Weiterbildungsangebote in der Berufspause sowie Angebote für die Genesungsbetreuung für Kinder, Kurzzeitpflege oder Tagespflegeplätze (Abb. 6).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb.6: Sehr häufige Angebote im Bereich Familienorientierung zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

Zwischen 25 % und 50 % der Krankenhäuser bieten betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung, Beratung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Kontakthalteprogramme während der Elternzeit sowie die Verleihung pflegerischer Hilfsmittel an (Abb. 7).

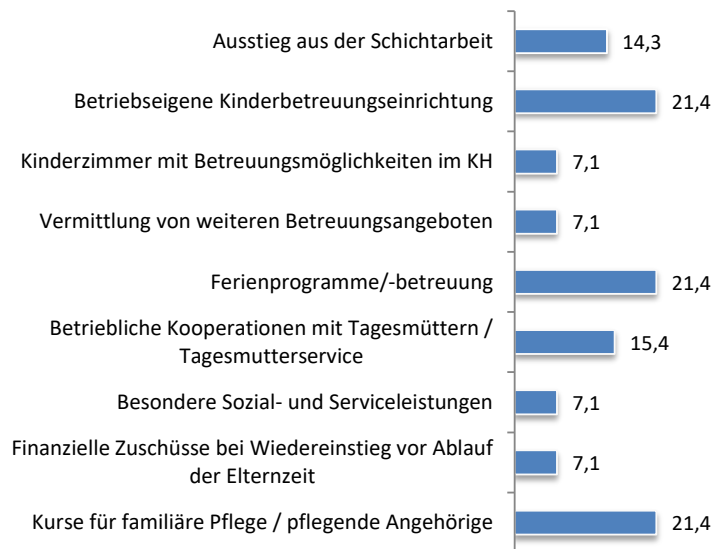


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Häufige Angebote im Bereich Familienorientierung zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

Die übrigen familienorientierten Maßnahmen werden von weniger als einem Viertel der Berliner Stichprobenkrankenhäuser offeriert. Diese Krankenhäuser halten beispielsweise betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen, Kinderzimmer mit Betreuungsmöglichkeiten, betriebliche Kooperationen mit Tagesmüttern oder Ferienprogramme und -betreuung für Kinder vor (Abb. 8).

**Selten genutzte Angebote zur Mitarbeiterbindung in der Pflege im Bereich
Familienorientierung
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

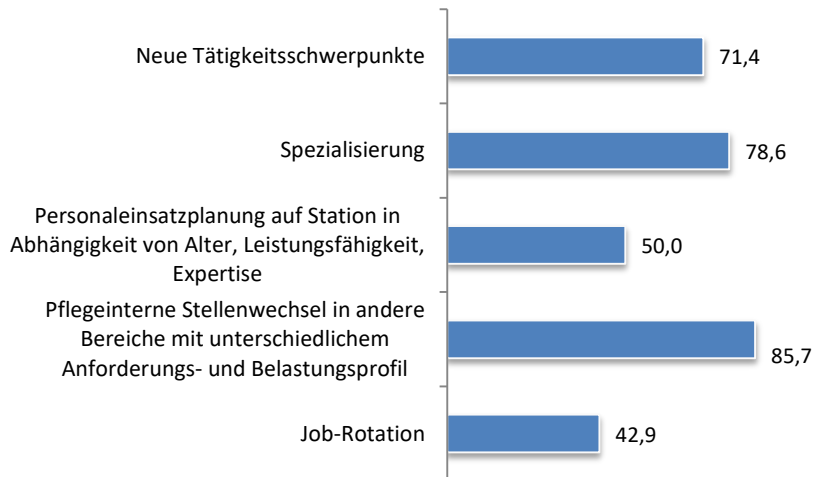
Abb. 8: Seltene Angebote im Bereich Familienorientierung zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

3.6 Maßnahmen des altersgerechten Arbeitens

Nicht zuletzt angesichts der Altersstruktur des Pflegepersonals sind Angebote des altersgerechten Arbeitens im Sinne einer Mitarbeiterbindung von besonderer Relevanz.

Pflegeinterne Stellenwechsel in andere Bereiche mit unterschiedlichem Anforderungs- und Belastungsprofil bilden hier die am häufigsten umgesetzte Maßnahme. In 86 % der Berliner Stichprobenhäuser ist dies der Fall. 79 % der Kliniken bieten ihren älteren Pflegekräften die Möglichkeit einer Spezialisierung, z. B. als Pflegeexperte für Wunden, Stoma, Diabetes, und 71 % neue Tätigkeitsschwerpunkte wie Praxisanleiter oder Case Manager an (Abb. 9).

**Angebote zur Mitarbeiterbindung in der Pflege im Bereich
altersgerechtes Arbeiten**
 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Angebote im Bereich altersgerechtes Arbeiten zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

4 Entwicklung der Pflege im Krankenhaus

4.1 Pflegepersonal insgesamt

Für die Gesamtzahl des Pflegepersonals werden in der amtlichen Krankenhausstatistik die Anzahl der Voll- und Teilzeitkräfte sowie die Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ausgewiesen. Als Vollkräfte werden die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Die Zahl der Vollkräfte wird in der Krankenhausstatistik nur für das Pflegepersonal insgesamt dargestellt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009a ff.).

Zwischen 2009 und 2016 nahm die Zahl der Vollzeitäquivalente um 1,4 Tsd. (11,4 %) auf 13,6 Tsd. Vollkräfte zu. Das lag vor allem an der Zunahme der Teilzeitbeschäftigten. Im Betrachtungszeitraum wuchs die Zahl der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte um fast 24 %. Die Vollzeitbeschäftigung legte um rund 6 % zu (Tab. 1).

Tab. 1: Pflegepersonal im Krankenhaus insgesamt 2009 – 2016

Jahr	Vollzeitäquivalente	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte	Teilzeit in % der vollen tariflichen Arbeitszeit
2009	12.222	8.194	6.769	59,5 %
2010	12.415	8.486	7.165	54,8 %
2011	12.604	8.587	7.297	55,1 %
2012	12.771	8.544	7.350	57,5 %
2013	12.892	8.587	7.447	57,8 %
2014	13.122	8.725	7.669	57,3 %
2015	13.391	8.711	8.013	58,4 %
2016	13.611	8.684	8.384	58,8 %
Veränderung				
Absolut	+1.389	+490	+1.615	
In %	+11,4 %	+6,0 %	+23,9 %	

Im Jahr 2016 waren 49 % der Pflegekräfte im Krankenhaus in Teilzeit beschäftigt. Die Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten hat im Betrachtungszeitraum leicht abgenommen. 2009 lag sie bei 59,5 % der vollen tariflichen Arbeitszeit. Bis zum Jahr 2016 ging dieser Anteil auf 58,8 % zurück. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass die Teilzeitkräfte im Mittel knapp 60 % der tariflichen Arbeitszeit einer Vollkraft arbeiten, also je nach tariflicher Regelarbeitszeit ca. 23 Stunden pro Woche.¹⁰

4.2 Pflegepersonal nach Berufsgruppen

Die amtliche Krankenhausstatistik weist für den Pflegedienst vier Berufsgruppen aus (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009a ff.). Die Entwicklung der jeweiligen Personalzahlen in Köpfen kann der Tab. 2 entnommen werden.

Die größte Berufsgruppe im Pflegedienst der Krankenhäuser bilden die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit 14,4 Tsd. Beschäftigten im Jahr 2016. Das entspricht einem Anteil von 84 % aller Pflegekräfte im Krankenhaus. Absolut ist hier mit einer Steigerung von 1,6 Tsd. Beschäftigten (12,3 %) der stärkste Zuwachs seit 2009 zu verzeichnen.

Tab. 2: Pflegepersonal im Krankenhaus nach Berufsgruppen 2009 – 2016 in Köpfen

Jahr	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehilfe	Sonstige Pflegeberufe
2009	12.782	1.233	584	364
2010	13.364	1.302	582	403
2011	13.530	1.290	508	556
2012	13.515	1.267	538	574
2013	13.613	1.303	503	615
2014	13.862	1.341	531	660
2015	14.117	1.352	547	708
2016	14.360	1.367	593	748
Veränderung				
Absolut	+1.578	+134	+9	+384
In %	+12,3 %	+10,9 %	+1,5 %	+105,5 %

¹⁰ Zur Erklärung: Vollzeitäquivalente = (Vollzeitbeschäftigte x 1) + (Teilzeitbeschäftigte x mittlerer Anteil der Arbeitszeit einer Vollkraft). Löst man diese Gleichung nach dem mittleren Anteil der Arbeitszeit auf, erhält man die o. g. Werte.

Die zweitgrößte Berufsgruppe sind die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Beschäftigtenzahl von rund 1,4 Tsd. Köpfen. Den relativ stärksten Zuwachs mit 105 % auf 748 Beschäftigte in 2016 verzeichnen die sonstigen Pflegeberufe. Die Anzahl der Krankenpflegehelferinnen als kleinste Berufsgruppe hat sich im Zeitablauf leicht auf 593 Beschäftigte erhöht.

4.3 Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege

Aus Gründen der Vergleichbarkeit zur Altenpflege wurde die Anzahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege nicht aus der Krankenhausstatistik übernommen. Stattdessen wurde auf die Schülerzahlen der amtlichen Schulstatistik rekurriert (Statistisches Bundesamt, 2009d ff.). Die Schulstatistik unterscheidet dabei, unabhängig von länderspezifischen Besonderheiten, grundsätzlich zwischen den Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe. Angaben zur Krankenpflegehilfe werden in der amtlichen Statistik allerdings erst ab dem Schuljahr 2016/2017 ausgewiesen.

Die mit Abstand größte Gruppe bildet hier die Gesundheits- und Krankenpflege mit gut 2,5 Tsd. Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2016/2017 2016 (Tab. 3).¹¹ Das entspricht 90 % der Schülerinnen und Schüler in den Krankenpflegeberufen insgesamt. Zwischen 2009 und 2017 kam es zu einer Steigerung um rund 100 Schülerinnen und Schüler (4,2 %).

Die zweitgrößte Gruppe sind Schülerinnen und Schüler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einer Anzahl von 236 im Schuljahr 2016/2017 und einer Zunahme von 48 Schülerinnen und Schüler (25,5 %) seit 2009. Für die Krankenpflegehilfe weist die amtliche Statistik für Berlin nur für 2016/2017 Schülerinnen und Schüler aus.

Insgesamt nahm in Berlin die Anzahl der Schülerinnen und Schüler in den Krankenpflegeberufen im Betrachtungszeitraum um 178 (6,9 %) von rund 2,6 Tsd. (2009/2010) auf knapp 2,8 Tsd. Schülerinnen und Schüler zu (2016/2017).

¹¹ Für das Schuljahr 2012/2013 wurde in der amtlichen Statistik nicht zwischen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschieden. Deswegen ist dieses Schuljahr in tab. 3 nicht ausgewiesen.

Tab. 3: Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege 2009 – 2017

Jahr	Gesundheits- und Kranken- pflege	Gesundheits- und Kinderkran- kenpflege	Krankenpflege- hilfe	Insgesamt
2009/2010	2.408	188		2.596
2010/2011	2.425	194		2.619
2011/2012	2.429	193		2.622
2013/2014	2.455	189		2.644
2014/2015	2.439	200		2.639
2015/2016	2.530	223		2.753
2016/2017	2.509	236	29	2.774
Veränderung				
Absolut	101	48	29	178
In v. H.	4,2%	25,5%		6,9%

4.4 Prognose der Krankenhaushäufigkeit

Nachfolgend wird die Entwicklung der Krankenhausfälle bis 2030 prognostiziert. Dabei werden zwei Varianten unterschieden: das Status-Quo-Szenario und die Trendfortschreibung (vgl. Kap. 2.2.1).

Nach dem Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhaushäufigkeiten konstant gehalten und der vorausgerechneten Bevölkerung zugrunde gelegt.¹²

Im Basisjahr 2016 lag die relative Krankenhaushäufigkeit bei geringen Geschlechtsunterschieden bei 24,5 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016a). In diesem Jahr kommt also, vereinfacht gesagt, auf vier Einwohner Berlins ein stationärer Krankenhausfall. Nach Altersgruppen ist die Krankenhaushäufigkeit im ersten Lebensjahr mit

¹² Wie oben erwähnt (vgl. Kap. 2.2.2) werden dabei auch etwaige Patientenwanderungen zwischen Berlin und dem Umland konstant gehalten. Wenn im Folgenden daher von relativer Krankenhaushäufigkeit die Rede ist, dann ist damit stets die Relation von Krankenhausfällen in Berlin zur Berliner Bevölkerung gemeint und nicht der Anteil der Krankenhausfälle an der Berliner Bevölkerung. Für die Ermittlung der letztgenannten Zahl müssten die Krankenhausfälle in Berlin um Patientenwanderungen ins bzw. aus dem Umland bereinigt werden.

134 % am höchsten.¹³ Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass fast jedes Neugeborene im Krankenhaus zur Welt kommt; des Weiteren fallen darunter vor allem „kleinere“ Eingriffe und Maßnahmen im Kontext der Perinatalperiode (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016b). In den jüngeren Kohorten nach dem 1. Lebensjahr sind die relativen Krankenhaushäufigkeiten relativ niedrig. Danach steigen sie kontinuierlich an und sind erwartungsgemäß in den oberen Altersgruppen am größten.

Die absolute Krankenhaushäufigkeit lag im Basisjahr 2016 bei 894,1 Tsd. Fällen (inkl. gesunde Neugeborene), davon 422 Tsd. männlich und 472,1 Tsd. weiblich. Nach dem Status-Quo-Szenario würde die Zahl der Krankenhaushfälle von 2016 bis 2030 um 88,8 Tsd. von 894,1 Tsd. auf 982,9 Tsd. Fälle steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von knapp 10 %. Dabei fällt der Anstieg bei den männlichen Fällen (12 %) im Vergleich zu den weiblichen Fällen (9 %) überproportional aus.

Tab. 4: Prognose der Krankenhaushäufigkeit bis 2030

	KH-Häufigkeit 2016 in % der Bevölkerung	KH-Patienten 2016 in Tsd.	KH-Patienten 2030 in Tsd. (Prognose)	Differenz 2030-2016 in %
Status-quo-Szenario				
Gesamt	24,5	894,1	982,9	9,9
Männlich	23,4	422,0	472,1	11,9
Weiblich	25,5	472,1	513,6	8,8
<1 Jahr	133,9	52,1	46,1	-11,5
1 bis < 20 Jahre	9,0	53,3	58,7	10,1
20 bis < 40 Jahre	14,0	154,0	140,8	-8,6
40 bis < 60 Jahre	19,3	196,7	202,1	2,7
60 bis < 70 Jahre	33,9	130,4	163,3	25,3
70 bis < 80 Jahre	53,2	179,1	181,0	1,0
80 bis < 90 Jahre	70,3	106,3	141,5	33,1
90 Jahre oder älter	80,0	22,2	49,4	122,9
Trendfortschreibung				
Gesamt	24,5	894,1	1.138,7	27,4

¹³ Die Krankenhausstatistik erfasst die Fälle fallbezogen und nicht patientenbezogen. Hat derselbe Patient mehrere Krankenhausaufenthalte im Jahr, werden diese Aufenthalte als mehrere Fälle gezählt.

Auch über die Altersgruppen verteilt, ist die demografiebedingte Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit uneinheitlich. So ist sie im 1. Lebensjahr infolge der Geburtenentwicklung rückläufig, während sie der Alterskohorte unter 20 Jahren zunimmt. In den mittleren Alterskohorten von 20 bis 60 Jahren ist die Krankenhaushäufigkeit als Folge der geburtenschwachen Jahrgänge in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts rückläufig bis stabil. Erst ab dem 60. Lebensjahr steigen die altersspezifischen Krankenhaushäufigkeiten bis 2030 deutlich an. Eine Ausnahme bildet hier die Kohorte von 70 bis 80 Jahren, die bei faktisch konstanter Bevölkerung auch keine Änderung der Krankenhausinanspruchnahme aufweist.

Das Szenario der Trendfortschreibung basiert auf der Annahme, dass sich die Fallzahlen im Prognosezeitraum genauso entwickeln werden wie im Durchschnitt der letzten Jahre. Neben dem Demografieeffekt beeinflussen bei diesem Szenario noch weitere Faktoren die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit (vgl. Kap. 2.2.1). Zur Ermittlung der Fallzahlentwicklung der letzten Jahre wurde eine lineare Regression mit den Krankenhaushäufigkeiten der Jahre 2009 bis 2016 gerechnet (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009b ff.) Demnach stiegen die Fallzahlen in diesem Zeitraum jährlich um durchschnittlich knapp 17,5 Tsd. Fälle.¹⁴

Bei linearer Fortschreibung dieses Wertes nimmt die Zahl der Krankenhausfälle bis 2030 um rund 245 Tsd. Fälle auf 1,14 Mio. Fälle zu. Bei einem Ausgangswert von 894 Tsd. Fällen in 2016 entspricht dies einer relativen Steigerung von 27,4 %. Die Fallzahlsteigerung gemäß der Trendfortschreibung ist somit deutlich stärker als der Demografieeffekt für sich betrachtet.¹⁵

4.5 Prognose der Personalmehrbedarfs in der Pflege

Maßgeblicher Einflussfaktor des künftigen Bedarfs an Pflegekräften im Krankenhaus sind neben der Fallzahlentwicklung die Personalschlüssel in der Pflege. Diesbezüglich werden zwei Szenarien unterschieden: ein Szenario konstanter Personalschlüssel und ein Szenario verbesserter Personalschlüssel.

Der konstante Personalschlüssel entspricht dem Verhältnis von Krankenhausfällen pro Jahr zur Anzahl der Vollkräfte in der Pflege im Jahresdurchschnitt für das Basisjahr 2016 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016a, 2016b). Für die Prognose des künftigen Personalbedarfs an Pflegekräften wird dieser Schlüssel auf die prognostizierten Fallzahlen gemäß dem Status-

¹⁴ Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell klärt mit $R^2 = 99\%$ die Varianz der Krankenhaushäufigkeit im Beobachtungszeitraum fast vollständig auf.

¹⁵ Wie oben erwähnt (vgl. Kap. 2.2.2), sind bei der Trendfortschreibung Patientenwanderungen aus dem Umland Berlins mit berücksichtigt.

quo-Szenario und der Trendfortschreibung jeweils bis 2030 bezogen (vgl. Kap. 2.2.2). Bei konstantem Personalschlüssel resultiert der Personalmehrbedarf somit ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu (Tab. 5).

Tab. 5: Personalbedarf im Krankenhaus bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

	VK in der Pflege 2016 in Tsd.	Zusätzliche Fälle bis 2030 in %	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd.	Zusätzlicher VK-Bedarf in der Pflege 2030 in Tsd.
Status-quo-Szenario	13,6	9,9	15,0	1,4
Trendfortschreibung	13,6	27,4	17,3	3,7

In Jahresdurchschnitt 2016 gab es im Pflegedienst der Berliner Krankenhäuser gut 13,6 Tsd. Vollzeitäquivalente. Nach dem Status-quo-Szenario zur Prognose der Krankenhaushäufigkeit würde die Anzahl der Krankenhausfälle bis 2030 um 9,9 % zunehmen. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen resultiert somit ein Mehrbedarf von rund 1,4 Tsd. Vollkräften in der Pflege. Nach der Trendfortschreibung steigt die Anzahl der Krankenhausfälle bis 2030 um 27,4 % an. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen liegt der Mehrbedarf bei 3,7 Tsd. Vollkräften in der Pflege.

Für das Szenario verbesserter Personalschlüssel sind Marginalanalysen für zwei Varianten durchgeführt worden (vgl. Kap. 2.2.3). Zum einen wurde ermittelt, welcher zusätzliche Personalbedarf in Vollkräften mit jeder zusätzlichen Verbesserung des Personalschlüssels um 1 % im Vergleich zum Status quo resultieren würde (Verbesserter Personalschlüssel der Krankenhäuser um 1 % im Jahresdurchschnitt). Zum anderen wurde berechnet, welchen zusätzlichen Personalbedarf jede zusätzliche Verbesserung der Personalbesetzung pro Schicht und Abteilung um eine Pflegekraft auslösen würde (Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h pro Tag und Abteilung).

Tab. 6: Personalbedarf im Krankenhaus bei verbesserten Personalschlüsseln bis 2030

	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd. bei konstantem Personalschlüssel (65,7 Fälle je VK)	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 in VK in Tsd.	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 VK in %
Verbesserter Personalschlüssel um 1 %			
Status quo-Szenario	15,0	0,2	1,0
Trendfortschreibung	17,3	0,2	1,0
Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h pro Tag			
Status quo-Szenario	15,0	1,5	10,1
Trendfortschreibung	17,3	1,8	10,1

Betrachten wir zunächst die um 1 % im Jahresdurchschnitt verbesserten Personalschlüssel. Im Jahresdurchschnitt 2016 gab es im Pflegedienst der Berliner Krankenhäuser 13,6 Tsd. Vollzeitäquivalente. Bei 894,1 Tsd. Krankenhausfällen in diesem Jahr entspricht das einem durchschnittlichen Verhältnis von 65,7 Fällen je Vollkraft. Bei einer Verbesserung um 1 % würde sich das durchschnittliche Verhältnis von Fällen je Pflegekraft auf 65,0 Fälle je Pflegekraft reduzieren. Den marginalen Personalbedarf bei verbessertem Personalschlüssel für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Schlüssel bereinigt.

Im Vergleich zum Personalbedarf bei konstantem Personalschlüssel (15 Tsd. Vollkräfte) würde nach dem Status-quo-Szenario jede (weitere) Verbesserung des Pflegepersonalschlüssels um 1 % einen (zusätzlichen) Mehrbedarf von 0,2 Tsd. Vollkräften erfordern. Nach der Trendfortschreibung liegt bei einer Basis von 17,3 Tsd. Vollkräften der marginale Mehrbedarf gleichfalls bei 0,2 Tsd. Vollkräften. Jede weitere Verbesserung der Personalschlüssel würde einen proportionalen Mehrbedarf bedingen, d. h. bei einer Verbesserung der Schlüssel um 2 % würde sich der Mehrbedarf verdoppeln, bei 3 % verdreifachen usw.

Für die verbesserte Personalbesetzung pro Schicht und Abteilung wird hypothetisch angenommen, dass im Mittel in jeder bettenführenden Fachabteilung eines Berliner

Krankenhauses eine zusätzliche Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde arbeitet, also in der Summe 24 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Abteilung.¹⁶

Laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016a) gab es im Jahr 2016 gut 300 bettenführende Fachabteilungen in den Berliner Krankenhäusern. Würde in jeder dieser Abteilungen eine zusätzliche Pflegekraft pro Schicht bzw. pro Stunde arbeiten, würde sich die Jahresarbeitszeit der Pflege in den rund 300 Abteilungen um 2,7 Mio. h erhöhen. Bei einer 39-Stunden-Woche liegt die kalkulatorische Brutto-Jahresarbeitszeit einer Vollkraft bei 1.950 h (250 Brutto-Arbeitstage x 7,8 h).¹⁷ Dividiert man die genannten Mehrstunden durch die Brutto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft resultiert ein Mehrbedarf von rund 1.380. Vollkräften durch die Aufstockung der Personalbesetzung um durchschnittlich eine Pflegekraft pro Abteilung und Schicht bzw. Stunde. Das Verhältnis von Fällen je Pflegekraft würde sich dadurch hypothetisch von aktuell 65,7 auf 59,6 Fälle je Pflegekraft verbessern.

Den marginalen Personalbedarf bei verbesserter Schichtbesetzung um 24 Stunden pro Tag für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Personenschlüssel bereinigt. Demnach würde sich der marginale Personalmehrbedarf um jeweils 10 % oder um 1,5 Tsd. (Status-quo-Szenario) bzw. 1,8 Tsd. Vollkräfte (Trendfortschreibung) erhöhen. Jede andere Verbesserung der Schichtbesetzung würde einen proportionalen Mehrbedarf an Pflegekräften bedingen, z. B. würde sich bei einer Verbesserung der Personalbesetzung um 12 Stunden pro Tag und Abteilung der Mehrbedarf halbieren, bei einer Verbesserung auf 48 Stunden verdoppeln usw.

¹⁶ Eine unterschiedliche Verteilung dieser zusätzlichen 24 Stunden auf den Tag (z. B. anteilig mehr Stunden in der Frühschicht) oder auf verschiedene Tage (z. B. anteilig mehr Stunden an Werktagen oder in Phasen hoher Belegung) wäre ggf. auch möglich. Das Gleiche gilt für eine unterschiedliche Verteilung der Mehrstunden auf verschiedene Fachabteilungen, etwa in Abhängigkeit von der Abteilungsgröße. Für die Berechnung des Mehrbedarfs ist dies c. p. statistisch irrelevant, solange im Schnitt 24 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Abteilung resultieren.

¹⁷ Zur Berechnung der Brutto-Jahresarbeitszeit vgl. Blum 2016

5 Entwicklung der stationären Pflege

5.1 Pflegepersonal insgesamt

Für die Gesamtzahl des Pflegepersonals werden in der amtlichen Pflegestatistik die Anzahl der Voll- und Teilzeitkräfte sowie die Vollzeitäquivalente zum Stichtag 15.12. des jeweiligen Betrachtungsjahres erfasst (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.).¹⁸ Als Vollzeitäquivalente werden die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Berücksichtigt sind hier nur Pflegekräfte, die eine Qualifikation in der Alten- oder Krankenpflege im u. g. Sinne haben (vgl. Kap 5.2) und in den beiden Bereichen der Pflege und Betreuung sowie der sozialen Betreuung tätig sind (vgl. Kap. 2.1.2).

Zwischen 2009 und 2015 nahm die Zahl der Vollzeitäquivalente in der stationären Pflege um 232 (2,4 %) auf rund 9,8 Tsd. Vollkräfte zu.¹⁹ Das lag vor allem an der Zunahme der Teilzeitbeschäftigten und der Erhöhung des Anteils der durchschnittlichen Arbeitszeit der Teilzeitkräfte. Im Betrachtungszeitraum wuchs die Zahl der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte um 1,2 %. Die Vollzeitbeschäftigung gingen um 1,9 % zurück (Tab. 7).

Tab. 7: Pflegepersonal in der stationären Pflege insgesamt 2009 - 2017

Jahr	Vollzeitäquivalente	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte	Teilzeit in % der vollen tariflichen Arbeitszeit
2009	9.566	5.890	5.736	64,1 %
2011	9.794	5.814	5.736	69,4 %
2013	10.228	6.020	6.083	69,2 %
2015	9.798	5.781	5.802	69,2 %
2017	10.091			
Veränderung				
Absolut	+232	-109	+66	
In %	+2,4 %	-1,9 %	+1,2 %	

Im Jahr 2015 waren 50 % der Pflegekräfte in der stationären Pflege in Teilzeit beschäftigt. Die Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten hat im Betrachtungszeitraum zugenommen. 2009 lag sie bei 64,1 % der vollen tariflichen Arbeitszeit. Bis zum Jahr 2015 nahm dieser Anteil auf 69,2 %

¹⁸ Die nachfolgenden Ergebnisse zu den Vollzeitäquivalenten (Kap. 5.1, 5.2) basieren auf einer eigens angeforderten Sonderauswertung der Pflegestatistik durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

¹⁹ Für 2017 lagen bei Abschluss dieses Berichts noch keine Angaben für Voll- und Teilzeitbeschäftigte vor.

zu. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass die Teilzeitkräfte im Mittel gut zwei Drittel der tariflichen Arbeitszeit einer Vollkraft arbeiten, also je nach tariflicher Regelarbeitszeit ca. 27 Stunden pro Woche.²⁰

5.2 Pflegepersonal nach Berufsgruppen

Die amtliche Pflegestatistik weist für den Pflegedienst in der stationären Pflege sechs Berufsgruppen aus, die im Unterschied zur Krankenhausstatistik auch in Vollkräften erfasst sind (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.). Die Entwicklung der jeweiligen Personalzahlen, jeweils wiederum beschränkt auf Pflegekräfte mit Tätigkeitsschwerpunkten in den beiden Bereichen der Pflege und Betreuung sowie der sozialen Betreuung, kann der Tab. 8 entnommen werden.

Die mit Abstand größte Berufsgruppe in der stationären Pflege bilden die Altenpflegerinnen mit rund 4 Tsd. Vollkräften im Jahr 2017. Das entspricht einem Anteil von 40 % aller Pflegekräfte in der stationären Pflege. Zwischen 2009 und 2017 nahm die Zahl der Altenpflegerinnen um 454 (+12,6 %) zu

Die zweitgrößte Berufsgruppe sind die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit knapp 1,5 Tsd. Vollkräften im Jahr 2017, dicht gefolgt von den Altenpflegehelferinnen mit gut 1,4 Tsd. Vollkräften. Während die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen seit 2009 um 39,8 % zurückgegangen ist, ist bei den Altenpflegehelferinnen mit 68,1 % der stärkste Zuwachs im Betrachtungszeitraum zu verzeichnen.

Bei den beiden Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege war die Entwicklung der Personalzahlen zwischen 2009 und 2017 nahezu konstant. Dagegen nahm die Zahl der Vollkräfte im Bereich der sonstigen Pflegeberufe (z. B. Schwesterhelferinnen, Betreuungsassistentinnen) merklich zu.

²⁰ Zur Erklärung: $\text{Vollzeitäquivalente} = (\text{Vollzeitbeschäftigte} \times 1) + (\text{Teilzeitbeschäftigte} \times \text{mittlerer Anteil der Arbeitszeit einer Vollkraft})$. Löst man diese Gleichung nach dem mittleren Anteil der Arbeitszeit auf, erhält man die o. g. Werte.

Tab. 8: Pflegepersonal in der stationären Pflege nach Berufsgruppen 2009 – 2017 in VK

Jahr	Alten- pflege	Altenpfle- gehilfe	Gesund- heits- und Kranken- pflege	Gesund- heits- und Kranken- pflegehilfe	Gesund- heits- und Kinder- kranken- pflege	Sonstige Pflegeberu- fe
2009	3.612	856	2.411	874	103	1.710
2011	3.640	1.073	2.136	720	95	2.130
2013	3.884	1.297	1.916	847	113	2.171
2015	3.979	1.455	1.752	817	96	1.699
2017	4.066	1.439	1.451	948	85	2.102
Veränderung						
Absolut	+454	+583	-960	+4	-18	+392
In %.	+12,6%	+68,1%	-39,8%	+8,5%	-17,5%	+22,9%

5.3 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege

Im Unterschied zur Krankenhausstatistik weist die amtliche Pflegestatistik die Anzahl der Schülerinnen und Schüler nur insgesamt aus (inkl. Ausbildungsberufe außerhalb der Pflege), sodass für die Schülerzahlen in den Pflegeberufen auf die amtliche Schulstatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014, Statistisches Bundesamt, 2009d ff.) rekuriert werden musste (vgl. Kap. 2.1.2). Die Schulstatistik unterscheidet dabei, unabhängig von länderspezifischen Besonderheiten, grundsätzlich zwischen den Ausbildungen in der Altenpflege und Altenpflegehilfe (Tab. 9). Angaben zur Altenpflegehilfe werden in der amtlichen Statistik allerdings erst ab dem Schuljahr 2015/2016 ausgewiesen. Die Angaben zu den Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege gelten dabei Sektor übergreifend für die stationäre und ambulante Pflege.

In der Altenpflege gab es zu Beginn des Schuljahres 2016/2017 fast 3,0 Tsd. Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege. Seit Beginn des Schuljahres 2009/2010 ist deren Anzahl absolut (+1,0 Tsd.) wie relativ (56,1 %) deutlich gestiegen.

Tab. 9: Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege 2009 - 2017

Schuljahr	Altenpflege	Altenpflegehilfe	Insgesamt
2009/2010	1.849	0	1.849
2010/2011	2.300		2.300
2011/2012	2.470		2.470
2012/2013	2.554		2.554
2013/2014	2.620		2.620
2014/2015	2.819		2.819
2015/2016	2.990	18	3.008
2016/2017	2.887	38	2.925
Veränderung			
Absolut	+1.038		+1.076
In %	+56,1		+58,2%

5.4 Prognose der Pflegehäufigkeit

Nachfolgend wird die Entwicklung der Pflegefälle in stationären Pflegeeinrichtungen bis 2030 prognostiziert. Dabei werden zwei Varianten unterschieden: das Status-Quo-Szenario und die Trendfortschreibung (vgl. Kap. 2.2.1).

Nach dem Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit für die stationäre Pflege heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten für die stationäre Pflege konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zugrunde gelegt.

Im Basisjahr 2017 lag die relative Pflegehäufigkeit für stationäre Pflege bei 0,8 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.). In diesem Jahr kommt also, vereinfacht gesagt, auf 125 Einwohner Berlins ein stationärer Pflegefall.²¹ Das Risiko stationärer Pflege fällt dabei für Frauen (1,1 %) deutlich höher aus als für Männer (0,5 %). Nach Altersgruppen sind die Pflegehäufigkeiten bis zum 60. Lebensjahr äußerst gering. Danach steigen sie exponentiell an. So ist im neunten Lebensjahrzehnt etwa jeder vierzehnte Einwohner ein stationärer Pflegefall und ab dem 90. Lebensjahr mehr als jeder vierte Einwohner.

²¹ Die Pflegestatistik erfasst die Fälle in den Pflegeheimen fallbezogen und nicht bewohnerbezogen. Hat derselbe Pflegebedürftige mehrere Heimaufenthalte im Jahr, werden diese Aufenthalte als mehrere Fälle gezählt.

Die absolute Pflegehäufigkeit für stationäre Pflege lag im Basisjahr 2017 bei 29,2 Tsd. Fällen, davon 9,1 Tsd. männlich und 20,1 Tsd. weiblich. Nach dem Status-Quo-Szenario würde die Zahl der Pflegefälle in stationären Pflegeeinrichtungen von 2017 bis 2030 um 12,8 Tsd. von 29,2 Tsd. auf 42,1 Tsd. Fälle steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 43,9 %. Dabei fällt der Anstieg bei den männlichen Fällen (43,8 %) im Vergleich zu den weiblichen Fällen (38,7 %) überproportional aus.

Auch über die Altersgruppen verteilt, ist die Demografie bedingte Entwicklung der Pflegehäufigkeit nicht gleichmäßig. So ist, bei allerdings absolut geringer Prävalenz, in den mittleren Alterskohorten von 15 bis 60 Jahren die Pflegehäufigkeit als Folge der geburtenschwachen Jahrgänge in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts sogar rückläufig. Ab dem 60. Lebensjahr steigen die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten deutlich an. Auffällig ist insbesondere der absolut wie relativ deutliche Anstieg der stationären Pflegehäufigkeiten bei den Hochbetagten ab 90 Jahren. Eine Ausnahme bildet hier die Kohorte von 70 bis 80 Jahren, die bei nahezu konstanter Bevölkerung auch eine fast stabile Pflegehäufigkeit aufweist.

Das Szenario der Trendfortschreibung basiert auf der Annahme, dass sich die Fallzahlen im Prognosezeitraum genauso entwickeln werden wie im Durchschnitt der letzten Jahre. Neben dem Demografieeffekt beeinflussen bei diesem Szenario noch weitere Faktoren die Entwicklung der Pflegehäufigkeit (vgl. Kap. 2.2.1). Zur Ermittlung der Fallzahlentwicklung der letzten Jahre wurde eine lineare Regression mit den Fallzahlen der Jahre 2009 bis 2017 gerechnet (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.). Demnach stiegen die Fallzahlen in diesem Zeitraum jährlich um durchschnittlich rund 425 Fälle.²²

Bei linearer Fortschreibung dieses Werts nimmt die Zahl der Pflegefälle in stationären Pflegeeinrichtungen bis 2030 um 5,5 Tsd. Fälle auf 34,8 Tsd. Fälle zu. Bei einem Ausgangswert von 29,2 Tsd. Fällen in 2017 entspricht dies einer relativen Steigerung von rund 19 %. Die Fallzahlsteigerung gemäß der Trendfortschreibung ist somit deutlich geringer als der Demografieeffekt für sich betrachtet.

²² Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell klärt mit $R^2 = 98$ % die Varianz der Pflegehäufigkeit im Beobachtungszeitraum fast vollständig auf.

Tab. 10: Prognose der Pflegehäufigkeit in der stationären Pflege bis 2030

	Pflegehäufigkeit 2017 in % der Bevölkerung	Pflegefälle 2017 in Tsd.	Pflegefälle 2030 in Tsd. (Prognose)	Differenz 2030-2017 in %
Status-Quo-Szenario				
Gesamt	0,8	29,2	42,1	43,9
Männlich	0,5	9,1	13,1	43,8
Weiblich	1,1	20,1	27,9	38,7
0 bis < 15 Jahre	0,0	0,0	0,0	3,8
15 bis < 60 Jahre	0,1	1,6	1,6	-2,5
60 bis < 70 Jahre	0,6	2,2	2,8	23,6
70 bis < 80 Jahre	1,8	5,9	6,1	3,0
80 bis < 90 Jahre	7,3	11,7	14,7	25,6
90 Jahre oder älter	27,4	7,8	16,9	118,2
Trendfortschreibung				
Gesamt	0,8	29,2	34,8	18,8

5.5 Prognose der Personalmehrbedarfs

Maßgeblicher Einflussfaktor des künftigen Bedarfs an Pflegekräften in der stationären Pflege sind neben der Fallzahlentwicklung die Personalschlüssel in der Pflege. Diesbezüglich werden zwei Szenarien unterschieden: ein Szenario konstanter Personalschlüssel und ein Szenario verbesserter Personalschlüssel.

Der konstante Personalschlüssel entspricht dem Verhältnis von Pflegefällen pro Jahr zur Anzahl der Vollkräfte für das Basisjahr 2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017c). Für die Prognose des künftigen Personalbedarfs an Pflegekräften wird dieser Schlüssel auf die prognostizierten Fallzahlen gemäß dem Status-quo-Szenario und der Trendfortschreibung jeweils bis 2030 bezogen (vgl. Kap. 2.2.2). Bei konstantem Personalschlüssel resultiert der Personalmehrbedarf somit ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu (Tab. 11).

Tab. 11: Personalbedarf in der stationären Pflege bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

	VK in der Pflege 2017 in Tsd.	Zusätzliche Fälle bis 2030 in %	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd.	Zusätzlicher VK-Bedarf in der Pflege 2030 in Tsd.
Status-quo-Szenario	10,1	43,9	14,5	4,4
Trendfortschreibung	10,1	18,8	12,0	1,9

Ende 2017 gab es im Pflegedienst der stationären Pflegeeinrichtungen Berlins 10,1 Tsd. Vollkräfte, die dort überwiegend in der Pflege und sozialen Betreuung der Bewohner tätig waren. Nach dem Status-quo-Szenario zur Prognose der Pflegehäufigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen würde die Anzahl der Pflegefälle bis 2030 um 43,9 % zunehmen. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen resultiert somit ein Mehrbedarf von 4,4 Tsd. Vollkräften in der Pflege. Nach der Trendfortschreibung steigt die Anzahl der Pflegefälle bis 2030 um 18,8 % an. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen liegt der Mehrbedarf bei 1,9 Tsd. Vollkräften in der Pflege.

Für das Szenario verbesserter Personalschlüssel sind Marginalanalysen für zwei Varianten durchgeführt worden (vgl. Kap. 2.2.3). Zum einen wurde ermittelt, welcher zusätzliche Personalbedarf in Vollkräften mit jeder zusätzlichen Verbesserung des Personalschlüssels um 1 % im Vergleich zum Status quo resultieren würde (verbesserter Personalschlüssel der stationären Pflegeeinrichtungen um 1 % im Jahresdurchschnitt). Zum anderen wurde berechnet, welchen zusätzlichen Personalbedarf jede zusätzliche Verbesserung der Personalbesetzung pro Schicht und Abteilung um eine Pflegekraft auslösen würde (Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h pro Tag und Einrichtung; Tab. 12).

Betrachten wir zunächst die um 1 % im Jahresdurchschnitt verbesserten Personalschlüssel. Ende 2017 gab es im Pflegedienst der stationären Pflegeeinrichtungen 10,1 Tsd. Vollzeitäquivalente. Bei 29,2 Tsd. Pflegefällen in diesem Jahr entspricht das einem durchschnittlichen Verhältnis von 2,90 Fällen je Vollkraft. Bei einer Verbesserung um 1 % würde sich das Verhältnis auf 2,87 Fälle je Pflegekraft reduzieren. Den marginalen Personalbedarf bei verbessertem Personalschlüssel für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Schlüssel bereinigt.

Im Vergleich zum Personalbedarf bei konstantem Personalschlüssel (14,5 Tsd. Vollkräfte) würde nach dem Status-quo-Szenario jede (weitere) Verbesserung des Pflegepersonalschlüssels um 1 % einen (zusätzlichen) Mehrbedarf von 0,1 Tsd. Vollkräften erfordern. Nach der Trendfortschreibung liegt bei einer Basis von 12,0 Tsd. der marginale Mehrbedarf gleichfalls bei 0,1 Tsd. Vollkräften. Jede weitere Verbesserung der Personalschlüssel würde einen proportionalen Mehrbedarf bedingen, d. h. bei einer Verbesserung der Schlüssel um 2 % würde sich der Mehrbedarf verdoppeln, bei 3 % verdreifachen usw.

Tab. 12: Personalbedarf in der stationären Pflege bei verbesserten Personalschlüsseln bis 2030

	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd. bei konstantem Personalschlüssel (2,90 Fälle je VK)	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 VK in Tsd.	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 VK in %
Verbesserter Personalschlüssel um 1 %			
Status quo-Szenario	14,5	0,1	1,0
Trendfortschreibung	12,0	0,1	1,0
Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h pro Tag			
Status quo-Szenario	14,5	2,5	17,4
Trendfortschreibung	12,0	2,1	17,4

Für die verbesserte Personalbesetzung pro Schicht und Pflegeheim wird hypothetisch angenommen, dass im Mittel in jeder stationären Pflegeeinrichtung in Berlin eine zusätzliche Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde arbeitet, also in der Summe 24 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Pflegeheim.²³

Laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2017c) gab es im Jahr 2017 rund 390 stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin. Würde in jeder dieser Einrichtungen eine zusätzliche Pflegekraft pro Schicht bzw. pro Stunde arbeiten, würde sich die Jahresarbeitszeit der Pflege in den 390 Pflegeheimen um 3,4 Mio. h erhöhen. Bei einer 39-Stunden-Woche liegt die kalkulatorische Brutto-Jahresarbeitszeit einer Vollkraft bei 1.950 h (250 Brutto-Arbeitstage x 7,8 h).²⁴ Dividiert

²³ Eine unterschiedliche Verteilung dieser zusätzlichen 24 Stunden auf den Tag (z. B. anteilig mehr Stunden in der Frühschicht) oder auf verschiedene Tage (z. B. anteilig mehr Stunden an Werktagen oder in Phasen hoher Belegung) wäre ggf. auch möglich. Das Gleiche gilt für eine unterschiedliche Verteilung der Mehrstunden auf verschiedene Pflegeheime, etwa in Abhängigkeit von der Heimgröße. Für die Berechnung des Mehrbedarfs ist dies c. p. statistisch irrelevant, solange im Schnitt 24 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Pflegeheim resultieren.

²⁴ Zur Berechnung der Brutto-Jahresarbeitszeit vgl. Blum 2016

man die genannten Mehrstunden durch die Brutto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft resultiert ein Mehrbedarf von knapp 1,8 Tsd. Vollkräften durch die Aufstockung der Personalbesetzung um durchschnittlich eine Pflegekraft pro Pflegeheim und Schicht bzw. Stunde. Das Verhältnis von Fällen je Pflegekraft würde sich dadurch hypothetisch von aktuell 2,90 auf 2,47 Fälle je Pflegekraft verbessern.

Den marginalen Personalbedarf bei verbesserter Schichtbesetzung um 24 Stunden pro Tag für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Personenschlüssel bereinigt. Demnach würde sich der marginale Personalmehrbedarf um jeweils gut 17 % oder um 2,5 Tsd. (Status-quo-Szenario) bzw. 2,1 Tsd. Vollkräfte (Trendfortschreibung) erhöhen. Jede andere Verbesserung der Schichtbesetzung würde einen proportionalen Mehrbedarf an Pflegekräften bedingen, z. B. würde sich bei einer Verbesserung der Personalbesetzung um 12 Stunden pro Tag und stationärer Pflegeeinrichtung der Mehrbedarf halbieren, bei einer Verbesserung auf 48 Stunden verdoppeln usw.

6 Entwicklung der ambulanten Pflege

6.1 Pflegepersonal insgesamt

Für die Gesamtzahl des Pflegepersonals werden in der amtlichen Pflegestatistik die Anzahl der Voll- und Teilzeitkräfte sowie die Vollzeitäquivalente zum Stichtag 15.12. des jeweiligen Betrachtungsjahres ausgewiesen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.).²⁵ Als Vollzeitäquivalente werden die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Berücksichtigt sind hier nur Pflegekräfte, die eine Qualifikation in der Alten- oder Krankenpflege im u. g. Sinne haben (vgl. Kap. 6.2) und überwiegend in der unmittelbaren Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld tätig sind (vgl. Kap. 2.1.2).

Zwischen 2009 und 2015 stieg die Zahl der Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege um 550 (6,3 %) auf knapp 9,2 Tsd. Vollkräfte.²⁶ Dabei nahm sowohl die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten als auch der Teilzeitbeschäftigten im Betrachtungszeitraum, absolut wie relativ gesehen, zu (Tab. 13).

Im Jahr 2015 waren 60 % der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege in Teilzeit beschäftigt. Die Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten ist im Betrachtungszeitraum leicht gesunken. Die Teilzeitkräfte arbeiteten 2015 im Mittel etwa 62,7 % der tariflichen Arbeitszeit einer Vollkraft, also je nach tariflicher Regelarbeitszeit ca. 25 h pro Woche.²⁷

Tab. 13: Pflegepersonal in der ambulanten Pflege insgesamt 2009 - 2017

Jahr	Vollzeitäquivalente	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte	Teilzeit in % der vollen tariflichen Arbeitszeit
2009	8.698	4.189	7.150	63,1 %
2011	9.107	4.631	7.093	63,1 %
2013	9.385	4.711	7.408	63,1 %
2015	9.248	4.715	7.229	62,7 %
2017*	9.813			
Veränderung				
Absolut	+550	+526	+79	
In %	+6,3%	+12,6%	+1,1%	

²⁵ Die nachfolgenden Ergebnisse zu den Vollzeitäquivalenten (Kap. 6.1, 6.2) basieren auf einer eigens angeforderten Sonderauswertung der Pflegestatistik durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

²⁶ Für 2017 lagen bei Abschluss dieses Berichts noch keine Angaben für Voll- und Teilzeitbeschäftigte vor.

²⁷ Zur Erklärung: Vollzeitäquivalente = (Vollzeitbeschäftigte x 1) + (Teilzeitbeschäftigte x mittlerer Anteil der Arbeitszeit einer Vollkraft). Löst man diese Gleichung nach dem mittleren Anteil der Arbeitszeit auf, erhält man die o. g. Werte.

6.2 Pflegepersonal nach Berufsgruppen

Die amtliche Pflegestatistik weist für den Pflegedienst in der ambulanten Pflege sechs Berufsgruppen aus, die im Unterschied zur Krankenhausstatistik auch in Vollkräften erfasst sind (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.). Die Entwicklung der jeweiligen Personalzahlen, jeweils wiederum beschränkt auf Pflegekräfte mit überwiegender Tätigkeit in der unmittelbaren Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld, kann der Tab. 14 entnommen werden.

Die beiden größten Berufsgruppen in der ambulanten Pflege bilden die Altenpflegerinnen mit rund 2,2 Tsd. Vollkräften im Jahr 2017 und die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit 2,3 Tsd. Vollkräften. Das entspricht einem Anteil von insgesamt 46 % aller Pflegekräfte in der ambulanten Pflege. Während aber die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen im Betrachtungszeitraum rückläufig ist (-18,3 %), ist der Anteil der Altenpflegerinnen deutlich um 109 % oder fast 1.200 Vollkräfte gestiegen.

Tab. 14: Pflegepersonal in der ambulanten Pflege nach Berufsgruppen 2009 – 2017 in VK

Jahr	Alten- pflege	Alten- pflegehilfe	Gesund- heits- und Kranken- pflege	Gesund- heits- und Kranken- pflegehilfe	Gesund- heits- und Kinder- kranken- pflege	Sonstige Pflege- berufe
2009	1.066	299	2.783	862	208	3.480
2011	1.238	430	2.632	833	196	3.778
2013	1.439	434	2.586	861	178	3.887
2015	1.498	821	2.384	892	172	3.481
2017	2.228	756	2.273	851	170	3.535
Veränderung						
Absolut	1.162	457	-510	-11	-38	55
In %	109,0%	152,8%	-18,3%	-1,3%	-18,3%	1,6%

Auch in der Altenpflegehilfe haben die Personalzahlen zwischen 2009 und 2017 merklich zugenommen. Hier erfolgte eine Steigerung um 152,8 % auf 756 Vollkräfte im Jahr 2017. Dagegen nahm die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ab. Die sonstigen

Pflegeberufe (z. B. Schwesterhelferinnen, Betreuungsassistentinnen) blieben im Zeitraum 2009 bis 2017 nahezu konstant.²⁸

6.3 Prognose der Pflegehäufigkeit

Nachfolgend wird die Entwicklung der Pflegefälle bis 2030 prognostiziert, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden. Dabei werden zwei Varianten unterschieden: das Status-Quo-Szenario und die Trendfortschreibung (vgl. Kap. 2.2.1).

Nach dem Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit für die ambulante Pflege heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten für die ambulante Pflege konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zugrunde gelegt.

Im Basisjahr 2017 lag die relative Pflegehäufigkeit für ambulante Pflege durch ambulante Pflegedienste bei 0,9 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017c). In diesem Jahr wurde, statistisch gesehen, also etwa jeder 110. Einwohner durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Das Risiko ambulanter Pflege fällt dabei für Frauen (1,2 %) deutlich höher aus als für Männer (0,7 %). Nach Altersgruppen sind die Pflegehäufigkeiten bis zum 60. Lebensjahr äußerst gering. Danach steigen sie exponentiell an. So wird im neunten Lebensjahrzehnt etwa jeder dreizehnte Einwohner und ab dem 90. Lebensjahr fast jeder sechste Einwohner durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt.

Die absolute Pflegehäufigkeit für ambulante Pflege durch ambulante Dienste lag im Basisjahr 2017 bei 34,6 Tsd. Fällen, davon 12,2 Tsd. männlich und 22,4 Tsd. weiblich. Nach dem Status-Quo-Szenario würde die Zahl der Pflegefälle bei ambulanten Pflegediensten von 2017 bis 2030 um 10,3 Tsd. von 34,6 Tsd. auf 44,9 Tsd. Fälle steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 29,9 %. Dabei fällt der Anstieg bei den männlichen Fällen (32,1 %) im Vergleich zu den weiblichen Fällen (26,6 %) deutlich überproportional aus.

Auch über die Altersgruppen verteilt, ist die Demografie bedingte Entwicklung der Pflegehäufigkeit nicht gleichmäßig. In den jüngeren Kohorten (unter 60 Jahre) ist sie noch relativ stabil. Ab dem 60. Lebensjahr steigen die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten deutlich an. Auffällig ist insbesondere der absolut wie relativ deutliche Anstieg der ambulanten

²⁸ Auf den Auswies der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege kann in diesem Kapitel verzichtet werden, da sie Sektor übergreifend für die stationäre und ambulante Pflege bereits in Kap. 5.3 dargestellt sind.

Pflegehäufigkeiten bei den Hochbetagten ab 90 Jahren. Eine Ausnahme bildet wiederum die Kohorte von 70 bis 80 Jahren, die bei nahezu konstanter Bevölkerung auch eine fast stabile Pflegehäufigkeit aufweist.

Tab. 15: Prognose der Pflegehäufigkeit durch ambulante Pflegedienste bis 2030

	Pflegehäufigkeit 2017 in % der Bevölkerung	Pflegefälle 2017 in Tsd.	Pflegefälle 2030 in Tsd. (Prognose)	Differenz 2030-2017 in %
Status-Quo-Szenario				
Gesamt	0,9	34,6	44,9	29,9
Männlich	0,7	12,2	16,1	32,1
Weiblich	1,2	22,4	28,3	26,6
0 bis < 15 Jahre	0,0	0,0	0,0	3,8
15 bis < 60 Jahre	0,2	3,8	3,7	-2,5
60 bis < 70 Jahre	1,1	4,2	5,2	23,6
70 bis < 80 Jahre	2,7	8,8	9,1	3,0
80 bis < 90 Jahre	7,9	12,6	15,9	25,6
90 Jahre oder älter	17,7	5,0	10,9	118,2
Trendfortschreibung				
Gesamt	0,9	34,6	47,9	38,5

Das Szenario der Trendfortschreibung basiert auf der Annahme, dass sich die Fallzahlen im Prognosezeitraum genauso entwickeln werden wie im Durchschnitt der letzten Jahre. Neben dem Demografieeffekt beeinflussen bei diesem Szenario noch weitere Faktoren die Entwicklung der Pflegehäufigkeit (vgl. Kap. 2.2.1). Zur Ermittlung der Fallzahlentwicklung der letzten Jahre wurde eine lineare Regression mit den Fallzahlen der Jahre 2009 bis 2017 gerechnet (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009c ff.). Demnach stiegen die Fallzahlen in diesem Zeitraum jährlich um durchschnittlich gut tausend Fälle.²⁹

Bei linearer Fortschreibung dieses Werts nimmt die Zahl der Pflegefälle, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, bis 2030 um 13,3 Tsd. Fälle auf 47,9 Tsd. Fälle zu. Bei einem

²⁹ Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell erklärt mit $R^2 = 87\%$ der Varianz der Pflegehäufigkeit im Beobachtungszeitraum.

Ausgangswert von 34,6 Tsd. Fällen in 2017 entspricht dies einer relativen Steigerung von knapp 39 %. Die Fallzahlsteigerung gemäß der Trendfortschreibung ist somit größer als der Demografieeffekt für sich betrachtet.

6.4 Prognose der Personalmehrbedarfs

Maßgeblicher Einflussfaktor des künftigen Bedarfs an Pflegekräften in der ambulanten Pflege sind neben der Fallzahlentwicklung die Personalschlüssel in der Pflege. Diesbezüglich werden zwei Szenarien unterschieden: ein Szenario konstanter Personalschlüssel und ein Szenario verbesserter Personalschlüssel.

Der konstante Personalschlüssel entspricht dem Verhältnis von Pflegefällen pro Jahr zur Anzahl der Vollkräfte für das Basisjahr 2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017c). Für die Prognose des künftigen Personalbedarfs an Pflegekräften wird dieser Schlüssel auf die prognostizierten Fallzahlen gemäß den Status-quo-Szenario und der Trendfortschreibung jeweils bis 2030 bezogen (vgl. Kap. 2.2.2). Bei konstantem Personalschlüssel resultiert der Personalmehrbedarf somit ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu (Tab. 16).

Tab. 16: Personalbedarf in der ambulanten Pflege bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

	VK in der Pflege 2017 in Tsd.	Zusätzliche Fälle bis 2030 in %	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd.	Zusätzlicher VK-Bedarf in der Pflege 2030 in Tsd.
Status-quo-Szenario	9,8	29,9	12,7	2,9
Trendfortschreibung	9,8	38,5	13,6	3,8

Ende 2017 gab es im Pflegedienst der ambulanten Pflegedienste 9,8 Tsd. Vollkräfte, die dort überwiegend in den Bereichen der Grundpflege, der häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie als Pflegedienstleitung tätig waren. Nach dem Status-quo-Szenario zur Prognose der Pflegehäufigkeit bei ambulanten Pflegediensten würde die Anzahl der Pflegefälle bis 2030 um knapp 30 % zunehmen. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen resultiert somit ein Mehrbedarf von 2,9 Tsd. Vollkräften in der Pflege. Nach der Trendfortschreibung steigt die Anzahl der Pflegefälle bis 2030 um 38,5 % an. Bei einem proportionalen Anstieg der Personalzahlen liegt der Mehrbedarf bei 3,8 Tsd. Vollkräften in der Pflege.

Für das Szenario verbesserter Personalschlüssel sind Marginalanalysen für zwei Varianten durchgeführt worden (vgl. Kap. 2.2.3). Zum einen wurde ermittelt, welcher zusätzliche Personalbedarf in Vollkräften mit jeder zusätzlichen Verbesserung des Personalschlüssels um 1 % im Vergleich zum Status quo resultieren würde (Verbesserter Personalschlüssel der ambulanten Pflegedienste um 1 % im Jahresdurchschnitt). Zum anderen wurde berechnet, welchen zusätzlichen Personalbedarf jede zusätzliche Verbesserung der Personalbesetzung pro Schicht und Abteilung um eine Pflegekraft auslösen würde (Verbesserte Schichtbesetzung um 14 h pro Tag und Dienst; Tab. 17).

Tab. 17: Personalbedarf in der ambulanten Pflege bei verbesserten Personalschlüsseln bis 2030

	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd. bei konstantem Personalschlüssel (3,52 Fälle je VK)	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 VK in Tsd.	Marginaler Mehrbedarf in der Pflege 2030 VK in %
Verbesserter Personalschlüssel um 1 %			
Status quo-Szenario	12,7	0,1	1,0
Trendfortschreibung	13,6	0,1	1,0
Verbesserte Schichtbesetzung um 14 h pro Tag			
Status quo-Szenario	12,7	2,1	16,4
Trendfortschreibung	13,6	2,2	16,4

Betrachten wir zunächst die um 1 % im Jahresdurchschnitt verbesserten Personalschlüssel. Ende 2017 gab es im Pflegedienst der ambulanten Pflegedienste 9,8 Tsd. Vollzeitäquivalente. Bei 34,6 Tsd. Pflegefällen in diesem Jahr entspricht das einem durchschnittlichen Verhältnis von 3,52 Fällen je Vollkraft. Bei einer Verbesserung um 1 % würde sich das Verhältnis auf 3,49 Fälle je Pflegekraft reduzieren. Den marginalen Personalbedarf bei verbessertem Personalschlüssel für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Schlüssel bereinigt.

Im Vergleich zum Personalbedarf bei konstantem Personalschlüssel (12,7 Tsd. Vollkräfte) würde nach dem Status-quo-Szenario jede (weitere) Verbesserung des Pflegepersonalschlüssels um 1 % einen (zusätzlichen) Mehrbedarf von 0,1 Tsd. Vollkräften erfordern. Nach der Trendfortschreibung liegt bei einer Basis von 13,6 Tsd. Vollkräften der marginale

Mehrbedarf gleichfalls bei 0,1 Tsd. Vollkräften. Jede weitere Verbesserung der Personalschlüssel würde einen proportionalen Mehrbedarf bedingen, d. h. bei einer Verbesserung der Schlüssel um 2 % würde sich der Mehrbedarf verdoppeln, bei 3 % verdreifachen usw.

Für die verbesserte Personalbesetzung pro Schicht und ambulantem Pflegedienst wird hypothetisch angenommen, dass im Mittel in jedem Pflegedienst in Berlin eine zusätzliche Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde arbeitet. Im Unterschied zu Krankenhäusern und Pflegeheimen sind ambulante Pflegedienste in der Regel nicht 24 h besetzt, so dass hier abweichende Annahmen zur regelhaften Betriebs- oder Servicezeit getroffen werden müssen. Für die Bedarfsberechnungen wird, mangels empirischer Daten hierzu, deswegen eine durchschnittliche Servicezeit von 14 h pro Tag und damit mittelbar auch eine zusätzliche Arbeitszeit von 14 Stunden pro Tag und Pflegedienst unterstellt.³⁰

Laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2017c) gab es im Jahr 2017 gut 600 ambulante Pflegedienste in Berlin. Würde in jedem dieser Dienste eine zusätzliche Pflegekraft pro Schicht bzw. pro Stunde der Servicezeit arbeiten, würde sich die Jahresarbeitszeit der Pflege in den rund 600 Pflegediensten um 3,1 Mio. h erhöhen. Bei einer 39-Stunden-Woche liegt die kalkulatorische Brutto-Jahresarbeitszeit einer Vollkraft bei 1.950 h (250 Brutto-Arbeitstage x 7,8 h).³¹ Dividiert man die genannten Mehrstunden durch die Brutto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft, resultiert ein Mehrbedarf von rund 1,6 Tsd. Vollkräften durch die Aufstockung der Personalbesetzung um durchschnittlich eine Pflegekraft pro Pflegedienst und Schicht bzw. pro Stunde der Servicezeit. Das Verhältnis von Fällen je Pflegekraft würde sich dadurch hypothetisch von aktuell 3,52 auf 3,03 Fälle je Pflegekraft verbessern.

Den marginalen Personalbedarf bei verbesserter Schichtbesetzung um 14 Stunden pro Tag für das Prognosejahr 2030 erhält man, indem man die prognostizierten Fallzahlen dieses Jahres durch diese Verhältniszahl dividiert und um den Personalbedarf bei konstantem Personalschlüssel bereinigt. Demnach würde sich der marginale Personalmehrbedarf um jeweils gut 16 % oder um 2,1 Tsd. (Status-quo-Szenario) bzw. 2,2 Tsd. Vollkräfte (Trendfortschreibung) erhöhen. Jede andere Verbesserung der Schichtbesetzung würde einen proportionalen Mehrbedarf an Pflegekräften bedingen, z. B. würde sich bei einer

³⁰ Eine unterschiedliche Verteilung dieser zusätzlichen 14 Stunden auf den Tag (z. B. anteilig mehr Stunden in der Frühschicht) oder auf verschiedene Tage (z. B. anteilig mehr Stunden an Werktagen oder in Phasen hoher Inanspruchnahme) wäre ggf. auch möglich. Das Gleiche gilt für eine unterschiedliche Verteilung der Mehrstunden auf verschiedene Pflegedienste, etwa in Abhängigkeit von ihrer Größe. Für die Berechnung des Mehrbedarfs ist dies c. p. statistisch irrelevant, solange im Schnitt 14 Stunden zusätzliche Arbeitszeit pro Tag und Pflegedienst resultieren.

³¹ Zur Berechnung der Brutto-Jahresarbeitszeit vgl. Blum, 2016

Verbesserung der Personalbesetzung um 7 Stunden pro Tag und ambulantem Pflegedienst der Mehrbedarf halbieren, bei einer Verbesserung auf 28 Stunden verdoppeln usw.

7 Zusammenfassung

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie für die drei erfassten Leistungsbereiche der Pflege im Krankenhaus, der stationären und ambulanten Pflege zusammengefasst und verglichen. Darüber hinaus erfolgt für den Personalmehrbedarf bei konstanten Personalschlüsseln eine Trendbereinigung um die fortgeschriebenen Personalzahlen der letzten Jahre.

7.1 Entwicklung von Personal- und Schülerzahlen 2009-2016/17

Tab. 18 zeigt zunächst die Entwicklung der Personal- und Schülerzahlen insgesamt bzw. nach den drei Leistungsbereichen für den Betrachtungszeitraum 2009-2016/17

Von 2009 bis 2016/17 hat über alle Leistungsbereiche die Anzahl der Pflegekräfte um 3,0 Tsd. (9,8 %) auf 33,5 Tsd. Vollkräfte in Berlin zugenommen. Der Anstieg für den Pflegedienst der Krankenhäuser und der ambulanten Pflege fällt überproportional aus, in der stationären Pflege hingegen unterproportional.

Tab. 18: Entwicklung der Personal- und Schülerzahlen zwischen 2009 und 2016/2017

	Anzahl 2016*/ 2017** in Tsd.	Steigerung seit 2009 in Tsd.	Steigerung seit 2009 in %
Vollkräfte in der Pflege			
Krankenhäuser*	13,6	1,4	11,4
Stationäre Pflege**	10,1	0,5	5,5
Ambulante Pflege**	9,8	1,1	12,8
Gesamt	33,5	3,0	9,8
Schülerinnen und Schüler in Pflegeberufen			
Krankenpflegeberufe*	2,8	0,2	6,9
Altenpflegeberufe**	2,9	1,1	58,2
Gesamt	5,7	1,3	28,2

Im selben Zeitraum stieg die Schülerzahl in den Pflegeberufen um 1,3 Tsd. (28,2 %) auf 5,7 Tsd. Schülerinnen und Schüler in Berlin. Im Vergleich zu den Krankenpflegeberufen ist der Anstieg in den Altenpflegeberufen überproportional.

7.2 Prognose der Fallzahlen bis 2030

Tab. 19 fasst die Fallzahlprognosen im Krankenhaus, der stationären und ambulanten Pflege bis 2030 nach dem Status-quo-Szenario und der Trendfortschreibung zusammen.

Bei einem Ausgangswert von 894,1 Tsd. Patienten im Jahr 2016 steigen die Fallzahlen im Krankenhaus, absolut betrachtet, mit 88,8 Tsd. (Status-quo-Szenario) bzw. 244,6 Tsd. Fällen (Trendfortschreibung) bis 2030 am stärksten an. Aus naheliegenden Gründen ist dies vor allem Folge eines merklich höheren Falldurchlaufs im Krankenhaus als in der stationären und ambulanten Pflege.³² Relativ gesehen, fallen die Fallzahlsteigerungen im Krankenhaus im Status-quo-Szenario (9,9 %) deutlich niedriger aus als nach der Trendfortschreibung (27,9 %).

In der stationären Pflege nehmen die Fallzahlen bei einem Ausgangswert von 29,2 Tsd. Fällen in 2017 nach dem Status-quo-Szenario mit 12,8 Tsd. Fällen (43,9 %), absolut wie relativ gesehen, deutlich stärker zu als nach der Trendfortschreibung mit 5,5 Tsd. Fällen (18,8 %). Umgekehrt ist bei einem Ausgangswert von 34,6 Tsd. Fällen der Fallzahlenanstieg in der ambulanten Pflege durch ambulante Pflegedienste nach der Trendfortschreibung (13,3 Tsd. Fälle oder 38,5 %) höher als nach dem Status-quo-Szenario (10,3 Tsd. Fälle oder 29,9 %). Im Vergleich zum Status-quo-Szenario ist gemäß der Trendfortschreibung also eine deutliche Verschiebung zugunsten der ambulanten Pflege erkennbar (zur Diskussion dieser Ergebnisse vgl. ausführlich Kap. 8.1)

³² Aus diesem Grund mangelnder Vergleichbarkeit wird in Tab. 19 auch auf eine Zusammenfassung der Fallzahlen über alle drei Leistungsbereiche verzichtet.

Tab. 19: Prognose der Fallzahlen bis 2030

	Fälle in 2016*/2017** in Tsd.	Fälle in 2030 in Tsd. (Prognose)	Zusätzliche Fälle in 2030 in Tsd.	Zusätzliche Fälle in 2030 in %
Status-quo-Szenario				
Krankenhäuser*	894,1	982,9	88,8	9,9
Stationäre Pflege**	29,2	42,1	12,8	43,9
Ambulante Pflege**	34,6	44,9	10,3	29,9
Trendfortschreibung				
Krankenhäuser*	894,1	1.138,7	244,6	27,4
Stationäre Pflege**	29,2	34,8	5,5	18,8
Ambulante Pflege**	34,6	47,9	13,3	38,5

7.3 Personalmehrbedarf bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

Tab. 20 fasst die Personalprognosen insgesamt und für die drei Leistungsbereiche bei konstanten Personalschlüsseln, differenziert nach dem Status-quo-Szenario und der Trendfortschreibung, zusammen. Bei konstantem Personalschlüssel resultiert der Personalmehrbedarf ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu. Beispielsweise steigt die Fallzahl im Krankenhaus nach dem Status-quo-Szenario bis 2030 um 9,9 %. Dementsprechend steigt der Personalbedarf in der Krankenpflege ebenfalls proportional um 9,9 % oder 1,4 Tsd. Vollkräfte von 13,6 Tsd. Vollkräften (2016) auf 15,0 Tsd. Vollkräfte (2030).

In der Summe über alle Leistungsbereiche würde nach dem Status-quo-Szenario der Personalmehrbedarf in den drei Leistungsbereichen um 8,8 Tsd. (26,0 %) von 33,5 Tsd. Vollkräften im Basisjahr (2016/2017) auf 42,2 Tsd. Vollkräfte in 2030 steigen. Nach der Trendfortschreibung fällt der entsprechende Mehrbedarf an Pflegekräften 9,4 Tsd. Vollkräften bzw. 28,1 % etwas höher aus.

Tab. 20: Personalbedarf bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

	VK in der Pflege 2016*/2017** in Tsd.	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd.	Zusätzlicher VK- Bedarf in der Pflege 2030 in %	Zusätzlicher VK- Bedarf in der Pflege 2030 in Tsd.
Status-quo-Szenario				
Krankenhäuser*	13,6	15,0	9,9	1,4
Stationäre Pflege**	10,1	14,5	43,9	4,4
Ambulante Pflege**	9,8	12,7	29,9	2,9
Gesamt	33,5	42,2	26,0	8,8
Trendfortschreibung				
Krankenhäuser*	13,6	17,3	27,4	3,7
Stationäre Pflege**	10,1	12,0	18,8	1,9
Ambulante Pflege**	9,8	13,6	38,5	3,8
Gesamt	33,5	42,9	28,1	9,4

Analog zur Fallzahlentwicklung weicht der absolute wie relative Mehrbedarf in der Pflege je nach Szenario bzw. Leistungsbereich deutlich voneinander ab. So fällt die relative Steigerung im Krankenhaus nach der Trendfortschreibung mit 27,4 % deutlich höher als nach dem Status-quo-Szenario mit 9,9 %. In der stationären und ambulanten Pflege sind die Entwicklungen, je nach Szenario, unterschiedlich. Während nach dem Status-quo-Szenario der relative Mehrbedarf in den Pflegeheimen (43,9 %) höher ausfällt als in den ambulanten Pflegediensten (29,9 %), nimmt nach der Trendfortschreibung der relative Mehrbedarf in der ambulanten Pflege (38,5 %) deutlich stärker zu als in der stationären Pflege (18,8 %). Dies reflektiert die deutliche Verschiebung zugunsten der ambulanten Pflege nach der Trendfortschreibung (zur Diskussion dieser Ergebnisse vgl. ausführlich Kap. 8.2).

7.4 Trendbereinigter Personalmehrbedarf bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

Nicht nur die Fallzahlentwicklung unterliegt zeitlichen Trends, sondern auch die Entwicklung der Personalzahlen. Schreibt man die Personalzahlen in der Pflege bis 2030 fort und bereinigt den Fallzahl bedingten Personalmehrbedarf um die fortgeschriebenen Personalzahlen, erhält

man dem Mehrbedarf für das Prognosejahr 2030, der nicht über die fortgeschriebenen Personalzahlen gedeckt ist (vgl. im Einzelnen Kap. 2.2.2).³³

Die Trendfortschreibung erfolgt mittels linearer Regressionen mit der vergangenen Entwicklung der Personalzahlen im Krankenhaus, der stationären und ambulanten Pflege als abhängige Variablen und den korrespondierenden Jahreszahlen als unabhängige Variablen. Der unstandardisierte Regressionskoeffizient (B-Wert) bildet den jeweiligen Schätzwert für die jährlichen Steigerungen der Personalzahlen im Prognosezeitraum bis zum Jahr 2030. Die Ergebnisse können der Tab. 21 entnommen werden.

Nach der Trendfortschreibung der Fallzahlen würde der Personalbedarf im Krankenhaus von 13,6 Tsd. Vollkräften im Jahr 2016 um 3,7 Tsd. (27,4 %) auf 17,3 Tsd. Vollkräfte in 2030 steigen. Für die Trendfortschreibung der Personalzahlen wurde eine lineare Regression mit der Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst für die Jahre 2009-2016 gerechnet. Demnach stiegen die Personalzahlen in diesem Zeitraum jährlich um durchschnittlich rund 194 Vollkräfte.³⁴ Bei linearer Fortschreibung dieses Werts nimmt die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus bis 2030 um 2,7 Tsd. Vollkräfte zu. Der trendbereinigte Personalmehrbedarf bei konstantem Personalschlüssel würde demnach bei 1,0 Tsd. Vollkräften (oder 7,4 % von 13,6 Tsd.) im Vergleich zum Basisjahr 2016 liegen.

In der stationären Pflege stiegen die Personalzahlen von 2009 bis 2017 jährlich um durchschnittlich 53 Vollkräfte.³⁵ Bei linearer Fortschreibung dieses Werts nimmt die Zahl der Pflegekräfte in der stationären Pflege bis 2030 um 0,7 Tsd. Vollkräfte zu. Der trendbereinigte Personalmehrbedarf bei konstantem Personalschlüssel würde demnach bei 1,2 Tsd. Vollkräften (12 %) im Vergleich zum Basisjahr 2017 liegen.

In der ambulanten Pflege stiegen die Personalzahlen von 2009 bis 2017 jährlich um durchschnittlich knapp 120. Vollkräfte.³⁶ Bei linearer Fortschreibung dieses Werts nimmt die Zahl der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege bis 2030 um 1,5 Tsd. Vollkräfte zu. Der trendbereinigte Personalmehrbedarf bei konstantem Personalschlüssel würde demnach bei 2,2 Tsd. Vollkräften (22,8 %) im Vergleich zum Basisjahr 2017 liegen.

³³ Entsprechend der Trendfortschreibung der Personalzahlen beschränkt sich die Trendbereinigung hier auch bei den Fallzahlen auf das Szenario der Trendfortschreibung.

³⁴ Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell klärt mit $R^2 = 99$ % die Varianz der Pflegepersonalzahlen im Beobachtungszeitraum fast vollständig auf.

³⁵ Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell klärt mit $R^2 = 40$ % die Varianz der Pflegepersonalzahlen im Beobachtungszeitraum allerdings nur unzureichend auf. Die Personalzahlen stiegen hier insofern nicht proportional zur Fallzahlentwicklung (vgl. Kap. 5.4), so dass die Trendbereinigung insgesamt schwächer ausfällt.

³⁶ Unstandardisierter Regressionskoeffizient (B-Wert) der linearen Regression. Das Regressionsmodell klärt mit $R^2 = 85$ % die Varianz der Pflegepersonalzahlen im Beobachtungszeitraum weitgehend auf.

Tab. 21: Trendbereinigter Personalbedarf bei konstanten Personalschlüsseln bis 2030

	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd.	Zusätzlicher VK-Bedarf in der Pflege 2016*/17** - 2030 in Tsd.	Zusätzlicher VK-Bedarf in der Pflege 2016*/17** - 2030 in %	Trend zusätzliche VK in der Pflege 2016*/17** -2030 in Tsd.	Trend-bereinigter Mehrbedarf VK in Tsd.	Trend-bereinigter Mehrbedarf VK in %
Trendfortschreibung						
Krankenhäuser*	17,3	3,7	27,4	2,7	1,0	7,4
Stationäre Pflege**	12,0	1,9	18,8	0,7	1,2	12,0
Ambulante Pflege**	13,6	3,8	38,5	1,5	2,2	22,8
Gesamt	42,9	9,4	28,1	4,9	4,5	13,3

Nach der Trendfortschreibung würde der Personalbedarf über alle drei Leistungsbereiche von 33,5 Tsd. Vollkräften im Jahr 2016/17 um 9,4 Tsd. (28,1 %) auf 42,9 Tsd. Vollkräfte in 2030 steigen. Trendbedingt werden die Personalzahlen c. p. im selben Zeitraum um 4,9 Tsd. Vollkräfte zunehmen. Der trendbereinigte Personalmehrbedarf liegt dementsprechend bei 4,5 Tsd. Vollkräften (9,4 – 4,9). Im Vergleich zum Basisjahr 2016/17 würde sich relative Mehrbedarf trendbereinigt um 13,3 % erhöhen, wenn die Personalschlüssel konstant bleiben und sich die Personalzahlen, wie dargestellt, fortschreiben lassen (zur Diskussion dieser Ergebnisse vgl. ausführlich Kap. 8.2).

7.5 Personalmehrbedarf bei verbesserten Personalschlüsseln bis 2030

Tab. 22 fasst die Ergebnisse für die drei Leistungsbereiche bei verbesserten Personalschlüsseln zusammen (Basis: 2016 für Krankenhäuser und 2017 für Pflegeeinrichtungen), wiederum differenziert nach dem Status-quo-Szenario und der Trendfortschreibung sowie nach dem verbesserten Personalschlüssel um 1 % pro Jahr bzw. nach der verbesserten Schichtbesetzung um 24 h/14 h pro Tag.

Mit jeder zusätzlichen Verbesserung des durchschnittlichen Verhältnisses von Fällen je Pflegekraft um 1 % würde sich nach dem Status-quo-Szenario wie nach der Trendfortschreibung

der Personalmehrbedarf in den drei Leistungsbereichen um jeweils 0,4 Tsd. Vollkräfte erhöhen. (jeweils im Vergleich zum Mehrbedarf bei konstanten Personalschlüsseln in 2030). Die Werte für die drei Leistungsbereiche können im Einzelnen der Tabelle 22 entnommen werden.

Mit jeder zusätzlichen Verbesserung der Schichtbesetzung um durchschnittlich 24 h am Tag (je Fachabteilung im Krankenhaus bzw. je Pflegeheim) respektive durchschnittlich 14 h am Tag (je ambulantem Pflegedienst) würde sich der Personalmehrbedarf in den drei Leistungsbereichen nach dem Status-quo-Szenario wie nach der Trendfortschreibung um jeweils rund 6, 1 Tsd. Vollkräfte bzw. um gut 14 % erhöhen (jeweils im Vergleich zum Mehrbedarf bei konstanten Personalschlüsseln in 2030).

Verglichen mit den Krankenhäusern fallen die relativen Steigerungsraten in der stationären und ambulanten Pflege überproportional aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Verhältnis von Fällen zu Pflegekräften hier kleiner ist, eine absolute Steigerung der Personalbesetzung um 24 h bzw. 14 h pro Tag somit stärker ins Gewicht fällt (zur Diskussion dieser Ergebnisse vgl. ausführlich Kap. 8.3).

Tab. 22: Personalbedarf bei verbesserten Personalschlüsseln bis 2030

	VK-Bedarf in der Pflege 2030 insgesamt in Tsd. bei konstanten Personalschlüsseln	Marginaler Mehrbe- darf in der Pflege 2030 VK in Tsd..	Marginaler Mehrbe- darf in der Pflege 2030 VK in %
Verbesserter Personalschlüssel um 1 %			
Status-quo-Szenario			
Krankenhäuser	15,0	0,2	1,0
Stationäre Pflege	14,5	0,1	1,0
Ambulante Pflege	12,7	0,1	1,0
Gesamt	42,2	0,4	1,0
Verbesserter Personalschlüssel um 1 %			
Trendfortschreibung			
Krankenhäuser	17,3	0,2	1,0
Stationäre Pflege	12,0	0,1	1,0
Ambulante Pflege	13,6	0,1	1,0
Gesamt	42,9	0,4	1,0
Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h*/14 h** pro Tag			
Status-quo-Szenario			
Krankenhäuser*	15,0	1,5	10,1
Stationäre Pflege*	14,5	2,5	17,4
Ambulante Pflege**	12,7	2,1	16,4
Gesamt	42,2	6,1	14,5
Verbesserte Schichtbesetzung um 24 h*/14 h** pro Tag			
Trendfortschreibung			
Krankenhäuser*	17,3	1,8	10,1
Stationäre Pflege*	12,0	2,1	17,4
Ambulante Pflege**	13,6	2,2	16,4
Gesamt	42,9	6,1	14,1

8 Diskussion

Ziele der vorliegenden Studie waren eine Bestandsaufnahme der aktuellen Personalsituation in der Pflege in Berlin, die Prognose des Personalbedarfs an Pflegekräften in den Berliner Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bis 2030 und das Aufzeigen von Handlungsoptionen zur Bedarfsdeckung. Datenbasis für die Analysen und Prognosen bildeten die amtliche Krankenhaus- und Pflegestatistik sowie die Bevölkerungsvorausberechnung Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und bewertet sowie mögliche Handlungsmaßnahmen dargestellt.

8.1 Bewertung der Fallzahlentwicklung

Eine maßgebliche Einflussgröße des künftigen Bedarfs an Pflegekräften bildet die Entwicklung der Fallzahlen, also der Krankenhaus- und Pflegefälle. Für die Fallzahlentwicklung werden in dieser Studie zwei Szenarien unterschieden: ein Status-quo-Szenario, das alleine die demografisch bedingte Fallzahlentwicklung nach Alter und Geschlecht beschreibt, und die Trendfortschreibung der bisherigen Fallzahlen, welche darüber hinaus weitere Einflussfaktoren der Fallzahlentwicklung umfasst. Nach den beiden Szenarien wurden für das Prognosejahr 2030 im Vergleich zum Basisjahr 2016/17 die folgenden Fallzahlen für Berlin prognostiziert:

- Im Krankenhaus würden die Fallzahlen von 894,1 Fällen in 2016 um 88,8 Tsd. Fälle (Status-quo-Szenario) bzw. 244,6 Tsd. Fälle (Trendfortschreibung) in 2030 steigen.
- In der stationären Pflege würden die Fallzahlen von 29,2 Tsd. Fällen in 2017 um 12,8 Tsd. Fälle (Status-quo-Szenario) bzw. 5,5 Tsd. Fälle (Trendfortschreibung) in 2030 steigen.
- In der ambulanten Pflege würden die Fallzahlen von 34,6 Tsd. Fällen in 2017 um 10,3 Tsd. Fälle (Status-quo-Szenario) bzw. 13,3 Tsd. Fälle (Trendfortschreibung) in 2030 steigen.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Fallzahlprognosen für Berlin nach den beiden Szenarien innerhalb der drei Leistungsbereiche merklich voneinander abweichen. So fallen bei der Pflege im Krankenhaus (27,4 % nach Trendfortschreibung vs. 9,9 % nach Status-Quo-Szenario) und der ambulanten Pflege (38,5 % nach Trendfortschreibung vs. 29,9 % nach Status-Quo-Szenario) die relativen Fallzahlsteigerungen nach der Trendfortschreibung höher aus als nach dem Status-Quo-Szenario; umgekehrt verhält es sich bei der stationären Pflege (18,8 % nach Trendfortschreibung vs. 43,9 % nach Status-Quo-Szenario).

Insgesamt legen die Ergebnisse somit nahe, dass die demografischen Einflussfaktoren gemäß dem Status-Quo-Szenario, also Alter und Geschlecht, die Prognosen der Fallzahlen und des

Personalbedarfs in der Pflege nicht hinreichend erklären können. Die Determinanten der Fallzahlentwicklung sind vielmehr komplexer und werden durch eine Reihe anderer Faktoren beeinflusst (vgl. Kap 2.2.1), die c. p. einen darüber hinausgehenden Personalbedarf bedingen (Krankenhaus und ambulante Pflege) oder den demografisch bedingten Mehrbedarf abschwächen (stationäre Pflege).³⁷

Im Rahmen dieser Studie wurden allerdings die Einflussfaktoren der Fallzahlrends nicht im Einzelnen separiert oder quantifiziert, sondern in einem Kennwert (Steigerungskoeffizienten) zusammengefasst. Eine differenziertere Kausalanalyse der Trendfortschreibung ist insofern nicht erfolgt. Darüber hinaus ist die lineare Trendfortschreibung der Fallzahlen, wie jede Prognose, mit Unsicherheiten behaftet. Diese resultieren insbesondere aus dem medizinischen und medizintechnischen Fortschritt, etwaigen Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie einer politischen Einflussnahme auf die Kapazitätsplanung und die rechtliche Ausgestaltung von Gesundheitsleistungen.

Nichtsdestotrotz erscheinen die Fallzahlprognosen nach der Trendfortschreibung insgesamt plausibler als nach dem Status-quo-Szenario. Für die Trendfortschreibung als den plausibleren Prognosemodellen spricht insbesondere die Tatsache, dass sie die Varianzen der Krankenhaus- und Pflegehäufigkeiten im Betrachtungszeitraum nahezu vollständig aufklären (vgl. Kap. 4.4, 5.4, 6.3).

8.2 Bewertung des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln

Neben der Fallzahlentwicklung bilden die Personalschlüssel je Fall die zweite maßgebliche Einflussgröße des künftigen Bedarfs an Pflegekräften in Berlin. Der konstante Personalschlüssel entspricht dabei dem Verhältnis von Fällen zu Pflegevollkräften für die drei Leistungsbereiche im Basisjahr 2016 (Krankenhäuser) bzw. 2017 (Pflegeeinrichtungen). Bei konstantem Personalschlüssel resultiert der Personalmehrbedarf ausschließlich durch die jeweiligen Fallzahlsteigerungen und nimmt daher proportional zu den Fallzahlen zu.

³⁷ Für den letztgenannten Effekt dürfte insbesondere eine Verschiebung zugunsten der ambulanten Pflege verantwortlich zeichnen. Inwieweit dies eine abnehmende stationäre Pflegebedürftigkeit je Alterskohorte oder Kapazitätsengpässe in den Pflegeheimen widerspiegelt und inwieweit hier weitere Gründe eine Rolle spielen, muss im Rahmen dieser Studie offen bleiben.

Sofern die Trendfortschreibung das plausible Prognosemodell darstellt (vgl. Kap. 8.1), ist davon auszugehen, dass im Vergleich zum Basisjahr für das Jahr 2030, bei ansonsten konstanten Personalschlüsseln, eher folgender Personalmehrbedarf resultieren wird (vgl. Kap. 7.2):

- Insgesamt sind bis dahin in Berlin rund 9,4 Tsd. Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) zusätzlich erforderlich (+28,1 %)
- 3,7 Tsd. Vollkräfte (+27,4 %) entfallen davon auf die Pflege im Krankenhaus.
- 1,9 Tsd. zusätzliche Vollkräfte (+18,8 %) sind in der stationären Pflege erforderlich.
- Der absolut wie relativ größte Mehrbedarf resultiert in der ambulanten Pflege mit knapp 3,8 Tsd. Vollkräften (+38,5 %).

Allerdings gibt es nicht nur bei der Fallzahlentwicklung zeitliche Trends, sondern auch bei der Entwicklung der Personalzahlen in Berlin. So sind hier in der jüngeren Vergangenheit (2009 bis 2016/17) auch die Personalzahlen in der Pflege durchweg angestiegen (vgl. Kap. 7.1 und 6.3), konkret um durchschnittlich

- 0,2 Tsd. Vollkräfte im Krankenhaus oder ca. 1,5 % pro Jahr
- 0,1 Tsd. Vollkräfte in der stationären Pflege oder ca. 0,5 % pro Jahr
- 0,1 Tsd. Vollkräfte in der ambulanten Pflege oder ca. 1,5 % pro Jahr
- 0,4 Tsd. Vollkräfte insgesamt pro Jahr

Selbst wenn es gelingen würde, diese Trends zu verstetigen, könnte der Personalmehrbedarf von insgesamt 9,4 Tsd. zusätzlichen Vollkräften bei Trendfortschreibung der Fallzahlen und konstanten Personalschlüsseln bis 2030 nur etwa zur Hälfte gedeckt werden. Der trendbereinigte Mehrbedarf würde demnach bei 4,5 Tsd. Vollkräften liegen. Dies ist allerdings nur wahrscheinlich, wenn mögliche Handlungsmaßnahmen rechtzeitig, gezielt und umfassend umgesetzt werden (vgl. Kap. 8.4).

Konstante Personalschlüssel gehen definitionsgemäß vom bestehenden Verhältnis von Fällen zu Pflegekräften aus. Damit sind bestimmte Limitationen verbunden. So ist die Bedarfsgerechtigkeit dieser Schlüssel als solche fraglich (vgl. Kap. 8.3). Daneben muss offen bleiben, inwieweit insbesondere alle Personen mit Pflegebedarf aktuell überhaupt eine von den Betroffenen erwünschte pflegerische Versorgung durch professionelle Anbieter erhalten. So werden ggf. Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld von Angehörigen versorgt, weil ambulante Pflegedienste (kurz- bis mittelfristig) keine weiteren Fälle mehr annehmen. Darüber hinaus werden Pflegebedürftige mit stationärem Pflegebedarf (bis auf weiteres) ambulant versorgt, wenn in den stationären Pflegeeinrichtungen keine Pflegeplätze verfügbar sind.

Entsprechende Unterversorgungen werden bei den zugrunde gelegten Personalschlüsseln nicht erfasst.

Des Weiteren wird davon abstrahiert, dass es schon heute in den Krankenhäusern, der stationären und ambulanten Pflege Stellenbesetzungsprobleme gibt, also offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. So hat aktuell gut die Hälfte der deutschen Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst (DKI, 2016). Auch in der ambulanten und stationären Altenpflege stellt der Fachkräftemangel in der Pflege bundesweit ein zentrales Problem dar (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2016, 2018). Entsprechend aktuelle und repräsentative Daten liegen für Berlin nicht vor. Unabhängig davon, würden bereits die aktuellen Personalschlüssel besser ausfallen, wenn in den Berliner Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen alle offenen Stellen besetzt wären. Mit Blick auf den Personalmehrbedarf in der Pflege bis 2030 wäre insofern ggf. noch ein Zusatzbedarf zu taxieren, der diesem Umstand Rechnung trägt.

8.3 Bewertung des Personalbedarfs bei verbesserten Personalschlüsseln

Gegebene Personalschlüssel sagen nichts darüber aus, inwieweit die vorhandenen Personalbesetzungen in der Pflege in einem wie auch immer definierten Sinne hinreichend oder bedarfsgerecht sind. Zur Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung trifft die vorliegende Studie mangels konsensfähiger und eindeutig objektivierbarer Standards ausdrücklich keine Aussagen (vgl. Kap. 2.2.3).

Stattdessen wurden in dieser Studie Marginalanalysen durchgeführt, also taxiert, welcher zusätzliche Personalbedarf in der Pflege mit jeder zusätzlichen Verbesserung der Personalschlüssel im Vergleich zum Status quo resultieren würde. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die personellen Auswirkungen unterschiedlicher Personalschlüssel, etwa nach wissenschaftlichen oder Expertenstandards oder normativen Festlegungen von Politik und Selbstverwaltung, sehr genau simuliert werden können, ohne sich auf einen bestimmten Schlüssel festlegen zu müssen.

Der Personalmehrbedarf infolge verbesserter Pflegepersonalschlüssel ist in zwei Varianten untersucht worden. Zum einen wurde geschätzt, welcher (zusätzliche) Personalbedarf bei (jeder weiteren) Verbesserung der Personalschlüssel um 1 % im Vergleich zum Status quo resultieren würde. Zum anderen wurde ermittelt, welcher (zusätzliche) Personalbedarf bei (jeder

weiteren) Verbesserung der Personalbesetzung je Leistungsbereich (Krankenhausabteilung, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtung) um eine Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde erforderlich wäre.

Sofern die Trendfortschreibung das plausible Prognosemodell darstellt (vgl. Kap. 8.1), wird über die danach prognostizierten 9,4 Tsd. zusätzlichen Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) bei konstanten Personalschlüsseln hinaus jede weitere Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel um 1 % folgende Mehrbedarfe bedingen (vgl. Kap. 7.4):

- 0,4 Tsd. zusätzliche Pflegekräfte insgesamt bzw.
- 0,2 Tsd. zusätzliche Vollkräfte im Krankenhaus
- 0,1 Tsd. zusätzliche Vollkräfte in der stationären Pflege
- 0,1 Tsd. zusätzliche Vollkräfte in der ambulanten Pflege

Wollte man beispielsweise die Personalschlüssel um 10,0 % verbessern, läge der marginale Mehrbedarf bei 4,0 Tsd. Vollkräften bzw. der Mehrbedarf insgesamt bei 13,4 Tsd. Vollkräften (9,4 Tsd. + 4,0 Tsd.) bis 2030; das gleiche gilt analog für jede andere prozentuale Verbesserung der Personalschlüssel.

Über die 9,4 Tsd. zusätzlichen Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) bei konstanten Personalschlüsseln und Trendfortschreibung der Fallzahlen bis 2030 hinaus würde jede weitere Verbesserung der Personalbesetzung um eine Pflegekraft je Schicht bzw. je Stunde folgende Mehrbedarfe auslösen (vgl. Kap. 7.4):

- 6,1 Tsd. zusätzliche Pflegekräfte insgesamt bzw.
- 1,8 Tsd. zusätzliche Vollkräfte im Krankenhaus
- 2,1 Tsd. zusätzliche Vollkräfte in der stationären Pflege
- 2,2 Tsd. zusätzliche Vollkräfte in der ambulanten Pflege

Bei einer Verbesserung der Personalbesetzung im definierten Sinne läge der Mehrbedarf insgesamt somit bei 15,5 Tsd. Vollkräften (9,4 Tsd. + 6,1 Tsd.) bis 2030. Das gleiche gilt analog für jede andere verbesserte Schichtbesetzung.

Im Vergleich zu einer Deckung des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln ist eine Bedarfsdeckung bei signifikant verbesserten Schlüsseln noch fraglicher, zumal angesichts des überschaubaren Prognosezeitraums und des erforderlichen Vorlaufs für wirksame Handlungsoptionen. Möglicherweise lassen sich (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nur

sukzessive und ggf. über einen längeren Prognosezeitraum erreichen als in dieser Studie zugrunde gelegt. Dies stellt ausdrücklich kein grundsätzliches Argument gegen diesbezügliche Anstrengungen zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege dar.

Praktisch können in allen drei Leistungsbereichen (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nicht mehr mit einer gezielten Verstetigung und Verstärkung derjenigen Maßnahmen erreicht werden, die den Anstieg der Pflegepersonalzahlen seit 2009 bedingt haben. Hierfür sind weitere Interventionen erforderlich, die in Art oder Umfang (deutlich) über die bisherigen Maßnahmen hinausgehen.

8.4 Handlungsoptionen

Angesichts des signifikanten Personalmehrbedarfs in der Pflege in Berlin, insbesondere bei wünschenswert verbesserten Personalschlüsseln, stellt sich die Frage, welche grundsätzlichen Handlungsoptionen für eine verbesserte Personalausstattung in der Pflege bestehen. Eine Verbesserung der Personalschlüssel, also definitorisch des Verhältnisses von Fällen je Pflegekraft, kann rein logisch entweder durch einen Ausbau der Personalzahlen oder durch eine Reduktion der Fallzahlen erfolgen. Nachfolgend werden mögliche Handlungsoptionen aufgezeigt, wie die Personalschlüssel in der Pflege verbessert werden können.

- Ausbau der Ausbildungskapazitäten

Die Ausbildungskapazitäten in der Alten- und Krankenpflege sind in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut worden. Damit konnte der steigende Personalbedarf in der Pflege schon bislang maßgeblich gedeckt werden bzw. wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass dies auch künftig möglich ist. In Zukunft wird es darum gehen, diesen Prozess zu verstetigen und die Ausbildungsplätze noch stärker auszubauen als bisher. Ohne einen merklichen Ausbau der Ausbildungsplätze für die künftige generalistische Pflegeausbildung wird, aller weiteren Handlungsoptionen zum Trotz, der künftige Bedarf an Pflegekräften kaum zu decken sein.

- Reduktion der Teilzeitquoten

In den drei betrachteten Leistungsbereichen fällt der Anteil der Teilzeitkräfte mit 49 % im Krankenhaus, 50 % in der stationären Pflege und 60 % in der ambulanten Pflege relativ hoch aus. Insofern besteht hier ein relativ großes Potenzial, beim vorhandenen Personal, also ohne Neueinstellungen, durch Arbeitszeitverlängerungen bei Teilzeitkräften zusätzliche Vollzeitäquivalente zu generieren. Ein entsprechende Reduktion der Teilzeitquote setzt zum einen eine dif-

ferenzierte Analyse voraus, warum viele Pflegekräfte Teilzeit arbeiten bzw. ob und unter welchen Bedingungen sie ggf. bereit wären, länger zu arbeiten. Zum anderen sind auf dieser Basis Arbeitszeitmodelle und Arbeitsbedingungen zu entwickeln und zu implementieren, die es Teilzeitkräften ermöglichen, länger oder flexibler zu arbeiten.

- Rekrutierung der „stillen Reserve“

Es ist bekannt, dass relativ viele Pflegekräfte vorzeitig oder längerfristig aus der aktiven Pflege aussteigen, vor allem während der Phase der Elternzeit und Kindererziehung, ggf. aber auch aus anderen privaten oder beruflichen Gründen. Sofern diese Klientel gewonnen werden könnte, überhaupt respektive früher in die Pflege zurückzukehren, stünde hiermit ein zusätzliches Potenzial an Arbeitskräften für den Pflegemarkt zur Verfügung. Über den Umfang dieser „stillen Reserve“ und ihre Bereitschaft zur Berufsrückkehr liegen zwar keine verlässlichen Daten vor. Durch entsprechende Akquiseaktivitäten, Kontakthalte-, Wiedereinstiegs- und Qualifizierungsprogramme kann diese Klientel aber gezielt angesprochen werden. Familienorientierte Angebote, wie betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen oder familienfreundliche Arbeitszeiten, erleichtern gerade Pflegekräften mit Kindern den (früheren) Wiedereinstieg in den Pflegeberuf.

- Längerer Verbleib in der Pflege

Trotz relativ hoher Berufstreue scheiden auch Pflegekräfte teilweise vorzeitig aus dem Berufsleben aus (vorzeitiger Renteneintritt) oder steigen noch vor Renteneintritt aus dem Pflegeberuf aus (Flake et al. 2018). Durch einen längeren Verbleib in der Pflege oder einen verzögerten Renteneintritt könnten beim vorhandenen Personal, also ohne Neueinstellungen, zusätzliche Vollzeitäquivalente gewonnen werden. Vor allem durch Modelle altersgerechten Arbeitens, etwa über Job-Rotation, eine altersangepasste Arbeitsverteilung in der Pflege oder einen Wechsel in Tätigkeitsfelder mit abweichenden Anforderungsprofil, kann diese Klientel länger im Pflegeberuf verbleiben. Des Weiteren kann altersübergreifend durch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die auf einen Abbau oder eine Regulierung körperlicher und psychosozialer Arbeitsbelastungen in der Pflege abzielen, ein gesundes Altern im Beruf gefördert werden. Auch mitarbeiterorientierte Maßnahmen etwa in den Bereichen der Personal- und Führungskräfteentwicklung, von Fort- und Weiterbildung erhöhen die Attraktivität der Pflegeberufe und begünstigen einen längeren Berufsverbleib.

- Stärkere Differenzierung der Pflegearbeit

Insoweit qualifizierte Pflegekräfte am Markt schwer zu finden sind, sollten sich insbesondere dreijährig examinierte Pflegekräfte noch stärker als bislang auf ihre Kernkompetenzen in der

Grund- und Behandlungspflege fokussieren. Patienten- und pflegeferne Tätigkeiten sowie basale Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege könnten dann, so weit wie organisatorisch und qualitativ vertretbar, an Pflegeassistenten, Pflegehelfer und Servicepersonal delegiert werden, etwa bei Dokumentation und Administration, Hol-, Bringe- und Patientenbegleitdiensten, Essensbestellung und -verteilung etc. (Offermanns, 2010). Durch eine solche Differenzierung der Pflegearbeit werden die Pflegeberufe bzw. der Tätigkeitsfelder in der Pflege stärker für eine Klientel geöffnet, die keine hinreichenden schulischen oder qualifikatorischen Voraussetzungen für eine dreijährige Pflegeausbildung mitbringt. Im Vergleich zur stationären und ambulanten Pflege besteht insbesondere bei der Pflege im Krankenhaus noch Potenzial für eine stärkere Differenzierung der Pflegearbeit.

- Abbau von Dokumentation und Administration

Die Pflegearbeit wird zusehends durch Administrations- und Dokumentationstätigkeiten belastet (Offermanns, 2010). Zum einen geht dadurch Zeit für die Pflege am Patienten verloren. Zum anderen bildet die bürokratische Überfrachtung mit diesen patientenfernen Tätigkeiten einen maßgeblichen Grund für die mangelnde Berufszufriedenheit und ein häufig angeführtes Motiv für den Berufsausstieg. Die zunehmende Bürokratie in der Pflege ist nicht zuletzt Folge externer Dokumentationsanforderungen von Politik, Selbstverwaltung, Kassen und MDK. Durch einen gezielten und nachhaltigen Bürokratieabbau können diese Akteure also indirekt zu einer verbesserten Personalausstattung in der Pflege beitragen. Daneben bietet auch die zunehmende Digitalisierung der Krankenhausarbeit Möglichkeiten zum Abbau von Dokumentation und Administration.

- Akquise von Pflegekräften aus dem Ausland

Eine weitere Möglichkeit, die Personalausstattung in der Pflege zu verbessern, besteht in der Akquise von Pflegekräften aus dem Ausland. Die Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften ist zwar ggf. mit sprachlichen, kulturellen und qualifikatorischen Problemen verbunden. Nichtsdestotrotz nutzen etwa Krankenhäuser schon heute bei langanhaltenden Stellenbesetzungsproblemen diese Option (DKI, 2015). Auch in der ambulanten Pflege sind ausländische Pflegekräfte im Haushalt von Pflegebedürftigen längst verbreitete Praxis (Flake et al. 2018). Vor diesem Hintergrund ist auch die Akquise ausländischer Pflegekräfte als flankierende Maßnahme neben anderen geeignet, das das Arbeitskräftepotenzial in der Pflege zusätzlich aufzustocken.

- Nutzung soziodemografischer Rahmenbedingungen

Auf der einen Seite bedingt die demographische Entwicklung zwar einen steigenden Personalbedarf in der Pflege. Auf der anderen Seite führen günstige soziodemographische Rahmenbedingungen zu einem stabilen oder ggf. steigenden Reservoir an potenziellen Arbeitskräften für die Pflege. Die Geburtenraten sind, bei teilweise sogar leicht steigender Tendenz, seit Jahren relativ stabil. In Verbindung mit der starken Zuwanderung dürften die Schülerzahlen in den nächsten Jahren sogar tendenziell steigen. Damit können c. p. mehr Schulabgänger für die Pflegeberufe gewonnen werden als bislang. Bei steigenden Erwerbsquoten vor allem infolge von Zuwanderungen, der guten wirtschaftlichen Lage und einer höheren Frauenerwerbstätigkeit nimmt auch die Zahl der Erwerbstätigen und damit c. p. der Erwerbspersonen für die Pflegeberufe zu. Für die Verantwortlichen in Politik, Selbstverwaltung und vor Ort in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen kommt es darauf an, diese günstigen soziodemografischen Rahmenbedingungen durch die o. g. und weitere Maßnahmen gezielt für die Mitarbeitergewinnung und Mitarbeiterbindung in der Pflege zu nutzen.

- Bessere Finanzierung der Pflege

Letztlich kann der Ausbau der Personal- und Schülerzahlen in der Pflege nur gelingen, wenn die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die Erlöse der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen daher soweit steigen, dass der Personalmehrbedarf in der Pflege damit gedeckt werden kann. Bei der Kalkulation und Festlegung der jeweiligen Leistungsentgelte sind die höheren Personalkosten dementsprechend einzupreisen. Darüber hinaus sind ggf. auch die Pflegeberufe finanziell attraktiver zu gestalten, um über monetäre Anreize zusätzliche Pflegekräfte zu generieren. Das gilt nicht nur, aber insbesondere für die Altenpflegeberufe, die im Vergleich zur Krankenpflege deutlich schlechter vergütet werden.

- Rationierung oder Priorisierung von Leistungen

Können Patienten oder Pflegebedürftige mit dem verfügbaren Pflegepersonal nicht (angemessen oder hinreichend) versorgt werden, müssen ggf. Wartelisten eingeführt oder ausgebaut bzw. Betten oder Stationen sogar vorübergehend gesperrt werden. Im Krankenhaus kann dies etwa vor allem weniger dringliche Elektivfälle betreffen. In der stationären und ambulanten Pflege würde ggf. eine Priorisierung nach Pflegebedürftigkeit oder der Möglichkeit bzw. fehlenden Möglichkeit der häuslichen Betreuung durch Angehörige erfolgen. Dies wäre definitiv eine äußerst abträgliche Folge einer unzureichenden Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die es nach Möglichkeit zu vermeiden gilt. Diese und andere dramatischen Folgen einer Unterbesetzung in der Pflege zeigen umso mehr die Dringlichkeit diesbezüglicher Handlungsmaßnahmen.

- Prävention von Leistungsbezügen

Die Fallzahlen können auch mittels präventiver Maßnahmen reduziert werden, die auf eine Verhinderung oder auf eine Verzögerung von Leistungsbezügen ausgerichtet sind. Dies betrifft etwa Beratungs- und Unterstützungsangebote speziell für ältere Menschen im häuslichen Umfeld, etwa durch niedrigschwellige Case-Management orientierte Beratungsangebote, die Stärkung des Laiensystems, pflegegerechte Ausstattung von Wohnungen oder die Entwicklung neuer Wohnformen (Rothgang et al. 2012). Dazu zählen aber auch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die eine Verbesserung von Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand bezwecken. Auch wenn präventive Maßnahmen in der Regel einen längeren Vorlauf für ihre Implementation und Wirkung brauchen, signalisieren sie, dass es auch jenseits von Priorisierung und Rationierung Potenziale für eine Fallzahlreduktion gibt.

- Änderung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kann die Personalausstattung in der Pflege nicht (angemessen oder hinreichend) ausgebaut werden, sind ggf. Veränderungen in den Strukturen und Prozessen der Versorgung erforderlich. Entsprechende Maßnahmen betreffen etwa Verbesserungen in der Aufbau- und Ablauforganisation von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Solche Änderungen hat es bereits in der Vergangenheit gegeben. Darüber hinaus dürfte künftig insbesondere die Digitalisierung im Gesundheitswesen erheblich zu Prozessoptimierungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beitragen, etwa mit Blick auf die Vermeidung von Doppel- und Mehrfachdokumentationen, die Zentralisierung und Vernetzung von Informationen, die Digitalisierung von Prozessen bzw. die digitale Unterstützung von Prozessen etc. Die aufgezeigten Entwicklungen können insofern den Personalmehrbedarf in der Pflege teilweise abschwächen.

8.5 Fazit

Die Deckung des Pflegepersonalbedarfs in den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten Berlins stellt eine der zentralen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der nächsten Jahre und Jahrzehnte dar. Diese Herausforderung ist im Wesentlichen auf zwei Ursachen zurückzuführen: Zum einen wird die Anzahl der Krankenhaus- und Pflegefälle in Zukunft deutlich zunehmen. Zum anderen dürfte infolge von Personalvorgaben von Politik und Selbstverwaltung (Personalschlüssel, Personaluntergrenzen, Fachkraftquoten, Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs und Refinanzierung zusätzlicher Pflegestellen etc.) die Personalausstattung in der Pflege bzw. der Pflegepersonalbedarf künftig steigen. Zu den quantitativen Auswirkungen dieser Personalvorgaben auf den Personalbedarf in der Pflege kann die vorliegende Studie aus naheliegenden Gründen noch keine Aussagen treffen.

Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen fällt das Fazit dieser Studie skeptisch aus. Hinsichtlich des fallzahlbedingten Mehrbedarfs kommt die Studie zu der Einschätzung, dass selbst bei einer Verstetigung und Verstärkung der Trends aus der Vergangenheit der Personalmehrbedarf nur etwa zur Hälfte gedeckt werden kann.. Mit Blick auf eine deutliche Verbesserung der Personalschlüssel zumindest bis 2030 fällt die Einschätzung zur Deckung des Personalbedarfs noch kritischer aus.

In jedem Fall sind Steigerungen der Personalzahlen bei konstanten wie verbesserten Personalschlüsseln nur zu erreichen, wenn mögliche Handlungsmaßnahmen rechtzeitig, gezielt und umfassend umgesetzt werden. Politik und Selbstverwaltung sind deswegen in der Pflicht, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine angemessene Personalsituation in der Pflege zu schaffen, etwa über die Kalkulation der Leistungsentgelte oder die Erhöhung der Ausbildungsbudgets. Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen können ihrerseits durch eine erhöhte Arbeitgeberattraktivität zusätzliche Pflegekräfte generieren bzw. einen längeren Verbleib in den Pflegeberufen begünstigen.

Literaturverzeichnis

- Blum, K. (2016): 2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität. Düsseldorf: DKI
- Blum, K. (2017): Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. www.dki.de
- Blum, K., Offermanns, M. (2018). Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. www.dki.de
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2018): Pflege-Thermometer 2018. Köln: dip
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2016): Pflege-Thermometer 2016. Köln: dip
- Deutsches Krankenhausinstitut (2013): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf: DKI
- Deutsches Krankenhausinstitut (2016): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf: DKI
- Deutsches Krankenhausinstitut (2015): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf: DKI
- Flake, R./ Kochskämper, S./ Risius, P./ Seyda, S.(2018): Fachkräftengpass in der Altenpflege. Köln: IW-Trends 3/2018
- Hamburg Center for Health Economics (2016): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Hamburg: HCHE
- Hans-Böckler-Stiftung (2010). Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Arbeitspapier 215. Düsseldorf.
- Löffert, S., Golisch, A. (2013). Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Düsseldorf. www.dki.de
- Offermanns, M. (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Düsseldorf: DKI
- Rothgang, H./ Müller, R./ Unger, R.: (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh 2012: Bertelsmann-Stiftung
- RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2016): Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Essen: RWI
- Senatsverwaltung für Standentwicklung und Umwelt (2016): Evaluation der Bevölkerungsprognose 2015 -2030. Berlin: Senatsverwaltung für Standentwicklung und Umwelt
- Senatsverwaltung für Standentwicklung und Umwelt (2016): Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015 -2030. Berlin: Senatsverwaltung für Standentwicklung und Umwelt
- Simon, M (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Hannover.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2009a ff.): Krankenhäuser im Land Berlin – Teil I: Grunddaten. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2009b ff.): Krankenhäuser im Land Berlin – Teil II: Diagnosen der Krankenhauspatienten. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2009c ff.): Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2014): Berufliche Schulen im Land Berlin Schuljahr 2013/14. Potsdam: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Statistisches Bundesamt (2009d ff.): Bildung und Kultur – Berufliche Schulen. Wiesbaden:
Statistisches Bundesamt