Prognosen zum künftigen Personalbedarf und -angebot im Gesundheitswesen

Einem in den nächsten Jahrzehnten scheinbar ungebremst explodierendem künftigen Bedarf an gesundheitlichen Leistungen steht nur ein deutlich kleineres Angebot an Fachpersonal gegenüber. „Pflegenotstand" oder „Wartelisten-Medizin" gehören zu den Endpunkten vieler Personalprognosen. Zahlreiche Studien zeigen aber, dass viele quantitative und qualitative Kernaussagen dieser Prognosen häufig auf falschen oder einseitigen Daten beruhen, problementlastende Alternativen unterschlagen und Lösungsmöglichkeiten ignorieren. Dies wird exemplarisch belegt und die dadurch gewonnene „Luft" als Möglichkeit einer weniger künstlich dramatisierten und aktiveren Diskussion über die Planung des Umfangs und der Art des künftigen Personalstands gesehen.

■ Bernard Braun

In dichter werdenden Abständen tauchten in den letzten Jahren immer dramatischere Prognosen und Szenarien zur gegenwärtigen und künftigen Ausstattung des deutschen Gesundheitswesens mit Ärzten, Pflegekräften und sonstigem Personal auf. Trotz mancher quantitativer Unterschiede und unabhängig davon, ob sie und welche Lösungsmöglichkeiten sie sahen waren sich diese Prognosen einig, dass ein „Pflegenotstand" oder eine „Wartelisten-Medizin" drohe.

- Die in den letzten Monaten öffentlichkeitswirksamste Studie stammt vom Darmstädter Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR, das sie im Auftrag des Unternehmensberatungs-Unternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) erstellt hat (Ostwalt et al. 2010). Nach ihren Analysen „lässt sich (das heutige Versorgungsniveau im Gesundheitswesen) ohne Reformen auch kurzfristig nicht aufrechterhalten". Dies beruhe im Wesentlichen darauf, dass „bereits 2020 ... annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte (fehlen). Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Million Personen – gut 165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte (darunter rund 400.000 Krankenschwestern, -pfleger und Pflegehelfer) – vergrößern." Der Pflegenotstand beruht nach Meinung der Wirtschaftswissenschaftler vor allem auf der demografischen Entwicklung und dem Abwandern von qualifizierten Ärzten und Pflegekräfte in Bereiche außerhalb der Gesundheitsversorgung. Zu der mit einer personellen Unterbesetzung verbundenen Verschlechterung der Gesundheitsversorgung und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen käme 2030 ein jährlicher Wertschöpfungsverlust von rund 35 Milliarden Euro hinzu.
- In einer Prognose der Nachfrage an professionellen Altenpflege-Vollzeitkräften für das Jahr 2050 und des entsprechenden Arbeitskräfteangebots, kommt der Freiburger Altenpflegeexperte Hackmann zu dem Ergebnis, dass einer Nachfrage nach 850.000 ein Angebot von 420.000 Altenpflegekräften gegenüber stehen wird (Hackmann 2009: 5 und 15). Er macht aber auch klar, dass die weitere Entwicklung entscheidend davon abhängig ist, wie einige durchaus variable Strukturfaktoren wie das Verhältnis von ambulanter und stationärer Altenpflege, die Betreuungsintensität oder das Lohnniveau künftig aussehen werden.
- Insbesondere durch den Mangel an Allgemein- und Fachärzten in einer Reihe ländlicher Regionen in West- und vor allem Ostdeutschland forciert, sehen eine Reihe von Ärztevertretern und –organisationen einen allgemeinen Ärztemangel auf die Bevölkerung zukommen. Selbst der Ausgleich des zwischen 2007 und 2017 geschätzten altersbedingten Ersatzbedarf von insgesamt 76.975 Krankenhaus-, Fach- und Hausärzten ist nach einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Kopetsch 2007) nicht gesichert. Hauptursachen sind aus Sicht der KBV zu wenig Medizinstudierenden, die Abwanderung ausgebildeter Ärzte ins Ausland und

Dr. rer. pol. Bernard Braun, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

die Unattraktivität des Berufs durch zunehmende Bürokratisierung.

Wer unter dem Druck dieser Art scheinbar unentrinnbaren Prognosen nicht resignieren will, muss sich mit ihren expliziten oder impliziten Grundannahmen und mit einer Reihe politisch gestaltbaren Faktoren auseinandersetzen, welche die Personalentwicklung beeinflussen. Dabei zeigt sich, dass Teile der aktuellen Personalmangel-Debatte mit falschen, lückenhaften, einseitigen Daten, alternativlosen oder unentrinnbaren Tendenzen und gestaltungsresistenten dramatischen Szenarien geführt wird. Differenziertere künftige Bedarfe von Patienten oder Pflegebedürftigen spielen eine nachgeordnete Rolle. Das Hauptinteresse vieler Leistungsanbieter besteht lediglich darin, ihren personellen Besitzstand quantitativ und qualitativ zu erhalten und möglichst noch kräftig auszubauen.

Im Folgenden werden dagegen wichtige Elemente, Annahmen und Argumentationsstränge einiger Prognosen von Personalmangel im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt und empirisch beleuchtet. Dazu soll auch auf relevante Einflussfaktoren und politischer Weichenstellungen hingewiesen werden, die Personalmangel fördern oder hemmen.

Unabhängig davon ist aber festzuhalten, dass der Bedarf und damit auch die Nachfrage nach mehr aber auch anders qualifiziertem Personal in den nächsten Jahren und Jahrzehnten wachsen wird. Und bereits heute gibt es quantitative und qualitative Defizite bei der personellen Ausstattung der stationären wie ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung (vgl. dazu z.B. die Prognose eines aktuellen Mangels an 70.000 Pflegekräften im Krankenhaus von Simon 2008).

1 Einfluss von Annahmen über den künftigen Behandlungsbedarf

Viele der Personalbedarfsprognosen legen ihren Berechnungen explizite und meistens implizite Annahmen über die künftige Entwicklung der Morbidität und damit einen wichtigen Faktor des Personalbedarfs zugrunde.

Qualitativ und quantitativ problematisch wird dies, wenn die Prognose von einem der wissenschaftlich für möglich oder valide gehaltenen Entwicklungspfade der künftigen Morbidität, nämlich den Medikalisierungs- oder Status-Quo-Ansatz bestimmt wird. Neben diesem Ansatz, der davon ausgeht, dass mindestens die heute vorhandene Morbiditätslast der älteren Bevölkerung auch in Zukunft existiert und längeres Leben auch mehr ungesunde Jahre bedeutet, steht die so genannte Kompressionshypothese nach der längeres Leben auch längeres gesundes Leben bedeutet und die Morbidität ans Lebensende verschoben wird und die Theorie des dynamischen Gleichgewichts von Gesundheit und Ungesundheit (vgl. als Überblick u.v.a. Kroll et al. 2008).

Die für die deutsche Bevölkerung bisher durchgeführten Analysen liefern für die weitere Debatte der Morbiditätsentwicklung und der daraus resultierenden Bedarfe und Anforderungen an das Gesundheitssystem eine Reihe relevanter Daten:

- Sowohl ein Vergleich der Geburtskohorten 1917, 1922 und 1927 wie der Kohorten der Geburtsjahre 1921, 1927 und 1933 „zeigen ... eine deutliche Verbesserung der Gesundheit und eine Verringerung des Anteils der gesundheitlich eingeschränkten Lebensjahre“. Außerdem zeigt sich, „dass der Rückgang auf eine Verringerung der alterspezifischen Inzidenz gesundheitlicher Einschränkungen, nicht aber auf eine veränderte Gesundungschance gesundheitlich eingeschränkter Personen zurückgeht.“ (Kroll et al. 2008: 49 und 51)
- Die für den Zeitraum 1995 bis 2005 beobachtbare „absolute Kompression von Morbidität“ hängt allerdings signifikant von der Einkommenshöhe ab. Die Chance, länger gesund zu leben ist also sozial ungleich verteilt (Kroll et al. 2008: 56).
- In einer vergleichenden Analyse der Auswirkungen des Status-Quo- und des Szenarios „sinkender Erkrankungsquoten“ auf die Anzahl der Fälle von Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftigkeit im Jahr 2030 kommt das Statistische Bundesamt 2010 zu folgenden Ergebnissen: „Der Anstieg der Krankenhausfälle bis zum Jahr 2020 wird nach dem Szenario „sinkende Behandlungsquote“ im Vergleich zum Status-Quo-Szenario deutlich abgeschwächt (0,5 Millionen Fälle weniger). Im Gegensatz zum Status-Quo-Szenario wäre ab dem Jahr 2020 sogar mit annähernder Konstanz bis zum Jahr 2030 zu rechnen. Der Unterschied beider Modellrechnungen wächst bis zum Jahr 2030 auf über eine Million Fälle an. Betrachtet man die beiden Szenarien als Unter- bzw. Obergrenze der wahrscheinlichen Entwicklung, so liegt der Korridor der voraussichtlichen Krankenhausfälle im Jahr 2030 zwischen 18,3 und 19,3 Millionen Fällen. Entsprechend groß werden die Unterschiede von Modellrechnungen hinsichtlich benötigter Krankenhauskapazitäten und der voraussichtlichen Kosten im Krankenhausbereich sein, je nachdem welche Annahmen getroffen werden.“ (Stat. BA 2010: 16)
  Die Anzahl von Pflegebedürftigen wird im Szenario „sinkende Pflegequoten“ im Jahr 2020 auf 2,72 Millionen, 2030 auf 3 Millionen und 2050 auf 3,76 Millionen geschätzt. Gegenüber den Pflegebedürftigen im Jahr 2007 ist dies ein Anstieg um 67 %. „Zum Vergleich wurde im Status-Quo-Szenario ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,90 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2020 und 3,37 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030 errechnet. Im Jahr 2050 sind dann 4,50 Millionen möglich. Die Zahl der Pflegebedürftigen hätte sich bis dahin verdoppelt: der Anstieg läge also bei 100 %.“ (alle Angaben Statistisches Bundesamt 2010: 30)

Grundsätzlich existiert also eine realistische Schwankungsbreite des Bedarfs und die Anzahl des für seine Befriedigung notwendigen Personals steht keineswegs fest. Bei der stationären Versorgung umfasst der Korridor rund eine Million und bei der Anzahl von Pflegebedürftigen rund 740.000 Personen.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

2 Einfluss ausgewählter angebotsseitiger Faktoren auf Umfang und Art des Personalangebots

2.1 Einfluss der Entwicklung und des Verhalten des Ärztenachwuchses

Vor der Betrachtung der Einflussfaktoren, welche die Ärztemangel-Prognosen stützen sollen, sei kurz die tatsächliche Entwicklung des Arztangebots in den letzten knapp 20 Jahren skizziert: Die Anzahl der berufstätigen Ärzte wuchs nach der Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) (BÄK 2010) bei einer nahezu konstant bleibenden Einwohnerzahl von 244.238 im Jahr 1991 auf 325.945 Personen im Jahr 2009, also um 33,5 %. Der Anstieg betrug im ambulanten Bereich 39,9 % und im stationären Sektor 30,5 %. Die Anzahl von Einwohnern pro berufstätigem Arzt sank daher im selben Zeitraum von 329 auf 252 und liegt damit im Vergleich mit anderen europäischen oder nordamerikanischen Ländern im Mittelfeld. Diese Daten erlauben jedenfalls gegenwärtig nicht, von einem allgemeinen Ärztemangel zu sprechen. Dies gilt auch trotz des eines partiell vorhandenen oder drohenden „Landarztmangel". Dieser ist aber sowohl eine Folge des „Ärzteüberflusses" in Innenstädten oder städtischen Ballungsgebieten als auch die Folge der derzeitigen Unattraktivität der Arbeitsbedingungen von „Landärzten" (vgl. dazu Klose et al. 2003 und Klose et al. 2007) und daher auch nicht das „Morgenrot" eines künftigen Ärztenotstands.

Schaut man sich nun die Prognosen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zur weiteren Entwicklung der Arztzahlen an, findet sich jenseits der verschiedentlichen Probleme, offene Stellen für Krankenhausärzte und Arztsitze für Allgemeinmediziner in einigen ländlichen Gebieten Deutschlands zu besetzen, keine Evidenz für einen drohenden Ärztemangel.

So weist die Statistik und Prognose der Bruttoabgänge bei Vertragsärzten von 2002 bis 2017 keine unmittelbar bevorstehende dramatische Entwicklung aus: Die Anzahl der AbgängerInnen wuchs tatsächlich von 3.800 im Jahr 2002 auf 5.000 im Jahr 2006. Die Schätzungen für die Jahre 2007 bis 2017 schwanken aber zwischen 5.500 (2007), 4.500 (2013) und 6.000 (2017) (Kopetsch 2007). Und auch für die Entwicklung der Zahl der Hausärzte (ohne Kinderärzte) oder die der Nervenärzte bis 2017 schätzt Kopetsch auf der Basis der Daten der Bundesärztekammer für den Zeitraum 2006-2017 lediglich eine Bruttoabnahme um 7,6 % bzw. 5,9 %.

Auch wenn diese Abnahmen absolut nicht dramatisch sind und vor allem keinerlei Daten oder Prognosen über Zugänge enthalten, ist jede Abnahme nur dann ein Versorgungsproblem, wenn die derzeitige Anzahl von Ärzten absolut notwendig für eine optimale Versorgung oder selbst mit ihr keine gute Versorgung möglich wäre. Dies darf aber aus mehreren Gründen bezweifelt werden, ohne dies hier endgültig klären zu können: Ein harter Indikator für ein aktuelles Überangebot in der ambulanten Versorgung ist beispielsweise die weltweit höchste Anzahl von Patient-Arztkontakten, die überwiegend auf anbieterseitigen Organisationsmängeln und gesundheitlich nicht notwendigen Behandlungsroutinen beruht (vgl. dazu Grobe et al. 2010 und Braun 2010).

Beim Versuch aktuelle empirische Tendenzen für einen künftigen Ärztemangel zu identifizieren spielen die Abwanderung ausgebildeter Ärzte ins Ausland oder Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung, eine sinkende Anzahl von Medizinstudenten und Absolventen und die Alterung der heute tätigen Ärzte jeweils dramatische Rollen. Sieht man sich unter diesem Vorzeichen die entsprechenden aktuellsten Daten der Bundesärztekammer (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abb05.pdf und http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8185) genauer an, schwindet ein Großteil des angeblich schon heute Bedrohlichen: So ist der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in Behörden/Körperschaften und sonstigen Nichtbehandlungs-Bereichen tätig sind, 2009 mit 8,6 % noch genauso hoch wie 1995 und stieg nur 1999 auf den Höchstwert von 9,5 %. 2009 sind genau 1.840 deutsche Ärzte ins Ausland abgewandert und damit weniger als in den Jahren zuvor, in denen der Maximalwert 2004 bei 2.731 lag. Dem stehen aber im Jahr 2009 1.685 ausländische ÄrztInnen gegenüber, die in diesem Jahr neu in Deutschland tätig waren bzw. Mitglied einer Ärztekammer wurden. Während 2009 insgesamt 23.469 ausländische Ärzte in Deutschland tätig waren, betrug die zuletzt im Jahr 2007 für 2007 und die Vorjahre berechnete Anzahl deutscher Ärzte im Ausland 15.916 Personen. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte stieg zwischen 1995 und 2008 bzw. 2009 zwar kontinuierlich, aber lediglich von 47,58 auf 51,61 Jahre. Krankenhausärzte waren wesentlich jünger, ihr Durchschnittsalter wuchs daher im genannten Zeitraum von 38,66 auf 41,1 Jahre (http://www.bundesaerztekammer.de/ downloads/Stat09Abb06.pdf).

Auch bei der Anzahl des beruflichen Nachwuchses, d. h. der Anzahl von Studierender der Humanmedizin und der Absolventen (vgl. dazu http://www.bundesaerztekammer.de/ downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf) sehen die Entwicklungen weniger dramatisch aus als der öffentliche Ärztemangel-Diskurs erwarten ließe und hängen zum Teil von in hohem Maße gestaltbaren hochschulpolitischen oder –didaktischen Faktoren ab. Einerseits sinkt die Anzahl der Humanmedizin-Studierenden von 90.594 in 1993 auf 78.106 in 2006. Der letzte Wert verändert sich aber seit 1998 nur noch geringfügig. Vergleichbares gilt für die Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin, die von 11.555 im Jahr 1993 auf 8.724 im Jahr 2006 absank, dieses Niveau aber bereits seit 2001 besitzt. Einer der wichtigsten Gründe für die quantitative Abnahme der Absolventen und damit der Personen, die sich überhaupt für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit interessieren können, ist die z.B. zwischen den Erstsemestern der Jahre 1994 und 1997 von 37,7 % auf 41,6 % angestiegene Schwundrate. Diese setzt sich aus Studienabbrechern und aus dem Anteil der Absolventen zusammen, die nicht als Arzt im Praktikum starten.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

2.2 Einfluss von Ausbildungskapazitäten

Trotz einer bereits seit 10-20 Jahren laufenden Debatte über die demografischen Veränderungen und ihren dabei fast immer für gesichert „bedrohlich" gehaltenen Auswirkungen auf den Bedarf an zahlreichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, entwickelte sich die Anzahl der Ausbildungsplätze für die meisten dieser Berufsgruppen fast durchweg in eine völlig andere Richtung. Wie die Abbildung 1 zeigt, ging die Anzahl der Ausbildungsplätze für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen von 1999 bis 2007 stark zurück, um erst im Ausbildungsjahr 2007/08 wieder leicht anzusteigen. Einen ähnlichen Rückgang von Ausbildungsplätzen gab es auch bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern.

Etwas anders sieht es bei den Ausbildungsplätzen für Altenpfleger aus: Diese nahmen von 1999 bis 2005 kräftig zu, danach aber trotz der bereits erwähnten dramatischen Debatte über die Zunahme des Altenpflegebedarfs wieder ab. (vgl. Adamy 2011: 3).

Ein Teil des prognostizierten Mangels an ausgebildeten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie Altenpflegern ist also „hausgemacht" und war oder ist nie unentrinnbar.

2.3 Einfluss von Beschäftigungsstrukturen

Zu den Besonderheiten eines großen Teils der im Gesundheitswesen beschäftigten Personen und insbesondere der Angehörigen von Pflegeberufen gehört die hohe Rate der Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung. 2005 fielen 45,3 % aller Beschäftigten in Pflegeberufen in diese Kategorie, was dazu führte, dass damals zwar 1,3 Millionen Personen einen Pflegeberuf ausübten, deren Arbeitsvolumen aber dem von 968.000 Pflegevollkräften entsprach (Afentakis/Maier 2010: 995). Der wesentliche „Grund" für diese Arbeitszeitstruktur in Pflegeberufen ist der mit 84 % sehr hohe Anteil von Frauen, von denen lediglich knapp 50 % nur Teile einer Vollstelle besetzen.

Effektverstärkend tritt noch eine regionale Besonderheit hinzu: Die erheblich unterschiedliche Arbeitszeit- oder Beschäftigungsstruktur zwischen Ost- und Westdeutschland. In Ostdeutschland arbeiteten 2005 29,8 % mehr weibliche Pflegekräfte in Vollzeit als ihre Berufskollleginnen in Westdeutschland. Außerdem arbeiteten ostdeutsche Teilzeit-Pflegekräfte durchschnittlich knapp 5 Stunden pro Woche mehr als die westdeutschen Angehörigen dieser Beschäftigtengruppe.

Ohne bewerten zu können und zu wollen ob eine der Normalitäten besser oder schlechter ist, zeigt sich zweierlei: Erstens ist die Beschäftigungs- bzw. Arbeitszeitstruktur in ähnlichen Rahmenbedingungen offenbar variabel und diese Freiheitsgrade haben u.a. deutliche Auswirkungen auf die Quantität des jetzigen Personenbedarfs zur Abdeckung der Personalnachfrage. Nach den Berechnungen von Afentakis und Maier (2010: 995) würden die Effekte einer Homogenisierung der Arbeitszeitstruktur je nach Richtung so aussehen: „Wiesen alle Beschäftigten in Pflegeberufen in Deutschland eine Beschäftigungsstruktur wie die in den neuen Ländern und Berlin-Ost auf, so würde die Zahl der Pflegevollkräfte um 9,5 % auf insgesamt rund 1,1 Millionen ansteigen. Hingegen würde die Zahl der Pflegevollkräfte bei einer auf ganz Deutschland übertragenen westdeutschen Beschäftigungsstruktur um 2,9 % auf 940.000 sinken."

Noch interessanter werden diese Berechnungen unter Berücksichtigung der Arbeitszeitstruktur, wenn man sie differenziert nach den beiden Szenarien der künftigen Morbiditäts- bzw. Behandlungsbedarfsentwicklung, dem Status-Quo- und dem Szenario „sinkender Behandlungsquoten", sowie nach der Qualifikationsstruktur der Pflege-

Abbildung 1: Entwicklung der Ausbildungsplätze für Sozial- und Gesundheitsdienstberufen 1999-2008

Schuljahr	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Altenpflege
1999/2000	62.950	7.564	36.734
2000/01	61.136	7.177	37.649
2001/02	59.533	7.180	39.293
2002/03	58.879	6.906	42.216
2003/04	58.426	6.879	45.638
2004/05	57.257	7.162	45.001
2005/06	56.406	6.713	42.503
2006/07	55.014	6.467	42.407
2007/08	55.609	6.150	41.104

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009): Schülerinnen und Schüler in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen. Fachserie 11, Reihe 2

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

kräfte (nur ausgebildete Pflegekräfte und ausgebildete Pflegekräfte plus un- und angelernte Pflegekräfte) durchführt.

Prognosen einer Entwicklung des künftigen Personalangebots für die Pflegekräfte mit dem höchsten Ausbildungsabschluss stellen fest: „Der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften könnte nach dem „Status-quo-Szenario“ bis zum Jahr 2016 und nach dem Szenario der „sinkenden Behandlungsquoten“ bis zum Jahr 2019 durch das Angebot gedeckt werden, wenn alle ausgebildeten Pflegekräfte über den gesamten Prognosezeitraum eine Beschäftigungsstruktur wie die im Osten aufwiesen. Aber auch in diesem Fall würde sich bis zum Jahr 2025 ein Mangel an ausgebildeten Pflegekräften von 121.000 Pflegevollkräften („Status-quo-Szenario“) beziehungsweise 64.000 Pflegevollkräften (Szenario „sinkender Behandlungsquoten“) einstellen.“ (Afentakis/Maier 2010: 998)

Wenn man aber bei der Prognose nicht nur ausgebildete Pflegekräfte berücksichtigt, sondern den jetzigen Qualifikations-Mix, sieht die künftige Situation noch etwas anders aus: „Hätten alle Beschäftigten in Pflegeberufen künftig eine Beschäftigungsstruktur wie in Deutschland 2005 in Pflegeberufen, so träte ein Pflegepersonalmangel nach dem „Status-quo-Szenario“ ab 2018 und nach dem Szenario der „sinkenden Behandlungsquoten“ ab 2021 ein. Bis zum Jahr 2025 wüchse dieses Defizit dann auf 112.000 („Status-quo-Szenario“) beziehungsweise 55.000 Pflegevollkräfte (Szenario der „sinkenden Behandlungsquoten“) an. Bei einer westdeutschen Beschäftigungsstruktur würde der Pflegepersonalmangel bereits zwei Jahre früher eintreten. Ein ausreichendes Angebot an Pflegevollkräften läge bis zum Jahr 2025 nur dann vor (+ 24.000 Pflegevollkräfte), wenn sich die Zahl der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigen nach dem Szenario der „sinkenden Behandlungsquoten“ entwickelten und alle Beschäftigten in Pflegeberufen künftig eine Beschäftigungsstruktur aufwiesen wie die in den neuen Ländern und Berlin-Ost 2005. Nach dem „Status-quo-Szenario“ würde auch bei einer ostdeutschen Beschäftigungsstruktur in Pflegeberufen nach 2023 ein Pflegepersonalmangel auftreten, der bis 2025 auf 34.000 Pflegevollkräfte anwachsen würde.“ (Afentakis/Maier 2010: 999)

2.4 Einfluss der Dauer des Berufsverbleibs

Beim Mengengerüst der Personalmangel-Szenarien für die Altenpfleger spielen auch Annahmen zur Dauer ihres tatsächlichen arbeitsbiografischen Verbleibs im Beruf eine gravierende Rolle.

Die vorherrschende Überschätzung der Häufigkeit des Berufsabbruchs kommt vor allem durch die Ergebnisse einiger methodisch fragwürdigen Berufsverbleibs-Analysen zustande: Eine maßgeblkiche Rolle spielt dabei eine Studie von Wolfgang Becker und Barbara Meifort (1997). Diese befragten die AltenpflegerInnen eines ganzen Ausbildungs-Abschlussjahrgangs zwischen 1992 und 1997 in vier Wellen nach ihrem Verbleib im Beruf. Nach 5 Jahren nahmen nur noch ca. 5 % der ursprünglich in der Abschluss- und Befragungskohorte an der Befragung teil, was den Abbruch der Studie erzwang. Diese durchaus in Längsschnittsuntersuchungen übliche „Panel-Sterblichkeit“ hätte keine problematischen Folgen für die weitere Debatte der Berufsverbleibsdauer von Altenpflegekräften gehabt, wenn die Autoren nicht im Bericht, der die Ergebnisse der ersten beiden Befragungswellen direkt nach dem Abschluss der Ausbildung sowie am Ende des ersten Berufsjahres darstellt, geschrieben hätten: „Daraus kann mit aller gebotenen Zurückhaltung gefolgert werden, dass die Ausgangshypothese der Längsschnittuntersuchung – durchschnittlicher Berufsverbleib in der Altenpflege: fünf Jahre – offenbar realistisch ist.“ (Becker/Meifort 1997: 301). Ab dieser Behauptung bestimmte die Debatte über den künftigen Bedarf an Altenpflegekräfte die Vorstellung, fast alle ausgebildeten Angehörigen des Berufs arbeiteten nach 5 Jahren nicht mehr in ihrem Ausbildungsberuf, und müssten also ständig ersetzt werden.

Mehrere neuere Studien (Hackmann 2009, IWAK 2009) kamen mittlerweile auf der Basis von Sozialversicherungsdatensätzen, die wirkliche und wesentlich längere Längsschnittsanalysen und Berufsverweildauer-Analysen erlaubten, zu völlig anderen Ergebnissen. Indem sie technisch überhaupt in der Lage waren, Berufsunterbrechungen und spätere, z.B. nach Beendigung einer Familienphase erfolgende Wiedereinstiege zu messen, kamen z.B. die ForscherInnen am Pflegeforschungsinstitut IWAK für die ältesten in ihrer Auswertung erfassten AltenpflegerInnen (Ausbildungsabschluss 1976-1980) zu einer Berufsverbleibdauer von durchschnittlich 19,47 Jahren, die sich aus 11,69 Beschäftigungsjahren und 7,78 Jahren an Unterbrechungszeit zusammensetzt (IWAK 2009: 8). Entgegen der bis heute in Berufsprognosen weitverbreiteten Annahme ist also die Berufsbindung der AltenpflegerInnen hoch, d.h. nach 15 Jahren sind durchschnittlich noch 63 % im Beruf – meist nach kürzerer oder längerer Unterbrechungsdauer.

Die quantitativen Auswirkungen einer Angleichung der in seinen Analysen durchschnittlichen Berufsverweilzeit von 8,4 Jahren von Altenpflegekräften an die von Krankenschwestern (13,7 Jahre) auf die Nachfrage nach ausgebildeten Altenpflegekräften beschreibt Hackmann (2009) so: Allein durch die von ihm für das Jahr 2050 für realistisch gehaltene Steigerung der Anzahl von AltenpflegerInnen um 100.000 Personen kann die ebenfalls für realistisch gehaltene höhere Nachfrage nach Altenpflegeleistungen zu 18 % befriedigt werden. Zusätzlich lässt sich nun die Anzahl der Altenpflegekräfte im Beruf auch noch „durch eine Steigerung der Verweildauer deutlich erhöhen .... So könnte die Anzahl der Altenpfleger durch eine Angleichung der Verweildauer der Altenpflegekräfte an die der Krankenschwestern je nach Szenario um weitere 80.000 bzw. 260.000 Personen steigen. Die Nachfrage an professionellen Pflegeleistungen ließe sich somit um weitere 15 bzw. 48 Prozent befriedigen.“ (Hackmann 2009: 24) Auch hier verschwindet also die Lücke zwischen Bedarf und Angebot nicht, verkleinert sich aber schon durch die mögliche Beeinflussung eines der vielen Bestimmungsfaktoren des Arbeitskräfteangebots deutlich.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Diese empirischen Befunde stellen die Grundlage für erfolgversprechende Überlegungen dar, das quantitative Angebot von AltenpflegerInnen nochmals und zwar durch eine möglichst gute Qualifikation und durch eine Vermeidung oder Verkürzung der langen Unterbrechungszeiten zu erhöhen. Die Bedeutung einer möglichst guten Grundausbildung für die Verweilzeiten im Pflegeberuf und damit die Größe des Personalbedarfs lässt sich so quantifizieren: Bei examinierten Altenpflegekräften liegt die „durchschnittliche Verweilzeit bei 12,7 Jahren, wohingegen Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Mittel nur etwa 7,9 Jahre im Beruf verweilen." (Hackmann 2009: 19)

Hinzu kommt, dass neben Bedarf und Angebot die Arbeitsqualität eine mindestens gleichgewichtete Rolle für die künftige Anzahl und Art von Gesundheitspersonal spielt.

3 Fazit

Berücksichtigt für die Prognose der künftigen Anzahl und Art von Personal im Gesundheitswesen neben den bisherigen Erkenntnissen noch, was weitere Studien zum Einfluss von arbeitsorganisatorischen Umgestaltungen (z.B. Weid/Geissler 2010), neuere Analysen sinkender Eintrittswahrscheinlichkeiten bei der Pflegebedürftigkeit (zum Beleg für den Zeitraum 2000-2008 vgl. Rothgang et al. 2009: 17) und die Beantwortung der Frage, ob man angesichts der Zunahme chronisch Kranker noch wesentlich mehr kurativ orientierte Ärzte benötigt, ist folgendes Ergebnis wahrscheinlich: Der Bedarf ist niedriger und/oder anders, das Angebot höher als in den meisten Prognosen verkündet und beide beeinflussbarer als vermutet.

Das Verschwinden eines Teils der Dramatik und des Klimas selbstlähmender Unentrinnbarkeit mancher Tendenz mancher verschafft dann die Luft, die man braucht, um eine rationalere Debatte über weitere Einflussfaktoren und die Nutzung sämtlicher Handlungsspielräume für eine möglichst große Annäherung von Bedarfen und Angeboten führen zu können.

Literatur[1]

Adamy W./DGB-Bundesvorstand (2011): Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist hausgemacht. (http://www.dgb.de/themen/++co++b8e1378e-1ca1-11e0-50c0-00188b4dc422)

Afentakis Anja, Tobias Maier (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik 11/2010: 990-2002. (http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/Projektion Personalbedarf112010,property=file.pdf)

Becker, W./Meifort, B. (1997): Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? In: Berichte zur beruflichen Bildung, Band 200, Bundesinstitut für Berufsbildung.

Braun B (2010): Gibt es eine Rennerei zu den Ärzten? Warum die Zahl der Arztbesuche in Deutschland hoch ist. In: Soziale Sicherheit Heft 8: 257-262.

BÄK (Bundesärztekammer) (2010): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. 12. 2009. (http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8176)

Grobe T, Dörning H., Schwartz F.W. (2010): Barmer GEK-Arzt-Report 2010. (http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame _PDF_Dokumente/Reports/PDF_Arztreport,property=Data.pdf)

Hackmann Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge Albert Ludwigs-Universität Freiburg. Beiträge No. 40. (http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwi/publikationen/242.pdf)

IWAK (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern - Zentrale Studienergebnisse im Überblick (http://www.iwak-frankfurt.de/documents/berufsverlaeufe_broschuere.pdf)

Klose J, Rehbein I, Uhlemann T (2007): Ärzteatlas - Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Bonn (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen).

Klose Joachim, Thomas Uhlemann, Swen Gutschmidt (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, WIdO-Materialien 48. (http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_publikationen/ wido_amb_pub_mat48_0109.pdf)

Kopetsch Thomas (2007): Studie zur Altersstruktur-und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage der Folienpräsentation. (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf)

Kroll Lars E., Thomas Lampert, Cornelia Lange, Thomas Ziese (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Veröffentlichungsreihe des WZB Forschungsgruppe Public Heath, SP I 2008-306. (http://skylla.wzb.eu/pdf/2008/i08-306.pdf)

Ostwald Dennis A., Tobias Ehrhard, Friedrich Bruntsch, Harald Schmidt und Corinna Friedl. herausgegeben von der PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprufungsgesellschaft (http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/PwC-Studie_Fachkraeftemangel-im-Gesundheitswesen.pdf)

Rothgang H., Kulik D., Müller T., Unger R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd (http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/GEK-Pflegereport2009.pdf)

Schubert Petra, Fabian Henrich und Dana Nouzovska (2009): Wertschöpfende Personalarbeit in Krankenhäuser. Benchmarkstudie 2009. (http://www.kienbaum.de/Portaldata/3/Resources/documents/downloadcenter/studien/human_resource_management/Kienbaum_Benchmarkstudie_Wertschoepfende_Personalarbeit_ in_Krankenhaeusern_2009.pdf)

Simon M. (2008): Modellrechnung zur Schützung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienste der Krankenhäuser. (http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf)

Statistisches Bundesamt (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern Ausgabe 2010. (https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1026445)

Weid Sabrina, Alexander Geissler (2010): Möglichkeiten leistungsorientierter Vergütung von nicht angestellten Ärzten im stationären Sektor: Eine Prozesskostenrechnung am Beispiel von Varizenpatienten. Working Papers in Health Policy and Management TU Berlin, Volume 5. (http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/2922/pdf/WPS_Vol5_DRAFT_AG_120110_ag.pdf)

Fußnote

1 Letzter Zugriff auf alle Internetquellen am 15.1. 2011

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-6-57
Generiert durch IP '3.137.182.172', am 12.10.2024, 11:12:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.