

Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf

Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts
im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg
mit Unterstützung der
Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg

- Abschlussbericht -

Dr. Karl Blum
Udo Müller
Patricia Schilz

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051-0

Düsseldorf, Februar 2004

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	5
Einleitung	7
<u>Teil A: Repräsentativerhebung unter ehemaligen Pflegekräften</u>	
1 Methodik	9
1.1 Ablauf der Erhebung	9
1.2 Erhebungsinstrumente	11
1.3 Rücklauf	12
1.4 Stichprobe	13
2 Gründe für das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf	16
2.1 Persönliche Gründe	16
2.2 Arbeitsinhalte	18
2.3 Arbeitsklima	20
2.4 Arbeitszeit	22
2.5 Gratifikation	24
2.6 Wichtigste Ausstiegsgründe	26
3 Wiedereinstieg in die Pflege	29
3.1 Bereitschaft zum Wiedereinstieg in die Pflege	29
3.2 Bevorzugte Einsatzgebiete in der Pflege	31
3.3 Bevorzugte Einsatzgebiete in pflegenahen Bereichen	33
3.4 Bevorzugte Arbeitszeitbedingungen	35
4 Gründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf	38
4.1 Materielle Gründe	38
4.2 Allgemeine Gründe	39
4.3 Pflegespezifische Gründe	41
4.4 Berufliche Anerkennung	42
4.5 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	44

5	Fortbildungsbedarf	46
5.1	Grundlagen	46
5.2	Pflegespezifische Themen	47
5.3	Spezielle Themen	49
5.4	Organisation der Fortbildung	50
6	Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf	55
7	Gesundheitszustand	58
7.1	Gesundheitszustand und Wiedereinstiegsbereitschaft	58
7.2	Gesundheitszustand als Ausstiegsmotiv	61
8	Ergebnisse für ausgewählte Teilgruppen	65
8.1	Krankenschwestern und sonstige Pflegekräfte	65
8.2	Nicht mehr oder anderweitig berufstätige Pflegekräfte	68
8.3	Alter	72
8.4	Personen mit hoher und niedriger Wiedereinstiegsbereitschaft	73
<u>Teil B: Potenzialanalyse</u>		
1	Methodik	77
2	Fluktuationsraten	78
3	Potenzial an wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften	80
<u>Teil C: Entwicklung des Pflegepersonals</u>		
1	Voraussichtliche Entwicklung des Pflegepersonals in Baden-Württemberg	84
1.1	Methodisches Vorgehen	84
1.2	Entwicklung der Beschäftigung und des Leistungsgeschehens 1995 bis 2001	85
1.2.1	<i>Krankenhäuser</i>	85
1.2.2	<i>Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</i>	89
1.2.3	<i>Pflegebereiche</i>	93

1.3	Künftiger Pflegepersonalbedarf	100
1.3.1	<i>Krankenhäuser</i>	100
1.3.2	<i>Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</i>	104
1.3.3	<i>Pflegebereich</i>	105
1.3.4	<i>Zusammenfassung</i>	110
2	Voraussichtliche Entwicklung der Zahlen der Pflegeschüler in Baden-Württemberg	112
2.1	Rechtsrahmen der Pflegeausbildung in Baden-Württemberg	112
2.2	Ausbildung an Pflegeschulen in Baden-Württemberg	113
2.3	Veränderungen der Pflegeausbildung in Baden-Württemberg	114
2.4	Entwicklung und Prognose der Schülerzahlen und Abschlüsse in den Pflegeberufen	115
2.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	118
	Literaturverzeichnis	120

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Pflegedienst der Krankenhäuser bzw. der stationären Pflegeeinrichtungen zeichnet sich ein deutlicher Personalmangel ab. Eine Möglichkeit, die Lücke zu schließen, besteht darin, die in den letzten Jahren nach einer vergleichsweise kurzen Berufsverweildauer (vorübergehend) ausgeschiedenen Pflegekräfte für eine Rückkehr in den Pflegeberuf zu gewinnen.

Vor diesem Hintergrund hat das DKI in Baden-Württemberg eine Repräsentativerhebung bei ausgeschiedenen Pflegekräften zum Wiedereinstieg in den Pflegeberuf durchgeführt und das landesweite Potenzial an wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften taxiert. Darüber hinaus sollte der Pflegepersonalbedarf in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2010 ermittelt werden. Die Projektergebnisse bilden den Rahmen für ein weiteres Vorhaben durch das Institut für angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Katholischen Fachhochschule Freiburg zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation sog. Refresher-Kurse für ehemalige Pflegekräfte.

Methodik

Die baden-württembergischen Krankenhäuser ab 50 Betten sowie die stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs ab 35 Plätzen wurden gebeten, die in einem bestimmten Zeitraum (1995-1998) ausgeschiedenen Pflegekräfte nach einem vorgegebenen Zufallsverfahren zu identifizieren und ihnen ein vom DKI konzipierten Erhebungsbogen zu übersenden. Die Stichprobe konzentrierte sich ganz bewusst auf eine weibliche und relativ junge Klientel. Am Projekt nahmen 111 stationäre Einrichtungen bzw. 342 ausgeschiedene Pflegekräfte teil (Rücklaufquote: 49%).

Ergebnisse

Für mehr als die Hälfte der Befragten bildeten Aspekte aus dem Themenkomplex der persönlichen bzw. familiären Gründe das zentrale Ausstiegsmotiv (v.a. Schwangerschaft bzw. Kindererziehung). Rund 17% der Erhebungsteilnehmer haben den Pflegeberuf in erster Linie wegen ihrer Ansicht nach ungünstiger Arbeitszeiten verlassen. Die Arbeitsinhalte rangieren in der Rangliste der wichtigsten Ausstiegsgründe mit 12% der Nennungen nur an dritter Stelle (z.B. Zeitdruck oder wenig Zeit für den Patienten). Eine unzureichende Bezahlung sowie ein schlechtes Arbeitsklima bildete nur für eine Minderheit der Befragten den wichtigsten Ausstiegsgrund.

Jeweils rund ein Viertel der ehemaligen Pflegekräfte würde sehr oder ziemlich gerne wieder in den Pflegeberuf einsteigen. Bei rund der Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte ist mithin eine hohe Einstiegsbereitschaft fraglos vorhanden. Ebenfalls knapp ein Viertel der Befragten klassifiziert ihre Wiedereinstiegsbereitschaft noch als mittelmäßig. Insgesamt gut ein Viertel verspürt wenig oder gar keine Neigung, wieder pflegerisch tätig zu werden.

Zwar wollen die Wiedereinsteigerinnen auch künftig in den unterschiedlichsten Bereichen in der Pflege arbeiten. Gleichwohl ist bei vielen Pflegekräften dieser Gruppe eine Tendenz eindeutig erkennbar, in weniger pflegeintensiven und insofern möglicherweise weniger belastenden Tätigkeitsbereichen als bislang beschäftigt zu sein. Darüber hinaus gewinnt gerade

für Berufsrückkehrerinnen die ambulante im Vergleich zur stationären Pflege deutlich an Attraktivität. Auch pflegenahе Einsatzgebiete sind für viele ehemalige Pflegekräfte denkbar (z.B. Versorgungsassistent, Stationssekretärin etc.).

Unter den Wiedereinstiegsmotiven dominieren neben einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben eindeutig pflegespezifische Gründe: Dafür kennzeichnend sind die Freude an der Pflegearbeit und frühere positive Erfahrungen mit dem Pflegeberuf. Leit motive für die Rückkehr in die Pflegetätigkeit liegen zudem darin, mit Patienten zusammen zu arbeiten bzw. ihnen zu helfen.

Die ehemals in der Pflege Tätigen haben bei einer Rückkehr in den Pflegeberuf einen sehr breiten Qualifizierungsbedarf hinsichtlich der Grundlagen ihrer Tätigkeit. Die schnelle und qualifizierte Hilfeleistung in Notfallsituationen sowie eine tiefere Kenntnis über Erkrankung und Medikation der pflegebedürftigen Personen stellen für die Befragten eine besonders wichtige Voraussetzung zur Wiederaufnahme des Pflegeberufs dar. Darüber hinaus maßen sie insbesondere Lehrinhalten zum Pflegeprozess eine große Wichtigkeit bei.

Legt man die Fluktuationsraten der teilnehmenden Einrichtungen sowie die Wiedereinstiegsbereitschaft ehemaliger Pflegekräfte in der Stichprobe zugrunde, dann läge - hochgerechnet auf das Land Baden-Württemberg - hypothetisch bei näherungsweise 1.000 Pflegekräften pro „Ausstiegsjahrgang“ eine vergleichsweise hohe Wiedereinstiegsbereitschaft vor. Zumindest in Gebieten mit hoher Siedlungsdichte dürften sich also genügend Interessenten bzw. Teilnehmer für Wiedereinstiegsprogramme in den Pflegeberuf finden lassen.

Fazit

Infolge der demografischen Entwicklung steigt in Baden-Württemberg der Bedarf an Krankenpflegepersonal von knapp 69.000 Krankenschwestern/-pflegern in 2001 auf 78.500 im Jahr 2010. Der Bedarf an AltenpflegerInnen nimmt im betrachteten Prognosezeitraum um mehr als 6.000 zu. Quantitativ weniger bedeutsam ist dagegen der Zuwachs für die Berufsgruppen der Krankenpflegehelferinnen und Altenpflegehelferinnen.

Selbst wenn die Ausbildungsabschlüsse in den Bereichen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe im Jahr 2010 auf dem Stand von 2002/03 verbleiben, können sie den wachsenden Bedarf an examinierten Krankenpflegekräften in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen Baden-Württembergs nicht decken. In der Altenpflege und Altenpflegehilfe ist absehbar, dass die Zahl von Pflegeschülern ebenfalls nicht groß genug sein wird, um den anwachsenden Bedarf in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu decken.

Insgesamt muss daher festgestellt werden, dass der Bedarf an Pflegekräften im Jahr 2010 nicht durch die zukünftige Ausbildung in den Pflegeberufen gedeckt werden kann. Auf Grund der sich abzeichnenden Entwicklungen wird in den nächsten Jahren ein Mehrbedarf an examinierten Pflegekräften bestehen. Der Wiedereinstieg von ehemaligen Pflegekräften und ihre Wiedereingliederung in den Pflegeberuf werden vor diesem Hintergrund einen wichtigen Stellenwert für die zukünftige pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg einnehmen.

Einleitung

Im Pflegedienst der Krankenhäuser bzw. der stationären Pflegeeinrichtungen zeichnet sich ein deutlicher Personalkräftemangel ab. Nach einer kürzlich veröffentlichten Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung fehlen in Deutschland derzeit mehr als 40.000 Pflegekräfte.¹ Angesichts der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren von einer deutlichen Verschärfung der problematischen Personalsituation im Pflegebereich auszugehen.

Im Krankenhausbereich können derzeit vorhandene Stellen im Pflegedienst nicht in vollem Umfang besetzt werden. Die genannte Studie geht von 12.000 offenen Stellen aus. Im Bereich der ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen besteht die problematische Personalsituation seit vielen Jahren; sie hat vor allem finanzielle Ursachen. Die Heimentgelte reichen in der Regel kaum aus, um eine angemessene Personalbesetzung zu gewährleisten, die auch die vorgeschriebene Fachkraftquote berücksichtigt.

Da in den letzten Jahren die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege rückläufig war, ist nicht davon auszugehen, dass die neu in den Beruf eintretenden Pflegekräfte den zunehmenden Bedarf ausreichend abdecken werden. Eine Möglichkeit, die verbleibende Lücke zu schließen, besteht darin, die in den letzten Jahren nach einer vergleichsweise kurzen Berufsverweildauer (vorübergehend) ausgeschiedenen Pflegekräfte für eine Rückkehr in den Pflegeberuf zu gewinnen. Allerdings liegen derzeit keine ausreichenden Informationen zur Rückkehrbereitschaft sowie zu Vorerfahrungen und Schulungsbedarf dieser Zielgruppe vor.

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) – im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg und mit Unterstützung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) – in Baden-Württemberg eine Repräsentativerhebung bei ausgeschiedenen Pflegekräften zum Wiedereinstieg in den Pflegeberuf durchgeführt. Dabei sollten insbesondere Ausstiegs- und Wiedereinstiegs motive, präferierte Einsatzgebiete und Qualifikationsbedarf der Zielgruppe detailliert ermittelt werden (Teil A dieser Studie).

Darauf basierend, verfolgte die Untersuchung das Ziel, für Baden-Württemberg das landesweite Potenzial an ehemals berufstätigen Pflegekräften zu taxieren, die grundsätzlich bereit

¹ Vgl. dip, 2002

sind, nach einer in der Regel aus familiären Gründen unterbrochenen Berufstätigkeit wieder in den ehemaligen Beruf zurückzukehren (Teil B).

Des Weiteren sollte im Projekt eine Abschätzung des prospektiven Bedarfs an Pflegekräften in den stationären Einrichtungen Baden-Württembergs sowie der Entwicklung der Schülerzahlen in der Pflege bis zum Jahre 2010 erfolgen (Teil C).

Die nachfolgenden Ergebnisse bilden den Rahmen für ein weiteres Vorhaben durch das Institut für angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Katholischen Fachhochschule Freiburg, mit dem zunächst der Bildungsbedarf der zur Berufsrückkehr bereiten Pflegekräfte bestimmt und ein Curriculum für einen entsprechenden sog. Refresher-Kurs entwickelt werden soll. Danach soll die Durchführung und Evaluation solcher Kurse erfolgen.

Teil A: Repräsentativerhebung unter ehemaligen Pflegekräften

1 Methodik

1.1 Ablauf der Erhebung

Die Geschäftsführungen bzw. Verwaltungsleitungen der baden-württembergischen Krankenhäuser ab 50 Betten (Allgemeinkrankenhäuser und Krankenhäuser für Psychiatrie und/oder Neurologie) sowie die Heimleitungen der stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs ab 35 Plätzen wurden gebeten, die in einem bestimmten Zeitraum ausgeschiedenen Pflegekräfte nach einem vorgegebenen Zufallsverfahren zu identifizieren und ihnen einen vom DKI konzipierten Erhebungsbogen (inklusive portofreiem Rückkuvert) zu übersenden. Da die Zielgruppe der Untersuchung primär solche ehemaligen Pflegekräfte bildeten, die nach einer ggf. längeren Familienphase einer Wiederaufnahme ihrer früheren Tätigkeit positiv gegenüber stehen, sollten von den teilnehmenden Einrichtungen nicht diejenigen Pflegekräfte angeschrieben werden, die zuletzt ausgeschieden sind. Vielmehr sollte das (vorläufige) Ausscheiden aus dem Pflegeberuf schon etwas länger zurückliegen, konkret zwischen 1995 und 1998 stattgefunden haben.

Zunächst wurden die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die den Einschlusskriterien genügten, postalisch über Hintergrund, Methodik und ihren möglichen Beitrag zum Projekt informiert. Auf einer beigefügten Antwortpostkarte konnten die angeschriebenen Einrichtungen ihre Teilnahmebereitschaft erklären oder verneinen. Wegen einer im Vergleich zu den Krankenhäusern geringeren Teilnahmebereitschaft wurde bei einem Teil der stationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich noch telefonisch nachgefasst. Die Einrichtungen, die ihre Teilnahmebereitschaft grundsätzlich erklärt hatten, erhielten anschließend die Erhebungunterlagen samt ausführlicher Durchführungshinweise.

Wie erwähnt, sollten die Teilnehmer für ihr Haus eine kleine Stichprobe von ausgeschiedenen Pflegekräften ziehen. Die Einrichtungen waren gemäß vorgegebenem Zufallsverfahren gehalten, maximal fünf ausgeschiedene Pflegekräfte pro Jahr des Zeitraums von 1995-1998 zu ziehen, bei geringer Fluktuation ggf. auch weniger. Des Weiteren sollten die Pflegekräfte, die die Einrichtung verlassen haben, den folgenden Einschlusskriterien für die Stichprobe genügen:

- weiblich
- deutsche Nationalität
- abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege oder Heilerziehungspflege (drei- bzw. zweijährig)
- Tätigkeit im Pflegedienst der Einrichtung
- Mindestalter bei Ausscheiden: 22 Jahre
- Höchstalter bei Ausscheiden: 40 Jahre.¹

Da es sich bei der Zielgruppe von Wiedereinstiegsprogrammen vor allem um Frauen handelt, die nach einer Familienphase wieder in den Beruf zurückkehren wollen, konzentrierten sich – auch zur Vermeidung sog. Streuverluste – die Einschlusskriterien ganz bewusst auf ein weibliches und junges Klientel.

Da dem DKI aus datenschutzrechtlichen Gründen ein Zugriff auf die entsprechenden Personaldaten verwehrt war, wurden die teilnehmenden Häuser gebeten, die Erhebungsunterlagen an ihre ehemaligen Mitarbeiter weiterzuleiten. Zu diesem Zweck wurden die Erhebungsunterlagen den beteiligten Einrichtungen komplett und versandfertig bereitgestellt. Sie mussten sie lediglich noch mit einem Adressaufkleber versehen und auf den Postweg geben.

Die Erhebungsunterlagen für die ehemaligen Pflegekräfte umfassten im Einzelnen ein Anschreiben, den Erhebungsbogen und ein freigemachtes Rückkuvert. Das Rückkuvert war an das DKI adressiert. Ein Zugriff der teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auf die Antworten ihrer früheren Mitarbeiter war somit völlig ausgeschlossen. Darüber wurden die Befragten im Anschreiben ausdrücklich in Kenntnis gesetzt.

Die Krankenhäuser und sonstigen stationären Pflegeeinrichtungen waren ihrerseits zur Bestimmung der Stichprobengröße gehalten, etwa eine Woche nach Weiterleitung der Erhebungsunterlagen an ihre ehemaligen Mitarbeiter einen sog. Einrichtungsbogen mit der Anzahl der versandten bzw. nicht zustellbaren Erhebungsbogen auszufüllen und an das DKI zurückzuschicken.

Nach der beschriebenen Vorgehensweise wurden sowohl derzeitig berufstätige als auch nicht berufstätige Pflegekräfte identifiziert und angeschrieben. Denn den Einrichtungen war, zumal angesichts des länger zurückliegenden Bezugszeitraums, vielfach nicht bekannt, ob

¹ Insbesondere in Einrichtungen mit geringer Fluktuation wurden allerdings Abweichungen vom Mindest- bzw. Höchstalter im Einzelfall toleriert.

die ausgeschiedenen Pflegekräfte in eine andere Einrichtung gewechselt sind, den Beruf gewechselt haben oder nicht mehr berufstätig sind. Die entsprechenden Informationen ergaben sich somit erst aus der Befragung der ausgeschiedenen Pflegekräfte.

Es lag von vornherein auf der Hand, dass eine vergleichsweise große Anzahl an ehemaligen Pflegekräften postalisch nicht mehr erreichbar sein würde, weil sie zwischenzeitlich die Wohnung oder den Wohnort gewechselt haben. Mit einer relativ großen Zahl sog. neutraler Ausfälle war also zu rechnen. Dadurch können natürlich auch die Befragungsergebnisse beeinflusst sein, insofern die in diesem Sinne „mobileren“ ehemaligen Pflegekräfte sich auch hinsichtlich anderer Merkmale von den in der Stichprobe tatsächlich erfassten Personen unterscheiden könnten. Diesbezüglich sind allerdings nur Spekulationen möglich.

Wegen des mehrstufigen und komplexen Vorgehens und mehrfacher Nachfassaktionen bei den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erstreckte sich die Erhebungsphase des Wiedereinstiegsprojektes auf einen relativ langen Zeitraum von Juli bis November 2003.

1.2 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen des Wiedereinstiegsprojekts kamen zwei Erhebungsinstrumente zum Einsatz: ein sog. Einrichtungsbogen zu einigen statistischen Daten der teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie ein Erhebungsbogen für ehemals in der Pflege berufstätige Pflegekräfte.

- **Erhebungsbogen für ehemalige Pflegekräfte**

Im Rahmen dieses umfangreichen Instruments wurden die ehemals in der Pflege berufstätigen Pflegekräfte nach ihren Gründen für das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf, nach ihrer Wiedereinstiegsbereitschaft und ihren Wiedereinstiegsmotiven sowie nach ihren bevorzugten Einsatzgebieten und ihrem Qualifizierungsbedarf gefragt. Ergänzt waren Fragen zur Berufsbiografie, zu demografischen Daten und zum Gesundheitszustand der Befragten. Die Erhebungsbogen für die ehemaligen Pflegekräfte wurden von den teilnehmenden Einrichtungen gemäß bestimmter Vorgaben an ihre früheren Mitarbeiter versandt.¹

- **Einrichtungsbogen**

Im Einrichtungsbogen, der von den teilnehmenden Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen auszufüllen war, wurden zum einen einige Personaldaten der jeweiligen Ein-

¹ Vgl. Kap. 1.1

richtung erhoben. Konkret handelte es sich dabei um die Gesamtzahl der Pflegekräfte, die Anzahl der Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung und die ausgeschiedenen Pflegekräfte jeweils für die Jahre 1995-1998. Mit diesen Informationen sollte die Fluktuation im Pflegedienst der stationären Einrichtungen Baden-Württembergs taxiert werden.

Zum anderen sollten die Einrichtungen angeben, wie viele Erhebungsbogen sie an ihre ehemaligen Mitarbeiter weitergeleitet und wie viele Bogen davon, weil nicht zustellbar, an den Absender zurückgesandt wurden. Diese Daten wurden zur Bestimmung der Brutto-Stichprobe bzw. der Rücklaufquote benötigt.

1.3 Rücklauf

Angesichts der schwierigen Methodik und des großen Aufwandes für die Stichprobenziehung war die Teilnahmebereitschaft der Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen eher zurückhaltend: Von den 231 Krankenhäusern Baden-Württembergs ab 50 Betten erklärten 98 per Antwortpostkarte ihre grundsätzliche Teilnahmebereitschaft. Insgesamt lagen Erhebungsbogen von Pflegekräften aus 57 verschiedenen Krankenhäusern vor, in welchen diese Pflegekräfte zuletzt gearbeitet hatten.¹ Bei 98 teilnehmenden Krankenhäusern entspricht dies einer Ausschöpfung auf Krankensebene von 58,2%.

Laut Angaben im Einrichtungsbogen haben die teilnehmenden Krankenhäuser im Durchschnitt 14,6 Erhebungsbogen an ihre ehemaligen Pflegekräfte weitergeleitet; davon konnten durchschnittlich 6,3 Bogen nicht zugestellt werden. Die Zahl der zustellbaren Bogen beträgt insofern 8,3 Bogen je Krankenhaus. Bei 57 teilnehmenden Krankenhäusern liegt die Anzahl der versandten Bogen, welche an ehemalige Pflegekräfte aus dem Krankenhaus tatsächlich weitergeleitet wurden, insofern bei 473 Erhebungsbogen.² Insgesamt wurden 230 Bogen zurückgesandt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 48,6% auf der Ebene der befragten Krankenschwestern.

Noch schwieriger gestaltete sich die Erhebung in den stationären Pflegeeinrichtungen. Von den Pflegeeinrichtungen mit mindestens 35 Plätzen erklärten sich insgesamt 261 Einrichtungen grundsätzlich bereit, an der Erhebung teilzunehmen. Letztlich gingen Erhebungsbogen

¹ Da der Erhebungsbogen für die Pflegekräfte eine Identifikationsnummer des versendenden Krankenhauses aufwies, war eine solche Zuordnung möglich. Es ist im Übrigen nicht auszuschließen, dass darüber hinaus noch weitere Krankenhäuser zwar die Erhebungsunterlagen weitergeleitet haben, aber keine der Angeschriebenen geantwortet hat.

² Da nicht für alle dieser 57 Krankenhäuser der Einrichtungsbogen vorlag, muss zur Bestimmung der Stichprobengröße mit Schätz- bzw. Durchschnittswerten gearbeitet werden.

von ehemaligen Pflegekräften aus 54 dieser Einrichtungen ein. Das entspricht einer Ausschöpfung auf Einrichtungsebene von 20,7%.

Laut Einrichtungsbogen waren von durchschnittlich 6,4 versandten Bogen im Mittel 2,2 nicht zustellbar. Bei 54 Einrichtungen und durchschnittlich 4,2 Bogen pro Haus umfasste die Brutto-Stichprobe für die stationären Pflegeeinrichtungen somit 227 Teilnehmer. Davon haben 112 Befragte den Erhebungsbogen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 49,3% entspricht.

Fasst man die beiden Teilstichproben zusammen, beteiligten sich insgesamt 342 ausgeschiedene Pflegekräfte; davon waren 230 Befragte zuletzt im Krankenhaus tätig und 112 Personen arbeiteten vor ihrem Ausscheiden in stationären Pflegeeinrichtungen. Von den 342 Befragten in der Stichprobe gaben zum Zeitpunkt der Erhebung 178 (52%) an, noch oder wieder in der Pflege tätig zu sein.¹ Diese Gruppe wird von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen, da sie nicht zur interessierenden Zielgruppe der möglichen Wiedereinsteigerinnen gehört.

Die folgenden Analysen umfassen somit 164 zufällig ausgewählte Pflegekräfte, welche nicht mehr in der Pflege berufstätig sind. Von diesen 164 nicht mehr in der Pflege berufstätigen Pflegekräften sind 94 (57%) überhaupt nicht mehr berufstätig und 70 (43%) außerhalb der Pflege berufstätig. Als letzte Berufstätigkeit gaben 108 Personen (66%) eine Beschäftigung im Krankenhaus und 56 Befragte (34%) eine Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen an.

1.4 Stichprobe

Das Durchschnittsalter der 164 ehemaligen Pflegekräfte liegt bei 37 Jahren. Im Mittel haben die Teilnehmer knapp 7 Jahre in der Pflege gearbeitet (ohne Ausbildungszeiten). Dabei ist zu bedenken, dass sie bei ihrem Ausscheiden überwiegend 5-8 Jahre jünger waren.

Von den 164 Teilnehmern haben 79,5% eine Ausbildung zur Krankenschwester bzw. Kinderkrankenschwester absolviert und 13,4% eine Altenpflegeausbildung. Die übrigen haben sonstige Qualifikationen (v.a. Heilerziehungspflegerin) oder machten keine Angaben.

Die Befragten haben während ihrer Berufsausübung ein breites Spektrum pflegerischer Tätigkeiten abgedeckt: In bettenführenden Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern haben

¹ Darunter sind Stellenwechsler wie Personen, die nach einem zwischenzeitlichen Ausscheiden aus dem Pflegeberuf wieder in die Pflege zurückgekehrt sind.

70,7% der ehemaligen Pflegekräfte gearbeitet, in nicht-bettenführenden Bereichen 11,6%. Über Berufserfahrung in stationären Pflegeeinrichtungen verfügen 29,9% und im ambulanten Pflegedienst 20,7%. Jeweils weniger als 10% waren in der Psychiatrie oder in Rehabilitationseinrichtungen tätig.¹

Über die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit in ausgewählten Einsatzbereichen informiert Abb. 1. Im Durchschnitt waren die ehemaligen Pflegekräfte nur etwa 2-3 Jahre in den jeweiligen Fachgebieten bzw. Einrichtungen tätig (ohne Ausbildungszeiten). Bei einer durchschnittlichen Verweildauer im Pflegeberuf von fast sieben Jahren haben folglich in diesem Zeitraum zahlreiche Pflegekräfte, teilweise mehrfach, ihren Einsatzbereich gewechselt.

Dabei haben vergleichsweise viele Pflegekräfte auch einen Wechsel der Einrichtung vollzogen. Nur ein Drittel der Befragten hat während ihrer gesamten Berufstätigkeit im selben Krankenhaus bzw. in derselben Pflegeeinrichtung gearbeitet (ohne Ausbildungszeiten). Jeweils ein weiteres Drittel der Teilnehmer hat in zwei Einrichtungen bzw. in drei oder mehr Einrichtungen gearbeitet. Überdies haben rund 15% der Befragten auch Berufserfahrung in anderen Berufen.

Mit Blick auf die Arbeitszeitbedingungen in der Pflege haben über 90% die meiste Zeit ihrer Berufstätigkeit im Schichtdienst gearbeitet. Ein Drittel hat Erfahrung im Nachtdienst von durchschnittlich etwa 3,6 Jahren und immerhin rund 60% haben Teilzeit gearbeitet, wobei diese im Mittel etwa 3,3 Jahre dauerte.

Neben berufsbiografischen Informationen wurden des Weiteren noch einige demografische Daten erhoben: Nur 10% der Teilnehmer leben momentan allein. 78% der Befragten leben mit einem Partner zusammen. 76% leben mit eigenen Kindern, davon 12% mit einem Kind, 42% mit zwei Kindern und 22% mit drei oder mehr Kindern im Haushalt. Bei einem Kind oder mehreren Kindern liegt das Durchschnittsalter des (ältesten) Kindes bei 8 Jahren; das jüngste Kind ist im Mittel erst 2 Jahre alt. Unter den ehemaligen Pflegekräften ist also die Kleinfamilie mit überwiegend jungen Kindern die dominante Lebensform. Pflegebedürftige Angehörige gibt es überdies nur in knapp 4% der Teilnehmerhaushalte.

¹ Mehrfachnennungen waren möglich. Ausbildungszeiten sind nicht berücksichtigt.

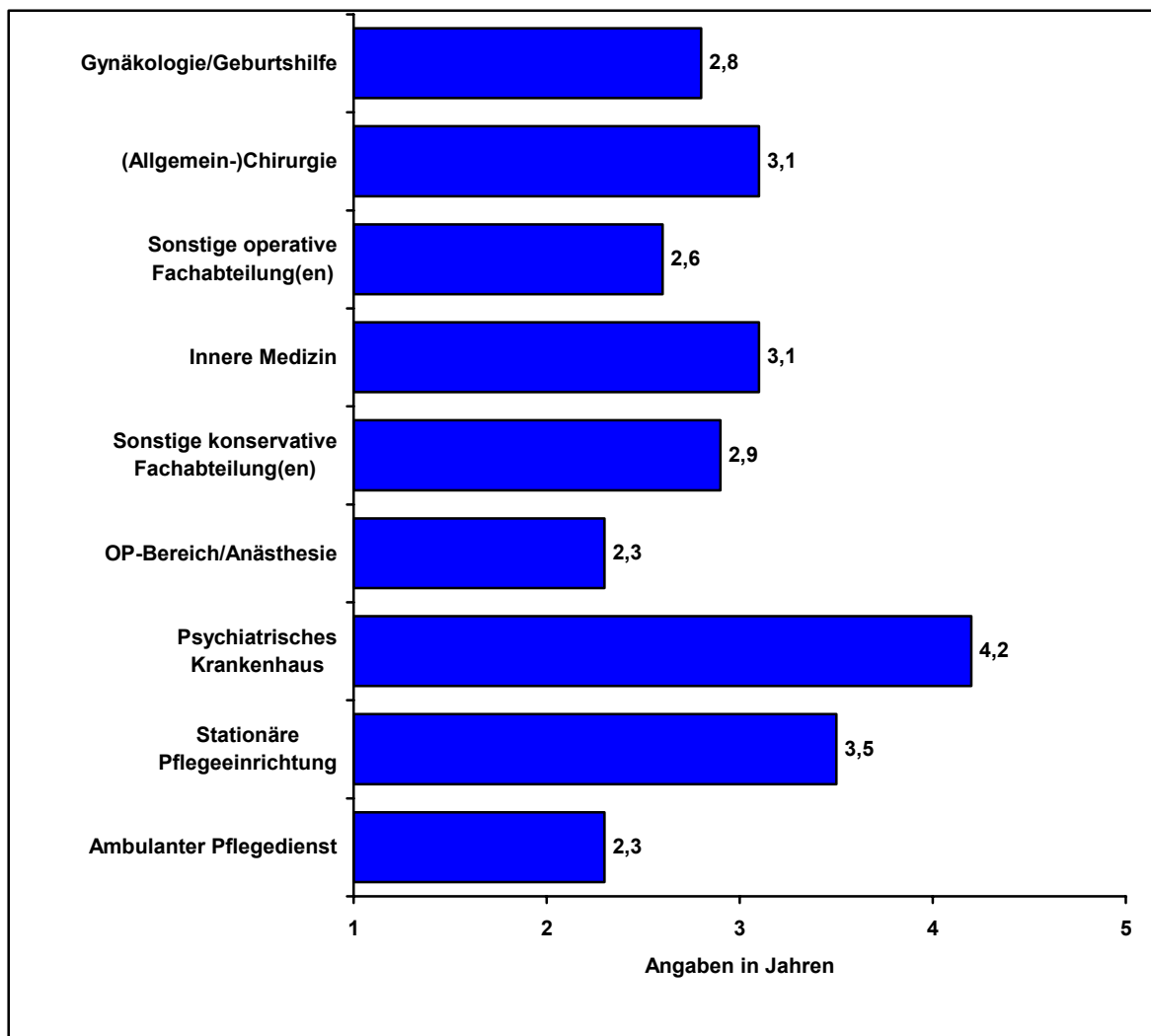


Abb. 1: Durchschnittliche Tätigkeitsdauer in ausgewählten Einsatzbereichen

2 Gründe für das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf

Die ehemaligen Pflegekräfte, die nicht mehr oder außerhalb der Pflege berufstätig sind, wurden nach den Gründen für ihr Ausscheiden aus dem Pflegeberuf befragt. Nachfolgend sind die Ergebnisse für einzelne Themenkomplexe zusammengefasst.

2.1 Persönliche Gründe

Das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf kann maßgeblich durch persönliche wie familiäre Gründe bestimmt werden, die keinen oder lediglich mittelbaren Zusammenhang mit der Berufstätigkeit oder den Arbeitsbedingungen aufweisen. Insbesondere Schwangerschaft und Kindererziehung sowie die Fürsorge pflegebedürftiger Angehöriger können die Zeit für eine berufliche Tätigkeit stark einschränken bzw. diese unmöglich machen. Zudem kann die Entscheidung für einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf beispielsweise auch durch eine berufliche Neuorientierung, einem schlechten Gesundheitszustand oder einen Wohnortwechsel bedingt sein.

Abb. 2 stellt die Mittelwerte der von den Befragten genannten persönlichen Gründe für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf dar.¹

Die Darstellung zeigt, dass Schwangerschaft und Kindererziehung in hohem Maße dazu beigetragen haben, den Pflegeberuf aufzugeben. Für fast 70% der ehemaligen Pflegekräfte besaßen diese beiden Gründe gleichermaßen hohe Bedeutung. Die Hälfte der Befragten, bei denen die Kindererziehung einen maßgeblichen Einfluss auf die Berufsaufgabe ausübte, gab als weiteren Grund eine fehlende Betreuungsmöglichkeit für ihr(e) Kind(er) an.

Wesentliche Ausstiegsgründe derjenigen Befragten, deren Berufsaufgabe keinen familiären Hintergrund hatte, war die berufliche Weiterbildung bzw. der Wunsch nach einem Berufswechsel. Mit Blick auf den letztgenannten Aspekt muss offen bleiben, inwieweit dies eher eine Entscheidung gegen den Pflegeberuf oder der für einen anderen Beruf war.

Zwei Items befassen sich mit dem Gesundheitszustand der Befragten. Im Durchschnitt hat zwar der körperliche wie der psychische Gesundheitszustand nur wenig zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf beigetragen. Gleichwohl maßen immerhin ca. 25% der ehemaligen Pflege-

¹ Erfasst sind bei den Gründen Schwangerschaft, Kindererziehung, fehlende Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Betreuung pflegebedürftige Angehöriger, Wohnortwechsel, berufl. Weiterbildung und Entlassung nur jeweils die Befragten, auf die die jeweilige Situation zutrif.

kräfte der psychischen Erschöpfung und knapp 20% ihrer körperlichen Verfassung einen wesentlichen Beitrag zum Berufsausstieg bei.

Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass – auch mit Blick auf die noch weiter unten darzustellenden Ausstiegsmotive – Schwangerschaft bzw. Kindererziehung den mit Abstand wichtigsten Grund darstellen, (vorläufig) aus dem Pflegeberuf auszusteiden. Insofern ist das wichtigste Ausstiegsmotiv eindeutig keine Entscheidung gegen Arbeitsinhalte und –bedingungen des Pflegeberufs. Mit Blick auf die pflegespezifischen Ausstiegsmotive ist daher von primärem Interesse, inwieweit sie die Entscheidung begünstigt oder verstärkt haben oder unabhängig davon wirksam waren.

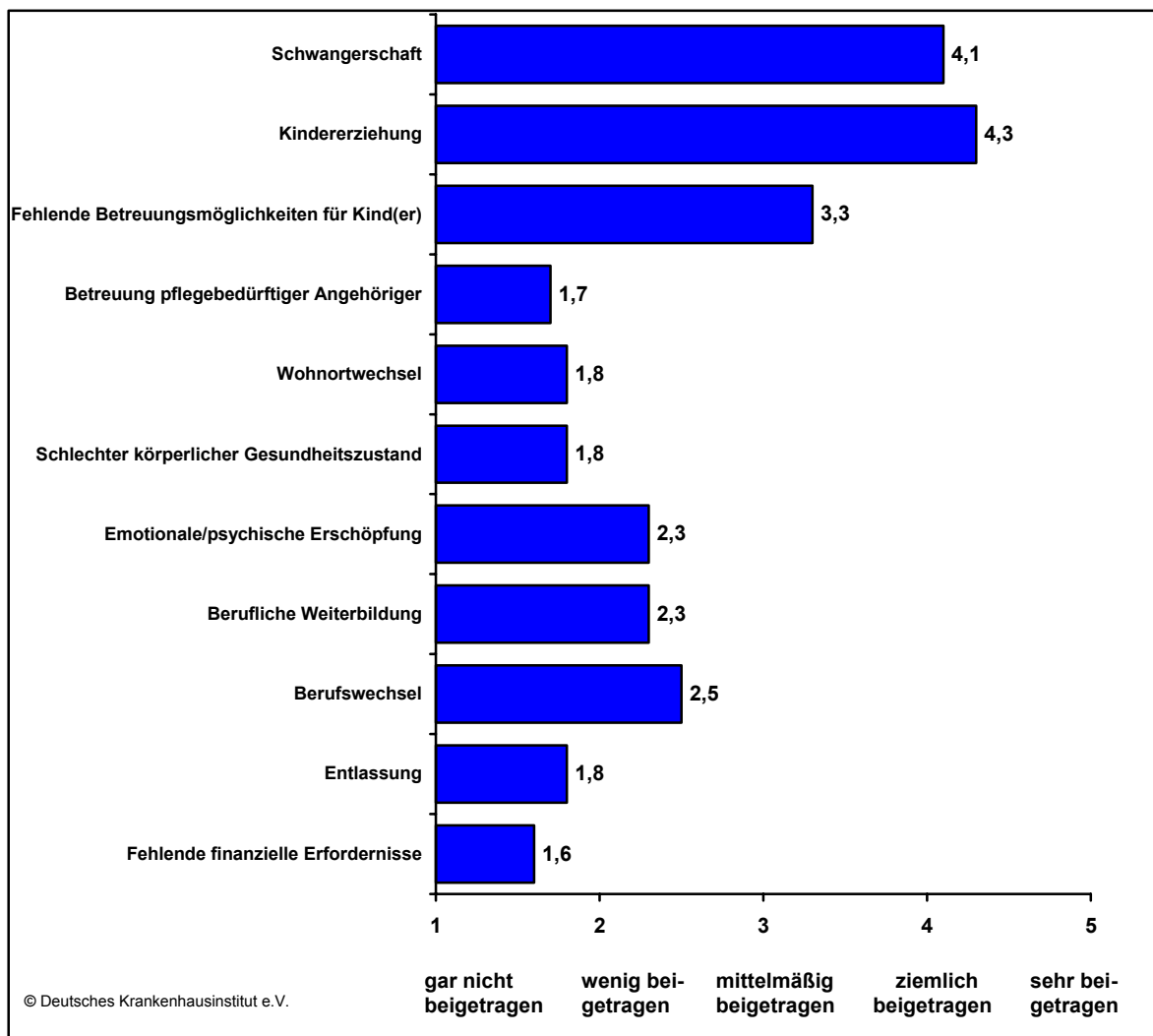


Abb. 2: Ausstiegsgründe – Persönliche Gründe (Mittelwerte)

2.2 Arbeitsinhalte

Die Arbeitsinhalte von Pflegekräften sind durch unterschiedlichste Anforderungen gekennzeichnet. Um zu überprüfen, inwieweit die Arbeitsinhalte zum Ausscheiden aus dem Pflegeberuf beigetragen haben, wurde den Erhebungsteilnehmern eine Liste berufstypischer Stressoren vorgelegt, welche einschlägigen Belastungsskalen entnommen wurden.¹

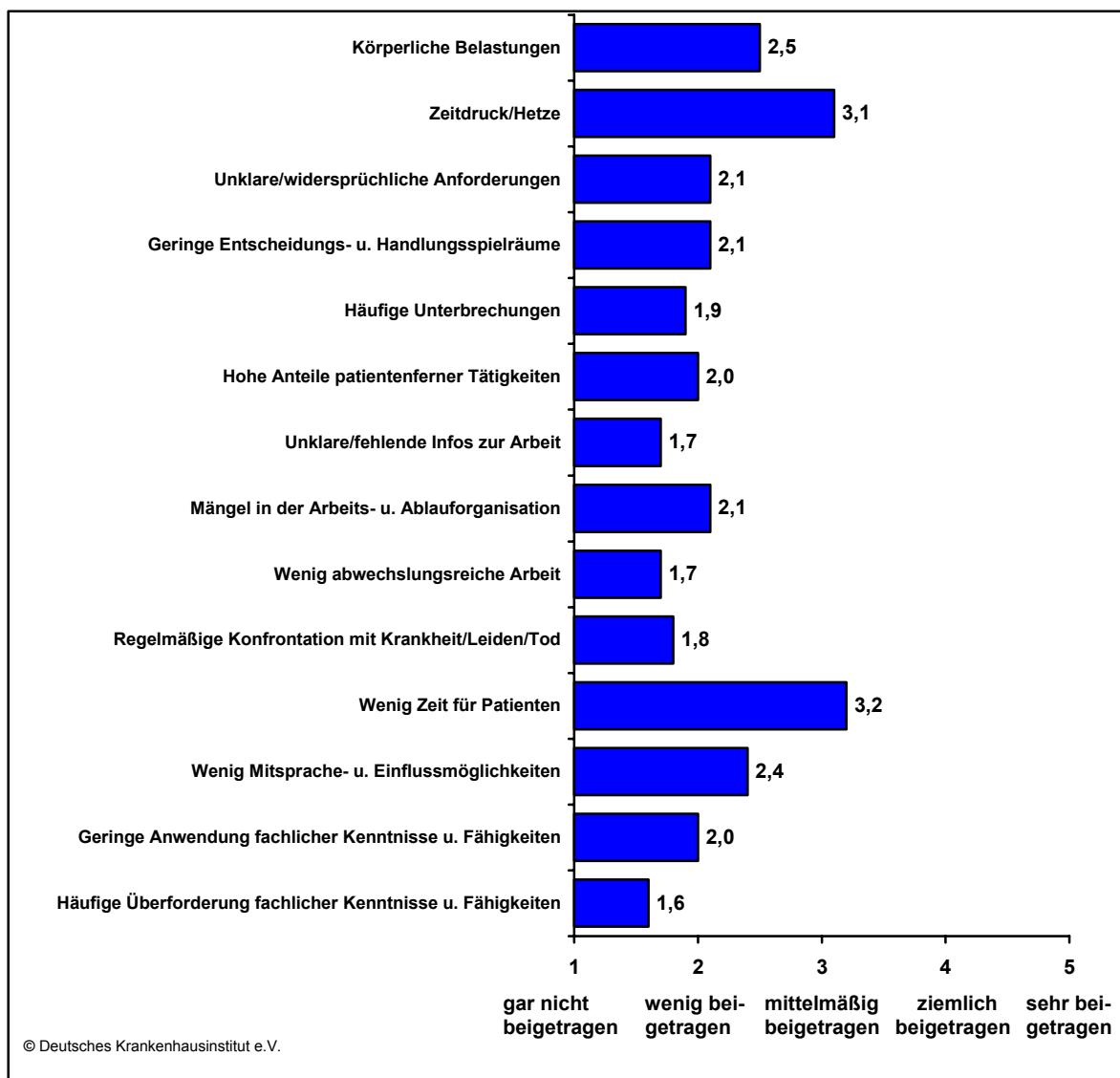


Abb. 3: Ausstiegsgründe – Arbeitsinhalte (Mittelwerte)

¹ Vgl. Büssing et al., 2002; Güntert et al., 1989; Herschbach, 1991; NEXT, 2002; Ulich, 2003; Zimmer et al., 1999

Abb. 3 zeigt, welche pflegespezifischen Stressoren dazu beigetragen haben, den Pflegeberuf zu verlassen. Grundsätzlich wurden die Arbeitsinhalte im Durchschnitt wenig oder allenfalls mittelmäßig als Ausstiegsmotiv angeführt. Ehemalige Pflegekräfte gaben insbesondere Zeitprobleme als belastende Faktoren an. Deren Bedeutung zeigt sich auch, wenn man die durch die Arbeitsinhalte begründeten Ausstiegsmotive in der Rangfolge ihrer Wichtigkeit darstellt. Abb. 4 gibt den Anteil der Befragten wieder, bei denen der jeweilige Belastungsfaktor „sehr“ oder „ziemlich“ zu ihrem Ausstieg beigetragen hat.

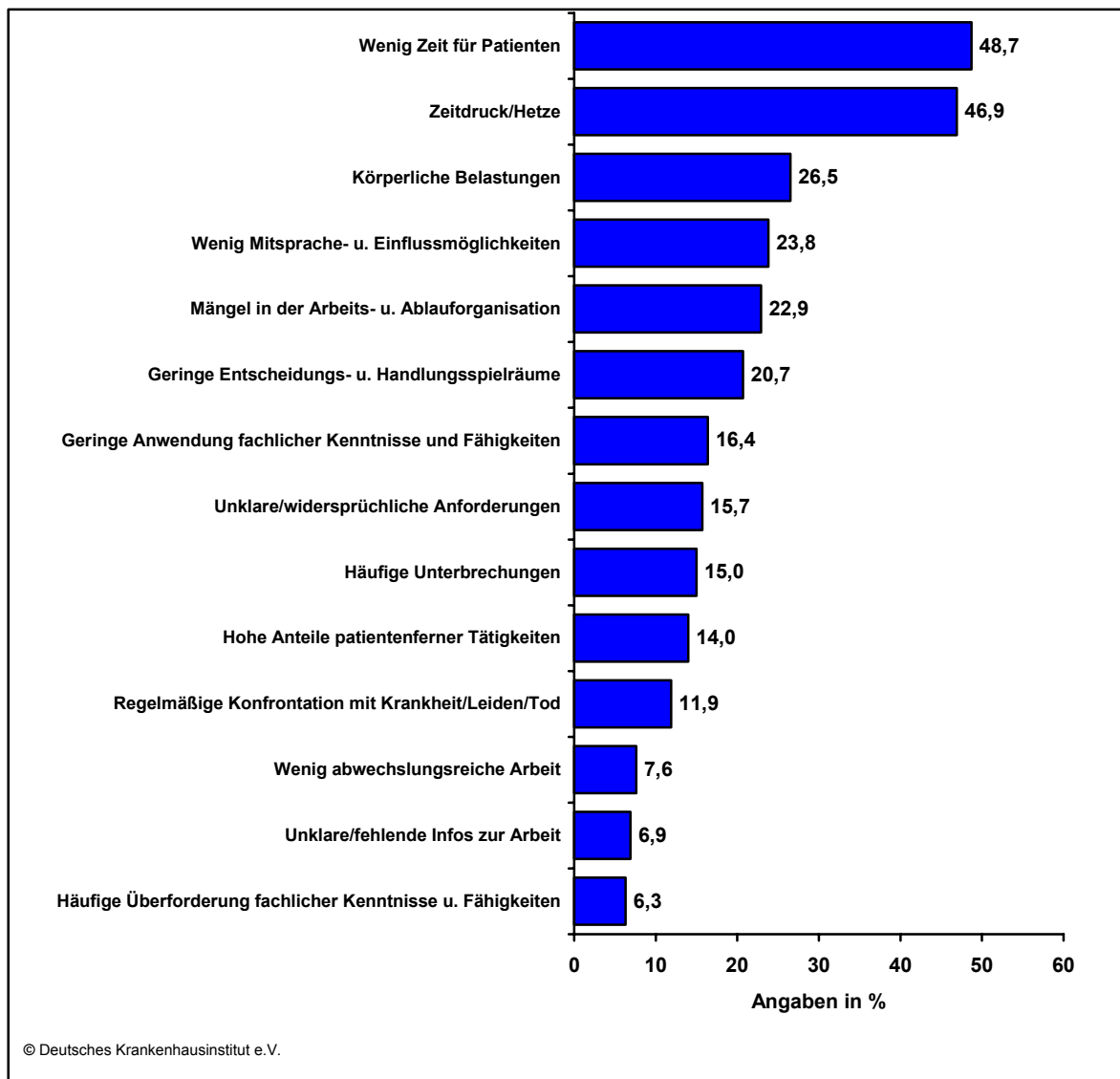


Abb. 4: Maßgebliche Ausstiegsgründe – Arbeitsinhalte (Häufigkeiten)

Fast die Hälfte der ehemals im Pflegeberuf Tätigen gab an, dass Zeitprobleme maßgeblich zur Berufsaufgabe beigetragen hätten. Das betrifft gleichermaßen Zeitdruck und Hetze während der Arbeit wie die Tatsache, zu wenig Zeit für die Patienten zu haben. 75% dieser Befragten sahen dabei die Zeitprobleme im Allgemeinen und im Umgang mit dem Patienten gleichermaßen bedeutend für ihr Ausscheiden aus der Pflege Tätigkeit an.

Für jeweils rund ein Viertel der ehemals in der Pflege Beschäftigten stellten Mängel in der Arbeits- und Ablauforganisation sowie körperliche Belastungen maßgebliche Ausstiegsgründe dar. Gleichwohl fühlten sich die Befragten durch die beruflichen Anforderungen nicht generell überfordert. Eine häufige Überforderung bildet vielmehr das am seltensten angeführte Ausstiegsmotiv.

Neben Zeitproblemen und körperlichen Belastungen bilden insbesondere Partizipationsdefizite ein vergleichsweise wichtiges Ausstiegsmotiv. Bei jeweils mehr als 20% der Befragten haben geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie unzureichende Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten maßgeblich zum Verlassen des Pflegeberufs beigetragen.

Eher grundsätzliche Probleme mit der pflegerischen Tätigkeit hatte nur eine Minderheit der Erhebungsteilnehmer: Eine Unterforderung durch die geringe Anwendung fachlicher Kenntnisse und Fähigkeiten oder eine vorgeblich wenig abwechslungsreiche Arbeit, die regelmäßige Konfrontation mit Krankheit, Leiden und Tod oder selbst hohe Anteile an nicht-pflegerischen bzw. patientenfernen Tätigkeiten waren keine vordergründigen Ausstiegsgründe.

2.3 Arbeitsklima

Ein gutes Arbeitsklima gilt im Allgemeinen als wichtiges Kriterium für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Um zu analysieren, inwieweit ein schlechtes Arbeitsklima dazu beiträgt, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, wurde zwischen den einzelnen Kontaktpersonen am Arbeitsplatz differenziert. Dies sind im Wesentlichen Kollegen aus der Pflege, Vorgesetzte, Ärzte, Patienten bzw. Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen.¹ Bei Führungskräften in Pflegeberufen können zudem Probleme mit den Mitarbeitern Gründe für ein Ausscheiden aus der Tätigkeit sein.

¹ Bei möglichen Problemen mit Ärzten fanden nur Krankenpflegekräfte Berücksichtigung.

Abb. 5 zeigt, inwieweit das Arbeitsklima den Ausstieg aus dem Pflegeberuf beeinflusst. Ein Großteil der Befragten gab dabei an, dass Probleme mit den im Krankenhaus bzw. stationären Pflegeeinrichtungen Beschäftigten, den zu pflegenden Personen bzw. deren Angehörigen gar nicht oder wenig dazu beigetragen hätten, aus dem Pflegeberuf auszusteigen.

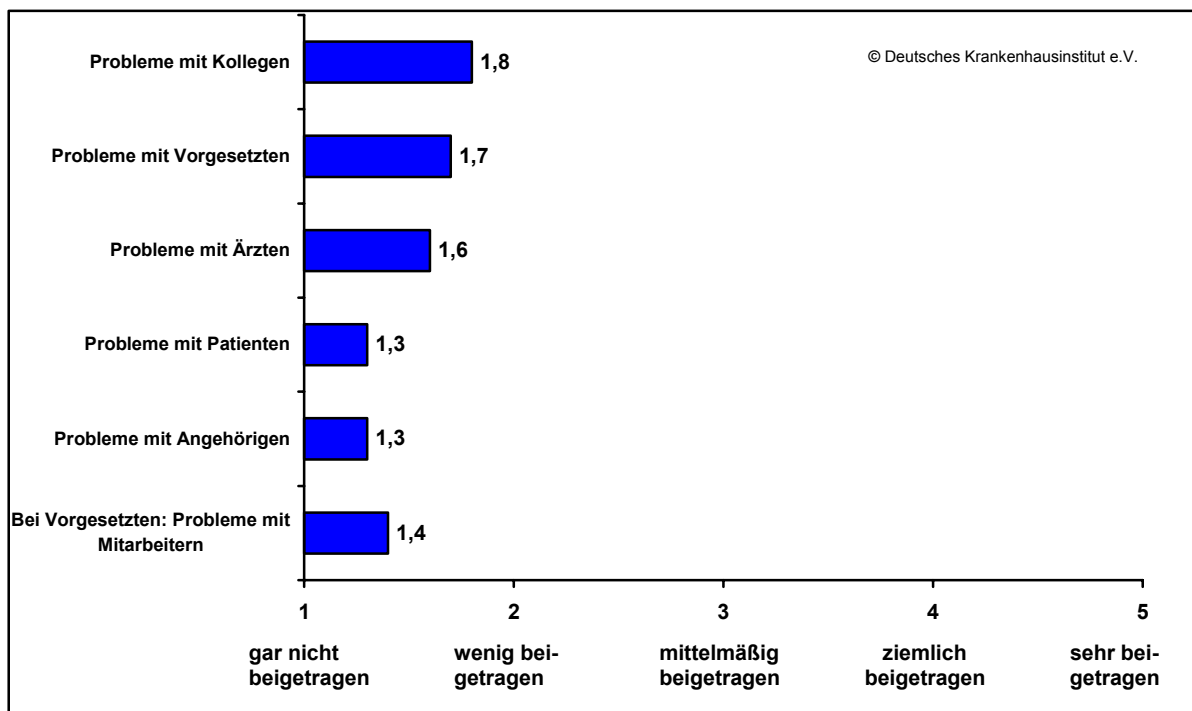


Abb. 5: Ausstiegsgründe – Arbeitsklima (Mittelwerte)

Differenziert nach den unterschiedlichen Gruppen von Kontaktpersonen am Arbeitsplatz ist erkennbar, dass ein schlechtes Arbeitsklima im direkten Kollegenkreis der Pflegenden sowie Probleme mit Vorgesetzten häufiger als eine schlechte Arbeitsbeziehung zu Pflegenden und Angehörigen dazu beitragen, die Pflgetätigkeit aufzugeben.

Hervorzuheben ist, dass die Befragten fast durchgängig dem Verhältnis zwischen Pflegepersonen und zu Pflegenden bzw. dessen Angehörigen keine Einflussnahme auf ihr Ausscheiden aus dem Pflegeberuf beimaßen. Eine entsprechende Klientenaversion scheint bei den ehemaligen Pflegekräften insofern nicht vorzuliegen.

Alles in allem ist nach Selbsteinschätzung der Befragten ein schlechtes Arbeitsklima nur in wenigen Fällen ein maßgeblicher Grund für das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf. Zwar wird im Rahmen einer offenen Frage vereinzelt von Mobbing am Arbeitsplatz berichtet. Statistisch sind diese Fälle jedoch von untergeordneter Bedeutung. Selbstverständlich signali-

sieren die Ergebnisse nicht zwingend ein gutes Arbeitsklima im Pflegedienst stationärer Einrichtungen. Es ist jedoch zumindest im Durchschnitt nicht ausstiegsrelevant.

2.4 Arbeitszeit

Die Arbeitszeit bzw. Arbeitszeitbedingungen stellen weitere potenzielle Belastungsfaktoren pflegerischer Tätigkeit dar. Kennzeichnend hierfür sind insbesondere Schichtarbeit bzw. Wechselschicht, Wochenenddienst, Nachtarbeit und Überstunden. Mittelbar können durch ungünstige Dienstzeiten private Kontakte belastet und Freizeitaktivitäten eingeschränkt werden.

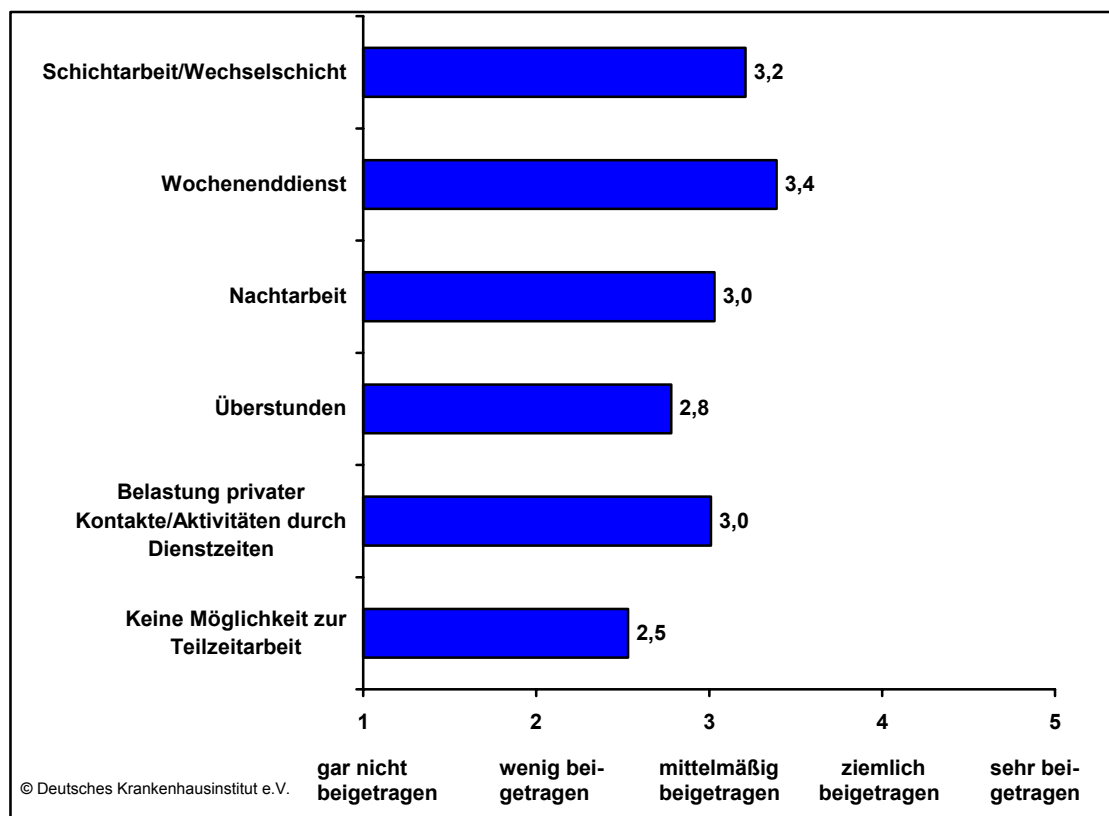


Abb. 6: Ausstiegsgründe – Arbeitszeit (Mittelwerte)

Abb. 6 zeigt, inwieweit Arbeitszeitbedingungen den Ausstieg aus dem Pflegeberuf beeinflussen.¹ Im Durchschnitt hat die Arbeitszeit zwar nur mittelmäßig dazu beigetragen, die Pflege zu verlassen. Das gilt in nahezu gleicher Weise für die meisten erhobenen Arbeitszeitmerkmale. Die Häufigkeitsanalysen zeigen allerdings, dass die Arbeitszeit für relativ viele Pflegekräfte ein maßgebliches Ausstiegsmotiv darstellt (vgl. Abb. 7):

¹ Erfasst sind hier jeweils nur die Befragten, die vor ihrem Ausscheiden unter den jeweiligen Arbeitszeitbedingungen gearbeitet haben.

Jeweils rund die Hälfte der Befragten gab an, dass vor allem Schichtarbeit, Wochenendarbeit und Nachtarbeit „ziemlich“ oder „sehr“ zur Berufsaufgabe beigetragen hätten. Gut 40% der Teilnehmer fühlten sich dadurch hinsichtlich ihrer privaten Kontakte und Aktivitäten maßgeblich eingeschränkt. Überstunden und unzureichende Teilzeitmöglichkeiten bildeten darüber hinaus für etwa ein Drittel eine wesentliche Ursache für die Entscheidung gegen den Pflegeberuf.

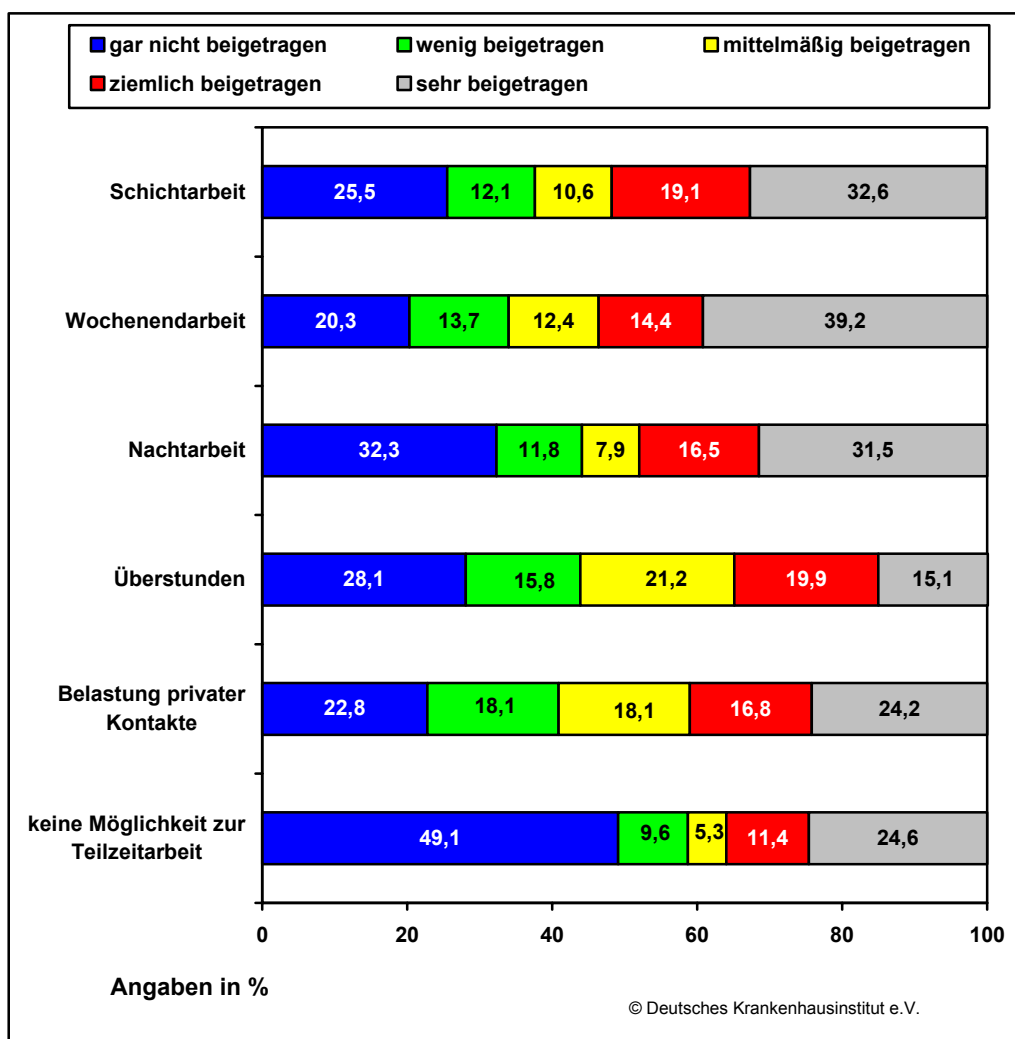


Abb. 7: Ausstiegsgründe – Arbeitszeit (Häufigkeiten)

In der Selbsteinschätzung der Befragten stellen – neben Schwangerschaft bzw. Kindererziehung – die Arbeitszeitbedingungen und ihre Auswirkungen auf den privaten Bereich somit die wichtigsten Ausstiegsgründe dar. Dies gilt im Übrigen analog, wenn man nur diejenigen Personen betrachtet, für die Schwangerschaft bzw. Kindererziehung kein zentrales Aus-

stiegsmotiv ist. Auch hier sind die Belastung privater Kontakte, Schicht- und Wochenendarbeit – hingegen weniger die Nachtarbeit – maßgebliche Gründe für das Verlassen des Pflegeberufs.

Offensichtlich hatten „Aussteigerinnen“ aus dem Pflegeberuf besondere Schwierigkeiten, sich mit den Arbeitszeitbedingungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu arrangieren sowie Arbeit und Privatleben im Allgemeinen bzw. Beruf und Familie im Besonderen zu vereinbaren.

2.5 Gratifikation

Gratifikationen dienen als Gegenwert für die geleistete Tätigkeit sowie als Motivation zur Bewältigung der Herausforderungen im Arbeitsalltag. Sie können materieller Art sein, wie z.B. die Bezahlung. Andere Formen der Gratifikation sind immaterieller Art wie etwa die Mitarbeiterförderung durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, die Aussicht auf Aufstiegsmöglichkeiten und die berufliche Anerkennung der Pflegetätigkeit im Arbeitsumfeld wie im privaten und öffentlichen Leben.

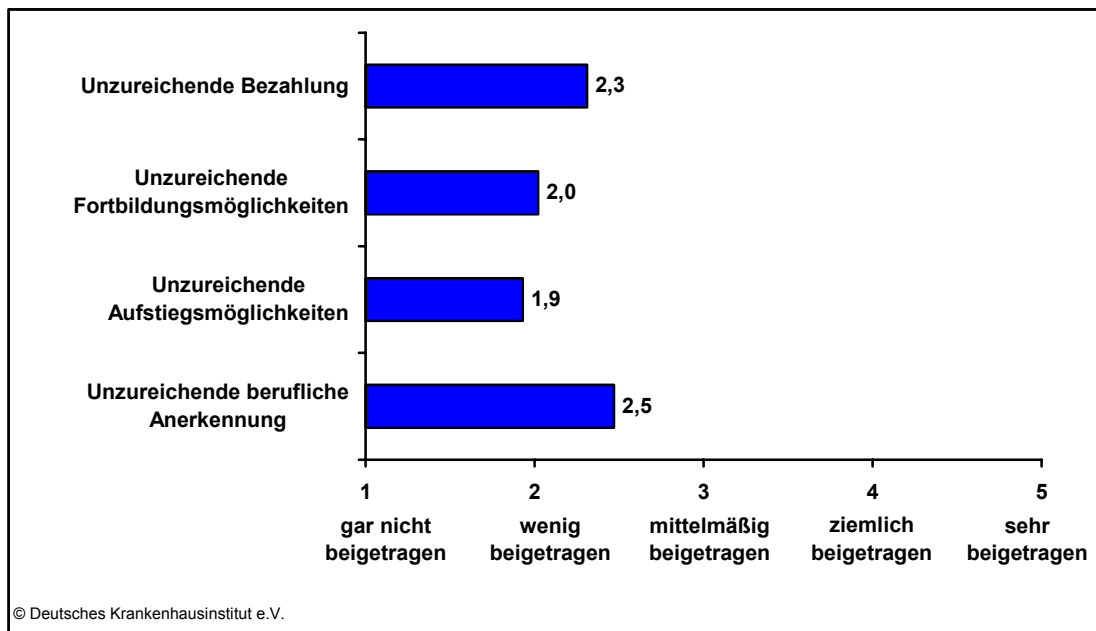


Abb. 8: Ausstiegsgründe – Gratifikation (Mittelwerte)

Aus der Abb. 8 wird erkennbar, dass unzureichende Gratifikationen im Durchschnitt wenig dazu beigetragen haben, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Entweder waren die genann-

ten Gratifikationen subjektiv in ausreichendem Maße vorhanden oder für das Ausscheiden der Befragten aus dem Pflegeberuf grundsätzlich von untergeordneter Bedeutung.

Die unzureichende berufliche Anerkennung der Pflegetätigkeit trägt, relativ gesehen, noch am stärksten zum Ausscheiden aus dem Beruf bei. Gemäß der Häufigkeitsanalyse gab gut ein Drittel der Befragten an, dass die unzureichende berufliche Anerkennung „ziemlich“ oder „sehr“ dazu beigetragen hat, die Pflegetätigkeit aufzugeben. Ein Viertel der Antwortenden maß der unzureichenden Bezahlung diese Bedeutung bei. Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bildeten hingegen keinen maßgeblichen Grund für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf: Für 16% der Befragten waren unzureichende Fortbildungsmöglichkeiten und für 13% unzureichende Aufstiegsmöglichkeiten von wesentlichem Belang.

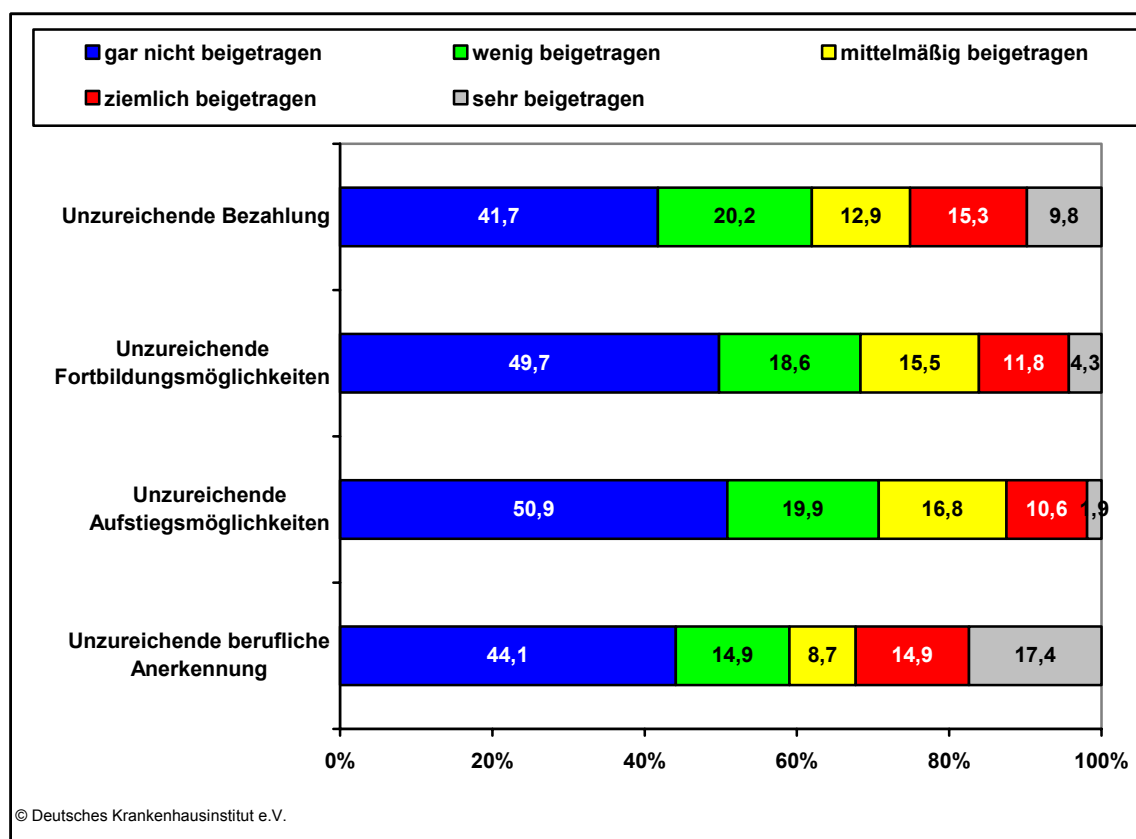


Abb. 9: Ausstiegsgründe – Gratifikation (Häufigkeiten)

Auch mit Blick auf die Gratifikation bedeuten die Ergebnisse nicht, dass die Befragten die Vergütung, die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten oder die gesellschaftliche Anerkennung im Pflegeberuf als angemessen oder ausreichend empfinden. Diesbezüglich ist aller-

dings ein ggf. vorhandener „Leidensdruck“ nicht so hoch, dass er überproportional zur Abkehr vom Pflegeberuf beiträgt.

2.6 Wichtigste Ausstiegsgründe

Abschließend zu diesem Themenkomplex sollten die ehemaligen Pflegekräfte im Rahmen einer offenen Frage nochmals explizit angeben, welcher der oben im Einzelnen aufgeführten Gründe für sie persönlich der wichtigste Grund war, aus dem Pflegeberuf auszusteiden. Die entsprechenden Antworten wurden inhaltsanalytisch aufbereitet und ausgewertet. Die Ergebnisse sind, differenziert nach Themenkomplexen (dunkler Balken) und einzelnen Ausstiegsmotiven (heller Balken), in der Abb. 10 zusammengefasst.

Für mehr als die Hälfte der Befragten (56,7%) bildeten Aspekte aus dem Themenkomplex der persönlichen bzw. familiären Gründe das zentrale Ausstiegsmotiv: Darunter nehmen Schwangerschaft, Kindererziehung und damit zusammenhängende Aspekte eine überragende Bedeutung ein; für 38,9% aller Befragten bildete dies das zentrale Ausstiegsmotiv. Gesundheitliche Probleme, sei es ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand oder eine psychische Erschöpfung, stellten für immerhin 11,9% der Befragten den wichtigsten Ausstiegsgrund dar. Bei 4,1% war die berufliche Neuorientierung in Form einer beruflichen Weiterbildung oder eines Berufswechsels entscheidend.

17,1% der Erhebungsteilnehmer haben den Pflegeberuf in erster Linie wegen ihrer Ansicht nach ungünstigen Arbeitszeiten verlassen, wobei hier die Antworten vielfach nicht mehr spezifiziert wurden. Relativ am häufigsten wurden noch die unzureichenden Teilzeitmöglichkeiten genannt.

Interessanterweise rangieren die Arbeitsinhalte in der Rangliste der wichtigsten Ausstiegsgründe mit 12,3% der Nennungen nur an dritter Stelle. Zeitprobleme, sei es in Form von Zeitdruck oder wenig Zeit für den Patienten, bildeten hier für 5,8% der Befragten den wichtigsten Teilaspekt, gefolgt von körperlichen Belastungen, welche für 3,4% den maßgeblichen Ausstiegsgrund darstellen. Die übrigen Nennungen dieses Komplexes verteilen sich mit jeweils geringen Häufigkeiten auf andere Arbeitsbelastungen.¹

¹ Vgl. Kap. 2.2

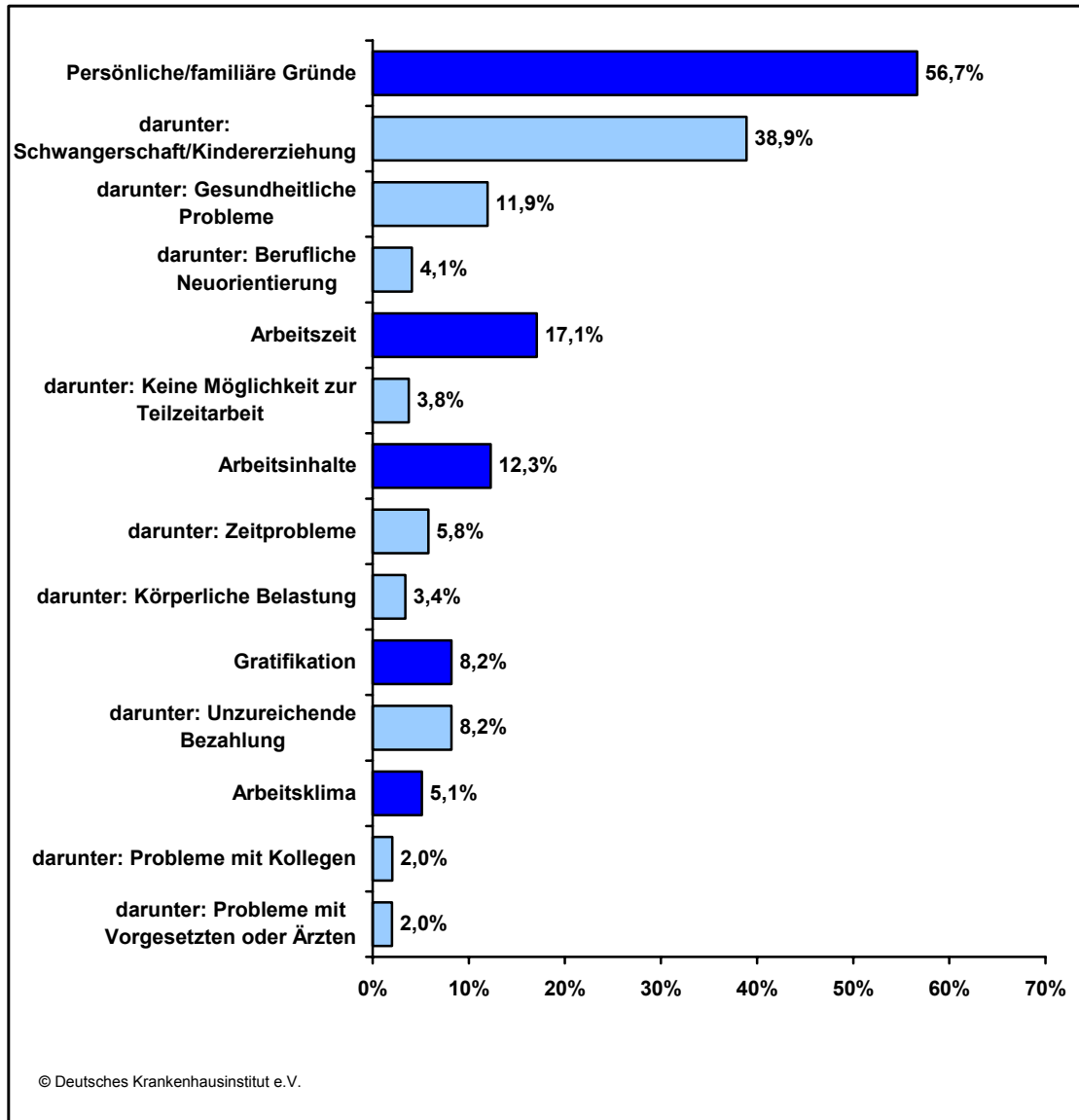


Abb. 10: Ausstiegsgründe – Wichtigste Gründe (Häufigkeit)

Mangelnde Gratifikationen für die eigene Arbeit waren für 8,2% der Befragten der wesentliche Grund, nicht mehr länger in der Pflege zu arbeiten. Die entsprechenden Nennungen betrafen allerdings ausschließlich eine unzureichende Bezahlung, hingegen in keinem Fall immaterielle Gratifikationsformen, wie Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten.

Unter allen erhobenen Themenkomplexen trägt das Arbeitsklima am wenigsten zum Ausstieg aus dem Pflegedienst bei. Nur für 5,1% der Befragten war ein schlechtes Arbeitsklima das wichtigste Ausstiegsmotiv. Schwerpunktmäßig zeichneten dafür Probleme mit Kollegen, Vorgesetzten und – im Krankenhaus – mit Ärzten verantwortlich, hingegen kaum mit Patienten, Pflegebedürftigen oder deren Angehörige.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass für deutlich mehr als die Hälfte der Personen, die (vorläufig) aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind, familiäre und arbeitszeitliche Gründe ausschlaggebend waren. Es liegt nahe, eine Verbindung zwischen diesen beiden Themenkomplexen derart herzustellen, dass gerade die Arbeitszeitbedingungen in der Pflege die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erschweren. Allerdings sollte in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden, dass ein Teil der befragten Frauen möglicherweise ganz bewusst (längere) Unterbrechungen der Berufsbiografie ohnehin plant oder in Kauf nimmt.

Im Unterschied zu den Arbeitszeiten haben andere arbeitsbedingte Stressoren in der Pflege keinen so großen Einfluss auf den Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Zwar ist in der Arbeitsstressforschung wiederholt ein hohes Belastungsniveau im Pflegedienst festgestellt worden. Nach den Ergebnissen dieser Studie sind die Belastungen aber anscheinend nicht so hoch, dass sie bei der Mehrheit der Pflegekräfte maßgeblich für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf verantwortlich zeichnen. Bei den Erhebungsteilnehmern handelt es sich jedoch um eine vergleichsweise junge Klientel. Die thematisierten Belastungen sind möglicherweise erst für ältere Pflegekräfte mit längerer Berufsdauer in höherem Maße ausstiegsrelevant.

3 Wiedereinstieg in die Pflege

3.1 Bereitschaft zum Wiedereinstieg in die Pflege

Die ehemaligen Pflegekräfte wurden gefragt, inwieweit sie grundsätzlich bereit sind, wieder in ihren erlernten Beruf zurückzukehren. Wie der Abb. 11 zu entnehmen ist, war die Verteilung über die einzelnen Antwortkategorien relativ ausgewogen:

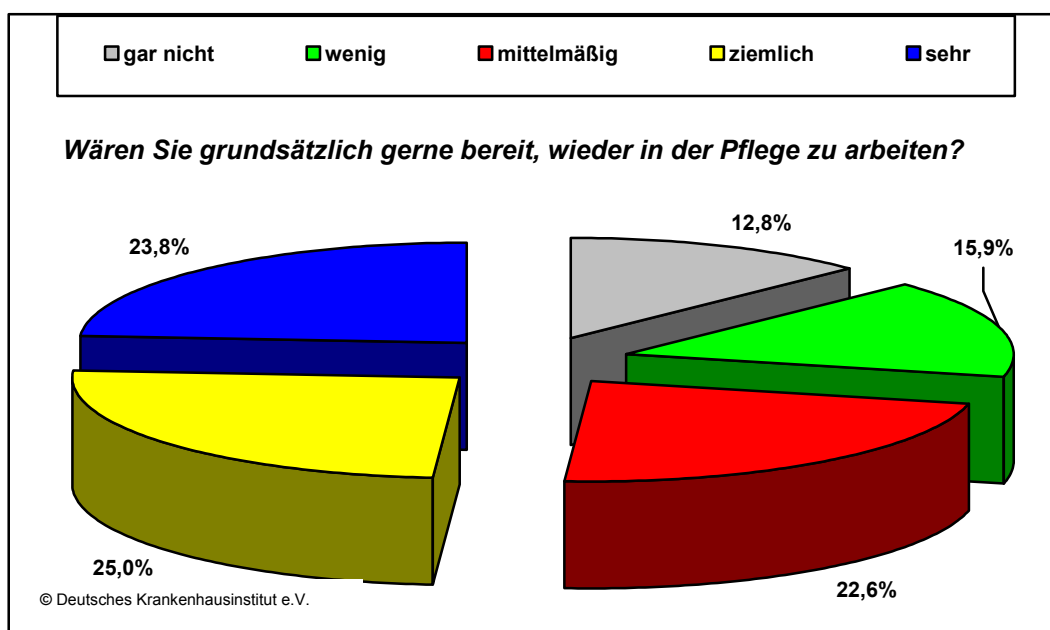


Abb. 11: Wiedereinstiegsbereitschaft

Demnach würde jeweils rund ein Viertel der Befragten sehr oder ziemlich gerne wieder in den Pflegeberuf einsteigen. Bei rund der Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte ist mithin eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft fraglos vorhanden. Bei der anderen Hälfte ist die Bereitschaft dagegen weniger ausgeprägt:

Ebenfalls knapp ein Viertel der Befragten klassifiziert ihre Wiedereinstiegsbereitschaft noch als mittelmäßig. Insgesamt gut ein Viertel verspürt wenig oder gar keine Neigung, wieder pflegerisch tätig zu werden; exakt 12,8% würden auf keinen Fall in den erlernten Beruf zurückkehren.¹

Diejenigen, die überhaupt noch bereit sind, in den Pflegeberuf zurückzukehren, sollten sich zur diesbezüglichen zeitlichen Perspektive äußern (vgl. Abb. 12). Immerhin gut ein Drittel der

¹ Diese Gruppe wird von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen. Über deren Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf informiert Kap. 6.

Befragten könnte sich vorstellen, relativ kurzfristig, d.h. innerhalb der nächsten zwei Jahre wieder in der Pflege zu arbeiten. Knapp ein Viertel hält einen mittelfristigen Wiedereinstieg in 3-5 Jahren für vorstellbar. An längere Zeiträume denkt dagegen nur eine kleine Minderheit der Befragten. Stattdessen ist gut ein Drittel unsicher hinsichtlich eines möglichen Zeitpunkts für den Wiedereinstieg. Bei dieser Personengruppe ist die Wiedereinstiegsbereitschaft wohl eher eine grundsätzliche Option als eine konkrete Zielsetzung.

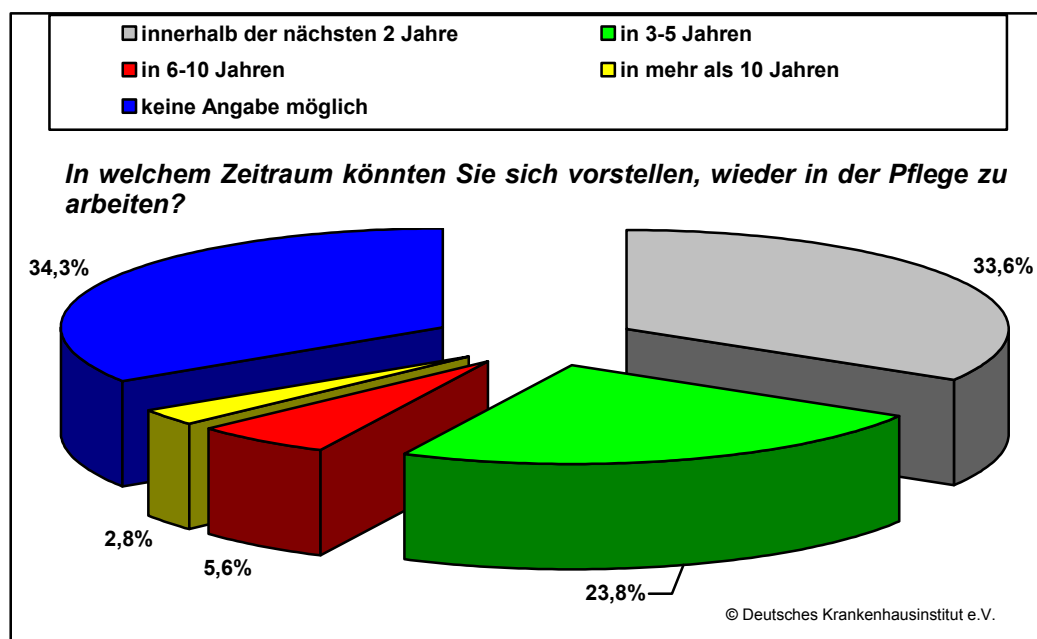


Abb. 12: Zeitraum für den Wiedereinstieg

Das zeigt sich auch, wenn man die Wiedereinstiegsbereitschaft und den Zeitraum für den Wiedereinstieg gegenüberstellt (vgl. Tab. 1): Je höher die Bereitschaft zum Wiedereinstieg ausfällt, desto kürzer ist auch der mögliche Zeitraum für den Wiedereinstieg in den Beruf. So könnte rund die Hälfte der Personen mit hoher Wiedereinstiegsbereitschaft sich gut vorstellen, binnen zwei Jahren wieder in der Pflege zu arbeiten, weitere rund 30% in 3-5 Jahren. Selbst die Hälfte der Befragten mit mittelmäßiger Wiedereinstiegsbereitschaft hält es für denkbar, in den nächsten 5 Jahren wieder pflegerisch berufstätig zu sein. Hingegen haben 36,1% der Befragten mit mittelmäßiger Wiedereinstiegsbereitschaft und sogar 88% mit wenig Bereitschaft keine konkreten Vorstellungen hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Berufsrückkehr.

Wiedereinstiegs- bereitschaft	Zeitraum für Wiedereinstieg		
	innerhalb der nächsten 2 Jahre	in 3-5 Jahren	keine Angabe möglich
wenig	4,0 %	4,0%	88,0%
mittelmäßig	22,2%	27,8%	36,1%
ziemlich	43,9%	31,7%	14,6%
sehr	56,8%	27,0%	10,8%
Gesamt	34,5%	24,5%	32,4%

Tab. 1: Wiedereinstiegsbereitschaft und Zeitraum für den Wiedereinstieg¹

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass bei gut der Hälfte der ausgeschiedenen Pflegekräfte eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft vorherrscht. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass diese Gruppe auch tatsächlich kurz- bis mittelfristig in den Beruf zurückkehren möchte. Knapp ein Viertel der ehemaligen Pflegekräfte zeichnet eine eher mittelmäßige Rückkehrbereitschaft aus, wobei innerhalb dieser Gruppe die Hälfte eine kurz- bis mittelfristige Rückkehr in den Beruf für realistisch hält. Fasst man die beiden Gruppen zusammen, dann sind etwa 60% der ehemaligen Pflegekräfte mit mittlerer bis hoher Wiedereinstiegsbereitschaft in den nächsten fünf Jahren für den Pflegeberuf zurückzugewinnen. Die übrigen 40% kommen für mögliche Wiedereinstiegsprogramme einstweilen nicht in Betracht, sei es wegen mangelnder oder eher langfristiger Bereitschaft, in den Pflegeberuf zurückzukehren.

3.2 Bevorzugte Einsatzgebiete in der Pflege

Für den Fall ihres Wiedereinstiegs in den Beruf sollten die Befragten ihre bevorzugten Einsatzgebiete in der Pflege angeben. Dabei war zwischen bettenführenden und nicht-bettenführenden Bereichen in Allgemeinkrankenhäusern sowie sonstigen Einrichtungen zu differenzieren. Die Einsatzgebiete mit den häufigsten Nennungen sind in der Abb. 13 aufgelistet.

¹ Die Kategorien „in 6-10 Jahren“ und „in mehr als 10 Jahren“ finden wegen geringer Besetzungszahlen hier keine Berücksichtigung.

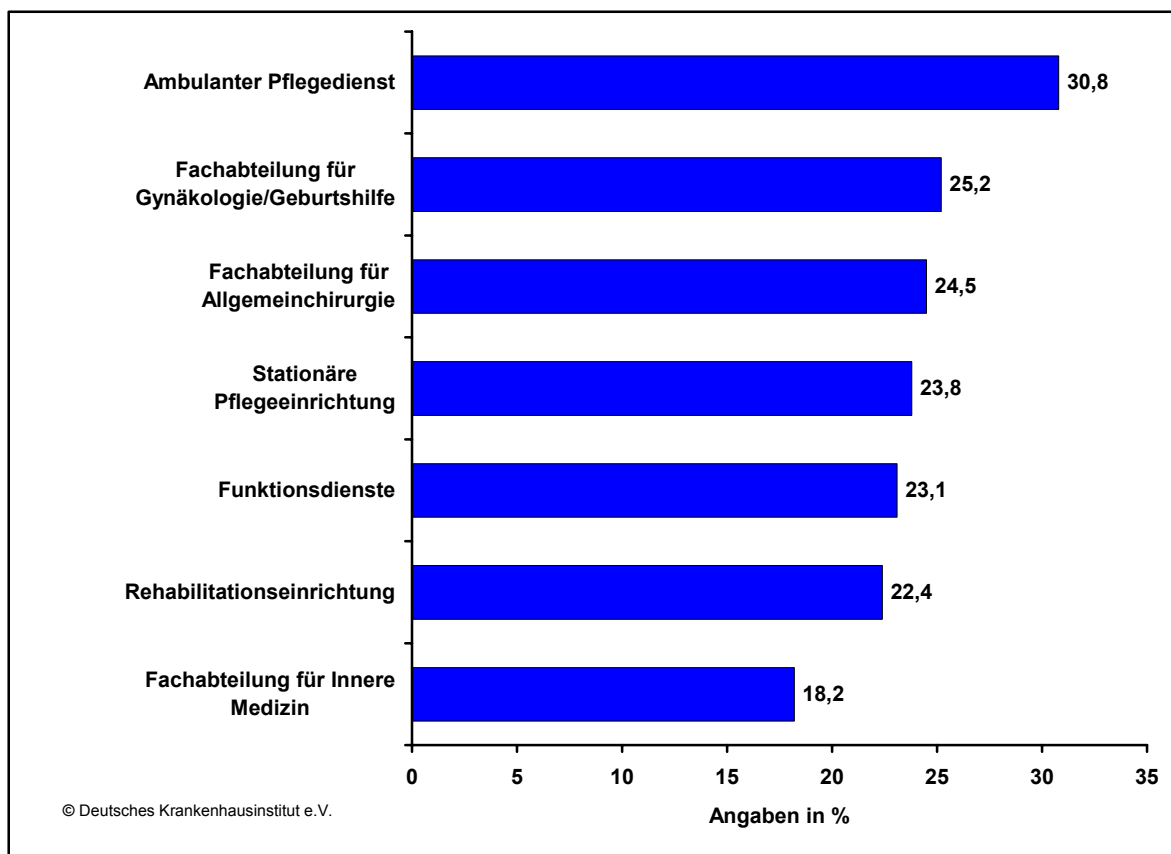


Abb. 13: Bevorzugte Einsatzgebiete in der Pflege

Am häufigsten wurde mit 30,8% der ambulante Pflegedienst als bevorzugtes Einsatzgebiet genannt, obwohl weniger als 20% der potenziellen Wiedereinsteigerinnen über diesbezügliche Berufserfahrungen verfügen. Offensichtlich besitzt die Pflegetätigkeit außerhalb von stationären Einrichtungen also eine hohe Attraktivität für diese Zielgruppe. In diesem Zusammenhang muss, da nicht explizit erhoben, offen bleiben, worin die besondere Attraktivität aus Sicht der Befragten besteht (z.B. Arbeitszeiten, Arbeitsorganisation, Arbeitsbelastungen etc.).

Jeweils gut ein Viertel der Befragten könnte sich vorstellen, in der Chirurgie bzw. in der Gynäkologie/Geburtshilfe eines Allgemeinkrankenhauses zu arbeiten, 18,2% in einer inneren Abteilung. Darunter sind aus naheliegenden Gründen Krankenschwestern mit einschlägigen Berufserfahrungen in diesen Fachabteilungen deutlich überrepräsentiert. Auffallend ist allerdings, dass bei Pflegekräften mit längerer Berufserfahrung in der Inneren Medizin die Bereitschaft, wieder im entsprechenden Fachgebiet zu arbeiten, deutlich geringer ist als bei den

anderen Fachgebieten. Möglicherweise hängt dies mit einer anderen Patientenklientel bzw. einer höheren Pflegeintensität in der Inneren Medizin zusammen.

Bemerkenswert ist schließlich, dass immerhin 23,1% der Befragten angeben, im Funktionsdienst eines Krankenhauses arbeiten zu wollen, wenngleich nur gut 2% dieser Gruppe über diesbezügliche Berufserfahrung verfügen. Ein vergleichbares Ergebnis resultiert für die Rehabilitationseinrichtungen: Obwohl nur 4,2% der potenziellen Wiedereinsteigerinnen hier schon einmal tätig waren, würden 22,4% künftig gerne in einer Rehabilitationseinrichtung arbeiten. Mit Blick auf die stationären Pflegeeinrichtungen ist dagegen ein - wenngleich leichter - Rückgang der jeweiligen Anteilswerte zu verzeichnen: Über entsprechende Berufserfahrungen verfügen 28,0% der Pflegekräfte mit Wiedereinstiegsbereitschaft. Allerdings würden dort nur 23,1% wieder gerne beschäftigt sein.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass einerseits die Wiedereinsteigerinnen zwar auch künftig in den unterschiedlichsten Bereichen in der Pflege arbeiten wollen. Andererseits ist bei vielen Pflegekräften dieser Gruppe eine Tendenz eindeutig erkennbar, in weniger pflegeintensiven und insofern möglicherweise weniger belastenden Tätigkeitsbereichen als bislang beschäftigt zu sein. Darüber hinaus gewinnt gerade für Berufsrückkehrinnen die ambulante im Vergleich zur stationären Pflege deutlich an Attraktivität.

3.3 Bevorzugte Einsatzgebiete in pflegenahen Bereichen

Der Wiedereinstieg in das Berufsleben muss sich nicht zwingend auf pflegerische Tätigkeiten im engeren Sinne beziehen, also die Pflege kranker bzw. pflegebedürftiger Menschen. Darüber hinaus sind auch eine Reihe „pflegenaher“ Einsatzgebiete für ehemalige Pflegekräfte denkbar. Neben Berufen mit eigenem Qualifikationsprofil (z.B. Medizinischer Dokumentar) zählt dazu auch die schwerpunktmäßige Übernahme von bestimmten, sog. „pflegefremden“ oder „patientenfernen“ Tätigkeiten im Pflegedienst (z.B. Hol- und Bringedienst, Versorgungsassistent). Die Befragten sollten angeben, ob sie sich – eine entsprechende Fort-/ Weiterbildung ggf. vorausgesetzt – vorstellen könnten, auch in ausgewählten pflegenahen Bereichen zu arbeiten (vgl. Abb. 14).

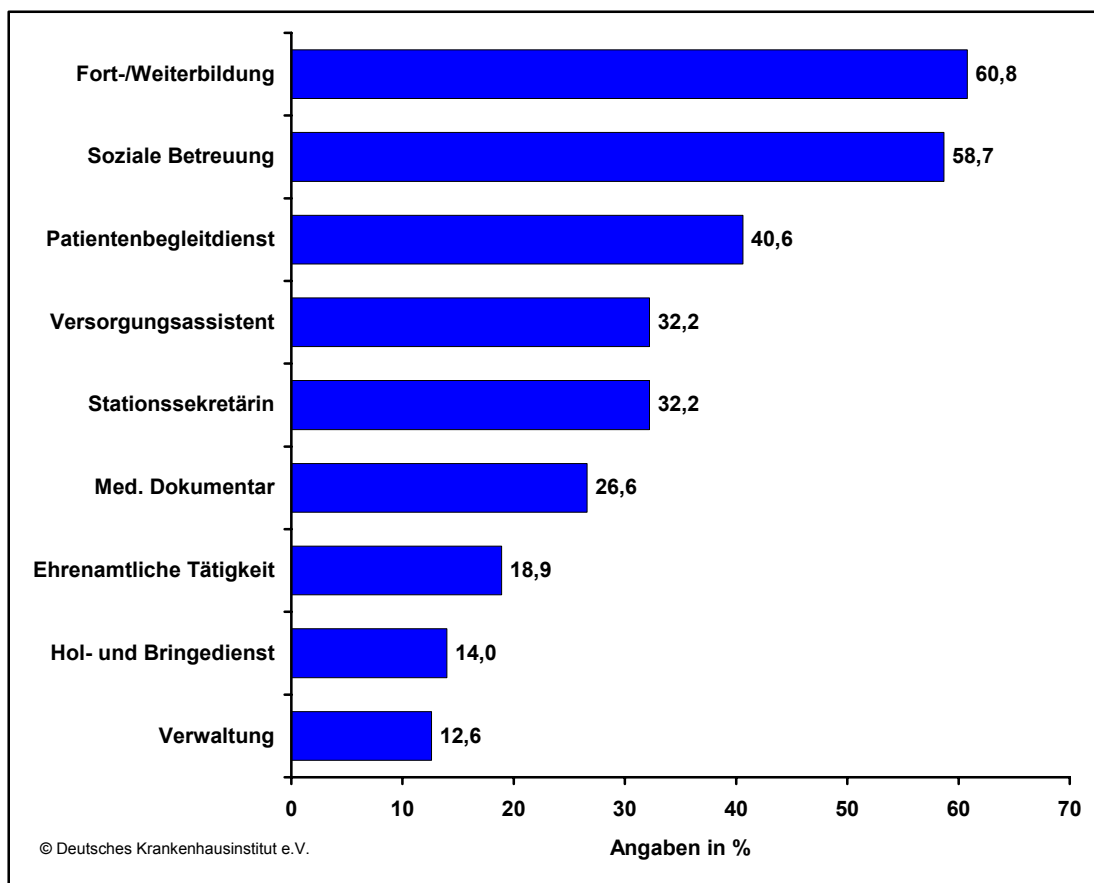


Abb. 14: Bevorzugte Einsatzgebiete in pflegenahen Bereichen

Nur für zwei Bereiche optierte eine Mehrheit der Befragten: Demnach könnten sich jeweils rund 60% der Befragten gut vorstellen, künftig in der Fort-/Weiterbildung im Pflegedienst oder in der sozialen Betreuung von Pflegebedürftigen tätig zu sein. Zumindest die letztgenannte Option zeichnet sich noch durch einen vergleichsweise engen Klientenkontakt aus, während dies bei den übrigen Einsatzgebieten, mit gewissen Einschränkungen hinsichtlich des Patientenbegleitedienstes, weniger oder gar nicht der Fall ist.

Relevante Minderheiten der Befragten halten immerhin noch andere Tätigkeitsfelder als die eigentliche Pflege für akzeptabel: So könnten sich 40,6% der Befragten vorstellen, im Patientenbegleitedienst tätig zu sein, jeweils 32,2% als Stationssekretärin oder Versorgungsassistentin und 26,6% als Medizinische Dokumentarin bzw. Dokumentationsassistentin. Eine Tätigkeit im Hol- und Bringedienst bzw. in der Verwaltung stationärer Einrichtungen kommt dagegen nur für weniger als 15% der Erhebungsteilnehmer in Betracht.

Es spricht einiges dafür, dass – begünstigt durch den Kostendruck auf Grund des DRG-Systems – die sog. „pflegefremden“ oder „patientenfernen“ Tätigkeiten in den nächsten Jahren zusehends vom Pflegedienst an anderes Personal delegiert werden, während sich die Pflegekräfte auf ihre Kernaufgaben bzw. Kernkompetenzen konzentrieren.¹ Deswegen werden und müssen die Krankenhäuser verstärkt eigenes Personal für solche „pflegenahen“ Bereiche vorhalten. Für diese Einsatzgebiete erscheinen die Wiedereinsteigerinnen auf Grund ihrer beruflichen Vorerfahrungen aber besonders prädestiniert und qualifiziert. Auch wenn überwiegend nur Minderheiten unter den ehemaligen Pflegekräften entsprechende Einsatzgebiete in Betracht ziehen, besteht hier gleichwohl ein gewisses Potenzial, auf das die stationären Einrichtungen ihre Anforderungs- bzw. Bewerbungsprofile ausrichten könnten.

3.4 Bevorzugte Arbeitszeitbedingungen

In der Selbsteinschätzung der Befragten stellen – neben Schwangerschaft bzw. Kindererziehung – die Arbeitszeitbedingungen und ihre Auswirkungen auf den privaten Bereich die wichtigsten Gründe für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf dar.² Vor diesem Hintergrund sind selbstverständlich die arbeitszeitlichen Präferenzen der potenziellen Wiedereinsteiger von besonderem Interesse. Die diesbezüglichen Ergebnisse zeigt Abb. 15.

Am augenfälligsten ist natürlich die Präferenz für die Teilzeitarbeit. 91,9% der Befragten würden gerne Teilzeit arbeiten, falls sie wieder in die Pflege zurückkehren. Berücksichtigt man nur Frauen mit Kindern im Haushalt, liegt die entsprechende Quote sogar bei 97%. Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussfolgerung nahe, dass Teilzeitangebote vor allem für Mütter mit Kindern entscheidend sind, um Beruf und Privatleben vereinbaren zu können. Dafür spricht auch die Tatsache, dass 63,8% der Befragten nur im Frühdienst arbeiten möchten. Vielfach dürften gerade jüngere Mütter nur unter den genannten Bedingungen überhaupt in den Beruf zurückkehren können.

Deswegen überrascht es nicht, dass die typischen Arbeitszeitbedingungen des Pflegeberufs bei den meisten Erhebungsteilnehmern auf eine eher geringe Akzeptanz stoßen. Insbesondere Spät-, Nacht- und Wochenenddienste werden von jeweils großen Mehrheiten eindeutig abgelehnt. Selbst Schichtdienste ohne Nachtdienst finden ein geteiltes Echo.

¹ Vgl. Blum, 2003

² Vgl. Kap. 2.4

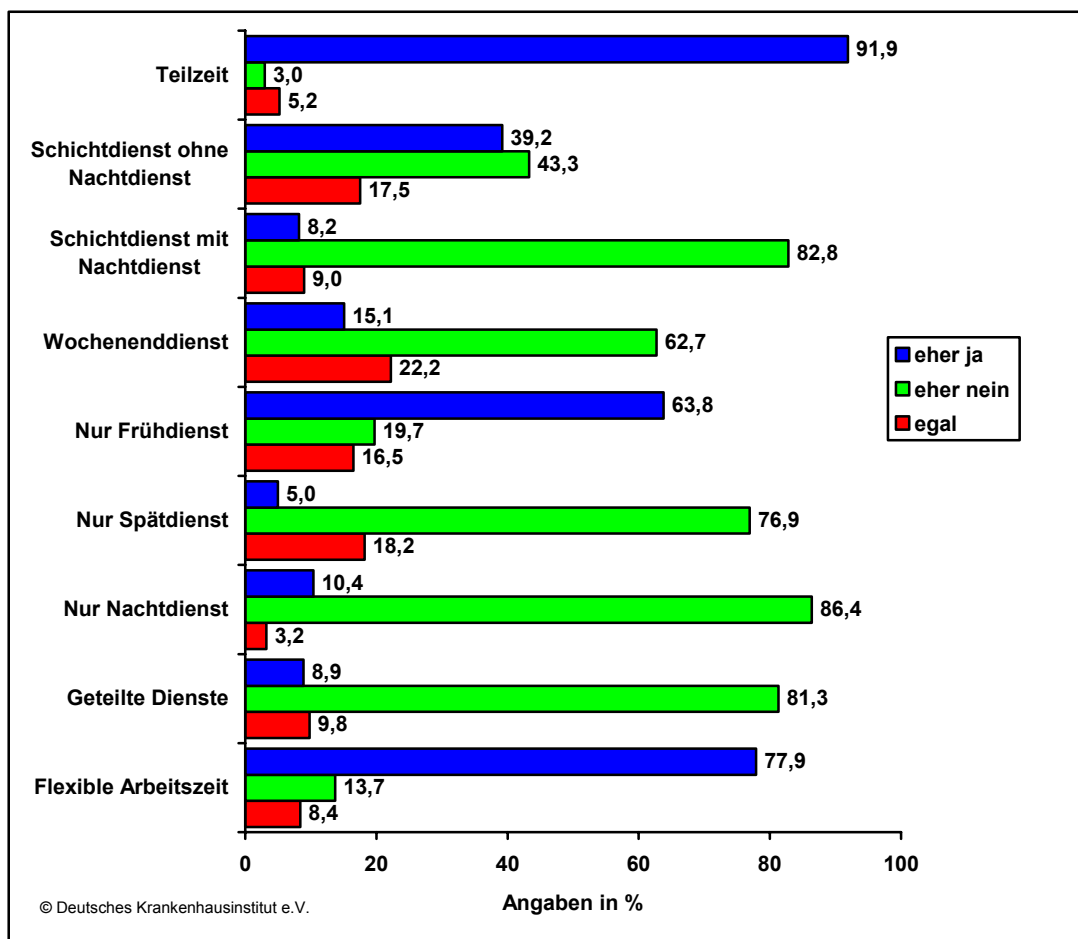


Abb. 15: Bevorzugte Arbeitszeiten

Dagegen wünschen sich 77,9% der Befragten flexible Arbeitszeiten – aus naheliegenden Gründen im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Zu denken ist hier etwa an eine stärkere Ausrichtung von Arbeitsbeginn und Arbeitsende an den spezifischen Bedürfnissen dieses Mitarbeiterklientels (kein Zwang zur „Pünktlichkeit“). Dies ist selbstverständlich nur im Rahmen flexibler Arbeitszeitsysteme möglich, die in stationären Einrichtungen bislang noch die Ausnahme bilden.

Insofern lässt sich festhalten, dass insbesondere durch Teilzeitangeboten und flexible Arbeitszeitsysteme der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf erheblich erleichtert wird. Während die Teilzeitquote im Pflegedienst der Krankenhäuser mit fast 40% traditionell hoch ist¹, besteht mit Blick auf eine Flexibilisierung der Arbeitszeitsysteme erheblicher Nachholbedarf. Ein grundsätzliches Problem mit Blick auf die Wiedereinsteigerinnen besteht sicherlich darin,

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2003

dass sie eher nicht im Schichtdienst arbeiten wollen, obwohl Schichtdienst als solcher in der Pflege erforderlich ist. Deswegen sind gewisse Konflikte mit dem vorhandenen Personal, das möglicherweise mehrheitlich ebenfalls andere Arbeitszeiten präferiert, nicht auszuschließen.

4 Gründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf

Die ehemaligen Pflegekräfte, die grundsätzliche Bereitschaft zur Rückkehr in den Pflegeberuf signalisierten, wurden weiter nach Gründen oder Motiven für einen möglichen Wiedereinstieg gefragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu dieser Thematik dargestellt.

4.1 Materielle Gründe

Die Wiedereinstiegsbereitschaft von ehemaligen Pflegekräften in ihren Beruf kann maßgeblich von finanzieller Notwendigkeit oder von materiellen Wünschen geleitet sein. Abb. 16 zeigt die Relevanz dieser Gründe für einen möglichen Wiedereinstieg der Befragten auf.¹

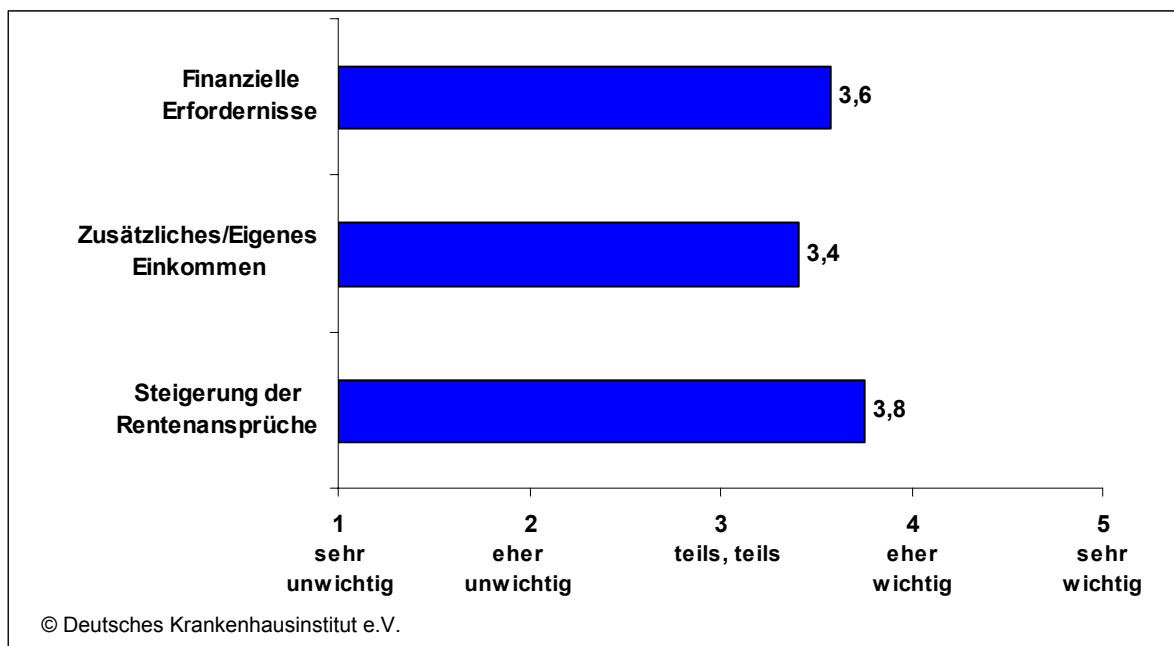


Abb. 16: Wiedereinstiegsgründe – Materielle Gründe (Mittelwerte)

Die ehemaligen Pflegekräfte maßen den genannten finanziellen Motiven eine insgesamt eher wichtige Rolle für die Rückkehr in die Pflgetätigkeit bei. Die Steigerung der Rentenansprüche rangiert dabei, relativ gesehen, geringfügig vor den finanziellen Erfordernissen und dem Wunsch nach zusätzlichem bzw. eigenem Einkommen. Welchen Stellenwert die Altersversorgung subjektiv für die potenziellen Berufsrückkehrerinnen hat, tritt deutlicher bei der Häufigkeitsanalyse hervor (Abb. 17):

¹ Erfasst sind hier nur jeweils die ehemaligen Pflegekräfte, die zur Zeit der Befragung nicht berufstätig waren.

70% der Befragten gaben an, dass die Sicherung der Altersversorgung vordergründig für den Wiedereinstieg in den Beruf sei und über ein Drittel der nicht mehr berufstätigen Pflegekräfte erachtete es sogar als sehr wichtig, durch weitere Tätigkeitsjahre ihre Rentenansprüche zu erhöhen. Damit bewerteten die Befragten die finanzielle Absicherung im Alter wichtiger als die Verbesserung ihrer derzeitigen finanziellen Situation. Lediglich 23,5% der ehemaligen Pflegekräfte maßen dem zusätzlichem Einkommen und 17,3% den finanziellen Erfordernissen eine sehr wichtige Bedeutung für eine mögliche Rückkehr in den Beruf bei. Insgesamt gesehen erlangt die Erhöhung des Einkommens durch die Wiederaufnahme der Pfl egetätigkeit für einen Großteil der nicht mehr Berufstätigen eine eher wichtige Bedeutung.

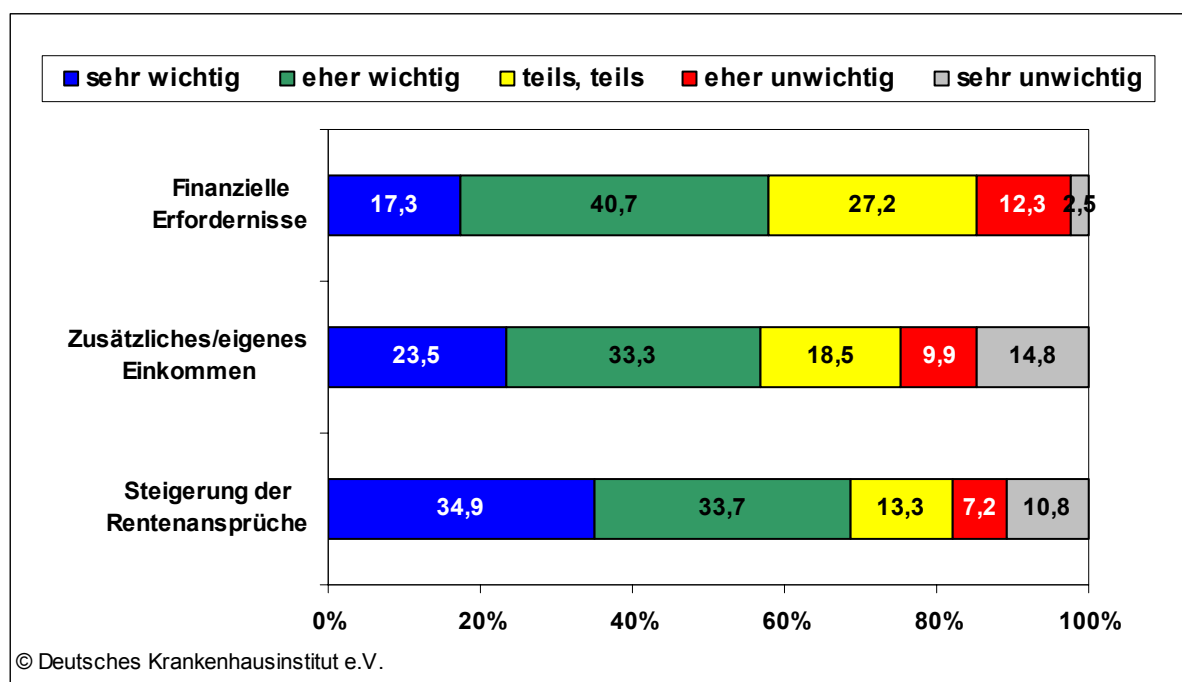


Abb. 17: Wiedereinstiegsgründe – Materielle Gründe (Häufigkeiten)

Da die materiellen Bedürfnisse bzw. Erfordernisse von ehemaligen Pflegekräften auch durch die Ausübung eines anderen Berufes erfüllt werden können, liefern die Aussagen der Befragten noch keinen eindeutigen Hinweis darauf, inwieweit auch tatsächlich ein Wiedereinstieg in die Pflege erfolgen würde.

4.2 Allgemeine Gründe

Ähnlich wie die materiellen Gründe zielen auch die allgemeinen Gründe weniger auf eine Rückkehr in den Pflegeberuf als grundsätzlich auf eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit.

Dafür können einerseits Defizite im privaten Bereich, andererseits die Erfüllung durch eine berufliche Tätigkeit verantwortlich sein.

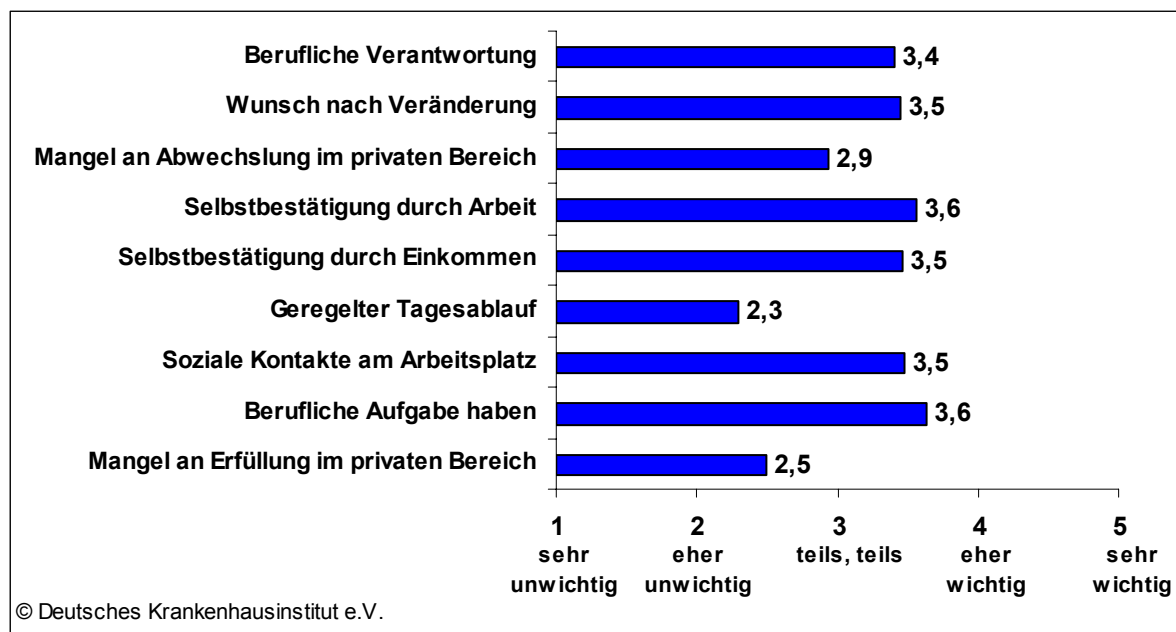


Abb. 18: Wiedereinstiegsgründe – Allgemeine Gründe (Mittelwerte)

Wie aus der Abb. 18 ersichtlich wird, stellt die berufliche Selbstverwirklichung einen eher wichtigen Wiedereinstiegsgrund für die Befragten¹ dar. Die Selbstbestätigung durch die Arbeit und ein eigenes Einkommen wird hier eher bedeutsam eingeschätzt. Für eine Rückkehr in den Beruf spricht anscheinend auch, dass sich durch die Arbeitstätigkeit und den damit einhergehenden sozialen Kontakten das Leben der ehemaligen Pflegekraft interessanter und abwechslungsreicher gestalten kann als bei einer alleinigen Haushaltsarbeit. So wurde auch der Wunsch nach Veränderung der derzeitigen Situation als ein eher bedeutender Wiedereinstiegsgrund genannt. Zudem empfanden es die Befragten ebenfalls als wichtig, durch die Wiederaufnahme der Pfl egetätigkeit einer beruflichen Aufgabe nachzugehen und Verantwortung dafür zu übernehmen.

Die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit aus Gründen eines strukturierten Tagesablaufes oder als Ausgleich für ein unerfülltes Privatleben wurde von den nicht berufstätigen Frauen im Durchschnitt eher unwichtiger eingeschätzt.

¹ Erfasst sind hier nur jeweils die ehemaligen Pflegekräfte, die zur Zeit der Befragung nicht berufstätig waren.

4.3 Pflegespezifische Gründe

Im Unterschied zu den bislang dargestellten Wiedereinstiegsmotiven zielen die pflegespezifischen Gründe unmittelbar auf die Rückkehr in den Pflegeberuf. Wie aus Abb. 19 ersichtlich, kommt diesem Komplex eine entscheidende Bedeutung für die Rückkehr in den Pflegeberuf zu.

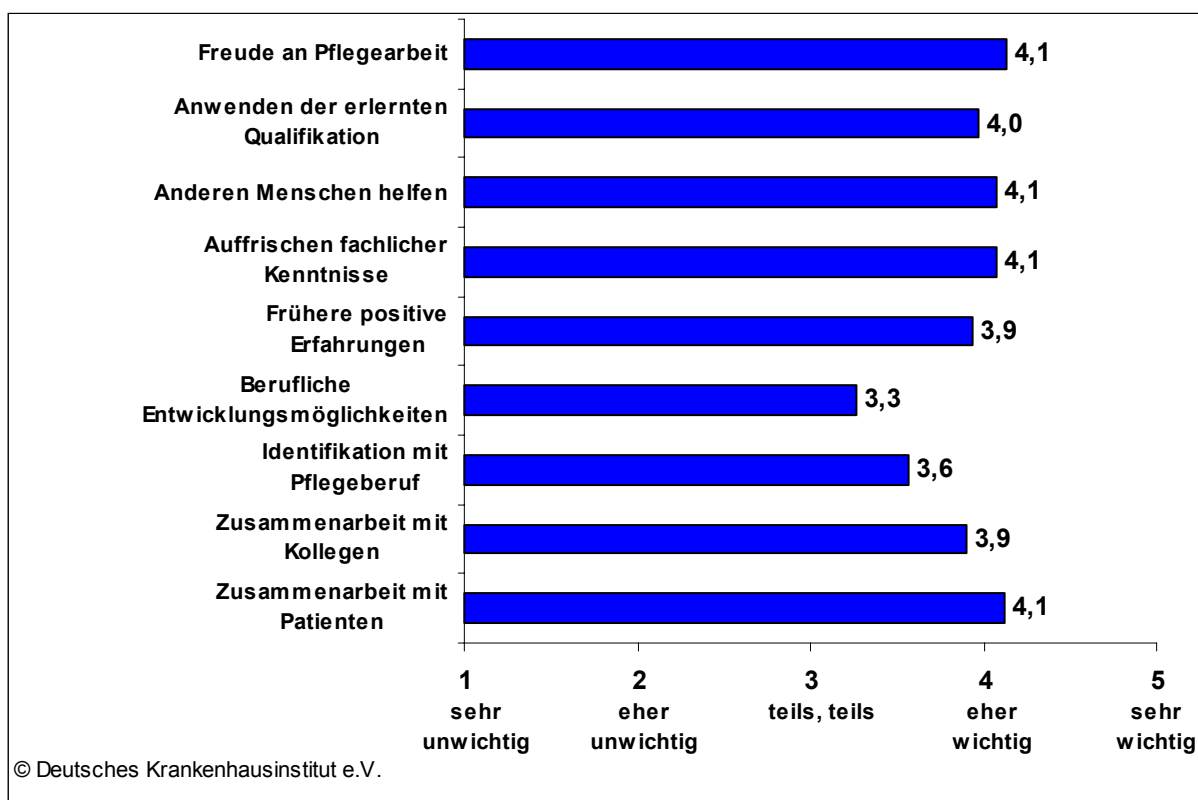


Abb. 19: Wiedereinstiegsgründe – Pflegespezifische Gründe (Mittelwerte)

Pflegespezifische Gründe wurden von den meisten Befragten als eher wichtig für eine mögliche Rückkehr in den Pflegeberuf angesehen. Dafür kennzeichnend sind die Freude an der Pflegearbeit und frühere positive Erfahrungen mit dem Pflegeberuf. Leit motive für die Rückkehr in die Pflegetätigkeit liegen zudem darin, mit Patienten zusammen zu arbeiten bzw. ihnen zu helfen. Darüber hinaus dient der Wiedereinstieg auch dem Anwenden der erlernten Qualifikation bzw. dem Auffrischen fachlicher Kenntnisse. Die Zusammenarbeit mit Pflegebedürftigen wird von über 80% und die Nutzung und Auffrischung der fachlichen Kenntnisse von über drei Vierteln der ehemaligen Pflegekräfte als bedeutsam erachtet (vgl. Abb. 20). Einzig die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten werden nach einer längeren Auszeit etwas

zurückhaltender eingeschätzt. Insgesamt maßen 44,6% der Frauen diesem Grund eine Relevanz für einen möglichen Wiedereinstieg in den Beruf bei. Die Identifikation mit dem Pflegeberuf wurde ebenfalls etwas seltener von 55,8% der potenziellen Wiedereinsteigerinnen als ein wichtiger Grund zur Rückkehr in die Pflege angeführt.

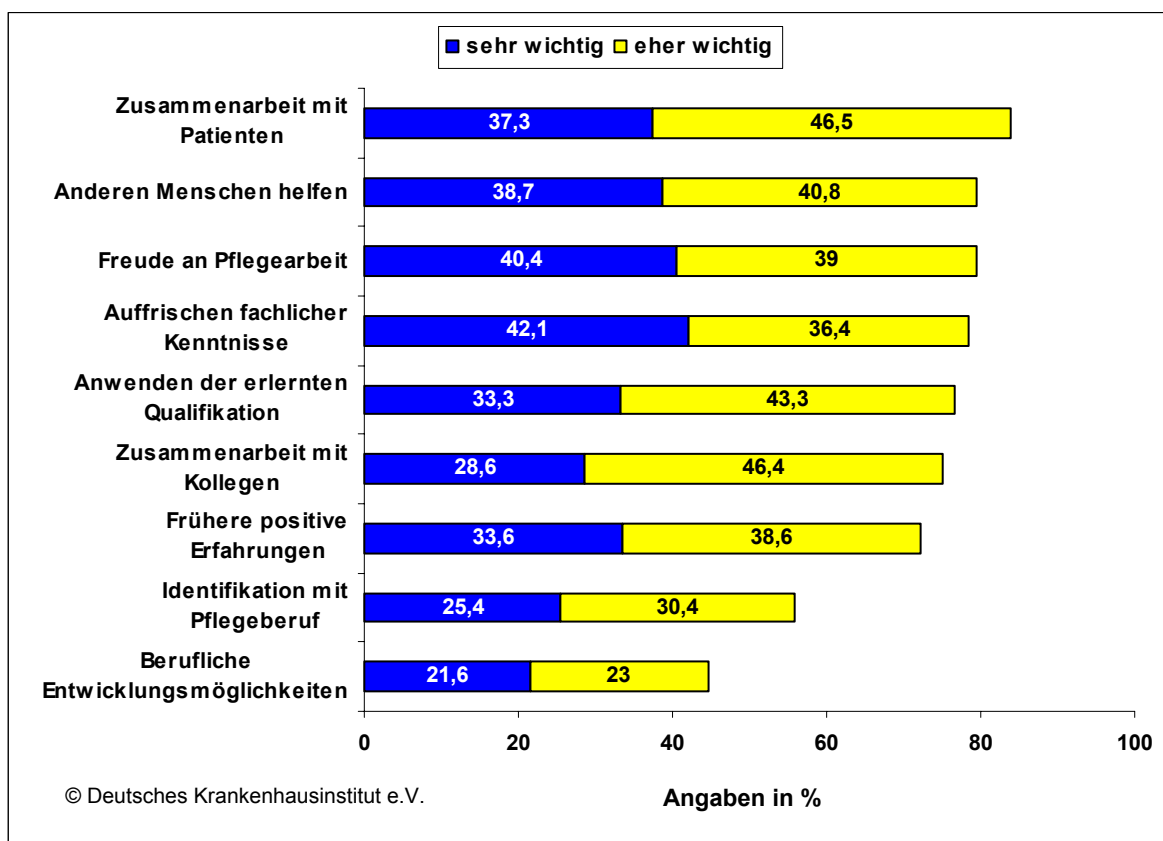


Abb. 20: Wiedereinstiegsgründe – Pflegespezifische Gründe (Häufigkeiten)

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass bei den Befragten eine hohe intrinsische Motivation für die Arbeit in der Pflege vorliegt. Sofern eine Wiedereinstiegsbereitschaft überhaupt gegeben ist, zeichnet sie sich in hohem Maße durch berufsspezifische bzw. berufsbiografische Motive aus. Auch etwaige negative Erfahrungen mit der Pflegearbeit haben bei einer deutlichen Mehrheit der Befragten eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber dem Pflegeberuf nicht beeinträchtigen können.

4.4 Berufliche Anerkennung

Die Motivation zur Rückkehr in den Pflegeberuf kann durch die Anerkennung begünstigt sein, die die Pflegekräfte von Patienten, Kollegen oder Angehörigen erfahren.

Im Durchschnitt wird die Wichtigkeit der beruflichen Anerkennung als Wiedereinstiegsmotiv von den Befragten als mittelmäßig eingeschätzt (vgl. Abb. 21). Es ist jedoch erkennbar, dass eine berufliche Anerkennung von Patienten einen bedeutenderen Grund zur Rückkehr in den Pflegeberuf darstellt als die Bestätigung der Arbeit durch Angehörige oder Kollegen.

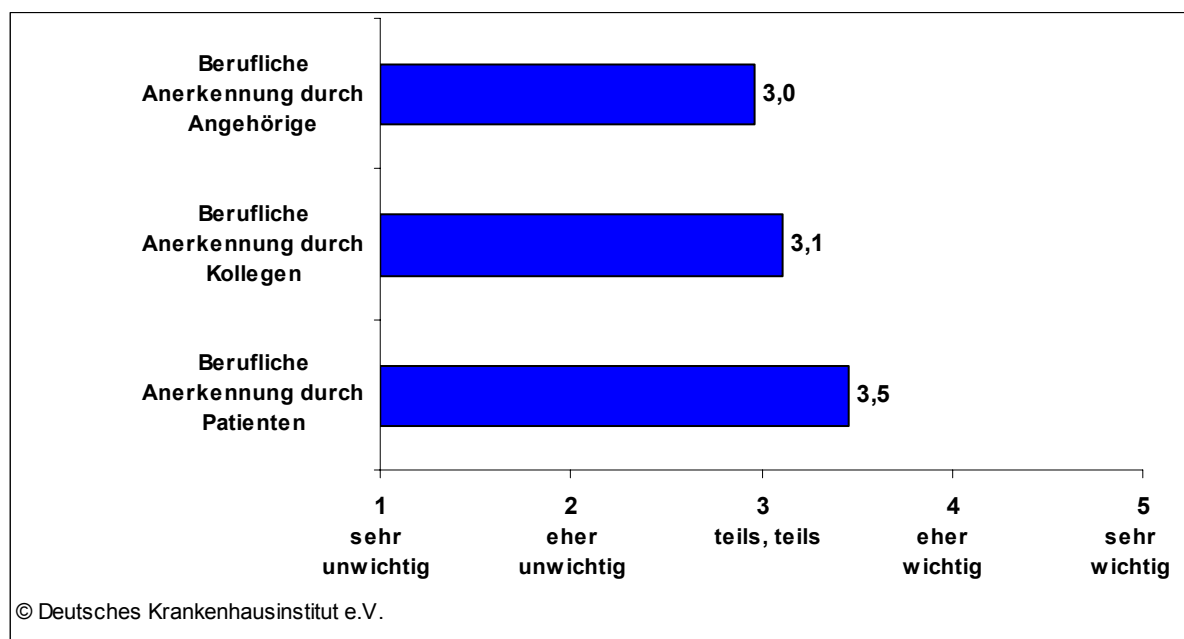


Abb. 21: Wiedereinstiegsgründe – Berufliche Anerkennung (Mittelwerte)

Analysiert man die Häufigkeiten der Antworten, so stellt sich dies deutlicher heraus. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die berufliche Anerkennung durch Patienten ein wichtiger Grund für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf bilden würde. Lediglich 40% der ehemals Pfl egetätigen erachteten die Bestätigung durch Kollegen und 35% das Ansehen durch ihre Angehörigen als bedeutsam für eine Rückkehr in ihren Beruf.

Die Anerkennung der täglichen Arbeit erfahren bzw. erwarten die ehemaligen Pflegekräfte also vor allem von Patienten und Pflegebedürftigen. Auch dies belegt abermals eine hohe intrinsische Motivation für die Berufsrückkehr.

4.5 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Allgemeinen stellt einen wichtigen möglichen Wiedereinstiegsgrund für die Befragten dar. Dies zeigen die im Durchschnitt gegebenen Antworten der Befragten in der Abb. 22 deutlich auf.¹

Da insbesondere familiäre Lebensumstände die Rückkehr in den Beruf verhindern oder erschweren können, wurde die Befragung zu dieser Thematik für Frauen mit Kindern weiter spezifiziert.

Hier zeigte sich, dass Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung Kinder im Haushalt betreuten, in der Abnahme dieser Pflicht einen insgesamt bedeutsamen Grund für den Wiedereinstieg sahen.

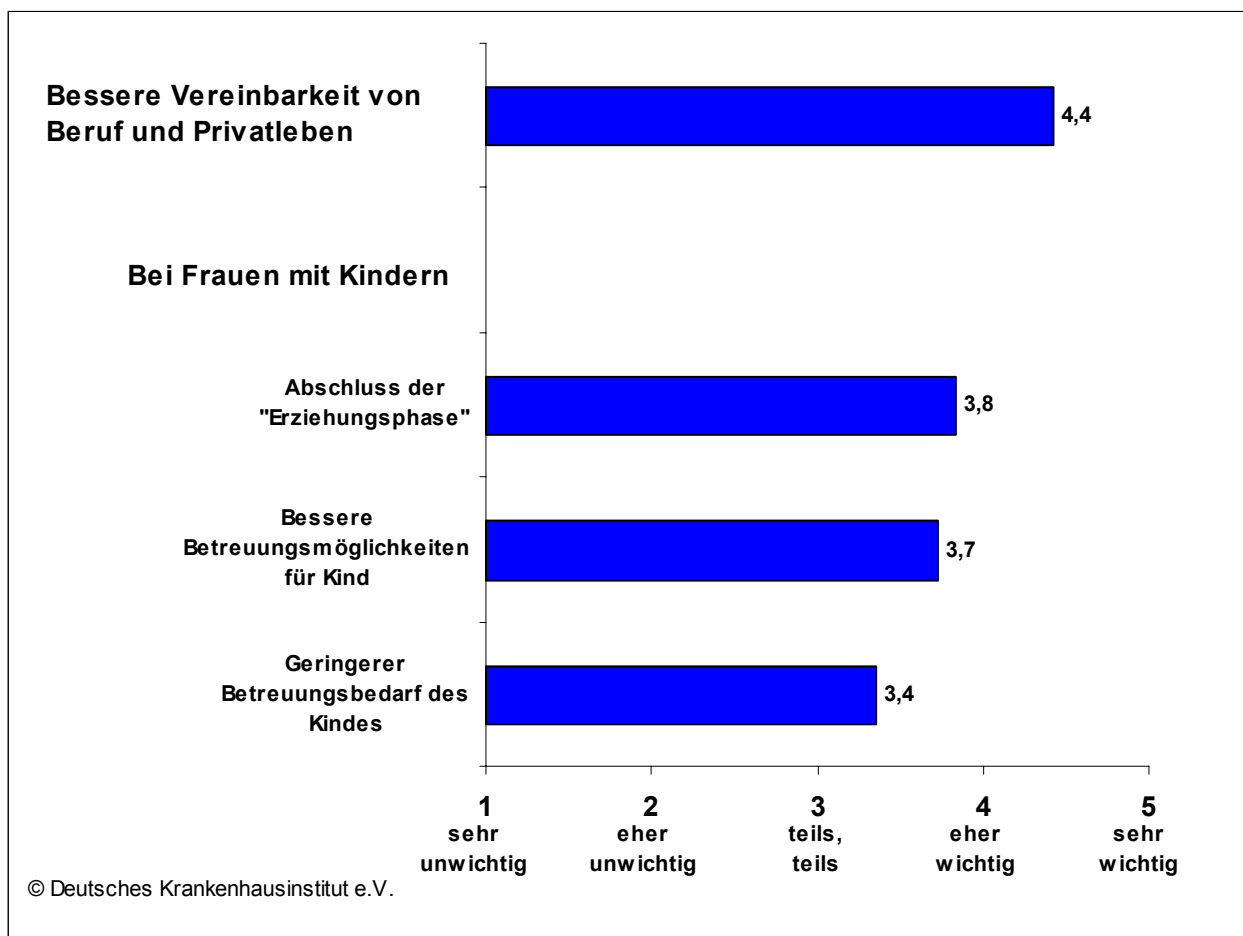


Abb. 22: Wiedereinstiegsgründe – Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (Mittelwerte)

¹ Erfasst sind hier nur jeweils die ehemaligen Pflegekräfte, die zur Zeit der Befragung nicht berufstätig waren.

Der Abschluss der Kindererziehung und bessere Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder stellen im Durchschnitt eher wichtige Bedingungen für die Berufsrückkehr dar. Geringfügig weniger Gewicht kommt der Entlastung der Erziehenden durch bessere Betreuungsmöglichkeiten zu.

Eine etwas andere Rangfolge in der Wichtigkeit ergibt sich bei Betrachtung der Häufigkeiten (Abb. 23).

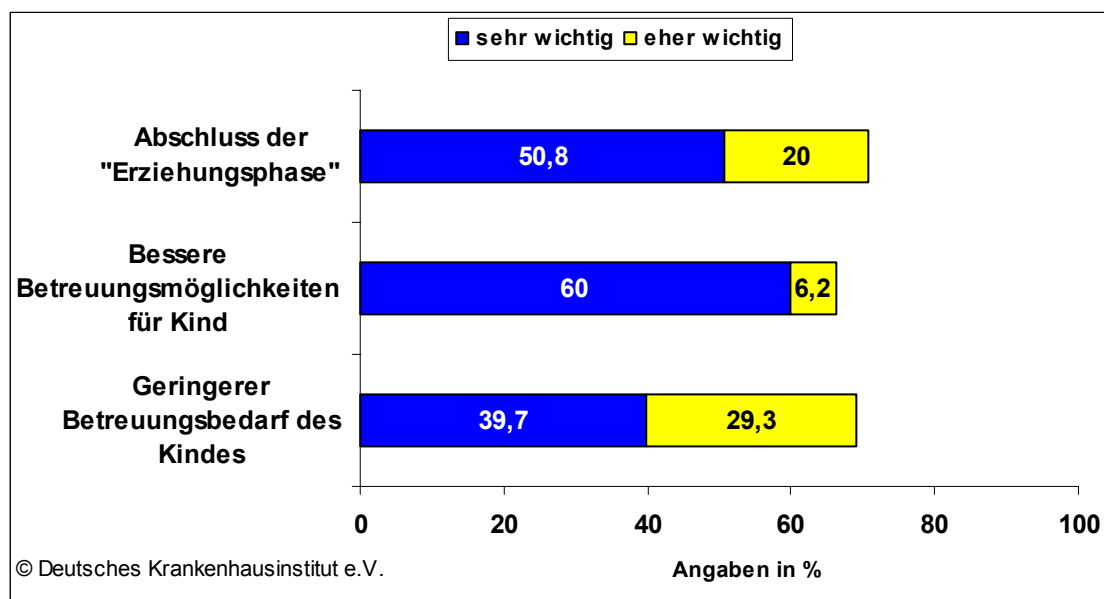


Abb. 23: Wiedereinstiegsgründe – Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung (Häufigkeiten)

Für 60% der Frauen würde die Verbesserung der Betreuungssituation für Kinder ein sehr wichtiger Wiedereinstiegsgrund darstellen. Dagegen messen die Hälfte der Frauen dem Abschluss der Erziehungsphase und knapp 40% dem geringen Betreuungsbedarf diese Bedeutung bei.

Die Doppelbelastung als Berufstätige und Erziehende ist für Frauen mit Kindern also in erster Linie dann zu bewältigen, wenn sich entweder die Situation in der Privatsphäre ändert oder die Arbeitsbedingungen eine flexiblere, das Privatleben berücksichtigende Gestaltung zulassen.

Insbesondere ungünstige und unflexible Arbeitszeiten sowie unzureichende Betreuungsmöglichkeiten stellen insofern besondere Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf dar.

5 Fortbildungsbedarf

Um Wiedereinsteigerkurse inhaltlich wie organisatorisch nach den Bedürfnissen der potenziellen Teilnehmer gestalten zu können, wurden wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften Fragen nach ihren Präferenzen hinsichtlich der Fortbildungsinhalte und der Organisation gestellt.

5.1 Grundlagen

Im Durchschnitt wurden grundlegende Lehrinhalte für einen Wiedereinstieg in den Beruf von den Befragten durchgängig als wichtig erachtet. Die Abb. 24 zeigt nach der Rangfolge auf, welche Lehr- oder Unterrichtsinhalte zur Auffrischung des allgemeinen medizinischen Grund- wie Fachwissens bzw. der berufsspezifischen Kenntnisse für die Befragten von besonderer Bedeutung sind.

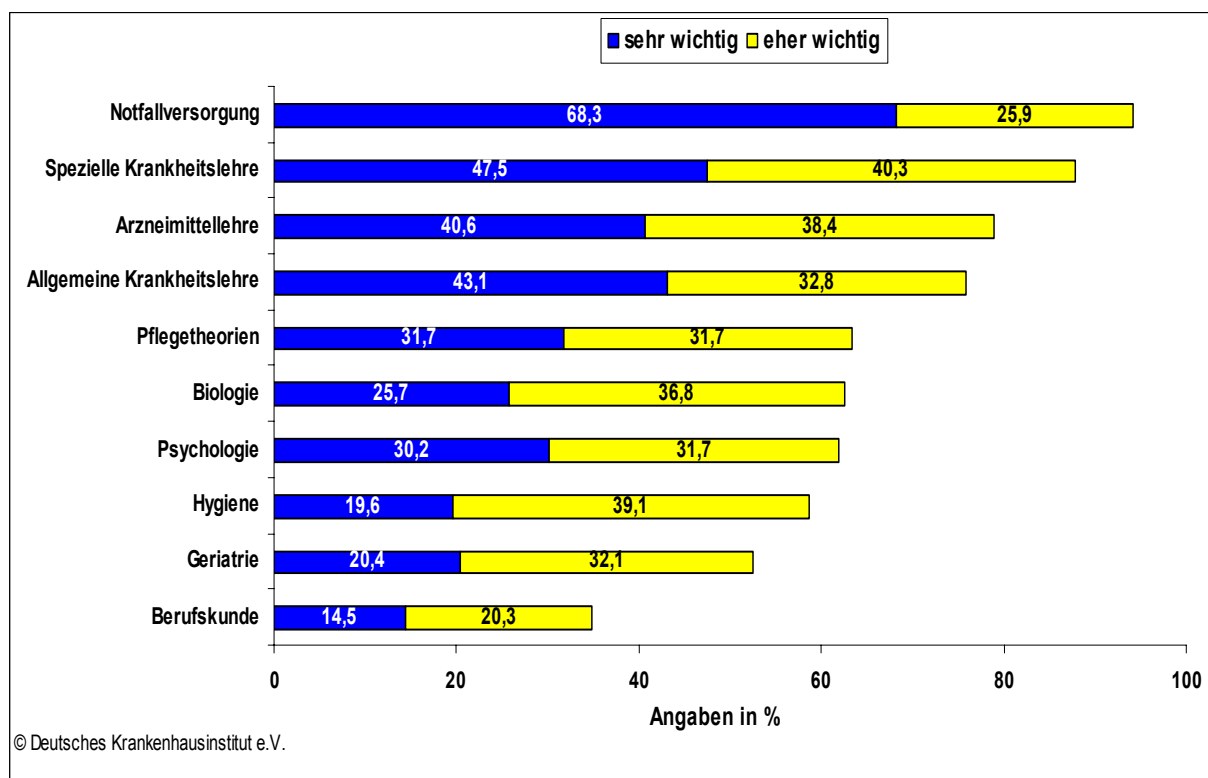


Abb. 24: Fortbildungsbedarf – Grundlagen (Häufigkeiten)

Insbesondere Kenntnisse über die Versorgung im Notfall wurden als sehr bedeutsam herausgestellt. Über 90% der Befragten sahen Unterrichtsinhalte zum adäquaten Verhalten in

Notfallsituationen als unabdingbare Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Pflegetätigkeit an. Ebenso erachteten 80% der ehemaligen Pflegekräfte den Unterricht über spezielle wie allgemeine Krankheitslehre und Arzneimittellehre als wichtig. Von geringerer Bedeutung werden Kurse zu Pflegetheorien bzw. den Fachgebieten der Biologie, Psychologie und Geriatrie eingeschätzt. Insbesondere Lehrinhalte zur Berufskunde scheinen nach Ansicht eines Teils der Befragten für einen qualifizierten Wiedereinstieg in die Pflegetätigkeit entbehrlich.

Aus den Erhebungsergebnissen wird erkennbar, dass die ehemals Pflegetätigen bei einer Rückkehr in den Pflegeberuf einen sehr breiten Qualifizierungsbedarf hinsichtlich der Grundlagen ihrer Tätigkeit haben. Die schnelle und qualifizierte Hilfeleistung in Notfallsituationen sowie eine tiefere Kenntnis über Erkrankung und Medikation der pflegebedürftigen Personen stellen für die Befragten eine besonders wichtige Voraussetzung zur Wiederaufnahme des Pflegeberufes dar.

5.2 Pflegespezifische Themen

Eine qualifizierte Wiederaufnahme der Pflegetätigkeit wird in entscheidendem Maße von den Berufskennnissen und -fähigkeiten abhängen, die die ehemalige Pflegekraft vorweisen kann. Abb. 25 zeigt die im Mittel von den Befragten angegebene Wichtigkeit von pflegespezifischen Themen auf.

Im Falle der Wiederaufnahme der Tätigkeit würde bei den Befragten ein großer Bedarf an der Auffrischung von pflegespezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten bestehen. Themen zu Pflegetechniken und der aktivierenden Pflege besitzen für die Befragten einen wichtigeren Stellenwert zur angemessenen Ausübung der Pflegetätigkeit als Lehrinhalte zur Pflegeüberleitung oder zu den Besonderheiten der ambulanten Pflege. Einen genaueren Überblick über die Einschätzung der Befragten zu pflegespezifischen Fortbildungsinhalten liefert die Häufigkeitsanalyse in der Abb. 26.

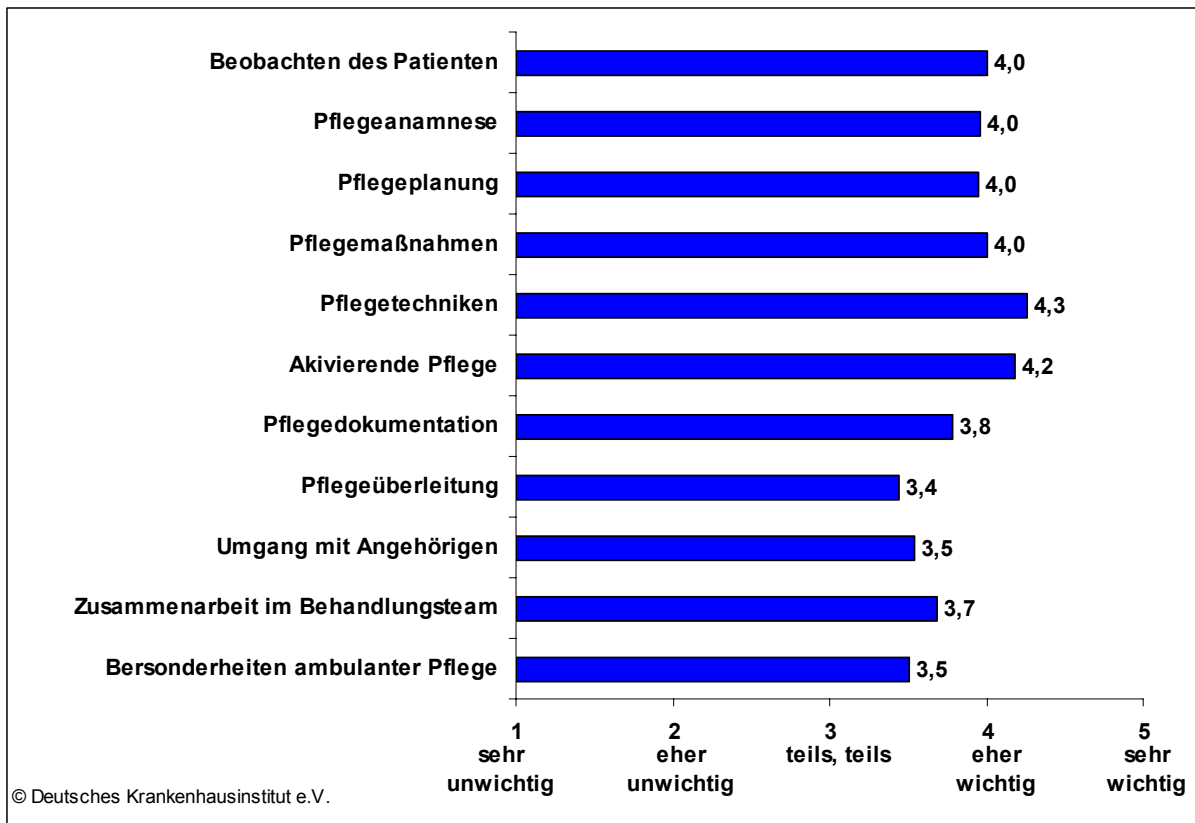


Abb. 25: Fortbildungsbedarf – Pflegespezifische Themen (Mittelwerte)

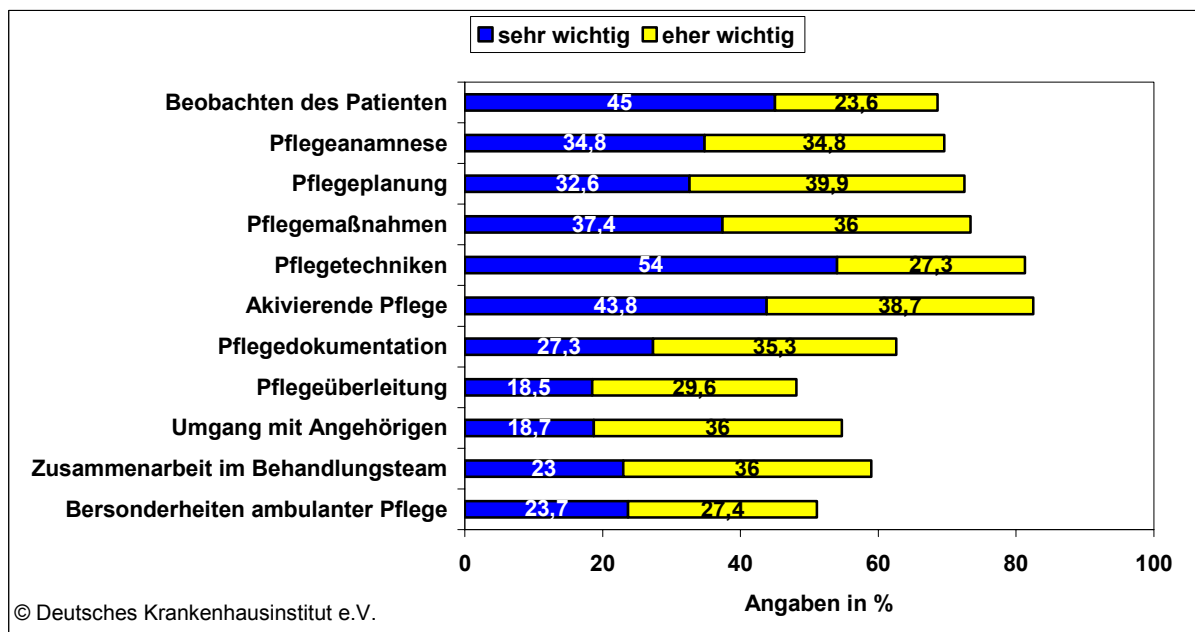


Abb. 26: Fortbildungsbedarf – Pflegespezifische Themen (Häufigkeiten)

Für über 50% der ehemals Pfl egetätigen sind Pfl egetechniken (z.B. Wundversorgung, Injektionen, Katheterisierung) ein sehr wichtiger Bestandteil von Wiedereinsteigerkursen. Von 45% der Befragten wurden auch die Lehrinhalte zur Beobachtung des Patienten (z.B. Vitalzeichenkontrolle) und zur aktivierenden Pflege als sehr bedeutsam eingeschätzt.

Für eine angemessene Wiederausübung der Pfl egetätigkeit ist nach Ansicht der ausgeschiedenen Pflegekräfte ebenfalls die Auffrischung von Kenntnissen zu den Pflegemaßnahmen (z.B. Hilfen bei Verrichtung des täglichen Lebens, Mobilisierung) sowie der Pflegeanamnese, -planung und -dokumentation von Wichtigkeit.

Schulungen im Bereich der Pflegeüberleitung, der Besonderheiten der ambulanten Pflege und der Zusammenarbeit mit den Angehörigen und im Behandlungsteam sind indes von etwas geringerer Relevanz.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die ehemaligen Pflegekräfte bei einem Wiedereinstieg in den Beruf auch bei pflegespezifischen Themen einen sehr breiten Qualifizierungsbedarf aufweisen. Die Befragten maßen insbesondere Lehrinhalten zum Pflegeprozess eine große Wichtigkeit bei.

5.3 Spezielle Themen

Über Grundlagen und pflegespezifische Themen hinaus wurden, in Abstimmung mit dem Auftraggeber, noch einige spezielle Aspekte thematisiert. Abb. 27 stellt den Fortbildungsbedarf der Befragten an diesen Themen dar.

Grundsätzlich besteht an allen aufgeführten möglichen Lehrinhalten von Seiten der ehemals Pfl egetätigen Interesse. Als eher wichtiger erachtet werden dabei Themen, die sich mit speziellen Pflegeproblemen von Pflegebedürftigen auseinandersetzen oder den qualifizierten Umgang mit der EDV in der Pflege ermöglichen. Lehrinhalte zum Qualitätsmanagement oder zu Patientenzugängen werden als ebenfalls wichtig eingeschätzt. Hingegen weisen die Befragten ein nicht so hohes Interesse an vergütungsrechtlichen Themen wie die Finanzierung der Pflegeeinrichtung bzw. des Krankenhauses auf.

Auch bei den spezielleren Themen für Wiedereinsteigerkurse in der Pflege wird deutlich, dass bei den ehemaligen Pflegekräften ein größeres Interesse an behandlungs- bzw. ablaufspezifischen Lehrinhalten besteht.

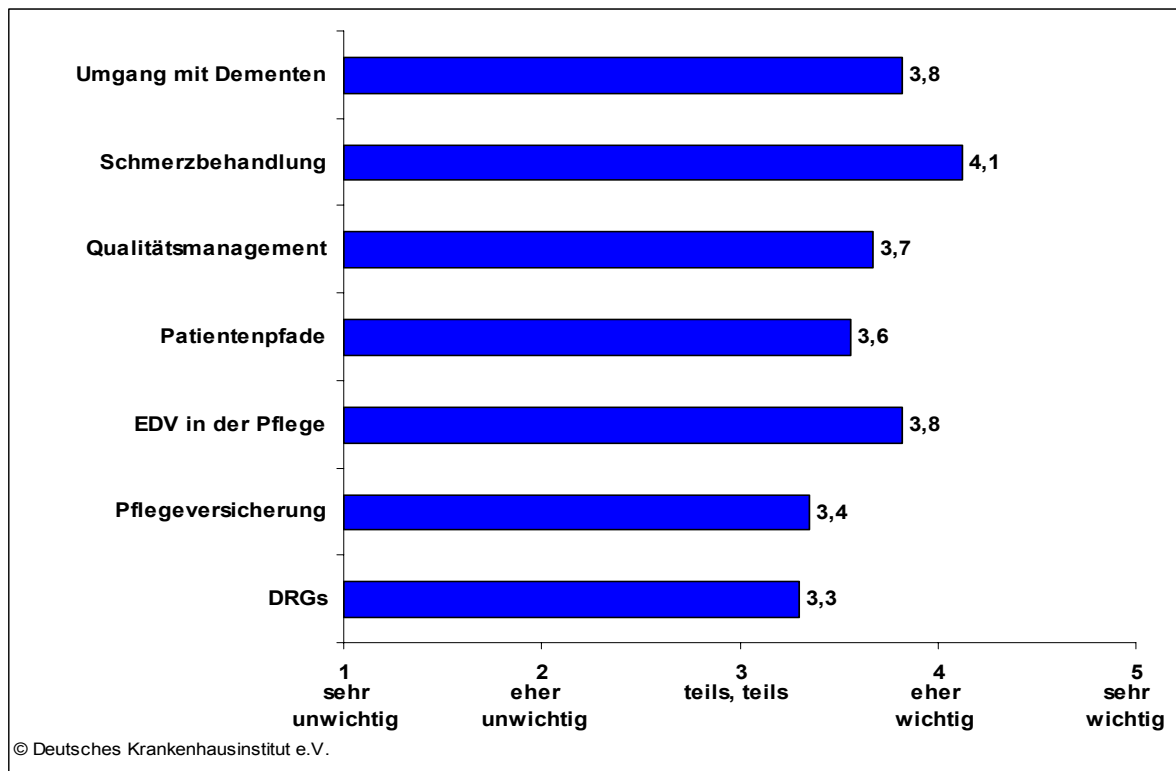


Abb. 27: Fortbildungsbedarf – Spezielle Themen (Mittelwerte)

5.4 Organisation der Fortbildung

Die Akzeptanz von Fortbildungsveranstaltungen für Berufsrückkehrerinnen wird zum einen davon abhängen, inwieweit die Lehrinhalte auf Interesse bei den ehemaligen Pflegekräften stoßen. Zum anderen wird die Teilnahme von der Organisation der Fortbildungskurse abhängig sein. Die Annahme von Schulungsangeboten wird eher erfolgen, wenn die regelmäßige Teilnahme problemlos mit dem Privat- und Familienleben vereinbar erscheint.

Die Häufigkeitsanalyse zeigt auf, dass über die Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte eine halbtägige Schulung bevorzugen würde, die vormittags angeboten wird (vgl. Abb. 28). Insbesondere mit der Kindererziehung betraute Frauen werden diese Zeit am ehesten für Fortbildungen nutzen können, da die Kinderbetreuung vormittags regelhaft z.B. durch Kindergärten gewährleistet sein dürfte.

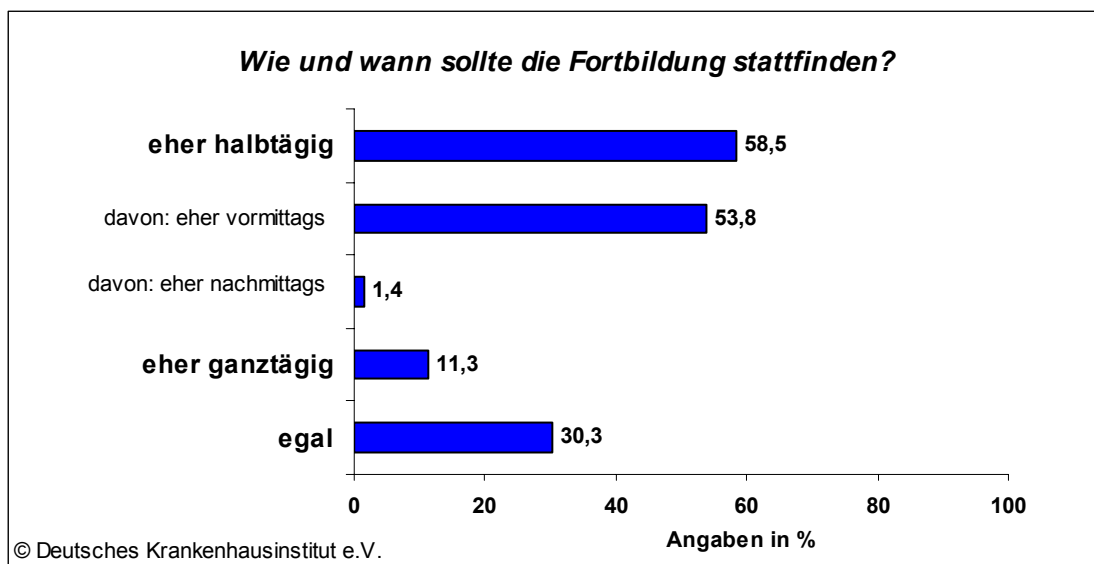


Abb. 28: Dauer und zeitliche Lage der Fortbildungsveranstaltungen (Häufigkeiten)

Einen ganztägigen Fortbildungskurs befürworteten lediglich 11% der Befragten. Für ein Drittel der nicht in der Pflege Berufstätigen wäre die Teilnahme an ganztägigen wie halbtägigen Veranstaltungen möglich.

Zudem möchten die Befragten gerade ihre Zeit am Wochenende nicht für die Schulung aufbringen (siehe Abb. 29). Insbesondere der Sonntag wird von fast 75% der Befragten für regelmäßige Weiterbildungskurse abgelehnt. Der Samstag ist ebenfalls für über die Hälfte der Befragten unakzeptabel. Fortbildungsveranstaltungen an Werktagen werden hingegen nur vereinzelt als kritisch angesehen. Ungefähr 16% der ehemals in der Pflege Tätigen war es egal, an welchem Wochentag die Fortbildung stattfindet.

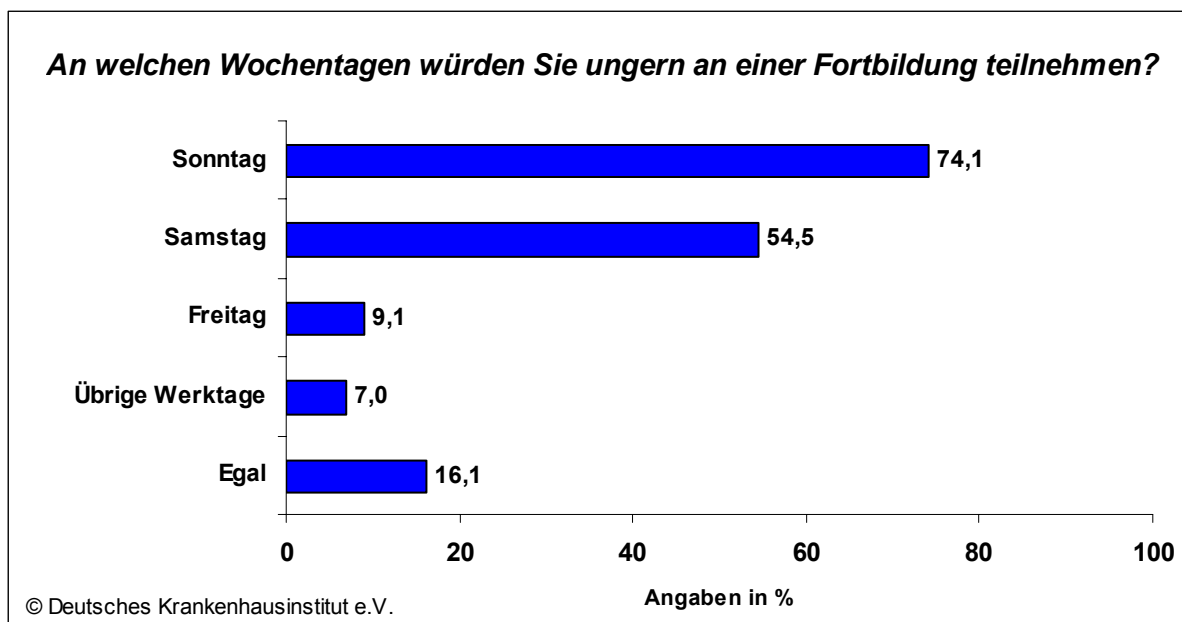


Abb. 29: Unerwünschte Wochentage für Fortbildungsveranstaltungen (Häufigkeiten)

Auf die Frage, welche Präferenzen die Befragten hinsichtlich der Dauer der Fortbildung insgesamt haben, war über die Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte der Ansicht, dass die Schulung innerhalb von drei Monaten beendet sein sollte (vgl. Abb. 30).¹

Für fast ein Viertel der ehemaligen Pflegekräfte erschien auch eine halbjährliche Fortbildung vor einem Wiedereinstieg in den Beruf in Frage zu kommen. Längere Fortbildungszeiten von einem Jahr oder mehr wurden lediglich vereinzelt als notwendig angesehen.

¹ Dargestellt werden hier die Antworten der Befragten, die eine Angabe zu der Dauer der Fortbildung machen konnten. Die Mehrzahl der ehemaligen Pflegekräfte (58%) gab jedoch an, dass ihnen eine Einschätzung hierzu nicht möglich sei.

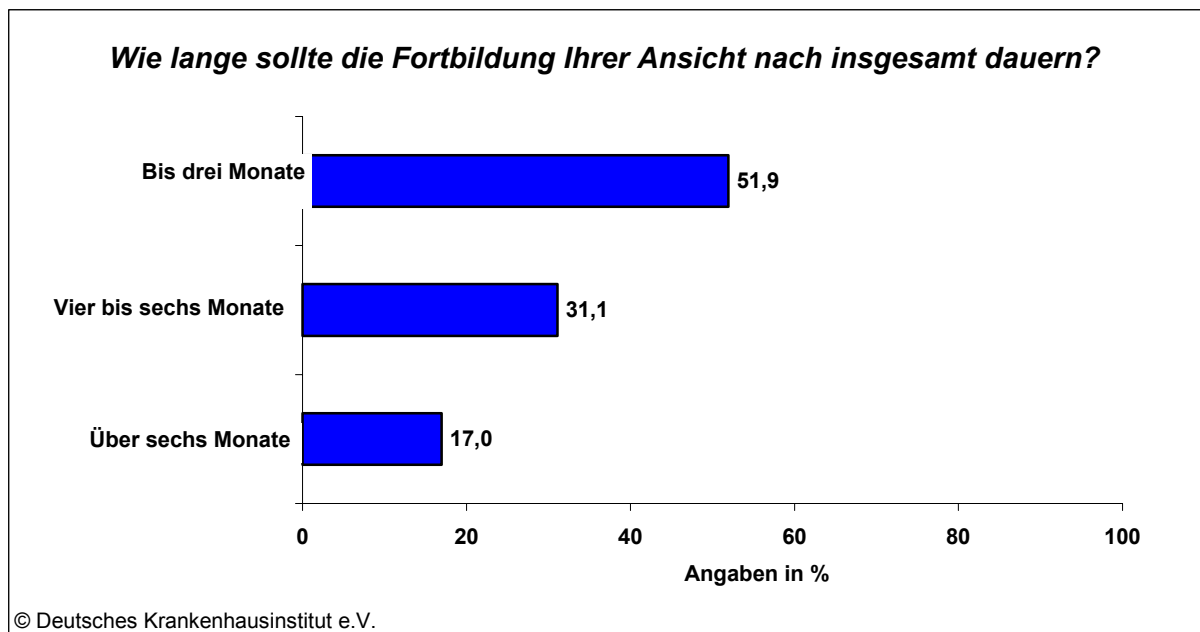


Abb. 30: Dauer der Fortbildung insgesamt (Häufigkeiten)

Bei der Frage zur Struktur der Fortbildungen erachteten 85% der Befragten die Berücksichtigung von theoretischen und praktischen Teilen als wichtig (vgl. Abb. 31). Die Fokussierung auf einen dieser Bereiche erachteten wenige als ratsam, insbesondere die alleinige Berücksichtigung des praktischen Teils.

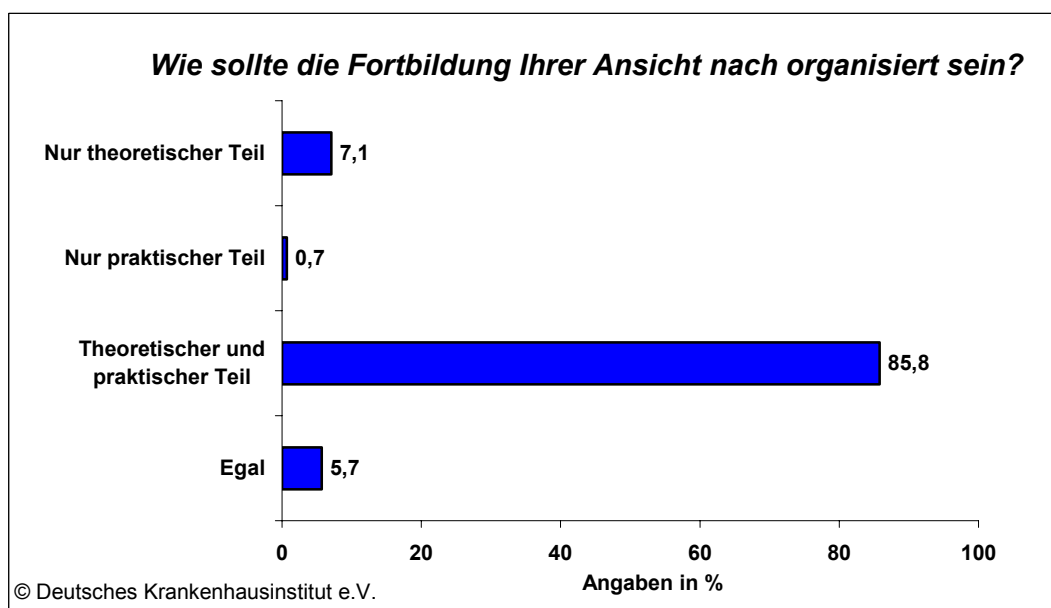


Abb. 31: Fortbildungsstruktur (Häufigkeiten)

Bei Lehrangeboten zum praktischen Teil wurden jedoch von der Mehrzahl der Befragten Mitsprachemöglichkeiten gewünscht. Abb. 32 stellt dar, dass über 60% der ehemaligen Pflegekräfte Einfluss auf die praktische Unterrichtsinhalte nehmen möchten. Der Wunsch nach der eigenen Einbringung ist für theoretische Schulungsinhalte weniger ausgeprägt: Knapp die Hälfte der Befragten legten hier gesteigerten Wert auf Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten.

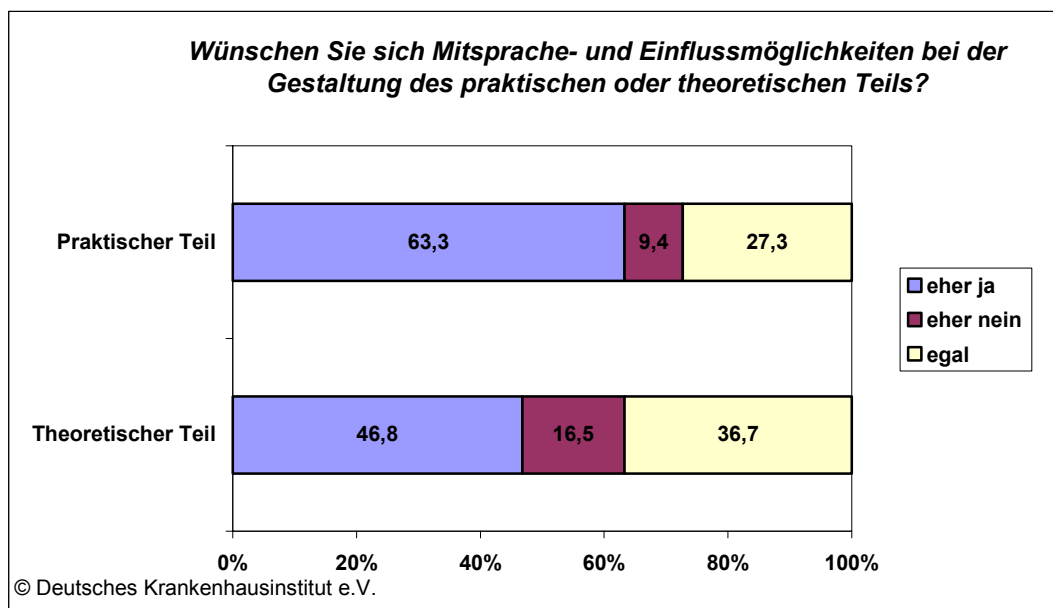


Abb. 32: Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten

6 Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf

Standen in den vorhergehenden Untersuchungen die Einschätzungen und Meinungen der Befragten im Vordergrund, die grundsätzlich bereit wären, wieder in der Pflege zu arbeiten, so richtet sich der Fokus der nachfolgenden Analyse auf denjenigen Personenkreis, für den eine Berufstätigkeit als Pflegekraft nicht wieder in Frage kommt. Von Interesse ist hier insbesondere, welche Argumente ehemalige Pflegekräfte gegen den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf anführen. Derartige Hinderungsgründe können direkt mit den Arbeitsinhalten des Pflegeberufes zusammenhängen, jedoch auch davon losgelöst rein persönlicher Natur sein (wie z.B. Erfüllung im privaten Bereich).

Abb. 33 stellt die Hinderungsgründe der Befragten dar, die angaben, nicht wieder in den Pflegeberuf zurückzukehren. Ausdrücklich sei betont, dass es sich hier um eine relativ kleine Fallzahl von 21 Personen handelt, so dass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind.

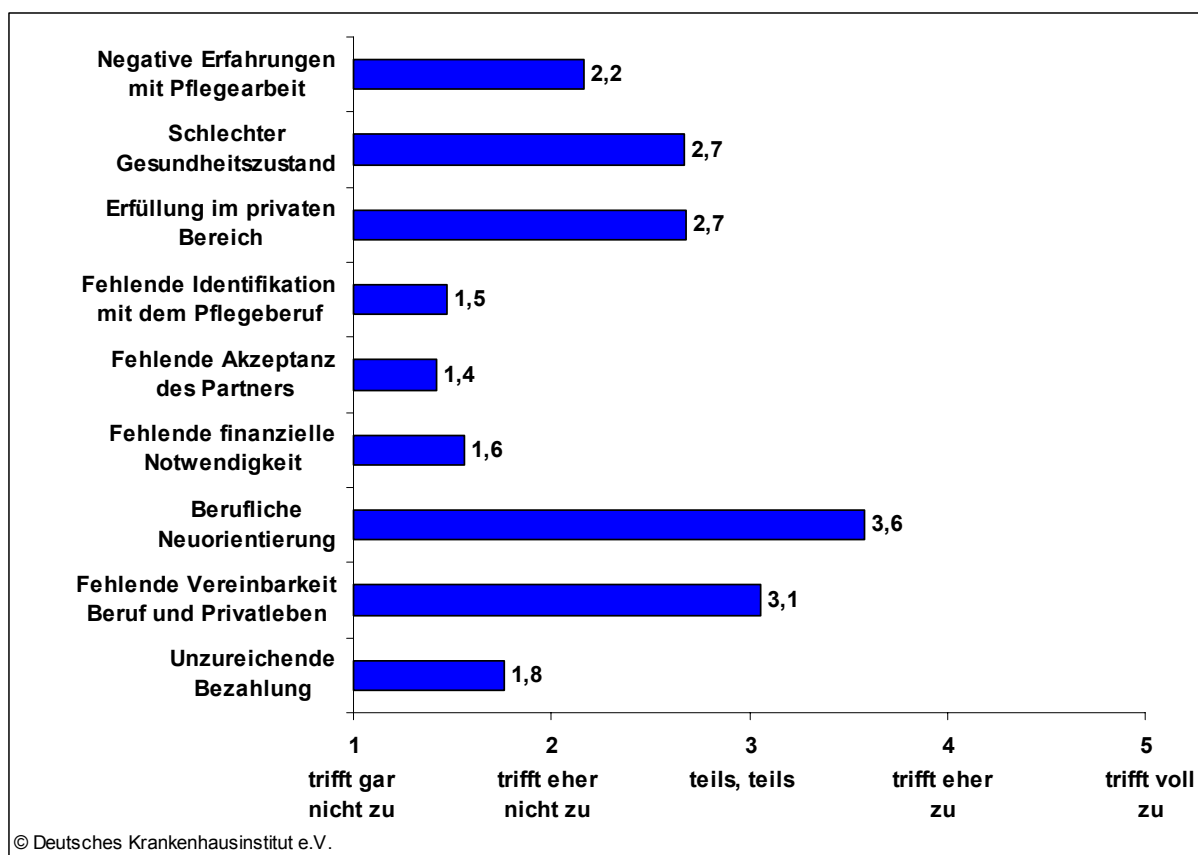


Abb. 33: Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg (Mittelwerte)

Insbesondere eine erfolgte berufliche Neuorientierung spricht demnach gegen einen Wiedereinstieg in die Pflegetätigkeit. Als weiterer wichtiger Grund wird zudem von fast der Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben angesehen. Zudem werden als Motive gegen eine Rückkehr in den Beruf auch gesundheitliche Probleme und die Erfüllung im häuslichen und privaten Bereich angeführt. In einigen Fällen messen die ehemaligen Pflegekräfte auch früheren negativen Erfahrungen während der Arbeitstätigkeit und der unzureichenden Bezahlung eine Bedeutung als Hinderungsgrund bei.

Stellt eine Identifikation mit dem Pflegeberuf auch keinen maßgeblichen Wiedereinstiegsgrund dar¹, so veranschaulicht die Häufigkeitsanalyse in Abb. 34, dass eine fehlende Identifikation mit der Pflegetätigkeit auch nicht als Hinderungsgrund zur Rückkehr gilt: Keine Befragte gab an, dass dieses Motiv ihre Entscheidung gegen die Pflege maßgeblich beeinflusst hätte. Nur bei ca. 16% ist dies in der Tendenz der Fall. Alles in allem legen die Ergebnisse die Schlussfolgerung nahe, dass eine fehlende Wiedereinstiegsbereitschaft weniger eine Entscheidung gegen den Pflegeberuf ist als vielmehr Folge der beruflichen oder privaten Neuorientierung.

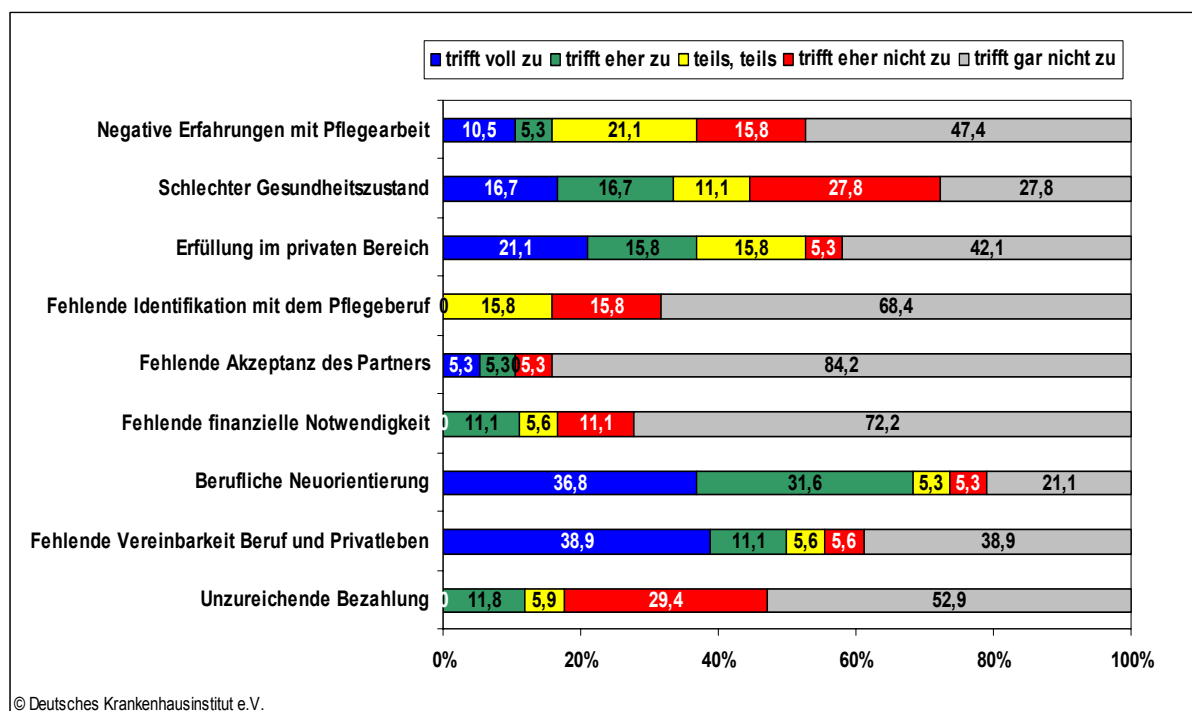


Abb. 34: Hinderungsgründe für den Wiedereinstieg (Häufigkeiten)

¹ Siehe Kapitel 4.3

Der schlechte Gesundheitszustand als relevanter Hinderungsgrund für einen Wiedereinstieg in die Pflerätätigkeit lässt die Frage offen, ob die vormalige Pflerätätigkeit dazu beigetragen hat oder nicht. Die nachfolgende Analyse über den Zustand und die Entwicklung der Gesundheit der Befragten kann darüber Aufschluss geben.

7 Gesundheitszustand

Der derzeitige Gesundheitszustand und seine Entwicklung kann als eine maßgebliche Begründung gelten, eine berufliche Tätigkeit im Allgemeinen oder den Pflegeberuf im Speziellen nicht mehr ausführen zu wollen bzw. zu können. Ob die Bereitschaft zur Rückkehr in die Pfl egetätigkeit von gesundheitlichen Problemen beeinträchtigt wird, soll im folgenden Kapitel untersucht werden. Darüber hinaus wird die gesundheitliche Entwicklung desjenigen Personenkreises analysiert, der auch wegen eines schlechten Gesundheitszustandes aus dem Pflegeberuf ausgeschieden ist.

7.1 Gesundheitszustand und Wiedereinstiegsbereitschaft

Wie aus der Abb. 35 ersichtlich wird, schätzen Frauen, die zu einer Rückkehr in den Pflegeberuf bereit wären, ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen als gut bis sehr gut ein.

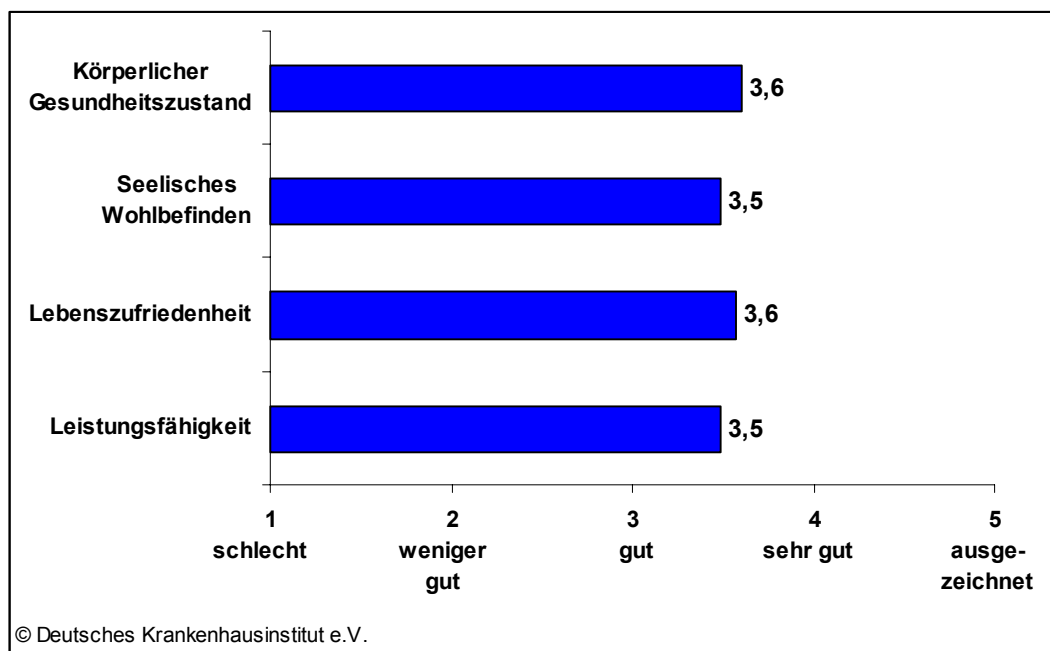


Abb. 35: Derzeitiger Gesundheitszustand von wiedereinstiegsbereiten Frauen (Mittelwerte)

Die ehemaligen Pflegekräfte sind dabei mit ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit sowie ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Leben gleichermaßen zufrieden. Bei der Frage der Entwicklung ihres Gesundheitszustandes seit Beendigung ihrer Pfl egetätigkeit geben sie eine leichte Verbesserung in allen Bereichen an (Abb. 36). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass

die Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht unbedingt mit dem Ausscheiden aus dem Pflegeberuf in Verbindung stehen muss.

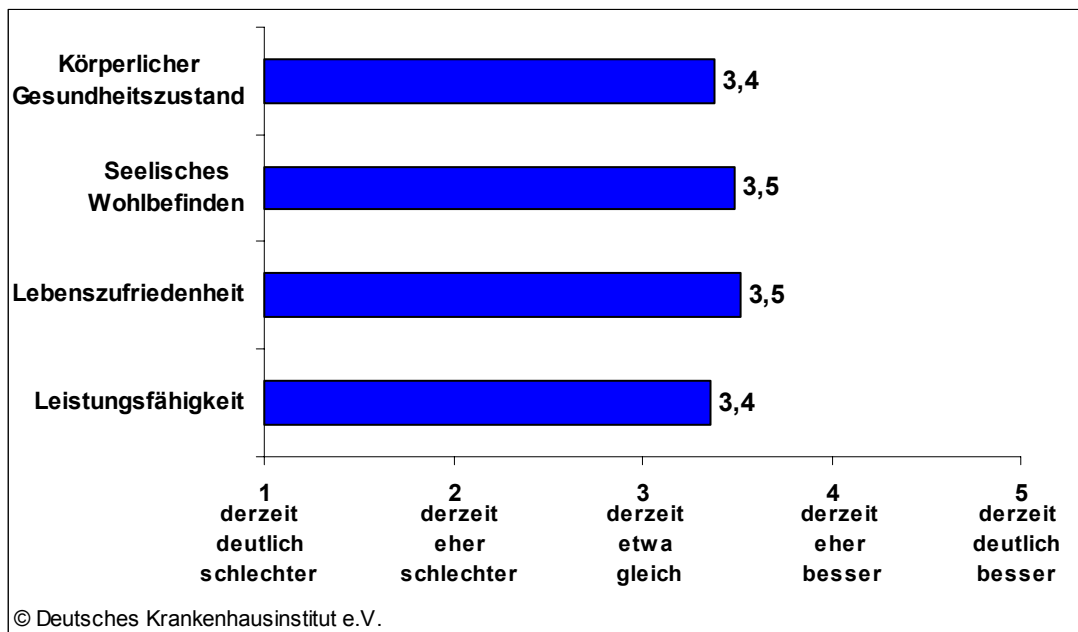


Abb. 36: Entwicklung des Gesundheitszustandes von wiedereinstiegsbereiten Frauen (Mittelwerte)

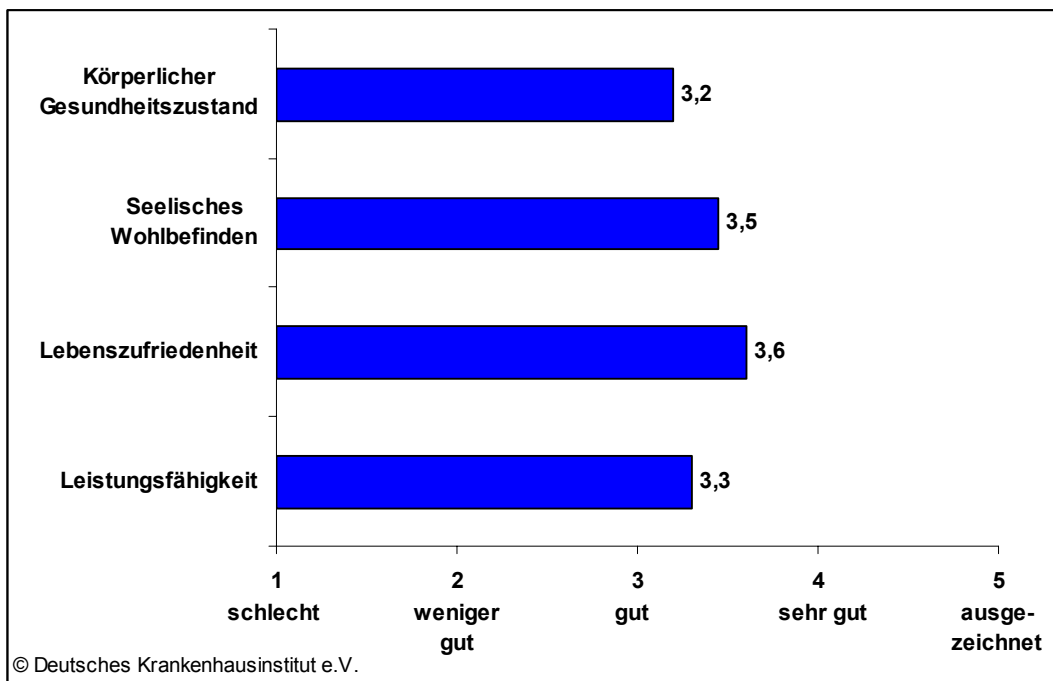


Abb. 37: Derzeitiger Gesundheitszustand von nicht wiedereinstiegsbereiten Frauen (Mittelwerte)

Trotz der kleinen Fallzahl von 21 Frauen, die keine Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Pfl egetätigkeit zeigen, wurde auch dieser Personenkreis einer separaten Analyse ihres Gesundheitszustandes unterzogen. Diese Befragten weisen zum Zeitpunkt der Befragung gleichfalls einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand auf (vgl. Abb. 37). Die Entscheidung gegen einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf erfolgte damit offensichtlich weniger auf Grund eines schlechten Gesundheitszustands.

Abb. 38 zeigt jedoch auf, dass sich das Befinden dieser Frauen nach Beendigung der Berufstätigkeit im Pflegeberuf spürbar verbessert hat.

Bei diesem Personenkreis hatte ein schlechter körperlicher wie psychischer Gesundheitszustand merklich stärker zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf beigetragen als bei den Übrigen. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass bei dieser Gruppe das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf maßgeblich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beigetragen hat.

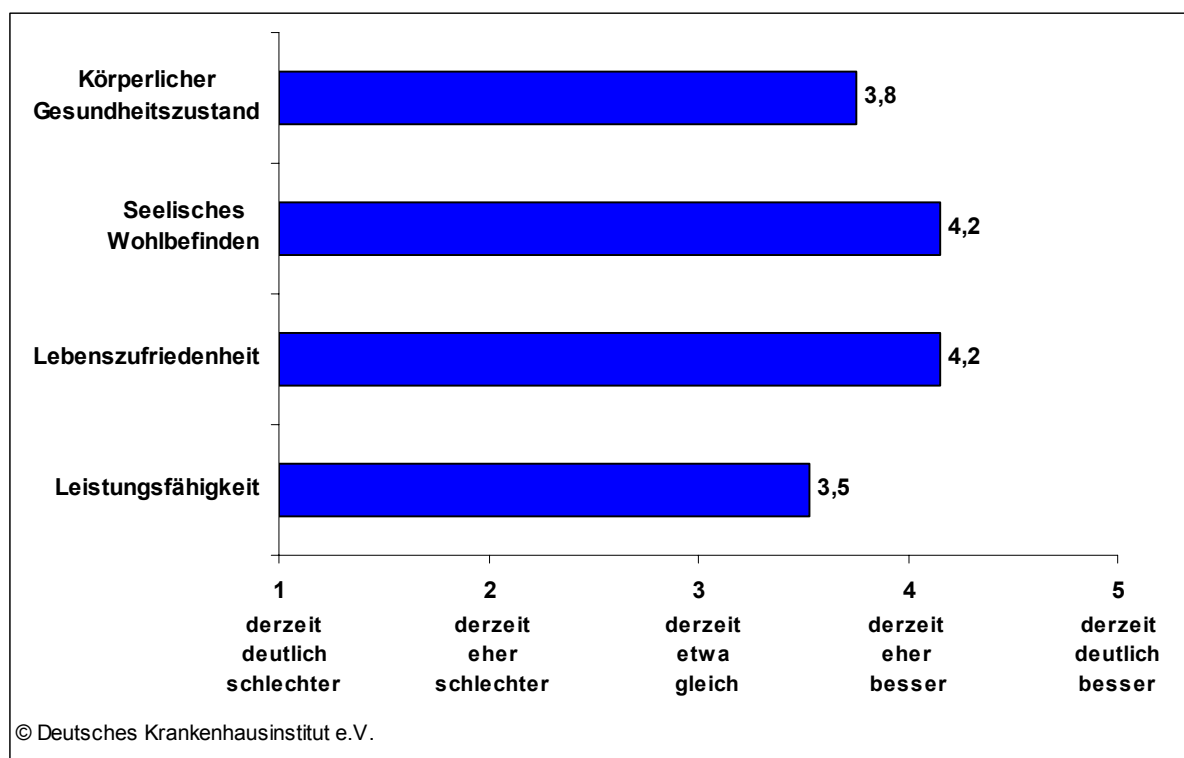


Abb. 38: Entwicklung des Gesundheitszustandes von nicht wiedereinstiegsbereiten Frauen (Mittelwerte)

7.2 Gesundheitszustand als Ausstiegsmotiv

Über die Hälfte der Frauen, bei denen ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand „sehr“ oder „ziemlich“ zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf beigetragen hatte, bezeichnete ihn zum Zeitpunkt der Befragung als gut. Über ein Drittel dieser ehemaligen Pflegekräfte schätzten ihr physisches Befinden hingegen als noch nicht zufriedenstellend ein (Abb. 39).

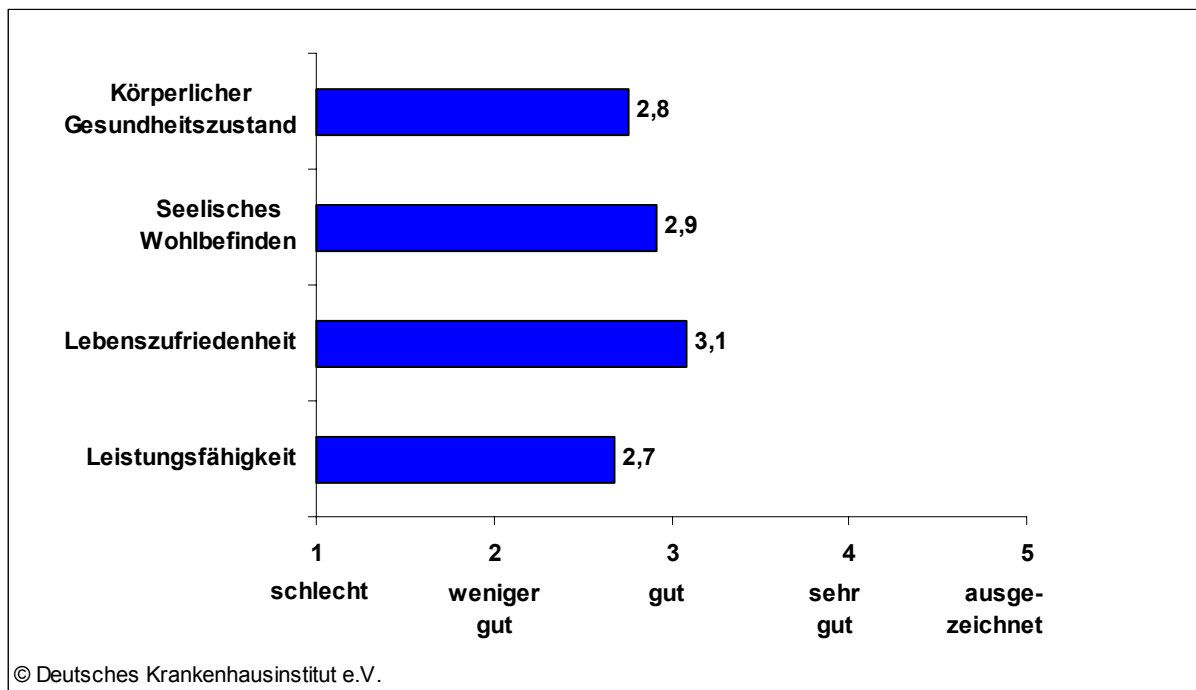


Abb. 39: Derzeitiger Gesundheitszustand bei Frauen, die auch wegen körperlicher Gesundheitsprobleme aus dem Beruf ausgeschieden sind (Mittelwerte)

Ein Großteil der Frauen gab jedoch an, dass sich der körperliche Gesundheitszustand im Vergleich zum Ende der Berufstätigkeit verbessert hätte. 40% der Befragten bezeichneten ihr derzeitiges Befinden sogar als deutlich besser. Ihr übriges gesundheitliches Befinden bewerteten sie im Durchschnitt als gut. Insbesondere ihr seelisches Wohlbefinden sowie ihre Lebenszufriedenheit haben sich seit dem Ausscheiden aus dem Beruf zum Positiven verändert.

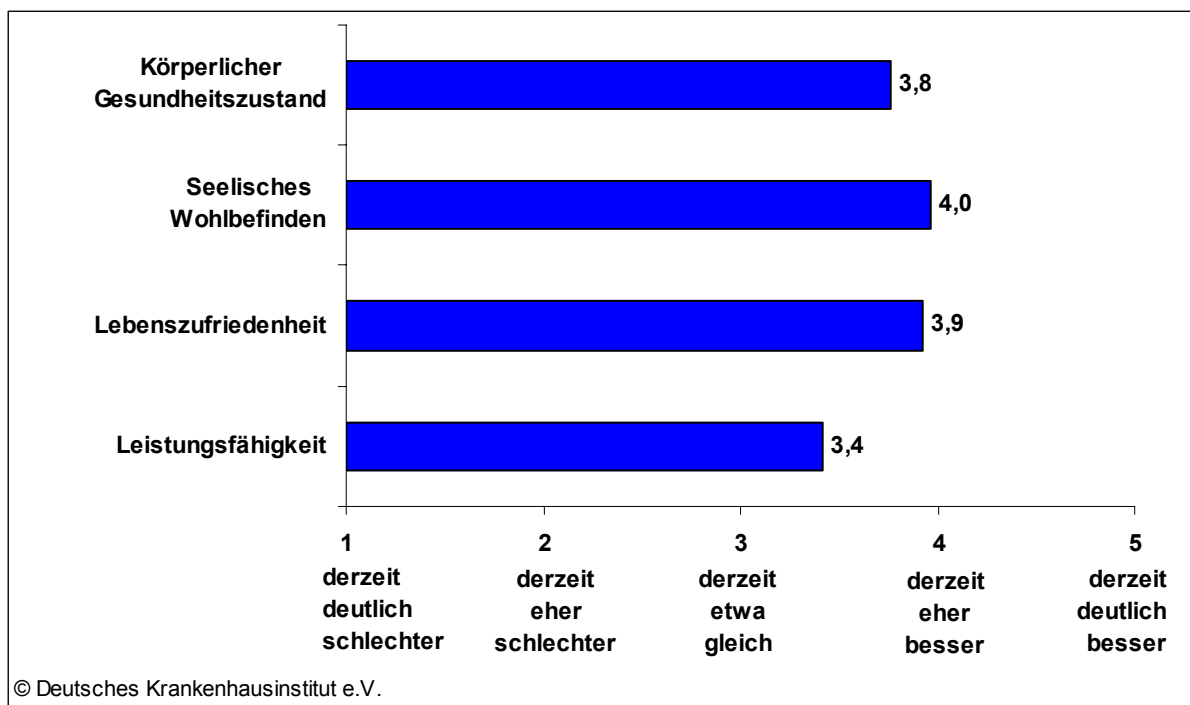


Abb. 40: Entwicklung des Gesundheitszustandes bei Frauen, die auch wegen körperlicher Gesundheitsprobleme aus dem Beruf ausgeschieden sind (Mittelwerte)

Frauen, die auch wegen eines schlechten körperlichen Gesundheitszustandes aus dem Pflegeberuf ausgeschieden waren, bewerteten damit ihre derzeitige Gesundheit zwar im allgemeinen schlechter als die ehemaligen Pflegekräfte, die primär aus anderen Gründen den Beruf aufgaben. Bedeutsam ist jedoch, dass sie die Entwicklung ihres Gesundheitszustandes seit Beendigung der Tätigkeit weitaus positiver einschätzten. Der Großteil der Frauen, die wegen anderer Motive den Pflegeberuf verließen, gab dagegen an, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert hätte.

Über 40% der ehemaligen Pflegekräfte, die „sehr“ oder „ziemlich“ wegen psychischer bzw. emotionaler Erschöpfung aus dem Beruf ausgeschieden sind, gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, dass sie mit ihrem derzeitigen seelischen Wohlbefinden zufrieden waren. Jedoch bezeichneten noch knapp ein Drittel dieser Frauen ihren psychischen Zustand als weniger gut bzw. schlecht. Ihren körperlichen Gesundheitszustand wie ihre Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit bewerteten sie zur Zeit der Befragung als gut (Abb. 41).

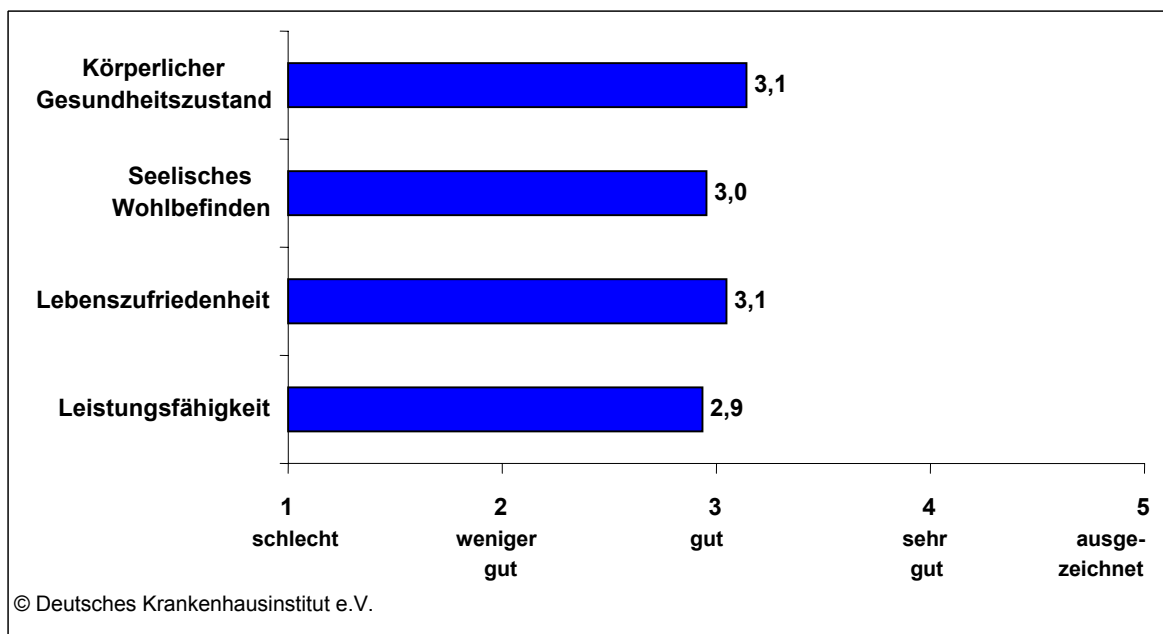


Abb. 41: Gesundheitszustand bei Frauen, die auch wegen psychischer Gesundheitsprobleme aus dem Beruf ausgeschieden sind (Mittelwerte)

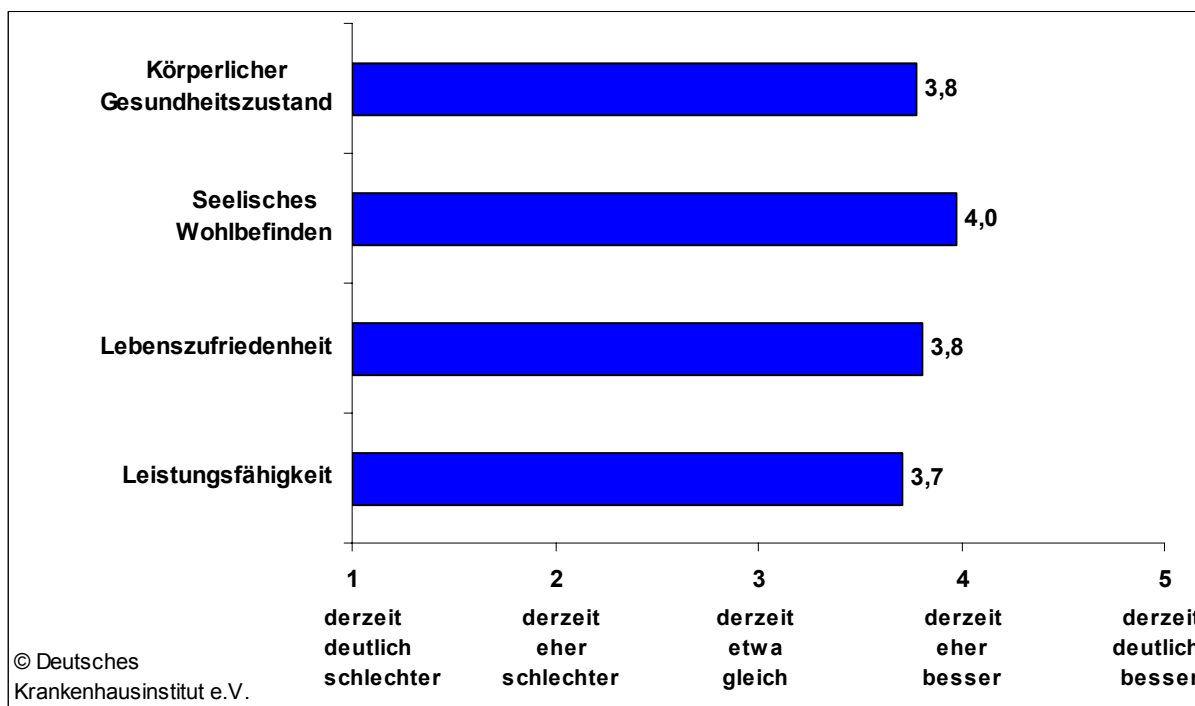


Abb. 42: Entwicklung des Gesundheitszustandes bei Frauen, die auch wegen psychischer Gesundheitsprobleme aus dem Beruf ausgeschieden sind (Mittelwerte)

Damit schätzten diese Frauen ihre derzeitiges Befinden im Allgemeinen und ihr seelisches Wohlbefinden im Speziellen schlechter ein, als die ehemaligen Pflegekräfte, die aus anderen Gründen den Pflegeberuf verließen. Dagegen stellten die Frauen, die auf Grund einer psychischen Erschöpfung aus dem Pflegeberuf ausgeschieden waren, eine deutlichere Verbesserung ihrer Gesundheit fest als die übrigen Frauen (Abb. 42).

Die Entwicklung ihres seelischen Wohlbefindens seit dem Ende ihrer Berufstätigkeit als Pflegekraft beschrieben über 70% dieser Personen als positiv. 40% der Befragten stellten insbesondere heraus, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand und ihre Lebenszufriedenheit deutlich gebessert hätten. Bei über 60% der Befragten, die auf Grund von psychischen Erschöpfungszuständen aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind, hatte sich zudem der körperliche Gesundheitszustand zum Positiven verändert.

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Auszeit vom Pflegeberuf offensichtlich insbesondere für die Frauen von gesundheitlichem Vorteil gewesen ist, die auf Grund physischer oder psychischer Beeinträchtigungen aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind. Damit kann zwar nicht abschließend geklärt werden, ob der Gesundheitszustand und seine Entwicklung maßgeblich von der Berufsaufgabe beeinflusst wurde. Mögliche Kausalzusammenhänge erscheinen aber naheliegend.

8 Ergebnisse für ausgewählte Teilgruppen

Die bisherige Darstellung bezog sich ausschließlich auf die Gesamtergebnisse für die wiederEinstiegsbereiten Pflegekräfte. Nachfolgend wird überprüft, ob diese für bestimmte Teilgruppen differieren. Ausgewählte Ergebnisse werden im Folgenden präsentiert.

8.1 Krankenschwestern und sonstige Pflegekräfte

Zunächst soll untersucht werden, inwieweit sich Pflegekräfte unterscheiden, die zuletzt im Krankenhaus oder in sonstigen stationären Einrichtungen gearbeitet haben. Von den 164 nicht mehr in der Pflege tätigen Personen in der Stichprobe waren 66% zuletzt im Krankenhaus und 34% in anderen Einrichtungen tätig. Vereinfacht werden diese beiden Gruppen nachfolgend als „Krankenschwestern“ und „Sonstige Pflegekräfte“ bezeichnet. Sämtliche Merkmale der Erhebung wurden daraufhin untersucht, ob sich die beiden Gruppen signifikant unterscheiden. Im Folgenden werden die diesbezüglich wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst.

Mit Blick auf die Ausstiegsmotive resultierten kaum signifikante Unterschiede zwischen Krankenschwestern und sonstigen Pflegekräften. Das gilt gleichermaßen für die persönlichen Gründe, die Arbeitsinhalte, das Arbeitsklima und die Gratifikation. Bei fast allen erfassten Ausstiegsgründen waren die Unterschiede nicht nur minimal; sie wiesen auch keine eindeutige Tendenz zu Gunsten einer der beiden Gruppen auf.

Eine Ausnahme bilden die Arbeitszeitbedingungen (vgl. Abb. 43). Diese werden von den Krankenschwestern weitaus kritischer gesehen als von den übrigen Pflegekräften. Da im Krankenhaus bzw. stationären Pflegeeinrichtungen vergleichbare Arbeitszeitbedingungen herrschen, liegen hier offensichtlich unterschiedliche Wahrnehmungs- und Belastungsmuster bei den jeweiligen Pflegekräften vor.

Nichtsdestotrotz bleibt festzuhalten, dass sich – abgesehen von den Arbeitszeitbedingungen – die Ausstiegsmotive von Personen, die zuletzt im Krankenhaus gearbeitet haben, nicht wesentlich von ehemaligen Pflegekräften aus den übrigen Einrichtungen unterscheiden. Selbst wenn Belastungsintensität und Belastungskonstellationen bereichsspezifisch variieren mögen, sind die Ausstiegsmotive von Pflegekräften einrichtungsübergreifend in hohem Maße vergleichbar.

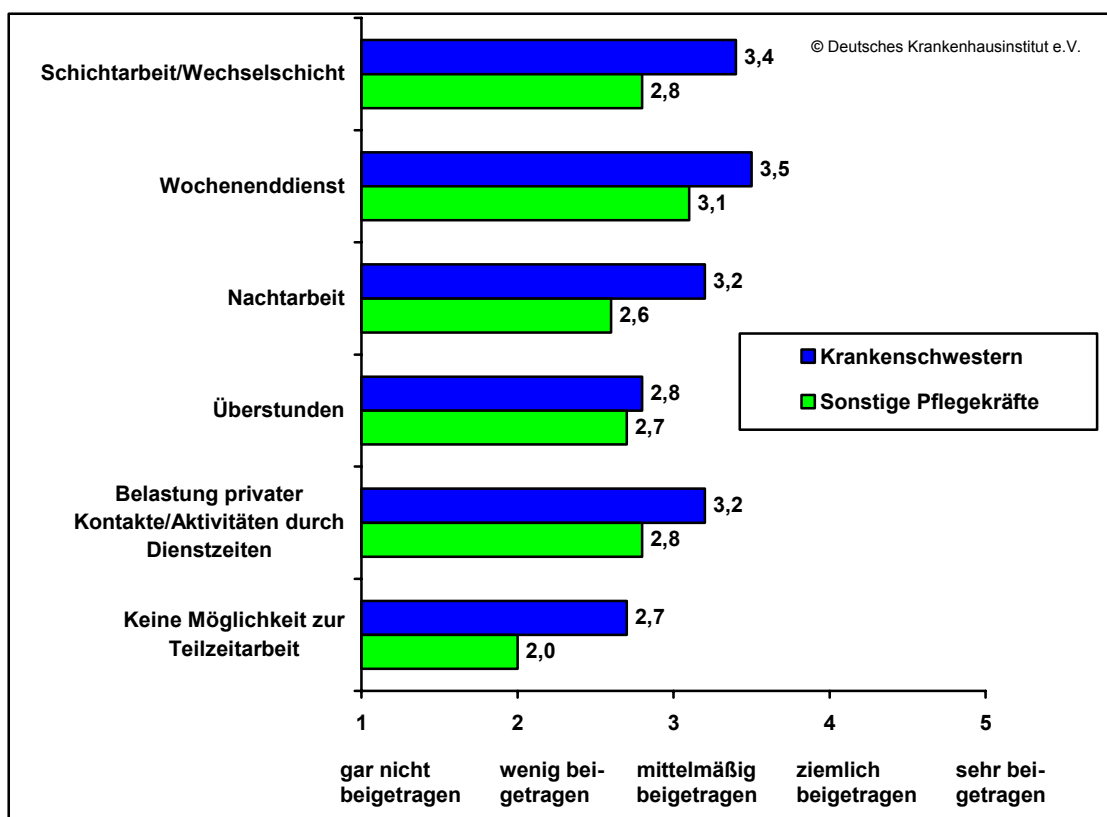


Abb. 43: Ausstiegsgründe nach letztem Einsatzgebiet

Auch hinsichtlich der Wiedereinstiegsbereitschaft gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen den genannten Gruppen (vgl. Abb. 44). Auffallend ist allenfalls, dass der Anteil der sonstigen Pflegekräfte, die gar nicht mehr in den Pflegeberuf zurückkehren wollen, etwas größer ausfällt als bei den Krankenschwestern. Ähnliche Ergebnisse resultierten hinsichtlich des Zeitraums eines möglichen Wiedereinstiegs. Mit Blick auf das bevorzugte Einsatzgebiet nach einer möglichen Rückkehr in den Pflegeberuf weisen die beiden Gruppen naturgemäß jeweils starke Präferenzen für die Einrichtungsart auf, in der sie zuletzt tätig waren.

Auch hinsichtlich der Wiedereinstiegs motive unterscheiden sich Krankenschwestern und die übrigen Pflegekräfte kaum. Allenfalls die mangelnde Erfüllung bzw. Abwechslung im privaten Bereich spielte bei den Krankenschwestern eine deutlich größere Rolle bei der möglichen Berufsrückkehr als für die übrigen Pflegekräfte. Des Weiteren ist für Krankenschwestern die berufliche Anerkennung durch Angehörige und Kollegen wichtiger als für die ehemaligen Pflegekräfte aus anderen stationären Einrichtungen. Ansonsten bilden gleichermaßen pflegespezifische Gründe die wichtigsten Wiedereinstiegs motive.

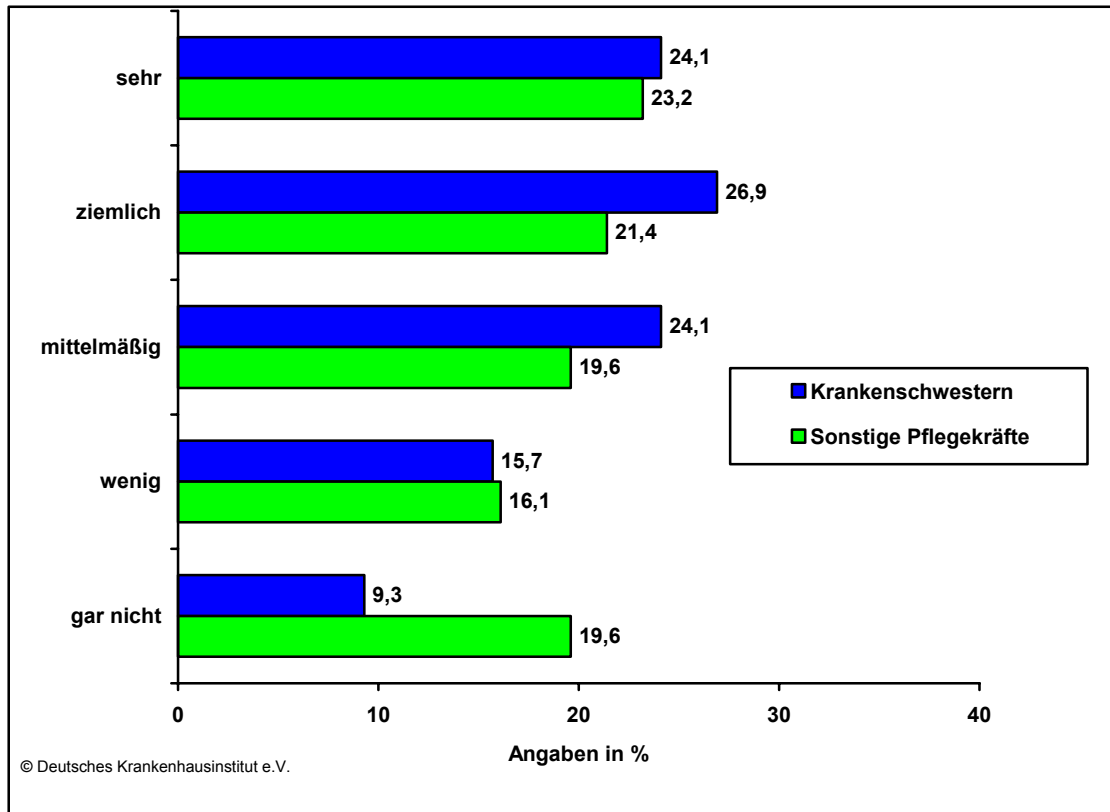


Abb. 44: Wiedereinstiegsbereitschaft nach letztem Einsatzgebiet

Vor allem mit Blick auf die Fortbildungsinhalte gibt es teilweise größere Unterschiede zwischen ehemaligen Krankenschwestern und anderen Pflegekräften. Sowohl bei den Grundlagen als auch den pflegespezifischen und sonstigen Fortbildungsinhalten erachteten die Krankenschwestern zahlreiche Themen als deutlich wichtiger (vgl. Abb. 45). Das gilt nicht nur aus naheliegenden Gründen für die medizinischen Grundlagen des Pflegeberufs wie Notfallversorgung, allgemeine und spezielle Krankheitslehre. Das betrifft vielmehr auch und gerade pflegespezifische Themen wie Pflegeanamnese, -dokumentation und -überleitung. Hier sehen die ehemaligen Krankenschwestern offensichtlich für sich einen etwas größeren „Nachholbedarf“ als die übrigen Pflegekräfte. Auch für spezielle Fortbildungsinhalte wie beispielsweise Schmerzbehandlung oder EDV in der Pflege zeigten sich Pflegekräfte aus dem Krankenhausbereich aufgeschlossener.

Insgesamt haben also Krankenschwestern in der Tendenz weitergehende Ansprüche an mögliche Wiedereinstiegsprogramme als Pflegekräfte aus anderen Einrichtungen. Eine zielgruppenspezifische Schulung erscheint daher möglicherweise naheliegend.

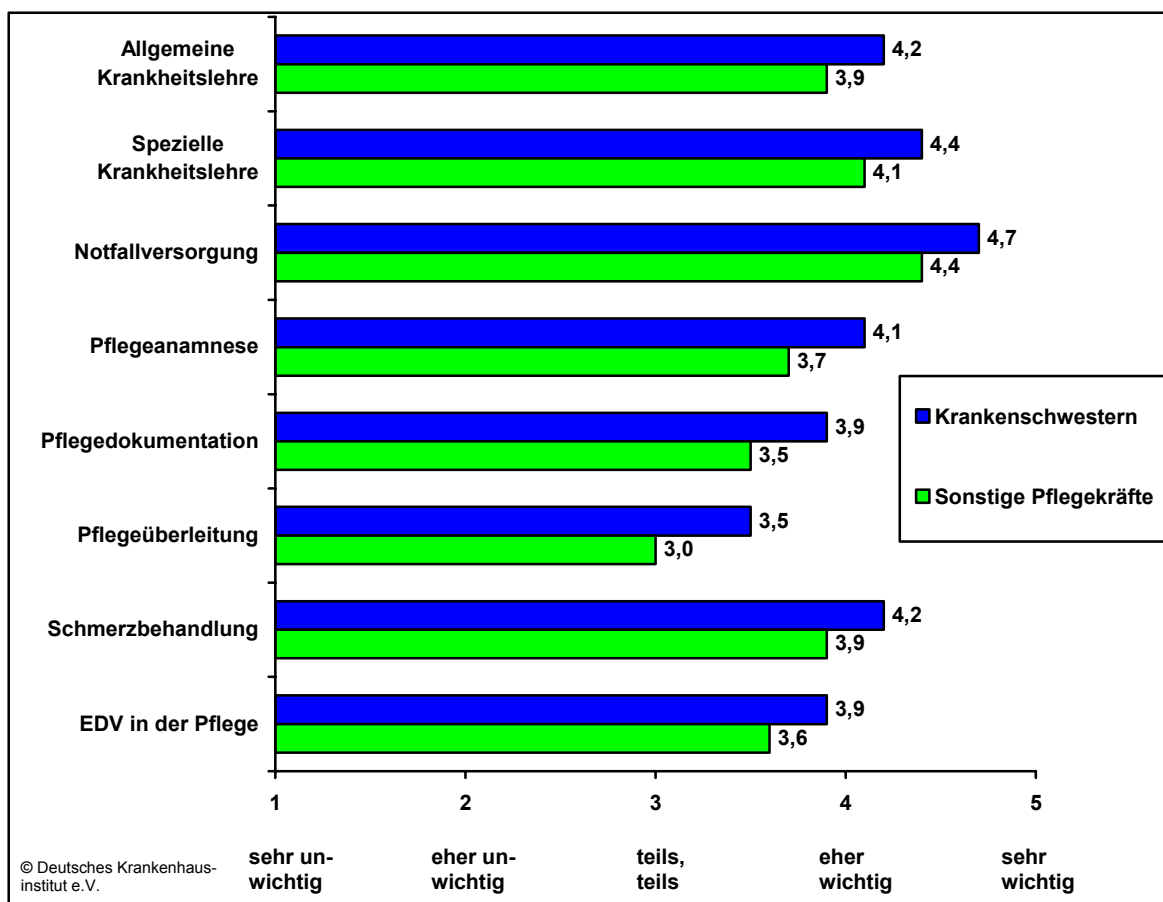


Abb. 45: Bevorzugte Fortbildungsinhalte nach letztem Einsatzgebiet

8.2 Nicht mehr und anderweitig berufstätige Pflegekräfte

Von den nicht mehr in der Pflege Berufstätigen sind 57% aktuell überhaupt nicht mehr berufstätig, während 43% in einem anderen Beruf arbeiten. Zwischen diesen beiden Gruppen gibt es gewisse Unterschiede hinsichtlich ihrer Ausstiegsmotive aus dem Pflegeberuf. Während bei den nicht mehr Berufstätigen Schwangerschaft und Kindererziehung signifikant stärker zum Ausscheiden aus dem Pflegeberuf beigetragen haben, trugen bei den anderweitig Berufstätigen die berufliche Weiterbildung bzw. die berufliche Neuorientierung überproportional zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf bei.

Bezüglich der Arbeitsinhalte sind es insbesondere Partizipationsaspekte, die die beiden Gruppen trennen. So beklagten Personen, die mittlerweile den Beruf gewechselt haben, geringe Handlungsspielräume und wenig Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten signifikant häufiger als die aktuell nicht mehr berufstätigen Frauen. Darüber hinaus fühlen sich nunmehr

außerhalb der Pflege tätige Personen in ihrer Pfl egetätigkeit stärker unterfordert bzw. empfanden die Pflegearbeit als weniger abwechslungsreich. Auch das Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten sowie Gratifikationsprobleme wie unzureichende Aufstiegsmöglichkeiten und mangelnde berufliche Anerkennung haben überdurchschnittlich zur beruflichen Neuorientierung beigetragen (vgl. Abb. 46).

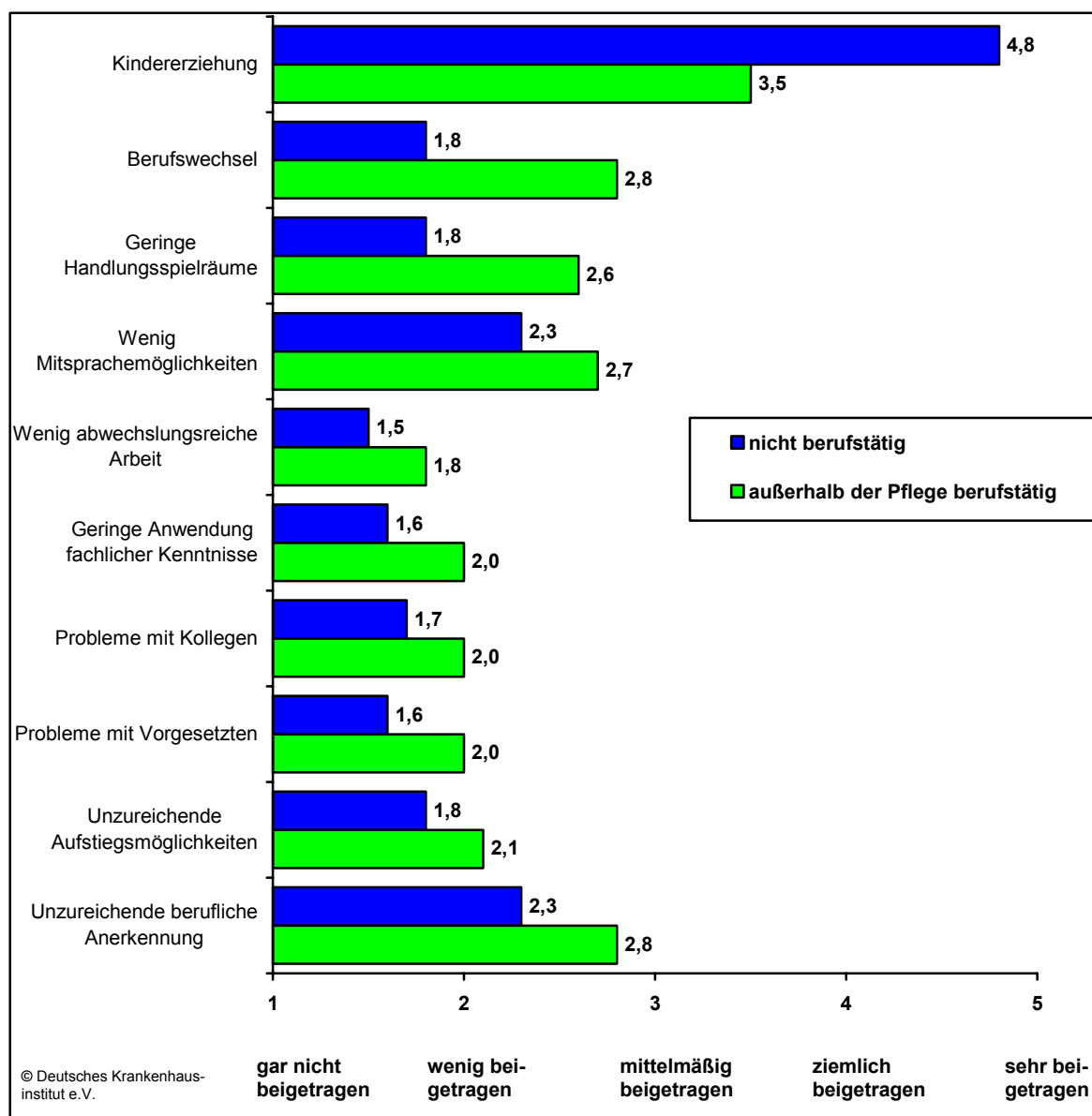


Abb. 46: Ausstiegs motive nach Berufstätigkeit

Insofern legen die Ergebnisse die Schlussfolgerung nahe, dass bei den Berufswechslern vor allem hohe berufliche Erwartungen bzw. weitreichende berufliche Ambitionen, die durch die

Pflegearbeiten nur unzureichend erfüllt wurden, maßgeblich zum Ausscheiden beigetragen haben. Dagegen dominieren bei den nicht mehr berufstätigen Erhebungsteilnehmern private bzw. familiäre Ausstiegsmotive.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass sich die Wiedereinstiegsbereitschaft zwischen den beiden Gruppen deutlich unterscheidet (vgl. Abb. 47). Während über 60% der momentan nicht mehr Berufstätigen eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft aufweisen, sind es bei den anderweitig Berufstätigen lediglich gut 30%. Dagegen zeigen diese zu 42% keine oder wenig Bereitschaft, in den Pflegeberuf zurückzukehren; bei den nicht mehr Berufstätigen sind es dagegen nur rund 20%.

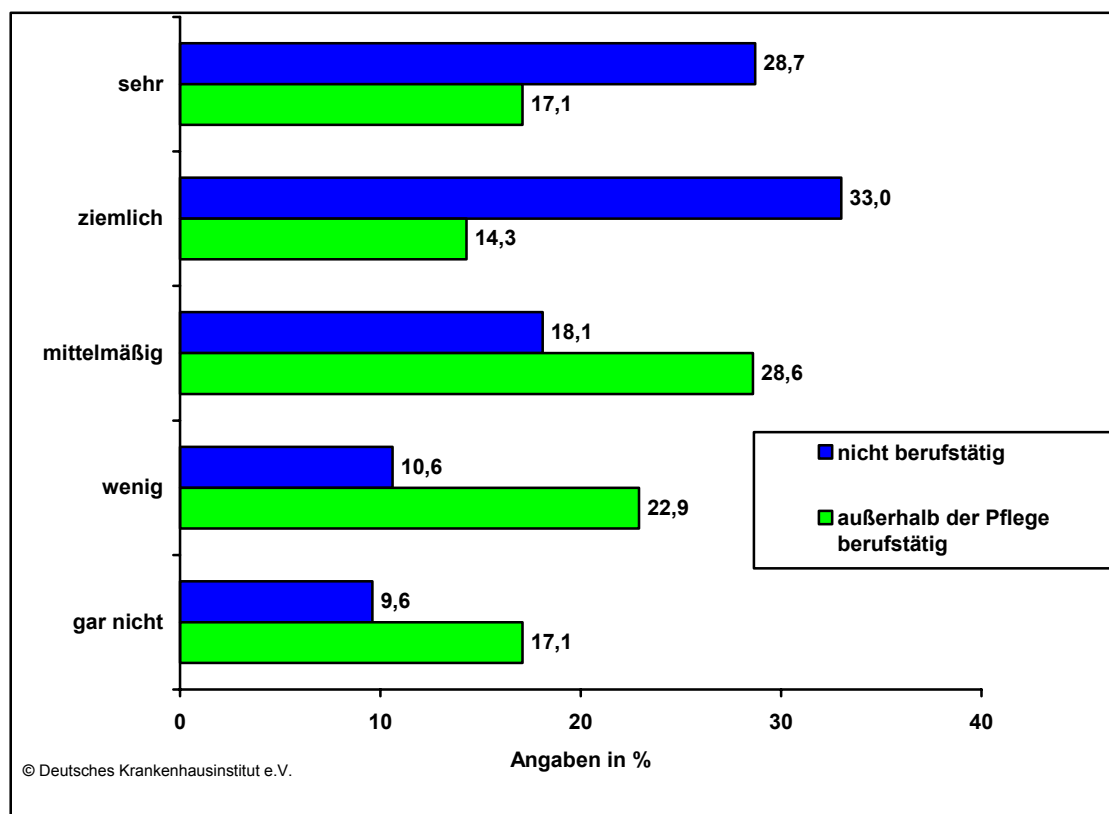


Abb. 47: Wiedereinstiegsbereitschaft nach Berufstätigkeit

Ein ähnliches Bild resultiert mit Blick auf den Zeitraum eines möglichen Wiedereinstiegs (vgl. Abb. 48): 44,6% der nicht berufstätigen Befragten könnten sich vorstellen, innerhalb der nächsten zwei Jahre wieder in der Pflege zu arbeiten, weitere 28,9% in 3–5 Jahren. Insgesamt fast dreiviertel dieser Gruppe hält also eine Berufsrückkehr binnen 5 Jahren für durchaus realistisch. Dagegen ist es bei den außerhalb der Pflege Berufstätigen nur gut ein Drittel.

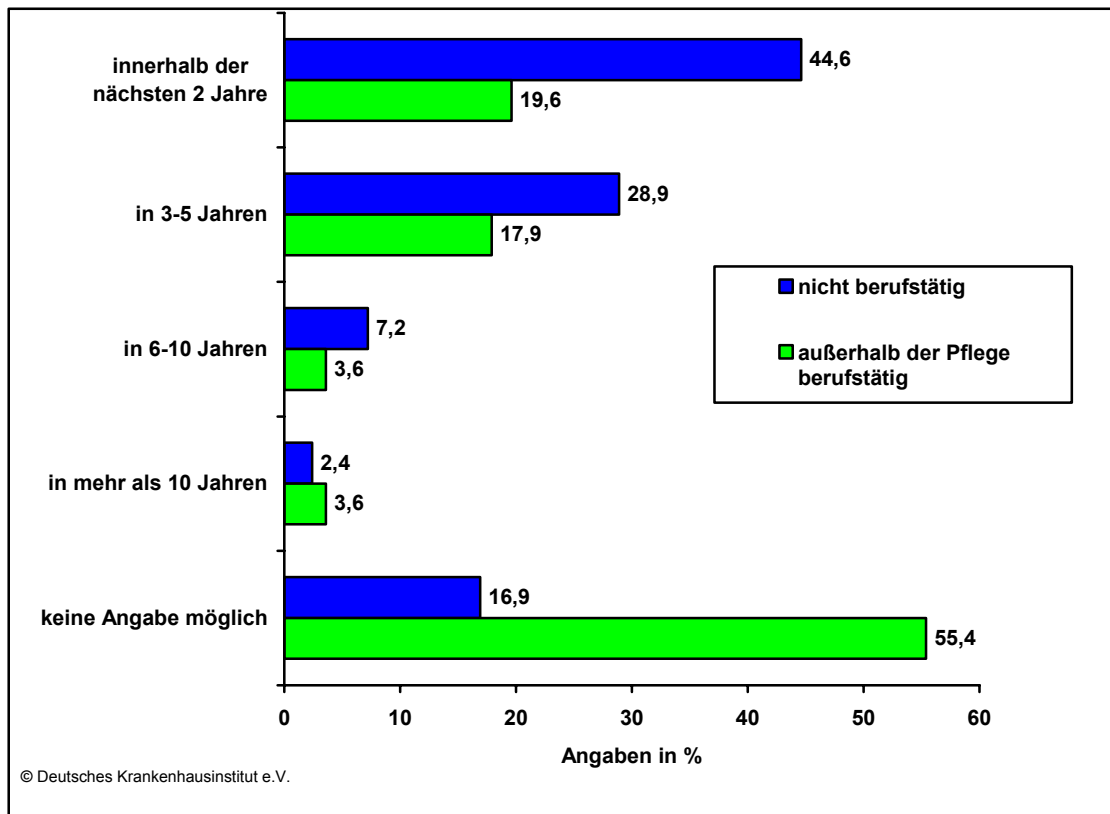


Abb. 48: Zeitraum für möglichen Wiedereinstieg nach Berufstätigkeit

Für mögliche Wiedereinstiegsprogramme sind also in anderen Berufen tätige ehemalige Pflegekräfte nur begrenzt zu gewinnen: zum einen, weil sie in der Pflege weniger berufliche Erfüllung fanden als die nicht mehr berufstätigen Pflegekräfte. Zum anderen fällt ihre Wiedereinstiegsbereitschaft sowohl grundsätzlich als auch mit Blick auf die zeitliche Perspektive deutlich geringer aus. Mutmaßlich dürfte daher bei der Mehrheit dieser Gruppe die Arbeitszufriedenheit im jetzigen beruflichen Betätigungsfeld höher sein als im Pflegeberuf.

Trotz der Differenzen in der Wiedereinstiegsbereitschaft unterscheiden sich nicht mehr und anderweitig berufstätige ehemalige Pflegekräfte kaum hinsichtlich ihres wahrgenommenen Qualifizierungsbedarfs. Sofern außerhalb der Pflege tätige Personen überhaupt in den Pflegeberuf zurückkehren wollen, halten sie also im wesentlichen dieselben Fortbildungsinhalte für wichtig wie nicht mehr berufstätige Frauen. Eine zielgruppenspezifische Differenzierung von Fortbildungscurricula erscheint somit nicht erforderlich.

8.3 Alter

Eine weitere interessierende Einflussgröße ist das Alter der Befragten. Die Altersverteilung in der Stichprobe wurde an Hand des Medians dichotomisiert, so dass zwei Altersgruppen resultieren: Personen, die bis zu 37 Jahre alt sind, und Teilnehmer über 37 Jahre. Allerdings spielte das Alter der Befragten mit Blick auf die erhobenen Merkmale faktisch keine Rolle.

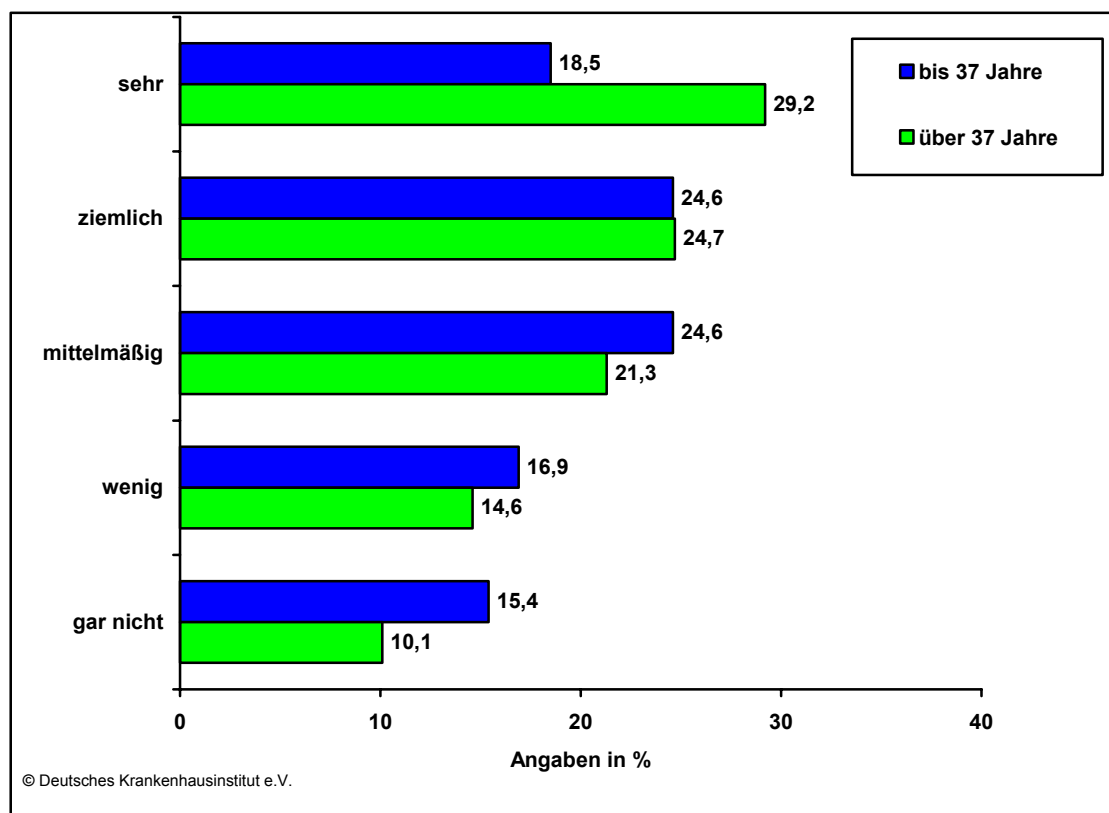


Abb. 49: Wiedereinstiegsbereitschaft nach Alter

So unterscheiden sich „jüngere“ und „ältere“ ehemalige Pflegekräfte kaum in ihren Ausstiegsmotiven. Das heißt: Arbeitsklima, Arbeitsinhalte, Arbeitszeitbedingungen und Gratifikation haben in beiden Altersgruppen in vergleichbarer Weise zum Berufsausstieg beigetragen bzw. nicht beigetragen. Eine ausstiegsrelevante höhere Belastungsintensität gerade unter den „älteren“ Pflegekräften konnte jedenfalls nicht festgestellt werden. Vordergründig mag dieses Ergebnis überraschen. Allerdings sollte nicht übersehen werden, dass es sich, bedingt durch die Einschlusskriterien der Stichprobe, immer noch um ein vergleichsweise junges Klientel bzw. eine altersmäßig relativ homogene Stichprobe handelt. Etwaige Alterseffekte mit Blick auf mögliche Ausstiegsgründe werden deswegen möglicherweise kaum wirksam.

Dementsprechend unterscheiden sich die beiden Altersgruppen der Stichprobe auch kaum in ihrer Bereitschaft, wieder in den Pflegeberuf zurückzukehren (vgl. Abb. 49). Allenfalls der Anteil der ehemaligen Pflegekräfte mit sehr hoher Wiedereinstiegsbereitschaft fällt in der oberen Altersklasse etwas größer aus als in der unteren. Ansonsten sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen minimal. Analoge Ergebnisse resultierten darüber hinaus für die Wiedereinstiegs motive und die Fortbildungsinhalte; auch hier variierten die Einschätzungen der Altersgruppen kaum.

8.4 Personen mit hoher und niedriger Wiedereinstiegsbereitschaft

Abschließend soll untersucht werden, inwieweit sich Personen mit hoher und niedriger Wiedereinstiegsbereitschaft hinsichtlich der erhobenen Merkmale unterscheiden. Wie oben erwähnt, zeichnet knapp die Hälfte der Befragten sich durch eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft aus. Die Übrigen werden vereinfacht zu einer Gruppe mit „geringer Wiedereinstiegsbereitschaft“ zusammengefasst. Nicht ganz unerwartet, gibt es vor allem bei den Ausstiegsmotiven deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen:

So ist die Wiedereinstiegsbereitschaft dann sehr hoch, wenn man vor allem aus Gründen der Kindererziehung den Beruf zwischenzeitlich verlassen hat. Erfolgte dagegen ein Berufswechsel, ist die Bereitschaft, in den Pflegeberuf zurückzukehren, merklich niedriger. Auch gesundheitliche Probleme als Ausstiegsgründe beeinträchtigen nachdrücklich die Wiedereinstiegsbereitschaft (vgl. Abb. 50). Ob sich diese primär auf den Pflegeberuf beschränken oder dadurch bedingt sind, muss in diesem Zusammenhang allerdings offen bleiben.

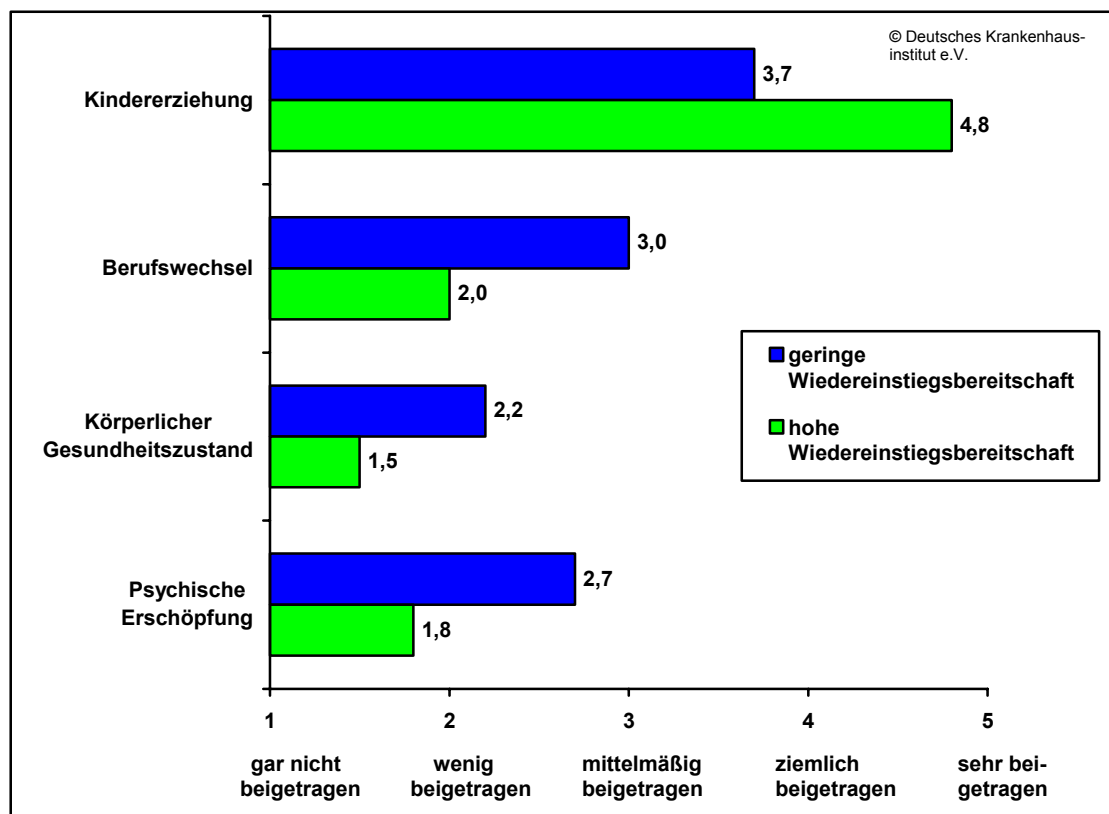


Abb. 50: Ausstiegsmotive und Wiedereinstiegsbereitschaft

Mit Blick auf die erfahrenen Arbeitsinhalte ist dagegen eine geringe Wiedereinstiegsbereitschaft in hohem Maße durch den Pflegeberuf bedingt. Die in dieser Hinsicht signifikanten Stressoren sind in der Abb. 51 aufgeführt. Personen mit geringer Wiedereinstiegsbereitschaft haben demnach insbesondere stärker unter den körperlichen Belastungen im Pflegeberuf unter Zeitdruck und, dadurch bedingt, wenig Zeit für die Patienten und häufige Unterbrechungen ihrer Arbeit gelitten. Auch ausstiegsrelevante Partizipationsdefizite sowie persönliche Probleme durch die regelmäßige Konfrontation mit Krankheit, Leiden oder Tod erschweren die Rückkehr in den Pflegeberuf. Umgekehrt ist die Wiedereinstiegsbereitschaft umso höher, je weniger ehemalige Pflegekräfte sich von diesen Belastungen betroffen fühlten.

Vergleichbare Ergebnisse resultierten mit Blick auf die Arbeitszeitbedingungen: Je stärker sie zum Ausscheiden aus dem Pflegeberuf beigetragen haben, desto weniger wollten die Betroffenen in die Pflege zurückkehren. Insbesondere die Belastung privater Kontakte und Aktivitäten sowie fehlende Teilzeitmöglichkeiten spielten hier eine herausragende Rolle. Unterschie-

de im wahrgenommenen Arbeitsklima und der Gratifikation sind dagegen für die Wiedereinstiegsbereitschaft weitgehend zu vernachlässigen.

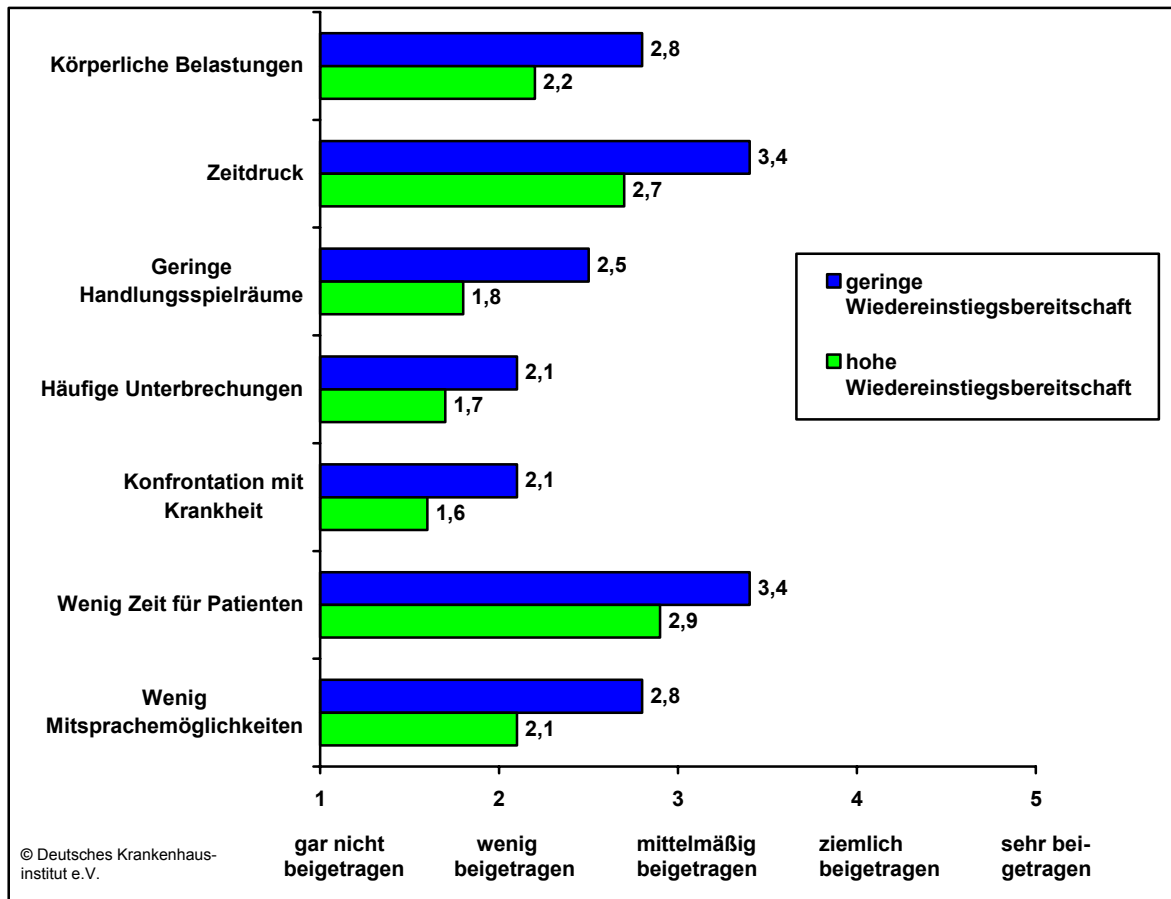


Abb. 51: Ausstiegsmotive und Wiedereinstiegsbereitschaft

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Wiedereinstiegsbereitschaft ehemaliger Pflegekräfte relativ hoch ist, falls Schwangerschaft und Kindererziehung das überragende Ausstiegsmotiv darstellen. Dagegen gibt es eine Reihe pflegespezifischer Stressoren, die bei relativ hoher Ausstiegsrelevanz auch die Wiedereinstiegsbereitschaft signifikant beeinträchtigen. Dabei handelt es sich insbesondere um körperliche Belastungen, Partizipationsdefizite und Zeitprobleme verschiedenster Art.

Vor diesem Hintergrund mag es nicht überraschen, dass zwar einerseits Personen mit hoher Wiedereinstiegsbereitschaft auch von finanziellen Motiven, wie dem Wunsch nach zusätzlichem bzw. eigenem Einkommen oder die Steigerung der Rentenansprüche geleitet sind. Andererseits haben gleichwohl pflegespezifische Gründe eine überragende Bedeutung mit

Blick auf einen möglichen Wiedereinstieg. Dies geht eindrücklich aus der Abb. 52 hervor: Beispielsweise sind hier die Freude an der Pflegearbeit, an der Zusammenarbeit mit Patienten und Kollegen oder frühere positive Erfahrungen mit dem Pflegeberuf deutlich ausgeprägter als bei Personen mit geringer Wiedereinstiegsbereitschaft. Eine hohe Identifikation mit dem Pflegeberuf ist insofern bei vielen Wiedereinstiegswilligen fraglos vorhanden.

Eine unterschiedliche Wiedereinstiegsbereitschaft hat dagegen keinen Einfluss auf den wahrgenommenen Qualifizierungsbedarf. Denn mit Blick auf die präferierten Fortbildungsinhalte gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit hoher und geringer Wiedereinstiegsbereitschaft. Beide Gruppen schätzen im Wesentlichen die gleichen Fortbildungsinhalte als für sie wichtig ein.

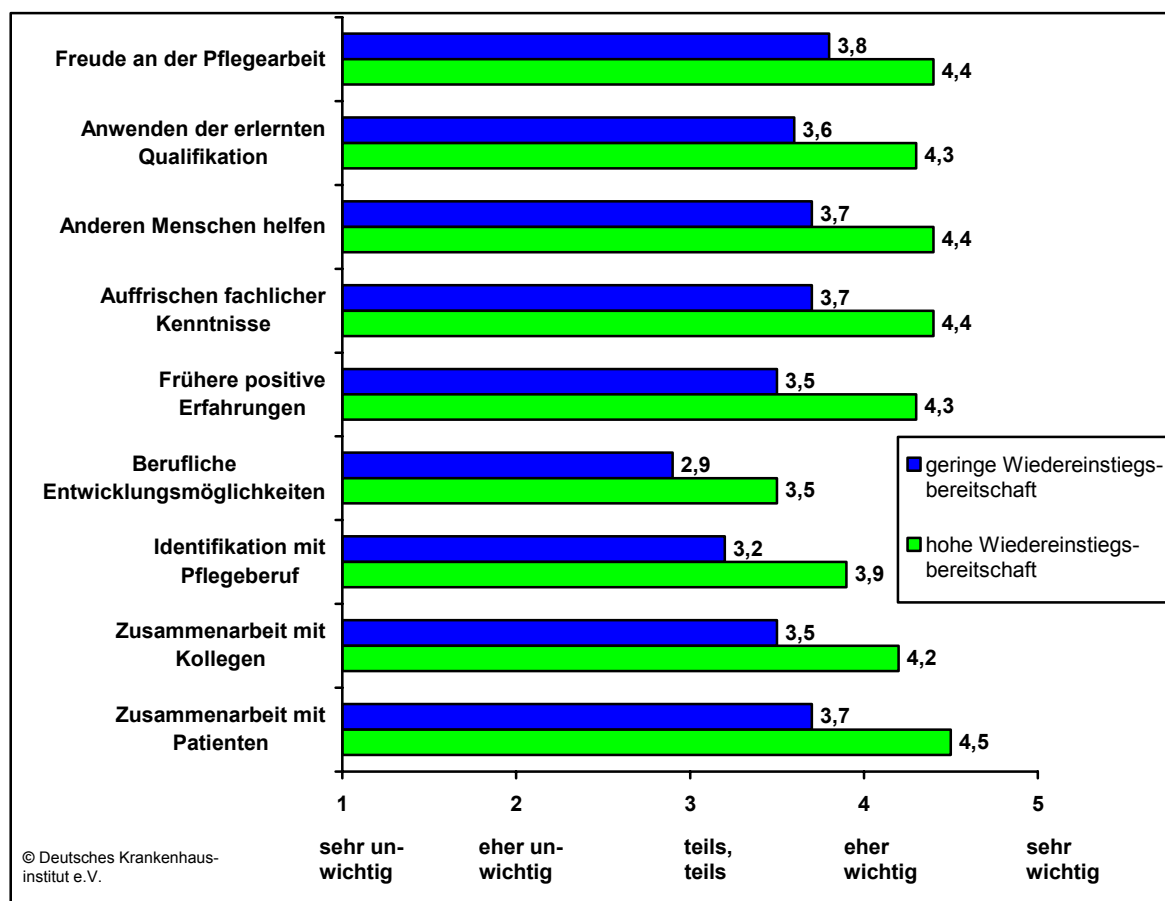


Abb. 52: Wiedereinstiegsgründe und Wiedereinstiegsbereitschaft

Teil B: Potenzialanalyse

1 Methodik

Wie oben erwähnt, kamen im Wiedereinstiegsprojekt zwei Erhebungsinstrumente zum Einsatz: neben dem Erhebungsbogen für ehemalige Pflegekräfte noch ein sog. Einrichtungsbogen. In diesem Bogen sollten die Einrichtungen zusätzlich zu befragungsorganisatorischen Aspekten auch einige Angaben zu ihrem Personalbestand bzw. zur Personalfluktuations in der Pflege machen.¹ Mit Hilfe dieser Informationen sollte - in Verbindung mit der Befragung ehemaliger Pflegekräfte - insbesondere das landesweite Potenzial an wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften taxiert werden.

Aus dem Krankenhausbereich gingen insgesamt 44 Einrichtungsbogen ein. Bei 98 teilnehmenden Krankenhäusern entspricht das einer Rücklaufquote von 44,9% für die Einrichtungsbogen. Die Ausschöpfung auf Krankensebene war hier also niedriger als bei der Befragung der ehemaligen Pflegekräfte, an der sich Krankenschwestern aus 57 verschiedenen Häusern als letztem Einsatzbereich beteiligten.² Mithin haben nicht alle Krankenhäuser, die die Erhebungsunterlagen an ihre ehemaligen Mitarbeiter weitergeleitet haben, auch den Einrichtungsbogen ausgefüllt.

Aus den stationären Pflegeeinrichtungen lagen insgesamt 53 Einrichtungsbogen vor. Bei 261 teilnehmenden Pflegeeinrichtungen lag die Ausschöpfung hier bei 20,3%, war also deutlich niedriger als in den Krankenhäusern.

Unabhängig von den Rücklaufquoten sind die Absolutzahlen für die Einrichtungsbogen in beiden Bereichen vergleichsweise gering, so dass Schätzungen für die korrespondierenden Grundgesamtheiten nur unter Vorbehalt möglich sind. Aus demselben Grund wird auch auf eine eingehende Differenzierung der Erhebungsergebnisse nach Einrichtungsgrößen verzichtet.

Im Einrichtungsbogen sollten die teilnehmenden Einrichtungen konkret jeweils für die Jahre 1995-1998 die folgenden Angaben machen:

- Gesamtzahl der Pflegekräfte (Köpfe) zum Stichtag 31.12.
- Anzahl der examinierten Pflegekräfte (Köpfe) zum Stichtag 31.12.

¹ Vgl. Kap. A 1.2

² Vgl. Kap. A 1.3

- Anzahl der ausgeschiedenen Pflegekräfte (Köpfe) pro Jahr gemäß Einschlusskriterien für die Stichprobe, d.h. die ausgeschiedenen Pflegekräfte sollten die folgenden Merkmale aufweisen:
 - weiblich,
 - deutsche Nationalität
 - abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege oder Heilerziehungspflege (drei- bzw. zweijährig)
 - Tätigkeit im Pflegedienst der Einrichtung
 - Mindestalter bei Ausscheiden: 22 Jahre
 - Höchstalter bei Ausscheiden: 40 Jahre.

2 Fluktuationsraten

Bezieht man die ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß den Einschlusskriterien auf die Gesamtzahl der Pflegekräfte bzw. die Anzahl der examinieren Pflegekräfte, erhält man einen Schätzwert für die Fluktuation von weiblichen examinieren Pflegekräften zwischen 22-40 Jahren in den stationären Einrichtungen Baden-Württembergs. Die Berechnungen erfolgen differenziert nach Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen:

In der Tabelle 2 sind die entsprechenden Anteilswerte für die Personalfluktuationsrate in den Krankenhäusern Baden-Württembergs ab 50 Betten ausgewiesen. Es handelt sich jeweils um den Mittelwert (Median) der teilnehmenden Krankenhäuser für die Jahre 1995-1998. So entsprach der Anteil der ausgeschiedenen Krankenschwestern, welche den o.a. Einschlusskriterien genügten, im Jahre 1995 einem Wert von 6,1%, wenn man die Gesamtzahl der Pflegekräfte zugrundelegt. Bezogen auf die examinieren Pflegekräfte, lag die Fluktuationsrate des interessierenden Personenkreises sogar bei 8,2%.

Im Vergleich zum Jahr 1995 sind die entsprechenden Fluktuationsraten der Zielgruppe für die Folgejahre 1996-1998 etwas niedriger. Im Durchschnitt des gesamten Zeitraums lagen sie bei etwa 5%, wenn man die Gesamtzahl der Pflegekräfte zugrundelegt. Berücksichtigt man ausschließlich die examinieren Pflegekräfte, betrug die Fluktuationsrate der Zielgruppe gut 6%. Dabei gibt es sowohl zwischen den Jahren als auch innerhalb einzelner Jahre gewisse Streuungen.

	Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien an Gesamtzahl der Pflegekräfte	Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien an Anzahl der examinieren Pflegekräfte
1995	6,1%	8,2%
1996	4,4%	5,0%
1997	5,1%	5,7%
1998	4,8%	6,2%

**Tab. 2: Fluktuationsraten in den Krankenhäusern
- Mittelwert (Median) der Stichprobenkrankenhäuser -**

Vorbehaltlich der kleinen Fallzahlen gibt es kaum Unterschiede nach den Bettenzahlen der Krankenhäuser. In der Tendenz haben kleinere Häuser etwas größere Fluktuationsraten.

Tabelle 3 zeigt die durchschnittlichen Fluktuationsraten für die stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs ab 35 Plätzen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen variiert der Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte der Zielgruppe etwa zwischen 3-5%. Wenn man nur examinierte Pflegekräfte berücksichtigt, dann liegen die korrespondierenden Anteilswerte zwischen ca. 6-11%.

	Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien an Gesamtzahl der Pflegekräfte	Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien an Anzahl der examinieren Pflegekräfte
1995	4,6%	10,9%
1996	4,2%	9,7%
1997	3,0%	6,3%
1998	3,4%	7,1%

**Tab. 3: Fluktuationsraten in den stationären Pflegeeinrichtungen
- Mittelwert (Median) der Stichprobeneinrichtungen -**

Auffallend ist, dass in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraums die jeweiligen Anteilswerte durchweg niedriger ausfallen als in der ersten Hälfte. Die Anteile an ausgeschiedenen examinieren Pflegekräften nehmen in den stationären Pflegeeinrichtungen insofern ab. Allerdings ist der Beobachtungszeitraum zu kurz, um daraus einen Trend abzuleiten.

Bei einem Vergleich von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen fällt vor allem auf, dass die Fluktuationsraten der Zielgruppe in den Pflegeeinrichtungen teilweise merklich größer sind, wenn man jeweils die Zahlen für die examinieren Pflegekräfte zugrundelegt.

3 Potenzial an wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften

Setzt man die Gesamtzahl der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien zu den Angaben zur Wiedereinstiegsbereitschaft in der Erhebung unter den ehemaligen Pflegekräften in Beziehung, lässt sich im Prinzip das landesweite Potenzial an wiedereinstiegsbereiten Pflegekräften taxieren. Dies wird im Folgenden beispielhaft für das Jahr 1998 gemacht, wiederum getrennt nach Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen:

In den Krankenhäusern Baden-Württembergs gab es 1998 rund 45.000 examinierte Pflegekräfte (Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern in Köpfen). Der durchschnittliche Anteil der Zielgruppe, der aus dem Beschäftigungsverhältnis ausgeschieden ist, lag bei 6%. Das entspricht einer Zahl von rund 2.700 ausgeschiedenen Krankenschwestern der Zielgruppe im Jahr 1998.

Allerdings haben diese Pflegekräfte nur zum Teil den Pflegeberuf verlassen. Ein anderer Teil hat lediglich die Stelle gewechselt. Wie groß die jeweiligen Anteile sind, lässt sich an Hand der Erhebungsdaten allenfalls näherungsweise taxieren: Zum einen ist die Anzahl der sog. neutralen Ausfälle, über deren Verbleib nichts bekannt ist, in der Stichprobe vergleichsweise groß.¹ Zum anderen ist offen, ob die Stellenwechsler, welche von den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden, in der Stichprobe über- oder unterrepräsentiert sind.²

Wenn man nichtsdestotrotz einmal hypothetisch annimmt, dass das Verhältnis von Stellenwechslern und Berufsaussteigern in der Stichprobe dem Verhältnis in der Grundgesamtheit entspricht, dann ergibt sich das folgende Bild:

Unterstellt man, dass – ähnlich wie in der Stichprobe – etwa die Hälfte der ausgeschiedenen Pflegekräfte auch fünf Jahre später nicht mehr in der Pflege berufstätig ist, dann waren von den 1998 ausgeschiedenen 2.700 Krankenschwestern 1.350 Frauen im Jahr 2003 nicht in der Pflege tätig. Da es sich bei der Befragung ehemaliger Pflegekräfte um eine Zufallsstichprobe handelt, kann für diese 1.350 Krankenschwestern dieselbe Wiedereinstiegsbereitschaft angenommen werden wie für die Erhebungsteilnehmer der Stichprobe. Die diesbezüglichen relativen und absoluten Werte können der Tab. 4 entnommen werden.

¹ Vgl. Kap. A 1.1

² Vgl. Kap. A 1.3

Wiedereinstiegs- bereitschaft	in %	absolut
sehr	23,8	321
ziemlich	25,0	338
mittelmäßig	22,6	305
wenig	15,9	215
gar nicht	12,8	173
Summe	100	1.352

Tab. 4: Szenario – Wiedereinstiegsbereitschaft von 1998 aus dem Krankenhaus ausgeschiedenen Pflegekräften

Demnach liegt bei insgesamt rund 650 Krankenschwestern, die 1998 ausgeschieden sind, eine hohe bis sehr hohe Wiedereinstiegsbereitschaft vor. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um dieselbe Klientel, das sich auch vorstellen könnte, binnen fünf Jahren wieder in der Pflege zu arbeiten.

Da die Fluktuation der Zielgruppe im Beobachtungszeitraum relativ konstant war, kommen - gemäß den Prämissen der Schätzung - allgemein pro Jahrgang an ausgeschiedenen Krankenschwestern etwa 650 Frauen in erster Linie für mögliche Wiedereinstiegsprogramme in Betracht.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen wurde eine analoge Vorgehensweise gewählt. Hier gab es im Jahr 1998 ca. 17.000 examinierte Fachkräfte (Alten- und Krankenpflegerinnen sowie sonstige nicht-ärztliche Heilberufe). Der durchschnittliche Anteil der ausgeschiedenen Pflegekräfte gemäß Einschlusskriterien lag bei 7%. Das entspricht rund 1.200 ausgeschiedenen Pflegekräften der Zielgruppe im Jahr 1998. Wenn man abermals die Hälfte davon als Stellenwechsler postuliert, verbleiben 600 Personen. Davon weist schätzungsweise rund die Hälfte eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft auf (vgl. Tab. 5). Folglich kommen etwa 300 Pflegekräfte, welche 1998 aus stationären Pflegeeinrichtungen ausgeschieden sind, in die engere Wahl für mögliche Wiedereinstiegsprogramme.

Wiedereinstiegs- bereitschaft	in %	absolut
sehr	23,8	143
ziemlich	25,0	150
mittelmäßig	22,6	136
wenig	15,9	95
gar nicht	12,8	77
Summe	100	601

Tab. 5: Szenario – Wiedereinstiegsbereitschaft von 1998 aus stationären Pflegeeinrichtungen ausgeschiedenen Pflegekräften

Fasst man die beiden Schätzwerte zusammen, läge hypothetisch bei näherungsweise 1.000 Pflegekräften, die im Jahr 1998 den Pflegeberuf verlassen haben, eine vergleichsweise hohe Wiedereinstiegsbereitschaft vor. Bei insgesamt relativ konstanten Fluktuationsraten lässt sich ein vergleichbares Wiedereinstiegspotenzial für die übrigen Jahre des Beobachtungszeitraums postulieren.

Unterstellt man, dass sicherlich auch ein Teil der ehemaligen Pflegekräfte mit mittelmäßiger oder geringer Wiedereinstiegsbereitschaft die Berufstätigkeit wieder aufnimmt, würde sich das Wiedereinstiegspotenzial weiter erhöhen. Ausdrücklich nicht berücksichtigt sind in den Schätzungen die Kranken- und Altenpflegehelferinnen bzw. Personen mit vergleichbaren Qualifikationen, insofern sie nicht unter die Einschlusskriterien der Stichprobe fielen. Inwieweit Wiedereinstiegsprogramme auch für diese Gruppe in Betracht kommen bzw. für sie sinnvoll sind, muss in diesem Zusammenhang offen bleiben. Falls diese Frage bejaht wird, ließe sich das Wiedereinstiegspotenzial nochmals ausweiten.

Allerdings dürfte ein Potenzial von 1.000 Pflegekräften mit hoher Wiedereinstiegsbereitschaft pro „Ausstiegsjahrgang“ eher eine Obergrenze darstellen, die in der Praxis kaum erreicht werden dürfte: Denn zum einen ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der Pflegekräfte mit hoher Wiedereinstiegsbereitschaft auch tatsächlich in den Pflegeberuf zurückkehrt. Zum anderen spricht manches dafür, dass die Stellenwechsler in der Stichprobe eher unterrepräsentiert sind, insofern sie nicht der primäre Adressat der Erhebung waren und sich deswegen möglicherweise weniger angesprochen fühlten.

Sollte dies tatsächlich der Fall sein, würde konsequenterweise der Anteil der (vorläufig) aus dem Pflegeberuf ausgeschiedenen bzw. wiedereinstiegsbereiten Pflegekräfte überschätzt.

Dann läge das Wiedereinstiegspotenzial folglich unter 1.000 Pflegekräften pro Jahrgang. Dabei ist nicht einmal berücksichtigt, dass erfahrungsgemäß viele Krankenhäuser, aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen, Wiedereinsteigerinnen intern schulen, ohne auf separate Wiedereinstiegsprogramme zu rekurrieren.

Gleichwohl ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich zumindest in Gebieten mit hoher Siedlungsdichte genügend Interessenten bzw. Teilnehmer für Wiedereinstiegsprogramme in den Pflegeberuf finden lassen.

Teil C: Entwicklung des Pflegepersonals

1 Voraussichtliche Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Baden-Württemberg

1.1 Methodisches Vorgehen

In der Untersuchung wird der Pflegepersonalbedarf – also die voraussichtliche Nachfrage nach Pflegepersonen – für Baden-Württemberg im Jahr 2010 ermittelt. Unterschieden wird dabei zwischen den Einsatzbereichen des Pflegepersonals. Neben dem Haupteinsatzgebiet Krankenhaus sind dies die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Bezogen auf das Pflegepersonal wird hinsichtlich folgender Berufsgruppen unterschieden:

- Krankenschwestern und -pfleger
- Krankenpflegehelfer/-innen
- Altenpfleger/-innen
- Altenpflegehelfer/-innen.

Die Berechnungen für die unterschiedenen Bereiche/Sektoren werden zwar getrennt durchgeführt, das methodische Vorgehen ist aber weitgehend identisch:

Auf der Basis der verfügbaren amtlichen Statistiken werden zunächst für einen längeren Zeitraum die relevanten Daten zum Leistungsgeschehen und zur Beschäftigtenentwicklung aufbereitet. Für die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist dies der Zeitraum von 1995 bis 2001. Im Pflegebereich liegen mit der amtlichen Pflegestatistik aussagefähige Daten erst seit 1999 vor. Im Einzelnen wird jeweils auf der Basis der Zeitreihen untersucht, welche Entwicklungslinien bestehen und bei welchen Daten sich am deutlichsten gleichförmige Veränderungen beim Leistungsgeschehen und bei der Beschäftigtenzahl ergeben. Daraus werden dann entsprechende Indikatoren bzw. Dichteziffern entwickelt, die eine mathematische Beziehung zwischen einer Maßgröße des Leistungsgeschehens (z. B. behandelte Fälle) und einer Maßgröße der Beschäftigtenzahl (z. B. Vollkräfte im Pflegedienst) herstellt. Der Indikator bzw. die Dichteziffer wäre in diesem Fall die Relation „behandelte Fälle je Vollkraft“.

Vereinfacht ergibt sich dann die zukünftige Nachfrage nach Pflegepersonal in drei Schritten:

- Prognose des Leistungsgeschehens bis 2001 anhand der ausgewählten Maßgröße
- Prognose des Indikators/der Dichteziffer für 2010
- Ermittlung der Maßgröße für die Beschäftigtenzahl.

Aus der Maßgröße für die Beschäftigtenzahl (z. B. Vollkräfte im Pflegedienst) ist dann in weiteren Rechenschritten und unter Berücksichtigung der derzeitigen Beschäftigtenstrukturen eine Umrechnung in die relevanten Berufsgruppen vorzunehmen. Dabei erfolgt hinsichtlich der Altenpfleger/-innen und Altenpflegehelfer/-innen eine Beschränkung auf die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Im Krankenhausbereich ist darüber hinaus wegen der Begrenzungen der amtlichen Krankenhausstatistik das Verhältnis von Voll- und Teilzeitbeschäftigten zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund des Untersuchungsgegenstandes und –zieles ist primäre Zielgröße des Prognoseteils die Zahl der zukünftig benötigten Personen im Pflegebereich (und nicht des Bedarfs z. B. in Vollkräften).

1.2 Entwicklung der Beschäftigung und des Leistungsgeschehens 1995 bis 2001

1.2.1 Krankenhäuser

Vor dem Hintergrund eines Abbaus der Krankenhauskapazitäten haben sich die Indikatoren des Leistungsgeschehens in den baden-württembergischen Krankenhäusern seit 1995 unterschiedlich entwickelt. Einem Anstieg der Zahl der stationär behandelten Fälle, die im Zeitraum von 1995 bis 2001 um etwa 157.000 oder 9,2% zunahmen, steht wegen einer erheblich reduzierten Verweildauer eine Abnahme des Pfl egetagevolumens um 2,9 Mio. oder 13,6% gegenüber (vgl. Tab. 6). Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Betten um knapp 3.900 oder 5,7%. Für die vorliegende Modellrechnung wird bezogen auf den Krankenhausbereich die Entwicklung der Fallzahlen als Indikator des Leistungsgeschehens verwendet.

Tab. 6: Entwicklung der Betten, Fälle und Pflegetage in den baden-württembergischen Krankenhäusern

Jahr	Betten	Fälle	Pflegetage	Bevölkerung in Tsd.
1995	67.904	1.708.628	21.414.108	10.319
1996	67.407	1.726.676	19.730.634	10.375
1997	66.478	1.764.692	19.677.262	10.397
1998	65.383	1.802.988	19.580.033	10.426
1999	64.523	1.835.373	19.237.814	10.476
2000	64.493	1.862.560	19.064.340	10.524
2001	64.017	1.865.442	18.498.822	10.601

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Tabelle 7 verdeutlicht – bezogen auf den Pflegebereich – die Beschäftigtenentwicklung in den Jahren 1995 bis 2001. Wegen verschiedener Gliederungsmerkmale (Qualifikation und Einsatzort) in der amtlichen Krankenhausstatistik sind die Analysemöglichkeiten teilweise begrenzt. So wird die Qualifikation des beschäftigten Pflegepersonals nur im eigentlichen Pflegebereich erfasst; teilweise werden dabei die sonstigen Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung) berücksichtigt und teilweise bleiben sie unberücksichtigt. Die Gliederung der Beschäftigtenzahlen im Funktionsdienst orientiert sich an Einsatzorten (Operationsdienst, Anästhesie, Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Ambulanz und Polikliniken etc.). Dabei handelt es sich überwiegend um Krankenschwestern und Krankenpfleger, ohne dass der tatsächliche Umfang erkennbar wäre. Um aussagefähige Dichteziffern (z. B. Fälle je Pflegeperson) zu ermitteln, ist es erforderlich, die Beschäftigten in Vollkräfte umzurechnen. Die amtliche Krankenhausstatistik erhebt diese Vollkräfte nur je Gruppe (z. B. Pflegedienst oder Funktionsdienst).

Tab. 7: Entwicklung des Pflegepersonals in baden-württembergischen Krankenhäusern

Jahr	Pflegedienst nach Berufsgruppen ¹				Vollkräfte		
	Krankenschwestern/- pfleger	Kinderkranken- schwestern/ -pfleger	Krankenpflege- helfer/-innen	Insgesamt	Pflegedienste ²	Funktionsdienst ³	Insgesamt
1995	38.335	5.549	3.861	47.745	41.126	9.535	50.661
1996	38.975	5.690	3.593	48.258	41.068	9.474	50.542
1997	38.741	5.726	3.275	47.742	40.170	9.539	49.709
1998	39.353	5.721	3.092	48.166	39.779	9.684	49.463
1999	39.457	5.682	2.992	48.131	39.734	9.729	49.463
2000	39.483	5.606	2.892	47.981	39.240	9.833	49.073
2001	40.140	5.781	2.773	48.694	39.568	10.064	49.632

1 ohne sonstige Pflegepersonen (ohne staatl. Prüfung)

2 inkl. sonstige Pflegepersonen (ohne staatl. Prüfung)

3 Inkl. Hebammen, Beschäftigungstherapeuten, Krankentransport

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Die Zahl der in den baden-württembergischen Krankenhäusern beschäftigten examinierten Pflegekräfte hat von 1995 bis 2001 um 2% zugenommen. Einer überdurchschnittlichen Zunahme der Krankenschwestern/-pfleger bzw. Kinderkrankenschwestern von 4,7% bzw. 4,2% steht eine deutliche Abnahme der beschäftigten Krankenpflegehelfer/-innen um etwa 28% gegenüber. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser in den letzten Jahren den eher stagnierenden Personalbedarf zu einer Verbesserung der Qualifikationsstruktur genutzt haben.

Betrachtet man die Entwicklung der Vollkräfte im Pflegedienst und im Funktionsdienst, zeigt sich für den Zeitraum von 1995 bis 2001 insgesamt eine leichte Abnahme um 2% bzw. etwa 1000 Vollkräfte. Dabei steht einem Rückgang des Pflegedienstes in der Größenordnung von 3,8% eine Zunahme des Funktionsdienstes um 5,5% gegenüber. Allerdings verlief die Entwicklung in dem betrachteten Zeitraum nicht kontinuierlich. In den ersten Jahren nahm die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst relativ deutlich ab, während sie im Funktionsdienst weitgehend konstant blieb. Ab dem Jahr 1998 zeigt sich eine relative Konstanz im Pflegedienst und eine stetige Zunahme im Funktionsdienst.

In der Tabelle 8 sind Dichteziffern in Form der Relation von Fällen und Pflegepersonen dargestellt. Unterschieden wird zwischen der Zahl der Fälle je examinierter Pflegeperson und Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst und Funktionsdienst.

Tab. 8: Entwicklung der fallbezogenen Beschäftigung

Jahr	Fälle	Pflegekräfte	Vollkräfte	Fälle je examinierte Pflegekraft	Fälle je Vollkraft
1995	1.708.628	47.745	50.661	35,79	33,73
1996	1.726.676	48.258	50.542	35,78	34,16
1997	1.764.692	47.742	49.709	36,96	35,50
1998	1.802.988	48.166	49.463	37,43	36,45
1999	1.835.373	48.131	49.463	38,13	37,11
2000	1.862.560	47.981	49.073	38,82	37,95
2001	1.865.442	48.694	49.632	38,31	37,59

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Die Zahl der Fälle je examinierter Pflegekraft nahm im Zeitraum von 1995 bis 2001 um 7% zu. Mit 11,4% war die Zunahme bei der Relation Fälle je Vollkraft im Pflegedienst und Funktionsdienst deutlich höher. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass sich in den letzten drei Jahren eher eine Stagnation der Entwicklung zeigt. Im Jahr 2001 lag die Relation erstmals im betrachteten Zeitraum niedriger als im Vorjahreszeitraum.

Bezogen auf das Jahr 2001 enthüllt Tabelle 9 eine Untergliederung der im Pflegedienst der Krankenhäuser Beschäftigten hinsichtlich der Qualifikationsstruktur, der Geschlechtsstruktur und des Umfangs der Teilzeitbeschäftigung. Im Einzelnen zeigt sich, dass der ganz überwiegende Teil der Beschäftigten im Pflegedienst auf eine dreijährige Ausbildung verweisen kann; der Anteil beträgt immerhin 88% und hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dementsprechend ist die Zahl der von den Krankenhäusern beschäftigten Krankenpflegehelfer/-innen und sonstigen Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung) kontinuierlich zurückgegangen. Nach wie vor ist der überwiegende Teil der im Pflegedienst Beschäftigten weiblichen Geschlechts. Von der Gesamtzahl der Beschäftigten in Höhe von etwa 52.000 waren 2001 immerhin knapp 45.000 weiblich. Der Anteil beträgt entsprechend 86,2%, wobei sich bezogen auf die Berufsgruppen nur geringfügige Unterschiede ergeben.

Tab. 9: Pflegepersonal der Krankenhäuser nach Geschlecht und Teilzeitbeschäftigung

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Beschäftigte			Darunter Teilzeit		
	<i>insgesamt</i>	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>
Krankenschwestern/-pfleger	40.140	6.113	34.027	16.495	1.001	15.494
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	5.781	71	5.710	2.584	8	2.576
Krankenpflegehelfer/-innen	2.773	332	2.441	1.342	49	1.293
Sonstige Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung)	3.464	667	2.797	1.828	238	1.590
Pflegedienst (Pflegebereich) insgesamt	52.158	7.183	44.975	22.249	1.296	20.953

Quelle: Stat. Landesamt Baden-Württemberg: Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2001

Der hohe Anteil weiblicher Pflegekräfte schlägt sich auch im Bereich der Teilzeitbeschäftigung nieder. Knapp 43% aller Beschäftigten gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach, wovon 94% weiblich sind.

Umgekehrt zeigt sich, dass von den weiblichen Pflegekräften fast jede zweite (47%) teilzeitbeschäftigt ist. Dabei steigt dieser Anteil mit abnehmender Qualifikation: Während von den dreijährig Ausgebildeten etwa 45% teilzeitbeschäftigt sind, beträgt der Anteil bei den Pflegehelfer/-innen 53% und bei den sonstigen Pflegepersonen sogar 57%.

1.2.2 *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*

Von den 1.388 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die es im Jahr 2001 bundesweit gab, hatten 251 oder 18% ihren Standort in Baden-Württemberg. Die in diesen Einrichtungen beschäftigten Pflegepersonen werden bei der Analyse der Beschäftigtenentwicklung und der Modellrechnung zum Pflegebedarf ergänzend berücksichtigt, auch wenn die Beschäftigtenzahl im Vergleich zum Krankenhausbereich eher gering ausfällt.

Verschiedene gesetzliche Änderungen haben bewirkt, dass sowohl bundesweit als auch in Baden-Württemberg die Entwicklung der von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen Bettenkapazitäten keine eindeutige Entwicklung zeigen. Zwar stieg die Zahl der Betten im betrachteten Zeitraum von 1995 bis 2001 insgesamt in Baden-Württemberg um 6,4% an, in den Jahren 1997 und 1999 lagen die Bettenzahlen aber jeweils unter den Vorjahreswerten. Noch deutlicher wird die Problematik des Jahres 1997 an der Entwicklung der Zahl der Fälle. In diesem Jahr gingen die stationären behandelten Fälle ge-

genüber dem Vorjahr um 17,1% zurück, um aber bereits im Folgejahr wieder deutlich anzusteigen. Dieser Anstieg setzte sich bis zum Jahr 2001 fort. Dementsprechend liegt die Fallzahl des Jahres 2001 um 10,6% über der des Jahres 1995 (vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Entwicklung der Betten, Fälle und Pflegetage in den baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Jahr	Betten	Fälle	Pflegetage	Bevölk. in Tsd.
1995	30.879	325.899	10.282.024	10.319
1996	32.003	325.208	9.865.307	10.375
1997	31.594	269.701	7.208.119	10.397
1998	32.487	300.512	7.804.399	10.426
1999	31.752	333.004	8.435.360	10.476
2000	32.393	357.719	8.982.725	10.524
2001	32.858	360.358	8.993.039	10.601

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Tabelle 11 zeigt die Entwicklung des Pflegepersonals in den baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Grundsätzlich gelten die gleichen methodischen Einschränkungen wie für den Krankenhausbereich. Hinzu kommt, dass der Funktionsdienst sinnvollerweise nicht einbezogen werden sollte, weil in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von dem Personal, das dem Funktionsdienst zugeordnet ist, mehr als die Hälfte auf Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten entfällt. Auch bei dem übrigen Personal im Funktionsdienst ist nicht eindeutig erkennbar, in welcher Größenordnung sich darunter examinierte Pflegepersonen befinden.

Die Zahl der Krankenschwestern und -pfleger stieg im Zeitablauf von 1995 bis 2001 um etwa 600 Pflegepersonen oder 25% an. Auch die Zahl der beschäftigten Krankenpflegehelfer/-innen nahm im gleichen Zeitraum und im Gegensatz zum Krankenhausbereich um etwa den gleichen Prozentsatz zu. Mit einer Steigerung um 20% ist der Anstieg nicht ganz so hoch, wenn die Pflegekräfte in Vollkräfte umgerechnet werden. Von 1995 bis 2001 nahm die Beschäftigtenzahl um etwa 550 zu.

Tab. 11: Entwicklung des Pflegepersonals in baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Jahr	Pflegepersonal			Vollkräfte Pflegedienst
	Krankenschwester/ Krankenpfleger	Krankenpflege- helfer/-innen	Insgesamt	
1995	2.372	510	2.882	2.731
1996	2.544	500	3.044	2.904
1997	2.346	462	2.808	2.706
1998	2.527	507	3.034	2.833
1999	2.669	563	3.232	2.965
2000	2.817	571	3.388	3.103
2001	2.968	633	3.601	3.284

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Bezieht man die stationär behandelten Fälle auf die im Pflegedienst Beschäftigten bzw. auf die Vollkräfte, ergeben sich keine eindeutigen Entwicklungslinien (vgl. Tabelle 12). Gleiches gilt für die Relation „Betten je Pflegekraft“.

Tab. 12: Entwicklung der Personaldichteziiffern

Jahr	Betten je PflPerson	Betten je VK	Fälle je PflPerson	Fälle je VK
	1995	10,7	11,3	113,1
1996	10,5	11,0	106,8	112,0
1997	11,3	11,7	96,0	99,7
1998	10,7	11,5	99,0	106,1
1999	9,8	10,7	103,0	112,3
2000	9,6	10,4	105,6	115,3
2001	9,1	10,0	100,1	109,7

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

Die Zahl der von einer Pflegeperson pro Jahr zu betreuenden Patienten ging zunächst von 113 im Jahr 1995 auf 96 im Jahr 1997 zurück, um danach bis zum Jahr 2000 auf 106 anzu- steigen. Im Jahr 2001 ergab sich wieder eine Abnahme dieser Dichteziiffer. Ganz ähnlich ist die Entwicklung, wenn die stationär behandelten Fälle auf eine Vollkraft bezogen werden. Auch hier ergibt sich der niedrigste Wert im Jahr 1997 und der höchste Wert im Jahr 1995.

Analog zum Krankenhausbereich zeigt die Tabelle 13 die im Pflegedienst Beschäftigten hinsichtlich einer Untergliederung nach Geschlecht und Beschäftigungsumfang. Die Strukturen sind fast identisch mit dem Krankenhausbereich. Von der Gesamtzahl der im Pflegedienst Beschäftigten waren im Jahr 2001 87,4% weiblichen Geschlechts. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten betrug 41,3%. Von diesen Teilzeitbeschäftigten waren 93,3% weibliche Mitarbeiterinnen.

Insgesamt sind von den weiblichen Pflegepersonen 44,1% Teilzeitbeschäftigte. Ähnlich wie im Krankenhausbereich nimmt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit zunehmender Qualifikation ab:

- Anteil der teilzeitbeschäftigten Krankenschwestern: 42,2%
- Anteil der teilzeitbeschäftigten Krankenpflegehelferinnen: 43,5%
- Anteil der teilzeitbeschäftigten sonstigen Pflegepersonen: 56,8%.

Trotz der gleichen Strukturen ergibt sich allerdings ein Unterschied zum Krankenhausbereich. Insgesamt übernehmen die Krankenpflegehelferinnen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen offensichtlich eine nach wie vor wichtige Funktion. Das zeigt sich zum einen an der wachsenden Zahl, zum anderen aber auch an der Quote der Teilzeitbeschäftigten, die nur minimal von der der Krankenschwestern abweicht.

Tab. 13: Pflegepersonal der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht und Teilzeitbeschäftigung

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Beschäftigte			Darunter Teilzeitbeschäftigte		
	<i>insgesamt</i>	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>
Krankenschwestern/-pfleger	2.968	352	2.616	1.166	62	1.104
Krankenpflegehelfer/-innen	633	63	570	254	6	248
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	101	4	97	47	1	46
Sonst. Pflegepersonen (ohne staatl. Prüfung)	493	109	384	265	47	218
Pflegedienst (Pflegebereich) insgesamt	4.195	528	3.667	1.732	116	1.616

Quelle: Stat. Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, verschiedene Jahrgänge

1.2.3 *Pflegebereich*

Mit der zum Dezember 1999 erstmals durchgeführten Pflegestatistik liegen aussagefähige und belastbare Daten zur Zahl der Pflegebedürftigen und ihrer Betreuung vor. Die Statistik, die alle zwei Jahre erhoben wird, hat das Ziel, Daten zum Angebot von und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Es werden Daten über die Pflegebedürftigen sowie über die Pflegeheime und ambulanten Dienste einschließlich des Personals erhoben.

Die früher erhobenen Daten – wie z. B. Statistiken zu den Alteneinrichtungen – sind nur sehr begrenzt mit der Pflegestatistik vergleichbar. Aus diesem Grund werden nachfolgend nur die Daten der Pflegestatistik aus den Jahren 1999 und 2001 analysiert.

Tabelle 14 zeigt, dass 1999 in Baden-Württemberg insgesamt knapp 211.000 Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes waren. Davon waren 32% Männer und 68% Frauen. Bezogen auf die Bevölkerung ist die Pflegequote in Baden-Württemberg am niedrigsten von allen Bundesländern. Während in Deutschland insgesamt 23% der über 75jährigen pflegebedürftig waren, betrug dieser Anteil im Jahr 1999 in Baden-Württemberg nur 19,5%. Bis zum Jahr 2001 haben sich die Pflegebedürftigkeitszahlen nur minimal verändert.

Knapp 70% aller Pflegebedürftigen wurden 1999 in Baden-Württemberg zu Hause versorgt. Von diesen erhielten etwa 103.000 ausschließlich Pflegegeld; sie wurden dementsprechend in der Regel durch Angehörige versorgt. 42.400 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, erhielten aber eine Versorgung – teilweise oder vollständig – durch ambulante Pflegedienste. 65.500 Pflegebedürftige lebten in baden-württembergischen Pflegeheimen und wurden dort versorgt.

Die für 1999 genannten Zahlen haben sich bis zum Jahr 2001 weder in der Höhe noch in der Struktur auffallend verändert. Tendenziell ist die Versorgung durch Angehörige zugunsten einer professionellen Versorgung zurückgegangen.

Tab. 14: Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 1999 und 2001

Pflegebedürftige	1999	2001
Pflegebedürftige insgesamt	210.837	210.724
darunter Männer	68.217	68.491
darunter Frauen	142.620	142.233
Pflegebedürftige in Heimen	65.548	66.975
Pflegebedürftige zu Hause	145.289	143.749
darunter versorgt durch		
- ambulante Pflegedienste	42.408	43.657
- Angehörige	102.881	100.092
Pflegebedürftige nach Pflege- stufen		
Pflegestufe I	94.089	99.210
Pflegestufe II	84.953	81.935
Pflegestufe III	27.870	27.309
ohne Zuordnung	3.925	2.270

Quelle: Stat. Bundesamt: Kurzberichte Pflegestatistik; eigene Berechnungen

Ergänzend enthält Tabelle 14 Angaben zu den Pflegestufen der Pflegebedürftigen. Danach erhielten 44,7% die Pflegestufe I (Erheblich Pflegebedürftige), 40,3% die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) und 13,2% die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige). 1,9% der Pflegebedürftigen waren noch keiner Pflegestufe zugeordnet. Bis zum 2001 ergaben sich insbesondere Verschiebungen zwischen den Stufen I und II. Während die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I um etwa 5000 zunahm, ging die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II um etwa 3000 zurück. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III nahm geringfügig ab.

In Baden-Württemberg gab es 1999 insgesamt 845 ambulante Pflegedienste. Im Durchschnitt betreute jeder Dienst etwa 50 Pflegebedürftige. Tabelle 15 enthält eine Untergliederung der von den ambulanten Pflegedienste insgesamt betreuten 42.400 Pflegebedürftigen nach Pflegestufen. 42,5% hatten die Pflegestufe I, 39,9% die Pflegestufe II und 15,6% die

Pflegestufe III. Damit ist insbesondere der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) höher als bei den zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, die durch Angehörige versorgt werden.

Insgesamt arbeiteten 1999 in den ambulanten Pflegediensten in Baden-Württemberg 19.216 Personen. Lediglich knapp 27% waren vollzeitbeschäftigt; 38% waren teilzeitbeschäftigt und 25% geringfügig beschäftigt. Die restlichen knapp 10% waren Zivildienstleistende, Praktikanten oder Auszubildende.

Der Tätigkeitsbereich der ambulanten Pflegedienste beschränkt sich nicht nur auf die Versorgung von Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Leistungen nach SGB XI); nahezu alle ambulanten Pflegedienste bieten auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V) an. Dementsprechend ist die Ermittlung von Betreuungsrelationen (Pflegebedürftige je Beschäftigtem) problematisch. Aus diesem Grund enthält Tabelle 15 lediglich eine Untergliederung des Personals nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich. Danach ist der Haupteinsatzbereich des Personals die Grundpflege, in der im Jahr 1999 knapp 60% der insgesamt 19.200 Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt hatten. Als Pflegedienstleitung fungierte knapp 5% des Personals und 27% erbrachte schwerpunktmäßig eine hauswirtschaftliche Versorgung.

Bis zum Jahr 2001 erhöhte sich die Zahl in den ambulanten Pflegedienst Beschäftigten auf etwa 20.000. Die Zunahme gegenüber 1999 fiel mit 4,2% etwas höher als die Zunahme bei den Pflegebedürftigen, die im gleichen Zeitraum um 2,9% zunahmen.

Tab. 15: Ambulante Pflegedienste 1999 und 2001

	1999	2001
<i>Pflegebedürftige nach Pflegestufen</i>		
Pflegestufe I	18.892	21.027
Pflegestufe II	16.921	16.463
Pflegestufe III	6.595	6.167
Insgesamt	42.408	43.657
<i>Personal nach Beschäftigungsverhältnis</i>		
Vollzeitbeschäftigte	5.127	4.904
Teilzeitbeschäftigte	7.394	8.216
Geringfügig Beschäftigte	4.856	5.209
Praktikanten/Zivildienst	1.839	1.693
Insgesamt	19.216	20.022
<i>Personal nach überw. Tätigkeitsbereichen</i>		
Pflegedienstleitung	895	924
Grundpflege	11.389	11.851
Hauswirtschaftliche Versorgung	5.124	5.199
Verw./sonstige Bereiche	1.808	2.048
Insgesamt	19.216	20.022

Quelle: Stat. Bundesamt: Kurzberichte Pflegestatistik; eigene Berechnungen

Im Jahr 1999 gab es in Baden-Württemberg 956 stationäre Pflegeeinrichtungen. 96% dieser Einrichtungen boten vollstationäre Dauerpflege an; das Angebot der anderen Einrichtungen beschränkte sich auf Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege. Mehr als die Hälfte der baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen hat einen freigemeinnützigen Träger (55%). Knapp jede dritte Einrichtung ist in privater und etwa 13% sind in öffentlicher Trägerschaft. Überwiegend beschränkt sich der Tätigkeitsbereich auf die Versorgung von Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Einem Teil der Einrichtungen sind allerdings auch

Altenheime oder Einrichtungen des betreuten Wohnens organisatorisch angeschlossen. Insofern sind die Betreuungsrelationen (Pflegebedürftige je Beschäftigtem) nicht immer eindeutig. Insgesamt betreuen die stationären Pflegeeinrichtungen 65.500 Pflegebedürftige (vgl. Tabelle 16).

Tab. 16: Stationäre Pflegeeinrichtungen 1999 und 2001

	1999	2001
<i>Pflegebedürftige nach Pflegestufen</i>		
Pflegestufe I	20.371	22.032
Pflegestufe II	30.008	30.806
Pflegestufe III	11.244	11.867
ohne Zuordnung	3.925	2.270
Insgesamt	65.548	66.975
<i>Personal nach Beschäftigungsverhältnis</i>		
Vollzeitbeschäftigt	24.586	24.911
Teilzeitbeschäftigt	17.494	19.482
Geringfügig beschäftigt	6.145	6.307
Praktikanten/Zivildienstleistende	7.259	7.042
Insgesamt	55.484	57.742
<i>Personal nach überw. Tätigkeitsbereich</i>		
Pflege und Betreuung	38.042	39.667
Soziale Betreuung	1.474	1.619
Hauswirtschaftsbereich	11.205	11.509
Verw., sonst. Bereiche	4.763	4.947
Insgesamt	55.484	57.742
Fachkraftquote insgesamt in %	42,5	*
Fachkraftquote ohne TZ-Beschäftigte in %	42,8	*

*Daten liegen noch nicht vor

Quelle: Stat. Bundesamt: Kurzberichte Pflegestatistik; eigene Berechnungen

Der durchschnittliche Grad der Pflegebedürftigkeit ist dabei deutlich höher als bei den Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten versorgt werden. 31% waren der Pflegestufe I, 46% der Pflegestufe II und 17% der Pflegestufe III zugeordnet. Bis zum Jahr 2001 erhöhte sich die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen um 2,2%; die Struktur der Pflegebedürftigkeit veränderte sich nur minimal.

In den Einrichtungen waren 55.500 Personen beschäftigt. 44% davon arbeiteten Vollzeit, während der Anteil der Teilzeitbeschäftigten knapp 32% betrug. Die übrigen Beschäftigten gehörten zu der Gruppe der geringfügig Beschäftigten (11%) bzw. waren Auszubildende, Praktikanten oder Zivildienstleistende.

69% der Beschäftigten waren überwiegend im Bereich der Pflege und Betreuung tätig. Weitere 3% gaben an, vorwiegend in der sozialen Betreuung tätig zu sein. Auf die anderen in der Tabelle 16 ausgewiesenen Gruppen entfielen 20% (Hauswirtschaftsbereich) bzw. 9% (Verwaltung, sonstige Bereiche).

Nach § 5 der Heimpersonalverordnung von 1993 soll die Zahl der in der Betreuung beschäftigten Fachkräfte mindestens so groß sein wie die Zahl der übrigen Pflegekräfte. Als Fachkräfte werden die pflegerisch Tätigen mit zwei- bzw. dreijähriger Ausbildung (Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpfleger/-innen) bezeichnet. Altenpflege- und Krankenpflegehelfer/-innen sind ausdrücklich keine Fachkräfte im Sinne der Heimpersonalverordnung. Nach dieser Definition beträgt die Fachkraftquote in den baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen 42,5%. Ohne den Teilzeitbereich liegt die Quote des Fachpersonals im Bereich der Betreuung minimal höher bei 42,8%. Beide Werte unterschreiten die Vorgaben derzeit noch deutlich, wobei allerdings aus der Quote nicht abzuleiten ist, wie viel Prozent aller Einrichtungen ober- oder unterhalb der 50%-Grenze liegen.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Pflegeeinrichtungen nahm von 1999 bis zum Jahr 2001 um 4,1% zu. Dieser Anstieg liegt oberhalb der Zunahme der Zahl der betreuten Pflegebedürftigen. Allerdings ergibt sich eine Verschiebung im Verhältnis der Vollzeit- zu den Teilzeitbeschäftigten. Während die Vollzeitbeschäftigten nur minimal zunahmen, stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 11,4%.

Tabelle 17 enthält ergänzend und bezogen auf das Jahr 2001 eine Differenzierung der in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen Beschäftigten nach ihrem Berufsabschluss. Dabei zeigt sich für die ambulanten Pflegedienste eine relativ hohe

Qualifikationsstruktur. Die größte Gruppe stellen die Krankenschwestern und Krankenpfleger mit einem Anteil von 36,5%. Zusammen mit den 3.500 Altenpflegern/-innen erreichen die beiden Berufsgruppen einen Anteil von 54%. Quantitativ eher unbedeutend sind die Krankenpflegehelfer/-innen und Altenpflegehelfer/-innen. (Noch) ohne Berufsabschluss sind lediglich 14% der Beschäftigten.

Im Vergleich dazu haben – bedingt auch durch die abweichenden Aufgabenbereiche – die Beschäftigten der stationären Pflegeeinrichtungen eine geringere Qualifikationsstruktur. Lediglich 28% aller Beschäftigten haben einen Berufsabschluss als Altenpfleger/-in bzw. Krankenschwester oder Krankenpfleger. Vergleichsweise hoch sind die Anteile der Beschäftigten mit einem Berufsabschluss außerhalb der nicht-ärztlichen Heilberufe (31%) bzw. der Beschäftigten, die (noch) ohne Berufsabschluss sind (32%).

Tab. 17: Berufsabschluss der im Pflegebereich Beschäftigten 2001

Berufsabschluss	ambulante Pflegedienste	stationäre Pflegeeinrichtungen
Altenpfleger/-in	3.476	11.295
Altenpflegehelfer/-in	316	1.863
Krankenschwester/-pfleger	7.317	5.152
Krankenpflegehelfer/-in	507	1.757
sonst. Abschluss nicht-ärztliche Heilberufe	158	1.195
sonstiger Berufsabschluss	5.412	17.826
ohne Berufsabschluss / in Ausbildung	2.836	18.654
Insgesamt	20.022	57.742

Quelle: Stat. Landesamt Baden-Württemberg: Pflegestatistik 2001; eigene Berechnungen

1.3 Künftiger Pflegepersonalbedarf

1.3.1 Krankenhäuser

Die Einführung des Fallpauschalensystems wird in den nächsten Jahren erhebliche Strukturveränderungen im Krankenhausbereich bewirken. Dies bezieht sich auf Zahl, Trägerschaft und Aufgabenstellung der Krankenhäuser, aber auch auf die Zahl der für die stationäre Versorgung benötigten Betten. Nur sehr begrenzt wird das Fallpauschalensystem dagegen die Zahl der Krankenhausfälle beeinflussen; bezogen auf das Leistungsgeschehen ist vor allem eine deutliche Reduktion der Verweildauer und des Pfl egetagevolumens zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, das künftige Leistungsgeschehen ausschließlich durch die Zahl der behandelten Fälle – allerdings differenziert nach stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung – zu beschreiben. Auch in den nächsten Jahren wird die Zahl der Krankenhausfälle im Wesentlichen durch die demografische Entwicklung, die Morbidität der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt determiniert. Zur Abschätzung der künftigen Fallzahlen ist dementsprechend eine Verknüpfung der Trendfortschreibung der altersgruppenspezifischen Krankenhaushäufigkeiten mit den von den Statistischen Ämtern vorgenommenen Bevölkerungsvorausberechnungen erforderlich. Für die vorliegende Untersuchung werden Modellrechnungen aus Nordrhein-Westfalen übernommen, die für den Zeitraum von 1998 bis 2010 einen Fallzahlenanstieg um 20% ergaben.¹ Dabei zeigte sich, dass die demografische Komponente weniger stark als der beobachtete Trend einer zunehmenden Leistungsanspruchnahme wirkt. Zusätzlich zu berücksichtigen ist, dass aus der prognostizierten Zunahme der Fallzahlen nicht auf gleiche Wachstumsraten der vollstationären Fälle geschlossen werden kann. Vielmehr ergab sich aus der mit der Prognose verbundenen Expertenbefragung, dass nur etwa ein Drittel des Zuwachses vollstationär versorgt werden muss und zwei Drittel in den ambulanten bzw. teilstationären Bereich verlagert werden kann.

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 stiegen die Fallzahlen in den baden-württembergischen Krankenhäusern von 1,709 Mio. auf 1,865 Mio. Das entspricht einem Anstieg um 9,2% oder 1,53% je Jahr. Für den künftigen Zeitraum bis 2010 wird entsprechend der genannten Modellrechnung von jährlichen Steigerungsraten in Höhe von 1,67% ausgegangen. Basierend

¹ BASYS, I+G Gesundheitsforschung: Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in NRW. Gutachten für die Krankenhausgesellschaft NRW und die Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe.

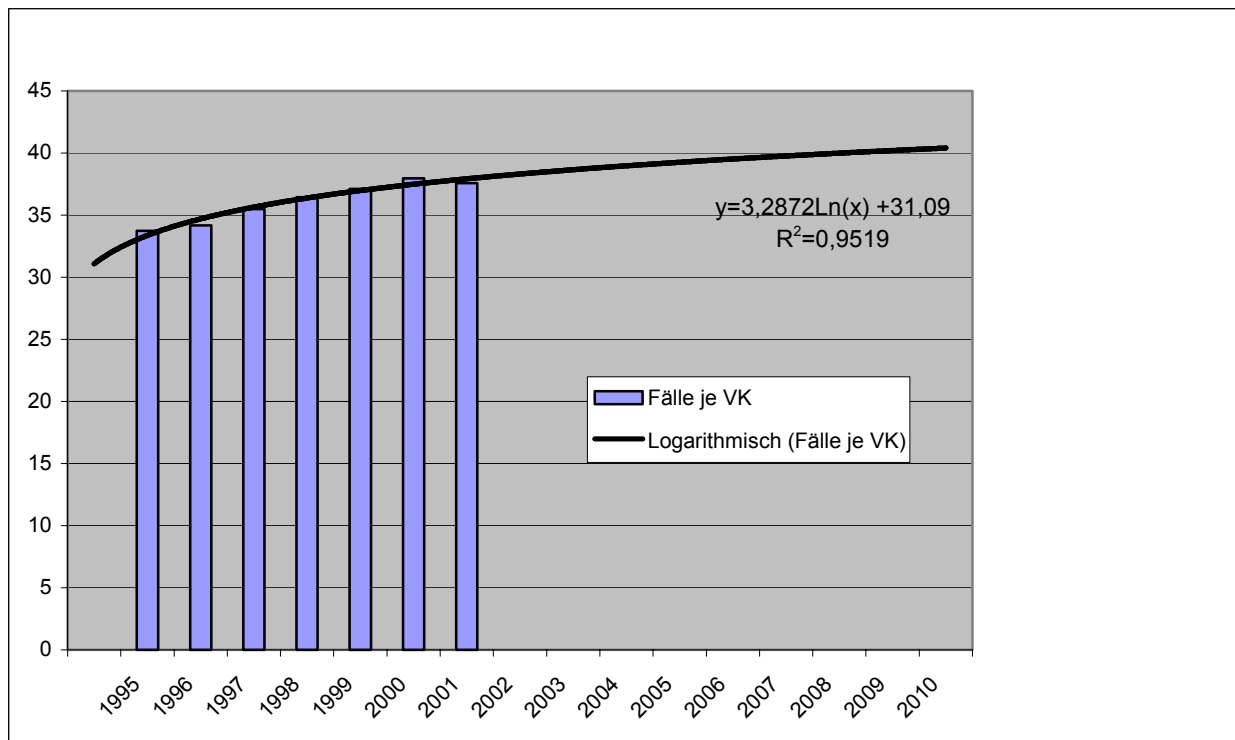
auf einer Fallzahl von 1,865 Mio. im Jahr 2001 ergibt sich danach für das Prognosejahr 2010 eine erwartete Fallzahl in Höhe von 2,145 Mio.

Zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs, der für die Versorgung der genannten Fallzahl im Jahr 2010 erforderlich ist, ist eine Verknüpfung mit einer Trendfortschreibung des Indikators „Fälle je Pflegekraft“ erforderlich. Aufgrund der unterschiedlichen Angaben in der Krankenhausstatistik gibt es für diesen Indikator verschiedene Möglichkeiten. Sachgerecht erscheint allerdings, die Personalbemessung auf der Basis von Vollkräften vorzunehmen, da ansonsten Annahmen über Veränderungen der Qualifikationsstruktur und des Verhältnisses von Vollzeit- zu Teilzeitbeschäftigten zusätzlich in die Berechnung einfließen müssten.

Das nachfolgende Diagramm zeigt, dass bei einer logarithmischen Trendfortschreibung die Zahl der Fälle je Vollkraft (Pflegedienst und Funktionsdienst) von 33,73 im Jahr 1995 auf 40,2 im Jahr 2010 zunehmen wird. Diese Leistungsverdichtung erscheint vor dem Hintergrund der erwarteten Verweildauerverkürzung in Verbindung mit einer zunehmenden Zahl ambulant zu behandelnder Fälle durchaus realistisch.

Verknüpft man die erwartete Fallzahl und den für das Jahr 2010 ermittelten Indikator „Fälle je Vollkraft“, ergibt sich für das Prognosejahr eine Gesamtzahl von 53.360 benötigter Pflegekräfte. Gegenüber dem Jahr 2001 bedeutet dies einen Anstieg um 7,5%.

Abb. 53: Trendfortschreibung der Fälle je VK bis 2010



Aus der Zahl der im Jahr 2010 benötigten Vollkräfte ist in einem zweiten Schritt abzuleiten, in welcher Höhe dreijährig ausgebildete Krankenschwestern/-pfleger bzw. Kinderkrankenschwestern/-pfleger nachgefragt werden. Dazu sind Annahmen zur angestrebten Qualifikationsstruktur, zur Personalstruktur beim Funktionsdienst und zur Entwicklung des Umfangs der Teilbeschäftigung erforderlich:

- *Funktionsdienst*

Im Funktionsdienst der Krankenhäuser waren im Jahr 2001 insgesamt 12.561 Personen (bzw. 10.064 Vollkräfte) beschäftigt. Geht man davon aus, dass von den Beschäftigten in den Bereichen Operationsdienst, Anästhesie, Funktionsdiagnostik, Endoskopie sowie Ambulanz und Polikliniken – analog zum Pflegedienst – etwa 90% eine dreijährige Ausbildung aufweisen, ergibt sich für 2001 eine Zahl von 7.610 Beschäftigten der entsprechenden Berufsgruppen.

- *Qualifikationsstruktur*

Die Zahl der im Pflegedienst der Krankenhäuser beschäftigten Krankenpflegehelfer/-innen ging im Zeitraum von 1995 bis 2001 kontinuierlich zurück. Wird unterstellt, dass sich diese Entwicklung fortsetzt, ergäbe sich für 2010 eine Zahl von 2300 Beschäftigten mit einem entsprechenden Berufsabschluss (bei logarithmischer Trendfortschreibung).

- *Teilzeitbeschäftigung*

Derzeit liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor, wie sich das Verhältnis von Teilzeit- zu Vollzeitbeschäftigung in den nächsten Jahren ändern wird. Insofern wird auch für das Jahr 2010 die derzeitige Relation unterstellt.

Unter Berücksichtigung der genannten Annahmen ergeben sich folgende Prognosewerte:

In der Zahl der Vollkräfte des Jahres 2001 in Höhe von 49.632 sind u. a. 53.531 voll- und teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern/-pfleger bzw. Kinderkrankenschwestern/-pfleger. Der Anstieg der benötigten Vollkräfte bis zum Jahr 2010 bedingt zunächst auch einen Anstieg der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte auf 57.550. Berücksichtigt man zusätzlich die o. g. Veränderung der Qualifikationsstruktur, werden weitere 680 Pflegekräfte mit dreijährigem Berufsabschluss benötigt.

Insgesamt steigt danach der Bedarf an Krankenschwestern/-pflegern bzw. Kinderkrankenschwestern/-pfleger von

53.530 im Jahr 2001 auf

58.230 im Jahr 2010.

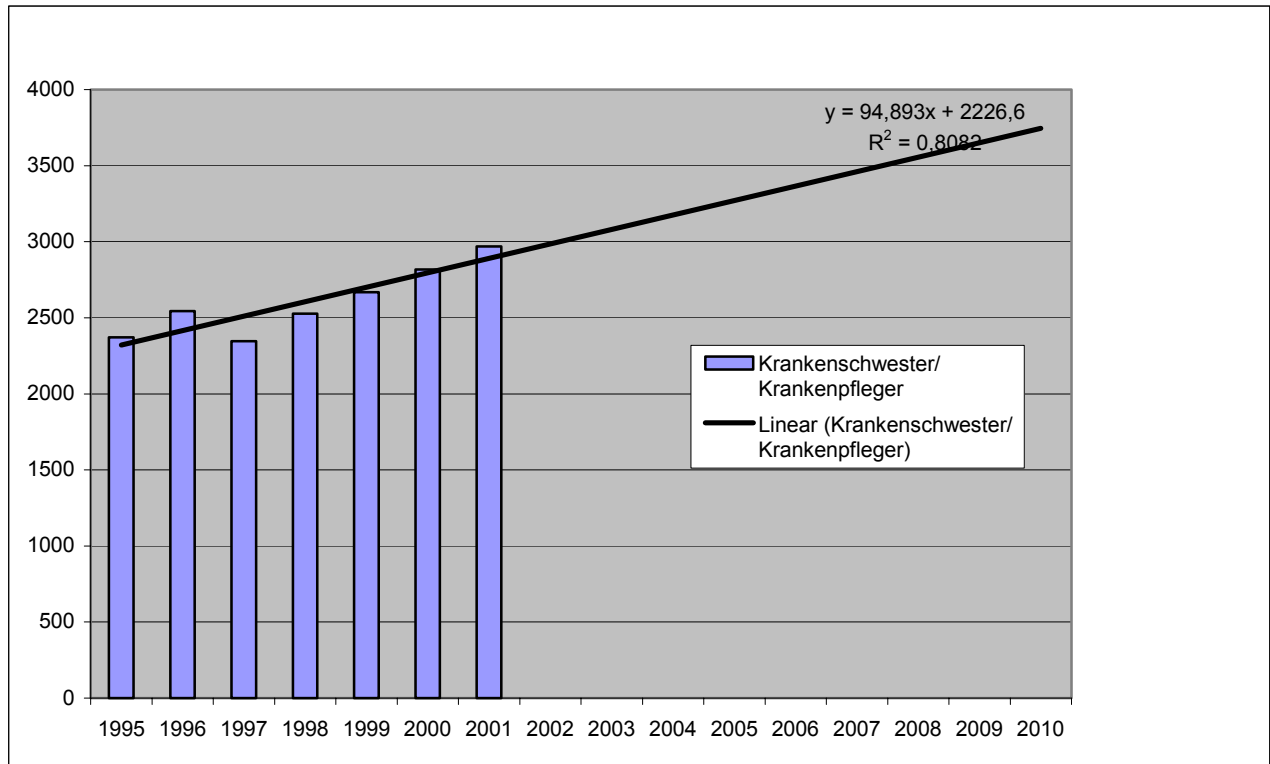
1.3.2 *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*

Grundsätzlich wäre es sinnvoll, die Abschätzung des künftig benötigten Pflegepersonals in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen analog zum Krankenhausbereich auf der Basis der Entwicklung des Leistungsgeschehens in Form der behandelten Fälle vorzunehmen. Tatsächlich erscheint aber eine sichere Aussage über die künftige Entwicklung des Leistungsgeschehens kaum möglich. Zum einen ergab sich - bedingt durch gesetzliche Veränderungen - eine diskontinuierliche Entwicklung in der Vergangenheit. Auch für die Zukunft sind weitere Eingriffe mit Wirkung auf das Leistungsgeschehen zu erwarten. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass aufgrund der Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich deutliche Veränderungen in der Zusammenarbeit zwischen Reha- und Krankenhausbereich erfolgen wird. Konsequenzen für die Finanzierung der Rehabilitationsleistungen sind zu erwarten.

Trotz der großen Unsicherheit hinsichtlich der Leistungsentwicklung und damit auch hinsichtlich des benötigten Pflegepersonals wird grundsätzlich von einem tendenziell eher wachsenden Rehabilitationsbereich ausgegangen. Insofern wird für die Untersuchung der eine direkte Trendfortschreibung des beschäftigten Pflegepersonals vorgenommen. Dabei zeigt sich, dass eine lineare Regression der Entwicklung in der Vergangenheit am ehesten gerecht wird.

Aus dem nachfolgenden Diagramm wird deutlich, dass für das Jahr 2010 von insgesamt 3.740 benötigten Krankenschwestern/-pflegern auszugehen ist. Ergänzt um die Berufsgruppe Krankenpflegehelfer/-innen ergibt sich ein gesamter Bedarf an examinierten Pflegekräften von 4.540.

Abb. 54: Trendfortschreibung der Krankenschwestern/-pfleger im Rehabilitationsbereich bis 2010



1.3.3 Pflegebereich

Die Zahl der im Jahr 2010 zur Versorgung der Pflegebedürftigen benötigten Pflegekräfte hängt von folgenden Faktoren ab:

- Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Untergliederung nach Pflegestufen
- Anteil der Pflegebedürftigen, die vollstationär in Pflegeeinrichtungen versorgt werden müssen
- Anteile der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten und der Pflegebedürftigen, die ausschließlich oder in Kombination mit Pflegegeld Pflegesachleistungen erhalten
- Entwicklung der Betreuungsrelationen in stationären Pflegeeinrichtungen
- Versorgungsrelationen bei ambulanten Pflegediensten
- Qualifikationsstruktur und Umfang der Teilzeitbeschäftigung des nachgefragten Personals.

Der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit – zahlenmäßig und in der Untergliederung nach Pflegestufen sowie Versorgungsbereichen – wird nachfolgend eine Berechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zugrunde gelegt.¹ Grundlage der Berechnungen ist eine Bevölkerungsvorausschätzung, die von einem nahezu konstanten Geburtenniveau, einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung (81,4 Jahre bei Männern und 86,4 Jahre bei Frauen) und einem durchschnittlichen Wanderungssaldo von 260.000 ausgeht. Unter diesen Annahmen wird die Einwohnerzahl in Deutschland bis zum Jahr 2010 geringfügig ansteigen.

Die Zahl der im Jahr 2010 zu erwartenden Pflegefälle wird aufgrund der demografischen Alterung berechnet. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallquoten des Jahres 1999 werden – differenziert nach Pflegestufen und Unterbringung – bis zum Jahr 2010 konstant gehalten. Mit dieser Vorgehensweise trägt das DIW der Tatsache Rechnung, dass detaillierte Angaben über die Struktur der Pflegebedürftigkeit erst mit Einführung der Pflegeversicherung vorliegen und dementsprechend Trendfortschreibungen unter Berücksichtigung erkennbarer Veränderungen in den relevanten Einflussgrößen nicht möglich sind. Zwar wird diskutiert, ob eine Erhöhung der Lebenserwartung die Morbidität im Alter verändert. Dies könnte bedeuten, dass Pflegebedürftigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt. Da jedoch die Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit nicht in einer Krankheit, sondern in den altersbedingten Funktionseinschränkungen liegen, wird bezweifelt, dass eine Verkürzung der Morbiditätsphase in gleichem Maße zu einer Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphase führt. Ebenfalls offen ist, in welcher Phase technischer Fortschritt in Diagnostik und Therapie zur Reduzierung der Pflegewahrscheinlichkeit und zur Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphasen beitragen kann. Bis zum Jahr 2010 dürften entsprechende Auswirkungen eine vergleichsweise geringe Bedeutung haben.

Unter den genannten Annahmen wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2010 um 23,5% auf 2,38 Mio. zunehmen (vgl. Tabelle 18).

¹ DIW-Wochenbericht 5/01: Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050.

Tab. 18: Prognose der Pflegebedürftigkeit in Deutschland bis 2010

Pflegebedürftige	1999 in Tsd.	2010 in Tsd.	Veränderung in %
Pflegebedürftige insgesamt	1.929,3	2.382,3	23,5
<i>zu Hause</i>			
Stufe I	702,1	870,1	23,9
Stufe II	499,4	613,6	22,9
Stufe III	150,1	178,1	18,7
Insgesamt	1.351,6	1.661,8	23,0
<i>in Einrichtungen</i>			
Stufe I	211,2	255,5	21,0
Stufe II	240,9	307,1	27,5
Stufe III	125,6	158,2	26,0
Insgesamt	577,7	720,5	24,7

Quelle: DIW-Wochenbericht 5/01; eigene Berechnungen

Den höchsten Zuwachs weisen die Pflegebedürftigen mit Stufe II und Stufe III auf, die im Jahr 2010 in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Unterproportional steigt in den Einrichtungen die Zahl der Pflegebedürftigen mit Stufe I. Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen. Hier ist die Zuwachsrate bei Stufe I am höchsten und bei Stufe III am niedrigsten.

In Tabelle 19 sind die Ergebnisse aus der DIW-Studie auf Baden-Württemberg übertragen. Zusätzlich wurde eine Differenzierung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen danach vorgenommen, ob sie ausschließlich Geldleistungen in Anspruch nehmen oder zumindest teilweise durch ambulante Pflegedienste versorgt werden. Insgesamt steigt danach die Zahl der Pflegebedürftigen auf 256.000, von denen 179.000 zu Hause und 77.000 in stationären Pflegeeinrichtungen leben werden.

Tab. 19: Prognose der Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg

Pflegebedürftige	insgesamt	zu Hause	ambulante Pflege- dienste	stationäre Pflege- einrichtungen
Pflegestufe I	115,9	67,9	23,4	24,6
Pflegestufe II	105,8	46,7	20,8	38,3
Pflegestufe III	33,9	11,9	7,8	14,2
Insgesamt	255,6	126,5	52,0	77,1

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis DIW-Wochenbericht 5/01

Die Ermittlung aussagefähiger Betreuungsrelationen für die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen ist nur sehr begrenzt möglich, weil die Pflegestatistik bisher keine Umrechnung der Teilzeitkräfte in Vollkräfte liefert und auch die notwendige Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche (z. B. Leistungen der Krankenversicherung bzw. Leistungen der Pflegeversicherung in ambulanten Pflegediensten) nur in Ansätzen verfügbar ist. Aus diesem Grund werden die Relationen aus dem Jahr 1999 für den Prognosezeitraum konstant gehalten, d. h. die Zahl der benötigten Pflegekräfte ändert sich in dem Umfang, in dem sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsbereichen ändert.

Einbezogen werden in die Betrachtung die Pflegekräfte mit einem Abschluss entsprechend Tabelle 17. Im Einzelnen sind dies Altenpfleger/-innen, Altenpflegerhelfer/-innen, Krankenschwestern und -pfleger, Krankenpflegerhelfer/-innen, Pflegekräfte mit einem sonstigen Abschluss nicht-ärztlicher Heilberufe. Entsprechend der genannten Angaben steigt die Zahl der benötigten Pflegekräfte bei den ambulanten Pflegediensten von 11.774 im Jahr 2001 auf 14.480 im Jahr 2010 und die Zahl der Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen von 21.262 auf 26.510. Insgesamt erhöht sich danach der Bedarf an Pflegekräften um fast 8.000.

Tab. 20: Entwicklung des Pflegekräftebedarfs in Pflegeeinrichtungen bis 2010

Pflegekräfte	2001	2010
ambulante Pflegedienste	11.774	14.480
stationäre Pflegeeinrichtungen	21.262	26.510
Insgesamt	33.036	40.990

Ergänzend sind Annahmen zur Entwicklung der Qualifikationsstrukturen und ggf. abweichender Entwicklungen in den unterschiedenen Berufsgruppen erforderlich. Da dazu gegenwärtig keine weitergehenden Erkenntnisse vorliegen, wird unterstellt, dass die derzeitigen Beschäftigungsstrukturen bei ambulanten Pflegediensten konstant bleiben. Für das Jahr 2010 ergibt sich danach ein Bedarf von 9000 Krankenschwestern/-pfleger und 620 Krankenpflegehelfer/-innen.

Bezogen auf die stationären Pflegeeinrichtungen wird davon ausgegangen, dass die Fachkraftquote gemäß Heimpersonalverordnung bis zum Jahr 2010 erreicht werden kann und dass an dem dafür erforderlichen überproportionalen Anstieg des Fachpersonals Krankenpflege und Altenpflege prozentual gleichmäßig beteiligt sind.

Bei einer derzeitigen Fachkraftquote von 42,5% wären zusätzlich 1993 Altenpfleger/-innen und 909 Krankenschwestern/-pfleger erforderlich, um die geforderte Parität zu erreichen. Für das Jahr 2010 bedeutet dies, dass die aus der Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen abgeleitete Zahl von 14080 benötigten Altenpflegern/-innen auf 16570 und die Zahl der 6420 benötigten Krankenschwestern/-pfleger auf 7550 erhöht werden muss. Dabei wird davon ausgegangen, dass dieser überproportionale Anstieg zu Lasten der in der Pflege Beschäftigten mit sonstigen oder ohne Berufsabschluss geht und die Altenpflegehelfer/-innen entsprechend des durchschnittlichen Ausstiegs zunehmen. Unter dieser Voraussetzung steigt der Bedarf an Altenpflegehelfer/-innen von 1863 auf 2320 und der Bedarf an Krankenpflegehelfer/-innen von 1757 auf 2190.

1.3.4 Zusammenfassung

Die in den vorhergehenden Kapiteln im Einzelnen abgeleiteten Bedarfswerte sind in Tabelle 21 zusammengefasst. Unterschieden wird dabei zwischen den verschiedenen Beschäftigungsfeldern des Krankenpflegepersonals und den Krankenschwestern/-pflegern sowie den Krankenpflegehelfer/-innen. Nicht berücksichtigt ist das nicht-examinierte Pflegepersonal. Die im Jahr 2010 benötigten Altenpfleger/-innen und Altenpflegehelfer/-innen sind daraus aufgrund der Übersichtlichkeit getrennt in Tabelle 22 ausgewiesen. Unabhängig davon bestehen selbstverständlich in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen Wechselwirkungen zwischen den Beschäftigten mit einem Berufsabschluss aus der Krankenpflege bzw. Altenpflege. Darüber hinaus wird sich bis zum Jahr 2010 in allen Einrichtungen die derzeitigen Anteile zwischen examinierten und nicht-examinierten Pflegepersonen verschieben.

Bezogen auf das Krankenpflegepersonal ergeben die Berechnungen einen deutlichen Anstieg der benötigten Krankenschwestern/-pfleger; von knapp 69.000 im Jahr 2001 steigt der Bedarf auf 78.500 im Jahr 2010. Von diesem Anstieg entfallen jeweils etwa 5.000 auf den Krankenhausbereich und 5.000 auf die übrigen Bereiche. Prozentual ist der Anstieg in den Krankenhäusern allerdings unterdurchschnittlich. Der relativ höchste Zuwachs wird für die stationären Pflegeeinrichtungen ausgewiesen, weil unterstellt wurde, dass bis zum Jahr 2010 die Fachkraftquote von 50% erreicht wird.

Relativ gering fällt der Zuwachs an Krankenpflegehelfern/-innen aus. Dies liegt zum einen daran, dass im Krankenhausbereich – unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Vergangenheit – mit einem weiter abnehmenden Bedarf gerechnet wird. In den übrigen Bereichen ist eine Zunahme ausgewiesen. Allerdings ist dieser Zuwachs mit größeren Unsicherheiten verbunden. Es könnte durchaus sein, dass die im Krankenhausbereich eingeleitete Entwicklung zunehmend auch in den anderen Bereichen nachvollzogen wird. Der Bedarf an Altenpflegern/-innen steigt im betrachteten Prognosezeitraum von 2001 bis 2010 um mehr als 6.000 oder 41%. Dieser starke Anstieg resultiert zum einen aus der erwarteten Pfändung aus der Zahl der Pflegebedürftigen. Darüber hinaus ist wiederum für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen unterstellt, dass die Fachkraftquote bis zum Jahr 2010 erfüllt wird und das daran die Berufsgruppe der Altenpflegern/-innen im gleichen Umfang wie die Krankenschwestern und Krankenpfleger beteiligt sind.

Quantitativ weniger bedeutsam ist die Berufsgruppe der Altenpflegerhelfer/-innen, deren Einsatzgebiet sich ganz überwiegend auf die stationären Pflegeeinrichtungen beschränkt. Insgesamt wird ein Anstieg bis zum Jahr 2010 um etwas mehr als 500 Pflegekräfte prognostiziert.

Tab. 21: Entwicklung des Bedarfs an Krankenpflegekräften bis 2010 nach Beschäftigungsfeldern

Beschäftigungsfeld	2001		2010	
	Krankenschwestern/-pfleger	Krankenpflegehelfer/-innen	Krankenschwestern/-pfleger	Krankenpflegehelfer/-innen
Krankenhäuser	53.531	2.773	58.230	2.300
Reha-Einrichtungen	2.968	633	3.740	800
amb. Pflegedienste	7.317	507	9.000	620
stationäre Pflegeeinrichtungen	5.152	1.757	7.550	2.190
Insgesamt	68.968	5.670	78.520	5.910

Tab. 22: Entwicklung des Bedarfs an Altenpflegekräften bis 2010 nach Beschäftigungsfeldern

Beschäftigungsfeld	2001		2010	
	Altenpfleger/-innen	Altenpflegehelfer/-innen	Altenpfleger/-innen	Altenpflegehelfer/-innen
amb. Pflegedienste	3.476	316	4.270	390
stationäre Pflegeeinrichtungen	11.295	1.863	16.570	2.320
Insgesamt	14.771	2.179	20.840	2.710

2 Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der Pflegeschüler in Baden-Württemberg

Bei der Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegeschüler in Baden-Württemberg ist eine Unterscheidung hinsichtlich folgender Berufsgruppen vorzunehmen:

- Krankenschwestern und –pfleger bzw. Kinderkrankenschwestern und –pfleger
- Krankenpflegehelfer/-innen
- Altenpfleger/-innen
- Altenpflegehelfer/-innen

2.1 Rechtsrahmen der Pflegeausbildung in Baden-Württemberg

In Artikel 74, Nr. 19 des Grundgesetzes ist der besondere staatliche Regelungsbedarf für die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ verankert; und zwar – im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung – in Zuständigkeit des Bundes. Dies hat dazu geführt, dass z.B. die Ausbildungen in den Krankenpflegeberufen¹ vom Umfang und Inhalt her bundesrechtlich geregelt sind.

Wurde die Krankenpflegeausbildung bereits seit 1985 bundesweit durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG)² geregelt, ist nun auch im Ausbildungsbereich der Altenpflege seit dem 1. August 2003 ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz (AltPflG)³ in Kraft. Die bundeseinheitliche Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung⁴ ist bereits gültig. Ausbildungen, die vor Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes begonnen wurden, sind nach derzeit geltendem Länderrecht abzuschließen.

Der Beruf „Altenpflegehelfer/-in“ bleibt im Zuständigkeitsbereich der Länder, da die Tätigkeit schwerpunktmäßig nicht den Heilberufen zugeordnet wird, sondern den Berufen mit Hauptgewicht auf der sozialen Betreuung.

¹ Als Krankenpflegeberufe werden die Berufe Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger und Krankenpflegehelfer/-in bezeichnet (§ 1 KrPflG).

² Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), in Kraft getreten am 01.01.2004. Bis 31.12.2003: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 10.06.1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.10.2002 (BGBl. I S. 4410).

³ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 17.11.2000 (BGBl. I 2000, S. 1513) in der Neufassung vom 25.08.2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022).

⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrv) vom 26.11.2002 (BGBl. I S. 4418), geändert durch Bekanntmachung über das Inkrafttreten vom 27.11.2002 (BGBl. I S. 4429).

Einwirkungsmöglichkeiten hat die Bundesebene lediglich über die Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz.¹ Die einzelnen Bundesländer regeln die Ausbildung in ihren Schul- bzw. Berufsfachschulordnungen auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung, die jedoch kein unmittelbar geltendes Recht hat. In Baden-Württemberg gilt somit eine landesspezifische Ausbildungs- und Prüfungsordnung.²

Ab dem 1. Januar 2004 wird die Ausbildung von Krankenpflegehelfer/-innen ebenfalls landesrechtlich geregelt. Die Bundesebene gibt auch hier lediglich die o.g. Rahmenvereinbarung vor.

2.2 Ausbildung an Pflegeschulen in Baden-Württemberg

Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen fallen nicht unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder die Handwerksordnung (HwO), was wiederum eine Sonderstellung der Ausbildungsstätten für diese Berufe mit sich bringt. In Baden-Württemberg sind die Ausbildungen für Berufe des Gesundheitswesens³ an „Schulen des Gesundheitswesens“ angesiedelt. Diese Schulen sind dem Sozialministerium unterstellt und können weder den öffentlichen noch den privaten Schulen zugeordnet werden. In Baden-Württemberg wurden im Schuljahr 2002/03 insgesamt 7.347 Schüler an 116 Schulen für die Krankenpflege, 1.058 Schüler an 66 Schulen für die Kinderkrankenpflege und 150 Schüler an 10 Schulen für die Krankenpflegehilfe ausgebildet.

Zudem wird in Baden-Württemberg eine integrative Pflegeausbildung modellhaft erprobt. Sie soll zu mehr Durchlässigkeit zwischen Alten- und Krankenpflege führen, die Pflegequalität verbessern und die Attraktivität der Pflegeberufe steigern. Die Schule für integrative Pflegeausbildung ist ebenfalls dem Sozialministerium unterstellt und bildete im Schuljahr 2002/03 insgesamt 28 Schüler aus.

Die Ausbildungen in den sozialen Berufen der Altenpflege bzw. Altenpflegehilfe finden in Baden-Württemberg an Berufsfachschulen für Altenpflege statt, die teilweise wiederum dem Sozialministerium unterstellt sind. Eine Besonderheit im deutschen Bildungswesen stellen die Berufskollegs in Baden-Württemberg dar. Sie gelten als Alternative zur dualen Be-

¹ Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.02.1997 in der Fassung vom 28.03.2003.

² Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Kultusministeriums an Berufsfachschulen für Altenpflege vom 23.05.1995, zuletzt geändert am 22.07.1999, neu erlassen am 06.11.2002 (Bad.Württ.GABI. S. 786). Zudem: Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (Schulversuchsbestimmungen) vom 14.05.2003.

³ Als Berufe des Gesundheitswesens werden die Berufe Kinderkrankenschwester/-pfleger, Krankenpflegehelfer/-in, Krankenschwester/-pfleger und Pflegekräfte mit integrierter Ausbildung bezeichnet.

rufsausbildung oder werden genutzt, um durch den Erwerb zusätzlicher Qualifikationen die Aussichten zu verbessern, den gewünschten Ausbildungsplatz zu erhalten. Im Schuljahr 2002/03 existierten in Baden-Württemberg 85 Berufsfachschulen und 7 Berufskollegs für die Altenpflege, an denen insgesamt 6.799 Schüler unterrichtet wurden.

Dauert die Ausbildung in den Kranken- und Altenpflegeberufen insgesamt 3 Jahre, wird die Krankenhilfeausbildung nach einem Jahr beendet. Die Ausbildungen schließen jeweils mit einer staatlichen Prüfung. Das erste Ausbildungsjahr in der Altenpflege kann mit einer staatlichen Prüfung zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer abgeschlossen werden.

2.3 Veränderungen der Pflegeausbildung in Baden-Württemberg

Derzeit befindet sich die Pflegeausbildung auf Grund aktueller Veränderungen der bundes- wie landesweiten Regelungen im Umbruch. Einige wichtige Einflussgrößen, die nachhaltig auf die Pflegeausbildung einwirken werden, seien nachfolgend aufgeführt.

Seit dem 1. Januar 2004 gibt es die Ausbildungsgänge „Krankenschwester/-pfleger“ und „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ nicht mehr. Sie wurden durch das novellierte Krankenpflegegesetz neu geordnet und durch die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin abgelöst. Zugleich traten mit dem Krankenpflegegesetz zahlreiche Änderungen im Ausbildungsbereich in Kraft.

Seit dem 1. August 2003 regelt das Altenpflegegesetz des Bundes die Ausbildung in der Altenpflege erstmals bundesweit und führt damit ebenfalls zu tief greifenden Änderungen der bisher landesweiten Bestimmungen.

Zudem wird ab dem 1. Januar 2005 die Finanzierung der Kosten des Unterrichts und der Ausbildungsvergütungen im Krankenhauswesen im Zuge der Weiterentwicklung des DRG-basierten Entgeltsystems neu geregelt. Fand die Finanzierung der Ausbildungsvergütung bisher über eine (zumindest partielle) Berücksichtigung der Ausbildungskosten im Budget des ausbildenden Krankenhauses statt, soll ab dem nächsten Jahr ein Großteil der Kosten über ein pauschalierendes Umlageverfahren finanziert werden. Maßgeblich sind dabei nicht die individuellen Kosten des ausbildenden Krankenhauses, sondern die durchschnittlichen Ausbildungskosten aller Krankenhäuser. Für die Ausbildungsträger wird in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung sein, ob eine kostendeckende Ausbildungsfinanzierung zukünftig gewährleistet ist.

Auch Initiativen des Landes Baden-Württemberg können die weitere Entwicklung in der Pflegeausbildung stark beeinflussen. Angesichts der steigenden Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf Grund der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden wachsenden Bedarfs an Pflegekräften hat das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg gemeinsam mit den Sozialpartnern bereits im Jahr 1991 eine Imagekampagne für Pflegeberufe gestartet. Insbesondere wird verstärkt bei Schulabgängern für die Pflegetätigkeit geworben. Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Ausführung des Altenpflegegesetzes und zu Änderungen des Landespflegegesetzes vom 9. Dezember 2003 hat das Land Baden-Württemberg zudem den Weg für eine Umsetzung der Bestimmung im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz über eine modellhafte Erprobung von Vorhaben zur Weiterentwicklung der Ausbildungen in den Pflegeberufen geebnet.

2.4 Entwicklung und Prognose der Schülerzahlen und Abschlüsse in den Pflegeberufen

Die Entwicklung der Schülerzahlen in den Schulen für Pflegeberufe im Zeitraum von 1996/97 bis 2002/2003 in Baden-Württemberg stellt Tabelle 23 dar.

Im Ausbildungsbereich der Krankenpflege sind die Ausbildungszahlen stetig zurückgegangen. Im Vergleich zu 1997/98 nahm die Zahl der Schüler im Schuljahr 2002/03 um 1.333 (-15,4%) ab.

Auch an den Kinderkrankenpflegeschulen ist ein Rückgang von insgesamt 189 (-15,2%) zu verzeichnen gewesen.

Im Bereich der Krankenpflegehilfe schwankt die Zahl der Auszubildenden in dem Betrachtungszeitraum stark, ist jedoch auch hier tendenziell rückläufig. Im Schuljahr 2002/03 wurden insgesamt 82 Schüler (-35,3%) weniger ausgebildet als in dem Schuljahr 1996/97.

In den Altenpflegesschulen steigen nach einem Tiefstand von 6.015 Auszubildenden im Schuljahr 2000/01 die Schülerzahlen wieder an. Im Vergleich zu dem Schuljahr 1996/97 hat sich die Zahl der Altenpflegeschüler und Altenpflegehilfeschüler um 1.420 (23,2%) erhöht.

Tab. 23: Entwicklung der Schülerzahlen in den Pflegeberufen in den Schuljahren 1996/97 bis 2002/03 bzw. 2003/04 in Baden-Württemberg

Jahr	Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehilfe	Altenpflege/ Altenpflegehilfe ¹	Gesamt
1996/97	8.680	1.247	232	6.120	16.279
1997/98	8.425	1.232	182	6.414	16.253
1998/99	8.182	1.266	148	6.524	16.120
1999/2000	7.816	1.127	104	6.362	15.409
2000/01	7.478	1.036	102	6.015	14.631
2001/02	7.441	1.069	149	6.444	15.103
2002/03	7.347	1.058	150	6.799	15.354
2003/04				7.540 ²	

Quelle: Stellungnahme des Sozialministeriums von Baden-Württemberg zur Entwicklung der Pflegeausbildung im Land (Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 13/2795 vom 14.01.2004).

Daten über die Entwicklung der Schulabgänger und Abschlüsse liegen lediglich von 1999/2000 bis 2001/02 vor (siehe Tabelle 24).

Die Zahl der Abschlüsse in dem Ausbildungsbereich der Krankenpflege (-6%), der Kinderkrankenpflege (-11,4%) und Altenpflege (-9,4%) ist in diesem Zeitraum gesunken. Im Bereich der Krankenpflegehilfe (23,5%) und Altenpflegehilfe (27,2%) ist hingegen eine Steigerung der Absolventen zu verzeichnen gewesen.

¹ Eine getrennte Ausweisung ist auf Grund des gemeinsamen 1. Ausbildungsjahres nur mit erheblichem Aufwand möglich.

² Vorläufige Zahlen des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg.

Tab. 24: Entwicklung der Schulabgänger in den Pflegeberufen in den Schuljahren 1999/00 bis 2001/2002 in Baden-Württemberg

	1999 / 2000		2000 / 2001		2001 / 2002	
	Schulabgänger insgesamt	darunter mit Abschlusszeugnis	Schulabgänger insgesamt	darunter mit Abschlusszeugnis	Schulabgänger insgesamt	darunter mit Abschlusszeugnis
Krankenpflege-schulen	2.504	2.393	2.443	2.364	2.358	2.250
Kinderkranken-pflegesschulen	370	360	351	343	328	319
Krankenpflege-hilfesschulen	88	85	86	83	114	105
Altenpflegesschulen	1.073		1.137		1.049	
Altenpflege		970		917		879
Altenpflegehilfe		103		159		131

Quelle: Auskunft des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg vom 18.02.2004.

Die nicht abschätzbaren Auswirkungen der aktuellen bzw. zukünftigen Interventionen auf die Pflegeausbildung und die schwankende Entwicklung der Schülerzahlen im Ausbildungsbe-reich der Altenpflegeschüler, Krankenpflegehilfeschüler und Kinderkrankenpflegeschüler las-sen eine gesicherte Prognose der Schülerzahlen und Abschlüsse bis zum Jahr 2010 nicht zu.

Um eine Aussage darüber zu treffen, ob der prognostizierte Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2010 über die Schulabgänger aus den Pflegeschulen gedeckt werden kann, wird dabei nachfolgend von einer Konstanz der zuletzt vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg erhobenen Daten ausgegangen.

Mit dieser Annahme wird am ehesten der Unsicherheit hinsichtlich der zukünftigen Entwick-lung Rechnung getragen.

So wird unterstellt, dass im Bereich der Krankenpflegeausbildung bzw. Kinderkrankenpfe-geausbildung der Trend der abnehmenden Schülerzahlen durch Interventionen des Landes gestoppt und bis zum Schuljahr 2009/10 mit 7.347 Krankenpflegeschülern bzw. 1.058 Kin-derkrankenschülern auf dem Stand des Schuljahres 2002/03 verbleibt. Damit werden im Jahr 2010 unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Abschlussquote von 30,8% fast 2.270

Krankenschwestern/-pfleger und 340 Kinderkrankenschwestern/-pfleger den erlernten Pflegeberuf aufnehmen können.

Im Bereich der Krankenpflegehilfe und Altenpflege wird davon ausgegangen, dass die in den letzten Jahren angewachsene Schülerzahl des Jahres 2002/03 konstant beibehalten werden kann. Damit stehen im Jahr 2010 ebenfalls 150 Krankenpflegeschüler und ungefähr 120 ausgebildete Krankenpflegehelfer/-innen bei einer durchschnittlichen Abschlussquote von 77,9% zur Verfügung.

Im Jahr 2010 werden in den Altenpflegeschulen bei Festschreibung der Schülerdaten aus dem Jahr 2003/04 ungefähr 7.540 Altenpfleger ausgebildet. Davon absolvieren unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Abschlussquoten von 26,4% bzw. 3,8% ca. 1.990 die Altenpflegeausbildung und 284 die Altenpflegehilfeausbildung.

2.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Auf Grund der derzeit ungenauen Prognostizierbarkeit der Ausbildungsabschlüsse in den Pflegeberufen und der Ungewissheit über die berufliche Weiterentwicklung der Absolventen kann lediglich in der Tendenz festgestellt werden, ob der prognostizierte Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2010 über die Schulabgänger aus den Pflegeschulen gedeckt werden kann.

Auch wenn die Ausbildungsabschlüsse in den Bereichen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe im Jahr 2010 auf dem Stand von 2002/03 verbleiben, können sie den wachsenden Bedarf an examinierten Krankenpflegekräften in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sowie in den ambulanten und stationären Pflegebereichen nicht decken.

In der Altenpflege und Altenpflegehilfe ist absehbar, dass die im Vergleich zur Vergangenheit hohe Zahl von 7.540 Pflegeschülern ebenfalls nicht groß genug sein wird, um den anwachsenden Bedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu decken.

Insgesamt muss daher festgestellt werden, dass der zukünftige Mehrbedarf an Pflegekräften im Jahr 2010 nicht durch die zukünftige Ausbildung in den Pflegeberufen gedeckt werden kann. Auf Grund der sich abzeichnenden Entwicklungen wird in den nächsten Jahren ein Mehrbedarf an examinierten Pflegekräften bestehen. Der Wiedereinstieg von ehemaligen Pflegekräften und ihre Wiedereingliederung in den Pflegeberuf werden vor diesem Hinter-

grund einen wichtigen Stellenwert für die zukünftige pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg einnehmen.

Literaturverzeichnis

BASYS/I+G Gesundheitsforschung: Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in NRW. München 2002

Blum, K.: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf 2003

Büssing, A./Glaser, J.: Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion. Göttingen 2002

Güntert, E. / Orendi, B. / Weyermann, U.: Die Arbeitssituation des Pflegepersonals – Strategien zur Verbesserung. Bern 1989

Herschbach, P.: Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim 1991

Nurses Early Exit Study (NEXT): Basisbefragungen. Wuppertal 2002

Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001. Fachserie 12/Reihe 6.1. Wiesbaden 2003

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Krankenhausstatistik Baden Württemberg. Stuttgart 2001

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Pflegestatistik 2001. Stuttgart 2001

Ulich, E.: Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern 2003

Zimber, A./Weyerer, S.: Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen 1999