Ostfalia
Hochschule für angewandte Wissenschaften

Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Fakultät Gesundheitswesen

Möglichkeiten und Grenzen der Erweiterung des Angebots an Altenpflegekräften in Deutschland – eine ökonomische Analyse

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Erstprüfer: Prof. Dr. Hilko Holzkämper

Zweitprüferin: Prof. Dr. Daniela Eidt-Koch

Mikeler, Nils

Gifhorn, 01. November 2017

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Problemstellung 1

1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise 3

2 Grundlagen der Demografie in Deutschland 4

2.1 Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft 8

2.1.1 Das AGE-Management-Modell 9

2.1.2 Entwicklung der Arbeitskräftenachfrage auf dem Pflegemarkt 10

2.2 Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung 11

2.2.1 Absicherung des Pflegerisikos vor Einführung der Pflegeversicherung 12

2.2.2 Finanzielle Rahmenbedingungen 13

2.2.3 Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren 15

2.2.4 Charakteristika und Strukturen 17

2.2.5 Pflegegrade und Leistungen 18

3 Fachkräftemangel von Altenpflegekräften in Deutschland 19

3.1 Begriffsdefinition von Fachkräften und Fachkräftemangel 20

3.2 Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach Altenpflegekräften − aktueller Stand und zukünftige Entwicklung 21

3.3 Angebot von Altenpflegekräften – aktueller Stand und zukünftige Entwicklung 24

3.3.1 Leistungserbringer und Trägerlandschaft der Altenpflege 25

3.3.2 Die Generation Y als Arbeitskraft 27

3.4 Ursachen für den Fachkräftemangel von Altenpflegekräften ... 28

4 Lösungsstrategien zur Bekämpfung des Fachkräftemangels 31

4.1 Die Rekrutierung von Altenpflegekräften aus dem Ausland als Maßnahme zur Erhöhung des Angebots 32

4.1.1 Gesetzliche Grundlagen 33

4.1.2 Initiativen zur Rekrutierung von Altenpflegekräften 34

4.2 Möglichkeiten zur Steigerung der Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege 36

4.2.1 Schulgeld als Barriere zur Ergreifung eines Pflegeberufs . 38

4.2.2 Die Ausbildungsumlage als Förderungsinstrument 39

4.3 Die Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen 40

4.3.1 Betreuungs- und Fachkraftquoten im stationären Sektor .. 44

4.3.2 Das Ehrenamt als Instrument zur höheren Anerkennung von Pflegeberufen 45

5 Schlussbetrachtung 46

Literaturverzeichnis 49

Abkürzungsverzeichnis

AGE-Management	Arbeitsfähigkeits- und Gesundheits-Erhaltungsmanagement
AltPflG	Altenpflegegesetz
BMFSFJ	Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DIW	Das Deutsche Institut der Wirtschaft
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NEXT-Studie	Nurses Early Exit Study
NRW	Nordrhein-Westfalen
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Veränderung der Komponenten des demografischen Wandels in den Regionen Deutschlands bis 2025 6

Abb. 2: Pflegebedürftige nach Altersgruppen 8

Abb. 3: Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung 1996 − 2017 14

Abb. 4: Gesamtwirtschaftliche Indikation 16

Abb. 5: Leistungsausgaben insgesamt 18

Abb. 6: Bestand an arbeitslosen Altenpflegekräften nach Anforderungsniveau, gleitender Jahresdurchschnitt Januar 2008 bis Juli 2016 20

Abb. 7: Multimorbidität nach Altersgruppen 22

Abb. 8: Unter aktuellen Annahmen wird sich das Erwerbspotential bis 2030 um rund 3,6 Millionen Personen verringern 25

Abb. 9: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 29

Abb. 10: Ausländische Pflegekräfte nach Staatsangehörigkeit 33

Abb. 11: Entwicklung des gesetzlich festgelegten Mindestlohns je Stunde in Pflegeberufen von 2017-2020 in Deutschland 42

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Eintritte von Teilnehmenden in Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung mit Abschluss „Fachkraft Altenpflege“ nach der geplanten Teilnahmedauer ... 37

Tab. 2: Anteile Vollzeitbeschäftigter in Pflegeeinrichtungen 2009 (%). 40

Abstract

Bereits seit einiger Zeit herrscht in Deutschland ein Mangel an examinierten Altenpflegern. Zurückzuführen ist dieser in erster Linie auf den demografischen Wandel. Deutschlands Überalterung sorgt dafür, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von heute 2,9 Millionen bis 2030 auf circa 3,5 Millionen steigen wird. Zurzeit steht der wachsenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen kein ausreichendes Angebot gegenüber. Mithin besteht ein Personalengpass in der Altenpflege. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wurden unterschiedliche Maßnahmen entwickelt, welche in der vorliegenden Bachelorarbeit untersucht und analysiert wurden.

Unterscheiden lassen sich die Lösungsstrategien in kurz- und langfristige, die Pflegekasse belastende und beitragsneutrale. Die Rekrutierung ausländischer Altenpflegekräfte erweist sich als kurzfristige und auch beitragsneutrale Möglichkeit, das Angebot an Altenpflegekräften zu erhöhen. Mit Hilfe gezielter Programme der Bundesagentur für Arbeit rekrutierte Altenpfleger stehen dem deutschen Arbeitsmarkt innerhalb eines Jahres zur Verfügung. Die Kosten indes trägt der Auftraggeber – mithin die nachfragende Pflegeeinrichtung. Als langfristige Lösung kann die Steigerung der Ausbildungszahlen betrachtet werden, da sie den Charakter einer Investition in die Zukunft hat und nachhaltig ihre Wirkung entfaltet. Die Beitragszahler belastend wirkt hingegen die Maßnahme, mit höheren Gehältern den Beruf attraktiv genug zu gestalten, um das Angebot wachsen zu lassen. Dem stehen steigende Arbeitskosten und bereits ausverhandelte Lohnerhöhungen auf Basis prognostizierter Inflationsraten entgegen.

Schlussfolgernd sind grundsätzliche Konstruktionsmängel wie die Diskriminierung einer Einkommensart und die Finanzierung über das nicht zukunftsfähige Umlageverfahren in der Pflegeversicherung zu beheben. Zur Erhöhung des Angebots an Altenpflegekräften gilt es verschiedene Maßnahmen simultan umzusetzen und − entgegen der politischen Neigung, in Wahlzyklen zu denken - langfristig vorzusehen.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Aufgrund des demografischen Wandels in Deutschland werden künftig voraussichtlich nicht genügend Altenpflegefachkräfte zur Verfügung stehen, um den kontinuierlich steigenden Pflegebedarf decken zu können. Der Anteil der über 65-Jährigen steigt in der Bundesrepublik stetig an. Im Jahr 2013 war jeder fünfte Einwohner Deutschlands 65 Jahre oder älter.[1] Schon heute arbeiten 617.000 Frauen und Männer in der ambulanten oder stationären Altenpflege.[2] Die Anbieter der Pflege kranker und alter Menschen haben sich in den letzten Jahren zu einem der wichtigsten Arbeitgeber in der deutschen Volkswirtschaft entwickelt. Im vergangenen Jahrzehnt ist die Arbeitslosigkeit in den Pflegeberufen stark gesunken, sodass es Unternehmen in der Pflegebranche zunehmend schwerfällt, ihren Bedarf an Fachkräften zu decken.[3] Amtliche Angaben zur Zahl aller nicht besetzten Stellen in den Pflegeberufen gibt es nicht. Ein Indiz für einen personellen Engpass sind indes die 167 Tage, die es braucht, um eine Stelle mit einer examinierten Altenpflegefachkraft neu zu besetzen.[4]

Grund für diese Entwicklung ist nicht allein der schnell wachsende Personalbedarf. Eine weitere Ursache liegt darin, dass es der Pflegebranche in Deutschland nicht ausreichend gelingt, die Kapazitäten der vorhandenen Fachkräfte voll auszuschöpfen und mehr Menschen für einen Beruf in der Altenpflege zu begeistern.[5] Ursachen sind u.a. die hohen physischen und psychischen Belastungen sowie der Zeitdruck und das Gefühl, den Kontakt zu den zu Pflegenden nur zu verwalten.[6] Um den Beruf des Altenpflegers attraktiver werden zu lassen, haben sich federführend das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie insgesamt 30 Partner, u.a. bestehend aus den Mi-

[1] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015, S. 5
[2] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 4
[3] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 7
[4] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2017, S. 1
[5] Vgl. Schreck 2017, S. 19
[6] Vgl. Görres/Stöver/Bomball/Adrian 2015, S. 147-157

nisterien der Länder, den Verbänden der privaten Einrichtungsträger und der Bundesagentur für Arbeit, auf zehn Handlungsfelder geeinigt, welche im Ausbildungspakt Altenpflege beschlossen wurden. Das Berufsfeld der Pflege alter und kranker Menschen soll durch den Abbau von Bürokratie und die Entlastung der Pflegekräfte von administrativen Tätigkeiten interessanter werden.[7] Arbeitgeber, Sozialpartner, Verbände und die Politik bemühen sich seit einiger Zeit darum, die Versorgung der Pflegebedürftigen zu sichern. Diese Bemühungen zielen in erster Linie darauf ab, mehr Nachwuchs auszubilden und die Produktivität des vorhandenen Pflegepersonals zu erhöhen. Seit dem Schuljahr 2010/11 ist die Zahl der unterzeichneten Ausbildungsverträge in der Altenpflege moderat, aber kontinuierlich gestiegen. Grund dafür ist u.a. der Ausbildungspakt Altenpflege. Dieser sieht 240 Maßnahmen vor, welche die Attraktivität des Berufes erhöhen sollen.[8]

Parallel dazu gibt es Versuche, Personalengpässe in der Altenpflege durch vermehrte Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland zu verringern.[9] Seit der Umsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit in der Europäischen Union (EU) können Arbeitgeber innerhalb der EU Pflegekräfte rekrutieren. Darüber hinaus hat die Bundesregierung im Juli 2013 die Möglichkeit geschaffen, die Zuwanderung von Fachkräften aus Drittstaaten für eine Tätigkeit in anerkannten Mangelberufen wie der Altenpflege zu erleichtern.[10] Ein neues Phänomen ist die Rekrutierung von Pflegefachkräften aus dem Ausland nicht, schon in den 1970er-Jahren wurden u.a. Fachkräfte aus Korea ins Land geholt. Gleichwohl bestehen mitunter große Hürden beim Anwerben neuer Mitarbeiter innerhalb und außerhalb der EU.[11] Besonders beklagt werden die hohen Hürden der Bürokratie sowie mangelnde Deutschkenntnisse und rechtliche Unsicherheit. Auch die Erwartungen der eingewanderten Pflege-

[7] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2012, S. 35-39
[8] Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) 2016, S. 104-105
[9] Vgl. Bettig/Frommelt/Schmidt 2012, S. 151-154
[10] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2017, S. 7
[11] Vgl. Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 27

kräfte unterscheiden sich häufig von dem, was sie im Alltag in deutschen Pflegeeinrichtungen erwartet.[12]

1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Ziel dieser Arbeit ist es, Möglichkeiten und Grenzen der Erweiterung des Angebots an Altenpflegekräften in Deutschland anhand möglicher Maßnahmen und unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte zu analysieren.

Im Detail werden folgende Fragen beantwortet:

- Wie groß ist Deutschlands Fachkräftelücke in der Altenpflege?
- Welche Ursachen hat der Fachkräftemangel?
- Mit welchen Maßnahmen lässt sich das Angebot an Altenpflegefachkräften und Auszubildenden erhöhen?

Konstitutiv für die Analyse sind die demografische Entwicklung Deutschlands und ihre Auswirkungen auf die Altenpflegebranche sowie die soziale Pflegeversicherung (SPV). Diese werden im zweiten Kapitel erläutert. Insbesondere werden die Merkmale der SPV und die sich daraus ergebenden Probleme betrachtet.

Darauffolgend wird im dritten Kapitel der Fachkräftemangel in der Altenpflege analysiert. Daraus leiten sich die Definitionen einer Fachkraft und eines Mangels an selbiger ab. Zum Ende des Kapitels werden das Angebot und die Nachfrage an Altenpflegekräften gegenübergestellt und Ursachen für den Fachkräftemangel aufgezeigt.

Im vierten Kapitel geht es darum, Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots an Altenpflegekräften in Deutschland zu analysieren und zu evaluieren. Zu Beginn des Kapitels wird die Rekrutierung von Altenpflegekräften aus dem Ausland beleuchtet, zudem werden deren gesetzliche Grundlagen erklärt. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, wie sich die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege erhöhen lässt.

---

[12] Vgl. Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 64

Das letzte Kapitel zieht ein Resümee der Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit und fasst das Wesentliche prägnant zusammen.

2 Grundlagen der Demografie in Deutschland

Im Kern wird der demografische Wandel durch drei Einflussfaktoren geprägt: die Geburtenrate, die Lebenserwartung sowie die Zu- und Abwanderung. Zuletzt lag die Geburtenziffer je Frau in Deutschland bei 1,5 und ist in den vergangenen Jahren leicht angestiegen.[13] Der Bestand der Bevölkerung bliebe allerdings erst bei einem Wert von 2,1 erhalten.[14] Im geburtenstarken Jahr 1964 kamen fast 1,4 Millionen Mädchen und Jungen lebend zur Welt. In den folgenden 50 Jahren halbierte sich die Zahl auf 737.000 im Jahr 2015.[15] Der Rückgang wird u.a. auf die Verbreitung der Antibaby-Pille, aber auch auf die Emanzipation der Frau und ein unzureichendes Betreuungsangebot für Kinder zurückgeführt. Nicht zuletzt ist Kinderlosigkeit gesellschaftlich akzeptiert und ermöglicht oft einen anspruchsvollen und ungebundenen Lebensstil. Bei der aktuellen Fertilitätsrate ersetzt sich jede Elterngeneration nur noch zu etwas mehr als zwei Drittel. Unter anderem rührt der Bevölkerungsrückgang daher, dass die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter sinkt.[16] Der Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren lag 2011 bei 18,2 Millionen, das waren 1,5 Millionen weniger als 1997. Grund ist das Ausscheiden der Babyboomer-Frauen aus dieser Gruppe, für sie rückten die geburtenschwächeren Jahrgänge von 1984 bis 1996 nach.[17] Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hält gerade höher qualifizierte Frauen vom Mutterwerden ab. Die Folge ist ein Schrumpfen der Bevölkerung.[18]

Seit 1972 verzeichnet Deutschland regelmäßig einen Sterbeüberschuss, den 737.000 Geburten standen zuletzt 925.000 Sterbefälle ge-

[13] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015 (Internet)
[14] Vgl. Schönwald/Kühne/Jenal/Currin 2014, S. 17
[15] Vgl. Statistische Bundesamt (Hrsg.) 2016 (Internet)
[16] Vgl. Schönwald/Kühne/Jenal/Currin 2014, S. 17-18
[17] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2012, S. 2
[18] Vgl. Schönwald/Kühne/Jenal/Currin 2014, S. 18

genüber.[19] Parallel zum damit einhergehenden Bevölkerungsrückgang altert Deutschland. Hauptursache dafür ist eine verlängerte Lebenserwartung. Im vergangenen Jahrhundert stieg sie um 30 Jahre. Verdeutlicht zeigt das der Altersquotient, welcher das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 65-Jährigen ausdrückt.[20] Im Jahr 2015 lag dieser bei 34,7 und ist damit erneut gestiegen.[21] Kritisiert wird der Altersquotient, weil er eine gestiegene Lebenserwartung und längere Gesundheit im Alter nicht berücksichtigt. Als Alternative ist der prospektive Altersquotient eingeführt worden, dieser setzt die Anzahl der Personen mit einer Lebenserwartung von 15 Jahren und weniger in Relation zu allen über 20-Jährigen mit einer Lebenserwartung von 20 Jahren und mehr. Dieser Quotient steigt weniger stark als der Altersquotient.[22]

Neben der Geburtenrate und der Lebenserwartung beeinflussen die Zu- und Abwanderung die Zusammensetzung der Bevölkerung. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich Deutschland zu einem der beliebtesten Einwanderungsländer in Europa entwickelt. Der Zuzug in den 1950er und 1960er Jahren war von Arbeitsmigration geprägt, in den 1970er und 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts überwiegend durch den Familiennachzug. Seit den 1990er Jahren haben sich die Wanderungsmotive geändert. Flüchtlinge und Asylsuchende sowie deutschstämmige Spätaussiedler immigrieren seitdem nach Deutschland.[23] Nach der Wiedervereinigung kam es nur in den Jahren 2008 und 2009 zu einem negativen Wanderungssaldo. Im Jahr 2015 lag der Saldo auf einem Rekordhoch für das vereinte Deutschland. Von den 2,1 Millionen Immigrierten kam 2015 knapp die Hälfte als Flüchtlinge oder Asylbewerber. Eine Million Abwanderungen sorgten am Ende des Jahres für einen positiven Wanderungssaldo von rund 1,1 Millionen Menschen.[24] Durch einen jüngeren Altersaufbau der arabischen und nordafrikanischen Be-

[19] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2016 (Internet)
[20] Vgl. Schmitz-Veltin 2009, S. 11-26
[21] Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) 2017 (Internet)
[22] Vgl. Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) 2011, S. 33
[23] Vgl. Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) 2011, S. 25
[24] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017 (Internet)

völkerung und aufgrund der Tatsache, dass überwiegend junge Männer Schutz in Deutschland suchten, sank mithin auch das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung auf 44 Jahre und drei Monate.[25] Statistiker rechnen in der aktualisierten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung mit Werten, basierend auf dem Jahr 2015, mit einer Einwohnerzahl Deutschlands im Jahr 2060 von 76,5 Millionen. Ältere Vorausberechnungen prognostizierten Werte zwischen 65 und 73 Millionen.[26]

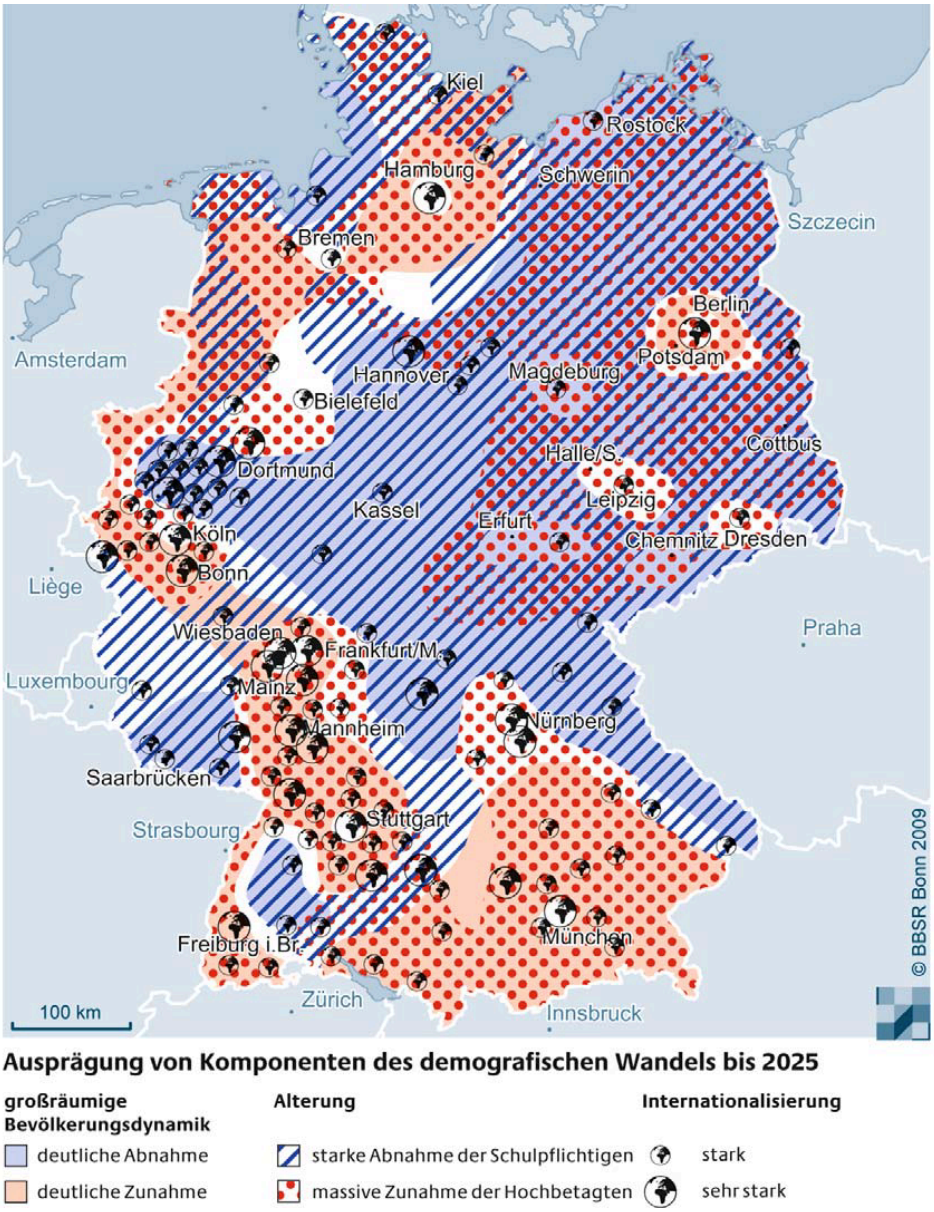

Abb. 1: Veränderung der Komponenten des demografischen Wandels in den Regionen Deutschlands bis 2025[27]

[25] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 2
[26] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017 (Internet)
[27] Vgl. Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) 2011, S. 40

Die demografische Entwicklung Deutschlands verläuft regional sehr unterschiedlich, wie Abbildung 1 zeigt. Während westdeutsche Ballungsgebiete regen Zuzug melden, sehen sich viele ostdeutsche Regionen mit einem Rückgang der Bevölkerung konfrontiert. Gemeinsam ist allen Regionen, dass Bevölkerungswachstum nur durch Zuwanderung entsteht. Selbst in Wachstumsregionen werden aus Geburten- Sterbeüberschüsse, die nur durch Wanderungsgewinne ausgeglichen werden können. Insbesondere im Nordosten der Bundesrepublik findet sich eine große Zunahme an Hochbetagten. Da überwiegend in die wirtschaftsstarken Ballungsräume zugezogen wird, ist eine Trendumkehr dieser Entwicklung nicht in Sicht. Die erwähnte regionale Vielfalt des demografischen Wandels lässt sich in drei Typen kategorisieren: erstens in Regionen mit Bevölkerungswachstum, bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl älterer Personen. Im Süden Deutschlands entlang der Rheinschiene und in den Metropolregionen Hamburg und Berlin ist dieser Typus vornehmlich zu finden. Die zweite Kategorie herrscht überwiegend in ländlichen Regionen Westdeutschlands vor, in denen der Bevölkerungsrückgang „von unten“ herrührt, das heißt ein Sinken der Zahl jüngerer Menschen. Unter dem dritten Typus leiden vor allem ostdeutsche Regionen, er beinhaltet sowohl eine zunehmende Alterung als auch die Abwanderung Jüngerer.[28]

Durch den demografischen Wandel wird sich auch die Arbeitswelt verändern. Der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird geringer, gleichzeitig werden die Erwerbstätigen ein höheres Durchschnittsalter aufweisen. Insbesondere für Berufsgruppen, die durch schwere körperliche Arbeit gekennzeichnet sind, stellen sich große Herausforderungen.[29]

[28] Vgl. Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) 2011, S. 38-40
[29] Vgl. Schönwald/Kühne/Jenal/Currin 2014, S. 25

2.1 Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft

Der demografische Wandel trifft die Pflegebranche in doppelter Hinsicht. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre werden den Arbeitsmarkt in den kommenden 15 Jahren verlassen, nachrücken werden die geburtenschwächeren Jahrgänge der 1990er Jahre.[30]

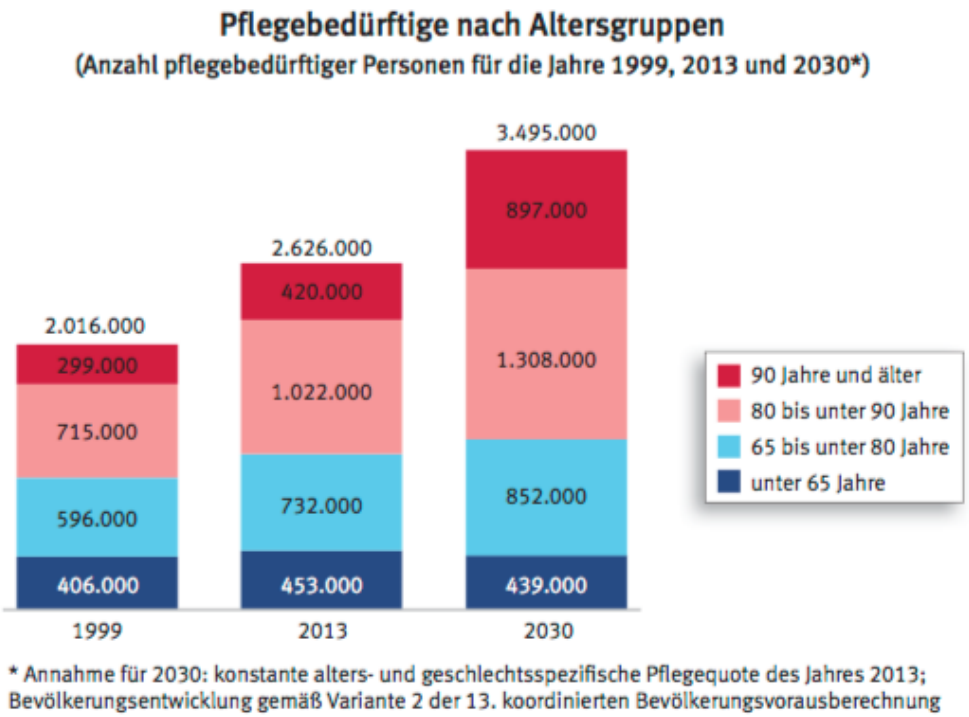

Abb. 2: Pflegebedürftige nach Altersgruppen[31]

Gleichzeitig nimmt, wie Abbildung 2 zeigt, die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland weiter zu, das Bundesinstitut für Bevölkerungswachstum rechnet für das Jahr 2030 mit circa 3,5 Millionen Pflegebedürftigen; dies wäre eine Zunahme um 33% im Vergleich zu 2013. Der starke Anstieg der Pflegebedürftigen geht vor allem auf hochbetagte Menschen im Alter von 80 Jahren und älter zurück.[32] Mehr als jeder Vierte dieser Alterskohorte war im Jahr 2012 auf pflegerische

[30] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2007, S. 8
[31] Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) 2015, S. 1
[32] Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) 2015, S. 1

Hilfe angewiesen.[33] Es ist zu erwarten, dass Einrichtungen, die professionelle Pflege anbieten, ihren zukünftigen Bedarf an Arbeitskräften nicht allein über die Rekrutierung jüngerer Menschen decken können. Mithin kommt es zu einer Alterung der Belegschaft. Bereits heute ist jeder dritte Mitarbeiter in der Altenpflege über 50 Jahre alt.[34]

2.1.1 Das AGE-Management-Modell

Die Gestaltung der Situation einer zunehmend alternden Belegschaft wird in der Pflegewirtschaft zur zentralen Herausforderung avancieren. Am Konzept der Arbeitsfähigkeit orientiert sich das vor 20 Jahren in Finnland entworfene Arbeitsfähigkeits- und Gesundheits-Erhaltungsmanagement (AGE-Management), welches im Folgenden kurz dargestellt wird. Sechs Handlungsfelder bilden den inhaltlichen Kern des AGE-Managements, deren Gestaltung zur Senkung der Risiken und zur besseren Nutzung der Chancen des demografischen Wandels im Unternehmen beitragen.

- Unternehmenskultur:

Mannigfaltige Belegschaften erfordern ein Umdenken in Unternehmen. Im Unternehmensleitbild sollte daher das Prinzip der Verschiedenheit (Diversity) fest verankert sein.

- Führung:

Das Führungsverhalten bestimmt maßgeblich die Sicherung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Damit das Ziel der gemeinsamen Gestaltung des Arbeitslebens der Mitarbeiter erreicht werden kann, sollte eine realistische und vorurteilsfreie Einschätzung des Leistungsvermögens älterer Beschäftigter erfolgen.[35]

- Personalmanagement:

Besonders in der Altenpflegebranche ist im Rahmen der Personalarbeit darauf zu achten, dass eine möglichst ausgeglichene Altersmischung im Betrieb vorherrscht. Ferner ist es wichtig, gute Mitarbeiter möglichst

---

[33] Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2013 (Internet)
[34] Vgl. Freiling 2011, S. 9-10
[35] Vgl. Freiling/Gottwald 2012, S. 273-274

langfristig an das Unternehmen zu binden und die Nachfolgerfrage frühzeitig zu stellen.

- Arbeitsorganisation:

Im Rahmen der Gestaltung der Arbeitsorganisation sollte den Bedürfnissen der alternden Belegschaft Rechnung getragen werden. Flexiblere Arbeitszeitmodelle und die Reduzierung von Routineaufgaben sind nur einige Maßnahmen, die ergriffen werden können.

- Gesundheit:

Durch lang andauernde einseitige Arbeitsbelastungen nimmt die Arbeitsfähigkeit im Alter ab. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz erhält somit eine große Bedeutung. Für die Altenpflege gilt daher besonders auf die Reduzierung von psychosozialen Belastungen zu achten.

- Innovation und Wissenstransfer:

Für die Altenpflegewirtschaft gewinnt die Innovationsfähigkeit an Bedeutung. Daher sind der Austausch von Erfahrungen und Wissen unter Mitarbeitern verschiedener Altersklassen wichtige Elemente, um der Alterung der Belegschaft zu begegnen.[36]

Damit der demografische Wandel in Unternehmen nicht als Bedrohung wahrgenommen werden muss, betrachtet das finnische Modell das Thema ganzheitlich und lässt die sich daraus ergebenden Chancen nicht aus dem Blick. Mitarbeiter können also durch gezieltes Age-Management länger leistungsfähig und somit auch produktiver arbeiten.

2.1.2 Entwicklung der Arbeitskräftenachfrage auf dem Pflegemarkt

Schon heute fehlen Altenpflegefachkräfte; wie hoch ihre Zahl genau ist, ist unklar. Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte sind im Durchschnitt 167 Tage vakant. Zum Vergleich: Über alle Berufe hinweg dauert es lediglich 100 Tage, um eine Stelle neu zu besetzen.[37] Der zukünftige Fachkräftebedarf hängt indes von einer Vielzahl von Fakto-

[36] Vgl. Hafkesbrink/Krause 2017, S. 21-28
[37] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2017, S. 1

ren ab. Neben der Pflegewahrscheinlichkeit und der demografischen Entwicklung tragen die Verweildauer im Beruf und eine mögliche Entlastung durch die Digitalisierung zur künftigen Nachfrage nach Pflegefachkräften bei. Ferner ist das gesetzlich vorgegebene Verhältnis von Altenpflegefach- zu Hilfskräften mit verantwortlich für den späteren Personalbedarf.[38] In verschiedenen Prognosen haben namhafte Institute bereits errechnet, wie groß eine eventuelle Pflegelücke sein wird. Unter Pflegefachkräften sind in beiden Studien Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer sowie Altenpfleger zusammengefasst.[39] Das Statistische Bundesamt und das Bundesinstitut für Berufsforschung gehen in einem Status-quo-Szenario von gleichbleibender Pflegewahrscheinlichkeit und konstantem Personalbedarf aus. Mithin entscheidet in dieser Annahme nur die demografische Entwicklung über den Bedarf an Pflegekräften. Im Jahr 2025 fehlen demnach bei konstanter Fortschreibung der Beschäftigungsstruktur rund 214.000 Pflegevollkräfte.[40] Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat die Lücke auf dem Pflegearbeitsmarkt als Differenz von Angebot und Nachfrage berechnet. Unter konstant fortgeschriebenen Raten fehlen 2050 im Extremfall etwa eine Million Pflegevollkräfte in Deutschland.[41]

2.2 Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung

Eine große Herausforderung für die soziale Pflegeversicherung (SPV) liegt in der Tatsache, dass die deutsche Bevölkerung sinkt und altert. Daraus ergibt sich eine weiter wachsende Zahl an Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren.[42] Des Weiteren birgt die Entwicklung der Leistungsinanspruchnahme von Pflegegeld zur höher vergüteten stationären Pflegeleistung eine finanzielle Belastung in sich. Grund dafür sind

[38] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2016 (Internet)
[39] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2010, S. 994
[40] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2010, S. 997-998
[41] Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) 2012, S. 14
[42] Vgl. Schönwald/Kühne/Jenal/Currin 2014, S. 17-19

auch hier der demografische Wandel und sich verändernde familiäre Strukturen.[43] Kostentreibend wirken sich ebenfalls die Ausweitungen der Leistungen durch die Pflegestärkungsgesetze aus. Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist zur Finanzierung der weiter steigenden Ausgaben der SPV mit Beitragserhöhungen zu rechnen.[44] Dabei werden kleine und mittlere Erwerbseinkommen aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze überdurchschnittlich belastet. Ferner steigen bei Beitragserhöhungen zur Refinanzierung der Ausweitung der Pflegeleistungen die Arbeitskosten in Deutschland.

2.2.1 Absicherung des Pflegerisikos vor Einführung der Pflegeversicherung

Vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 gab es in Deutschland kein vorrangiges Leistungssystem zur finanziellen Absicherung von Pflegebedürftigkeit. So sorgte die mangelnde Absicherung dafür, dass Pflegebedürftigkeit ein erhebliches finanzielles Risiko sowohl für die Betroffenen als auch für unterhaltspflichtige Angehörige darstellte.[45] Das Subsidiaritätsprinzip sieht vor, dass zunächst die zu Pflegenden und ihre Angehörigen (Ehepartner und Kinder) die Kosten der Pflege selbst tragen. Subsidiäre Leistungen in Form von Sozialhilfe konnten erst in Anspruch genommen werden, wenn die privaten finanziellen Ressourcen aufgebraucht waren.[46] Infolge dieser Rahmenbedingungen wurde die Sozialhilfe, die im deutschen Sozialrecht gleichsam als letztes „Auffangbecken“ konzipiert ist, zum Regelfall zur Absicherung von Pflegebedürftigkeit.[47] Somit stiegen die Zahlen der Leistungsempfänger und die Ausgaben der kommunalen Sozialhilfeträger stark an. Ausschlaggebend für die Debatte über die Absicherung im Pflegefall war ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe aus dem Jahr 1974. Das Gutachten kritisierte insbesondere das künstliche Trennen von pflegerischer und medizinischer Behandlungsbedürftig-

[43] Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2010, S. 22
[44] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2017, S. 8-15
[45] Vgl. Bowles 2015, S. 48
[46] Vgl. Simon 2013, S. 447
[47] Vgl. Lampert/Althammer 2007, S. 339

keit.[48] Für medizinische Leistungen trugen damals wie heute die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten. Pflegerische Leistungen waren hingegen privat oder mittels Sozialhilfe zu bezahlen.[49] Parteiübergreifend ist die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit als notwendig befunden worden, jedoch gab es keine Einigkeit bzgl. der Form des Schutzes. Mit der Gesundheitsreform von 1989 wurde der Leistungskatalog der GKV um „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ erweitert, welche zwei Jahre später in Kraft traten. Im Jahr 1994 fiel die Entscheidung, das Risiko der Pflegebedürftigkeit künftig über das bereits bekannte Sozialversicherungsmodell abzusichern. Diskutiert worden sind u.a. auch Modelle zur gesetzlichen Pflicht zur privaten Vorsorge oder eines gesetzlichen Anspruchs auf Versorgungsleistungen durch ein steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz.[50] Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) wurde am 01. Januar 1995 die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt.[51]

2.2.2 Finanzielle Rahmenbedingungen

Finanziert wird die soziale Pflegeversicherung über das Umlageverfahren. Laufende Beitragseinnahmen werden für Pflegekosten derselben Periode aufgewandt. Schon während der Einführung der SPV stand das Finanzierungsmodell in der Kritik. Versicherungsmodellen dieser Art mangelt es aufgrund der demografischen Entwicklung an nachwachsenden Generationen. Das Umlageverfahren gilt mit diesen Voraussetzungen als nicht nachhaltig. Unter diesen Gesichtspunkten wäre eine kapitalgedeckte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung eher begrüßenswert gewesen. Wegen fehlender Altersrückstellungen hätten pflegenahe Jahrgänge allerdings nicht von der SPV profitiert.[52] So kam es mit der Wahl des Umlageverfahrens zu einem politisch gewollten „Einführungsgeschenk“ zu Lasten jüngerer Generationen. Mit Einführung der SPV wurde zunächst ein Beitrag von 1% des beitragspflichti-

[48] Vgl. Popp 2011, S. 8
[49] Vgl. Bowles 2015, S. 49
[50] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) 2003, S. 185
[51] Vgl. Simon 2013, S. 448
[52] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) 2003, S. 185

gen Einkommens erhoben. Zu zahlen war dieser vom sozialversicherungspflichtigen Mitglied und seinem Arbeitgeber zu gleichen Teilen. Zur Kompensation für die Mehrbelastung der Arbeitgeber wurde in vielen Bundesländern der Buß- und Bettag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft.[53] Seit April 1995 können ambulante und seit Juli 1995 ebenfalls stationäre Leistungen der SPV in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig stieg auch der Beitragssatz auf 1,7 Prozent.[54] In den folgenden Jahren ist der Beitragssatz weiter gestiegen auf aktuell bis zu 2,8%, wie die Abbildung 3 verdeutlicht. Ein Teil dieser Erhöhung wird in den von der Großen Koalition gegründeten Pflegevorsorgefonds fließen. Das von der Bundesbank verwaltete Sondervermögen soll ab dem Jahr 2035 für stabile Beitragssätze sorgen, dann nämlich sind die Babyboomer in einem Alter mit einer hohen Pflegewahrscheinlichkeit. Der Großteil der Erhöhung ist indes steigenden Kosten – nicht zuletzt durch Leistungsausweitungen – geschuldet.[55]

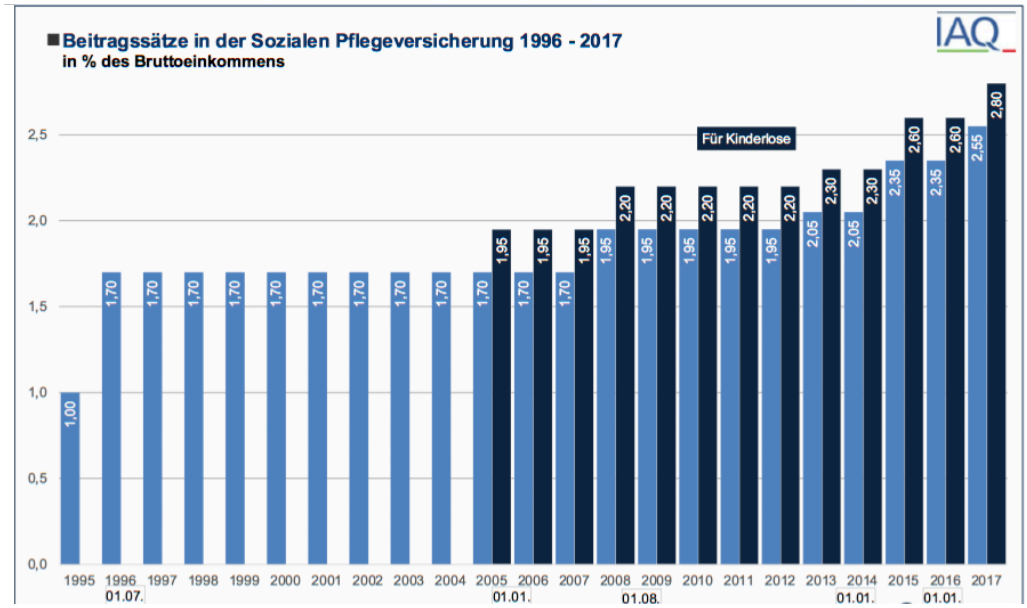

Abb. 3: Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung 1996 − 2017[56]

[53] Vgl. Lampert/Althammer 2007, S. 341
[54] Vgl. Simon 2013, S. 449
[55] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2017 (Internet)
[56] Vgl. Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.) 2017, S. 2

2.2.3 Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren

In der deutschen Sozialversicherung ist das Umlageverfahren das vorherrschende Modell zur Finanzierung. Es findet Anwendung in der sozialen Pflege-, gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Konstitutiv für das Umlageverfahren ist, dass zur Verfügung stehende Beiträge direkt zur Leistungsfinanzierung verwendet werden.[57] Dabei entstehen lediglich geringe Schwankungsreserven. Durch eine fehlende Äquivalenz von Beiträgen zu Leistungen besteht die Möglichkeit eines intra- und intergenerativen Risikoausgleichs. Geld- und/oder Sachleistungen erreichen so Personen, die nicht oder nur in geringem Maße an der Finanzierung beteiligt sind.[58] Künftige Generationen haben durch die nicht vorhandene Äquivalenz indes auch keinen Anspruch auf Leistungen in einer gewissen Höhe. Durch gezahlte Beiträge erworbene Anwartschaften auf künftige Leistungen sind von sozioökonomischen Rahmenbedingungen und der Zahlungsbereitschaft der Beitragszahler zum Zeitpunkt des Leistungsbezugs abhängig. Mithin entsteht eine „inhärente Schuld“, jedoch kein fester Anspruch auf ein Leistungsniveau.[59] Die Rendite des Umlageverfahrens speist sich bei konstantem Beitragssatz, bemessen am Erwerbseinkommen, aus dem Wachstum der Lohnsumme. Sollten die Löhne und Gehälter einmal nicht wachsen, so beläuft sich die Rendite des Umlageverfahrens auf die Zunahme der erwerbstätigen Bevölkerung.[60] Anzumerken ist hierbei: Momentan sind die demografischen Bedingungen nahezu ideal, die geburtenstarken Babyboomer sind noch Beitragszahler und dazu in einem Alter, in welchem über den Lebenszeitzyklus betrachtet das höchste Einkommen aus Erwerbsarbeit erzielt wird. In den kommenden Jahren hingegen wird die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland demografiebedingt abnehmen (siehe Abbildung 4). Bekannt ist dieses demografische Ungleichgewicht bereits seit den 1970er Jahren. Gleichwohl ist die soziale

[57] Vgl. Lampert/Althammer 2007, S. 284
[58] Vgl. Bowles 2015, S. 100
[59] Vgl. Bäcker/Naegele/Bispinck/Hofemann/Neubauer 2010, S. 117
[60] Vgl. Bowles 2015, S. 102

Pflegeversicherung 1995 nach altbekanntem Muster als umlagefinanzierte Sozialversicherung entwickelt worden.

	2010	2020	2025	2030
Erwerbspersonen (in 1000)	43.712	42.561	41.786	40.846
Erwerbstätige (in 1000)	40.603	40.627	39.975	39.169
Erwerbslose (in 1000)	3.109	1.933	1.811	1.677
Erwerbslosenquote (%)	7,1	4,5	4,3	4,1
Arbeitszeit (Index)	100,0	99,9	102,0	104,0
Arbeitsproduktivität (BIP/Erwerbstätigen; Index)	100,0	122,1	133,0	145,0

Abb. 4: Gesamtwirtschaftliche Indikation[61]

Das Kapitaldeckungsverfahren hingegen fußt auf dem Prinzip des An- und Entsparens. Gezahlte Prämien werden auf dem Kapitalmarkt angelegt, um einen Kapitalstock aufzubauen. Zins und Prämie ergeben das akkumulierte Kapital, zu berücksichtigen sind ggf. Kosten für die Verwaltung der Kapitalanlage.[62] Anders als beim Umlageverfahren kommt es beim Kapitaldeckungsverfahren nicht zur intra- oder intergenerativen Umverteilung; das liegt daran, dass jedes Mitglied für sich selbst sorgt. Die Rendite des Kapitalstocks ergibt sich aus der Rendite des realen Kapitalmarktzinses. Je nach Anlageform unterscheiden sich die Renditen voneinander, jedoch besteht immer ein Trade-off zwischen dem Risiko der Anlage und ihrer Rendite. Die Höhe der Rendite spiegelt gleichsam die Risikobereitschaft der Anleger wider. Meist wird das Geld des Kapitalstocks in Staatsanleihen und Aktien investiert. Ersteres Vorgehen bietet eine optionale Sicherung des Nominalwerts, ihm wohnt jedoch ein Inflationsrisiko inne. Die Anlage in Aktien ist indes mit Renditeschwankungen verbunden, dafür unterliegt sie keinem erwähnenswerten Inflationsrisiko.[63] Oft wird das Kapitaldeckungsverfahren im Gegensatz zum Umlageverfahren als demografiegeschützt bezeichnet. Dies ist mitnichten der Fall, denn sinkt die Bevölkerungszahl, so sinkt auch die Nachfrage nach Wertpapieren und die Kurse fallen.[64] In offenen Volkswirtschaften kann das Geld in solch einem Fall in ausländische Märkte investiert werden, gleichwohl ist der Einwand berechtigt.

[61] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 2013, S. 5
[62] Vgl. Breyer 2000, S. 389
[63] Vgl. Bowles 2015, S. 103
[64] Vgl. Lampert/Althammer 2007, S. 284

2.2.4 Charakteristika und Strukturen

Im Wesentlichen gleichen sich die Strukturen der GKV und der SPV. Es besteht jeweils eine gesetzliche Versicherungspflicht, die Mitgliedschaft in der GKV oder der privaten Krankenversicherung (PKV) bedingt automatisch die Mitgliedschaft in der SPV oder der privaten Pflegeversicherung (PPV). Ferner erfolgt die Finanzierung ebenfalls im Umlageverfahren mit gleich hoher Beitragsbemessungsgrenze. Für beide gelten das Selbstverwaltungsprinzip und die kostenfreie Mitversicherung von Kindern und nichtbeitragspflichtig beschäftigten Ehepartnern.[65] Gleichwohl gibt es konstitutive Unterscheidungsmerkmale in der Struktur beider Versicherungen. Vorderhand ist der Versicherungsumfang verschieden: Während die GKV einen Vollversicherungsschutz bietet, deckt die SPV lediglich eine Grundversorgung für Pflege- und hauswirtschaftliche Leistungen ab. Sie wird daher oft als „Teilkaskoversicherung“ bezeichnet.[66] Darüber hinaus bestehen Unterschiede in der Leistungsart. In der GKV gilt ausschließlich das Sachleistungsprinzip, die soziale Pflegeversicherung hingegen kennt sowohl das Sach- als auch das Geldleistungsprinzip.[67] Ein weiterer großer Unterschied zur GKV besteht in der Leistungserbringung, diese erfolgt in der SPV u.a. durch den Einbezug von Laien in die ambulante Pflege. Zuletzt sind Differenzen bzgl. des Beitragssatzes zu nennen. Während dieser bis auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag in der GKV für alle gleich hoch ist, zahlen Kinderlose in der SPV ab dem 23. Lebensjahr einen um 25 Basispunkte höheren Beitrag.[68] Im Jahr 2001 hielt diese Entscheidung vor dem Bundesverfassungsgericht stand. Es begründete das Urteil mit dem Wert der Kindererziehung für die SPV, die kostenlose Mitversicherung von Kindern reichte dem Verfassungsgericht nicht als ausreichende Kompensation.[69] Die Umsetzung dieses Urteils vier Jahre später mündete, bei selber Leistung, in einen höheren Beitragssatz für Kinderlose.

---

[65] Vgl. Oberender/Zerth 2010, S. 34-43
[66] Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 322
[67] Vgl. Simon 2013, S. 463
[68] Vgl. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) 2017, S. 18
[69] Vgl. Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1629/94, S. 6

2.2.5 Pflegegrade und Leistungen

Nach der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Bewilligung der Leistungen durch die Pflegekasse können Pflegesach- und/oder Geldleistungen in Anspruch genommen werden.[70] Leistungsberechtigte werden seit 2017 in fünf so genannte Pflegegrade eingeteilt. Die Einstufung richtet sich danach, wie selbständig ein Mensch ist und welche Fähigkeiten er noch besitzt. Sie erfolgt mit Hilfe eines Punktesystems, bei dem die Punktzahl die Pflegebedürftigkeit widerspiegelt. Die Höhe des Pflegegrades entscheidet über das finanzielle Ausmaß von Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse.[71] Grundsätzlich gilt, dass die gewährten Pflegeleistungen den Betroffenen helfen sollen, ein möglichst selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben zu führen. Ebenfalls im Sozialgesetzbuch (SGB) XI verankert ist der Vorrang ambulanter vor stationären Pflegeleistungen. Schließlich unterliegen Pflegeleistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot.[72] Gleichwohl sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung in den vergangenen 17 Jahren um fast 80% gestiegen, wie Abbildung 5 zeigt.

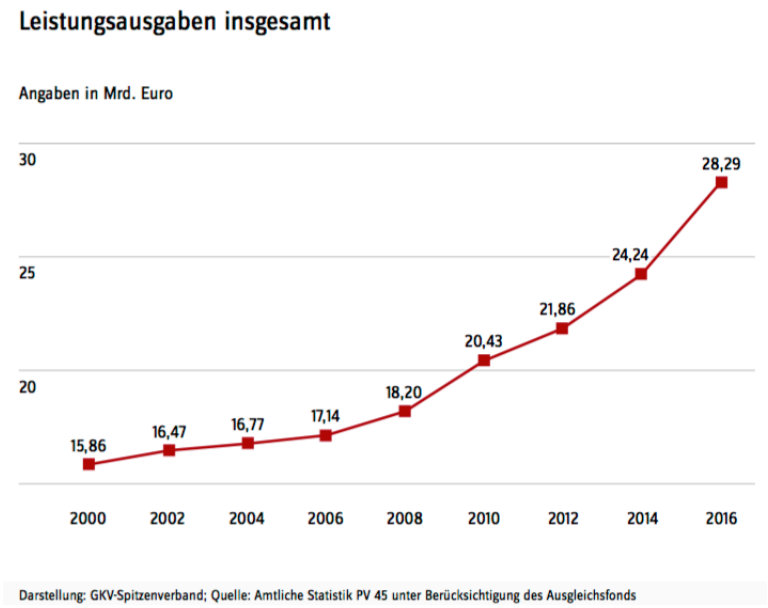

Abb. 5: Leistungsausgaben insgesamt[73]

[70] Vgl. Simon 2013, S. 460
[71] Vgl. Barmer Pflegekasse (Hrsg.) 2017, S. 16-17
[72] Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 324
[73] Vgl. Spitzenverband der GKV (Hrsg.) 2017, S. 6

3 Fachkräftemangel von Altenpflegekräften in Deutschland

Viele Berufe im Gesundheitswesen, welche sich um die Pflege anderer Menschen kümmern, teilen den Begriff der Pflegekraft. Er beinhaltet sowohl Pflegehelfer mit einer mindestens einjährigen Pflegeausbildung als auch Pflegefachkräfte. Im Sozialrecht wird eine Pflegefachkraft im § 71 SGB XI definiert als Person mit abgeschlossener Berufsausbildung als

- Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,

die zusätzlich zwei Jahre praktische Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre vorweisen kann.[74] Im Jahr 2015 entschieden sich über 20.000 Frauen und Männer für eine Berufsausbildung in einem der genannten Berufe.[75] Ebenso kann eine Qualifikation in Gesundheitsberufen durch ein Studium an einer Universität oder einer Fachhochschule erfolgen. Durch einen Anstieg der Komplexität und die sich wandelnde Arbeitsteilung empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote in Pflegeberufen von zehn bis zwanzig Prozent. Aufgrund des steigenden Bedarfs an Pflegefachkräften würde dies einen zusätzlichen Bedarf von 2.100 bis 4.800 Studienplätzen voraussetzen.[76]

Von August 2015 bis Juli 2016 waren im gleitenden Durchschnitt 19.500 offene Stellen in der Altenpflege gemeldet. Dem standen auf der Angebotsseite im selben Zeitraum 34.600 als arbeitslos gemeldete Altenpflegekräfte gegenüber. Ein genauer Blick zeigt die Divergenz zwischen Nachfrage- und Qualifikationsstruktur. So entfielen 12.300 offene Stellen auf examinierte Altenpflegefachkräfte, auf die weniger qualifizierten Altenpflegehelfer hingegen nur 7.200. Deutlich wird der Unterschied der Nachfrage bei den Arbeitslosenzahlen. Von den 34.600 arbeitslos gemeldeten Altenpflegekräften waren im Referenzzeitraum

---

[74] Vgl. Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), BGBl. I 1996, S. 833
[75] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 27
[76] Vgl. Wissenschaftsrat (Hrsg.) 2012, S. 85

90% Altenpflegehelfer. Hingegen suchten lediglich 3.600 examinierte Altenpflegefachkräfte eine neue Beschäftigung. Abbildung 6 verdeutlicht die stark gestiegene Nachfrage nach gut qualifizierten Fachkräften in der Altenpflege und zeigt einen anhaltenden Trend.

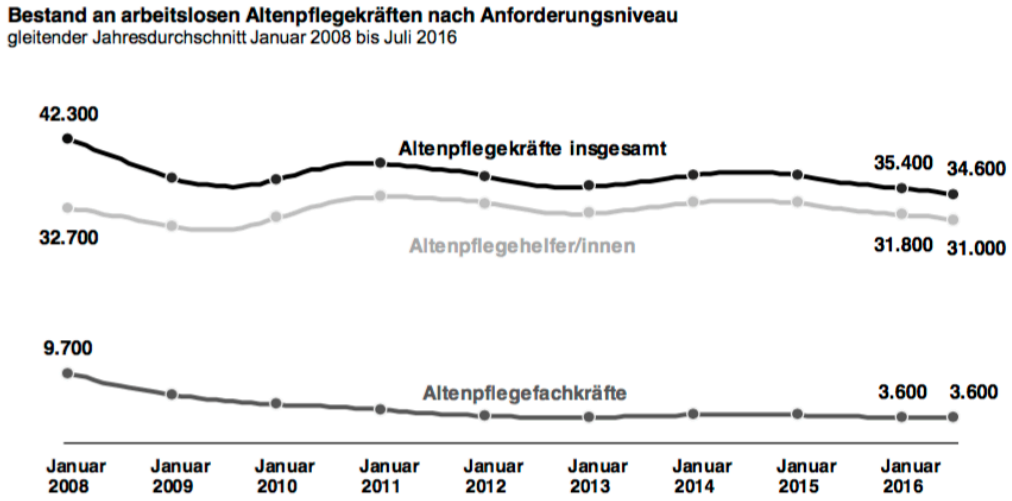

Abb. 6: Bestand an arbeitslosen Altenpflegekräften nach Anforderungsniveau, gleitender Jahresdurchschnitt Januar 2008 bis Juli 2016[77]

Ein höheres Bildungsniveau schützt auch in Altenpflegeberufen vor Arbeitslosigkeit; so sank die Zahl der Arbeitslosen unter den Altenpflegefachkräften im Zeitraum Januar 2008 bis Januar 2016 um über 60 Prozent. Die Zahl der Altenpflegehilfskräfte blieb indes nahezu konstant, mithin lässt sich konstatieren, dass examinierte Fachkräfte deutlich stärker nachgefragt werden. An Altenpflegehelfern besteht mitnichten ein Mangel, das Angebot übersteigt die Nachfrage signifikant. Auf 100 gemeldete Stellen kommen bundesweit rechnerisch 492 arbeitslose Altenpflegehelfer. Umgekehrt ist das Verhältnis bei den Altenpflegefachkräften: 100 offene Stellen treffen auf lediglich 38 Arbeitslose. Im gesamten Bundesgebiet besteht daher ein Personalengpass an Fachkräften in der Altenpflege.[78]

3.1 Begriffsdefinition von Fachkräften und Fachkräftemangel

Fachkräfte im Allgemeinen werden definiert als Personen mit entweder einer anerkannten akademischen oder einer mindestens zwei Jahre

[77] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 7
[78] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 7-9

andauernden abgeschlossenen Berufsausbildung. Wenn die Nachfrage nach Fachkräften nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann, herrscht ein Mangel an Fachkräften vor. Betreffen kann dieser Mangel sowohl einzelne Teilarbeitsmärke als auch die gesamte Wirtschaft.[79] Unterteilt wird in kurz- und mittelfristige sowie in langfristige Fachkräfteengpässe. Gründe für einen kurz- bzw. mittelfristigen Fachkräftemangel sind u.a. lange Ausbildungszeiten, ein konjunktureller Aufschwung oder fehlende Transparenz am Arbeitsmarkt. Ein langfristiger Fachkräftemangel entsteht u.a. aufgrund des demografischen Wandels sowie durch Defizite im Bildungssystem. Besteht bei anhaltender Arbeitslosigkeit ein Personalengpass, weil offene Stellen nicht besetzt werden können, liegt ein „Mismatch“ vor. Auf dem Arbeitsmarkt kann ein „Mismatch“ durch Qualitätsmängel des Arbeitsangebots, mangelnde Transparenz auf dem Arbeitsmarkt sowie fehlende Motivation und Mobilität der Bewerber auftreten.[80]

3.2 Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach Altenpflegekräften − aktueller Stand und zukünftige Entwicklung

Die Nachfrage nach Altenpflegekräften korreliert stark mit der Altersstruktur der Wohnbevölkerung eines Landes. Weitere Einflussfaktoren sind die altersspezifischen Pflegequoten, gemessen wird dabei der prozentuale Anteil an Pflegebedürftigen in der Bevölkerung im jeweiligen Alter. Grundsätzlich lässt sich mit zunehmendem Alter eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit konstatieren. In der deutschen Altersstruktur zeigt sich ein Trend zu mehr Hochbetagten. Zwischen 1999 und 2013 stieg die Zahl der über 80-Jährigen von 2,9 auf 4,4 Millionen an, gleichzeitig sank die Zahl Jüngerer.[81] Entscheidend für die Zahl der Pflegebedürftigen ist ferner die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf. Bei der „Kompression der Morbidität“ wird unterstellt, dass bei einer steigenden Lebenserwartung

[79] Vgl. Fakten und Position der Bundesregierung zum so genannten Fachkräftemangel, S. 3
[80] Vgl. PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) 2010, S. 17
[81] Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.) 2015, S. 10

die Morbidität und Pflegebedürftigkeit später und kürzer auftritt. Mit diesen Annahmen sind bereits Zukunftsszenarien mit sinkenden Pflegequoten erstellt worden. In der ersten Dekade dieses Jahrhunderts zeigte sich allerdings eine eher konstante altersspezifische Pflegeprävalenz. Zurückzuführen ist das auf eine gestiegene Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit, deshalb wird weitgehend davon ausgegangen, dass eine „Kompression der Morbidität“ nicht stattfindet.[82]

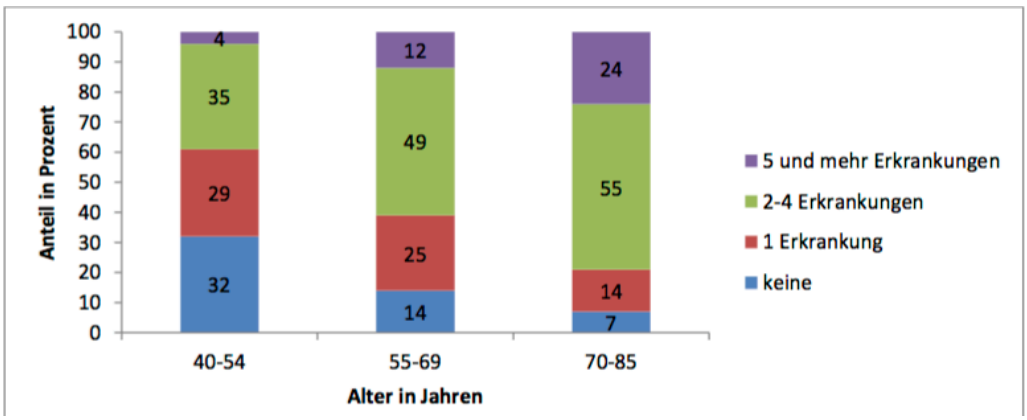

Abb. 7: Multimorbidität nach Altersgruppen [83]

In Abbildung 7 wird der Zusammenhang zwischen Alter und Multimorbidität deutlich. 80% der Menschen über 70 Jahre leiden an zwei oder mehr Erkrankungen, jeder Vierte in dem Alter sogar an fünf oder mehr. Eine älter werdende Bevölkerung verlangt daher nach mehr Pflegeleistungen.[84]

Die Nachfrage wird darüber hinaus von einer veränderten familiären Struktur beeinflusst. Einigkeit herrscht darüber, dass sich das Gesicht der Familie geändert hat. Galt in den 1950er und 1960er Jahren noch der klassische „Familienzyklus“ mit den Phasen der Gründung eines Haushaltes, einer Familie und der Erziehung der Kinder, so findet sich heute eine Vielzahl von Familienformen.[85] Zunächst stehen aufgrund der Geburtenrückgänge weniger Kinder zur Verfügung, die ihre Eltern und Schwiegereltern pflegen. Trotz zuletzt gesunkener Scheidungsraten wird immer noch mehr als jede dritte Ehe wieder geschieden, auffäl-

[82] Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2012, S. 24
[83] Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.) 2015, S. 12
[84] Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.) 2015, S. 12
[85] Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2009 (Internet)

lig ist, dass sich selbst langjährig Verheiratete vermehrt scheiden lassen.[86] Somit stehen diese Partner nicht mehr zur Pflege ihres Ehepartners zur Verfügung. Schließlich sorgt eine stärkere berufliche Mobilität dafür, dass Kinder oft nicht am selben Ort wie die eigenen Eltern wohnen. Steigende Berufspendler-Zahlen belegen eine früher nicht gekannte berufliche Mobilität.[87] Analog dazu existieren immer weniger Mehrgenerationen-Haushalte.[88] Für die Pflege der Alten wird professionelle Hilfe daher zum Primat. Von den aktuell 2,9 Millionen Pflegebedürftigen wird rund die Hälfte daheim von ihren Angehörigen gepflegt. Ihr Anteil dürfte aufgrund der beschriebenen familiären Entwicklungen in den nächsten Jahren sinken.[89] Neustrukturierte Familienverhältnisse, der Altersaufbau der deutschen Wohnbevölkerung und die Multimorbiditätsentwicklung tragen ganz entscheidend zur potentiellen Nachfrage nach Altenpflegekräften bei. Seit 2013 gilt der Beruf des Altenpflegers daher in ganz Deutschland als Mangelberuf. Pflegeeinrichtungen haben mithin große Schwierigkeiten, ihren Fachkräftebedarf zu decken; wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, fehlt es besonders an examinierten Altenpflegefachkräften. Inwieweit die genannten Einflussfaktoren die Nachfrage bestimmen werden, ist unsicher, fest steht nur, dass Deutschland in den nächsten Jahren und Jahrzehnten einen wachsenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen für alte Menschen haben wird. Unter Annahme konstanter alters- und geschlechtsspezifischer Pflegequoten wird die Zahl der Pflegebedürftigen von heute 2,9 auf 3,5 Millionen im Jahr 2030 steigen.[90] Im Zeitverlauf parallel dazu schrumpft das Erwerbspotential um 6 Millionen auf 40 Millionen im Jahr 2030. Nettozuwanderungseffekte und eine Erhöhung der Erwerbsquote sind hierbei nicht berücksichtigt worden.[91] Mithin trifft steigende Nachfrage auf ein sinkendes Angebot. Im Verlauf dieser Arbeit wird ferner aufgezeigt, mit welchen Mitteln das Angebot erhöht werden kann. Die

[86] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 1-2
[87] Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) 2016, S. 2
[88] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2016, S. 6
[89] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 5
[90] Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungswachstum (Hrsg.) 2015, S. 1
[91] Vgl. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (Hrsg.) 2017, S. 1

Knappheit auf dem Markt der Pflegefachkräfte zeigt sich schon aktuell mit wachsenden Vakanzzeiten für Altenpflegefachkräfte.

3.3 Angebot von Altenpflegekräften – aktueller Stand und zukünftige Entwicklung

Die Pflegestatistiken weisen eine deutliche Zunahme der Beschäftigung in der Altenpflegewirtschaft aus. Im Jahr 2007 arbeiteten rund 800.000 Frauen und Männer in der Altenpflege, acht Jahre später waren es über eine Million.[92] Getrieben ist dieser Zuwachs an Köpfen u.a. durch eine erhöhte Teilzeitbeschäftigung. Die hohe Teilzeitbeschäftigtenquote von über 50 Prozent zeigt zum einen die Chancen der flexiblen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Arbeitsplätze, zum anderen stellt sie auf dem Arbeitsmarkt dennoch eine Besonderheit dar. Angebotsseitig ist die Höhe der Teilzeitbeschäftigung mit einem Frauenanteil von weit über 80% zu erklären, oft entspricht es dem Wunsch der Beschäftigten, Teilstatt Vollzeit zu arbeiten.[93] Besonders im ambulanten Pflegesektor ist die Nachfrage nach Teilzeitkräften „nachfrageinduziert“, da viele Mitarbeiter speziell in den Morgen- und Abendstunden gebraucht werden, diese jedoch nicht in Vollzeit ausgelastet werden können. Für Betreiber eines ambulanten Pflegedienstes kann es daher ökonomisch sinnvoll sein, vermehrt Teilzeitkräfte einzustellen.[94]

Nach der Fachkräftedefinition des Sozialgesetzes handelt es sich in der Altenpflege bei rund der Hälfte der Beschäftigten nicht um ausgebildete Fachkräfte. Zukünftig ist allerdings eine vielfältigere und anspruchsvollere Pflege zu erwarten. Insbesondere durch das wachsende Angebot an Wohngruppen und Hausgemeinschaften zeigt sich, dass Pflegeeinrichtungen vermehrt individuelle Betreuungsdienstleistungen anbieten. Hierfür werden gezielt qualifizierte Altenpflegekräfte benötigt.[95] Ein Blick auf die Altersstruktur des Altenpflegepersonals zeigt, dass der Mangel an Personal indes ebenfalls auf ein schwindendes Angebot zurückzu-

[92] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017 (Internet)
[93] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 5
[94] Vgl. Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft (Hrsg.) 2012, S. 8
[95] Vgl. Dumeier 2012, S. 43

führen ist. Fast 40 Prozent der in der Altenpflege Beschäftigten sind 50 Jahre oder älter, werden mithin den Arbeitsmarkt in den nächsten 15 Jahren verlassen.[96] Entscheidend für das künftige Altenpflegekräfteangebot ist u.a. die Entwicklung des Erwerbspotentials der deutschen Wohnbevölkerung. Steigt die Anzahl der Erwerbspersonen im Alter von 19 bis 64 Jahren, stehen dem Arbeitsmarkt und damit auch dem Pflegesektor mehr Arbeitskräfte zur Verfügung. Bei einem prognostizierten Rückgang um 8% im Jahr 2030 im Vergleich zu 2015 hingegen ist eine geringere Anzahl Erwerbstätiger im Pflegesektor zu erwarten (siehe Abbildung 8).[97]

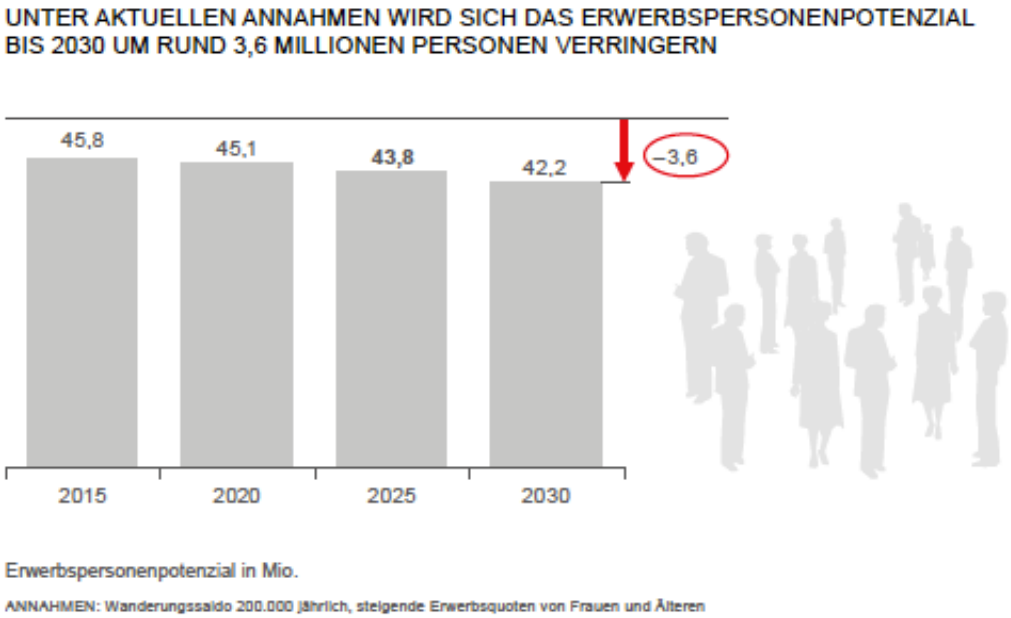

Abb. 8: Unter aktuellen Annahmen wird sich das Erwerbspotential bis 2030 um rund 3,6 Millionen Personen verringern[98]

In der ambulanten Pflege wird für das Jahr 2030 ein Pflegekräfteangebot von 154.000 Vollzeitäquivalenten prognostiziert, im stationären Bereich sind es 386.000.[99] Für beide Betreuungsformen wäre dies jeweils ein Rückgang um 12,5% im Vergleich zu 2015.

3.3.1 Leistungserbringer und Trägerlandschaft der Altenpflege

Einrichtungen, die professionelle Pflege anbieten, sind in drei Trägerschaften einzuteilen: Private, freigemeinnützige und öffentliche Anbieter

[96] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 10-19
[97] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 6
[98] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 6
[99] Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2012, S. 53-54

prägen seit Jahrzehnten die Trägerlandschaft im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Im Jahr 1999 gab es in Deutschland bereits 10.820 ambulante Pflegedienste, welche insgesamt rund 415.000 alte und kranke Menschen betreuten. Die Versorgungsrelation lag somit bei 38. Sie gibt an, wie viele Pflegebedürftige im Schnitt auf einen ambulanten Pflegedienst entfallen. In den folgenden Jahren blieb die Zahl der ambulanten Pflegedienste weitgehend konstant; nachdem immer mehr Menschen Pflegesachleistungen nachfragten, stieg die Versorgungsrelation 2005 auf 43 an.[100] Als Reaktion auf die höhere Nachfrage wuchs das Angebot bis 2015 auf 13.323 Pflegedienste. Weil die Nachfrage schneller stieg als das Angebot, betreute ein ambulanter Dienst 2015 im Schnitt 52 Pflegebedürftige und somit neun mehr als zehn Jahre zuvor.[101]

Stationäre Pflegeheime gab es 1999 in Deutschland bereits 8.859, die zusammen 645.465 Plätze anboten.[102] Bis 2015 stieg die Zahl der Pflegeheime auf 13.596 und die der Pflegeplätze auf 928.939, im Bundesdurchschnitt werden somit knapp 68 Heimplätze pro Einrichtung angeboten. Bei einem durchschnittlichen Auslastungsgrad von 89% entfallen auf jedes Heim daher 60 Pflegebedürftige. Über die Hälfte aller Pflegeeinrichtungen wurde 2015 privatwirtschaftlich betrieben, 43 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger und nur 3,2% waren in öffentlicher Hand. Der geringe Anteil öffentlicher Träger ist eine Folge der langen Tradition freigemeinnütziger Träger in Deutschland. Es zeigen sich hierbei deutliche Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Ambulante Pflegedienste werden (65%) zumeist gewinnwirtschaftlich von privaten Anbietern betrieben, bei den Pflegeheimen sind indes die freigemeinnützigen Träger stärker vertreten.[103] Kommunale Betreiber haben ambulant wie stationär eine geringe Bedeutung. Die Verschiebung hin zu mehr privaten Anbietern entlastet kommunale Haushalte und sorgt für Gewerbesteuereinnahmen, führt

[100] Vgl. Popp 2011, S. 35
[101] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 12
[102] Vgl. Popp 2011, S. 35
[103] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 21-22

jedoch auch zu einer zu kritisierenden Ökonomisierung der Pflege.[104] Schließlich beklagen viele Altenpflegekräfte zunehmenden Zeitdruck und ein restriktives Einhalten der Erbringung nur vergütet werdender Leistungen. Insbesondere für junge Menschen gilt der Beruf des Altenpflegers u.a. deshalb als unattraktiv.[105]

3.3.2 Die Generation Y als Arbeitskraft

Nach der gängigen Generationenabgrenzung arbeiten momentan drei unterschiedliche Generationen in einem Unternehmen: die Babyboomer, die Generation X und seit einiger Zeit auch die Generation Y. Die zwischen 1980 und 2000 Geborenen sind entweder frisch im Berufsleben oder strömen in den nächsten Jahren auf den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Im Namen trägt die Generation Y eine bestimmte Eigenschaft; so steht das Y für das englische Wort *why* und deutet auf den ihr eigenen Drang hin, alles zu hinterfragen.[106] Des Weiteren sind folgende Charakteristika konstitutiv:

- Eine hohe Kompetenz im Umgang mit modernen Medien sowie eine umfassende Informationsbeschaffungsfähigkeit durch das Internet – aus diesem Grund sprechen einige auch von der „Internetgeneration“.[107]
- Im Vergleich zur Generation X gilt die darauffolgende als optimistischer und legt dabei einen hohen Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dafür ist sie bereit, berufliche Aufgaben zu Hause oder unterwegs zu erledigen. Eine strikte Abgrenzung der Arbeitszeit von der Freizeit ist weniger wichtig.[108]
- Kurz- und mittelfristige Planungen sind typisch für die Generation Y. Ihr wird daher zwar ein hoher Mobilitätsgrad attestiert, indes auch eine gewisse Sprunghaftigkeit.
- Die neu ins Berufsleben gestartete Generation sieht sich als Profiteur der Globalisierung und schätzt zudem ein multikulturelles

[104] Vgl. Auth 2013, S. 415
[105] Vgl. Görres/Stöver/Bomball/Adrian 2015, S. 147-157
[106] Vgl. Pfeil 2016, S. 1-2
[107] Vgl. Dahlmanns 2014, S. 98
[108] Vgl. Würzburger 2016, S. 10

Umfeld am Arbeitsplatz. Hierarchien gemäß dem Senioritätsprinzip werden abgelehnt, Autoritäten müssen sich ihre Anerkennung zunächst durch Leistung erarbeiten.[109]

In Zeiten des Fachkräfteengpasses sind für Arbeitgeber Kriterien relevant, welche Aufschluss darüber geben, wie die knappe Zahl an zur Verfügung stehenden Arbeitskräften künftige Arbeitgeber auswählt. Grundsätzlich lässt sich konstatieren, dass es keine empirischen Belege dafür gibt, dass es sich bei den ab 1980 Geborenen um eine homogene Gruppe handelt. Vielmehr zeichnet sich die Generation Y, wie ihre Vorgänger auch, durch eine intragenerationale Heterogenität aus.

Einzuordnen ist die Arbeitsplatzwahl aufgrund ihrer Seltenheit als extensive Entscheidung. Junge Arbeitnehmer investieren wegen hoher Opportunitätskosten viel Zeit in die Informationsbeschaffung und wägen geduldig ab. Mitnichten wird hierbei rational vorgegangen. Eine trotz guter Informationsbeschaffung vorherrschende Informationsasymmetrie sorgt schlussendlich für eine Entscheidung nach Erfahrungs- und Vertrauenswerten.[110]

3.4 Ursachen für den Fachkräftemangel von Altenpflegekräften

Ursächlich für den Fachkräftemangel in der Altenpflege ist vorderhand der bereits beschriebene demografische Wandel. Dominiert wird Deutschlands Altersaufbau heute durch eine starke mittlere Altersklasse, welche sich bis 2060 weiter nach oben verschieben wird. Diese Entwicklung sorgt zum einen für eine höhere Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen und zum anderen für ein sinkendes Angebot an Arbeitskräften (siehe Abbildung 9). Die Ursachen des Personalengpasses sind allerdings wesentlich vielfältiger. Im Jahr 2015 wurde das Image des Berufs des Pflegers von Schülern analysiert. Im Ergebnis konnten sich nur 11% der Hauptschüler, 5% der Realschüler und 3% der Gymnasiasten eine Lehre in einem Pflegeberuf vorstellen.[111] Aus-

[109] Vgl. Pfeil 2016, S. 70-71
[110] Vgl. Pfeil 2016, S. 192
[111] Vgl. Görres/Stöver/Bomball/Adrian 2015, S. 147-157

schlaggebend dafür ist das negative Image des Berufs, er gilt daher vielen als unattraktiv. Gleichwohl sind die Ausbildungszahlen in den vergangenen Jahren gestiegen.[112] Nach der Ausbildungszeit hat der Beruf des Altenpflegers indes den Ruf, gering bezahlt zu werden. Zu beachten sind hierbei qualifikatorische und regionale Unterschiede bei der Vergütung. Laut Statistischem Bundesamt verdienten Altenpflegehelfer in Westdeutschland im Jahr 2014 im Durchschnitt 12,16 Euro brutto pro Stunde,[113] in den neuen Bundesländern hingegen nur 9,63 Euro.[114]

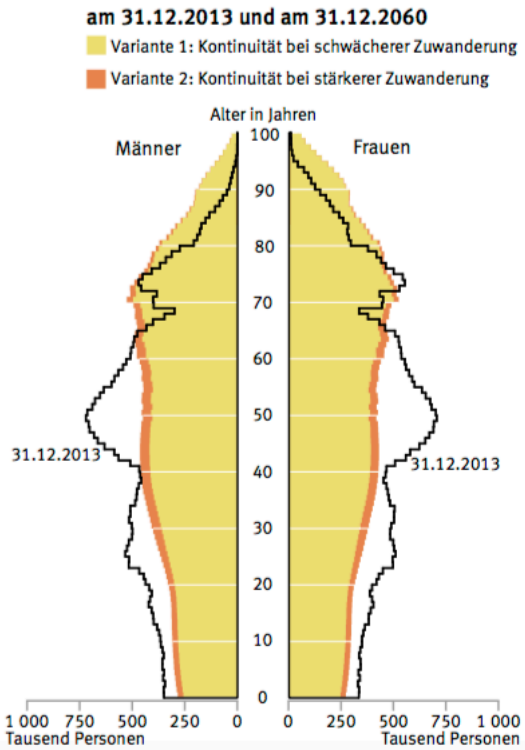

Abb. 9: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland[115]

Höher qualifizierte examinierte Altenpflegefachkräfte werden in Westdeutschland mit durchschnittlich 15,89 Euro brutto/Stunde[116] und in Ostdeutschland mit 11,60 Euro entlohnt.[117] In den alten Bundesländern wird Altenpflegehelfern im Durchschnitt 26% mehr bezahlt als in Ostdeutschland, bei examinierten Altenpflegefachkräften liegt der Mehrver-

[112] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2016 (Internet)
[113] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340
[114] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340
[115] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015, S. 18
[116] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340
[117] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340

dienst sogar bei 37% gegenüber den neuen Bundesländern. Im Bundesdurchschnitt verdienten examinierte Altenpflegekräfte 30% mehr als Altenpflegehelfer. Schlussendlich liegt selbst das Gehalt einer examinierten Altenpflegefachkraft in Westdeutschland unter dem bundesweiten Durchschnittslohn pro Stunde von 16,97 Euro.[118] Sogar innerhalb der Pflegebranche bestehen signifikante Unterschiede in der Gehaltsstruktur. Im Krankenhaus arbeitende examinierte Krankenpfleger werden nicht nur häufiger tariflich bezahlt, sie verdienen auch bundesweit im Schnitt mit 17,87 Euro je Stunde deutlich mehr als ihre Kollegen in der Altenpflege.[119] Geringe Verdienstaussichten, selbst für Fachkräfte und die innerpflegerische Konkurrenz zur Krankenpflege, sind u.a. als Gründe für den Personalengpass zu nennen. Darüber hinaus wird der Fachkräftemangel durch eine geringe Verweildauer der Altenpfleger in ihrem Beruf verschärft. Durchschnittlich arbeitet jeder Altenpfleger 8,4 Jahre in seinem Beruf.[120] Hinzu kommt eine Teilzeitquote von über 50 Prozent, welche dem Altenpflegemarkt Kapazitäten entzieht.[121] Zurückzuführen sind solche Entwicklungen auf eine allgemeine Unattraktivität des Berufsbilds. Im Einzelnen bestehen u.a. hohe physische Anforderungen, häufig werden diese in pflegerischen Tätigkeiten als sehr belastend wahrgenommen.[122] Viele Pfleger klagen zudem über zu wenig Wertschätzung für ihre Arbeit, sei es durch ihre Arbeitgeber, Angehörige oder die Öffentlichkeit. Deutlich wird dies in der Nurses Early Exit Study (NEXT-Studie). Hiernach denkt mehr als die Hälfte des Pflegepersonals in Deutschland an einen Berufsausstieg. Neben den physischen Faktoren „Heben“ und „ungünstige Körperhaltung“ werden auch lang andauernde Tätigkeiten im Stehen und lange Laufwege moniert.[123] Altenpflegekräfte sind daher mit 25 Tagen 10 Tage länger krank im Jahr als der Durchschnitt in Deutschland.[124] Hinzu kommen Schicht- und Wochenenddienste. Gesetzgeberisch verstärkt wird der Fachkräfteeng-

[118] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 6
[119] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 339
[120] Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) o. J. (Internet)
[121] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 5
[122] Vgl. Kromark/Ostendorf 2011, S. 27-30
[123] Vgl. Simon/Tackenberg/Hasselhorn/Kümmerling/Büscher/Müller 2005 (Internet)
[124] Vgl. Techniker Krankenkasse (Hrsg.) 2017 (Internet)

pass in Pflegeheimen durch die Fachkraftquote. Nach § 5 Abs. 1 der Heimpersonalverordnung muss mindestens jeder zweite Pfleger eine Fachkraft sein.[125]

4 Lösungsstrategien zur Bekämpfung des Fachkräftemangels

Vielfältige Maßnahmen bieten die Möglichkeit, eine hinreichende Versorgung mit Altenpflegekräften zu sichern. Durch eine Aufwertung des Berufsbildes kann die Zahl der Berufsanfänger erhöht und die Verweildauer im Beruf verlängert werden. Eine andere Strategie verfolgt die Absicht, die vorhandenen Kapazitäten effizienter auszuschöpfen. Gelingen kann dies durch Produktivitätsgewinne und eine Ausweitung der geleisteten Wochenarbeitszeit.[126] Neben der Reduzierung der physischen und psychischen Belastung tragen familienfreundliche und altersgerechte Arbeitszeitmodelle dazu bei, mehr ausgebildete Altenpfleger in ihrem Beruf zu halten oder ihnen ihre Rückkehr zu erleichtern. Weniger und einfachere Dokumentationen der Pflegeleistungen bieten nicht nur mehr Zeit für die Pflege, sondern sorgen auch für einen Attraktivitätsgewinn des Berufes. Darüber hinaus bietet die Rekrutierung von Altenpflegefachkräften aus dem Ausland die Möglichkeit, den Personalengpass zu entzerren.[127] Ferner wird versucht, gezielt junge Menschen über soziale Netzwerke und soziale Videokanäle zu erreichen und ihnen den Beruf des Pflegers näherzubringen. Verbunden sind diese Aktivitäten mit dem Ziel, das Image und die Reputation des Berufsbildes und der Menschen, die professionelle Pflegeleistungen erbringen, zu verbessern. Dass die Zahl der Auszubildenden dadurch erhöht und das Interesse an Pflegeberufen gesteigert werden kann, zeigt die preisgekrönte Initiative „Pflege kann nicht jeder“ der Diakonie.[128] Keine dieser Maßnahmen kann angesichts des Fachkräftemangels allein betrieben werden, sie müssen parallel verfolgt werden, um die Arbeitswelt in

---

[125] Vgl. Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV), BGBl. I 1993, S. 1205
[126] Vgl. Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 26
[127] Vgl. Görres/Stöver/Bomball/Adrian 2015, S. 147-157
[128] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2015, S. 13

der Altenpflege für In- und Ausländer attraktiver werden zu lassen. Mithin gibt es eine Vielzahl von Ansatzpunkten, um den Beruf des Altenpflegers moderner, vielseitiger, interessanter und produktiver gestalten zu können. Im Folgenden werden zunächst probate Lösungsstrategien vorgestellt und analysiert und diese darauf folgend kritisch auf ihre ökonomische Tragfähigkeit hin betrachtet.

4.1 Die Rekrutierung von Altenpflegekräften aus dem Ausland als Maßnahme zur Erhöhung des Angebots

In der Öffentlichkeit werden zur Milderung der Knappheit an Altenpflegefachkräften verschiedene Möglichkeiten diskutiert, etwa auch die gezielte Anwerbung von Altenpflegefachkräften aus dem Ausland. Im Jahr 2013 arbeiteten 73.594 Pflegekräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachkrankenpfleger, Fachkinderkrankenpfleger oder Altenpfleger) mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland; ihr Anteil an allen Pflegekräften beträgt lediglich 4,6 Prozent, jedoch mit steigender Tendenz. Zwischen Dezember 2012 und März 2013 stieg die Zahl ausländischer Pflegekräfte um 1,9% an, in der Altenpflege ist sogar ein Zuwachs um 2,9% zu konstatieren.[129] Insgesamt stammt der Großteil der Pflegekräfte mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit aus dem europäischen Ausland (siehe Abbildung 10).

[129] Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) 2014, S. 10-11

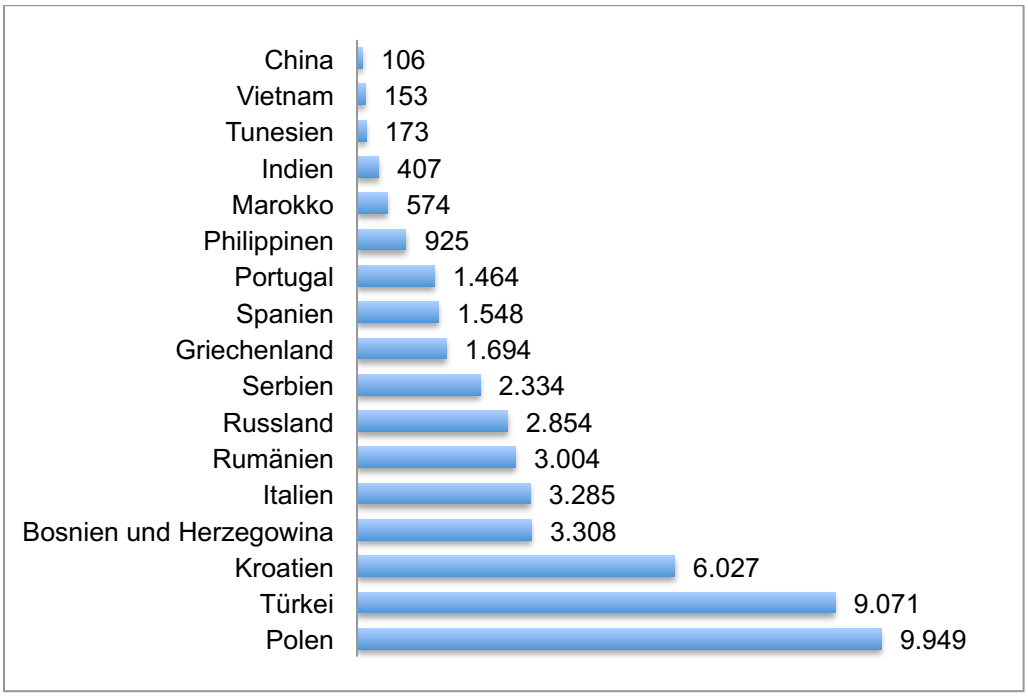

Abb. 10: Ausländische Pflegekräfte nach Staatsangehörigkeit[130]

Mit 9.949 Staatsbürgern kommt die Mehrheit aus Polen, gefolgt von der Türkei (9.071) und Kroatien (6.027).

4.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Zu den vier Grundfreiheiten der Europäischen Union zählt u.a. die Arbeitnehmerfreizügigkeit, sie gewährleistet allen Bürgern der EU den freien Zugang zu den jeweiligen Arbeitsmärkten der Mitgliedsländer. Mit dem Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit ist es jedem EU-Bürger gestattet, sich auf eine Arbeitsstelle in einem anderen EU-Land zu bewerben, sich dort niederzulassen und frei zu bewegen. [131] Berufsabschlüsse werden, wenn sie innerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz ausgestellt wurden, nach der Richtlinie 2005/36/EG ohne Gleichwertigkeitsprüfung automatisch anerkannt. Ist die Berufsausbildung vor dem EU-Beitritt erlangt worden, so wird diese anerkannt, sofern sie den Mindeststandards der Richtlinie 36/2005/EG genügt. [132] Für Altenpflegekräfte aus dem EU-Ausland stellt der Wechsel des

[130] Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) 2014, S. 11 (eigene Darstellung)
[131] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 2016 (Internet)
[132] Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) o. J. (Internet)

Arbeitsplatzes nach Deutschland zumindest formal keine große Hürde dar. Um die Zuwanderung aus Drittstaaten zu erleichtern, trat am 01. Juli 2013 die neue Beschäftigungsverordnung in Kraft. Für Nichtakademiker aus Nicht-EU-Staaten ist die Arbeitsaufnahme in Deutschland nach der neuen Beschäftigungsverordnung nur möglich, wenn: der ausländischen Fachkraft eine Arbeitsplatzzusage vorliegt, die Ausbildung der Fachkraft nach dem Anerkennungsgesetz des Bundes oder der Länder anerkannt wird. Zudem muss es sich um einen der von der Bundesagentur für Arbeit ausgewiesenen Mangelberufe handeln, diese werden explizit auf der Positivliste geführt. Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege sind dort wegen des Fachkräfteengpasses ebenfalls wie Altenpflegefachkräfte gelistet.[133] Neben dem Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und der Anerkennung der Qualifikation sind ausreichende Deutschkenntnisse erfolrderlich. Verlangt werden hierbei meist Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2 des Europäischen Referenzrahmens. Darüber hinaus ist eine von einem deutschen Arzt ausgestellte Bescheinigung vorzulegen, welche die gesundheitliche Fähigkeit zur Ausübung des Berufs des Altenpflegers attestiert.[134]

4.1.2 Initiativen zur Rekrutierung von Altenpflegekräften

Zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland haben die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) und die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) das Projekt „Triple Win“ initiiert. Zusammengearbeitet wird hierbei mit den Arbeitsverwaltungen der Länder Serbien, Bosnien-Herzegowina und Tunesien sowie mit den Philippinen. Vor Ort wird das Bewerbungsverfahren von den Partnerverwaltungen durchgeführt.[135] Die ZAV ermittelt mit Hilfe von Sprachtests und Auswahlgesprächen neben der sprachlichen und fachlichen Eignung auch die persönliche. Schlussendlich hilft die GIZ den Bewerbern beim Erlernen der deutschen Sprache und bereitet sie fachlich auf ihr neues Arbeitsleben

[133] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2017, S. 2-7
[134] Vgl. Schreck 2017, S. 29
[135] Vgl. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Hrsg.) 2013, S. 6

in Deutschland vor. Des Weiteren werden die Pflegekräfte bei ihrer Integration und der Anerkennung ihrer Qualifikation von der GIZ begleitet und unterstützt. Drei Parteien sollen von der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte besonders profitieren: [136] Zuvörderst natürlich der deutsche Arbeitsmarkt, der sichergehen kann, dass die Bewerber über eine ausreichende Qualifizierung verfügen, um schnell eingearbeitet werden zu können. Ferner wird die Suche nach qualifiziertem Personal etwas erleichtert und das Angebot an Fachkräften erhöht. Gleichwohl ist einzuwenden, dass die neuen Pflegekräfte aus dem Ausland dem deutschen Arbeitsmarkt evt. nicht dauerhaft zur Verfügung stehen. Unter ökonomischen Gesichtspunkten besteht die Möglichkeit einer Rückkehr ins Heimatland, sobald der dortige Arbeitsmarkt vermehrt Altenpfleger nachfragt und adäquat bezahlt. Auf der persönlichen Ebene sind die Einwände des Heimwehs und einer mangelnden Integration nicht unbegründet. [137] Auch die Herkunftsländer profitieren vom „Triple Win"-Projekt. In den Partnerländern herrschen, abgesehen von den Philippinen, zweistellige Arbeitslosenquoten, insbesondere für junge Menschen ist es schwierig, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden. [138] Um die Brain-Drain-Problematik zu verhindern und mit dem Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland in den Herkunftsländern einen Personalengpass zu verursachen, ist bei der Auswahl der Partnerländer auf den Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation geachtet worden.[139] Ein weiterer Vorteil besteht in den Rücküberweisungen von im Ausland Arbeitenden; diese tragen in den Heimatländern zum Wirtschaftswachstum bei und finanzieren den Binnenkonsum.[140] Zudem werden so oft Familienangehörige unterstützt und sind seltener auf Transferzahlungen der Heimatländer angewiesen. Einzuwenden ist indes, dass somit Bildungs- und Arbeitsanreize in den Herkunftsländern geringer werden. Die immigrierenden Pflegekräfte profitieren von ihrer

[136] Vgl. Schreck 2017, S. 30
[137] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) o. J., S. 3
[138] Vgl. Auswärtiges Amt (Hrsg.) o. J. (Internet)
[139] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) o. J., S. 3
[140] Vgl. Mussel/Pätzold 2012, S. 216

Rekrutierung auf persönlicher, fachlicher und finanzieller Ebene. Zunächst bekommen sie die Möglichkeit, ein Einkommen und einen Lebensstandard zu erzielen, die ihnen der Beruf des Altenpflegers in ihren Heimatländern nicht ermöglichen kann. Darüber hinaus wird, bei gelungener Integration, sowohl der private als auch der berufliche Horizont erweitert. Pro rekrutierter Pflegekraft entstehen dem künftigen Arbeitgeber Kosten in Höhe von 4.000 Euro für die Leistungen der ZAV und der GIZ, hinzu kommen Reisekosten der Fachkräfte. Aus Arbeitgebersicht stellt die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland somit eine Investition dar, deren Rendite stark mit der Arbeits- und Integrationsleistung sowie der Verweildauer der Pflegekräfte korreliert.[141]

4.2 Möglichkeiten zur Steigerung der Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege

Bevor die Zahl der Ausbildungsplätze wachsen kann, muss das Interesse an einer Berufsausbildung in der Altenpflege geweckt werden. In den letzten Jahren ist die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege zwar leicht gestiegen, dennoch ist weiteres Wachstum unerlässlich, um den Fachkräftebedarf von morgen zu decken. Ende 2015 befanden sich über 43.000 Auszubildende in der Altenpflege, augenfällig ist hierbei der mit 12,7% geringe Anteil an männlichen Altenpflegeschülern.[142] Im Umkehrschluss besteht in der Gewinnung von jungen männlichen Altenpflegeauszubildenden großes Potential. Ebenfalls noch nicht ausgeschöpft sind die Möglichkeiten der Umschulung zur Altenpflegefachkraft. Politisch vorangetrieben wurde das Thema mit dem Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege; dafür wurde eigens das SGB III um den Paragraphen 131b ergänzt. Dieser ermöglicht es den Arbeitsagenturen und Jobcentern, eine Umschulung zum Altenpfleger bis zu drei Jahren – mithin für den

[141] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) o. J., S. 7
[142] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017, S. 27

gesamten Zeitraum der Ausbildung – zu fördern.[143] Seit Inkrafttreten des Gesetzes am 19. März 2013 konnte die Zahl der Umschüler noch im selben Jahr um 87% im Vergleich zum Vorjahr erhöht werden. Tabelle 1 zeigt auch, dass die Umschulung von Arbeitslosengeld I-Empfängern schneller vollzogen wird als die der Arbeitslosengeld II-Bezieher.

Tab. 1: Eintritte von Teilnehmenden in Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung mit Abschluss „Fachkraft Altenpflege“ nach der geplanten Teilnahmedauer[144]

Eintritte von Teilnehmenden in Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung mit Abschluss zur „Fachkraft Altenpflege“ nach der geplanten Teilnahmedauer				
	Eintritte, darunter mit geplanter Teilnahmedauer	2013	2012	2011
insgesamt	insgesamt, darunter	7.383	3.950	3.147
	18 bis unter 25 Monate	1.533	1.289	1.135
	25 Monate und länger	5.269	2.191	1.626
SGB III	insgesamt, darunter	5.481	2.854	2.127
	18 bis unter 25 Monate	1.248	978	796
	25 Monate und länger	3.895	1.640	1.143
SGB II	insgesamt, darunter	1.902	1.096	1.020
	18 bis unter 25 Monate	285	311	339
	25 Monate und länger	1.374	551	483

SGB III: Arbeitslosengeld I-Bezieher, SGB II: Arbeitslosengeld II-Bezieher

Das am 22. Juni 2017 verabschiedete Pflegeberufereformgesetz regelt neben der Akademisierung des Pflegeberufs auch die generalistische Pflegeausbildung. Ab 2020 wird die Ausbildung in der Pflege vereinheitlicht, es entsteht der Beruf der „Pflegefachfrau“ und des „Pflegefachmanns“. Nach abgeschlossener Berufsausbildung besteht die Möglichkeit, in der Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege zu arbeiten. Die generalistische Pflegeausbildung beinhaltet für die ersten beiden Ausbildungsjahre gemeinsame Lehrinhalte für die Berufe der Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege. Nach zwei Jahren können die Auszubildenden die generalistische Ausbildung fortsetzen oder zwischen Kranken- und Altenpflege wählen. Die generalisierte Ausbildung soll u.a. den komplexer gewordenen Anforderungen Rechnung tragen. So wird in Pflegeheimen zunehmend medizinische

[143] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2015, S. 65

[144] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2015, S. 66

Pflege von chronisch Erkrankten und Multimobiden geleistet, im Krankenhaus hingegen werden vermehrt ältere Multimorbide gepflegt.[145] Dem ist entgenzusetzen, dass die generalisierte Ausbildung eine gewisse Tiefe vermissen lässt, da fortan drei Ausbildungsberufe in einem gebündelt werden. Ergänzend zur generalisierten Ausbildung kommt das berufsqualifizierende Pflegestudium hinzu. Somit soll der Beruf des „Pflegefachmanns“ oder der „Pflegefachfrau“ aufgewertet und das Interesse von Abiturienten geweckt werden.[146] Durch die Wahlfreiheit der Auszubildenden, nach ihrer Lehre im höher entlohnenden Krankenhaus oder in einer meist geringer bezahlenden Pflegeeinrichtung zu arbeiten, wächst der Druck auf die Altenpflege, die Löhne auf das Niveau der Krankenhäuser anzugleichen, um keine Fachkräfte zu verlieren.

4.2.1 Schulgeld als Barriere zur Ergreifung eines Pflegeberufs

Die Länder finanzieren größtenteils die theoretische Ausbildung an den Altenpflegeschulen, der praktische Teil wird von der Ausbildungsstätte getragen. Private Altenpflegeschulen gelten als Ersatzschulen und werden zu 90% durch Landesmittel bezahlt. Der Rest der Kosten wird über das Schulgeld gedeckt. In sieben von sechzehn Bundesländern haben Altenpflegeschüler Schulgeld zu bezahlen, im Mittel beträgt es 150 Euro und wird sozialgestaffelt erhoben. In Bundesländern, in denen Schulgeld erhoben wird, sinkt die Nachfrage an einer Berufsausbildung in der Altenpflege, wie das Beispiel Berlin zeigt. Im Umkehrschluss steigt die Nachfrage, sobald die Altenpflegeschule kostenfrei zur Verfügung steht.[147] Aus diesem Grund hat die Große Koalition mit Zustimmung des Bundesrats das Pflegeberufereformgesetz verabschiedet, in welchem vereinbart wurde, das Schulgeld in allen Ländern ab 2020 abzuschaffen.[148]

---

[145] Vgl. Die Bundesregierung (Hrsg.) 2017 (Internet)
[146] Vgl. BMG/BMFSFJ (Hrsg.) 2017, S. 2
[147] Vgl. WERT.ARBEIT (Hrsg.) 2014, S. 60-61
[148] Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, S. 129

4.2.2 Die Ausbildungsumlage als Förderungsinstrument

Die Ausbildungskosten der praktischen Ausbildung sind vom Ausbildungsbetrieb allein zu schultern. Zwar ist es zulässig, die durch den Auszubildenden entstehenden Kosten auf die Tagessätze der Heimbewohner umzulegen, ökonomische Wettbewerbsnachteile sind dabei jedoch evident. Es bestehen mithin finanzielle Anreize für Pflegeeinrichtungen, nicht auszubilden.[149] Zur allgemein und politisch gewollten Erhöhung der Ausbildungsquote in der Altenpflege sind solche Strukturen kontraproduktiv. Um Ausbildungskosten auf alle Pflegeeinrichtungen zu verteilen, sieht das Altenpflegegesetz (AltPflG) vor, dass eine Ausbildungsumlage dann eingeführt werden kann, wenn „ein Ausgleichverfahren erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen“ (vgl. § 25 Abs. 1 AltPflG).[150] In fünf Bundesländern (Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Saarland) besteht bereits eine Ausbildungsumlage. Alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zahlen – nach Größe und Auslastungsquote − in einen eigens eingerichteten Fonds ein.[151] In Nordrhein-Westfalen (NRW) dürfen die gezahlten Beiträge zum Teil den zu Versorgenden in Rechnung gestellt werden. Je Berechnungstag dürfen stationäre Anbieter 2,35 Euro und ambulante Pflegedienste 0,003 Euro pro abgerechnetem Punkt auf die Pflegebedürftigen umlegen. Mit rund 193 Millionen Euro war der Ausbildungsfonds im Jahr 2013 in NRW ausgestattet, wovon der Ausbildungsbetrieb die Vergütung für den Auszubildenden vollständig aus den Mitteln des Fonds erstattet bekommt.[152] Im Saarland sowie in NRW konnte nach Einführung der Ausbildungsumlage eine erhöhte Bereitschaft von ambulanten und stationären Pflegediensten konstatiert werden, in Ausbildung zu investieren. Die Bundesregierung hat nicht zuletzt durch diesen Effekt

---

[149] Vgl. WERT.ARBEIT (Hrsg.) 2014, S. 61

[150] Vgl. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG), BGBl. I 2000, S. 1517

[151] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2015, S. 13

[152] Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) o. J., S. 2

mit der Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes beschlossen, die nicht ausbildenden Pflegeeinrichtungen an der Finanzierung der Ausbildung junger Pfleger durch Einführung der Ausbildungsumlage zu beteiligen.

4.3 Die Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Der Beruf des Altenpflegers leidet unter einem Imageproblem, insbesondere bei Männern sind Pflegeberufe oftmals keine Option. Zum einen werden die Tätigkeiten abgelehnt, zum anderen besteht ein geringes Angebot an Vollzeitstellen. In der Altenpflegebranche hat sich aus ökonomischen und nachfragebedingten Gründen ein großes Teilzeitangebot entwickelt. Die weit überrepräsentierten Frauen in der Altenpflege fragen aus familiären Gründen häufig Teilzeitstellen nach.[153] Männer indes ist eher an Vollzeitstellen gelegen. Um das Angebot an Altenpflegekräften zu erhöhen und gleichzeitig mehr Männer in die Altenpflege zu bekommen, besteht die Möglichkeit, das Angebot an Vollzeitstellen auszubauen. Im Jahr 2050 liegt der Bedarf an Vollzeitkräften in der Pflege laut DIW, je nach Szenario, zwischen 0,84 und 1,5 Millionen Vollzeitkräften. Mit einer Vollzeitquote von 26,8% in ambulanten und 33,3% in stationären Pflegeeinrichtungen würde die Anzahl der benötigten Köpfe deutlich höher ausfallen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteile Vollzeitbeschäftigter in Pflegeeinrichtungen 2009 (%)[154]

Anteile Vollzeitbeschäftigter in Pflegeeinrichtungen 2009 (%)

	Ambulante Dienste			Pflegeheime		
Berufsgruppen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Berufe insgesamt	26,8	41,8	24,6	33,3	48,7	30,5
Altenpfleger(in)	35,3	56,0	32,1	50,7	66,2	47,7
Krankenpfleger(in)	32,1	53,1	29,4	43,7	65,5	41,3
Altenpflegehelfer(in)	25,7	44,7	23,6	31,0	47,7	28,8
Krankenpflegehelfer(in)	26,4	46,2	24,3	31,6	50,3	29,4

[153] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2016, S. 5
[154] Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) 2012, S. 15

Es besteht im Allgemeinen in der Pflege ein größerer Mangel an examinierten Pflegefachkräften als an Pflegehelfern. Qualifizierte Pflegefachkräfte sind jedoch schon häufiger in Vollzeit erwerbstätig als Pflegehelfer.[155] Gleichwohl könnte sich die Erhöhung des Anteils Vollzeitbeschäftigter positiv auf die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt auswirken. Dem entgegen steht allerdings das ökonomische Interesse der Pflegeeinrichtungen. Auftragsspitzen bestehen oft am frühen Morgen und am frühen Abend, Teilzeitbeschäftigte lassen sich da flexibler und gezielter nach Bedarf einsetzen als Vollzeitkräfte. Darüber hinaus haben flexible Arbeitszeitmodelle eine positive Wirkung auf die Rekrutierung von Pflegefachkräften. Sie stehen gleichsam für eine moderne Unternehmenskultur und können somit zu einer positiven Wahrnehmung führen.

Zur Steigerung der Attraktivität des Berufs des Altenpflegers kommt dem Instrument der Gehaltssteigerung eine besondere Bedeutung zu. Grundsätzlich unterliegt die Vereinbarung von Löhnen den Tarifvertragsparteien. In regelmäßigen Verhandlungen einigen sich Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter auf Landesebene auf einen Tarifvertrag.[156] Die Tarifbindung lag im Jahr 2012 in der Altenpflege bei knapp 50 Prozent, der Großteil der Altenpfleger arbeitet somit ohne Tarifvertrag. Damit sind häufig Lohnunterschiede verbunden; laut der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung liegen diese im Mittel in der Altenpflege bei rund 18% zu Lasten derer ohne Tarifvertrag.[157] Trotz geltender Tarifautonomie hat die Bundesregierung im August 2010 einen branchenbezogenen Mindestlohn in der Altenpflege eingeführt, um Lohndumping entgegenzuwirken.[158] Hierbei stellt sich die Frage, wie Lohndumping in einem ausgewiesen Mangelberuf möglich sein soll. Seit Januar 2017 beträgt die Lohnuntergrenze in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) 9,50 Euro brutto je Stunde und in den

[155] Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) 2012, S. 15-16
[156] Vgl. Lampert/Althammer 2007, S. 266-268
[157] Vgl. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (Hrsg.) 2012, S. 12-21
[158] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2017 (Internet)

alten (mit Berlin) 10,20 Euro und liegt somit deutlich über dem gesetzlichen Mindestlohn (siehe Abbildung 11).[159]

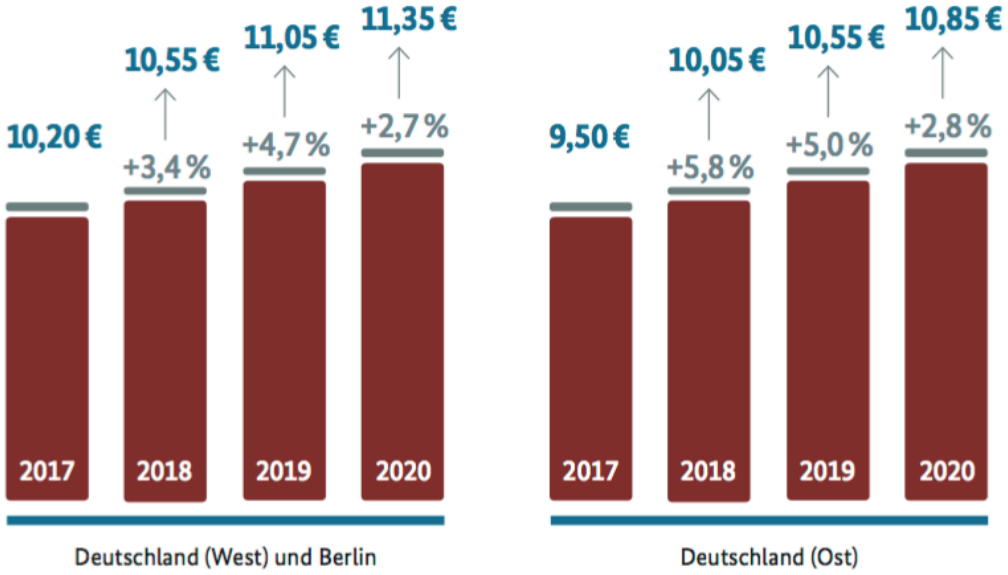

Abb. 11: Entwicklung des gesetzlich festgelegten Mindestlohns je Stunde in Pflegeberufen von 2017-2020 in Deutschland[160]

Bis 2020 steigt der gesetzlich festgelegte Pflegemindestlohn in Westdeutschland um insgesamt 11,3% und in Ostdeutschland sogar um 14,2%, damit liegen die Lohnsteigerungen über den prognostizierten Inflationsraten – es findet mithin ein Kaufkraftgewinn statt. [161] Der Großteil der Pflegekräfte ist indes nicht auf den Mindestlohn angewiesen. Das Medianeinkommen, welches die Altenpfleger in eine Hälfte mit höheren und eine mit niedrigeren Löhnen teilt, verdeutlicht dies. Es liegt mit 15,81 Euro in Westdeutschland[162] und 11,36 Euro in Ostdeutschland deutlich über den branchenspezifischen Lohnuntergrenzen. [163] Weiter wachsende Reallöhne können zwar zur Steigerung der Attraktivität des Berufs beitragen und somit evt. auch das Angebot an Altenpflegefachkräften erhöhen, sie müssen jedoch langfristig über den Pflegesatz refinanziert

[159] Vgl. Die Bundesregierung (Hrsg.) 2017 (Internet)
[160] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 2017, S. 4
[161] Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) 2017, S. 29
[162] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340
[163] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014, S. 340

werden. Bis zur Pflegesatzverhandlung würden höhere Löhne somit den Pflegebedürftigen direkt in Rechnung gestellt.[164]

Der Pflegesatz wird zwischen den Pflegeheimen und den Pflegekassen prospektiv verhandelt, sodass Gewinne und Verluste möglich sind. Dadurch entsteht für den Leistungserbringer der Anreiz, effizient zu arbeiten. Zunächst wird die Plausibilität der Pflegesätze geprüft, diese sind festzusetzen, wenn sich der kalkulierte Pflegesatz im unteren Drittel des Landkreises oder der kreisfreien Stadt befindet. Oberhalb des unteren Drittels lassen sich Pflegesätze nur vereinbaren, wenn diese als wirtschaftlich angemessen gesehen werden.[165] Die Vergütung der Pflegekräfte bis zur Höhe des Tariflohns darf bei der Pflegesatzverhandlung von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich angesehen werden. [166] Schlussendlich wird durch reale Lohnsteigerungen oberhalb des Grenzprodukts der Arbeit die soziale Pflegeversicherung belastet. Zur Finanzierung steigender Ausgaben stehen der SPV mehrere Instrumente, mit Vor- und Nachteilen, zur Verfügung.

- Beitragssatzerhöhung: Durch eine Erhöhung des auf Arbeitseinkommen erhobenen Beitrags zur SPV könnte die finanzielle Ausstattung dieser weiter wachsen. Bereits in den letzten Jahren sind die Ein- und Ausgaben der SPV jedoch signifikant gestiegen und die Beitragszahler somit belastet worden. [167] Steigende Arbeitskosten wären die Folge einer Finanzierung höherer Löhne der Altenpfleger. In letzter Konsequenz würde Arbeit weniger nachgefragt und substituiert.
- Steuerzuschüsse: Ein bisher beliebtes Instrument der Politik ist die finanzielle Aufpolsterung der Sozialversicherung durch Steuermittel, in die gesetzliche Krankenversicherung fließen jährlich 14,5 Milliarden für versicherungsfremde Leistungen.[168] Höhere Pflegesätze sind indes keine versicherungsfremden

[164] Vgl. Roth 2017, S. 16
[165] Vgl. Simon 2013, S. 558-559
[166] Vgl. Iffland 2010, S. 16
[167] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2016, S. 3
[168] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2016 (Internet)

Leistungen. Zudem wären künftig Steuererhöhungen zur Finanzierung der Pflegesätze und somit der Lohnsteigerungen der Altpflegekräfte nicht auszuschließen. Davon wären auch privat versicherte Steuerzahler betroffen, ohne je Leistungen der SPV in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus unterliegen Steuereinnahmen konjunkturellen Schwankungen. In rezessiven Phasen Pflegesätze zu senken und somit Lohnkürzungen zu verursachen, dürfte politisch hingegen wenig opportun sein.[169]

- Eigenanteil: Der als „Teilkaskoversicherung“ konzipierten SPV ist ein zu leistender Eigenanteil inhärent.[170] Höhere Löhne könnten so direkt an die Leistungsempfänger weitergegeben werden. Ökonomisch zu begrüßen ist diese Lösung, weil derjenige belastet wird, der im Zweifel direkt von einem Attraktivitätsgewinn des Berufs und einer gestiegenen Zufriedenheit der Altenpfleger profitiert. Eine zu hohe Belastung würde indes letztenendlich die kommunalen Sozialhilfeträger belasten, aufgrund deren Überlastung die SPV 1995 eingeführt wurde.[171]

4.3.1 Betreuungs- und Fachkraftquoten im stationären Sektor

Die Betreuungsquote bildet die Verbindung zwischen der Beschäftigungsentwicklung und dem Wachstum der Fallzahlen in Pflegeeinrichtungen. Um ein gewisses Versorgungsniveau zu gewährleisten, werden in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 3 SGB XI bestimmte Personalrichtwerte veinbart. Da diese von den Vertragspartnern auf Länderebene selbständig geschlossen werden, unterscheiden sich die Richtwerte von Bundesland zu Bundesland. Teilweise variieren sie sogar innerhalb eines Landes. Ebenfalls differieren sie in den Pflegegraden. Während in den unteren Pflegegraden auf einen Altenpfleger noch mehrere zu Pflegende kommen, verdichtet sich dieses Verhältnis zunehmend mit steigendem

[169] Vgl. Mussel/Pätzold 2012, S. 46
[170] Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 322
[171] Vgl. Popp 2011, S. 8-10

Pflegegrad.[172] Mit Hilfe einer weiteren Quote wird gesetzlich das Qualifikationsniveau des Pflegepersonals festgelegt. Die Fachkraftquote liegt in Niedersachsen bei 50% und besagt, dass es sich bei mindestens der Hälfte der Altenpfleger um examinierte Altenpflegefachkräfte handeln muss.[173] Für die Steigerung der Attraktivität des Berufs des Altenpflegers besteht eine Lösung darin, die Personalschlüssel zu erhöhen, somit kämen auf einen Altenpfleger weniger Pflegebedürftige. Dieser vermeintlichen Lösung ist indes entgegenzusetzen, dass sie den Personalbedarf weiter erhöhen und den Personalengpass verschärfen würde. Um dem Pflegefachkräftemangel entgenzuwirken, könnte die Fachkraftquote in der Pflege aufgehoben oder verringert werden[174] mit der Folge, dass mehr Pflegehelfer nachgefragt würden – Helfer sind bislang weniger vom Pflegekräftemangel betroffen als Fachkräfte. Insbesondere die Träger von Pflegeeinrichtungen befürworten diesen Lösungsansatz. Berufsverbände und Gewerkschaften hingegen warnen vor einem Qualitätsverlust. Aktuell richtet sich der Blick nur auf die Quote und nicht auf die Ergebnisqualität. In der Folge gilt die Mindestfachkraftquote von 50% in der Praxis auch als Höchstfachkraftanteil.[175]

4.3.2 Das Ehrenamt als Instrument zur höheren Anerkennung von Pflegeberufen

Als in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg der Wohlfahrtsstaat auf- und ausgebaut wurde, wurden die Stellen für Sozialarbeiter in den 1960er und 1970er Jahren ausgeweitet. Somit fand eine Professionalisierung von Aufgaben statt, welche jahrzehntelang ehrenamtlich organisiert waren. Nach der Wiedervereinigung fand aufgrund einer veränderten Arbeitsmarktlage eine öffentliche Debatte über die Weiterentwicklung des deutschen Sozialstaats statt. Das Ehrenamt sollte fortan wieder eine gewichtigere Rolle in der deutschen

---

[172] Vgl. Popp 2011, S. 94-96
[173] Vgl. Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV), BGBl. I 1993, S. 1205
[174] Vgl. Brenner 2014, S. 11
[175] Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) 2011, S. 1

Wohnbevölkerung einnehemen.[176] Im Jahr 2013 waren 40% der über Zehnjährigen in Deutschland ehrenamtlich engagiert. Die Bereiche für dieses Engagement sind vielfältig, sie reichen von der Elternvertretung in der Schule und kirchlichem Engagement über Tätigkeiten im Sportverein oder bei der Freiwilligen Feuerwehr bis zur Betreuung alter Menschen. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass das ehrenamtliche Engagement in einigen Bereichen im Vergleich zu 2001 geschrumpft, in anderen wiederum gewachsen ist. Zuletzt brachten sich knapp 6% der ehrenamtlich Tätigen im sozialen Bereich ein.[177] Eine Erhöhung dieses Wertes könnte zu mehr Anerkennung für Pflegeberufe führen, da die Pflege alter und kranker Menschen so stärker in der Breite der Bevölkerung ankäme. Zudem würde eine gezielte Förderung des Ehrenamts in der Pflege das Angebot an Betreuern erhöhen und so Pflegehelfer und Pflegefachkräfte entlasten, ohne die SPV weiter zu belasten, zumal die systematische Einbeziehung von Laien in der SPV politisch gewollt ist.

5 Schlussbetrachtung

Die aktuellen Versuche, das Angebot an Altenpflegekräften zu erhöhen, weisen Unzulänglichkeiten und politische Interessenkonflikte auf. So stößt die Liberalisierung der Fachkraftquote in der stationären Pflege auf den Widerstand von Berufsverbänden und Gewerkschaften. Insbesondere letztere sehen Chancen zur Steigerung der Zahl der Altenpflegekräfte überwiegend in monetären Anreizen. Mögliche Refinanzierungsvarianten höherer Gehälter sind indes mit erheblichen Nachteilen für Beitrags- und Steuerzahler verbunden. Schlussendlich sieht sich auch die soziale Pflegeversicherung den bezüglich des Umlageverfahrens immanenten Finanzierungsproblemen gegenüber, welche sich vor allem aus der Überalterung der deutschen Wohnbevölkerung ergeben. Darüber hinaus ist das Volumen der SPV durch Reformen gewachsen, welche oft nur das Ziel der

[176] Vgl. Fischbach 2013, S. 106-108
[177] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2016, S. 367-368

Leisungsausweitung verfolgten. Es besteht daher keine Möglichkeit, ohne erneute Beitragserhöhung wachsende Löhne und Gehälter für Altenpfleger aus der Pflegekasse zu finanzieren. Durch den Teilkaskocharakter der SPV fielen finanzielle Mehrbelastungen somit ausschließlich bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen an. Dem elementaren Ziel der Senkung der Abhängigkeit von Sozialhilfe wäre damit nicht Rechnung getragen.

Eine Finanzierung der Angebotsausweitung zu Lasten derjenigen, die in erster Linie den Nutzen haben, entspricht nicht nur dem ordoliberalen Haftungsprinzip, sie würde auch die SPV nicht weiter belasten.[178] Bei der Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland entstehen die Kosten überwiegend bei den Pflegeeinrichtungen und sind nicht über die Pflegekasse refinanzierbar. Mithin bezahlt derjenige, der den Nutzen hat. Innerhalb eines Jahres sind Pflegekräfte aus dem Ausland qualifiziert und in Deutschland einsatzfähig. Verantwortungsvolles Anwerben ausländischer Fachkräfte bietet sowohl der Pflegekraft, der Pflegeeinrichtung als auch den Herkunftsländern und dem deutschen Arbeitsmarkt einen Mehrwert. Ebenfalls sollte das Ehrenamt gefördert werden, um mehr gesellschaftliche Akzeptanz für den Beruf des Altenpflegers zu erreichen und Erbringer professioneller Pflege von Betreuungsaufgaben zu entlasten. Langfristig empfiehlt es sich, die Ausbildungsförderung weiter voranzutreiben. Die Abschaffung des Schulgeldes ab 2020 und die Einführung einer Ausbildungsumlage können, wie auch die Schaffung eines Pflegestudiums, nur erste Schritte zur Attraktivitätssteigerung des Ausbildungsberufs sein. Grundsätzlich bestehen vielseitige Möglichkeiten zur Angebotssteigerung, indes sind der Ausweitung zeitliche wie finanzielle Grenzen gesetzt. Wenn Wirtschaft und Politik nicht gegensteuern, werden in Deutschland 2050 circa eine Million Vollzeitpflegekräfte fehlen. Neben der Angebotsausweitung müssen Effizienzreserven − in Form einer höheren Vollzeitquote und einer längeren Verweildauer im Beruf − angehoben werden. Insbesondere der große Frauenanteil in

[178] Vgl. Eucken, S. 279-280

der Altenpflege erklärt hohe Teilzeitquoten und geringe Verweildauern mit Kinderbetreuungs- und -erziehungszeiten. Die Potentiale von Männern in der Altenpflege sind mit einem Anteil von 20% noch nicht ausreichend genutzt. Durchgehende Erwerbsbiografien, wie sie bei Männern häufiger vorkommen, würden die Verweildauer verlängern und die Nachfrage nach Vollzeitstellen erhöhen.

Es kann gefolgert werden, dass der vorhandene Personalengpass in der Altenpflege kurzfristig nur durch die Rekrutierung von Personal aus dem Ausland und die Senkung der Fachkraftquote zu mildern ist. Langfristig hingegen sorgen höhere Ausbildungszahlen, die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und schlussendlich auch eine wachsende Geburtenziffer für die nötige Entlastung.

Literaturverzeichnis

Auswärtiges Amt (Hrsg.) (o. J.): Länderübersicht, http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laender_Uebersicht_node.html. Zuletzt geprüft am 28.09.2017

Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: WSI-Mitteilungen, Nr. 6, S. 415

Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofeman, K./Neuebauer, J. (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, 5. Aufl., Wiesbaden

Barmer Pflegekasse (Hrsg.) (2017): Vom Punktwert zum Pflegegrad, Die Bewertungssystematik der Pflegebegutachtung, Wuppertal

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2012): Themenreport „Pflege 2030“, Was ist zu erwarten, was ist zu tun?, Gütersloh

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2014): Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland, Schlussbericht, Hamburg

BMG/BMFSFJ (Hrsg.) (2017): Gemeinsame Pressemitteilung, Bundesrat stimmt Pflegeberufereformgesetz zu, Berlin

Bonin, H./Braeseke, G./Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche, Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen, Gütersloh

Bowles, D. (2015): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Modellrechnung unter Berücksichtigung demografischer, ökonomischer, gesundheitlicher und sozialrechtlicher Rahmenbedingungen, in: Baas, J./Meuch, A. (Hrsg.): Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 40, Baden-Baden, S. 48-49

Brenner, U. (2014): Die freie, am Bedarf ausgerichtete Festlegung der Fachkraftquote macht den Beruf des Altenpflegers attraktiver, in: Altenpflege, Nr. 6, S. 11

Breyer, F. (2000): Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Nr. 1, S. 389

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2017): Durchschnittliche Vakanzzeit von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen bei Abgang in Tagen, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2017): Positivliste, Zuwanderung in Ausbildungsberufe, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2016): Arbeitsmarkt Altenpflege – Aktuelle Entwicklungen, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2016): Schwerpunktheft, Fachkräfte für Deutschland, Zwischenbilanz und Fortschreibung, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (o. J.): Projekt Triple Win, Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland – unser nachhaltiger Ansatz, Nürnberg

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2017): Altenquotient, http://www.bibdemografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html. Zuletzt geprüft am 16.08.2017

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2015): Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030, Wiesbaden

Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (o. J.): EU-Anerkennungsrichtlinie, https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/eu_anerkennungsrichtlinie.php. Zuletzt geprüft am 28.09.2017

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2011): Demografiebericht, Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (o. J.): Rechtliche Grundlagen, Das (Arbeitnehmer-)Freizügigkeitsrecht ist im Europäischen Primärrecht verankert und wird durch EU-Richtlinien und -Verordnungen konkretisiert, http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziales-

Europa-und-Internationales/Europa/Mobilitaet-innerhalb-EU/rechtliche-grundlagen.html. Zuletzt geprüft am 28.09.2017

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2016): Berufsbildungsbericht 2016, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): Ausbildungszahlen in der Altenpflege erneut gestiegen, https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/ausbildungszahlen-in-der-altenpflege-erneut-gestiegen/112286, Stand: 07.11.2016. Zuletzt geprüft am 22.09.2017

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

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Die Pflegestärkungsgesetze, Das Wichtigste im Überblick, 4. Aufl., Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016): Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html, Stand: 15.11.2016. Zuletzt geprüft am 10.10.2017

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016): Pflegefachkräftemangel, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html#c3331, Stand: 16.06.2016. Zuletzt geprüft am 28.08.2017

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (o.J.): Pflegevorsorgefonds, http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-

z/pflege-details/erklaerung/pflegevorsorgefonds/. Zuletzt geprüft am 04.09.2017

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.) (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft, Berlin, Essen

Bundesverfassungsgericht (2001): Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 03. April 2001, 1 BvR 1629/94, http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2001/04/rs20010403_1bvr162994.html. Zuletzt geprüft am 04.09.2017

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2013): Die soziale Situation in Deutschland, http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61819/pflege, Stand: 09.11.2013. Zuletzt geprüft am 28.08.2017

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2009): Wandel der Familienentwicklung: Wandel und Folgen, http://www.bpb.de/izpb/8036/wandel-der-familienentwicklung-ursachen-und-folgen?p=all, Stand: 20.03.2009. Zuletzt geprüft am 21.09.2017

Dahlmanns, A. (2014): Generation Y und Personalmanagement, in: Praxisorientierte Personal- und Organisationsforschung, Bd. 18, 2014, München, Mering, S. 98

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Hrsg.) (2013): Triple Win, Verantwortliche Fachkräftesicherung, Neunkirchen

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2017): Rentner und ihre Krankenversicherung, 12. Aufl., Berlin

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2011): Position des DBFK zur Fachkraftquote in der stationären Altenhilfe, Berlin

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (o. J.): Manifest der Pflegeberufe, Informationen zum aktuellen Zustand der Pflegeberufe, http://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/. Zuletzt geprüft am 22.09.2017

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2016): Mobilität in der Arbeitswelt: Immer mehr Pendler, immer größere Distanzen, Berlin

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden, Berlin

Die Bundesregierung (Hrsg.) (2017): https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html, Stand: 07.07.2017. Zuletzt geprüft am 03.10.2017

Dumeier, K. (2011): Reform der Pflegeversicherung − Fachkräfte in der Pflege, in: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen, Heidelberg, S. 43

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BTag-Drucks. 18/7823, http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/078/1807823.pdf

Eucken, W. (1990): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 6. Aufl., Tübingen

Fakten und Position der Bundesregierung zum so genannten Fachkräftemangel, BTag-Drucks. 17/4784, http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/047/1704784.pdf

Fischbach, C. (2013): Freiwilliges Engagement – Das Sozialkapitel einer alternden Gesellschaft, Eine Untersuchung der freiwilligen Helfertypen in der Betreuung von Demenzkranken in Deutschland und den Niederlanden, Gießen

Freiling, T./Gottwald, M. (2012): Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen – Personalpolitik demografieorientiert gestalten, in: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege, Heidelberg, S. 273-274

Freiling, T. (2011): Ausgangslage − Demografie in der Pflege, in: Loebe, H./Severing, S. (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel, Bd. 59, Bielefeld, S. 9-10

Görres, S./Stöver, M./Bomball, J./Adrian, C. (2015): Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch entwickelter Daten, Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs, in: Zängl, P. (Hrsg.): Zukunft der Pflege, 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege, Wiesbaden, S. 147-157

Hafkesbrink, J./Krause, M. (2017): Age-Management, den demografischen Wandel in Unternehmen gestalten, Freiburg, München, Stuttgart

Heislbetz, C. (2012): Den Fachkräftenachwuchs unterstützen: Faktoren für einen gelingenden Berufseinstieg in die Altenpflege – Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie, in: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen, Heidelberg, S. 151-154

Heske, C. (2015): Diskussion um Altenpflegeausbildung und Schulgeld: ein „Treppenwitz“?, http://www.hcm-magazin.de/diskussion-um-altenpflegeausbildung-und-schulgeld-ein-treppenwitz/150/10739/265263, Stand: 15.01.2015. Zuletzt geprüft am 12.08.2017

Iffland, S. (2010): So verhandeln Sie jetzt Ihre Pflegesätze, in: Altenpflege, Nr. 9, S. 16-19

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.) (2017): Projektion des Erwerbspotenzials bis 2060, Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung, Nürnberg

Kromark, K./ Ostendorf, P. (2011): Arbeitsanforderungen im Pflegeberuf – Ergebnisse empirischer Studien im Überblick, in: Loebe, H./Severing, E. (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel, Bd. 59, Bielefeld, S. 27-30

Lampert, H./Althammer, J. (2007): Lehrbuch der Sozialpolitik, 8. Aufl., Berlin, Heidelberg

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (o. J.): Das NRW-Ausgleichsverfahren in der Altenpflegeausbildung, Düsseldorf

Mussel, G./Pätzold, J. (2012): Grundfragen der Wirtschaftspolitik, 8. Aufl., München

Oberender, P./Zerth, J. (2010): Wachstumsmarkt Gesundheit, 3. Aufl., Stuttgart

Pfeil, S. (2016): Werteorientierung und Arbeitgeberwahl im Wandel der Generationen, Eine empirisch fundierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Generation Y, Wiesbaden

Popp, M. (2011): Die Pflegeversicherung – Stand, Probleme und Prognose, Bd. 22, Hamburg

PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) (2010): Fachkräftemangel, Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt am Main

Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung, 3. Aufl., Bielefeld

Roth, S. (2017): Bedenkliche Abschottung des Pflegemarktes, in: F.A.Z., 20.10.2017

Schmitz-Veltin, A. (2009): Demografischer Wandel in Deutschland − Vielfalt der Regionen, in: Gottwald, M./Löwer, M. (Hrsg.), Demografischer Wandel – Herausforderungen und Handlungsansätze in Stadt und Region, Münster, S. 11-26

Schönwald, A./Kühne, O./Jenal, C./Currin, A. (2014): Demographischer Wandel in Unternehmen, Altersgerechte Arbeitsbedingungen aus Arbeitnehmersicht, Wiesbaden

Schreck, C. (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften, Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland, Bremen

Simon, M. (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland, Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4. Aufl., Bern

Simon/Tackenberg/Hasselhorn/Kümmerling/Büscher/Müller (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, http://www.next.uni-wuppertal.de. Zuletzt geprüft am 22.09.2017

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (§ 71 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 833). Zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 31. Mai 1996.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010): Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Aktualisierung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Basis 2015, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html. Zuletzt geprüft am 17.08.2017

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Altersdurchschnitt der Bevölkerung sank 2015 auf 44 Jahre und 3 Monate, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Wanderungen, Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland 1991 und 2015, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Wanderungen/Tabellen/WanderungenAlle.html. Zuletzt geprüft am 17.08.2017

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): 0,6% weniger Ehescheidungen im Jahr 2016, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Lebendgeborene und Gestorbene in Deutschland. Anzahl, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev04.html. Zuletzt geprüft am 16.08.2017

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Zeitverwendung und gesellschaftliche Partizipation, Auszug aus dem Datenreport 2016, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html. Zuletzt geprüft am 16.08.2017

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Zusammenleben von Generationen, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Die Generation 65+ in Deutschland, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Verdienste auf einen Blick, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Verdienststrukturerhebung, Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse, Fachserie 16, Heft 1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Verdienststrukturerhebung, Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse, Fachserie 16, Heft 2, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Verdienststrukturerhebung, Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse, Fachserie 16, Heft 3, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012): Von niedrigen Geburtenzahlen und fehlenden Müttern, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): Geburten in Deutschland, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (o. J.): Personal in Pflegeeinrichtungen, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PersonalPflegeeinrichtungen.html. Zuletzt geprüft am 21.09.2017

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2017): Gesundheitsreport 2016, Preview Fehlzeiten, https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/820060/Datei/163833/Gesundheitsreport-2016-Preview-Fehlzeiten.pdf. Zuletzt geprüft am 22.09.2017

Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft (Hrsg.) (2012): Pflegelandschaft 2030, München

Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV), Paragraph 5 der Verordnung vom 19. Juli 1993, BGBl I S. 1205), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 1998

Wazlawik, H. (2016): Das Ausgleichsverfahren in NRW nach § 25 Altenpflegegesetz, Düsseldorf

WERT.ARBEIT (Hrsg.) (2014): Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven in der Branche, 2. Aufl., Berlin

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (Hrsg.) (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Düsseldorf

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Berlin

Würzburger, T. (2016): Key Skills für die Generation Y, Die wichtigsten Tipps für eine erfüllte Karriere, Wiesbaden

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift