

Unterrichtung

Hannover, den 06.07.2021

Niedersächsischer Ministerpräsident

Niedersächsischer Landespflegebericht 2020

Frau
Präsidentin des Niedersächsischen Landtages
Hannover

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

gemäß Artikel 25 Abs. 1 der Niedersächsischen Verfassung übersende ich den

Niedersächsischen Landespflegebericht 2020.

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Mit freundlichen Grüßen
Stephan Weil

(Verteilt am 06.07.2021)



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Deutsches Institut
für angewandte
Pflegeforschung e.V.

LANDESPFLEGEBERICHT NIEDERSACHSEN 2020



Veröffentlicht im Juni 2021

Herausgeber:
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Referat 104 – Pflege, Heimaufsicht
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

Inhaltsverzeichnis

Zentrale Ergebnisse	1
Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich ausgeprägt.....	1
Versorgungsnetze umfassend vorhanden, aber nicht bedarfsdeckend.....	2
Fachkräfteengpass in der Pflege wird deutlich	4
Ausbildungsstrukturen auf Wachstumskurs	8
Fachpflegerische Versorgungssicherheit regional unterschiedlich ausgeprägt	10
Hintergrund zum Landespflegebericht 2020	13
Auftrag und Zielsetzung	13
Konzeption des Landespflegeberichts 2020	14
Methodische Hinweise	17
Niedersachsen im Überblick	23
Demografische Entwicklung	23
Pflegebedürftigkeit	28
Pflegequoten nach Altersgruppen.....	28
Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen.....	28
Altersgruppenverteilung der Pflegebedürftigen in Niedersachsen	29
Prävalenz von Demenzerkrankten in Niedersachsen	30
Pflegebedürftigkeit in regionaler Betrachtung	32
Hilfe zur Pflege und öffentliche Sozialausgaben	36
Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege	40
Ambulante Pflegedienste.....	49
Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen.....	52
Arbeits- und Beschäftigungsmarkt Pflegeberufe	55
Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	58
Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Überblick	58
Arbeitslos gemeldete Personen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	63
Ausländische Mitarbeitende in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	65
Pendlerbewegungen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	67
Voll- und Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	69
Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	73
Zusammenfassung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	75
Beschäftigung in der Altenpflege	77
Beschäftigung in der Altenpflege im Überblick	77
Arbeitslos gemeldete Personen in der Altenpflege	80
Ausländische Pflegefachkräfte in der Altenpflege	82
Pendlerbewegungen Altenpflege.....	84
Voll- und Teilzeitbeschäftigung in der Altenpflege	85
Beschäftigungsdauer in der Altenpflege.....	87
Zusammenfassung Altenpflege.....	89

Ausbildung Pflegeberufe	91
Ausbildungsstätten für Pflegeberufe	91
Schülerzahlentwicklung im Überblick	93
Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege	94
Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	96
Schülerinnen und Schüler der Altenpflege	98
Zusammenfassung Ausbildung Pflegeberufe	99
Analyse der pflegerischen Versorgungssicherheit	102
Index pflegerischer Versorgungssicherung	102
Relation regionale Pflegefachkräfte Angebot und Bindung	105
Regionale Prognostik der demografischen Entwicklung über 75 Jahre	106
Regionale Ausbildungsaktivität	107
Pflegerische Versorgungssicherung in der regionalen Betrachtung	109
Ergebnisse der Befragung	115
Stichprobe und Verteilung	115
Sektorenübergreifende Ergebnisse zum Fachkräftebedarf	116
Sektorenspezifische Ergebnisse	121
Ambulante Pflegedienste	122
Teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen	128
Krankenhäuser	134
Bildungseinrichtungen	137
Statistische Regionen im Überblick	146
Maßnahmen und Handlungsfelder	151
Wirkungskreis 1	154
Wirkungskreis 2	156
Wirkungskreis 3	156
Wirkungskreis 4	158
Handlungsanforderungen	160
Handlungsanforderung 1: Pflege sektorenübergreifend betrachten	160
Handlungsanforderung 2: Pflege strukturiert entwickeln	161
Handlungsanforderung 3: Pflege regional befördern	163
Handlungsanforderung 4: Maßnahmenfolgen abschätzen	164
Handlungsanforderung 5: Maßnahmen auf Wirkungen kontrollieren	165
Abbildungsverzeichnis	166
Tabellenverzeichnis	168
Literaturverzeichnis	169
Impressum	174

Zentrale Ergebnisse

Einführend werden zentrale Ergebnisse und Feststellungen in verdichteter Form vorangestellt. Diese Zusammenfassung ermöglicht einen ersten Überblick über die Gesamtergebnisse der Analyse. Im nachfolgenden Bericht werden die einzelnen Aspekte vertiefend nach Themengebieten und Versorgungssektoren getrennt ausgewiesen. Somit kann der Landespflegebericht in dieser Form sowohl als kompaktes Nachschlagewerk als auch als Analysebericht zur vertiefenden Information herangezogen werden.

Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich ausgeprägt

Die Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen ist in allen vier statistischen Regionen (Braunschweig, Lüneburg, Hannover, Weser-Ems) seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich gestiegen. Insbesondere zwischen 2015 und 2019 ist ein Anstieg zu verzeichnen, der sich maßgeblich durch die Einführung des neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erklären lässt. Eine hohe Anzahl an Pflegebedürftigen - im fünfstelligen Bereich – ist auf kommunaler Ebene in der Region Hannover (62.094), im Landkreis Göttingen (18.928), im Landkreis Emsland (19.268), im Landkreis Osnabrück (18.547) und im Landkreis Aurich (13.311) zu beobachten.

Die demografische Entwicklung in Niedersachsen kann als zentrale Bedingung angesehen werden, aus der pflegerische Unterstützungsbedarfe entstehen. Betrachtet man die Anteile pflegebedürftiger Personen in der Bevölkerung bezogen auf die Altersklassen (nach Pflegestatistik 2019) insgesamt, so ist vor allem die Altersgruppe der Personen ab 75 Jahren von Bedeutung. 15,7 Prozent der Pflegebedürftigen sind in der Altersgruppe der Personen bis 60 Jahre verzeichnet. 68,2 Prozent der Menschen in Niedersachsen sind ab der Altersgruppe 75+ als pflegebedürftig verzeichnet. Mit steigendem Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Gesamtbevölkerung damit deutlich an.

Aus diesen Entwicklungen lassen sich Anforderungen beschreiben und Regionen darstellen, die in besonderem Maße von einer Zunahme betroffen sein werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in Niedersachsen insgesamt sehr heterogene Entwicklungen bezüglich der altersbezogenen Prognosen zu beobachten sind.

In der rückblickenden Entwicklung von 2010 bis 2020 sind es vor allem die Region Hannover (31.031), der Landkreis Harburg (11.429), der Landkreis Osnabrück (9.198) sowie der Landkreis Emsland (8.597), in denen in der älteren Bevölkerungsgruppe hohe Zuwächse zu verzeichnen waren.

In der prognostischen Entwicklung weisen die Berechnungen des Landesamts für Statistik Niedersachsen (LSN) (Landesamt für Statistik Niedersachsen 2020b) auf die nachfolgenden Entwicklungen hin: Insgesamt sind in der statistischen Region Weser-Ems höhere Entwicklungszahlen bezüglich der älteren Bevölkerung über 75 Jahre bis 2030 gegenüber dem Jahr 2020 zu erwarten. Diesem Befund gegenüber stehen die statistischen Regionen Braunschweig und Hannover, in denen insgesamt betrachtet bezogen auf die

demografische Entwicklung in den kommenden zehn Jahren kaum nennenswerte Veränderungen oder sogar eine Abnahme gegenüber der Ausgangsbetrachtung von 2020 prognostiziert werden.

In besonderem Maße betroffen von einer absoluten Zunahme älterer Menschen sind auf kommunaler Ebene der Landkreis Emsland (5.455), die Region Hannover (4.788), der Landkreis Aurich (4.672) sowie der Landkreis Osnabrück (3.856). In der prozentualen Betrachtung der Entwicklung sind auch für den Landkreis Ammerland, den Landkreis Vechta sowie für den Landkreis Wittmund deutliche Steigerungen zu erwarten.

Eine Verringerung der Anzahl der älteren Bevölkerung wird für die kreisfreien Städte Wolfsburg, Braunschweig, Wilhelmshaven sowie für die Landkreise Goslar und Salzgitter erwartet.

Die benannten Entwicklungen werden sich auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den Kommunen unterschiedlich auswirken und müssen im Kontext der Anpassung der Versorgungsangebote sowie der Strategien der Personalgewinnung und der Ausbildung betrachtet werden. Anpassungen an die Versorgung können nur dort vorgenommen werden, wo Ausbildungsstätten auch eine Qualifizierung zusätzlicher Kräfte ermöglichen. Zusätzliche Kapazitäten in Einrichtungen sollten primär dort geschaffen werden, wo erwartbare Bedarfe entstehen. Dabei spielt auch die Überlegung eine zentrale Rolle, wie durch innovative Versorgungskonzepte neue Wege beschritten werden können, damit zusätzliche Versorgungsbedarfe nicht zwingend zu einer Zunahme an professioneller und überwiegend institutionalisierter Versorgung führen.

Versorgungsnetze umfassend vorhanden, aber nicht bedarfsdeckend

In der Flächenverteilung zeigt sich sowohl bei den ambulanten Diensten als auch bei den teil- und vollstationären Einrichtungen eine hohe Abdeckung der Versorgung.

In der Zeitreihenbetrachtung der Entwicklung von 1999 bis 2019 kann sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung eine Zunahme und Verdichtung beschrieben werden. So sind bei den ambulanten Diensten in fast allen Landkreisen leichte Zuwachsraten zu beobachten. Herausstechend ist dabei die Region Hannover, in der 85 zusätzliche ambulante Dienste im Beobachtungszeitraum verzeichnet werden. Ebenso hat die stationäre Versorgung deutlich an Dichte in Niedersachsen zugenommen. Auch hier führt die Region Hannover mit zusätzlichen 89 Einrichtungen die Entwicklung an.

Dass dessen ungeachtet Schwierigkeiten in der Versorgungsanpassung in den ambulanten Diensten bestehen, kann grundsätzlich als bekannt beschrieben werden (Preuss 2018), und seitens des Landes wurden bereits entsprechende Förderrichtlinien zur weiteren Entwicklung auf den Weg gebracht¹ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018).

¹ Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Projekten oder Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum. Erl. d. MS v. 12. 6. 2019 — 104.24-43590/29

Die bestehenden Dienste und Einrichtungen können die Anfragen und Bedarfe der betroffenen Menschen in den kreisfreien Städten und Landkreisen überwiegend bedienen. Zwar legt die Anzahl der abgelehnten Anfragen der ambulanten Dienste zu Leistungen des SGB V sowie SGB XI (insbesondere zu Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b) nahe, dass nicht alle Versorgungsanfragen kurzfristig und sofort angenommen werden können, die jeweilige Anzahl der Ablehnungen pro Dienst aber weist darauf hin, dass es sich um überwiegend kleine Fallzahlen handelt. Die konkreten Kooperationen und die Weitervermittlung an andere Akteure muss dabei als ausbaufähig betrachtet werden. Rund 30 Prozent der Dienste geben an, von anderen Diensten bei bestehenden Versorgungsengpässen angefragt zu werden oder ihrerseits andere Dienste bei eigenen Versorgungsengpässen anzufragen. Im Umkehrschluss existiert jedoch bei der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen (noch) keine solche Kooperation in Form von Versorgungsnetzwerken.

Aktuell kann davon ausgegangen werden, dass Angehörige, die nach einer ambulanten Unterstützung suchen, diese nicht überall stabil oder nicht immer zeitnah realisieren können. Eine substanzielle Beschränkung, die die Funktionalität des ambulanten Systems grundsätzlich in Frage stellt, lässt sich jedoch nicht feststellen.

Die Heimversorgungsquote der Pflegebedürftigen, also der Anteil der Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen betreut werden, variiert in Niedersachsen in hohem Maße. Während sie in der Stadt Delmenhorst und im Landkreis Aurich unter 20 Prozent liegt, finden sich im Landkreis Schaumburg, im Landkreis Helmstedt und im Landkreis Uelzen Werte von 36 bis 37 Prozent.

In der statistischen Region Weser-Ems insgesamt ist dabei tendenziell zu beobachten, dass eine geringere Ausstattung an Heimplätzen vorliegt. Angesichts der demografischen Entwicklung in den unterschiedlichen Landkreisen und kreisfreien Städten muss dies besondere Beachtung erfahren. Hier ist die statistische Region Weser-Ems in den Blick zu nehmen. Beispielsweise kommen im Landkreis Aurich im Jahr 2017 auf einen Heimplatz in vollstationärer Versorgung rund 11,5 Menschen in der Altersgruppe von über 75 Jahren. Perspektivisch wird hier bis 2030 eine Zunahme der Anzahl älterer Menschen in der Größenordnung von rund 4.672 erwartet, was numerisch in etwa der Zunahme in der Region Hannover entspricht, wo mit 10,3 Personen über 75 Jahre pro Heimplatz aktuell eine bessere Ausstattung besteht. Landesweit liegt der Durchschnitt der Angebotsstruktur bei einem Heimplatz bei 9,1 Personen in der Altersgruppe der über 75-Jährigen. Im Landkreis Aurich besteht demnach ein unterdurchschnittliches Angebot bei einer prospektiv stark steigenden Nachfrage.

Auch in der vollstationären Versorgung können aktuell nicht alle Anfragen zeitnah bedient werden, und es existieren in den Einrichtungen Wartelisten auf einen Pflegeplatz in vollstationärer Dauerpflege. In der Befragung wurde deutlich, dass es dabei nur wenige Einrichtungen sind, die eine sehr hohe Nachfrage hatten und demzufolge eine Aufnahme in die vollstationäre Dauerpflege ablehnen mussten.

Die Kurzzeitpflege kann als ein zentraler Entwicklungsraum und als eigenständiger Problembereich betrachtet werden. Solitäre, also auf die Kurzzeitpflege spezialisierte Einrichtungen sind in Niedersachsen nur in begrenztem Maße vorhanden; sie scheinen aus unterschiedlichen Gründen kaum wirtschaftlich aufgebaut oder geführt werden zu können (Freie Wohlfahrtspflege in Niedersachsen 2018). Allein im September 2019 wurden von den 191 stationären Einrichtungen in der Befragung insgesamt 2.692 Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze abgelehnt. Dies verdeutlicht zum einen die hohe Nachfrage nach Kurzzeitpflege und zum anderen, dass das Konzept der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ in vollstationären Einrichtungen nicht oder nicht hinreichend bedarfsgerecht funktioniert. Von einer Bedarfsdeckung und einer Ermöglichung der Nutzung kann nicht überall ausgegangen werden. Die bisherigen Anstrengungen über die Förderung der Investitionskosten durch das Land reichen dabei offensichtlich nicht aus, um die Funktionalität zu garantieren, oder sie führen nicht zielgerichtet zu den gewünschten Ergebnissen. Fehlende Kostenvereinbarungen mit den Kostenträgern führen zu einer Planungsunsicherheit und damit zu einer Stagnation der Entwicklung (Freie Wohlfahrtspflege in Niedersachsen 2018).

Fachkräfteengpass in der Pflege wird deutlich

Der Mangel an qualifizierten Pflegekräften wird in dem vorliegenden Bericht an unterschiedlichen Stellen offensichtlich und stützt sich dabei sowohl auf die Ergebnisse der Analyse amtlicher Statistiken als auch auf die Ergebnisse im empirischen Teil des Berichts.

Zunächst ist festzustellen, dass in keiner Region in Niedersachsen eine Arbeitsmarktreserve vorliegt, die mobilisiert werden könnte. Durchgängig besteht in den fachqualifizierten pflegerischen Bereichen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege eine Vollbeschäftigung. Das bedeutet, dass alle Pflegekräfte, die aus der Ausbildung im Herbst 2020 in den Beschäftigungsbereich einmündeten, bereits im Dezember 2020 vollumfänglich integriert sind. Zudem können, entgegen den bekannten zusätzlichen Bedarfen in den Krankenhäusern, kaum nennenswerte Steigerungen der Zahl der Beschäftigten in der Pflege verzeichnet werden. Dies kann als ein Indiz dafür gewertet werden, dass die benötigten Ressourcen auf dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen.

In der Befragung zeigen die Antwortenden aus den Versorgungseinrichtungen (n=428) insgesamt einen Bedarf an rund 3.190 offenen Stellen (gemessen in Vollzeitäquivalenten) auf, der sich einerseits aus bereits bestehenden offenen Stellen berechnet (1.753) und andererseits durch einen geplanten Stellenaufbau im Jahr 2020 (1.437) entsteht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe rund 12,3 Prozent der Einrichtungen (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken) umfasst. Da die Stichprobe in der Verteilung der Regionen nicht repräsentativ ist, kann keine regionale Hochrechnung der konkreten Fallzahlen vorgenommen werden.

Im Rahmen einer Schätzung für das Bundesland Niedersachsen insgesamt kann von rund 25.000 zusätzlichen Stellen ausgegangen werden, die in den Sektoren der Versorgung kurzfristig zusätzlich besetzt werden könnten.

Ein weiteres Indiz für die deutliche Fachkräfteproblematik sind die Antworten zur Personalrekrutierung. Rund 60 Prozent der ambulanten Dienste beobachteten aktive Abwerbersuche anderer Einrichtungen. Nur rund jeder vierte Dienst konnte Stellen, die aufgrund einer Personalfluktuations neu zu besetzen waren, problemlos wiederbesetzen. Vergleichbare Hinweise finden sich auch bei den teil-/vollstationären Einrichtungen. Hier ist es jede dritte Einrichtung, die Stellen aufgrund einer Personalfluktuations problemlos neu besetzen konnte. In beiden Sektoren wird deutlich, dass es weniger Bewerbungen als offene Stellen gibt und somit eine Personalauswahl nicht vorgenommen werden kann. Gleiches wird aus dem Sektor der Krankenhäuser rückgemeldet.

Ein weiteres zentrales Problemfeld ergibt sich daraus, dass insbesondere in den Pflegeeinrichtungen hohe Quoten an Teilzeitbeschäftigung vorliegen. Wenn die zur Verfügung stehenden Arbeitspotenziale des qualifizierten Personals nicht umfänglicher ausgeschöpft werden, erhöht dies den Gesamtbedarf. Die kommunalen Schwankungsbreiten der Anteile an Teilzeitbeschäftigung sind groß und rangieren beispielsweise in der ambulanten Pflege zwischen 10 Prozent und 50 Prozent.

In der Befragung wurden erstmalig die Einrichtungen nach den aus ihrer Sicht notwendigen Anteilen an Teilzeitbeschäftigten befragt. Für die teil-/vollstationären Einrichtungen ergaben sich hier Mittelwerte von 41 Prozent. In der ambulanten Pflege liegt der Mittelwert bei 46,8 Prozent. In der Krankenhausversorgung werden mit 21,7 Prozent deutlich niedrigere Werte angegeben. Die Vollzeitstellenanteile nach Pflegestatistik und Krankenhausstatistik zeigen auf, dass die von den Einrichtungen selbst als notwendig beschriebenen Quoten regional überwiegend deutlich überschritten werden. Dies verweist auf zweierlei Schwierigkeiten: Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass die Umwandlung in höhergradige Beschäftigungsanteile eine Grenze erfährt. Bei den ambulanten Diensten gaben beispielsweise 63,5 Prozent an, die Möglichkeiten einer erhöhten Beschäftigung zur Fachkräftesicherung bereits zu nutzen. Andererseits fehlen offensichtlich Konzepte, Arbeitszeitmodelle und flexible Lösungen in den Einrichtungen, um die Teilzeitbeschäftigung weiter zu reduzieren.

Mitarbeitende in der Pflege aus dem Ausland zu rekrutieren, spielt in den aktuellen Diskussionen eine wichtige Rolle. In der konkreten Beschäftigung jedoch sind sie aktuell eine vergleichsweise kleine Gruppe. Von den in Niedersachsen zum Juni 2020 geführten 76.438 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger, werden 1.473 mit einer Staatsangehörigkeit aus dem EU-Ausland ausgewiesen. Das entspricht einem Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege von lediglich 1,9 Prozent. Für die Altenpflege sind 31.204 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auf dem Fachkraftniveau ausgewiesen (ohne Helferinnen und Helfer).

In dieser Gruppe werden 673 Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem EU-Gebiet ausgewiesen. Das entspricht in der Altenpflege einem Anteil von 2,2 Prozent.

Die Analysen zur Rekrutierung und Eingliederung von Pflegekräften aus Drittstaaten, die in Niedersachsen die Arbeit aufgenommen haben, zeigen auf, dass auch bei dieser Personengruppe bislang kaum nennenswerte Potenziale entstanden sind und dass diese vor allem in ausgewählten städtisch geprägten Bereichen zum Tragen kommen, hauptsächlich in der Region Hannover. In den ländlichen Versorgungsregionen spielt die Gewinnung von aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräfte (aus Drittstaaten) keine bedeutsame Rolle im Rahmen der Fachkräftesicherung der vergangenen Jahre. In den Befragungen der ambulanten Dienste sowie der teil-/vollstationären Einrichtungen wird deutlich, dass die Gewinnung ausländischer Mitarbeitender Barrieren der Integration und der Bindung aufweist. Damit bestätigen sich für Niedersachsen vorliegende Ergebnisse bundesweiter Befragungen (Isfort et al. 2018b). Dies führt dazu, dass dies als isolierte Maßnahme der Fachkräftesicherung in der Realität kaum eine Rolle spielt.

Die Fachkräftesicherung ist primär eine regional ausgeprägte Aufgabe. Dies weisen die Auswertungen zur räumlichen Distanz der Mitarbeitenden im Rahmen der Befragung der Einrichtungen auf. Sie geben einen Hinweis auf mögliche Rekrutierungsräume des Personals.

Im Durchschnitt wohnten die bei den ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte im Umkreis von rund 12 Kilometern. Als maximale Distanz wurden hier 26 Kilometer angegeben, wobei der im Median angegebene Wert bei maximal 20 Kilometern lag. Damit wird deutlich, dass der eigentliche Rekrutierungsraum für Personal räumlich eng begrenzt erscheint. Bei den teil- und vollstationären Einrichtungen zeigen sich ähnliche Werte. Auch hier lag die durchschnittliche Entfernung zum Arbeitsplatz bei den Mitarbeitenden bei 11 Kilometern, und als häufigster Wert wurde zehn Kilometer angegeben. Der Median der Person mit der maximalen Distanz zum Arbeitsplatz liegt bei 25 Kilometern. Bei den Krankenhäusern gab es bezogen auf die durchschnittliche Entfernung der Pflegekräfte keine Abweichung (12,8 Kilometer). Der Median liegt hier höher (bei 50 Kilometern). Dies hat auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Ausbildungsstrukturen. Sollen Einrichtungen von neu qualifiziertem Personal profitieren und eine Fachkräftesicherung betreiben können, so ist die wohnortnahe Ausbildung in der Fläche dafür eine Grundlage. Schließen wohnortnah Bildungseinrichtungen oder werden sie zentralisiert, wird den ansässigen Einrichtungen der Zugang zur Ausbildung und Qualifizierung eigenen Personals erschwert. Die Folge dürfte eine Zunahme sowohl des intrasektoriellen als auch des intersektoriellen Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen mit Ablöseprämien und Anreizsystemen sein.

Der Wettbewerb um qualifizierte Pflegekräfte zeigt sich bereits ausgeprägt in der Befragung der Einrichtungen. Die aktuellen Möglichkeiten der Rekrutierung unterscheiden sich dabei deutlich voneinander. Während in der ambulanten Pflege die Neueinstellungen in erheblichem Umfang aus der stillen Reserve (22 Prozent) oder aus anderen ambulanten Einrichtungen (31,7 Prozent) erfolgten, gab es kaum Übernahmen von

Absolventinnen und Absolventen einer Pflegeausbildung (9,3 Prozent). Dies ist im Krankenhaussektor anders. Hier erfolgt eine Neueinstellung von Personal vor allem durch die Übernahme der eigenen Schülerinnen und Schüler nach der Ausbildung (35,2 Prozent). Ebenso spielt die Abwerbung von Personal aus anderen Krankenhäusern eine zentrale Rolle als Strategie der Fachkräftesicherung (40 Prozent). Die Mobilisierung der stillen Reserve fällt im Krankenhausbereich mit 12,2 Prozent gegenüber der ambulanten Pflege deutlich ab. Die oftmals formulierte Befürchtung, dass insbesondere die Krankenhäuser die Mitarbeitenden aus der ambulanten Pflege abwerben könnten und dort die Fachkräfteproblematik deutlich verschlechtern, kann empirisch nicht bestätigt werden. Nur drei Prozent der Neueinstellungen stammen aus diesem Bereich. Eine größere Konkurrenz für den besonders vulnerablen Bereich der ambulanten Pflegedienste stellt der teil-/vollstationäre Bereich dar. Nach den Angaben der Einrichtungen stammen 14,5 Prozent der Neueinstellungen aus dem ambulanten Pflegesektor. Auch in der teil-/vollstationären Versorgung sind die Mobilisierung der stillen Reserve (18,8 Prozent) sowie die intrasektorielle Abwerbung aus anderen Einrichtungen im gleichen Versorgungsbereich (37,4 Prozent) höher. Die Übernahme von Auszubildenden liegt mit 20,5 Prozent über dem Potenzial der ambulanten Dienste und unter dem der Krankenhäuser. Die vorliegenden Datenauswertungen lassen den Schluss zu, dass sich Pflegekräfte überwiegend als berufstreu gegenüber dem Feld zeigen, in dem sie zuvor gearbeitet haben.

Die Berufsverweildauer in der Pflege wird häufiger als ein zentrales Problemfeld angeführt. Analysen des Pflegearbeitsmarktes in Niedersachsen liegen dabei aus dem Jahr 2019 vor (Wrobel et al. 2019). Die Analyse beinhaltet jedoch primär die Pflegekräfte, die dem Bereich der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Versorgung zugerechnet werden können. Pflegekräfte aus den Krankenhäusern wurden in der vorliegenden Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) nicht berücksichtigt. Ergänzt werden die Analysen durch Ergebnisse einer Sonderabfrage beim Bundesamt für Statistik. In dieser wurden alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte ab der Ebene des Fachkräfteniveaus (KIdB 2010) betrachtet. Das heißt, dass Helferinnen und Helfer (ohne Spezialisierung) nicht eingeschlossen sind, Spezialisten (z. B. mit Fachweiterbildungen) jedoch sind eingeschlossen. Die IAB Analyse erfolgte zunächst mit der Perspektive, wie lange Pflegefachkräfte nach ihrer Ausbildung insgesamt sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind (unabhängig vom weiter ausgeübten Beruf). Die Beschäftigungsdauer in Niedersachsen insgesamt liegt danach nach zehn Jahren bei 77,7 Prozent, nach 15 Jahren bei 75,2 Prozent und nach 20 Jahren noch bei 72,0 Prozent.

Bezüglich der Branchentreue beschreiben Wrobel et al., dass in Niedersachsen nach fünf Jahren im Schnitt 63,9 Prozent der Pflegefachkräfte in einem Alters- oder Pflegeheim, in ambulanten Diensten oder sonstiger Betreuung älterer Menschen und Behinderter tätig sind. Nach zehn Jahren sind es noch 56,4 Prozent und nach 20 Jahren mit 48,2 Prozent weniger als die Hälfte. Weiterqualifizierungen (z. B. Aufnahme eines Studiums)

und Wechsel zwischen den Sektoren (z. B. Wechsel in ein Krankenhaus) würden in der vorliegenden Systematik als Abbruch der Branchentätigkeit gewertet.

Für die weitere Analyse wurden die sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte ohne Bezug zum Tätigkeitssektor analysiert und in Gruppen der Tätigkeitsdauer klassifiziert. Der Median der Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege lag in Niedersachsen im Juni 2020 bei 237,8 Monaten. Das entspricht als mittlere Beschäftigungsdauer einer Zeit von rund 20 Jahren.

Die Hälfte der Pflegefachkräfte im Zielberuf Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (gemessen an der Anzahl der Beschäftigten) in Niedersachsen arbeitet bereits länger als diese Zeit in dem benannten Beruf.

71,1 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind nach zwei Jahren weiterhin in ihrem Beruf tätig; 28,9 Prozent üben einen anderen Beruf aus oder sind zu diesem Zeitpunkt nicht mehr beschäftigt (ggf. auch durch Familiengründungsphase oder Pflege Angehöriger). Ab dem dritten Jahr nehmen die Austritte aus dem Beruf spürbar ab. Der Median der Beschäftigungsdauer lag in der Altenpflege im Juni 2020 bei 172,9 Monaten. Das entspricht einer mittleren Beschäftigungsdauer von rund 14,5 Jahren. Die Hälfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Niedersachsen arbeitet somit noch nicht so lange in der Altenpflege, die andere Hälfte länger.

Die Gruppe der über zehn Jahre im Beruf stehenden Pflegefachkräfte sowohl in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege als auch in der Altenpflege sind in allen statistischen Regionen die dominierende.

Ausbildungsstrukturen auf Wachstumskurs

Die Ausbildungszahlen zeigen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den Jahren 2012 bis 2017 ein tendenziell stabiles Niveau ohne nennenswerte Entwicklung auf. Mit dem Schuljahr 2018/19 werden erstmals ausgeprägte Anpassungen beobachtet. Vor dem Hintergrund der bekannten dynamischen Zunahme der Versorgungsstrukturen im ambulanten sowie teil-/vollstationären Bereich sowie angesichts zahlreicher Diskussionen rund um das Themengebiet der Ausweitung der Pflegestellen in den Krankenhäusern kann dies als verpasste Chance auf eine frühzeitige Entschärfung der Situation gewertet werden. In den Jahren 2020 bis 2022 wird prognostisch mit rund 1.750 bis maximal 2.000 Absolventinnen und Absolventen aus der Ausbildung gerechnet. Über die Quote der Berufseinmündung können aktuell keine verlässlichen Kennzahlen gegeben werden, sodass unklar erscheint, wie viele der Absolventinnen und Absolventen aktiv in den Beruf einsteigen.

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lässt sich in der Zeitreihe zwischen 2012/2013 und 2018/2019 keine große Veränderung und Anpassung ausmachen. In der Prognostik werden im Land in den Jahren 2020 bis 2022 jeweils rund 200 Absolventinnen und Absolventen zu erwarten sein.

In der Altenpflege kann im Gegensatz zur Gesundheits- und Krankenpflege von einem leichten kontinuierlichen Wachstum der Ausbildungszahlen bereits in den vergangenen

Jahren ausgegangen werden, was wesentlich dazu beigetragen hat, dass der beschriebene Aufbau der Versorgungsstrukturen in der ambulanten sowie teil-/vollstationären Versorgung realisiert werden konnte. Auch hier ist im Jahr 2019 eine weitere Erhöhung der Kapazitäten zu beobachten. Die Prognostik der Absolventinnen und Absolventen weist für die Jahre 2020 bis 2022 jeweils gerundet 2.000 Absolventinnen und Absolventen aus.

Ungeachtet der beschriebenen, überwiegend eher moderaten Steigerungen kann festgehalten werden, dass die vorhandenen Kapazitäten aktuell nicht ausreichen, um den Fachkräftebedarf entsprechend zu beantworten und dem Fachkräftemangel substantiell zu begegnen.

Vor dem Hintergrund der altersdemografischen Entwicklung in der Berufsgruppe der Pflegekräfte selbst, wie er im Rahmen des zweiten Berichts zur Lage der Pflegeberufe in Niedersachsen durch die Pflegekammer Niedersachsen dargestellt wurde (Pflegekammer Niedersachsen 2021), reichen die vorliegenden Ausbildungskennzahlen nicht aus, um die Personalbedarfe (z. B. den Ersatz für Renteneintritte) in den Einrichtungen zu decken oder die bestehenden offenen Stellen zu besetzen.

Der Bericht zur Lage der Pflegeberufe in Niedersachsen geht von einem kalkulatorischen Ersatzbedarf von fünf Prozent durch altersbedingte Berufsaustritte aus. Die Qualifizierungsquote in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege liegt jedoch lediglich bei 2,6 Prozent gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Berufsgruppe. Damit liegt die Quote deutlich unter der berechneten Größe, die zum Erhalt der bestehenden Arbeitspotenziale benötigt würde.

In der Altenpflege liegt die Qualifizierungsquote bei 6,0 Prozent. Hier könnten die bestehenden Ausbildungsplätze im Jahr 2020 ausreichen, um den Ersatzbedarf zu erfüllen. Ein Ausbau der Strukturen kann so jedoch ebenfalls nicht erfolgen. Zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der demografischen Entwicklung auch der Ersatzbedarf steigen wird; bereits im Jahr 2022 wird mit über 6,3 Prozent an Renteneintritten gerechnet.

Auch die Ergebnisse der Befragung untermauern die Feststellung, dass die Qualifizierungsquote unzureichend ist. Aus den derzeit offenen Stellen und dem angegebenen Bedarf an zusätzlichen Stellen (zur Erreichung der betrieblichen Ziele für das laufende Jahr 2021) ergeben sich 3.190 benötigte Personalstellen in der Stichprobe der antwortenden Einrichtungen. Diesem Bedarf stehen in den Einrichtungen 1.626 geplante Ausbildungsplätze gegenüber. Lediglich der Sektor der Krankenhäuser kann hierbei den eigenen Bedarf durch die geplanten Ausbildungsstrukturen bedienen. Im Feld der ambulanten Pflege reichen die Ausbildungszahlen nur zu 16 Prozent zur Deckung des eigenen Bedarfs aus. In der teil-/vollstationären Pflege decken die eigenen Ausbildungskapazitäten 35 Prozent des formulierten Bedarfs ab.

Die Bildungseinrichtungen beschreiben potenziell weitere Wachstumsmöglichkeiten im nennenswerten Bereich. So könnten in den 40 antwortenden Bildungseinrichtungen zusätzlich aktuell rund 800 Ausbildungsplätze geschaffen werden (seit dem Jahr 2020 als generalistische Pflegeausbildung).

Allerdings berichten auch die Bildungseinrichtungen von zunehmenden Schwierigkeiten bei der Einstellung von Personal. In der Befragung wurde angegeben, dass 34 offene Stellen für Lehrerinnen und Lehrer nicht besetzt werden konnten. Die Anzahl der Bewerbungen reicht aktuell nicht aus, um die Stellen zu besetzen. Rund die Hälfte der Bildungseinrichtungen gibt in der Befragung an, dass sie in den kommenden zwei Jahren zusätzliche Ersatzbedarfe unter den Lehrenden haben wird, die u. a. mit dem Renteneintritt des bestehenden Personals in Verbindung stehen. Die Bildungseinrichtungen bemühen sich darum, bereits frühzeitig auf Studierende der pflegepädagogischen Studiengänge zuzugehen, um zukünftiges Personal zu rekrutieren und zu binden.

Fachpflegerische Versorgungssicherheit regional unterschiedlich ausgeprägt

In der Gesamtschau der vorliegenden Analysen kann festgehalten werden, dass der Fachkräftemangel kurzfristig sowie mittelfristig weiter zunehmen wird. Der Handlungsdruck bleibt damit hoch und der Wettbewerb um Pflegekräfte wird weiter zunehmen. Erfolgen keine substanziellen Veränderungen, die die Gesamtausrichtung der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen betreffen und die deutlich über die durch Einzelmaßnahmen initiierten Entwicklungen (wie z. B. die Anwerbung ausländischen Personals) hinausgehen, wird in der längerfristigen Perspektive der kommenden zehn Jahre die Frage zu stellen sein, wo in Niedersachsen bestehende Versorgungskapazitäten reduziert werden müssen oder aber nicht mehr in der aktuellen Qualität umgesetzt werden können. Dies kann sowohl die Anzahl der Einrichtungen selbst betreffen (z. B. durch Schließung von stationären Altenpflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten) als auch die Reduzierung der bestehenden Kapazitäten vor Ort (z. B. durch Verringerung der Pflegeplätze in stationären Einrichtungen oder Begrenzung der Aufnahme von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste).

Aus den vorliegenden Kennzahlen wurde ein Index gebildet, der die Kommunen in Niedersachsen bezüglich der pflegerischen Versorgungssicherheit bewertet und zueinander in eine Relation setzt. Niedrige Indexwerte deuten auf weniger ausgeprägte Problemlagen hin; hohe Werte lassen größere Schwierigkeiten bei der Abdeckung der bestehenden sowie der zukünftigen pflegerischen Versorgungsbedarfe erwarten.

Mit der Hilfe des Index können die Kommunen zukünftig kontinuierlich in der Entwicklung beobachtet und untereinander in Beziehung gesetzt werden. Damit liegt ein vereinfachtes Verfahren zur zusammenfassenden Längsschnittbeobachtung in Niedersachsen vor.

Drei Dimensionen wurden für den Index der pflegerischen Versorgungssicherung miteinander in Verbindung gebracht und betrachtet:

- 1.) die aktuelle Versorgungsdichte und Personalbindung
- 2.) die zu erwartenden zukünftigen Bevölkerungsentwicklungen
- 3.) die Ausbildungsaktivität in der Kommune

Die aktuelle Versorgungsdichte wurde in Relation zum in der Kommune zur Verfügung stehenden qualifizierten Personal erfasst. Dazu wurden die Anzahl der Pflegebedürftigen in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie die Bettenzahl der vorhandenen Krankenhäuser als Hinweis auf eine hohe Versorgung mit entsprechender bestehender Personalbindung summiert. Die Werte wurden zu den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräften, die im Kreis wohnen und dort arbeiten, in Relation gesetzt.

Die Bevölkerungsprognosen beziehen die Entwicklung der Gruppe der über 75-Jährigen in der Anzahl zwischen 2020 und 2030 mit ein. Sie geben Auskunft über erwartbare Zunahmen oder Abnahmen der pflegerischen Versorgung.

Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler im ersten Ausbildungsjahr einer Pflegefachkraftausbildung wurde zu der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Pflege in der Kommune in Relation gesetzt, um eine regionale Ausbildungsaktivität zu berechnen. Die Relation gibt Auskunft darüber, inwieweit regional eigene Kapazitäten in der Qualifizierung bestehen, um die bestehenden Bedarfe und die prognostischen Entwicklungen zu bedienen. Sind diese gering, so ist die Kommune in erheblichem Umfang davon abhängig, dass Qualifizierungen in benachbarten Kommunen vorgenommen werden. Kompensiert werden kann dies ggf. auch durch Pflegekräfte aus anderen Kommunen. Damit aber besteht ein erheblicher Druck, Einpendlerinnen und Einpendler für den Kreis zu gewinnen.

Die Einzelwerte der Relationen oder der Prognostik wurden jeweils auf einem Skalenswert bis 50 standardisiert und in einen Indexwert zusammengeführt, wobei die drei Dimensionen ungewichtet in das Modell einfließen. Der Index erlaubt eine Orientierung und weist über die Einzelbefunde der Kennzahlen hinaus auf sozialräumliche Unterschiede in Niedersachsen hin. Höhere Werte weisen dabei im Index auf ein höheres Risiko bei der fachpflegerischen Versorgungssicherung hin.

Normwerte können nicht bestimmt werden; somit fehlt die Möglichkeit, einen Standardwert zu bestimmen, ab dem eine Versorgung sicher oder unsicher erscheint. Dargelegt werden kann ein Durchschnittswert für Niedersachsen und der Abstand, den die jeweilige Kommune von diesem Durchschnittswert in Niedersachsen aufweist.

Für Niedersachsen insgesamt konnte ein durchschnittlicher Indexwert von 19,94 auf einer Skala bis 50 ermittelt werden. 24 Kommunen weisen einen Indexwert unterhalb dieses Landesdurchschnitts auf, 21 Kommunen liegen oberhalb des Durchschnittswertes.

Stark unterdurchschnittliche Indexwerte, die auf eine im Vergleich zu anderen Kommunen geringere Problematik der Sicherung der fachpflegerischen Versorgung hinweisen, wurden dabei für die Städte Wolfsburg (10,77), Osnabrück (11,56), Wilhelmshaven (12,57), Braunschweig (12,96), sowie die Landkreise Uelzen (13,01), Hameln-Pyrmont (14,20), die Stadt Salzgitter (14,73), den Landkreis Goslar (15,06), den Landkreis Helmstedt (15,19), den Landkreis Friesland (15,43) und den Landkreis Heidekreis (15,52) ermittelt.

Überdurchschnittliche Indexwerte (Top 10), die auf eine im Vergleich zu anderen Kommunen hohe Problematik der pflegerischen Versorgungssicherung hindeuten, wurden in aufsteigender Reihenfolge für die Landkreise Wittmund (22,93) Verden (23,42), Wesermarsch (23,66), Diepholz (24,79), die Region Hannover (26,01), die Landkreise Harburg (26,91), Emsland (28,29), Aurich (28,93), Oldenburg (33,05) sowie den Landkreis Osnabrück (38,29) errechnet.

Auffallend ist eine Konzentration der als vulnerabel einzuschätzenden Kommunen in der statistischen Region Weser-Ems, wohingegen eine Konzentration der unterdurchschnittlichen Indexwerte in der statistischen Region Braunschweig besteht. In der statistischen Region Hannover sowie in der statistischen Region Lüneburg sind die Verteilungen zwischen den Kommunen mit erhöhten und niedrigeren Werten jeweils ähnlich verteilt.

Der zweite auffallende Befund ist, dass in der Gruppe der unterdurchschnittlichen Werte auffallend viele kreisfreie Städte im Gegensatz zu Landkreisen zu finden sind. Umgekehrt sind in der Gruppe der überdurchschnittlichen Indexwerte überwiegend Landkreise zu beobachten sowie die Region Hannover.

In der Konsequenz ergeben sich Handlungsnotwendigkeiten und zielgerichtete Anforderungen einer Steuerung. Dies kann ggf. mit regionalen Projekten und Mitteln unterstützt werden, die dort wirksam eingesetzt werden sollen, wo stärkere Problemlagen zu vermuten sind.

Hintergrund zum Landespflegebericht 2020

Im Kapitel werden die Auftrags- und Fragestellungen sowie die Konzeption des Landespflegeberichts 2020 mit methodischen Hinweisen dargelegt. Diese einführenden Informationen dienen der Rahmensetzung und kontextuellen Einordnung der vorliegenden Daten und Handlungsempfehlungen. Die methodischen Grundlagen werden benannt; ebenso erfolgt eine Beschreibung der Limitierungen der Datengrundlagen und ihrer Aussagekraft.

Auftrag und Zielsetzung

Der Landespflegebericht soll den Stand der pflegerischen Versorgung wiedergeben sowie Vorschläge zur Anpassung der pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur enthalten.

Seit dem Jahr 2005 erfüllt das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung die in § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) vorgesehene Verpflichtung zur Fortschreibung eines räumlich gegliederten Landespflegeberichtes zur Planung sowie Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur. In der Weiterführung liegen für die Jahre 2010 und 2015 niedersächsische Landespflegeberichte vor.

Die Landespflegeberichte aus den Jahren 2005 bis 2015 (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2005; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und Integration 2010; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015) weisen Sekundärdatenanalysen, Ergebnisse aus Einzelstudien sowie Projektanlagen und -aktivitäten des Landes auf der räumlichen Gliederungsebene aus. Gegenstand der Betrachtung waren neben der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Versorgung weitere spezifische Bereiche der Pflegeversorgung und der Pflegebedarfe. Auf der Grundlage von Analysen zur Ausgangslage, zur Entwicklung der Angebotsstruktur und zu den Bedarfen wurde für jedes einzelne Themenfeld die Angemessenheit der Versorgungsstruktur beurteilt und Maßnahmen und Empfehlungen beschrieben.

Gemäß der Leistungsbeschreibung, die Teil der Ausschreibung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 23.01.2019 war, sollen der Landespflegebericht 2020 und die nachfolgenden, nach den aktuellen Planungen in einem Abstand von vier Jahren zu erstellenden Landespflegeberichte aufbauend auf einer konzeptionellen Neuausrichtung aussagekräftige und steuerungsrelevante aktuelle Daten der pflegerischen Versorgungsstruktur praxisnah darstellen. Damit einher geht die Anforderung, auf bereits vorliegende Analysen zu verweisen oder diese zu verdichten und damit den Umfang des Berichtes zu begrenzen. Darüber hinaus sollen handlungsrelevante Aspekte aus der Perspektive der relevanten Akteure aus den Einrichtungen aufgenommen werden. Damit wird in dieser Berichterstattung in stärkerem Maße als bislang auf bereits vorliegende und veröffentlichte Daten verwiesen, ohne diese erneut umfassend vorzustellen.

Datenbestände und Literaturhinweise, die zur Vertiefung der Fragestellungen der einzelnen Kapitel dienen, werden ausgewiesen. Ebenso wurde die Form der Visualisierung verändert. Ausgewählte kartografische Darstellungen sollen den Interessierten einen schnelleren visuellen Zugang zu den für sie relevanten Regionen und Gebieten ermöglichen.

In den Landespflegeberichten soll aktuell sowie zukünftig eine besondere thematische Schwerpunktsetzung erfolgen.

Im Landespflegebericht 2020 liegt der Fokus auf Fragestellungen der *Fachkräftesicherung in der Pflege*. Der bundesweite Fachkräftemangel in den Pflegeberufen kann als eine gut dokumentierte Problemlage beschrieben werden (Bundesagentur für Arbeit - Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2019). In einzelnen Bundesländern erfolgt bereits ein Monitoring der Entwicklungen im Bereich des Fachkräftebedarfs (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz 2017b; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2019). Für den vorliegenden Bericht sollen zum Themenfeld spezifische Analysen für Niedersachsen erstellt werden.

Zukünftig sollen die in den Landkreisen und kreisfreien Städten regional erstellten Pflegeberichte, vgl. § 3 NPflegeG, in die Analysen der Landespflegeberichte einbezogen werden. Aktuell läuft ein vom Land Niedersachsen gefördertes Projekt (Komm.Care) unter Federführung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS). Es werden unter anderem umsetzungsorientierte Handlungshilfen, Beratungs- und Fortbildungsangebote realisiert, um die kommunalen Akteure zu befähigen, die kommunalen Pflegeberichte zu erstellen. In den Landespflegebericht 2020 können die kommunalen Berichte noch nicht einfließen, da sie zurzeit hinsichtlich Aktualität, Umfang und Detailierungsgrad zu unterschiedlich sind. Eine Analyse des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung aus dem Jahr 2018 zeigte auf, dass nur in 27 der antwortenden Kommunen ein Pflegebericht gemäß § 3 NPflegeG vorlag. In 26 Kommunen fanden zum Zeitpunkt der Abfrage örtliche Pflegekonferenzen statt (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018).

Dennoch sind Synergieeffekte mit dem Landespflegebericht 2020 erwartbar. Daten aus dem vorliegenden Landespflegebericht mit den inkludierten Regionalanalysen sollen von den Kommunen in die Diskussionen einbezogen werden und in die kommunalen Pflegekonferenzen und -berichte einfließen.

Konzeption des Landespflegeberichts 2020

Der Landespflegebericht Niedersachsen 2020 fokussiert Fragen der pflegerischen Versorgung und des Fachkräfteengpasses in der Pflege. Er folgt einem sektorenübergreifenden Ansatz.

Der Fokus der Betrachtung liegt auf der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Pflege. Entwicklungen und Kennzahlen des Krankenhauswesens werden, wo als erforderlich für die sektorenübergreifende Analyse erachtet, aufgenommen.

Theoretischer Rahmen

Ausgangspunkt der vorliegenden Analyse und Betrachtung der Schwerpunktsetzung ist die Betrachtung des gesamten Qualifizierungs- und Erwerbszyklus der Pflegeberufe. Der Fachkräfteengpass betrifft nicht ausschließlich die ambulanten Pflegedienste und die teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen. Er ist ebenso im Krankenhaus zu beobachten. Zur Entwicklung aussagekräftiger Empfehlungen müssen die wechselseitigen und korrespondierenden Bedarfe und die Strategien der Ausbildung und Anwerbung übergreifend über alle Sektoren Berücksichtigung finden.

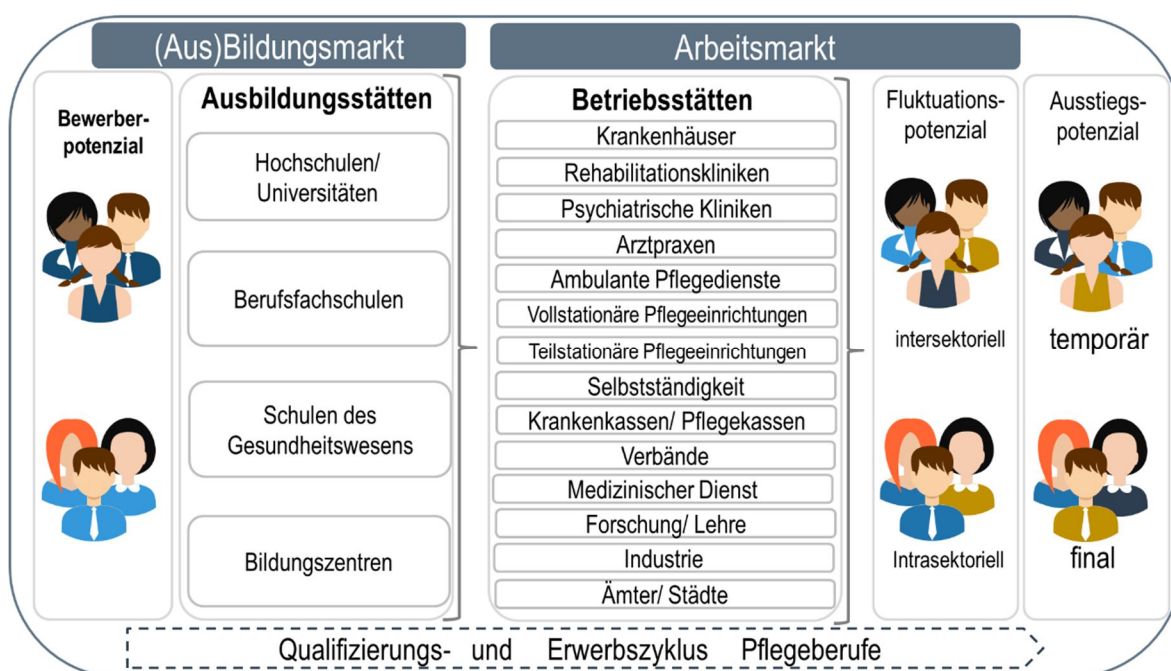


Abbildung 1: Qualifizierungs- und Erwerbszyklus Pflegeberufe

Ansatzpunkte des Fachkräfteengpasses können bereits im Ausbildungssektor erkannt werden, wenn z.B. nicht genügend Lehrpersonal zur Verfügung steht, die Schulkapazitäten insgesamt nicht ausreichen oder aber eine geringe Anzahl der Bewerbungen eine weitere Erhöhung der Ausbildungskapazitäten nicht ermöglicht. Daher müssen neben den zentralen Sektoren der Versorgung (Betriebsstätten) auch die Ausbildungsstrukturen mit betrachtet werden.

Im Ausbildungssektor stehen potenziell Kapazitäten zur Verfügung, die erhöht werden können oder die einer Anpassung bedürfen, um sie ausbauen zu können. Darüber hinaus können die Ausbildungsstätten Auskunft über den Berufseintritt ihrer Absolventinnen und Absolventen geben und damit über die Anzahl derer, die tatsächlich qualifiziert in den Arbeitsmarkt einmünden.

In den Betriebsstätten können Aussagen systematisiert werden, die die Anzahl der derzeit offenen Stellen quantifizieren, die Suche nach Personal erfassen und Rekrutierungsräume des Personals beschreiben. Darüber hinaus kann erfasst werden, aus welchen Einrichtungsarten neue Mitarbeitende kommen, welcher zukünftige Bedarf in den Einrichtungen kalkuliert wird und welche Beobachtungen zur Personalsituation und zur Ausbildung insgesamt gemacht werden. Ebenso kann von den Betriebsstätten beschrieben werden, wie hoch der Anteil der zu ersetzenden Personen (Ausstieg bzw. Renteneintritt) derzeit ist. So lassen sich Erwartungen systematisieren und realitätsnahe Zukunftseinschätzungen zur Bedarfsentwicklung geben.

In dem Modell zum Qualifizierungs- und Erwerbszyklus der Pflegeberufe werden diese unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt. Einschränkend muss gesagt werden, dass der Fokus der Analysen auf den Perspektiven der dominanten Versorgungsbereiche liegt. Krankenkassen, Medizinische Dienste, Kommunen sowie Industrie- und andere Beschäftigungsbereiche können im Bericht nicht berücksichtigt werden. Sie fließen übergeordnet ein, indem die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den berufsnahen Beschäftigungsfeldern für Pflegekräfte insgesamt betrachtet werden.

Integration von Primärdatenerhebungen

Eine wesentliche konzeptionelle Neuausrichtung des Landespflegeberichts ist die Befragung der Ausbildungssektoren und der Versorgungseinrichtungen. Den Expertinnen und Experten in den Einrichtungen soll die Möglichkeit zur Beteiligung gegeben werden. Damit besteht methodisch eine Erweiterung, die eine Primärerhebung von Kennzahlen und Einschätzungen durch Onlinebefragungen (freiwillige Teilnahme) umfasst.

Partizipatorischer Ansatz

Ein weiterer zentraler Baustein der Konzeption ist der Ausbau des Landespflegeberichts als ein Medium zur Partizipation und Kommunikation. Durch den aktiven Einbezug der Akteurinnen und Akteure der Pflegeversorgung soll ein Rollenwechsel erfolgen, wegführend davon, dass Einrichtungen ausschließlich „Gegenstand“ von Forschung sind. Deshalb wird bereits die Entwicklung der Befragungen mit Expertinnen und Experten aus dem Feld besprochen und abgestimmt. Entsprechend dem Selbstverständnis des beauftragten Instituts (DIP) entwickelt das Institut Vorschläge für Themen und konkrete Fragen; diese werden im Kommunikationsprozess mit den Beteiligten hinsichtlich der Aktualität und Relevanz modifiziert. Die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen und relevanter Verbände erhalten Einfluss auf die Fragestellungen der Analyse. So soll ermöglicht werden, dass Daten systematisiert zusammengetragen werden, deren Analyseergebnisse für die Einrichtungen eine hohe Relevanz in der praktischen Arbeit und Beschäftigung haben und in steuerungsrelevante Prozesse einfließen können.

Verbreitung und Kommunikation

Der Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung beschränkt sich nicht auf die reine Erstellung des Landespflegeberichts 2020.

Die Analyseergebnisse, Aussagen und Handlungsempfehlungen sollen auch in der Fläche gezielt im Rahmen eines Monitorings bekannt gemacht, vertiefend diskutiert und damit wirksam werden. Dazu werden nach Veröffentlichung des Berichts Regionalkonferenzen in den vier statistischen Regionen des Landes (Weser-Ems, Lüneburg, Hannover, Braunschweig) durchgeführt. Die Zielgruppen für die Konferenzen sind die regionalen Beteiligten der Pflegebranche aus den Sektoren der Versorgung, der Bildung, den Kommunen, den Kranken- und Pflegekassen sowie den Jobcentern.

Ergänzend zum vorliegenden Bericht werden weiterführende Datenanalysen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte durchgeführt, um neben Gesamtübersichten auch steuerungsrelevante Daten zur Verfügung zu stellen, die den unmittelbaren Wirkungsbereich betreffen.

Methodische Hinweise

Die nachfolgenden Hinweise zum zeitlichen sowie methodischen Vorgehen sollen dazu dienen, den Bericht und die Ergebnisse entsprechend einordnen zu können.

Zeitlicher Ablauf der Berichterstellung

Für den Landespflegebericht wurden im Projektzeitraum Juni 2019 bis Mai 2020 Literaturquellen recherchiert und umfassende Sekundärdatenanalysen durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte von Mitte Oktober bis Anfang Dezember 2019 die Erhebung von Primärdaten durch sektorenspezifische Befragungen (als Online-Erhebungen) bei den Ausbildungs- und Betriebsstätten der Pflege. Mit Beginn des Jahres 2020 wurden die Befragungen ausgewertet und der Bericht mit den grafischen Auswertungen aller Datenteile des Landespflegeberichts erstellt. Ursprünglich war die Abgabe eines Berichts für Ende September 2020 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt lagen die entsprechenden Datenanalysen vor, und es sollten nachfolgend die Regionalkonferenzen zur Verbreitung der Ergebnisse durchgeführt werden. Da zu diesem Zeitpunkt aus Gründen des Infektionsschutzes größere Treffen nicht möglich waren, wurden seitens des Ministeriums in Absprache mit den Gutachterinnen und Gutachtern im Juni 2020 eine zeitliche Verschiebung der Konferenzen sowie eine Umstellung auf Online-Konferenzen vereinbart. Ebenso wurde abgestimmt, dass Daten der Pflegestatistik 2019, der aktuellen Schulstatistik und aktuelle Arbeitsmarktkennzahlen, die im Dezember 2020 vorlagen, noch mit aufgenommen werden sollten, um einen höheren Aktualitätsbezug herstellen zu können. Diese Anpassungen wurden im Zeitraum von Dezember 2020 bis April 2021 umgesetzt. Der vorliegende Endbericht wurde dem Ministerium im Mai 2021 zur Verfügung gestellt.

Literaturanalyse

Erkenntnisse der Literaturanalyse bilden die Grundlage zur kontextuellen Einbettung der Analysen und Diskussionen zum Landespflegebericht. Die Literatureinbindung dient damit der Herstellung einer Anschlussfähigkeit der Berichterstattung mit orientierendem und erörterndem Charakter und erlaubt bundes- und landesweite Vergleiche. Gegenstand des Berichts ist jedoch nicht, eine wissenschaftlich systematische

Literaturanalyse zu den unterschiedlichen Fragen durchzuführen und diese Ergebnisse synoptisch zu verdichten.

Sekundärdatenanalyse

Die Analysen vorliegender Daten umfassen insbesondere Daten zur Demografie, zur Pflegebedürftigkeit, Daten der Krankenhausstatistik, der Arbeits- und Beschäftigungssituation sowie der Schulstatistik des Landes.

Einbezogen wurden dabei primär die öffentlich zugänglichen Datenbestände des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN), das eine systematische Aufbereitung zentraler Daten über die Regionaldatenbank für Niedersachsen zur Verfügung stellt. Sonderabfragen bei der Bundesagentur für Arbeit ermöglichten eine regionale Aufschlüsselung der zu analysierenden Daten und die Auswertung ergänzender Daten (Arbeitsmarktreserve, Pendlerströme, offene Stellen und Beschäftigtenstatistiken sowie Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme aus Drittstaaten).

Für die regionale und kommunale Darstellung der Einrichtungen sowie der Verteilung der Pflegeplätze in stationären Einrichtungen wurden die aktuellen Daten des AOK Pflege-Navigators aus dem Jahr 2020 herangezogen. Datenbestände auf der Ebene der Kommunen und Regionen wurden, so sie nicht in öffentlichen Datenbanken und -berichten ausgewiesen wurden, im LSN oder bei den Ministerien ergänzend schriftlich angefragt. Darüber hinaus wurden Daten zum Berufsverbleib bzw. zur unterbrechungsfreien Nettoerwerbsdauer in die Auswertungen einbezogen. Zentrale Datenquellen werden in der nachfolgenden Tabelle benannt und in den Einzelkapiteln zur Übersicht vorangestellt.

Datenbestände	Datenquellen
Arbeitslose, offene Arbeitsstellen, sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bundesagentur für Arbeit (BA), Statistik-Service Südwest (Sonderabfragen) 2. BA: Fachkräfteengpassanalyse
Schulstandorte und Schülerzahlen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schulen des Gesundheitswesens außerhalb des NSchG, MK Ref 42 2. Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN), Hannover, Dezernat 24 3. Sonderabfrage
Krankenhäuser und Planbetten der Krankenhäuser, Beschäftigte in den Krankenhäusern	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzeichnis der Krankenhäuser 2. A IV 9 – j / 2017 Kostendaten der Krankenhäuser 3. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Krankenhausplan 2019 4. Landesamt für Statistik Niedersachsen, A IV 1 – j / 2017, Gesundheitswesen 2017 5. https://g-ba-qualitaetsberichte.de/#/search
Pflegebedürftige in ambulanten Diensten, teil-/vollstationären Einrichtungen, Pflegeplätze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegestatistiken, Statistisches Landesamt Niedersachsen (LSN) 2. AOK Pflege-Navigator, Stand Januar 2020

Pendlerbewegungen (Ein- und Auspendler, Pendlersaldo, Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme aus Drittstaaten, Anteil EU ohne Deutschland)	1. Bundesagentur für Arbeit (BA), Statistik-Service Südwest (Sonderabfragen)
Demografische Entwicklung und Wanderungsbewegung	<ol style="list-style-type: none"> 1. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/rbonline.html 2. LSN-Online: Tabelle Z100002G 3. LSN Bericht A I 3 – j / 2017 Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Familienstand 2017 4. https://www1.nls.niedersachsen.de 5. http://www.regionalmonitoring-statistik.niedersachsen.de/ 6. https://www-genesis.destatis.de 7. A III 1 – j / 2015 Wanderungen 2015 8. LSN Online: Wanderungssaldo - Kreisgrenzen überschreitend
Ausbildungskennzahlen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Statistisches Bundesamt. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen (Fachserie 11, Reihe 2) 2. Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN), Hannover, Dezernat 24
Migration/ Anteile ausländischer Bevölkerung	1. http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/mig-u-int/mig-u-int.html

Table 1: Datenbestände und Datenquellen Sekundärdatenanalyse

Im vorliegenden Bericht wird an unterschiedlichen Stellen auf Limitierungen hingewiesen, da nicht zu allen Fragestellungen Datenlücken durch eine Anfrage an die zuständigen Behörden geschlossen werden konnten. Zudem muss bei der Interpretation der Daten entsprechend die Verfügbarkeit und der mögliche Detaillierungsgrad berücksichtigt werden.

- Die Differenzierung der pflegerischen Berufe erfolgt in der Bundesagentur für Arbeit seit dem Jahr 2010 auf der Basis der überarbeiteten Klassifikation der Berufe (KldB) (Bundesagentur für Arbeit 2011). Die KldB 2010 überführt die Berufeschlüssel in die internationale Berufsklassifikation (ISCO 08). Der Differenzierungsgrad der Berufe wird nach einer Nomenklatur geclustert und ist bis zur fünfstelligen Unterschiedsbildung möglich. Zur Analyse einzelner Qualifikationen und Qualifizierungsgrade sind die fünfstelligen Schlüssel relevant. Eine Differenzierung zwischen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern erfolgt bei der KldB 2010 jedoch auch auf der fünfstelligen Ebene nicht mehr. Aus diesem Grund wird im Bericht die Schreibweise: „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“ immer dann verwendet, wenn Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ohne Differenzierung (in Summe) ausgewiesen werden.

- In allen Bundesländern erfolgt in der Bundesagentur für Arbeit die Zuordnung von Qualifikationen entlang der einheitlich definierten Nomenklatur unabhängig von landesspezifischen Ausbildungs- und Berufsbezeichnungen. Dies muss folglich bei der Ausweisung der Zahlen der Bundesagentur für Niedersachsen bedacht werden. In Niedersachsen werden ausgebildete Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten und/oder Pflegehilfskräfte (mit Ausbildung) der KldB 2010 folgend als Altenpflege (ohne Spezialisierung/ o.S.)-Helfer kodiert. Folglich werden diese im Bericht entsprechend als Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer oder unter der Kategorisierung „Altenpflegehilfe“ ausgewiesen.
- Die Pflegestatistik wird in einem Zweijahreszeitraum mit dem jeweiligen Stichtag zum 15.12. (letztmalig 2019) erhoben. Eine aktualisierte Erhebung (für die Pflegestatistik 2019) erfolgte zum Dezember 2019. Daraus folgt, dass Sekundäranalysen immer einen länger zurückliegenden Erhebungszeitraum reflektieren. Die Möglichkeit, aktuellere Daten des AOK Pflege-Navigators mit Datenstand zum April 2020 einzubeziehen, wird genutzt.
- In der Krankenhausstatistik des Landes Niedersachsen wird die Anzahl der Beschäftigten der Pflegeberufe in den Einrichtungen auf der Kreisebene aus Datenschutzgründen nicht für alle Landkreise oder kreisfreien Städte ausgewiesen (Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN) 2019). Damit entfällt die Möglichkeit, die Berufe auf der kommunalen Ebene differenziert darzulegen. Zu ermitteln waren auf Anfrage die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer auf der Aggregationsebene der statistischen Regionen. Die Darstellung ist durch die Vorgaben des Datenschutzes limitiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Datengrundlagen in Niedersachsen bezogen auf die Erfassung und den Zugang zur Beurteilung der Fachkräftesituation in den pflegerischen Berufen Lücken und in Teilen einen fehlenden aktuellen Bezug aufweisen.

Primärdatenanalyse

Für die standardisierte Befragung (Primärdatenerhebung) der Ausbildungsstätten, der ambulanten Dienste, der teil-/vollstationären Einrichtungen sowie der Krankenhäuser wurden jeweils spezifische Fragebögen zur Online-Befragung konstruiert.

Eine erste Konstruktion der Fragebögen erfolgte in Abstimmung mit dem Ministerium im August 2019, im September 2019 stellte das Institut die Fragebögen den Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums, des Landespflegerates und der Krankenhausgesellschaft vor. Die Zielstellungen der Konferenz waren die Konsentierung der Erhebungsinstrumente sowie eine Initiierung der Vorabinformation an die Träger der Einrichtungen. Hinweise und Einlassungen wurden in einer revidierten Fassung aufgenommen.

Durch postalisch versendete Informationsschreiben wurden die Einrichtungen vor der Befragung über das Ziel der Befragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie über den Umgang mit den Daten und der Datensicherung informiert.

Die Einrichtungen erhielten mit dem Informationsschreiben eine Linkadresse zum geschützten Bereich der Online-Erhebung, damit nur Einrichtungen, die ihren Sitz in Niedersachsen haben, in die Befragung einbezogen wurden.

Die Datenaufbereitung mit Plausibilitätskontrollen und Datenkorrekturen (Herausnahme von unvollständigen Datensätzen) und anschließender grafischer Ausarbeitung erfolgte von Mitte Januar bis März 2020.

Einrichtungen	Angeschrieben	Auswertbar teilgenommen	Rücklauf in Prozent
Krankenhäuser	177	45	25,4 %
Ambulante Dienste	1.381	192	13,9 %
Teil-/vollstationäre Einrichtungen	2.077	191	9,1 %
Bildungseinrichtungen	189	40	21,2 %

Tabelle 2: Versand und Rücklauf der Primärdatenanalyse

Der Rücklauf wird in Anbetracht des noch nicht etablierten Verfahrens einer Primärerhebung im Zusammenhang mit der Erstellung des Landespflegeberichts als zufriedenstellend bewertet. Als Resultat der Befragungen können für Niedersachsen aussagekräftige Einschätzungen systematisiert werden; regionale Berechnungen und Ausweisungen lassen sich aufgrund der Stichprobengröße und einer nicht repräsentativen Verteilung der Antwortenden in den Regionen nicht durchführen.

Limitierung der Ergebnisse

Die Aussagekraft der Ergebnisse wird dadurch limitiert, dass diese die Situation in den Einrichtungen der Versorgung vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie erfassen. Die Fragebögen wurden im Zeitraum von Januar bis März 2020 ausgewertet. In den Folge Monaten wurden die Daten analysiert und grafisch aufbereitet. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte parallel der Ausbruch der Corona-Pandemie mit den bekannten Folgen für die versorgenden Einrichtungen.

Durch die mit der Krise verbundenen Veränderungen des Versorgungsgeschehens, der Kostenstrukturen in den Einrichtungen (hierbei insbesondere in den Krankenhäusern durch den Wegfall der elektiven Eingriffe) sowie die durch die Bundes- und Landesregierung veranlassten Maßnahmen (z. B. Rettungsschirme) entstehen in den Einrichtungen nicht nur vollkommen neue Bedingungen. Es sind darüber hinaus auch große Unsicherheiten und Unklarheiten bezüglich der Auswirkungen der Pandemie auf Kosten-erstattungen, Finanzplanung und strukturelle Entwicklung zu erwarten.

Diese Entwicklung war im Vorfeld nicht absehbar und konnte entsprechend bei der Bearbeitung der Befragung nicht aufgenommen werden. In der Summe sind die Ergebnisse vor diesem Hintergrund im Rahmen der im Projekt angegliederten Regionalkonferenzen auf ihre Stabilität, Aktualität und Gültigkeit hin zu diskutieren.

Niedersachsen im Überblick

Im einführenden analytischen Teil wird eine Bestandsaufnahme von relevanten Kern-daten zur demografischen Entwicklung insgesamt, der Pflegebedürftigkeit sowie der Entwicklung der versorgenden Einrichtungen vorgestellt.

Ziel dabei ist, einen systematisierten und zugleich komprimierten Überblick zu geben, der zur Einordnung des Schwerpunktthemas des Landespflegeberichtes sowie auch der Fachkräftesituation und -problematik in den pflegerischen Berufen dient.

Demografische Entwicklungen und Pflegebedürftigkeit als stark beeinflussende Faktoren müssen zum Beispiel bei der Begutachtung der allgemeinen Entwicklungen der Versorgungssicherung der Bevölkerung und der Fachkräftesituation in der Pflege einbezogen werden.

Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung wird im öffentlichen Diskurs gleichgesetzt mit dem Befund einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Dies ist aus der Perspektive der Versorgung zunächst unproblematisch, da der weitaus größte Teil der älteren Bevölkerung auf eine gute Gesundheit und ein gelingendes Altern blicken kann (Vogel et al. 2019; Generali Deutschland Holding AG 2017). Die demografische Entwicklung muss dennoch als ein zentraler Einflussfaktor für die Zunahme pflegerischer Versorgungsbedarfe der Bevölkerung benannt werden. In Abhängigkeit von einer Zunahme der Anzahl und Anteile älterer und hochaltriger (ab 75 Jahre) Personen in den Regionen findet auch eine Zunahme an Pflegebedürftigkeit statt² und damit ein erhöhter Zugang zum Anspruch an die Leistungen der Pflegeversicherung.

Für die folgenden Analysen zu demografischen Entwicklungen wurden die Bevölkerungsgruppen in den Altersklassen ab 75 Jahre (Daten des Landesamtes für Statistik Niedersachsen) ausgewählt. Das LSN weist neben den demografischen Grunddaten von 2010 bis 2020 zum Bevölkerungsstand nach Altersklassen für die Kreise eine Berechnung (Prognostik) zur Bevölkerungsentwicklung aus, die für den pflegerischen Sektor aufgrund der engen Kopplung zwischen Altersanstieg und einem damit verbundenen Anstieg an Pflegebedürftigkeit von großer Bedeutung ist.

In der nachfolgenden Abbildung werden zwei Datenbereiche in Kombination ausgewiesen:

Die graduelle Abstufung der Grautöne in der Landkarte markiert in der Skalierung von Weiß bis Schwarz die Zunahme der Anzahl der Bevölkerung in der Altersgruppe 75+ Jahre in den Landkreisen und kreisfreien Städten zwischen den Jahren 2010 und 2020.

² In der Gruppe der Personen bis 60 Jahre sind 15,7 Prozent der Pflegebedürftigen in Niedersachsen verzeichnet und in der Gruppe der 60-70-Jährigen 9,2 Prozent. Die Gruppe der 70-75-Jährigen umfasst 6,9 Prozent der Pflegebedürftigen. 68 Prozent der Pflegebedürftigen finden sich in der Altersgruppe ab 75 Jahre.

NIEDERSACHSEN IM ÜBERBLICK

Je dunkler die Fläche der Kreisregion, desto höher ist die vom LSN im Zeitraum 2010 und 2020 ausgewiesene Anzahl der Personen in der Altersklasse.

Damit wird die retrospektive Entwicklung erfasst. Für die Region Hannover ist, aufgrund der hohen Bevölkerungsanzahl insgesamt, mit 31.031 Personen der größte Anstieg in der Altersklasse im Bundesland festzustellen, in Emden mit 1.092 Personen dagegen der geringste Anstieg. Die blauen Halbkreise in den Landkreisen und kreisfreien Städten weisen die Gesamtzahl der für das Jahr 2020 berechneten Bevölkerung in der Altersklasse von 75+ aus. Für die statistischen Regionen wird zusammenfassend die prognostizierte Anzahl der Personen in der Altersklasse 75+ Jahre für das Jahr 2020 dargestellt.

Auf diese Weise ist zu erkennen, in welchen Landkreisen und kreisfreien Städten in der Vergangenheit verstärkte demografische Entwicklungen stattgefunden haben. Die statistische Region Braunschweig weist hier ungeachtet eines relativ hohen Bestandes beispielsweise insgesamt geringere Entwicklungen als die anderen statistischen Regionen auf.

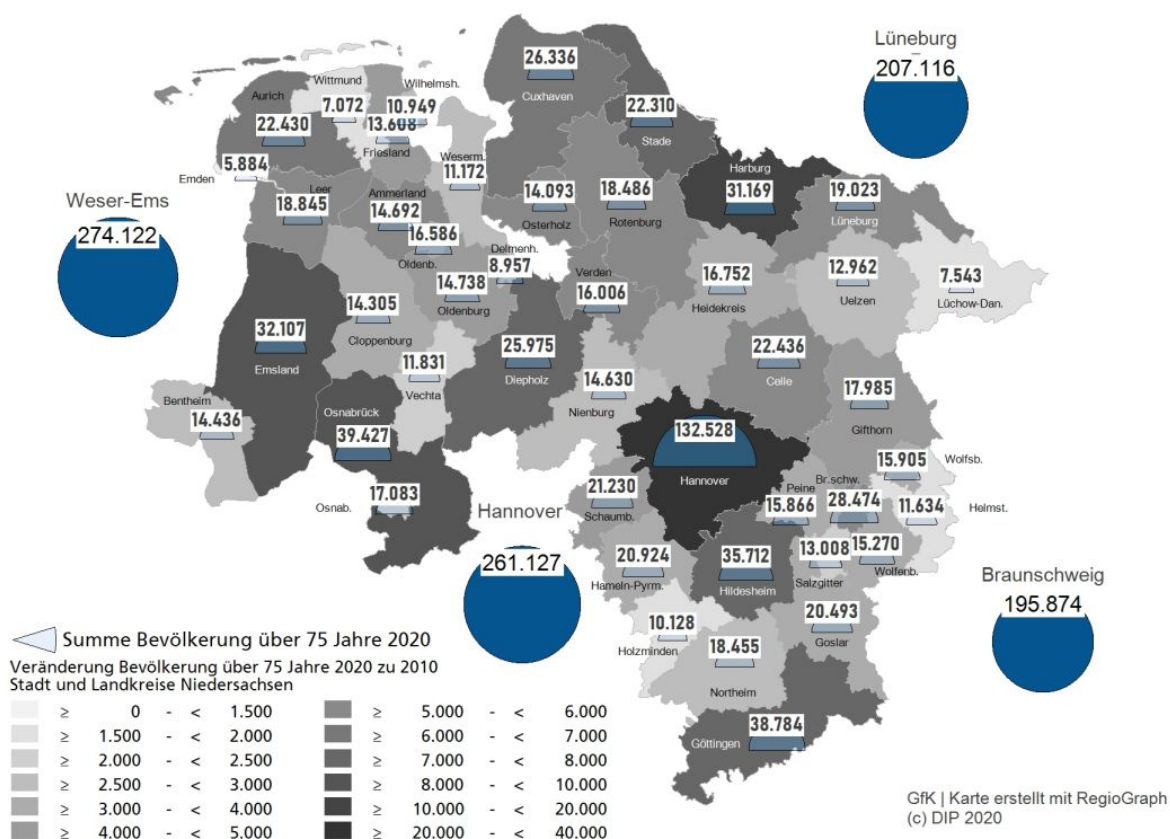


Abbildung 2: Bevölkerung 75+ Jahre und Summe der Entwicklung 2010-2020

In der relativen Zunahme liegen, bezogen auf die retrospektive demografische Entwicklung zwischen 2010 und 2020, die nachfolgenden Landkreise und kreisfreien Städte auf den vorderen 10 Plätzen in Niedersachsen:

Landkreise/ kreisfreie Städte	Zunahme Anzahl	Zunahme in Prozent
Landkreis Harburg	11.429	57,9 %
Landkreis Osterholz	5.047	55,8 %
Landkreis Ammerland	5.009	51,7 %
Landkreis Verden	5.403	51,0 %
Landkreis Oldenburg	4.957	50,7 %
Landkreis Friesland	4.425	48,2 %
Landkreis Stade	7.119	46,9 %
Stadt Delmenhorst	2.835	46,3 %
Landkreis Aurich	6.275	38,8 %

Tabelle 3: TOP 10: Prozentuale Veränderung der Bevölkerung 75+ zwischen 2010 und 2020

Zur prognostischen Bevölkerungsentwicklung wurden Daten des LSN als geschätzte Anzahl der Bevölkerung über 75 Jahre, basierend auf der Tabelle: „Geschätzte Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen bis 2031“ ermittelt. Der Anzahl für 2030 wurde die Anzahl der in der Landesstatistik ausgewiesenen Personen 75+ im Jahr 2020 gegenübergestellt und die Differenz berechnet. Die Graustufen bilden dabei mit zunehmendem Schwärzungsgrad die prozentualen Veränderungen in aufsteigender Reihenfolge ab, die blauen Kreise visualisieren die Veränderung der Anzahl an Personen in der Altersgruppe (Differenz zwischen 2030 zum Ausgangsjahr 2020). Für die statistischen Regionen wird in den dunkelblauen Kreisen die erwartete Gesamtzahl der Personen in der Altersgruppe abgetragen.

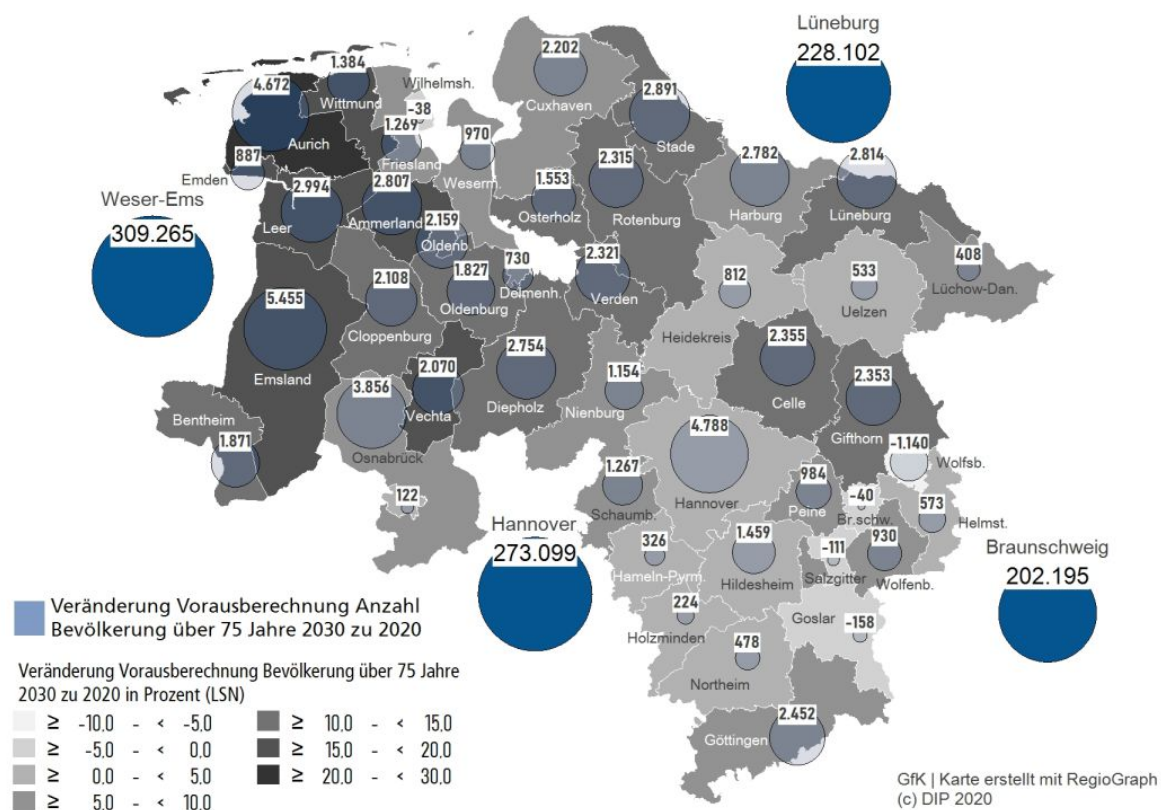


Abbildung 3: Prognose der Entwicklung der Bevölkerung 75+ von 2020 bis 2030

Deutlich wird, dass in dieser Altersgruppe in Niedersachsen nicht mit einer einheitlichen Entwicklung gerechnet werden kann. Vielmehr bilden sich regional stark unterschiedliche Entwicklungen ab.

So ist insbesondere in der statistischen Region Weser-Ems mit deutlichen Zuwächsen zu rechnen, die für die einzelnen Kommunen eine Herausforderung darstellen können. Diesem Befund stehen mit den statistischen Regionen Braunschweig und Hannover Gebiete gegenüber, in denen bezogen auf die demografische Entwicklung in den kommenden 10 Jahren kaum nennenswerte Veränderungen gegenüber der Ausgangsbetrachtung von 2020 prognostiziert werden.

Aus der Perspektive der Versorgungssicherung ist zu bewerten, ob die bestehenden Einrichtungen in den besonders betroffenen Regionen eine Versorgungsanpassung vornehmen können. So kann die Zunahme von 4.788 Personen der Altersgruppe 75+ in der Region Hannover mit einer hohen Dichte an Einrichtungen eine andere Bedeutung erhalten als eine vergleichbar große Zunahme der Bevölkerungsgruppe im Landkreis Aurich mit einer deutlich geringeren Infrastruktur und personellen Kapazität. Betrachtet man die prozentualen Zuwächse in der Gruppe der älteren Personen ab 75 Jahre zwischen 2020 und 2030, so ergeben sich in der tabellarischen Übersicht die nachfolgenden besonders betroffenen Landkreise und kreisfreien Städte:

Landkreise/ kreisfreie Städte	Zunahme Anzahl	Zunahme in Prozent
Landkreis Aurich	4.672	20,8 %
Landkreis Wittmund	1.384	19,6 %
Landkreis Ammerland	2.807	19,1 %
Landkreis Vechta	2.070	17,5 %
Landkreis Emsland	5.455	17,0 %
Landkreis Leer	2.994	15,9 %
Stadt Emden	877	15,1 %
Landkreis Lüneburg	2.814	14,8 %
Landkreis Cloppenburg	2.108	14,7 %

Tabelle 4: TOP 10: Prozentuale Veränderung der älteren Bevölkerung 2030 zu 2020

Als Arbeitshypothese wurde geprüft, ob sich die statistische Region Weser-Ems in besonderem Maße als „attraktives“ Zuzugsgebiet für ältere Personen erweist und die Zunahme hiermit in einen kausalen Zusammenhang gesetzt werden kann.

Die Analyse der Wanderungsströme³ (Kreis- und Gemeindegrenzen überschreitend) kann hierbei nicht über die Zielgruppe der über 75-Jährigen beschrieben werden. Daten liegen vor für die Personengruppen in der Altersklasse der über 65-Jährigen. Analysiert wurden die summierten Veränderungen zwischen 2013 und 2017 (Fünfjahres-Wanderungssaldo). Dabei zeigte sich, dass ein negativer Saldo primär in den kreisfreien Städten und städtisch geprägten Regionen vorliegt (Region Hannover: -2.224, Stadt Wolfsburg: -664, Stadt Braunschweig: -532, Stadt Osnabrück: -777, Stadt Delmenhorst -416). Der Landkreis Osnabrück hingegen weist ein positives Ergebnis von 1.080 auf, der Landkreis Schaumburg (1.062), Landkreis Ammerland (868), Landkreis Lüneburg (658), Landkreis Aurich (526) sowie die Landkreise Leer (559), Uelzen (559), Verden (525) und Emsland (518) weisen ebenfalls eine hohe Zuwanderung älterer Personen auf. In der Betrachtung der statistischen Regionen über den Zeitraum 2013 bis 2017 zeigen sich in der statistischen Region Hannover stabile Werte (Wanderungssaldo von 89), die statistische Region Braunschweig weist einen negativen Wert auf. Insgesamt zogen dort mit 1.464 Personen in der Altersklasse der über 65-Jährigen mehr Personen weg, als in der gleichen Altersklasse hinzugezogen sind. Sowohl die statistische Region Lüneburg (4.575) als auch die statistische Region Weser-Ems (4.325) weisen einen deutlichen Zuzug älterer Menschen auf.

Die kreisübergreifende Wanderung insgesamt trägt damit zu einem Teil zu der demografischen Entwicklung in den Regionen bei; sie allein erklärt jedoch nicht die oben beschriebenen Ausprägungen der erwarteten Veränderung.

³ Wanderungssaldo - Kreisgrenzen überschreitend - in Niedersachsen (Gebietstand: 1.07.2017) in der Zeitreihe von 2001 bis 2017

Pflegebedürftigkeit

Die amtliche Pflegestatistik des Bundes (Statistisches Bundesamt 2020c) weist insgesamt rund 4,1 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2019 aus. In Niedersachsen sind 456.255 Pflegebedürftige verzeichnet. In Niedersachsen leben somit 11,1 Prozent aller in Deutschland als pflegebedürftig eingestuft Personen.

Pflegequoten nach Altersgruppen

Die Gesamtprävalenz der Pflegebedürftigkeit⁴ betrug in Niedersachsen für das Jahr 2019 den Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge 4,9 Prozent (Statistisches Bundesamt 2020b).

Die Pflegequote in Niedersachsen liegt mit 5,7 Prozent (Anteil an der Gesamtbevölkerung) leicht oberhalb des Bundesdurchschnitts von 5,0 Prozent. Insgesamt streut die Pflegequote bundesweit zwischen 3,7 Prozent in Bayern und 6,4 Prozent in Sachsen. Die Pflegequote steht in starkem Maße mit der Altersverteilung im Zusammenhang. Je höher das Lebensalter, desto höher ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe.

Aus diesem Grunde wurden im vorliegenden Bericht die älteren Altersklassen bei den Kennzahlen zur demografischen Entwicklung betrachtet, da sich primär aus dieser Veränderung Rückschlüsse auf eine Veränderung der Pflegebedürftigkeit ergeben. Die nachfolgende Tabelle weist diesen Zusammenhang für vier Altersklassen aus.

Altersgruppen	Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtheit der Bevölkerung in der Altersgruppe (Pflegequote im Jahr 2019) für Niedersachsen
75 bis unter 85 Jahre	22,2 Prozent
85 bis unter 90 Jahre	55,5 Prozent
90 Jahre und älter	82,8 Prozent

Tabelle 5: Übersicht Pflegequoten nach Altersgruppen 2019

Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen

Der nachfolgenden Grafik ist zu entnehmen, dass zum Betrachtungszeitraum 2019 insgesamt 456.255 Personen in Niedersachsen als pflegebedürftig eingestuft waren.

⁴ Der Anteil der Menschen an der Gesamtbevölkerung, die als pflegebedürftig eingestuft sind.

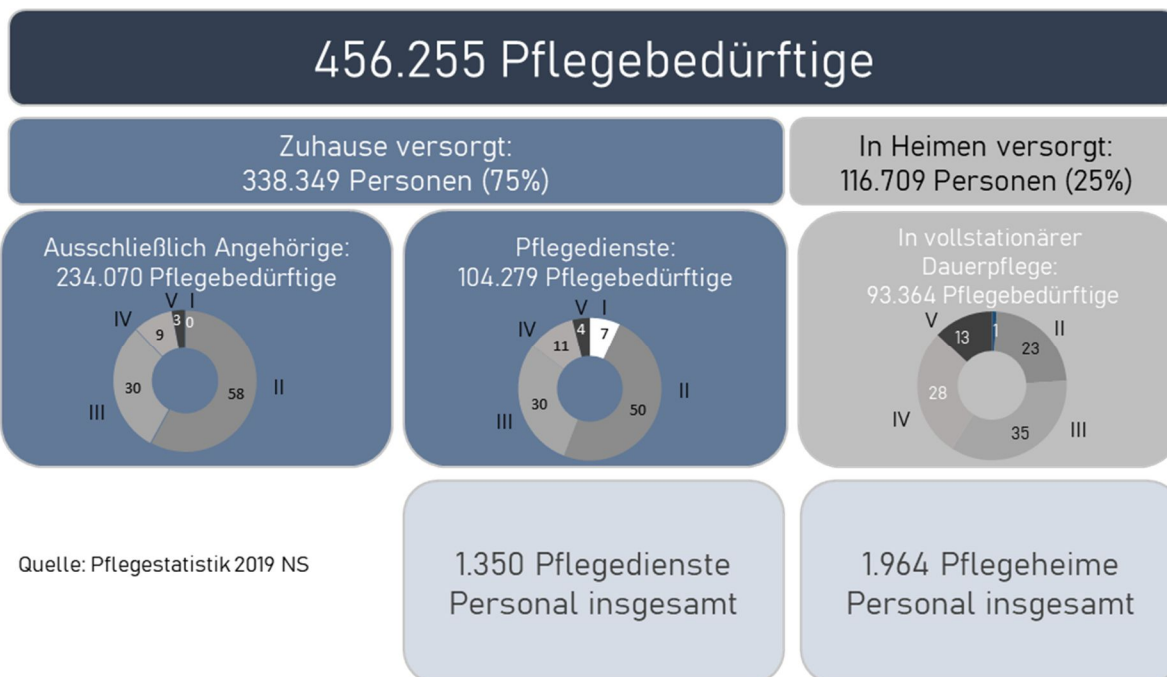


Abbildung 4: Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen im Überblick 2019

Der überwiegende Anteil der pflegebedürftigen Menschen wird zuhause mit oder ohne Unterstützung durch ambulante Dienste betreut (75 Prozent). Mit einer Zunahme an den Graden der Pflegebedürftigkeit ist auch eine Zunahme der Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Leistungen zu beobachten. In den ambulanten Diensten, die die Familien in der häuslichen Pflege unterstützen, sind in Pflegegraden I-III insgesamt 87 Prozent der Pflegebedürftigen zugeordnet, in den stationären Einrichtungen sind hingegen 59 Prozent der Pflegebedürftigen in den Pflegegraden I-III ausgewiesen.

Altersgruppenverteilung der Pflegebedürftigen in Niedersachsen

Betrachtet man die Verteilung der Pflegebedürftigen in Niedersachsen im Jahr 2019 nach den Verteilungen in Altersgruppen und den jeweiligen Pflegegraden, so zeigen sich die folgenden Ergebnisse:

In den Altersklassen bis 60 Jahre sind insgesamt 15,7 Prozent der Pflegebedürftigen und damit ein relativ geringer Anteil auszumachen. Die größte Anzahl ist in der Altersgruppe der hochaltrigen Personen von 80- bis 85-Jährigen zu verzeichnen (21,3 Prozent). Insgesamt entfällt auf die Gruppe der über 75-Jährigen ein Anteil von 68,2 Prozent aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen im Jahr 2019.

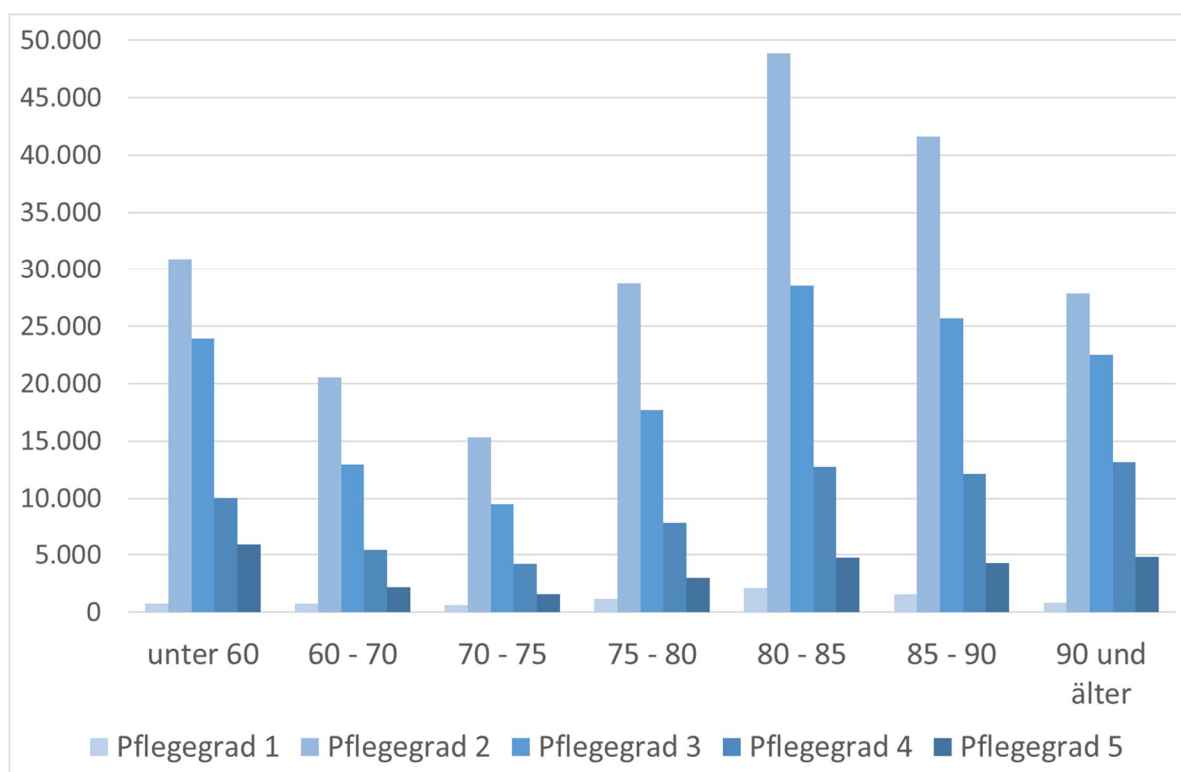


Abbildung 5: Pflegebedürftige 2019 nach Pflegegraden und Altersklassen

Die Betrachtung verdeutlicht die enge Kopplung des Lebensalters an die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit und ebenso die Zunahme der Schweregrade mit zunehmendem Alter.

Prävalenz von Demenzerkrankten in Niedersachsen

Ebenso ist die Prävalenz von demenziellen Erkrankungen als eine der zentralen Alterserkrankungen an das jeweilige Lebensalter gekoppelt; diese Erkrankungen führen nicht selten zur Pflegebedürftigkeit. Im Rahmen der Berichterstattung erfolgt keine vollständige Bestandaufnahme der unterstützenden Strukturen und Angebote für Menschen mit Demenz, wie z. B. Fachberatungsstellen, kommunale Beratungen, Pflegestützpunkte oder ergänzende Unterstützungsdienste durch Ehrenamt.

Dennoch sollen als Exkurs die zentralen Kennzahlen vorgestellt werden, da diese auch auf den Bereich der pflegerischen Versorgung in den Sektoren einen maßgeblichen Einfluss haben. Eine Erfassung der Anzahl der Menschen mit Demenz liegt für Niedersachsen nicht vor. Die Diagnosedaten der Krankenhäuser geben hier keinen hinreichenden Hinweis, da Menschen mit Demenz in vielen Fällen aufgrund anderer Erkrankungen aufgenommen werden und eine entsprechende Nebendiagnose nicht gestellt oder

nicht klassifiziert wird. Systematische epidemiologische Studien liegen aktuell nicht vor; zudem ist die Diagnostik einer Demenzerkrankung komplex⁵.

Vor diesem Hintergrund liegen für die Prävalenzberechnung nur Schätzungen vor, die auch im internationalen Bereich als Ausgangspunkt von Fallzahlschätzungen verwendet werden.

Bickel weist im Factsheet der Alzheimer Gesellschaft aus dem Jahr 2018 für die unterschiedlichen Altersgruppen die geschätzten Prävalenzraten aus (Bickel 2018). Die vorliegenden Daten wurden auf die Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen übertragen und zusammengeführt.

Altersgruppen	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe in Prozent	Menschen mit Demenz in Niedersachsen (geschätzt für 2018)
65-69 Jahre	1,6 Prozent	7.484
70-74 Jahre	3,5 Prozent	12.520
75-79 Jahre	7,3 Prozent	29.109
80-84 Jahre	15,6 Prozent	47.635
85-89 Jahre	26,11 Prozent	37.132
>90 Jahre	40,95 Prozent	32.243
65 Jahre und älter	9,9 Prozent	166.123

Tabelle 6: Prävalenzraten und Schätzung Menschen mit Demenz 2018

Die vorliegenden Schätzungen zeigen auf, dass in Niedersachsen gerundet von bis zu 170.000 Personen im Jahr 2018 ausgegangen werden kann, bei denen eine Demenz als Erkrankung vorliegen kann.

Eine Studie der Universität Greifswald und des Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) kommt für das Jahr 2018, basierend auf den Daten der internationalen Studie und der regionalen Bevölkerungsdaten aus Niedersachsen, zu den nachfolgend abgebildeten regionalen Schätzwerten in den Landkreisen und kreisfreien Städten (Thyrian et al. 2020). Die Gesamtzahl liegt bei 167.123 und weicht nur geringfügig von den Schätzwerten der oben beschriebenen Tabelle ab.

⁵ Es reicht dabei nicht aus, Screeningtests durchzuführen oder vorliegende Symptome zu erfassen. Eine gesicherte Diagnose bedarf auch der bildgebenden Verfahren und ggf. auch der Untersuchungen von Blut und Liquor.

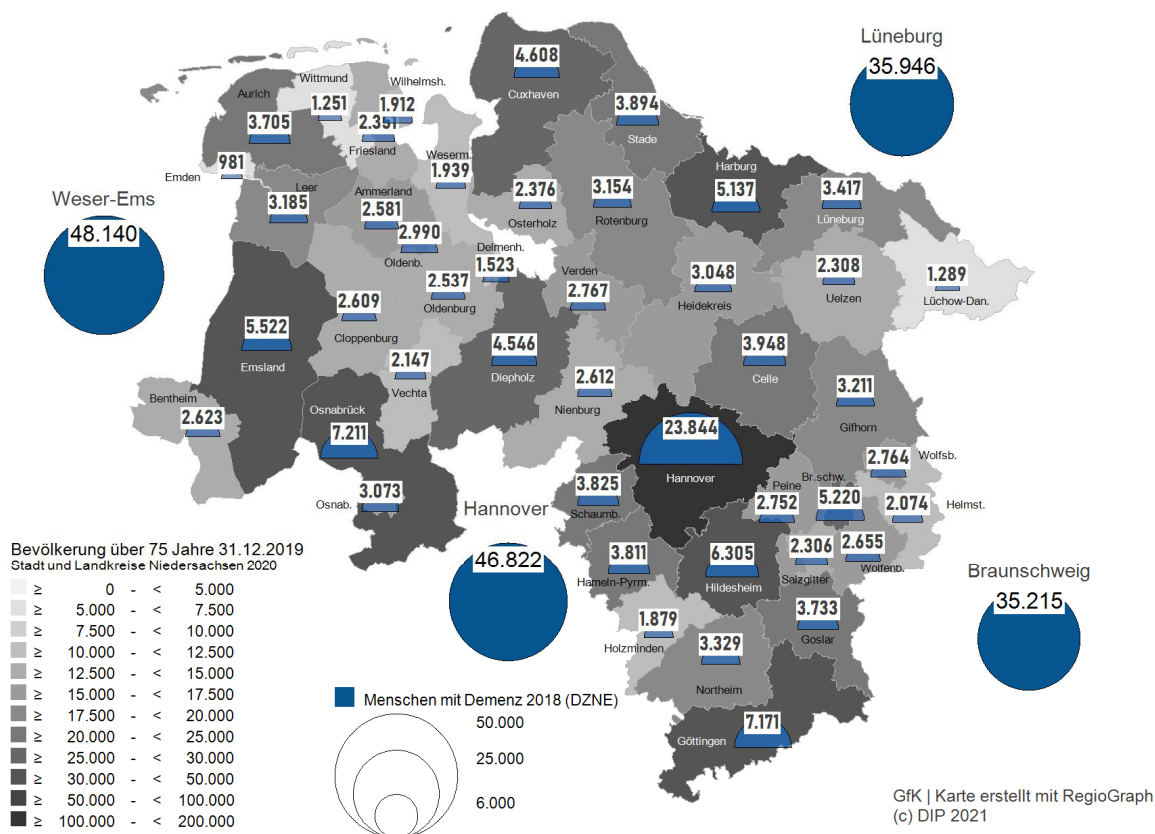


Abbildung 6: Schätzung Anzahl Menschen mit Demenz 2018

Hohe Kennzahlen ergeben sich dabei insbesondere für die Region Hannover (23.844), aber auch für die Landkreise Osnabrück (7.211), Göttingen (7.171) und Hildesheim (6.305).

Dies unterstreicht die Bedeutung der Versorgung von Menschen mit Demenz insgesamt und macht deutlich, dass zu diesem Themenbereich eine gesonderte Erfassung der Bedingungen der Lebensführung für Erkrankte sowie Angehörige, der spezifischen Angebotsstrukturen- und Versorgungs- sowie Beratungsmöglichkeiten wünschenswert wäre. Dies kann im Zuge der vorliegenden Berichterstattung nicht umfänglich vorgenommen werden.

Pflegebedürftigkeit in regionaler Betrachtung

Bezüglich der Pflegebedürftigkeit insgesamt ist festzuhalten:

- In Regionen mit einer höheren Anzahl älterer Menschen existiert auch eine höhere Anzahl an Pflegebedürftigen.
- In allen Regionen ist im Zeitverlauf eine deutliche Zunahme an pflegebedürftigen Menschen zu verzeichnen.

In der nachfolgenden Grafik ist die Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt in den Regionen abgetragen (in der Zeitreihe von 1999 bis 2019). Die blauen Kreise markieren die Differenz der Anzahl der Pflegebedürftigen im benannten Beobachtungszeitraum.

Verliefen die Entwicklungen in den Regionen zwischen den Jahren 1999 bis 2015 überwiegend linear, ist für 2017 ein „Sprung“ zu beobachten, der vor allem durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des II. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) (Bundestag 28.12.2015) und die damit verbundene Veränderung des Einstufungsverfahrens sowie den erweiterten Zugang zum Leistungsgeschehen zum 01.01.2017 erklärbar ist.

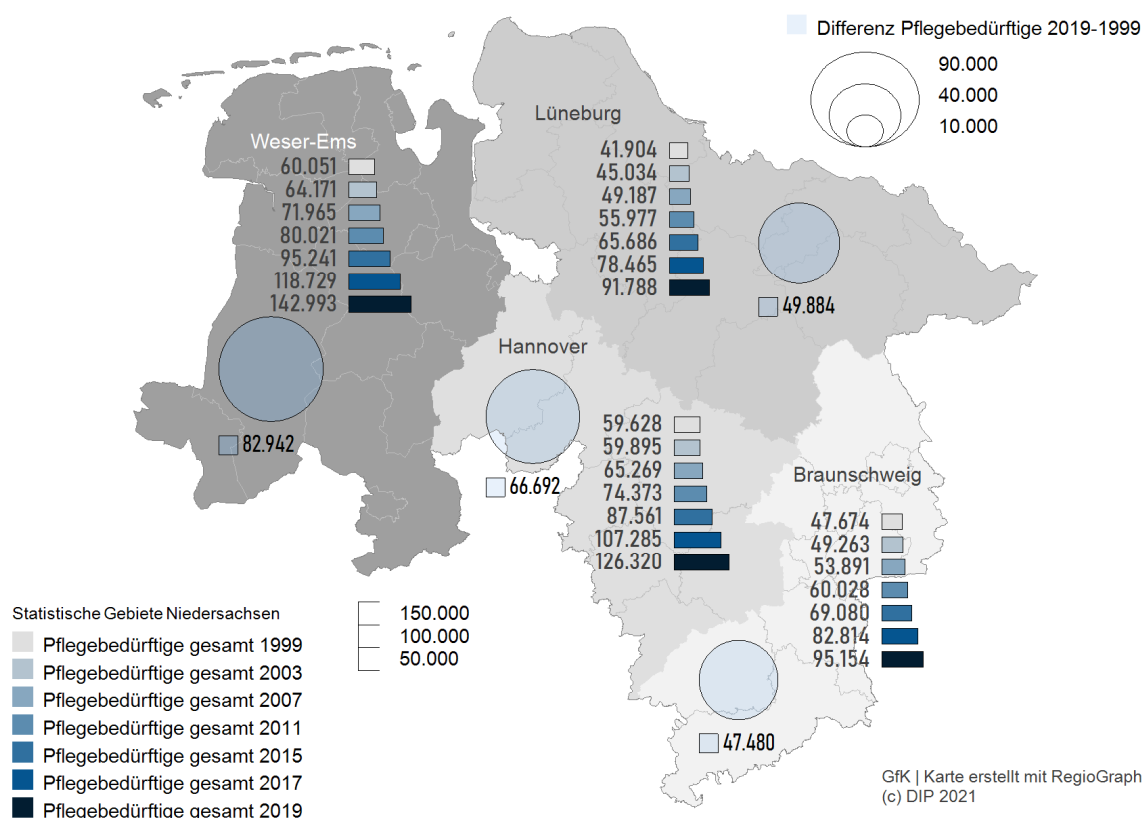


Abbildung 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen in Regionen

Die Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit lassen sich auch hinsichtlich der Veränderungen der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in den Versorgungsektoren bzw. bei den Entwicklungen der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger in den statistischen Regionen zwischen 1999 und 2019 differenzieren.

Statistische Region	Zunahme ambulant betreuter Pflegebedürftiger	Zunahme teil-/vollstationär betreuter Pflegebedürftiger	Zunahme Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger
Weser-Ems	21.495	18.192	43.772
Hannover	19.445	14.362	32.776
Lüneburg	11.814	11.822	25.512
Braunschweig	11.104	11.076	24.432

Tabelle 7: Entwicklung Pflegebedürftiger in statistischen Regionen 1999 bis 2019

Die nachfolgende Grafik weist in der Grauabstufung die Anzahl der Pflegebedürftigen auf kommunaler Ebene nach der Pflegestatistik 2019 auf. In den Halbkreisen wird jeweils das Verhältnis der teil-/vollstationären Einrichtungen zu den ambulanten Diensten auf der kommunalen Ebene abgebildet.

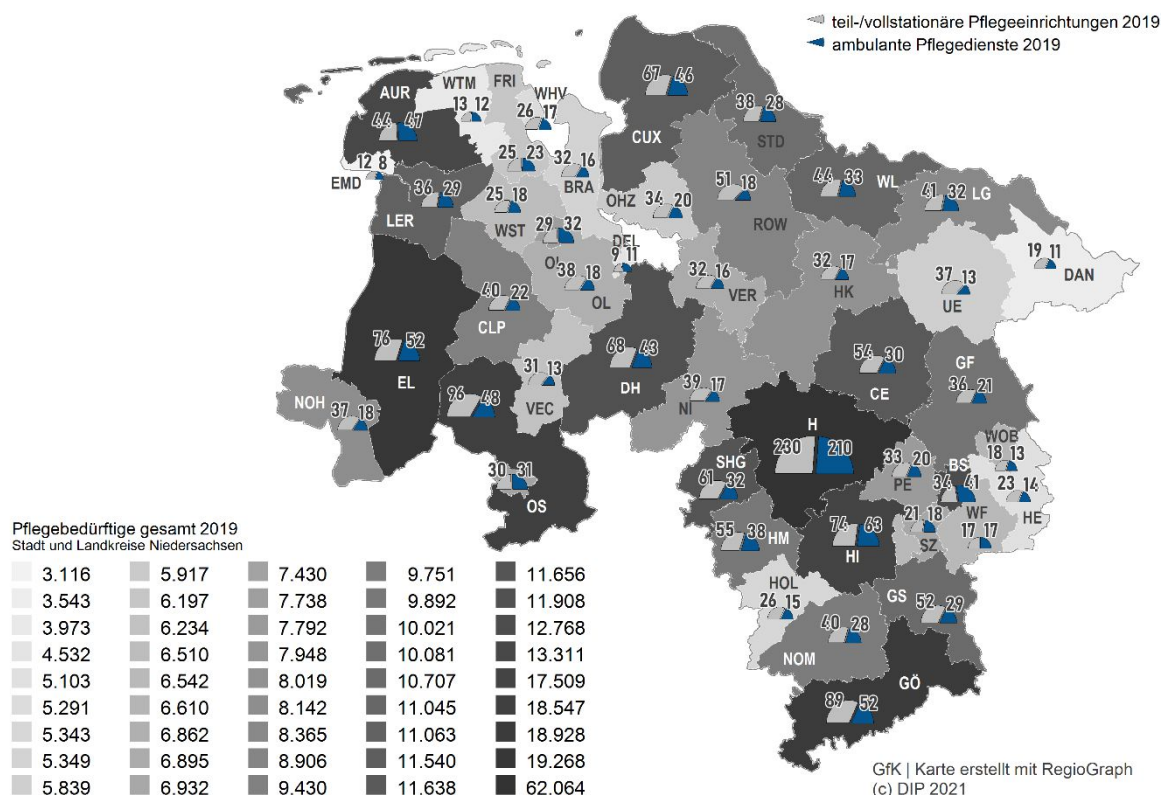


Abbildung 8: Pflegebedürftige gesamt und Einrichtungen im Jahr 2019

Die Daten zeigen die sehr divergente Struktur bezogen auf die Pflegeeinrichtungen auf. Während in der Region Hannover mit der größten Anzahl an Pflegebedürftigen im Jahr 2019 (62.064) das Verhältnis zwischen ambulanten und teil-/vollstationären Anbietern in etwa gleichverteilt ist (210 ambulante Dienste und 230 teil-/vollstationäre Einrichtungen), zeigen sich in anderen Kommunen erhebliche Unterschiede. In den Landkreisen Nienburg, Wesermarsch, Verden, Schaumburg, Oldenburg, Vechta, Rotenburg und Uelzen sind erheblich mehr teil-/vollstationäre Anbieter als ambulante Dienste im Jahr 2019 verzeichnet. Ebenso zeigen sich regionale Unterschiede in der Heimversorgungsquote⁶. Sie weist den Anteil der in stationären Einrichtungen betreuten Menschen aus und wird in Relation zu allen Pflegebedürftigen in den kreisfreien Städten und Landkreisen gesetzt. In Delmenhorst und im Landkreis Aurich sind beispielsweise 14 Prozent bzw. rund 17 Prozent der Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung. In den Landkreisen Uelzen, Schaumburg, Holzminden, Goslar und Helmstedt sind es hingegen jeweils über 30 Prozent.

⁶ Die Heimversorgungsquote wird auf der Basis der Anzahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen (teil-/vollstationär) versorgt werden, berechnet.

zwischen der Ausprägung der als überwiegend oder stark ländlich klassifizierten Kommunen und der Heimversorgungsquote ermittelt werden.

○ Eine weitere Hypothese war, dass die Heimversorgungsquote mit der regionalen Kaufkraft in Verbindung steht und dass dort, wo eine hohe Kaufkraft besteht, eher eine stationäre Versorgung organisiert wird. Zur Überprüfung der Korrelationen wurden die GfK-Kaufkraft-Daten für das Jahr 2019 verwendet; es wurde sowohl die Kaufkraft pro Einwohner als auch der Kaufkraftindex der Haushalte sowie die Kaufkraft pro Haushalt des Kreises in die Analyse einbezogen. Es zeigten sich breite Streuungen ohne statistisch bedeutsame Zusammenhänge, d. h. keine signifikanten Korrelationen. Ein Zusammenhang zwischen der Kaufkraft und der Heimversorgungsquote kann demnach mit den vorliegenden Daten empirisch nicht bestätigt werden.

○ Als ein weiteres erklärendes Moment wurde ein möglicher Heimsogeeffekt angenommen. Das heißt, dass ein hohes Heimgangebot auch zu einer höheren Heimversorgung führt. Zur Überprüfung wurden die o. g. Quotienten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Relation zur Heimversorgungsquote gesetzt. Die Analyse weist hier keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang aus.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es in Niedersachsen stark unterschiedliche Heimversorgungsquoten gibt, die sich jedoch nicht alleinig aus der Regionsklassifizierung (Ländlichkeit), der Kaufkraft oder der Angebotsstruktur heraus umfassend erklären lassen.

Die Feststellung, dass tendenziell im ländlichen Raum ambulante Strukturen von einem stationären Angebot dominiert werden, kann im Hinblick auf die Relevanz und Bewertung der beiden aktuell laufenden niedersächsischen Förderprogramme "Wohnen und Pflege im Alter"(seit 2015) (Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V. 2020) und „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“ (Förderperiode von 2016 bis 2022) (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018) dienlich sein.

Hilfe zur Pflege und öffentliche Sozialausgaben

Für Kommunen sind neben den Kennzahlen zu Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen auch zwei weitere Kennzahlen von herausgehobener Bedeutung:

- die Anzahl der Personen, die im Rahmen der Versorgung Hilfe zur Pflege nach SGB XII Leistungen bekommen, und
- die mit den Leistungen verbundenen Finanzmittel, die eingesetzt werden.

Die Landesstatistik für Niedersachsen über Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII weist am Jahresende für 2018 insgesamt 120.605 Personen aus, die Leistungen empfangen haben. Davon bezogen 27.165 Personen in Niedersachsen Hilfe zur Pflege. Der größte Teil der Leistungsberechtigten im Jahr 2018 (89.190) bezog Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Die Leistungen lassen sich zwei Formen unterscheiden. Einerseits sind dies Leistungen, die außerhalb von Institutionen gewährt werden. Andererseits sind dies Leistungen, die in Einrichtungen gewährt werden.

Zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen zählen insbesondere:

- Pflegegeld nach § 64 Absatz 1 SGB XII
- häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII
- Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII
- Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e SGB XII
- Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 bis 5 nach § 64i SGB XII

Zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen zählen:

- teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII
- Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII
- stationäre Pflege nach § 65 SGB XII

Die Grafik verdeutlicht die Veränderungen der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Zeitraum von 2007 bis 2018⁸.

⁸ Die Kennzahlen von 2007 sind die ersten in den beim Landesamt für Statistik LSN ausgewiesenen Datenbeständen.

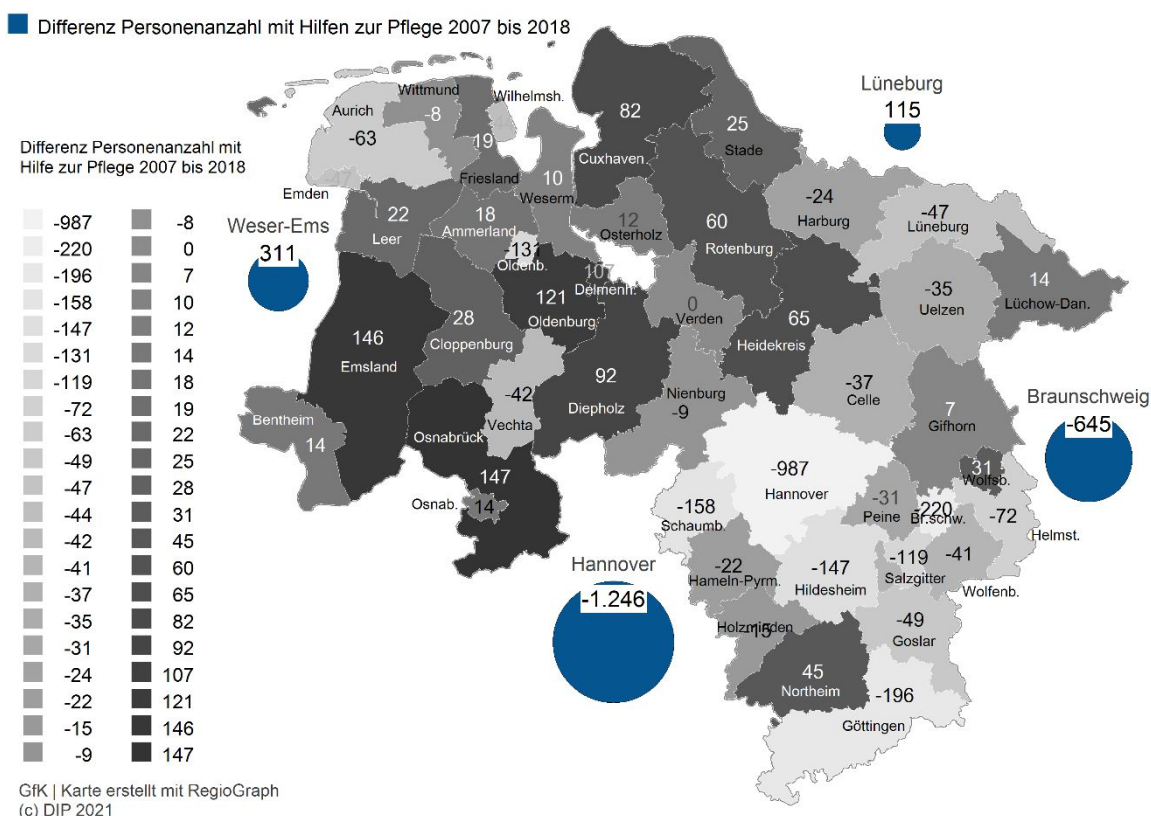


Abbildung 10: Differenz Leistungsberechtigte Hilfe zur Pflege von 2007 bis 2018

Der zunehmende Schwärzungsgrad in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten weist dabei auf eine Zunahme hin. Negative Entwicklungen werden mit einem Minuszeichen ausgewiesen.

Sowohl in der statistischen Region Hannover als auch in der statistischen Region Braunschweig nahm die Anzahl der Leistungsberechtigten in erheblichem Umfang ab. Allein in der Region Hannover werden im Jahr 2018 in den amtlichen Statistiken 987 Personen weniger verzeichnet als zum Jahr 2007. In den beiden statistischen Regionen Weser-Ems und Lüneburg ist eine Zunahme an Leistungsberechtigten zu beobachten.

Auf kommunaler Ebene sieht man jedoch auch in den beiden genannten Regionen, dass es Kreise mit sinkenden Zahlen gibt. In der statistischen Weser-Ems-Region sind besonders hohe Werte des Anstiegs im Landkreis Osnabrück, Landkreis Emsland, Landkreis Oldenburg sowie in der kreisfreien Stadt Delmenhorst festzustellen. In der statistischen Region Lüneburg stiegen die Zahlen in den Landkreisen Cuxhaven, Rotenburg sowie Heidekreis. Im Landkreis Verden ist die Anzahl aus dem Jahr 2018 identisch mit dem Ausgangsjahr 2007.

Neben der Veränderung der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sind für Kommunen die mit dem Leistungsanspruch verbundenen Kosten der öffentlichen Sozialhilfe ausschlaggebend.

Hier ergeben sich Entwicklungen, die von deutlichen Ausgabenminderungen bis zu Steigerungen führen.

In der Grafik werden die Veränderungen auf kommunaler Ebene dargestellt, die Richtung der Veränderung wird mit zunehmendem Schwärzungsgrad differenziert.

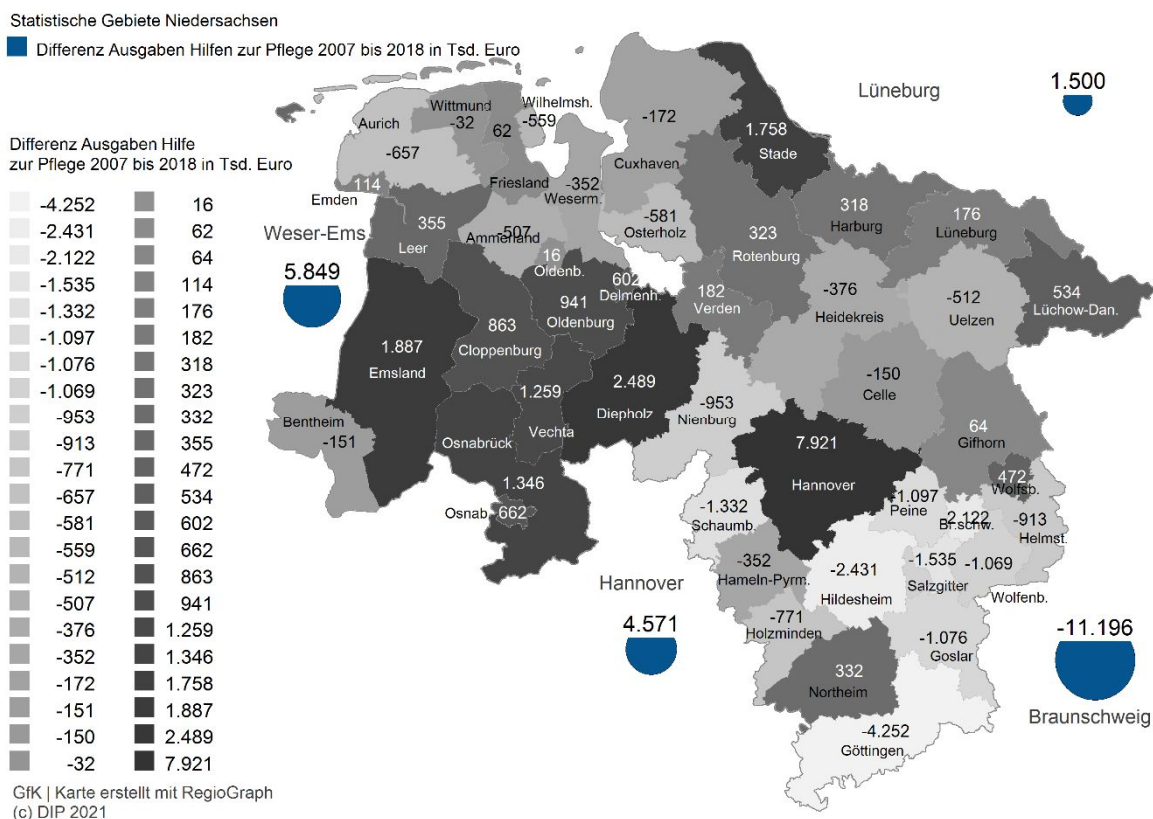


Abbildung 11: Differenz Ausgaben für Hilfe zur Pflege von 2007 bis 2018

Insgesamt ist insbesondere in der statistischen Region Braunschweig eine deutliche Reduzierung der Ausgaben für Hilfe zur Pflege in der Zeitreihe zu beobachten. Dies deckt sich auch mit einer Reduzierung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger. Lediglich in den Landkreisen Northeim und Gifhorn sowie in der kreisfreien Stadt Wolfsburg sind Erhöhungen der öffentlichen Ausgaben verzeichnet. Diese bewegen sich jedoch in einem Bereich unterhalb von 500.000 Euro gegenüber dem Beobachtungsjahr 2007. Im Gegensatz dazu sind den Angaben des LSN zufolge, in der Region Hannover die Kosten trotz einer deutlichen Reduzierung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger um insgesamt 7,921 Millionen Euro gestiegen. Hohe Ausgabenerhöhungen sind in der Region Weser-Ems zu beobachten. Deutliche Ausgabenerhöhungen sind dabei für die Landkreise Emsland, Osnabrück, Vechta sowie Diepholz festzustellen. In der statistischen Region Lüneburg sticht der Landkreis Stade mit einer Ausgabenerhöhung von rund 1,76 Millionen Euro gegenüber dem Beobachtungsjahr 2007 hervor. In den Landkreisen Osterholz, Heidekreis, Celle und Uelzen sind die Kosten für die Hilfe zur Pflege gegenüber dem Ausgangsjahr gesunken.

Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege

Im nachfolgenden Kapitel wird Angebotsstruktur der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen mit dem Ziel analysiert, die Entwicklungen, die aktuelle Versorgungsabdeckung und ggf. Lücken der Versorgung zu identifizieren. Zunächst werden dazu die Entwicklungen, wie sie in der amtlichen Pflegestatistik dargelegt sind, beschrieben. Ergänzend werden standortbezogene Analysen vorgenommen, die sich auf Adresslisten des AOK Pflege-Navigators 2020 stützen.

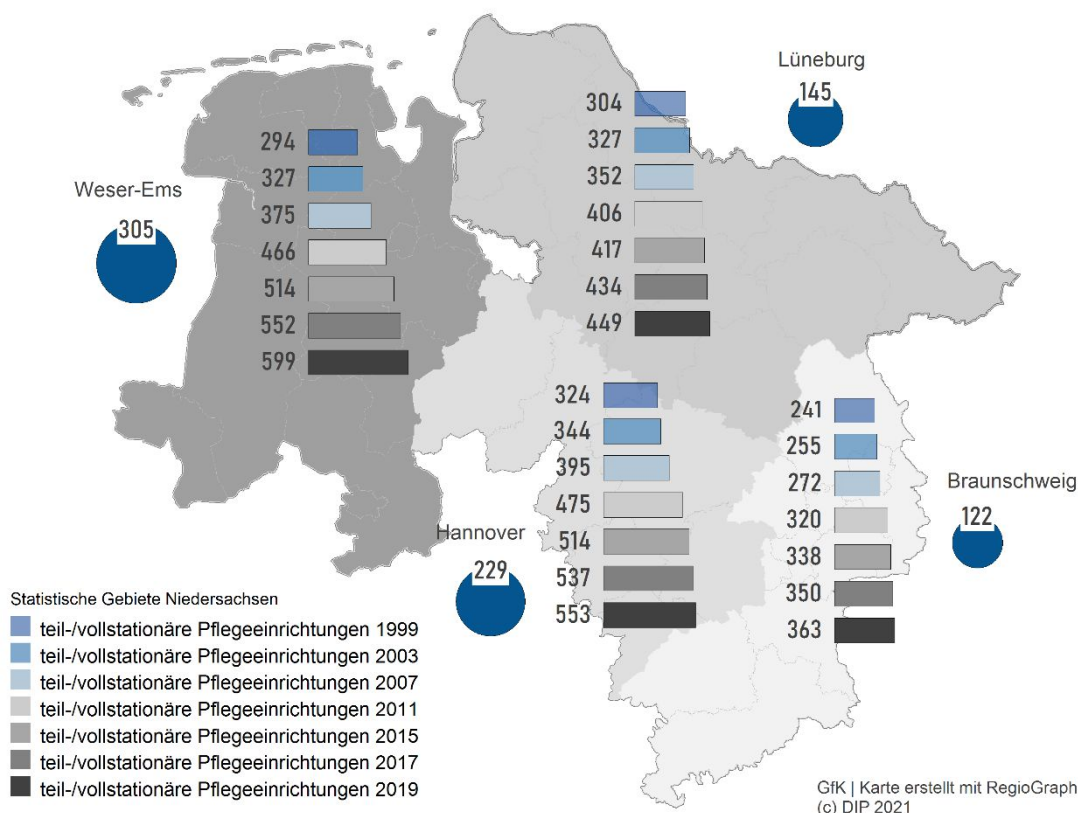


Abbildung 12: Entwicklung der teil-/ vollstationären Einrichtungen 1999-2019

In der Gesamtschau der Entwicklung der teil- und vollstationären Einrichtungen in Niedersachsen weisen alle statistischen Regionen, basierend auf den Daten der amtlichen Pflegestatistik, einen kontinuierlichen Zuwachs auf. Die Entwicklungen der Versorgungsstrukturen hängen eng zusammen mit der in der Tabelle 6 ausgewiesenen Veränderung bzw. Zunahme der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsformen. Besonders deutliche Zuwächse lassen sich dabei in der statistischen Region Weser-Ems sowie in der statistischen Region Hannover feststellen. In der statistischen Region Weser-Ems sind über 300 zusätzliche teil- und vollstationäre Einrichtungen seit der Erfassung der Daten durch die Pflegestatistik entstanden. Dabei lassen sich keine spezifischen Entwicklungssprünge feststellen, sondern ein eher kontinuierlicher Aufbau.

In der zeitlichen Betrachtung vom Jahr 2015 an werden pro Jahr im Durchschnitt ca. 20 neue teil-/vollstationäre Einrichtungen in Betrieb genommen. Die mit dem Aufbau verbundenen personellen Zuwächse sind vor dem Hintergrund eines Fachkräftemangels zu diskutieren.

Einrichtungen der Tagespflege in Niedersachsen

Tagespflegeeinrichtungen leisten einen zentralen Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger, die, wie an anderer Stelle bereits beschrieben, eine Hauptlast in der Versorgung von Pflegebedürftigen tragen. Das Versorgungsangebot ermöglicht pflegenden Angehörigen Auszeiten oder Pausen in der Versorgung, sei es für private Erledigungen oder für die Aufrechterhaltung einer eigenen Erwerbstätigkeit. Vor diesem Hintergrund sind Tagespflegeeinrichtungen eine wichtige Schnittstelle zwischen der familiären Pflege und einer organisierten und institutionellen Form der Versorgung.

Für die Analyse der aktuellen Versorgungsdichte mit Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen wurden auf Basis der Adressverzeichnisse des AOK Pflege-Navigators 2020 Grafiken zur regionalen Verteilung (Angebotsstruktur) erstellt. Zur Erfassung der Anzahl der Plätze in den Kreisen wurden die standortbezogene Anzahl der Plätze auf kommunaler Ebene summiert.

Die nachfolgende Landkarte zeigt eine hohe Dichte an Tagespflegeeinrichtungen und eine breite Flächenabdeckung des Versorgungsangebotes.

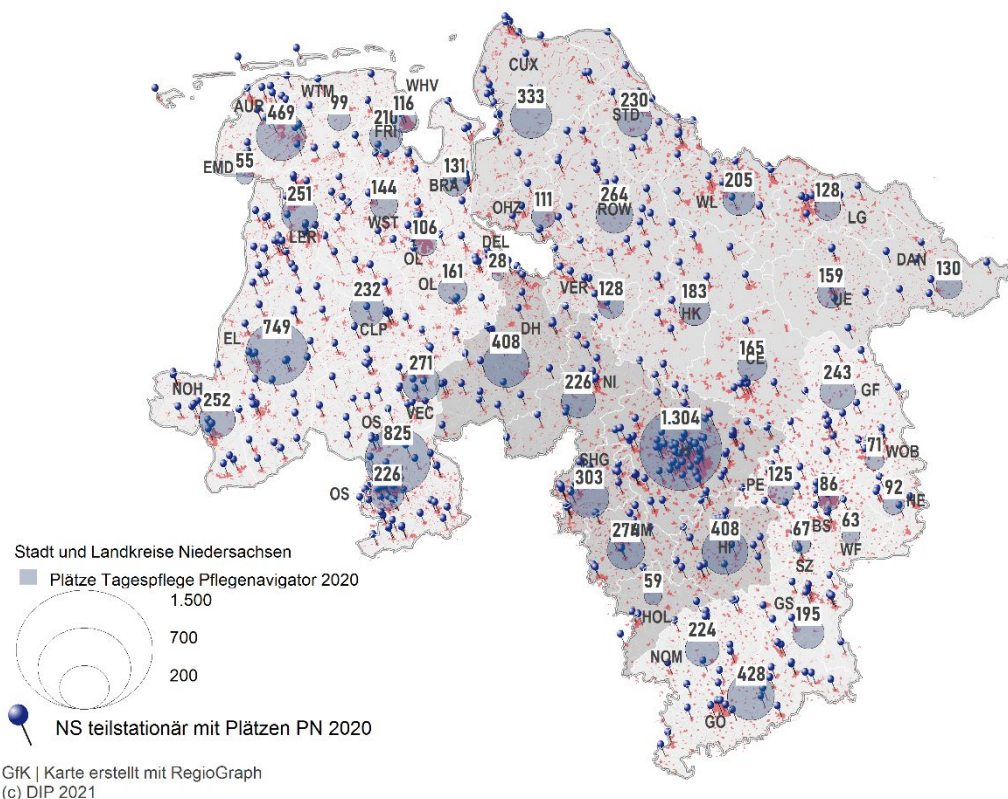


Abbildung 13: Standorte und Plätze in Einrichtungen der Tagespflege 2020

Die Nadeln entsprechen den Standorten der Einrichtungen, in einem leichten Rotton sind die Siedlungsgebiete in Niedersachsen zu erkennen, in den blauen Kreisen ist die Gesamtzahl der im Jahr 2020 zur Verfügung stehenden Plätze in der Tagespflege abgebildet.

Anhand der Siedlungsstrukturen ist beispielsweise im Heidekreis zu erkennen, dass in Bereichen, in denen keine Angebote identifizierbar sind, auch keine zusammenhängende Siedlungsstruktur besteht. Zur besseren Übersicht wurden die statistischen Regionen farblich voneinander unterschieden.

Den Angaben des AOK Pflege-Navigators 2020 zufolge gibt es rund 650 Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen. Die hohe Abdeckung ergibt sich unter anderem daraus, dass der überwiegende Teil der Tagespflegeeinrichtungen an bestehenden Strukturen ambulanter oder vollstationärer Versorgung angesiedelt ist. Überwiegend sind Tagespflegeeinrichtungen im nahen Umfeld erreichbar, in den Ballungsgebieten sind dabei insgesamt hohe Potenziale der Versorgungskapazität auszumachen.

Bis auf die Standorte auf den Inseln ist von jedem Punkt in Niedersachsen im Umkreis von maximal 25 Kilometern eine andere Tagespflegeeinrichtung erreichbar. In der Südheide, im Landkreis Celle, beträgt die Distanz zum nächstgelegenen Ort 21,1 Kilometer (Entfernung im Straßennetz), hier kumulieren die Einrichtungen im Stadtgebiet Celle, wohingegen die ländlichen Gemeinden oftmals keine Struktur aufweisen.

Die räumliche Verteilung und beschriebene regionale Abdeckung erlaubt keine Aussage bezogen auf die Angemessenheit der kommunalen Angebotsstruktur. So könnten regional erhebliche Mehrbedarfe bestehen, zu denen jedoch keine statistischen Daten vorliegen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

Vollstationäre Einrichtungen stellen für eine hohe Zahl an pflegebedürftigen Menschen die einzig mögliche Versorgungsform dar. Kann die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht allein oder nicht mehr hinreichend mit Hilfe organisiert werden, so bedarf es der vollstationären Versorgung. Daneben kann auch die Gefahr einer sozialen Isolation älterer Personen in der bisherigen Wohnung dazu führen, dass eine stationäre Versorgung die bessere Alternative darstellt, da innerhalb der Pflegeeinrichtungen Kontakte und strukturierte Angebote bestehen. Die Daten der Pflegestatistik zeigen auf, dass mit einem steigenden Pflegegrad auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Versorgung in einer stationären Einrichtung besteht.

Die Pflegestatistik 2019 weist für Niedersachsen bezogen auf die Kapazitäten⁹ der vollstationären Pflege für 2019 (Statistisches Bundesamt 2020a) insgesamt 1.964 stationäre Einrichtungen aus. Von den 116.626 verfügbaren Pflegeplätzen stehen 105.509 für eine vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung.

⁹ Als verfügbare Plätze zählen die am Erhebungstichtag zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von der Pflegeeinrichtung gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den derzeit belegten Plätzen.

Die nachstehende Grafik zeigt die Situation auf kommunaler Ebene. Die Einfärbung (Schwärzungsgrad) weist auf eine zunehmende Anzahl stationär betreuter Pflegebedürftiger hin.

Die blauen Kreise spiegeln die kommunale Anzahl der stationären Einrichtungen im Jahr 2019 wider. Hier ist ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Einrichtungen und der Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen erkennbar¹⁰. In der kreisfreien Stadt Delmenhorst, in der mit 9 stationären Pflegeeinrichtungen die niedrigste Heimdichte verzeichnet wird, ist mit 637 Bewohnerinnen und Bewohnern auch eine geringe Anzahl an stationär betreuten Personen verzeichnet. Ähnliche Werte liegen in der kreisfreien Stadt Emden vor (12 Einrichtungen und 607 vollstationär betreute Personen). Der hohe beidseitige Zusammenhang der Zahlen kann dabei jedoch nicht zwingend als Kausalität interpretiert werden. Denkbar sind auch bereits beschriebene Faktoren wie Heimsogeffekte oder aber eine unzureichende Abdeckung der ambulanten Versorgung, die eine stationäre Betreuung notwendig macht.

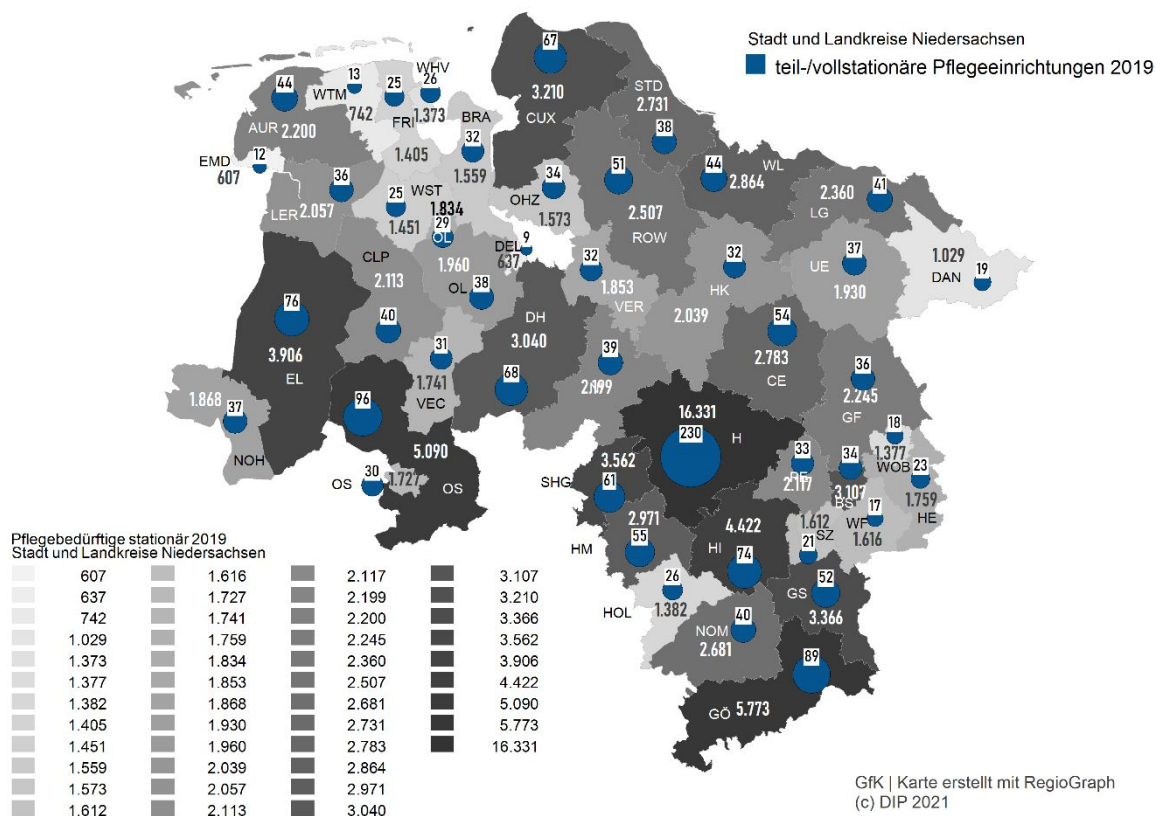


Abbildung 14: Anzahl teil-/vollstationäre Einrichtungen und Pflegebedürftige stationär 2019

Die nachfolgende Analyse stellt zwei zentrale Aspekte in einen Zusammenhang. Einerseits wird die zur Verfügung stehende Kapazität der vollstationären Heimversorgung

¹⁰ Die Korrelation zwischen der Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen 2019 und der jeweiligen Anzahl der teil-/vollstationären Einrichtungen im Jahr 2019 beträgt 0,978. Damit besteht ein fast linearer Zusammenhang zwischen den beiden Zahlenreihen der jeweiligen Kreise (R^2 Linear = 0,978). Berechnet wurde für die Korrelation ein zweiseitiger Signifikanztest nach Pearson. Die Zusammenhänge sind statistisch signifikant (zweiseitig) auf einem Niveau von $< 0,01$.

abgebildet und andererseits die Anzahl älterer Menschen (über 75 Jahre) in der Bevölkerung im Jahr 2019¹¹. Daraus wurde ein Quotient gebildet, der die Anzahl der Personen in der Altersgruppe der über 75-Jährigen pro zur Verfügung stehendem Pflegeplatz in vollstationären Einrichtungen abbildet. Dieser Wert wird in den Kreisen in der Grafik angezeigt. In den Grautönen wird die Heimversorgungsquote für das Jahr 2019 in der prozentualen Ausprägung dargestellt.

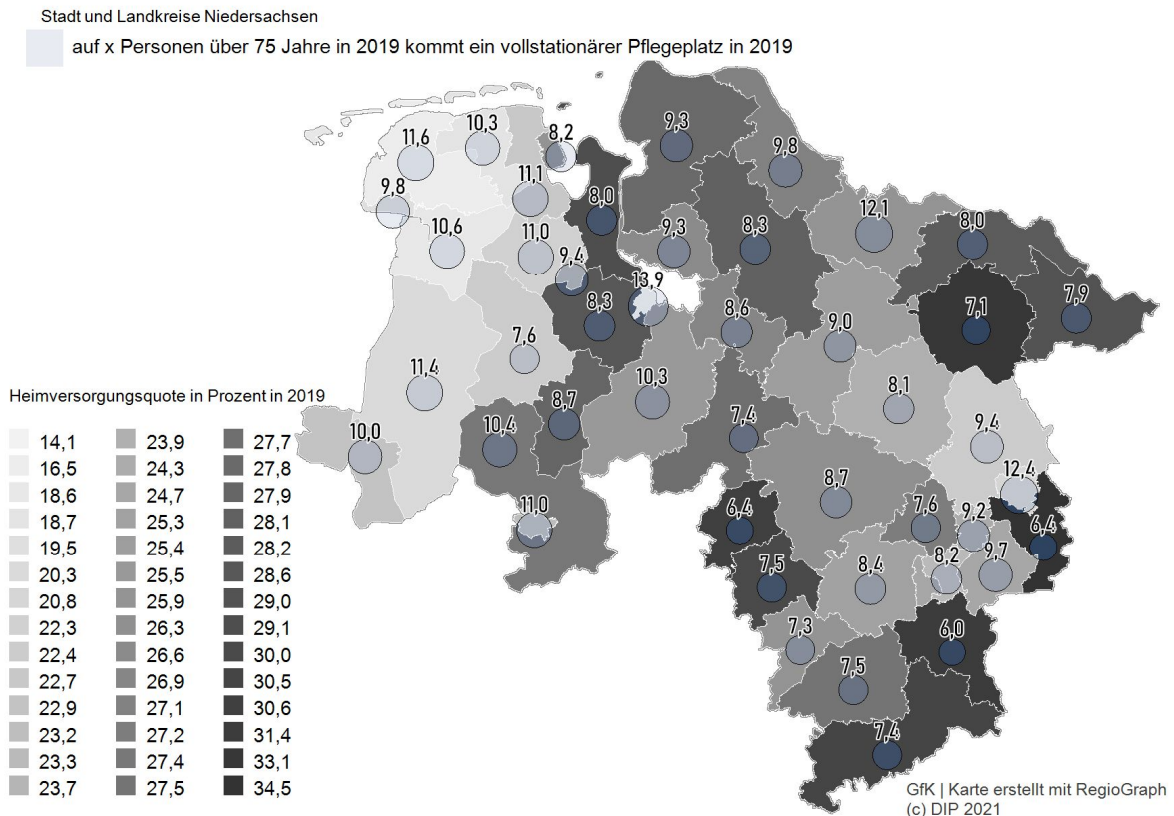


Abbildung 15: Personen über 75 Jahre auf Pflegeplätze vollstationär 2017

Die Daten zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Versorgung in den Heimen und der Angebotsdichte bezogen auf die Gruppe älterer Personen auf. Tendenziell ist dort, wo das Angebot an stationären Pflegeplätzen höher ist, auch eine höhere Heimversorgungsquote zu beobachten. Im Landkreis Helmstedt zum Beispiel existiert für jeden sechsten älteren Menschen (>75 Jahre) ein vollstationärer Pflegeplatz in einer stationären Pflegeeinrichtung. Hier liegt die Heimversorgungsquote mit 34,5 Prozent auf einem hohen Niveau. Im Landkreis Goslar besteht eine größere Angebotsdichte. Auch hier existiert für jeden sechsten älteren Menschen über 75 Jahre ein vollstationärer Pflegeplatz in einer stationären Einrichtung. Ebenso findet sich eine hohe Heimversorgungsquote von 31,4 Prozent. Die niedrigste Heimversorgungsquote liegt in

¹¹ Häufig werden Kennzahlen, wie z.B. Pflegeplätze je 1.000 Menschen ab 65 Jahre als Ausgangsbasis genommen (z. B. Regionalatlas Destatis). Auf Basis der vorliegenden Analysen wird ein veränderter Bezugspunkt gewählt, da die Personengruppe ab 75 Jahre für die Versorgung in Heimen eine deutlich größere Nähe aufweist und sich Pflegebedürftigkeit überwiegend in den höheren Altersgruppen wiederfindet.

der Stadt Delmenhorst vor (14,1 Prozent). Hier bestehen auch deutlich weniger Angebote. Für 13,9 Personen in der Gruppe der über 75-Jährigen im Jahr 2019 steht ein vollstationärer Pflegeplatz zur Verfügung.

In der Betrachtung der statistischen Regionen wird deutlich, dass in der statistischen Region Weser-Ems tendenziell niedrigere Heimversorgungsquoten vorhanden sind. Zugleich besteht hier in Relation zur Anzahl der über 75-Jährigen auch das geringste Angebot an Plätzen in stationären Einrichtungen.

Zur Analyse der regional differenzierten und aktuellen Verteilung der vollstationären Einrichtungen in Niedersachsen wurden die Daten des AOK Pflege-Navigators 2020 herangezogen. Die Nadeln entsprechen den Einrichtungsstandorten (vollstationär), in einem leichten Rotton sind die Siedlungsgebiete in Niedersachsen zu erkennen, in den blauen Kreisen ist die Gesamtzahl der laut Pflegenavigator im Jahr 2020 zur Verfügung stehenden Pflegeplätze in den vollstationären Einrichtungen abgebildet.

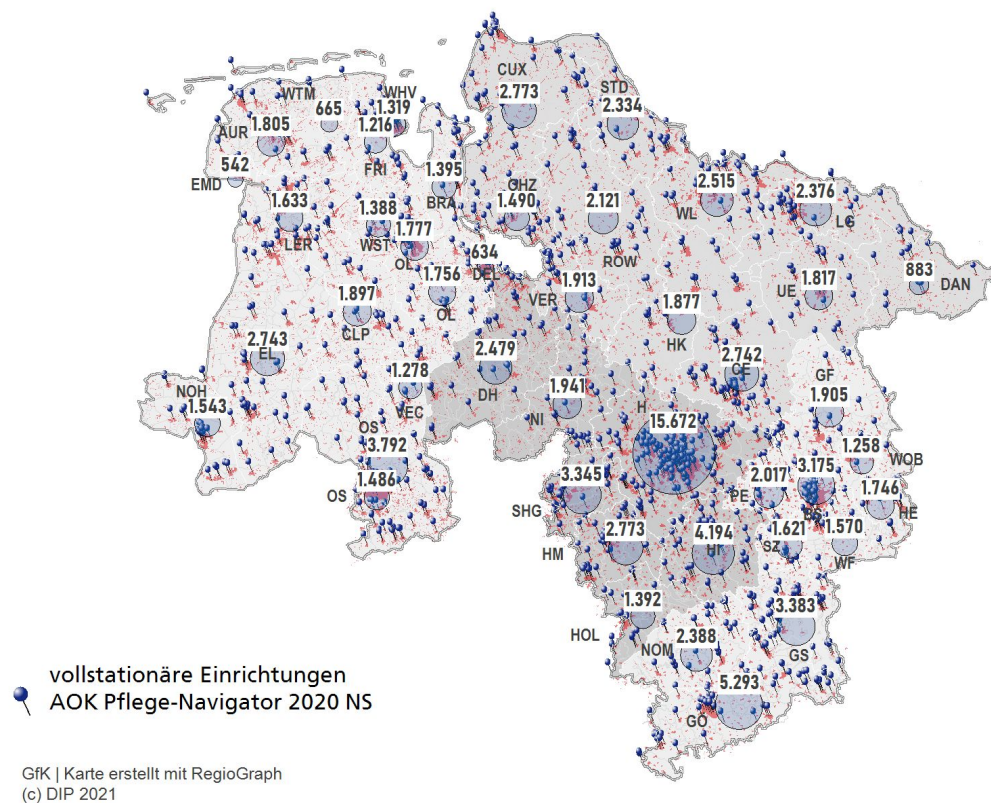


Abbildung 16: Standorte und Pflegeplätze vollstationärer Einrichtungen 2020

Auch bei den vollstationären Angeboten kann eine hohe räumliche Abdeckung beschrieben werden. In allen größeren Siedlungsgebieten finden sich auch vollstationäre Einrichtungen. Nur 37 aller Einrichtungen haben einen Radius von mehr als 10 Kilometern (Entfernung Straßennetz) bis zum nächstgelegenen Standort einer anderen vollstationären Einrichtung.

Vor diesem Hintergrund kann aktuell von einer regionalen Flächendeckung ausgegangen werden; gleichwohl lässt sich nicht beurteilen, ob die bestehenden Kapazitäten

umfassend und bedarfsdeckend sind. Hierzu müssten Wartelisten und Anmeldungen der vollstationären Einrichtungen analysiert werden, die aktuell nicht vorliegen. Darüber hinaus wurde bezüglich der regionalen Differenzen der Heimversorgungsquote bereits thematisiert, dass ggf. auch eine hohe regionale Auslastung bestehen kann, die sich aus mangelnden ambulanten Versorgungsoptionen ergibt.

Einrichtungen der Kurzzeitpflege in Niedersachsen

Kurzzeitpflege kann als eine bedeutende Form der Unterstützung von überwiegend älteren Menschen betrachtet werden.

Dabei existieren sowohl die Rechtsansprüche aus dem SGB XI, insbesondere §§ 42, 39 SGB XI als auch aus dem SGB V, hier insbesondere §§ 39c, 37 Abs. 1, 1a und 13 SGB V. Ziel der Kurzzeitpflege nach SGB V ist die Rekonvaleszenz nach Krankenhausaufenthalten; sie wird nachklinisch eingesetzt, um beispielsweise den medizinisch-therapeutischen Bedarf weiter zu stabilisieren. Ebenso wird sie eingesetzt, um in einer Übergangsphase die weitere Form der Versorgung abzuklären und anzubahnen.

Kurzzeitpflege nach SGB XI wird eingesetzt, um häusliche Versorgungskrisen zu kompensieren, beispielsweise bei Ausfall eines pflegenden Angehörigen (z. B. durch eigene Erkrankung) und der damit einhergehenden unklaren Versorgungslage. Ebenso findet sie Anwendung, wenn sich der Zustand der zu pflegenden Person verschlechtert, aber absehbar ggf. wieder zu stabilisieren ist. Eine dritte Nutzung ergibt sich in einem geplanten Überbrückungszeitraum, z. B. bei Urlaub pflegender Angehöriger. Diese Form der Nutzung ist die bekannteste und wird unter anderem durch sogenannte „eingestreute Kurzzeitpflegeplätze“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten.

In vielen Bundesländern übersteigt die Nachfrage nach Kurzzeitpflege das Angebot an verfügbaren Plätzen deutlich (Braeseke et al. 2017; Aktionsbündnis Kurzzeitpflege Baden-Württemberg 2019; Braeseke et al. 2019). Dieser Sachverhalt kann auf Basis der vorliegenden Daten für Niedersachsen in diesem Bericht nicht vollumfänglich und zufriedenstellend dargestellt werden. Dazu bedarf es der Einbindung zahlreicher weiterer Akteure in Befragungen (z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Kommunen). Es müssen systematische Erkenntnisse zu den Barrieren und Treibern der Umsetzung zur Kurzzeitpflege bzw. dem Aufbau innovativer Konzepte zur Anpassung gewonnen werden, die neben den bestehenden Strukturen zu einer bedarfsdeckenden Versorgung beitragen können.

Im vorliegenden Bericht wurden die Kennzahlen zur Kurzzeitpflege aus der Pflegestatistik 2019 sowie dem AOK Pflege-Navigator einbezogen.

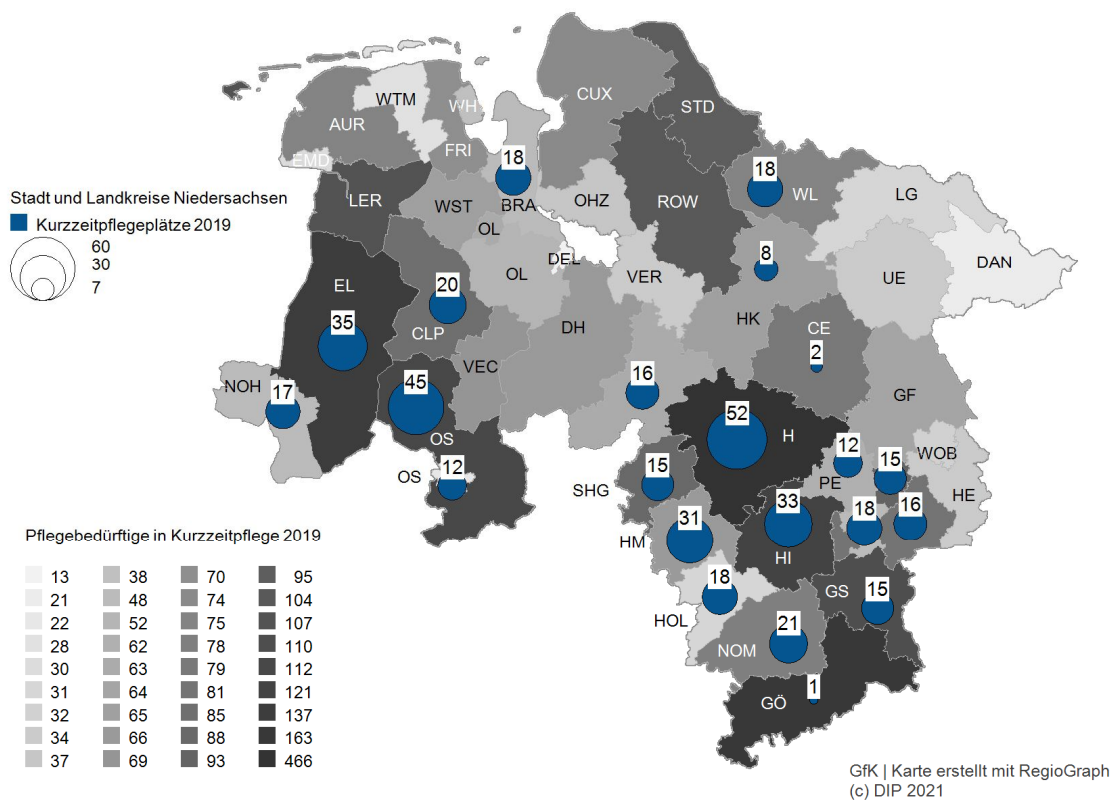


Abbildung 17: Kurzzeitpflegeplätze und Anzahl Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege 2019

Das LSN weist für das Jahr 2019 kreisbezogen 438 Kurzzeitpflegeplätze in insgesamt 33 Kurzzeitpflegeeinrichtungen aus.

Die nachfolgende Karte weist mit zunehmendem Schwärzungsgrad die zunehmende Anzahl der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege im Jahr 2019 aus. In den blauen Kreisen sind die solitären Kurzzeitpflegeplätze aufgenommen.

Die Abbildung zeigt, dass keine flächendeckende Verteilung der ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Kapazitäten vorliegt. Inwieweit damit die Nachfrage nach Kurzzeitpflege werden kann, lässt sich auf der Basis vorliegender Daten nicht einschätzen. Dazu werden Aussagen im empirischen Teil des Berichts vorgestellt. Insgesamt sind mit 438 Plätzen über das Jahr berechnet 159.870 Pflage-tage abgedeckt. Geht man von einer rund 14-tägigen Dauer der Kurzzeitpflege aus, können rein rechnerisch 11.419 Personen versorgt werden.

In der statistischen Region Lüneburg finden sich in der regionalen Pflegestatistik 2019 kaum nennenswerte explizit der Kurzzeitpflege vorbehaltene Plätze. Betrachtet man den Anteil an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen insgesamt und die für die vollstationäre Dauerpflege vorgehaltenen Pflegeplätze (105.947), so entsprechen die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Pflegeplätze der Einrichtungen (438) lediglich einem Anteil an 0,41 Prozent.

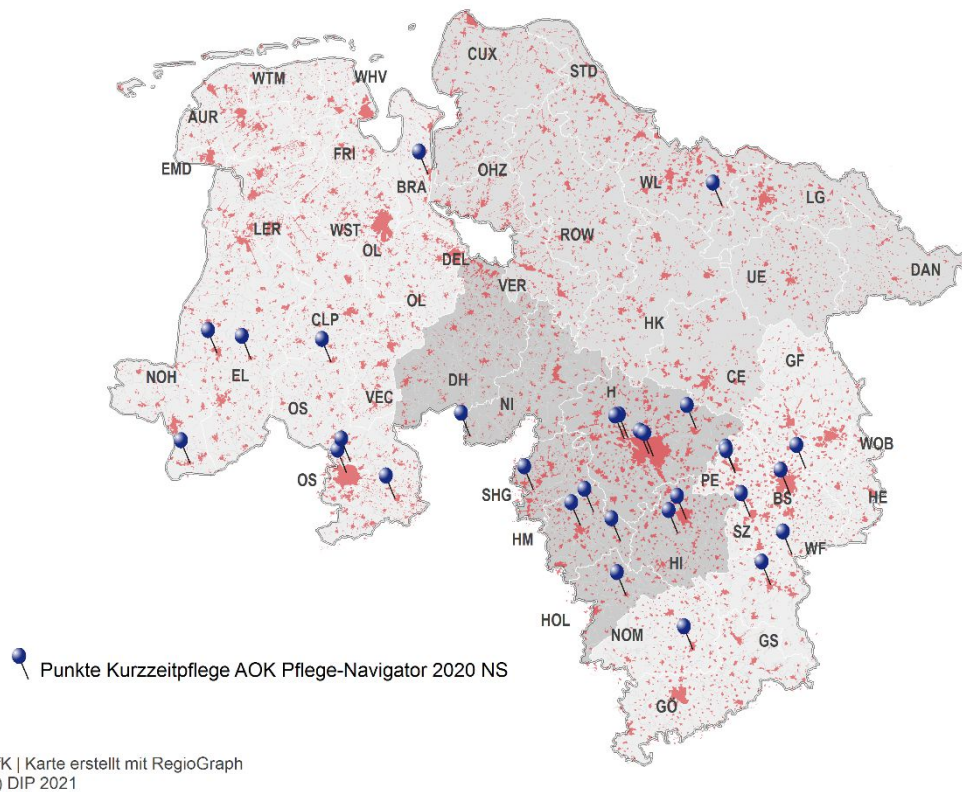


Abbildung 18: Standorte solitärer Kurzzeitpflege 2020 AOK Pflege-Navigator

Die Auswertung der aktuelleren Daten des AOK Pflege-Navigators (Stand April 2020) bestätigt auch für das Jahr 2020 die Daten der Pflegestatistik 2019 (477 solitäre Kurzzeitpflegeplätze in 34 Einrichtungen). In der statistischen Region Lüneburg finden sich weiterhin keine ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Plätze, in der statistischen Region Weser-Ems nur in den südlichen Regionen.

Allerdings können nahezu alle vollstationären Einrichtungen im Bedarfsfall eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellen.

In den vollstationären Einrichtungen ist die Verfügbarkeit eingestreuter Kurzzeitpflege abhängig von der Auslastung der stationären Versorgung (Heimbelegungsquote). Es besteht keine Pflicht zur Vorhaltung entsprechender Kontingente in der stationären Versorgung, was auch als Erklärung für die Schwankungen der Kennzahlen diskutiert werden kann.

Am Erhebungstichtag der Pflegestatistik 2019 (15. Dezember) nahmen 3.377 Pflegebedürftige Kurzzeitpflege in Anspruch. Dabei wurden jeweils in den statistischen Regionen Lüneburg 649, Braunschweig 765, Hannover 901 und Weser-Ems 1.062 Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege erfasst.

Die Betrachtung in einer Zeitreihe der Landespflegestatistik (K II-j/2007 bis K II-j/2019, Tab.2.7) verweist dabei auf eine Steigerung der Inanspruchnahme (von 1.781 im Jahr 2007 auf 3.377 Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege im Jahr 2019, jeweils am Stichtag 15.12.).

Die Anzahl der gemeldeten Plätze, die potenziell für die Kurzzeitpflege genutzt werden können (eingestreute Kurzzeitpflege), ist deutlich gestiegen (von 4.351 im Jahr 2007 auf 5.423 Plätze im Jahr 2017). Die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Platzkontingente der solitären Kurzzeitpflege zeigen dagegen eine rückläufige Kapazität (von 762 Plätzen im Jahr 2007 auf 438 im Jahr 2019) an. Ob die verfügbaren (stichtagsbezogenen) Kennzahlen eine durchweg höhere Nachfrage und Auslastung anzeigen und ob die deklarierte Kapazität den tatsächlichen Bedarf deckt, kann auf Basis der verfügbaren Daten nicht umfassend beurteilt werden.

Es kann jedoch angesichts der niedrigen Anzahl insgesamt sowie angesichts der nicht flächendeckenden Vorhaltung davon ausgegangen werden, dass örtlich Schwierigkeiten bestehen werden, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen in gewünschter Zeit in eine stationäre Pflegeeinrichtung überleiten zu können. Ebenso fehlen die Ressourcen, um Angehörigen, die im Rahmen der Entlastung für ihren betreuten Pflegebedürftigen einen Anspruch geltend machen wollen, einen Zugang zu ermöglichen.

Weitere Befunde untermauern diese Situation in Niedersachsen. In der Befragung der Kommunen über die individuelle Versorgungssituation in den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens im Jahr 2018 gaben 34 Kommunen an, dass sie im Bereich der ambulanten Versorgung (nach SGB XI) eine Unterversorgung beobachten würden. 32 Kommunen gaben an, dass sie eine Unterversorgung im Bereich der Kurzzeitpflege bemerken. Andere Versorgungsbereiche hatten nach Einschätzung der Befragten deutlich bessere Versorgungsgrade (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018).

Um Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen einen bedarfsgerechten Zugang zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zu ermöglichen und zudem die Übergänge zwischen den Versorgungssektoren zu verbessern, wäre es wünschenswert, dass die vorhandenen Kapazitäten an Kurzzeitpflegeplätzen erweitert werden.

Ambulante Pflegedienste

Analog zu den anderen Versorgungseinrichtungen sollen die Entwicklungen und der Stand ambulanter Pflegestrukturen vorgestellt werden. Zunächst erfolgt, basierend auf den Kennzahlen der im zweijährigen Turnus veröffentlichten Pflegestatistiken des Landes, die Ausweisung für die statistischen Regionen in der Zeitreihe. Nachfolgend werden die aktuellen regionalen standortbezogenen Daten des AOK Pflege-Navigators 2020 analysiert und diskutiert.

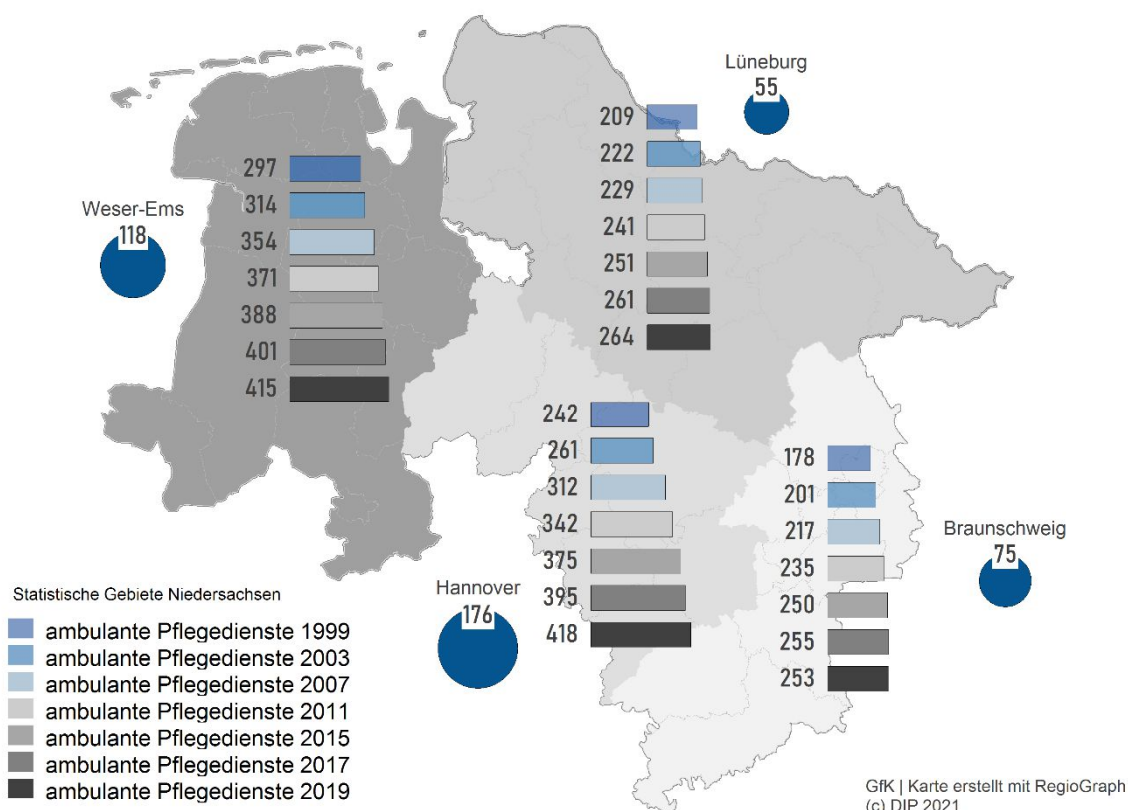


Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste 1999-2019

Die Grafik zeigt für alle statistischen Regionen Zuwächse bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen.¹² In den blauen Kreisen wird der Gesamtaufwuchs zwischen 1999 und 2019 in Summe dargestellt. Zwischen 2017 und 2019 sind in Niedersachsen insgesamt 38 neue Anbieter auf den Markt gekommen, wobei in der statistischen Region Braunschweig zwei ambulante Dienste weniger zu verzeichnen sind als im Jahr 2017. Nennenswerte Entwicklungen in den vergangenen zwei Jahren zeigen sich in der statistischen Region Weser-Ems (14) sowie in der statistischen Region Hannover (23).

In den kreisfreien Städten und Landkreisen zeigen sich insgesamt unterschiedliche Entwicklungen. Die stärkste absolute Zunahme ist in der Region Hannover zu sehen (97 Einrichtungen zwischen 1999 und 2019). Im Landkreis Hildesheim ist ein Zuwachs von 26 ambulanten Diensten festzustellen, im Landkreis Schaumburg eine Zunahme von 20. In der kreisfreien Stadt Osnabrück sind im Jahr 2019 insgesamt 18 ambulante Dienste mehr verzeichnet als 1999, in der kreisfreien Stadt Braunschweig 24. Negative Entwicklungen liegen in der kreisfreien Stadt Emden (-4) sowie im Landkreis Helmstedt (-2) vor. Betrachtet man die Verteilung der ambulanten Pflegedienste und die Anzahl der jeweils ambulant betreuten Pflegebedürftigen im Jahr 2019, so ergibt sich das nachfolgende Bild:

¹² Basierend auf dieser amtlichen Quelle lassen sich die Entwicklungslinien seit Veröffentlichung der Pflegestatistik für das Jahr 1999 erfassen.

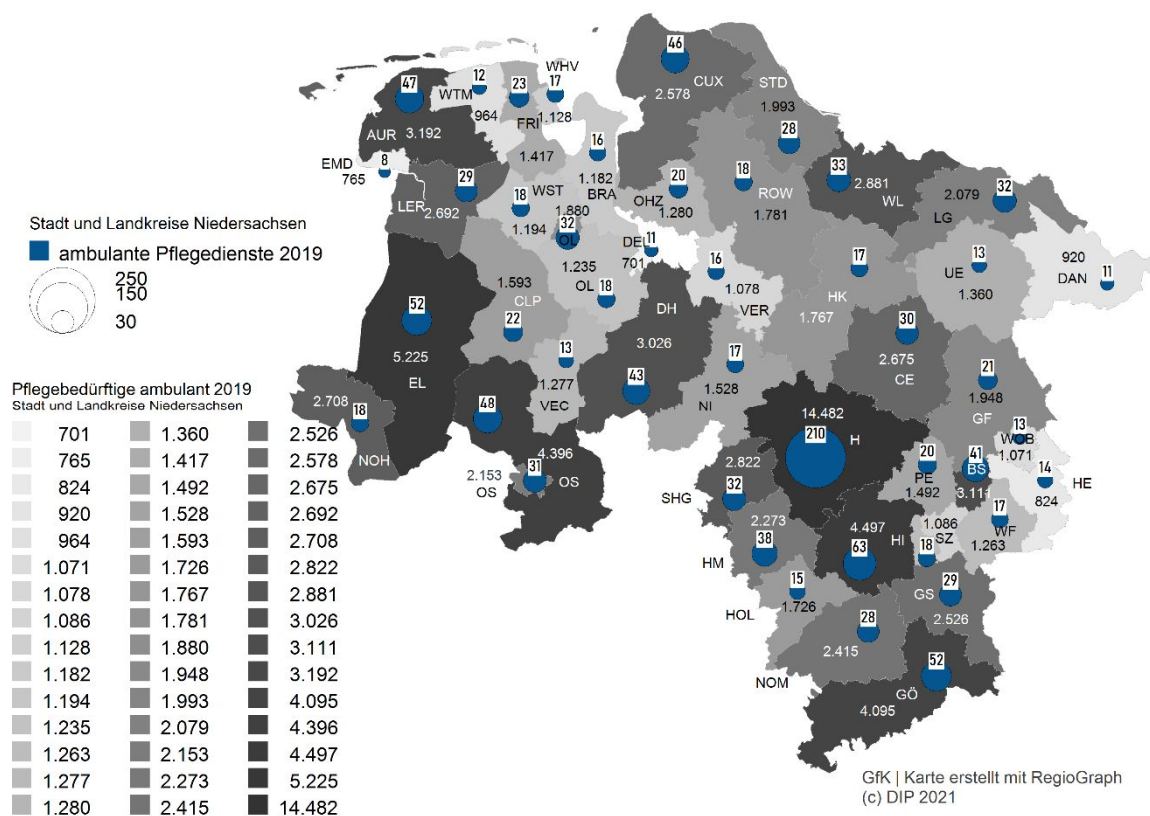


Abbildung 20: Anzahl ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftige ambulant 2019

Die höchste Versorgungsdichte ist hierbei in der Region Hannover zu beobachten mit insgesamt 210 ambulanten Diensten im Jahr 2019 und 14.482 ambulant betreuten Pflegebedürftigen. Davon sind allein in der Landeshauptstadt Hannover 120 ambulante Pflegedienste ansässig.

Zur Betrachtung der aktuellen kleinräumigen Abdeckung mit ambulanten Pflegediensten in Niedersachsen wurden die Daten des AOK Pflege-Navigators 2020 verwendet. Die Nadeln weisen dabei den jeweiligen Standort eines ambulanten Pflegedienstes aus. Die Rottöne zeigen die Siedlungsflächen in Niedersachsen, sodass nachvollzogen werden kann, dass in kleinen Siedlungsgebieten ggf. keine Angebote bestehen bzw. diese von ambulanten Diensten aus den benachbarten größeren Siedlungsräumen mitversorgt werden.

Für die ambulanten Dienste kann standortbezogen festgehalten werden, dass eine hohe räumliche Abdeckung besteht, die den Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht, sofern die örtlich bestehenden Dienste über die Kapazität verfügen, die Nachfrage zu bedienen.

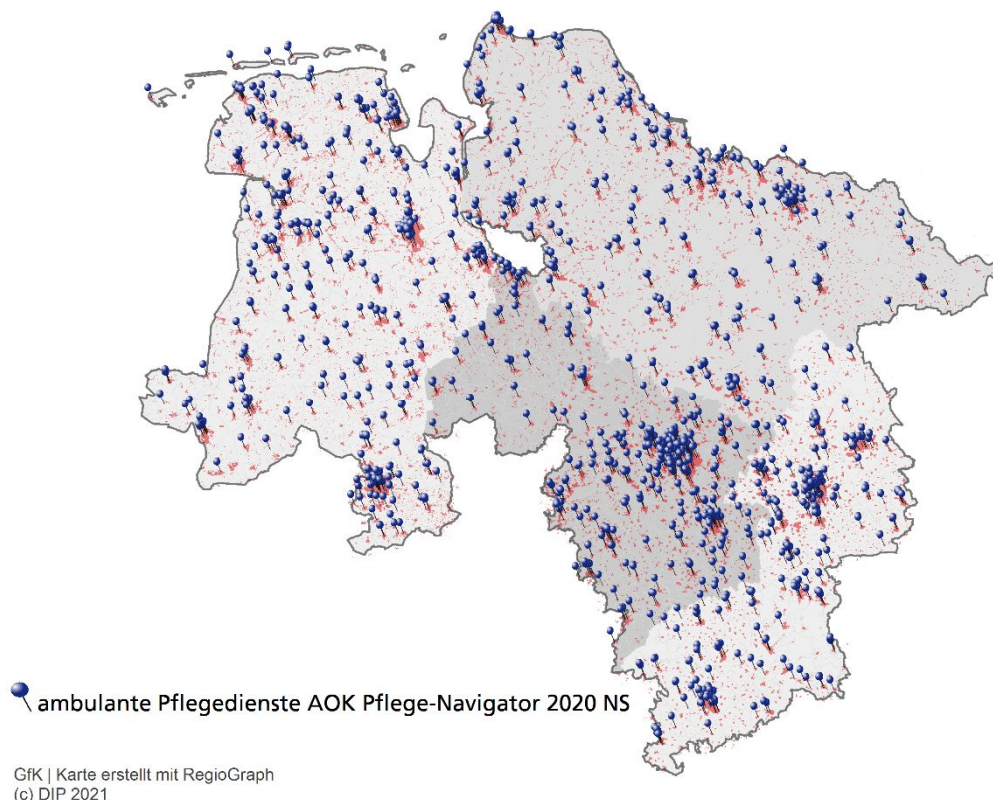


Abbildung 21: Standorte ambulanter Pflegedienste 2020

Kennzahlen, die eine Aussage zur Angemessenheit der Versorgungsdichte erlauben, liegen in amtlichen Statistiken nicht vor. Die Anzahl der durch die ambulanten Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen allein reicht dabei nicht aus, da die ebenfalls durch ambulante realisierte Versorgung aus dem Bereich der Krankenhausnachversorgung oder der häuslichen Krankenpflege (SGB V) in der Pflegestatistik nicht abgebildet wird. Zur Einordnung der Kapazitäten wurde im Rahmen des Berichts eine Befragung der ambulanten Pflegedienste durchgeführt, die im empirischen Teil vorgestellt werden.

Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen

Für die Gesamtbetrachtung der pflegerischen Versorgung und insbesondere für ein Monitoring regionaler Arbeitskräftebindungen und Personalbedarfe der Pflegeversorgung sind neben den Einrichtungen der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Pflege auch die Versorgungsbereiche der Krankenhäuser und der Rehabilitationseinrichtungen bedeutsam.

Krankenhäuser sind insbesondere für die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger der größte Beschäftigungssektor. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser von zentraler Bedeutung für die Ausbildung und Qualifizierung von Pflegekräften, weil in den angeschlossenen Schulen

die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und seit 2020 in Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann nach dem PfIBG erfolgen.

Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen konkurrieren mit den ambulanten und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen um die vorhandenen Pflegefachkräfte und die neu ausgebildeten Pflegefach- und Assistenzkräfte.

Die amtlichen Krankenhausstatistik umfasst die Grunddaten der Krankenhäuser (Landesamt für Statistik Niedersachsen 2019a), die Kostenstrukturen der Krankenhäuser (Landesamt für Statistik Niedersachsen 2019b) sowie die Todesursachen in den Krankenhäusern. Für Niedersachsen liegen hierfür zum Zeitpunkt der Berichtserstellung aktuelle Kennzahlen bis zum Jahr 2017 vor.

Im Krankenhausplan Niedersachsen, der für das Jahr 2019 vorliegt (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2019c), werden neben den Leistungsbereichen /Fachbereichen auch die Anzahl der Betten in den Einrichtungen der Krankenhäuser (Plankrankenhäuser) aufgeführt.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Einrichtungsstandorte für das Jahr 2019 mit der jeweiligen Anzahl der Betten für den Bereich der Krankenhäuser.

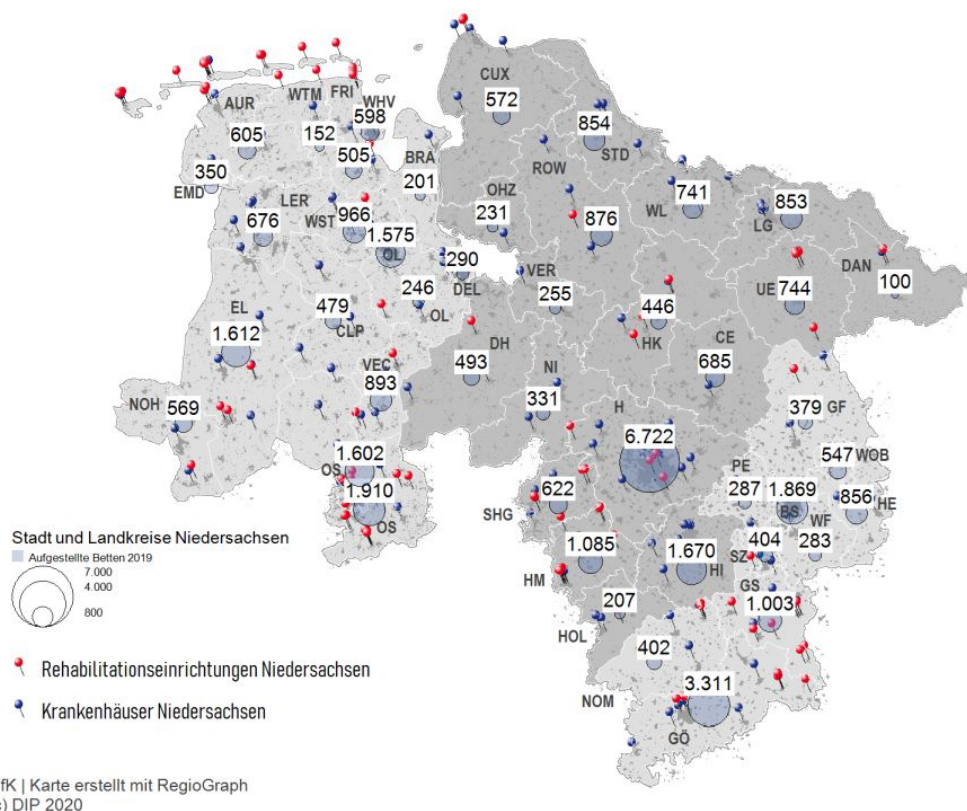


Abbildung 22: Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen 2019

Anders als bei den teil-/vollstationären Einrichtungen sowie den ambulanten Diensten findet im Krankensektor insgesamt ein Rückgang auf der Strukturebene statt.

Zwischen 2016 und 2019 wurden z. B. in der statistischen Region Braunschweig drei Krankenhäuser weniger im Krankenhausplan verzeichnet, in der statistischen Region Hannover sind es sieben, in der statistischen Region Lüneburg zwei und in der statistischen Region Weser-Ems drei. Damit einher geht auch eine Reduzierung der Krankenhausbetten in den statistischen Regionen. In Braunschweig sind es im Jahr 2019 gegenüber 2016 rund 420 Betten weniger, in Hannover fand ein Abbau von rund 400, in Lüneburg von rund 490 und in der Weser-Ems Region von rund 570 Betten statt.

Mit im Jahr 2017 rund 1,7 Mio. stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Niedersachsen zeigt sich jedoch in der Zeitreihe (vorliegend ab 2002) keine Reduzierung der Anzahl der behandelten Fälle im Krankenhausbereich.

Vor diesem Hintergrund kann von einer strukturellen Bereinigung und zugleich von einer Konzentration der Krankenhausbehandlung ausgegangen werden, die sich jedoch nicht in einem reduzierten Behandlungsgeschehen ausdrückt. Aus der Perspektive der pflegerischen Versorgung kann damit nicht zwingend auf eine rückläufige Entwicklung der notwendigen Personalstrukturen geschlossen werden.

Arbeits- und Beschäftigungsmarkt Pflegeberufe

Die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege¹³ und ebenso die Altenpflege werden bundesweit als Berufe mit einem Fachkräftemangel ohne Arbeitsmarktreserven bewertet. Offene Stellen können überwiegend erst nach einer längeren Vakanzzeit besetzt werden. In der Altenpflege lag im Jahr 2019 die Vakanzzeit für Pflegefachkräfte bei 205 Tagen; in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege lag sie bei 174 Tagen und damit um 40 Prozent höher als die durchschnittliche Vakanzzeit aller Berufe (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2020).

Mit der Konzertierte(n) Aktion Pflege wurden Vereinbarungen auf der Bundesebene getroffen, wie einem Fachkräfteengpass entgegengewirkt werden soll und welche Maßnahmen zur Stärkung der Pflege unternommen werden sollen, um die Attraktivität zu erhöhen (Die Bundesregierung und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend et al. 2019)

Veröffentlichungen zum Fachkräftebedarf und zu Strategien zur Fachkräftesicherung werden aufgrund der hohen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nicht nur in der Pflege und in den verantwortlichen Ministerien untersucht und diskutiert. Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Bedeutung des Sektors findet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2019a) auch eine Diskussion aus der Perspektive der Gesundheitswirtschaft statt (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2017). Für die Pflegebranche wurde diese Thematik in unterschiedlichen Studien aus der Perspektive der Beschäftigung sowie der wirtschaftlichen Zusammenhänge umfassend beschrieben (Norddeutsche Landesbank Girozentrale 2019; Bundesagentur für Arbeit 2019; Wrobel et al. 2019). Im nachfolgenden Kapitel werden erweiterte Perspektiven in die Analyse des Arbeits- und Beschäftigungsmarktes der Pflegeberufe einbezogen.

Die sektorenübergreifende Analyse der regionalen Arbeits- und Beschäftigungskennzahlen der Pflegekräfte ist von herausgehobener Bedeutung zur Beurteilung der Fachkräftesituation und zur bedarfsgerechten Steuerung der Ausbildungs- und Personalbedarfe. Hierzu werden Kennzahlen zur Anzahl der Berufstätigen in den genannten Sektoren der Pflegeversorgung, Kennzahlen zu Arbeitsmarktreserven (Anzahl arbeitslos registrierter Pflegekräfte) und zu den offen gemeldeten Stellen für Pflegekräfte durch die Bundesagentur für Arbeit herangezogen.

Als ein Ansatzpunkt der Fachkräftesicherung wird die Rekrutierung von ausländischen Mitarbeitenden diskutiert. Im Bericht der Bundesagentur für Arbeit wird beschrieben, dass sich die Zahl der aus der EU stammenden Pflegekräfte insgesamt in den letzten fünf Jahren bundesweit um 33.000 erhöht hat. Insgesamt werden dabei rund 79.000

¹³ Im nachfolgenden Kapitel werden, wo möglich, die Differenzierungen der Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorgenommen. Bei den Kennzahlen der Bundesagentur für Arbeit kann eine solche Unterscheidung aufgrund der Klassifikation der Berufe 2010 nicht erfolgen. Mit der europäischen Normierung der Berufsklassifikation wird die Unterscheidung nicht mehr vorgenommen. Unterschieden werden die Niveaus der Qualifizierung. Grundsätzlich beziehen sich die nachfolgenden Daten auf Pflegefachkräfte ab dem Niveau der Fachkräfte (mit oder ohne Spezialisierung). Die Helferberufe sind hier ausgeschlossen.

Mitarbeitende aus dem EU-Bereich ausgewiesen; 42.000 arbeiten in der Krankenpflege und 37.000 arbeiten in der Altenpflege (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung 2020). Detailanalysen mit einer Filterung bezüglich der Pflegefachkräfte auf der Basis einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit weisen hier jedoch ein anderes Bild aus.

Die Kapazitäten sozialversicherungspflichtig beschäftigter Pflegefachkräfte mit einer Staatsangehörigkeit aus einem EU-Land können aktuell für Niedersachsen als überschaubar beschrieben werden. Von den im Juni 2020 in Niedersachsen ausgewiesenen 76.438 Pflegefachkräften der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, werden seitens der Bundesagentur für Arbeit 1.473 Pflegefachkräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit aus dem EU-Länderbereich geführt. In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege entspricht dies einem prozentualen Anteil von 1,9 Prozent. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich nicht zwingend um nach Deutschland immigrierte Pflegefachkräfte handeln muss, da in der Statistik erfasst wird, ob eine ausländische Staatsangehörigkeit aus einem EU-Land vorliegt oder nicht. Somit kann es sich dabei auch um Pflegekräfte handeln, die in Deutschland selbst die Ausbildung absolviert haben, aber eine ausländische Staatsangehörigkeit aus einem EU-Land besitzen.

Für die Pflegefachkräfte der Altenpflege werden von 31.204 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni 2020 lediglich 673 mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit aus einem EU-Land ausgewiesen. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 2,2 Prozent.

Neben der Rekrutierung aus dem Bereich der EU lassen sich jedoch weitere Potenziale ausmachen, die sich auf die Rekrutierung und Integration von Pflegekräften aus Drittstaaten beziehen. Pflegekräfte, die in einem anderen Land ihre Qualifikation erworben haben, werden gezielt angeworben und die Anerkennung zur Berufsaufnahme wurde vereinfacht und beschleunigt. Die Zustimmungen zur Aufnahme einer Berufstätigkeit sind ggf. mit Ausgleichsmaßnahmen in Verbindung zu bringen, die geleistet werden müssen, um den Anforderungen zu entsprechen.

Entsprechend wurden für den vorliegenden Bericht¹⁴ Kennzahlen zur Aufnahme einer Beschäftigung als Pflegefachkräfte in der Altenpflege sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege von Pflegekräften aus Drittstaaten einbezogen und in einer Zeitreihe dargestellt. Ebenso wurde der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus dem EU-Bereich analysiert. Diese Kennzahlen verdeutlichen die Kapazitäten, die durch Rekrutierung und Integration zusätzliche Personalkapazitäten geschaffen wurden.

Bezüglich der regionalen Fachkräftesicherung spielen darüber hinaus auch weitere Faktoren eine zentrale Rolle. So können für die Einrichtungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Aussagen zu Pendlerbewegungen von Beschäftigten eine informative Quelle darstellen. Diese Kennzahlen geben einen Hinweis darauf, wo Beschäftigte wohnen und wo sie berufstätig sind. Werden in einem regionalen Gebiet ausreichend

¹⁴ Kennzahlen aus erfolgter Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit.

Personen qualifiziert, so bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass diese zukünftig auch als Fachkräftepotenzial in diesem Gebiet zur Verfügung stehen werden. Wenn Kennzahlen darauf verweisen, dass ein relevanter Anteil der Berufsangehörigen zu Arbeitsstätten in Ballungsgebiete oder andere Städte oder Kreise pendelt, entstehen regionale Engpässe trotz einer hohen Anzahl an im Kreis angesiedelter Pflegekräfte. Die Grundlagen für die nachfolgenden Analysen bilden Sonderauswertungen des Pendleratlas der Bundesagentur für Arbeit zu Erwerbstätigen der Pflegefachberufe¹⁵ in den Kreisen (Datenstand 2018).

Bei den Pflegeberufen insgesamt handelt es sich um einen klassischen Frauenberuf. In allen Bereichen der Berufsgattungen der Pflegefachkräfte sowie der Helferberufe sind überwiegend Frauen tätig. Eine geschlechterspezifische Darlegung mit Differenzierung der Berufe erfolgt dabei bislang ausschließlich in der Pflegestatistik. Grundlage der nachfolgenden Darlegung sind die Daten der Pflegestatistik 2019 für Niedersachsen¹⁶.

Berufe und Sektoren	Insgesamt	Davon weiblich	Anteil Frauen
Altenpflegerinnen und Altenpfleger in ambulanten Diensten 2019	9.627	8.136	84,5 %
Altenpflegerinnen und Altenpfleger in stationären Einrichtungen 2019	20.838	17.292	83,0 %
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in ambulanten Diensten 2019	7.915	6.883	87,0 %
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in stationären Einrichtungen 2019	5.505	4.832	87,8 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in ambulanten Diensten 2019	774	752	97,2 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in stationären Einrichtungen 2019	407	387	95,1 %
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in ambulanten Diensten 2019	2.091	1.920	91,8 %
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in stationären Einrichtungen 2019	5.994	5.173	86,3 %
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in ambulanten Diensten 2019	1.410	1.316	93,3 %
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in stationären Einrichtungen 2019	1.996	1.732	86,8 %

Tabelle 8: Beschäftigte insgesamt und Anteil weiblicher Beschäftigter in der Pflege

Die prozentualen Anteile der Frauenerwerbstätigkeit in den pflegerischen Berufen und den unterschiedlichen Sektoren liegen bei allen Berufen bei weit über 80 Prozent. In

¹⁵ Die Abfrage folgt in der Clusterung der Klassifikation der Berufe 2010.

¹⁶ Die Berufsbenennung wurde aus der amtlichen Statistik übernommen. Die Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie der Krankenpflegehilfe entsprechen für die Helferberufe nicht der Benennung in Niedersachsen.

der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind männliche Mitarbeitende mit einem Anteil von unter fünf Prozent nur sehr gering vertreten.

In der Krankenhausstatistik wird eine entsprechende Differenzierung der Beschäftigten nach Geschlechtern nicht vorgenommen. Eine Darlegung der Pflegefachkräfte sowie der Helferberufe nach dem Anteil der weiblichen Beschäftigten kann damit für diesen Versorgungssektor nicht vorgenommen werden.

Hier stehen lediglich übergeordnete Kennzahlen zur Verfügung. Über alle nichtärztlichen Berufe insgesamt werden für die Beschäftigten im Pflegedienst in den Krankenhäusern im Jahr 2017 insgesamt 37.816 Personen geführt. Als weibliche Beschäftigte werden dabei 32.588 ausgewiesen. Damit entspricht die Frauenquote im Pflegedienst insgesamt im Krankenhaus einem Anteil von 86,2 Prozent. Sie weicht damit nicht wesentlich von den differenzierten Werten der Pflegestatistik ab.

In den nachfolgenden Einzelanalysen wird zur besseren Übersichtlichkeit auf eine Differenzierung der weiblichen und männlichen Berufsangehörigen verzichtet.

Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Im nachfolgenden Kapitel erfolgt zunächst eine Übersicht zur Entwicklung sowie der aktuellen Beschäftigungssituation der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer¹⁷.

Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Überblick

Betrachtet man die Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im zeitlichen Verlauf, so weisen die Kennzahlen der Bundesagentur für Arbeit insgesamt in allen statistischen Regionen kontinuierliche, aber eher moderate Zuwächse aus.

Insgesamt werden bei der Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2020 (Stand Juni 2020) 76.438 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege insgesamt im Land ausgewiesen. Den größten Beschäftigungsbereich weist dabei die statistische Region Weser-Ems aus. Hier liegt die Anzahl der Beschäftigten mehr als doppelt so hoch wie in der statistischen Region Lüneburg, die die geringste Anzahl an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aufweist.

¹⁷ Im Folgenden wird die in amtlichen Statistiken geführte Berufsbezeichnung verwendet. Diese differenziert nach Krankenpflegehelferinnen und -helfern und Altenpflegehelferinnen und -helfern. Die in Niedersachsen übliche Qualifizierung und Benennung der Pflegeassistenz findet sich in anderen Bundesländern nicht, ist aber äquivalent zu betrachten, da es sich um eine staatlich anerkannte Assistenzausbildung handelt. In der Klassifikation der Berufe KIdB 2010 der Bundesagentur für Arbeit findet sich die Bezeichnung ebenso wenig wie in der Pflegestatistik oder Krankenhausstatistik.

ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT PFLEGEBERUFE

In der nachfolgenden Grafik abgebildet sind die Entwicklungen der Anzahl der sozialversicherungspflichtig gemeldeten Personen nach Berufsklassifikation 2010 in den statistischen Regionen von 2013 bis 2020 sowie die Anzahl der Krankenhäuser 2019 (nach Krankenhausplan Niedersachsen) und die der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen nach Pflegestatistik 2019. Unter dem Berufsfeld der Krankenpflege (KIdB 81302) werden sowohl die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger als auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger auf Fachkräfteniveau sowie mit und ohne Spezialisierung geführt. Die Zeitreihe zeigt eine vergleichsweise moderate Entwicklung auf, die jedoch einen kontinuierlichen Zuwachs an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten darstellt.

GfK | Karte erstellt mit RegioGraph
(c) DIP 2021

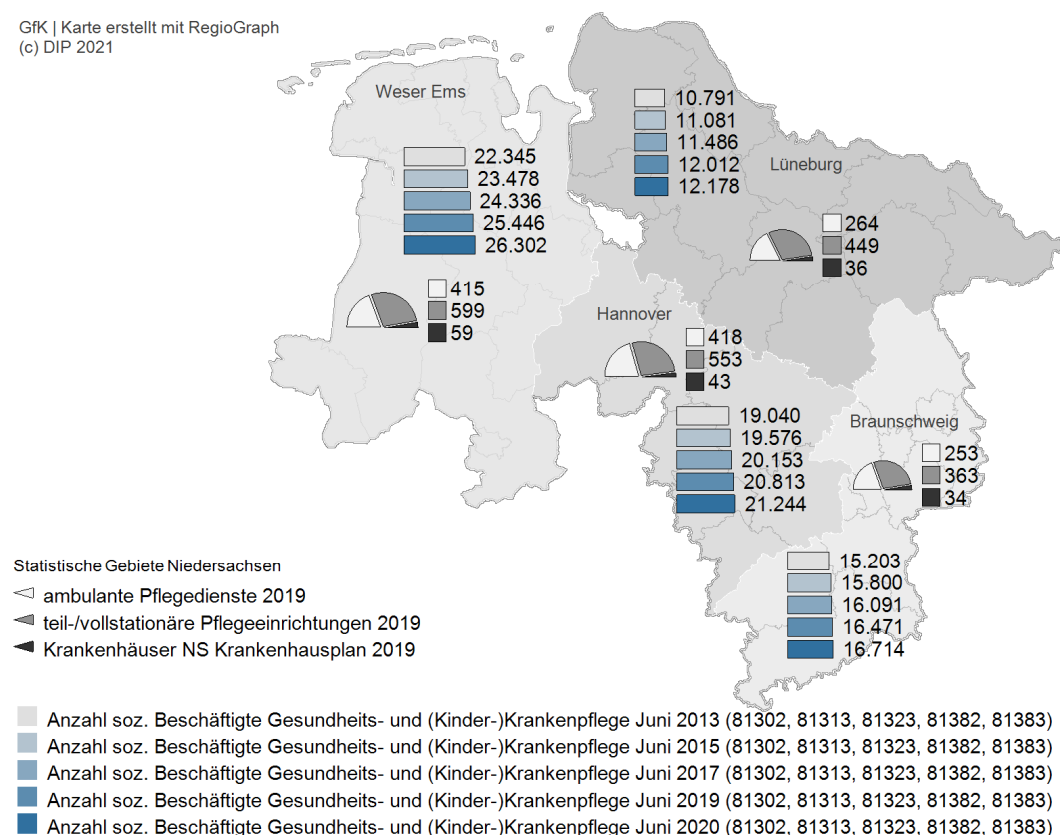


Abbildung 23: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020

In den statistischen Regionen müssen die Entwicklungen der Beschäftigtenzahl gekoppelt werden an die Anzahl der Einrichtungen, um die Unterschiede zu erklären. In der statistischen Region Weser-Ems beispielsweise existieren 1.077 Einrichtungen, in denen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger arbeiten. In der Region sind im Zielberuf 26.302 Personen tätig. In der statistischen Region Lüneburg, in der etwas weniger als die Hälfte an Beschäftigten verzeichnet ist, sind mit 749 auch deutlich weniger Einrichtungen verzeichnet.

In den nachfolgenden Grafiken ist in den Kreisdiagrammen die Anzahl der als arbeitslos klassifizierten und summierten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und

ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT PFLEGEGERUFE

Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger sowie die bei der Arbeitsagentur offen gemeldeten Arbeitsstellen¹⁸ mit Stand Februar 2020 abgebildet.¹⁹

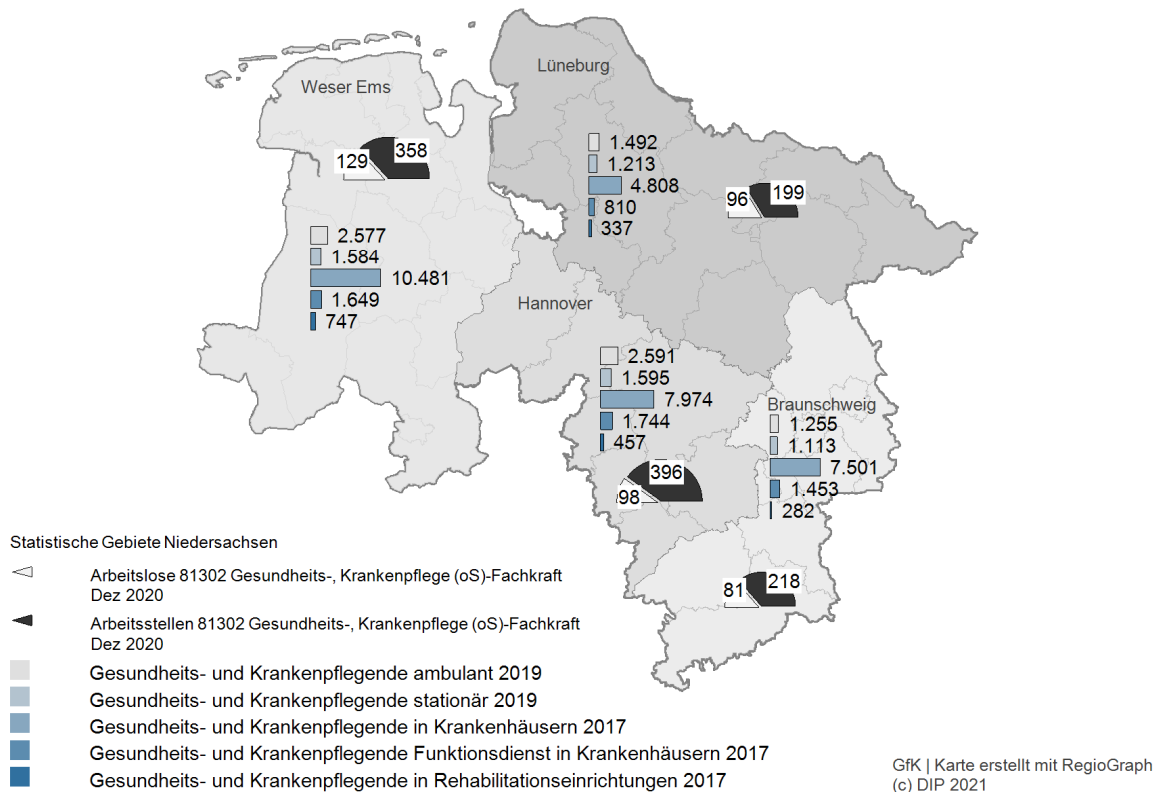


Abbildung 24: Beschäftigung Gesundheits- und Krankenpflege im Überblick

In den Balkendiagrammen sind die aktuell zur Verfügung stehenden Kennzahlen der Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege in den Sektoren dargelegt. Hier liegen konkreten Kennzahlen der Berufsgruppe aus der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik vor. Die Visualisierungen dienen dem Überblick zum Beschäftigungsvolumen in den einzelnen Sektoren in den statistischen Regionen.

Die Kennzahlen verdeutlichen, dass in jeder statistischen Region die aktuell offen gemeldeten Stellen die als arbeitslos gemeldeten Personen deutlich übersteigen. Sie liegen um den Faktor 2,1 (statistische Region Lüneburg) bis 4,0 (statistische Region Hannover) höher und belegen, dass regional aktuell keine Arbeitsmarktreserve vorhanden ist, die zur Deckung der offenen Stellen herangezogen werden könnte. Die Darstellung

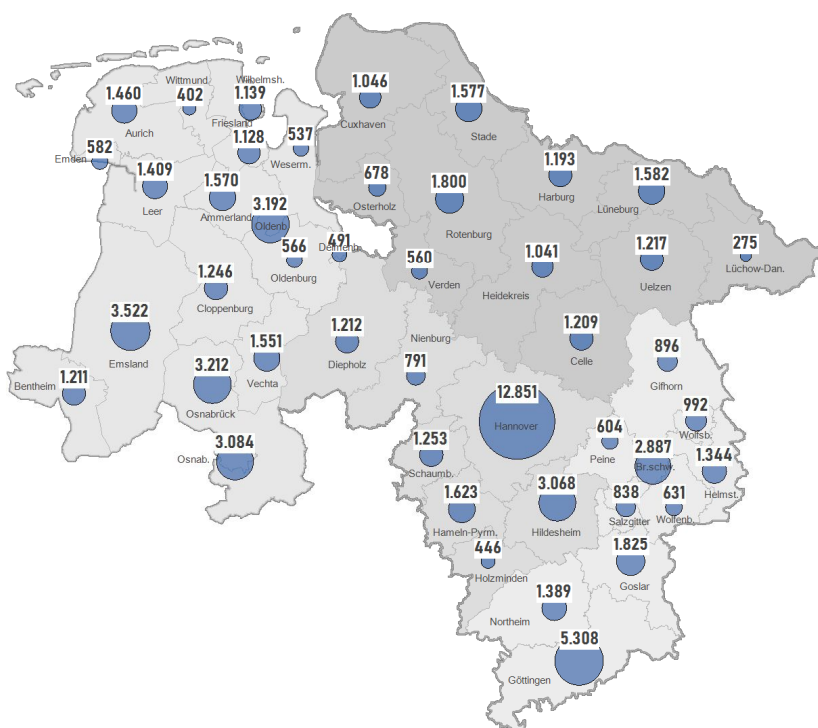
¹⁸ Hingewiesen werden muss darauf, dass die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen nicht der Anzahl der tatsächlich benötigten oder offenen Stellen entspricht. Studien (z.B. Pflege-Thermometer 2016/ Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2015/2017) zeigen auf, dass nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Arbeitsagentur melden.

¹⁹ Entsprechend der KldB 2010 mit der Systematikposition 81302, Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten mit den zugeordneten Berufen: Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger).

ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT PFLEGEGERUFE

kann als Hinweis auf einen manifesten Fachkräfteengpass in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gedeutet werden.

In der regionalen Differenzierung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte ergeben sich für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auf der Ebene der Pflegefachkräfte zusammen die nachfolgenden Verteilungen: In der Region Hannover sind mit 12.851 Beschäftigten die meisten Fachkräfte mit dieser Qualifikation beschäftigt. Hohe Werte werden auch im Landkreis Göttingen (5.308), im Landkreis Emsland (3.522), im Landkreis Osnabrück (3.212) und in den kreisfreien Städten Oldenburg (3.192) und Osnabrück (3.084) ausgewiesen.



■ Anzahl soz. Beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2020 (81302, 81313, 81323, 81382, 81383)

GfK | Karte erstellt mit RegioGraph (c) DIP 2021

Abbildung 25: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege regional 2020

Betrachtet man die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in Niedersachsen in den Sektoren der stationären und ambulanten Versorgung sowie der Krankenhausversorgung differenziert, so ergibt sich das folgende Bild: Die Krankenhäuser (differenziert nach Beschäftigten im Pflegebereich und im Funktionsdienst) bilden mit 36.420 Personen den größten Beschäftigungssektor für Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die ambulanten Dienste nehmen mit insgesamt 7.915 Beschäftigten den mittleren Rang ein. In den teil-/vollstationären Einrichtungen (5.505) sowie in den Rehabilitationseinrichtungen (1.823) sind die geringsten Beschäftigungszahlen verzeichnet.

Einrichtungen	Weser-Ems	Hannover	Lüneburg	Braunschweig
Krankenhäuser 2017	10.481	7.974	4.808	7.501
Funktionsdienst Krankenhäuser 2017	1.649	1.744	810	1.453
Ambulante Dienste 2019	2.577	2.591	1.492	1.255
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	1.584	1.595	1.213	1.113
Rehabilitationseinrichtungen 2017	747	457	337	282

Tabelle 9: Beschäftigungsverteilung Gesundheits- und Krankenpflege

Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lassen sich die nachfolgenden Kennzahlen aus den amtlichen Statistiken zusammenführen:

In den Krankenhäusern in Niedersachsen waren im Jahr 2017 insgesamt 3.375 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger beschäftigt. 3.264 waren dabei dem Pflegedienst zugeordnet, weitere 111 dem Funktionsdienst.

In der ambulanten Versorgung spielen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (insgesamt 766) insbesondere in der pädiatrischen Versorgung eine zentrale Rolle. Dies ist nicht nur bei der Nachversorgung erkrankter Kinder nach der Krankenhausentlassung der Fall, sondern auch bei der Langzeitversorgung schwersterkrankter Kinder in der außerklinischen Intensivpflegeversorgung.

In den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen sind mit 396 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern deutlich weniger Personen beschäftigt. In den Rehabilitationseinrichtungen werden lediglich 69 Beschäftigte mit der benannten Berufsqualifikation ausgewiesen.

Einrichtungen	Weser-Ems	Hannover	Lüneburg	Braunschweig
Krankenhäuser 2017	1.289	987	478	510
Funktionsdienst Krankenhäuser 2017	72	16	12	11
Ambulante Dienste 2019	284	196	172	114
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	110	133	85	68
Rehabilitationseinrichtungen 2017	63	0	0	6

Tabelle 10: Beschäftigungsverteilung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die in Niedersachsen an den Berufsfachschulen durchgeführte Ausbildung zur Pflegeassistentin und zum Pflegeassistenten (Jürgensen 2019) findet in der Berufsklassifikation der amtlichen Statistiken (Pfleigestatistik sowie Krankenhausstatistik) keine Entsprechung. Aufgenommen werden hier die dort geführten Bezeichnungen der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer.

In allen statistischen Bezirken sind die teil- und vollstationären Einrichtungen der größte Arbeitsbereich für die Krankenpflegehilfe. Die ambulanten Dienste liegen bezogen auf das Beschäftigungsvolumen der Krankenpflegehilfe oberhalb der Krankenhäuser. In Rehabilitationseinrichtungen besteht gegenüber den anderen Sektoren der Versorgung nur ein geringes Beschäftigungsvolumen.

Einrichtungen	Weser-Ems	Hannover	Lüneburg	Braunschweig
Krankenhäuser 2017	362	334	229	223
Ambulante Dienste 2019	480	519	227	184
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	665	565	341	416
Rehabilitationseinrichtungen 2017	86	60	34	47

Tabelle 11: Beschäftigungsverteilung Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Arbeitslos gemeldete Personen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

In der nachfolgenden Übersicht sind auf Kreisebene die als arbeitslos gemeldeten Personen mit dem zusammengefassten Zielberuf Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (Fachkraftniveau) für den Dezember 2020 abgebildet.²⁰ Die Kennzahlen stellen die Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Personen auf Fachkraftniveau dar.

²⁰ Eine differenzierte Ausweisung der Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger kann aufgrund der Klassifikation nicht vorgenommen werden.

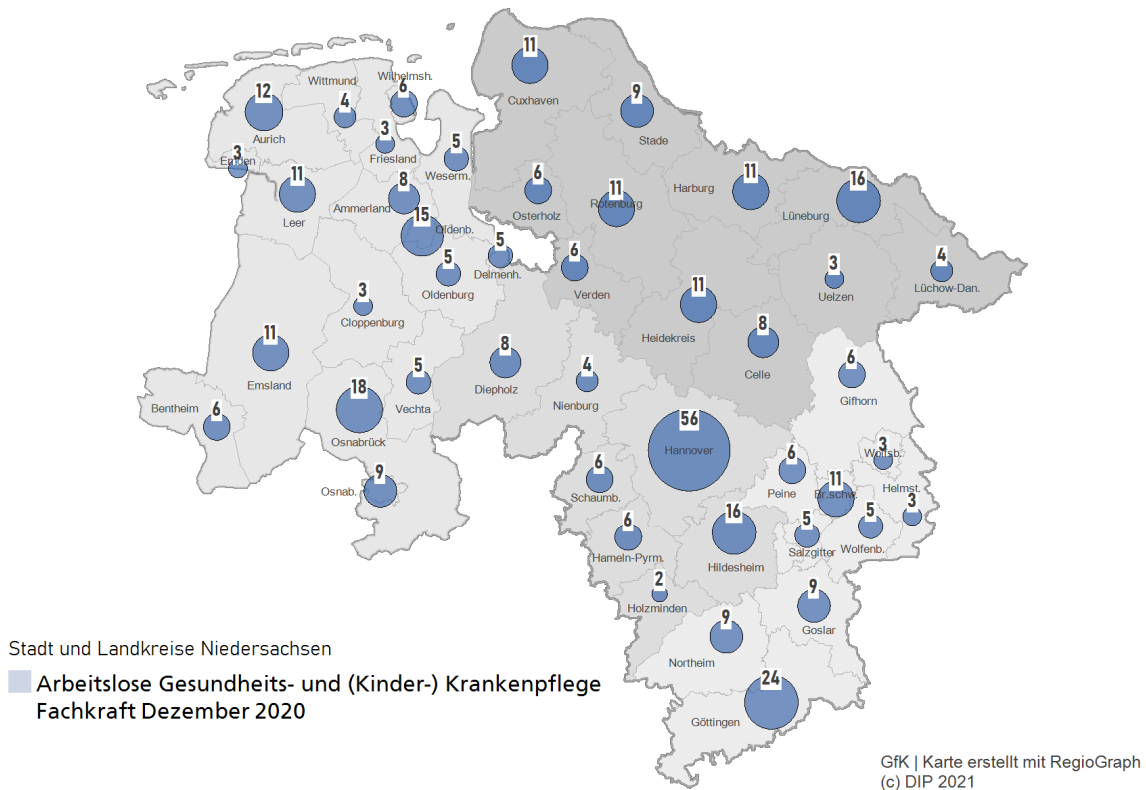


Abbildung 26: Arbeitslose Fachkräfte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Dezember 2020

In der überwiegenden Mehrzahl der Kreise sind hier lediglich einstellige Werte verzeichnet. Die insgesamt geringen Zahlen verdeutlichen, dass keine Arbeitsmarktreserve vorliegt. Dies soll exemplarisch für die Region Hannover näher analysiert werden. In der Region Hannover sind lediglich 56 Personen als arbeitslos ausgewiesen. Ihnen stehen in der Region 225 offen gemeldete Stellen gegenüber. Das Beschäftigungsvolumen (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) für den Zielberuf wird im Juni 2020 von der Bundesagentur für Arbeit mit 12.851 Personen angegeben.

In der Kalkulation ergibt sich für die Region Hannover im Zielberuf eine Arbeitslosenquote von 0,4 Prozent. Damit besteht Vollbeschäftigung auch in der Region mit den meisten offen gemeldeten Stellen. Es bestehen im gesamten Bundesland keine regionalen Kapazitäten, die für eine sofortige Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und substantiell eine Verringerung des Fachkräftemangels herbeiführen könnten.

Für die Krankenpflegehilfe lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung abweichend Kennzahlen für den Februar 2020 zur Verfügung. Insgesamt werden auf dem Qualifikationsniveau der Helfer 399 Personen mit der Klassifikation „81301 Gesundheits-, Krankenpflege (oS)²¹-Helfer“ geführt. Dabei entfallen 101 Personen auf die Region Hannover. In allen anderen Kreisen liegen die Kennzahlen im niedrigen zweistelligen

²¹ oS = ohne Spezialisierung

oder einstelligen Bereich. Den als arbeitslos gemeldeten Personen standen im Februar 2020 insgesamt 116 offen gemeldete Stellen gegenüber. Das Verhältnis zwischen den als arbeitslos geführten Personen und den offenen Stellen auf diesem Qualifikationsniveau ist demnach ein deutlich anderes als auf dem Niveau der Fachkräfte.

Aus den Kennzahlen lässt sich in der vorliegenden Form kein nachhaltiger Nachfrage- druck beschreiben, wobei angemerkt werden muss, dass nicht alle Einrichtungen die offenen Stellen melden und dies gerade bei den Helferberufen ggf. in geringerem Um- fang geschieht als bei den Fachkräften.

Ausländische Mitarbeitende in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Bezogen auf die Fachkräftesicherung in der Pflege stehen auch ausländische Mitarbei- tende mit einer im Ausland erworbenen Qualifikation, die erfolgreich rekrutiert wer- den konnten, im Interesse.

In unterschiedlichen Initiativen werden im Ausland in der Pflege qualifizierte Mitarbei- tende angeworben und in das Pflegesystem eingegliedert, um den Fachkräfteengpass zu mildern. An dieser Stelle erfolgt keine ausführliche Diskussion der Barrieren und Treiber der Integration oder der pädagogischen Herausforderungen der Ausgleichs- maßnahmen und der damit verbundenen Prüfungen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2017; Bonin et al. 2015; Afentakis und Maier 2014; Geis et al. 2016).

Von den in Niedersachsen zum Juni 2020 geführten 76.438 Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger, werden 1.473 mit einer Staatsangehörigkeit aus dem EU-Ausland ausgewiesen. Das entspricht einem Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege von lediglich 1,9 Prozent.

In der Grafik werden Kennzahlen zu Personen ausgewiesen, die aus Drittstaaten (Nicht- EU-Staaten) kommen und in den jeweiligen Regionen/ Kreisen eine Erlaubnis zur Auf- nahme einer beruflichen Tätigkeit in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege er- halten haben²².

Hierbei handelt es sich um Personen, die eine im Ausland erworbene Qualifikation vor- weisen und in das deutsche Pflegesystem integriert wurden (mit oder ohne Ausgleichs- maßnahmen). Für die Betrachtung wurden die Zulassungen zur Arbeitsaufnahme aus den Jahren 2013 bis 2020 summiert.

²² Mit der Statistik über Arbeitsgenehmigungen-EU und Zustimmungen für Drittstaatsangehörige (Zustim- mungsstatistik) werden Informationen über die Anzahl/Fallzahlen der bearbeiteten Arbeitsgenehmigun- gen-EU und Zustimmungen für Drittstaatsangehörige nach den statistisch relevanten Erfassungsmerkma- len des BA-Fachverfahrens „ZuwG“ bereitgestellt. Der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt bestimmt sich nach den Regelungen des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) sowie der hierzu erlassenen Beschäftigungsver- ordnung (BeschV). Die Genehmigung zur Aufnahme einer Beschäftigung wird mit dem Aufenthaltstitel von der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung erteilt, wenn die Bundesagentur für Arbeit (BA) der Beschäftigung zugestimmt hat. (Bundesagentur für Arbeit)

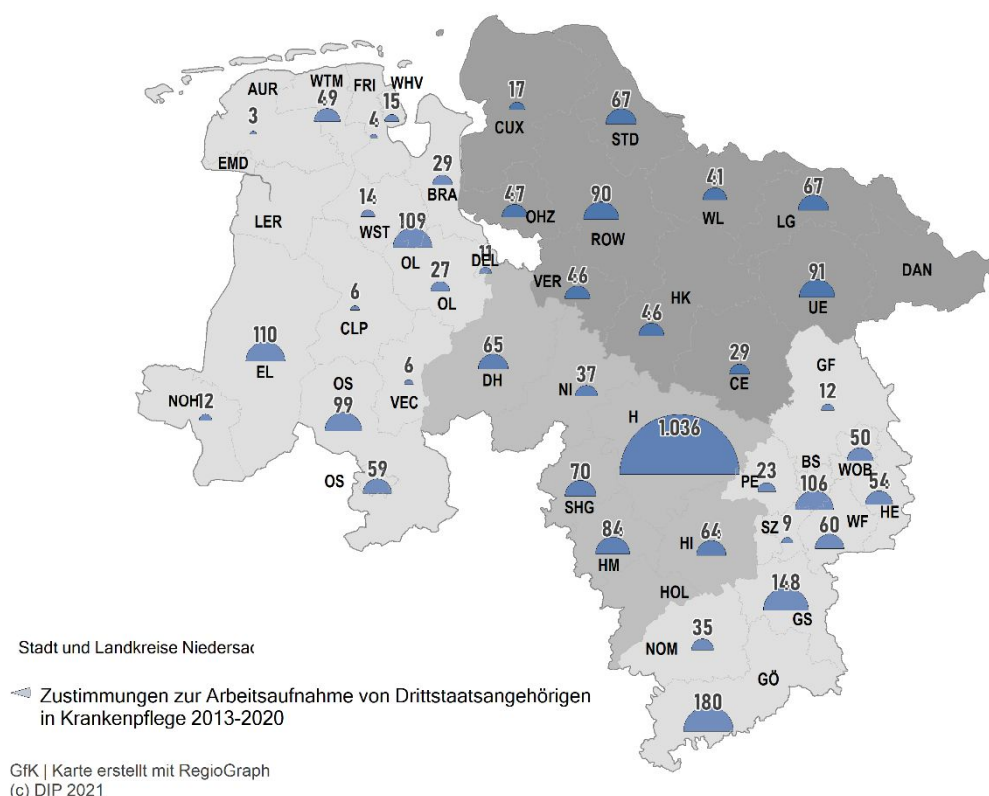


Abbildung 27: Drittstaatenangehörige Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020

Die Kennzahlen verdeutlichen den aktuell eher geringen Beitrag zur Lösung des Fachkräfteengpasses insgesamt und zeigen die Konzentration in der Region Hannover.

Insgesamt ist ein geringer Anteil am Gesamtvolumen der Beschäftigtenzahlen aus Drittstaaten festzuhalten. Betrachtet man die aktuellen Kennzahlen der Zulassungen zur Arbeitsaufnahme aus Drittstaaten aus dem Jahr 2020 (1.162) und setzt sie ins Verhältnis zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Jahr 2020 insgesamt, so ergibt sich ein Anteil von 1,5 Prozent der Beschäftigungsverhältnisse, die auf die Rekrutierung von ausländischen Mitarbeitenden aus Drittstaaten fallen.

Für die Region Hannover mit 361 Personen zugelassenem Personal aus Drittstaaten im Jahr 2020 ergibt sich, gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Jahr 2020 (12.851) insgesamt, ein Anteil von 2,9 Prozent in der Fachkrankenpflege²³. Für den ländlichen Raum scheint die Beschäftigung bzw. die Rekrutierung von Personal aus Drittstaaten kaum eine nennenswerte Rolle zu spielen.

Dennoch ist insgesamt ein Trend zu beobachten, der für eine jährliche Zunahme an rekrutiertem Personal spricht. Während in Niedersachsen im Jahr 2013 insgesamt

²³ (Berufsgattungen nach KldB 2010: 81302, 81313, 81323, 81382, 81383)

lediglich 19 Zustimmungen erteilt wurden, sind mit jährlich steigender Tendenz im Jahr 2020 bereits 1.162 Zustimmungen zu verzeichnen.

Dabei stammt die größte Anzahl im Ausland qualifizierter Mitarbeitender in der Pflege bislang aus dem europäischen Raum ohne EU (Summe 2013-2020 = 1.406). Aus Asien kamen 1.176 Personen und aus Afrika 520 Personen, denen eine Zulassung zur Arbeitsaufnahme in der Krankenpflege ausgesprochen wurde. In der Binnendifferenzierung der Länder dominiert Bosnien und Herzegowina mit insgesamt 615 Personen vor Serbien mit 388 Personen. Von den Mitarbeitenden aus dem asiatischen Raum kamen 380 aus den Philippinen, 269 aus Vietnam sowie 140 aus Indien.

Betrachtet man die Steigerungsrate der Zustimmungen, so sind hier perspektivisch zusätzliche Potenziale zur Fachkräftesicherung zu erkennen, wenn auch in einem überschaubaren Maße, sofern sich die aktuellen Steigerungsraten weiter fortsetzen.

Pendlerbewegungen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Die Analyse von Pendlerbewegungen ist ein weiterer Ansatzpunkt regionaler Fachkräftesicherung. Die Betrachtung ist relevant, wenn z. B. in einer Region ein deutlich erkennbarer Fachkräftemangel besteht und handlungsleitende Ansatzpunkte zur Gegensteuerung identifiziert werden sollen.

Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit weist Pendlerbewegungen zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wohnort und Arbeitsort aus. Die differenzierte Analyse der Pendlerdaten konnte auf Basis einer Auswertung vorliegender Daten vom 30.06.2019 vorgenommen werden.

Als beeinflussende Faktoren von Pendlerbewegungen können u. a. benannt werden:

- Unterschiede von Miet- und Lebenshaltungskosten
- Mobilität durch Individualverkehr bei Personen
- Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit des öffentlichen Personennahverkehrs
- Verkehrsaufkommen und Verkehrsdichte des Straßennetzes
- Kosten der Individualmobilität (Kraftstoffpreise etc.)
- Arbeitszeiten und Zeitpunkte der Arbeitsaufnahme
- Kinderbetreuung und Betreuungszeiten durch Kitas und Schulen
- Attraktive Tätigkeitsangebote in Ballungsgebieten

In einer Sonderabfrage wurden Daten für die Berufskennziffern der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege (jeweils Fachkraftniveau mit oder ohne Spezialisierung) übermittelt und ausgewertet.

Grundsätzlich wird auf der kommunalen Ebene differenziert zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort. In einer Gegenüberstellung können die Personen ausgewiesen werden, die ihren Arbeitsort am Wohnort haben, Personen, die aus einem Wohnort in einen anderen auspendeln²⁴ und diejenigen, die von einem anderen Wohnort aus in eine

²⁴ Auspendler sind Personen, die nicht an ihrem Wohnort arbeiten (aus der Perspektive des Wohnorts).

ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT PFLEGEBERUFE

Kommune einpendeln²⁵. Aus den vorliegenden Daten kann ein Wanderungssaldo berechnet werden sowie eine Ein- bzw. Auspendlerquote.²⁶ So kann differenziert werden zwischen den Kommunen, die verstärkt die dort lebenden Personen binden bzw. denen es gelingt, im Umkreis wohnende Personen für die Arbeit in Einrichtungen im eigenen Kreis zu gewinnen.

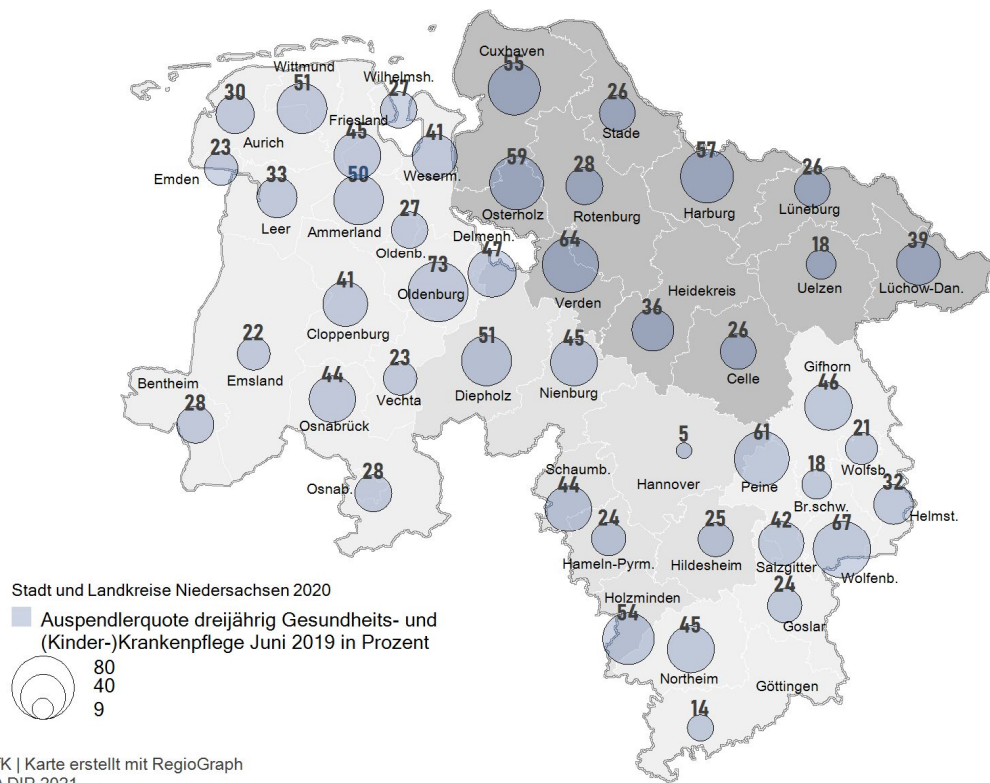


Abbildung 28: Auspendlerquote Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2019 in Prozent

Die Grafik weist die Auspendlerquoten²⁷ für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger auf der Kreisebene aus. Insgesamt liegt für Niedersachsen die Auspendlerquote bei 31,6 Prozent. Die unterschiedlichen Kommunen weisen dabei sehr heterogene Verteilungen auf.

Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Erfassung 74.742 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit einem Arbeitsort in Niedersachsen in der Statistik erfasst. Im Bundesland lebten 77.438 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und

²⁵ Einpendler sind Personen, die nicht an ihrem Arbeitsort wohnen (aus der Perspektive des Arbeitsorts).

²⁶ Auspendlerquote = Anteil der Auspendler an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort in Prozent

²⁷ Die Bundesagentur für Arbeit beschreibt in den methodischen Hinweisen: „Da große Regionen viele Ein- und Auspendler aufweisen und kleine Regionen wenig, sind die Pendlerzahlen als absolute Größe nicht geeignet, Bewertungen und Klassifizierungen von Regionen hinsichtlich ihrer Arbeits- oder Wohnortgemeinschaft vorzunehmen. Für derartige Betrachtungen sind die Einpendlerquote (Anteil der Einpendler an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in Prozent) sowie die Auspendlerquote (Anteil der Auspendler an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort in Prozent) hilfreich, die Aussagen unabhängig von der Regionsgröße erlauben.“

(Kinder-)Krankenpfleger. Mit 53.005 Beschäftigten, die am Arbeitsort auch wohnen, besteht insgesamt ein Anteil von 68,4 Prozent, der keine wesentlichen Pendlerbewegungen über die kommunalen oder Landesgrenzen hinweg aufweist. Insgesamt sind in Niedersachsen 21.706 Einpendlerinnen und Einpendler in Kreisen registriert, denen 24.433 Auspendlerinnen und Auspendler gegenüberstehen.

In Kreisen mit einer niedrigen Auspendlerquote bestehen hohe Bindungen zu örtlichen Einrichtungen. Im Umkehrschluss sind in Kreisen mit hohen Auspendlerquoten entweder wenige Einrichtungen verzeichnet, in denen dort lebende Personen tätig werden können, oder aber die Bindungen bestehen stärker gegenüber Einrichtungen in einer anderen Region oder in einer anderen Kommune.

Die höchste Auspendlerquote mit 73 Prozent wird im Landkreis Oldenburg verzeichnet. Am Arbeitsort werden 541 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege verzeichnet. Im Landkreis ansässig sind 1.118 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Krankenpflege. 305 der Personen, die im Landkreis leben, arbeiten auch dort. Ihnen stehen 813 gegenüber, die zum Arbeiten die Kreisgrenze überschreiten. 235 Einpendlerinnen und Einpendler werden registriert.

Die Pendlerbewegungen aus dem Kreis Oldenburg verlaufen insbesondere in Richtung Stadt Oldenburg (n = 369), Stadt Delmenhorst (n = 141) sowie Stadt Bremen (n = 117). Hohe Werte weist auch der Landkreis Wolfenbüttel aus (67 Prozent Auspendlerquote). Hier sind die maßgeblichen Wanderungsbewegungen in Richtung der Städte Braunschweig (n = 472) und Salzgitter (n = 84) zu beobachten.

Auspendlerbewegungen lassen sich auch an anderen Orten beobachten. So sind z.B. im Landkreis Harburg hohe Pendlerbewegungen nach Hamburg zu erkennen. Im Landkreis Osnabrück (Auspendlerquote 44 Prozent) erfolgen die meisten Pendlerbewegungen in Richtung Stadt Osnabrück (n = 1.134). Geringfügige Bewegungen sind auch in die benachbarte Nordrhein-Westfalen zu erkennen (Steinfurt = 100 / Herford = 70). Im Landkreis Verden (Auspendlerquote 64 Prozent) pendeln 459 Personen in die benachbarte Stadt Bremen und 113 in den Landkreis Rotenburg (Wümme).

Die niedrigste Quote der Auspendlerbewegung der Fachkräfte weist die Region Hannover aus (5 Prozent)²⁸. Von 10.531 in der Region wohnenden Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege arbeiten 9.957 direkt in der Region selbst (92,4 Prozent). Die Region Hannover rekrutiert einpendelndes Personal, aus den Landkreisen Hildesheim lebt (n = 527), Schaumburg (n = 319), Celle (n = 259) oder Nienburg (n = 159).

Voll- und Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

In der Diskussion um die Fachkräftesituation der Pflegeberufe spielt das Verhältnis der Vollzeit- zu Teilzeitbeschäftigten eine wesentliche Rolle.

²⁸ Eine Differenzierung auf der Ebene der Landeshauptstadt Hannover und der Region Hannover lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht vornehmen. Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass der Einfluss der Landeshauptstadt Hannover auf die Gesamtbewertung der Region einen großen Einfluss hat.

In der Pflegestatistik werden die Vollzeitbeschäftigten und Teilzeitbeschäftigten nach Berufen klassifiziert; daraus lassen sich Quoten der Beschäftigung berechnen.

Dabei können Mehrfachbeschäftigungen vorliegen, wenn z. B. eine Pflegekraft in einer Einrichtung eine 50 %-Stelle innehat, in einer anderen Einrichtung jedoch eine weitere 50 %-Stelle. Diese Person ist demnach in Vollzeit in der Pflege beschäftigt, wird jedoch jeweils bei ihrem Arbeitgeber als Pflegekraft in Teilzeit ausgewiesen. Die Anzahl der Mehrfachbeschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in Niedersachsen wurde im Rahmen einer Sonderabfrage von der Bundesagentur für Arbeit für den 30.6.2018 in Niedersachsen mit 7.697 angegeben. Gemessen an der Anzahl der Beschäftigten im Zielberuf der Pflegefachkräfte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zum gleichen Datum entspricht dies einem Anteil Mehrfachbeschäftigter von 10,5 Prozent.

Ein hoher Anteil an Teilzeitstellen führt dazu, dass das vorhandene Fachkräftepotenzial nicht ausgeschöpft werden kann, sofern keine doppelte Beschäftigung der jeweiligen Person vorliegt.

Zur Deckung des Bedarfs offener Stellen (gerechnet in Vollzeitstellen) müssen in diesem Fall mehrere Personen beschäftigt werden, was zugleich den Druck auf die Ausbildungsseite steigen lässt. Darüber hinaus sind in diesem Rahmen weitere Aspekte zu diskutieren, wie eine Beschäftigung mit insgesamt prekären Einkommenserlösen und einer damit verbundenen geringeren Altersabsicherung durch die Erwerbsbeschäftigung.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf Daten der Pflegestatistik. Damit ist eine Differenzierung der Berufe möglich und eine Trennung der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger kann vorgenommen werden. In der Pflege liegen in den Sektoren der ambulanten und der teil-/vollstationären Versorgung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege überwiegend niedrige Quoten der Vollzeitbeschäftigung vor.

In Niedersachsen insgesamt liegt im Jahr 2019 die Quote der Vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in den ambulanten Diensten bei 29,4 Prozent. Die Spannweite der Anteile Vollzeitbeschäftigter in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt in der ambulanten Pflege zwischen 11,3 Prozent (Stadt Wolfsburg) und 41,2 Prozent (Stadt Emden).

In der Gesamtschau zeigen sich bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Niedersachsen noch geringere Anteile der Vollzeitbeschäftigung als in der Gesundheits- und Krankenpflege. In der ambulanten Pflege werden (bei 774 Beschäftigten) 187 in Vollzeit ausgewiesen. Das entspricht einem Anteil von 24,2 Prozent.

Für die teil-/vollstationären Einrichtungen werden 407 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ausgewiesen. Hier liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei 29,2 Prozent.

Ähnlich niedrige Anteile der Vollzeitbeschäftigung lassen sich auch für die Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer beschreiben. Auch hier wird auf eine regionalisierte Darstellung aus den benannten Gründen verzichtet. In den ambulanten Diensten werden in 2019 insgesamt 1.410 Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ausgewiesen. Der Anteil an Vollzeitbeschäftigten liegt hier bei 15 Prozent. Für die teil-/vollstationären Einrichtungen werden 1.996 Beschäftigte in der Berufsgattung ausgewiesen. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten liegt bei 29,6 Prozent.

Die niedrigen Quoten der Vollzeitbeschäftigung sind einerseits durch die sektoriellen Bedingungen zu erklären. So liegen die Vollzeitkräfteanteile in der ambulanten Pflege aufgrund der nachgefragten Kernarbeitszeiten (Morgentouren und Abendtouren) generell deutlich niedriger als z. B. in der stationären Versorgung. Teildienste über den Tag verteilt, die eine höhergradige Beschäftigung einer einzelnen Pflegefachkraft ermöglichen würden, werden in aller Regel von den Pflegekräften selbst als unattraktiv wahrgenommen.

Neben den sektoriellen Bedingungen ist generell auch ein hoher Frauenanteil (von über 80 Prozent in den Pflegeberufen) als Wirkfaktor von Quoten der Teilzeitbeschäftigung auszumachen, da die Familien- und Sorgearbeit insgesamt nach wie vor hauptsächlich von Frauen übernommen wird.

Als ein weiteres Merkmal beschreibt die Bundesagentur für Arbeit die Diskrepanz zwischen den angebotenen Stellen und den gesuchten Stellen. Nur jede sechste ausgeschriebene Stelle in der Altenpflege und nur jede dritte ausgeschriebene Stelle in der Krankenpflege wurde in 2019 als Vollzeitstelle ausgeschrieben (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2020).

Diese Rahmenbedingungen treffen jedoch auf alle Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in Niedersachsen gleichermaßen zu und erklären nicht die in der nachfolgenden Grafik dargestellten räumlich großen Unterschiede der Vollzeitbeschäftigtenanteile in den Regionen.

In der Gesamtbetrachtung weisen die räumlich stark unterschiedlichen Verteilungen der Vollzeitbeschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege darauf hin, dass nicht in allen Landkreisen und Städten gleichermaßen davon ausgegangen werden kann, dass Anteile der Vollzeitbeschäftigung homogen gesteigert werden könnten. Dort, wo bereits hohe Quoten verzeichnet sind, wird eine weitere Steigerung schwieriger werden als dort, wo aktuell noch niedrige Quoten bestehen. Die Auswertungen bieten aber den Kommunen eine Orientierung hinsichtlich der möglicher Handlungsansätze.

Insbesondere in den Regionen mit sehr niedrigen Anteilen der Vollzeitbeschäftigung bestehen in den Betriebsstätten selbst potenziell größere personelle Ressourcen. Die Fragestellung ist hier, ob sich Beschäftigungspotenziale erschließen lassen, indem höhere Anteile an Vollzeitbeschäftigung durch entsprechende Optimierung von Rahmenbedingungen (Umstrukturierungen der Arbeitsorganisation in den Betrieben, ggf. Optimierung der Kinderbetreuung oder der Hilfsnetzwerke für zu pflegende Angehörige) erreicht werden können.

Kerndaten für das Krankenhauswesen liegen aufgrund der berufsclassifikatorischen Zusammenführung der Berufe als „im Pflegedienst Beschäftigte“ in der Krankenhausstatistik nicht vor.

Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Für die Pflegeberufe relevant ist die Frage nach der Berufsverweildauer (Golombek und Fleßa 2011). Erfolgt eine Einmündung in den Beruf nach der Ausbildung nicht oder ist der Berufsverbleib eher kurzzeitig, so können die bestehenden Bedarfe trotz hinreichender Qualifikation neuen Personals nicht oder nur unzureichend gedeckt werden. Strukturierte Erfassungen zur Berufseinmündung in der Pflege liegen nicht vor.

Grundsätzlich differenziert werden müssen in der Analyse des Beschäftigungsverbleibs die Begriffe der Beschäftigungsdauer, der Berufstreue und der Branchentreue.

Während die Beschäftigungsdauer ausweist, wie viele der Personen, die eine Pflegeausbildung absolviert haben, nach einem Beobachtungszeitraum noch sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, grenzt die Berufstreue/ der Berufsverbleib dies weiter ein. Hierbei wird analysiert, inwieweit sich die Berufe überschneiden, die in den Zeitreihen angegeben werden. Wechseln ausgebildete Pflegekräfte den Beruf, so wird dies sichtbar. Ein Berufswechsel erfolgt dabei in den Analysen jedoch auch, wenn z. B. eine Hilfskraft eine weitere Ausbildung absolviert und später als Fachkraft arbeitet.

Die Branchentreue wiederum zeigt an, ob die Pflegekräfte auch weiterhin in ihrem Berufssektor beschäftigt sind. So kann abgegrenzt werden, wenn Pflegekräfte aus den Sektoren der konkreten Versorgung und Betreuung in andere Wirtschaftszweige wechseln und damit die Branche selbst wechseln.

Bezüglich der Berufstreue bzw. der Berufsverweildauer existieren unterschiedliche Studien (Wiethölter et al. 2013; Hackmann 2012; Behrens et al. 2009), die jedoch überwiegend ausschließlich die Altenpflege untersuchen.

Aktuelle Studien aus dem IAB (Wrobel et al. 2019) zeigen auf der Basis umfassender Kohortenstudien (von 1993 bis 2017) beruflich Qualifizierter in der Pflege in Niedersachsen insgesamt hohe Werte des Beschäftigungsverbleibs auf. Die Beschäftigungsdauer bei den Beschäftigten in der Pflege in Niedersachsen insgesamt liegt nach zehn Jahren bei 77,7 Prozent, nach 15 Jahren bei 75,2 Prozent und nach 20 Jahren noch bei 72,0 Prozent. Die meisten Abgänge aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung finden in den ersten zwei Jahren statt (Wrobel et al. 2019).

In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege üben zwei Jahre nach Berufsbeginn 79,9 Prozent der Beschäftigten weiterhin ihren Beruf aus. Danach finden die Berufswechsel recht kontinuierlich und in einem eher moderaten Umfang über die gesamte Beschäftigungslaufbahn statt: nach fünf Jahren sind noch 76,2 Prozent in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege tätig, nach zehn Jahren 72 Prozent, nach 15 Jahren 67,6 Prozent und nach 20 Jahren 62,8 Prozent.

Zum Berufsverbleib muss angemerkt werden, dass hierbei jedoch auch Weiterqualifizierungen, wie z. B. ein Studium, das zur Leitung oder zu Lehre in der Pflege führt, als ein Berufsausstieg gewertet werden würde. Bezüglich der Berufswechsel stellen die Autorinnen und Autoren der Studie z. B. fest, dass es in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege einen großen Wechsel zur Sozialarbeit oder Altenpflege hin gibt und umgekehrt von der Altenpflege einen großen Wechsel hin zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Hierbei können die klassifikatorischen Probleme der Berufsbenennung einen wesentlichen Einfluss darstellen, der in der Summe zu überhöht eingeschätzten Wechselkennzahlen führen kann und keinen klassischen Berufswechsel im Sinne einer Berufsaufgabe darstellt.

Bezüglich der Branchentreue beschreiben Wrobel et al., dass in Niedersachsen nach fünf Jahren von den dreijährig qualifizierten Personen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Schnitt 63,9 Prozent in einem Alters- oder Pflegeheim, in ambulanten Diensten oder sonstiger Betreuung älterer Menschen und Behinderter tätig sind. Nach zehn Jahren sind es noch 56,4 Prozent und nach 20 Jahren mit 48,2 Prozent weniger als die Hälfte. Bei der Analyse muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der große und dominante Beschäftigungssektor der Krankenhausversorgung hier nicht berücksichtigt wurde.

Pflegekräfte, die von einem ambulanten Pflegedienst in ein Krankenhaus wechselten, wurden demnach in der Studie als Branchenaussteigerinnen oder Branchenaussteiger gewertet. Hinzu kommen klassifikatorische Probleme, die sich durch die Umstellung der Berufskennziffern in der Statistik ergeben und zu Unsicherheiten führen (Wrobel et al. 2019).

Für die nachfolgende Analyse wurde auf Basis einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit die aktuelle Beschäftigungsdauer von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegern mit Stand Juni 2020 analysiert. Berücksichtigt wurden die Nettodauern der Beschäftigung.

Klassifiziert wurden dabei vier Beschäftigungszeiträume (unter drei Jahren, drei bis unter sechs Jahre, sechs bis unter zehn Jahre sowie 10 Jahre und länger). Die Daten wurden auf der Ebene der statistischen Regionen ausgewertet. Die Analyse zeigt in allen statistischen Regionen, dass die über zehn Jahre Beschäftigten die größte Gruppe darstellt.

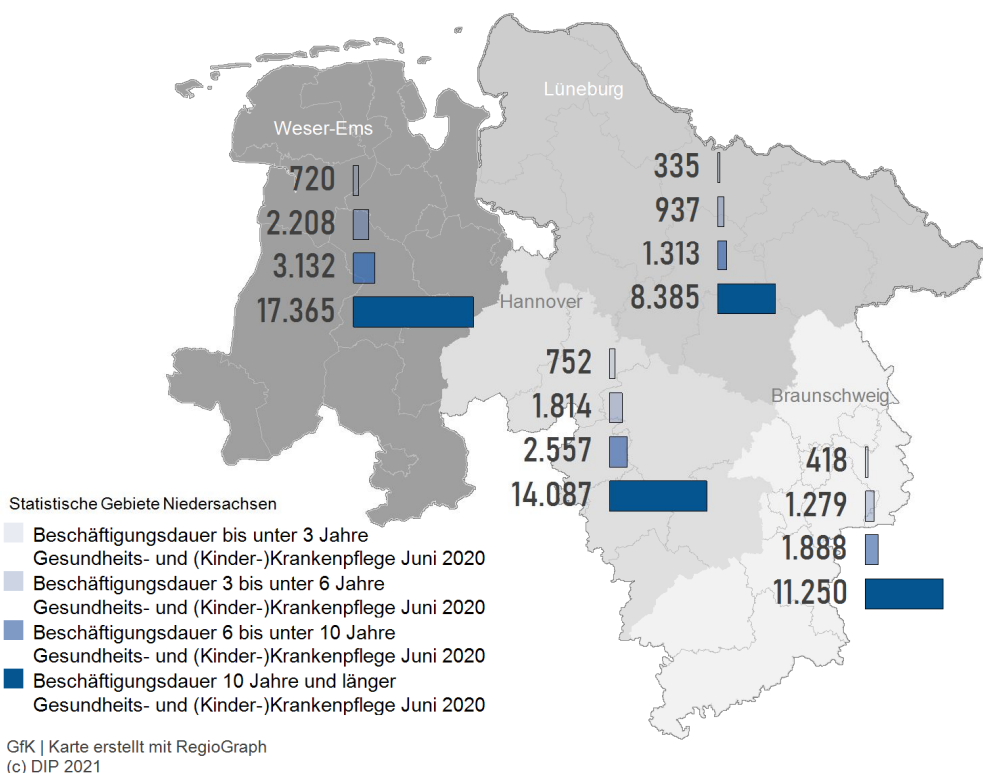


Abbildung 30: Berufsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2020

Der Median der Beschäftigungsdauer lag in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in Niedersachsen im Juni 2020 bei 237,8 Monaten. Das entspricht als mittlere Beschäftigungsdauer einer Zeit von rund 20 Jahren. Die Hälfte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger (gemessen an der Anzahl) in Niedersachsen arbeiten bereits länger als diese Zeit in dem benannten Beruf.

Zusammenfassung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

In der Gesamtschau der vorgestellten Daten kann beschrieben werden, dass die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ein weiterhin wachsender Beschäftigungsbereich ist. Die Anzahl der Beschäftigten nimmt kontinuierlich zu und die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt weist aus, dass flächendeckend in einem höheren Maße offene Stellen gegenüber arbeitslos gemeldeten Pflegekräften verzeichnet werden und es keine nennenswerte Arbeitsmarktreserve gibt.

In der Betrachtung der dreijährig sowie der einjährig qualifizierten Personen kann dabei nicht von einem Umbau der Beschäftigungsgruppen ausgegangen werden (von einem hohen Qualifizierungsanteil hin zu Skill-Mix-Modellen mit erhöhtem Anteil niedriger Qualifikationen), sondern von einer Kontinuität der Beschäftigung bei Pflegefachkräften und einem zeitgleichen Abbau an Hilfspersonal. Dies trifft insbesondere für die

Krankenhäuser zu. Zwischen 2007 und 2017 sank die Anzahl der beschäftigten Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer von 1.520 auf 1.148.

Im Ausland rekrutiertes Personal (aus Drittstaaten) nimmt numerisch zu, spielt jedoch bezüglich der Versorgungsdeckung eine untergeordnete Rolle. Neben der Tatsache, dass Bündelungen in Ballungszentren zu beobachten sind und in der Fläche kaum nennenswerte Entwicklungen stattgefunden haben, liegt der Anteil der Beschäftigten aus Drittstaaten, die in den Beruf integriert werden konnten, für das Jahr 2020 bei rund 1,5 Prozent. Damit wird deutlich, dass dieser Beitrag zur Fachkräftesicherung aktuell noch gering ist. Die Anteile der Pflegefachkräfte, die aus dem EU-Bereich stammen, sind dabei ebenso gering. Sie liegen für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bei insgesamt 1,9 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Pflegefachkräfte im Juni 2020. Numerisch werden von der Bundesagentur für Arbeit in Niedersachsen 1.473 Personen mit einer EU-Staatsbürgerschaft (ohne Deutschland) ausgewiesen. Dabei muss es sich nicht um immigrierte Pflegekräfte handeln; es können auch Pflegefachkräfte sein, die eine andere Staatsbürgerschaft haben und in Deutschland bereits ihre Ausbildung absolviert haben.

Die Pendlerbewegungen weisen eine hohe Varianz zwischen den Regionen aus, wobei der überwiegende Teil der Pflegekräfte regional wohnt und auch regional arbeitet. In der Gesamtheit ist demnach für die Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege von einer geringen Mobilität auszugehen. Daher muss bezogen auf Maßnahmen der Rekrutierung und Ausbildung diesem regionalen Charakter auch Rechnung getragen werden.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungssektor sind überwiegend niedrige Vollzeitstellenanteile in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Krankenpflegehilfe zu beobachten. Hier können Personalressourcen identifiziert werden, die durch eine betriebliche Erhöhung der Stellenanteile realisiert werden könnten.

Bezüglich der Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kann kein Hinweis gegeben werden, dass Pflegekräfte überwiegend frühzeitig den Beruf aufgeben. Analysen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zeigen auf, dass mit zunehmender Dauer der Berufstätigkeit auch ein Verbleib im Beruf anzunehmen ist. Höhere Veränderungen und Berufsausstiege finden demnach binnen der ersten zwei Jahre statt. Die Berufsdauer insgesamt in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege liegt in Niedersachsen im Median bei rund 20 Jahren. Die Hälfte der Pflegekräfte arbeitet länger im Beruf, die andere Hälfte noch nicht so lange.

Beschäftigung in der Altenpflege

Für die Altenpflege erfolgt zunächst ein Überblick zur Entwicklung der Beschäftigten. Betrachtet werden die allgemeinen Zahlen der Entwicklung der im Beruf sozialversicherten Personen auf der Ebene der Pflegefachkräfte der Altenpflege²⁹ zwischen 2013 und 2020.

Beschäftigung in der Altenpflege im Überblick

In der Grafik werden sowohl die Anzahl der ambulanten Dienste, der stationären Einrichtungen (jeweils nach Pflegestatistik 2019) sowie der Krankenhäuser (nach Krankenhausplan Niedersachsen 2019) ausgewiesen als auch die der Beschäftigten Pflegefachkräfte in der Altenpflege.

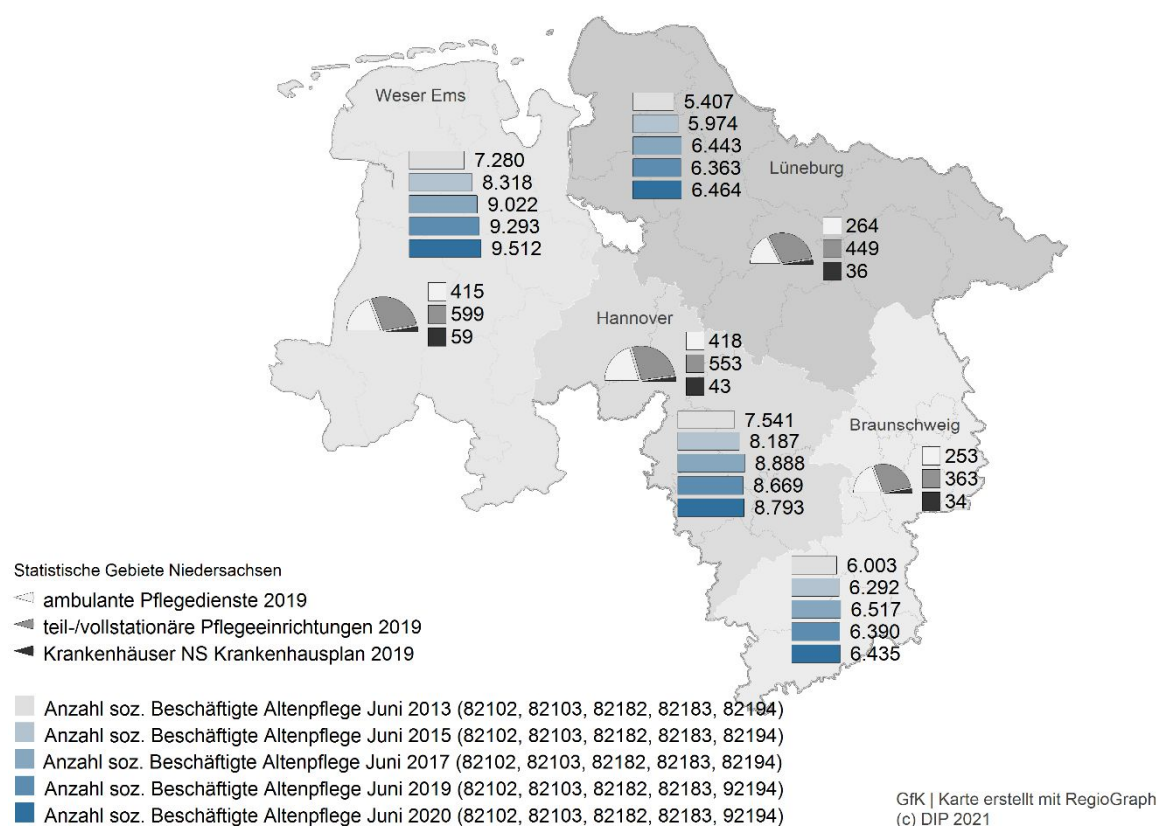


Abbildung 31: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege 2013-2019

Die Kennzahlen zeigen auf, dass regional zwischen 2013 und 2017 ein deutlicher Zuwachs in allen Regionen zu verzeichnen ist.

Die Angaben der Bundesagentur für Arbeit weisen für den weiteren Verlauf in den statistischen Regionen Lüneburg, Hannover sowie in Braunschweig jedoch stagnierende bzw. gegenüber dem Jahr 2017 sogar wieder leicht sinkende Kennzahlen aus.

Auch wenn es sich dabei nicht um einen substantiellen Rückgang handelt, so ist dies doch als ein Hinweis zu werten, dass trotz steigender Bedarfe in den ambulanten

²⁹ Altenpflege (Berufsgattungen 82102, 82103, 82182, 82183, 82194)

ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT PFLEGEBERUFE

Diensten und stationären Einrichtungen sowie einer weiteren Zunahme an Pflegebedürftigen in den Regionen offensichtlich keine entsprechende Anpassung oder Anpassungsmöglichkeit bezogen auf die Rekrutierung und Beschäftigung von Pflegefachkräften in der Altenpflege erfolgen konnte.

Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass sich der Druck auf die Einrichtungen in der Folge in den kommenden Jahren weiter erhöhen wird.

Nachfolgend wird eine Übersicht zu regionalen Beschäftigungszahlen der Pflegefachkräfte in der Altenpflege auf der Basis der vorliegenden Pflegestatistik vorgenommen. Hierbei werden auch die Kennzahlen der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in den jeweiligen Sektoren aufgenommen. Ergänzend werden für die statistischen Regionen zusammenfassend die als arbeitslos gemeldeten Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Fachkraftniveau) sowie die Anzahl der offen gemeldeten Arbeitsstellen ausgewiesen.

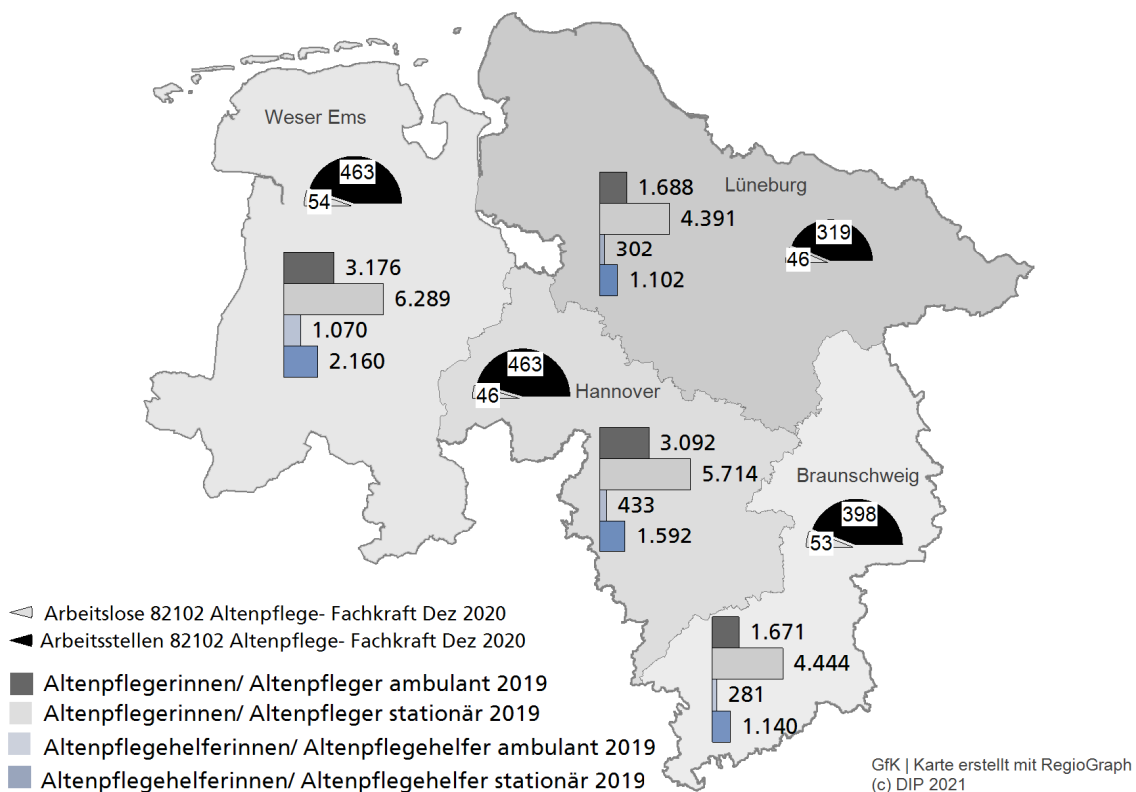


Abbildung 32: Beschäftigung Altenpflege im Überblick

Überwiegend sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der stationären Versorgung tätig. In 2019 werden in diesem Sektor 20.838 beschäftigte Altenpflegerinnen und Altenpfleger ausgewiesen. In der ambulanten Pflege sind es 9.627.

Der ambulante Sektor ist jedoch für die Altenpflegerinnen und Altenpfleger ebenso ein Wachstumssektor geworden. Im 10-Jahres-Zeitraum (2009 zu 2019) stieg die Anzahl der Beschäftigten in den statistischen Regionen Braunschweig um 633 Personen, Hannover

um 1.910, Lüneburg um 722 und Weser-Ems um 1.625 Personen an. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass die ambulante Versorgung zunehmend Mitarbeitende mit einer altpflegerischen Expertise anstellt.

Ähnliche Entwicklungen zeigen sich regional auch in der teil-/vollstationären Versorgung. Hier stieg die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Beobachtungszeitraum 2009 zu 2019 in den statistischen Regionen Weser-Ems um 1.898, Hannover um 1.331, Lüneburg um 1.254 und Braunschweig um 944.

In den statistischen Regionen zeigen sich für den Februar 2020 große Differenzen bezüglich der bei der Arbeitsagentur gemeldeten offenen Stellen und den als arbeitslos klassifizierten Personen. Insgesamt stehen in Niedersachsen zum Dezember 2020 den 1.642 offen gemeldeten Arbeitsstellen für Altenpflegerinnen und Altenpfleger nur 338 arbeitslos gemeldete Altenpflegerinnen und Altenpfleger gegenüber.

In allen statistischen Regionen übersteigt die Anzahl der offenen Stellen die der arbeitslos gemeldeten Personen deutlich. In Hannover kommen auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft der Altenpflege 10,1 offen gemeldete Stellen. In den statistischen Regionen sind es in Braunschweig 7,5, in Lüneburg 6,9 und in der statistischen Region Weser-Ems 8,6. Dies verdeutlicht den hohen Druck auf der Seite der Nachfrage.

Bezüglich der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer existieren Kennzahlen zur Beschäftigung lediglich in der Pflegestatistik; in der Krankenhausstatistik wird der Beruf nicht geführt. Die nachfolgende Tabelle weist die Daten der Pflegestatistik 2019 aus. Auf eine grafische Darstellung der Altenpflegehilfe wird an dieser Stelle verzichtet.

Einrichtungen	Weser-Ems	Hannover	Lüneburg	Braunschweig
Ambulante Dienste 2019	1.070	433	302	281
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	2.160	1.592	1.102	1.140

Tabelle 12: Beschäftigungsverteilung Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer

In der kommunalen Differenzierung ergeben sich für die beschäftigten Pflegefachkräfte in der Altenpflege die nachfolgenden Verteilungen: In der Region Hannover sind mit 4.515 Beschäftigten die meisten Pflegekräfte der benannten Qualifikation beschäftigt. Werte im vierstelligen Bereich werden auch in den Landkreisen Göttingen (1.600), Emsland (1.209), Osnabrück (1.252) und Hildesheim (1.194) sowie in der kreisfreien Stadt Braunschweig (1.104) und der Stadt Osnabrück (3.084) ausgewiesen.

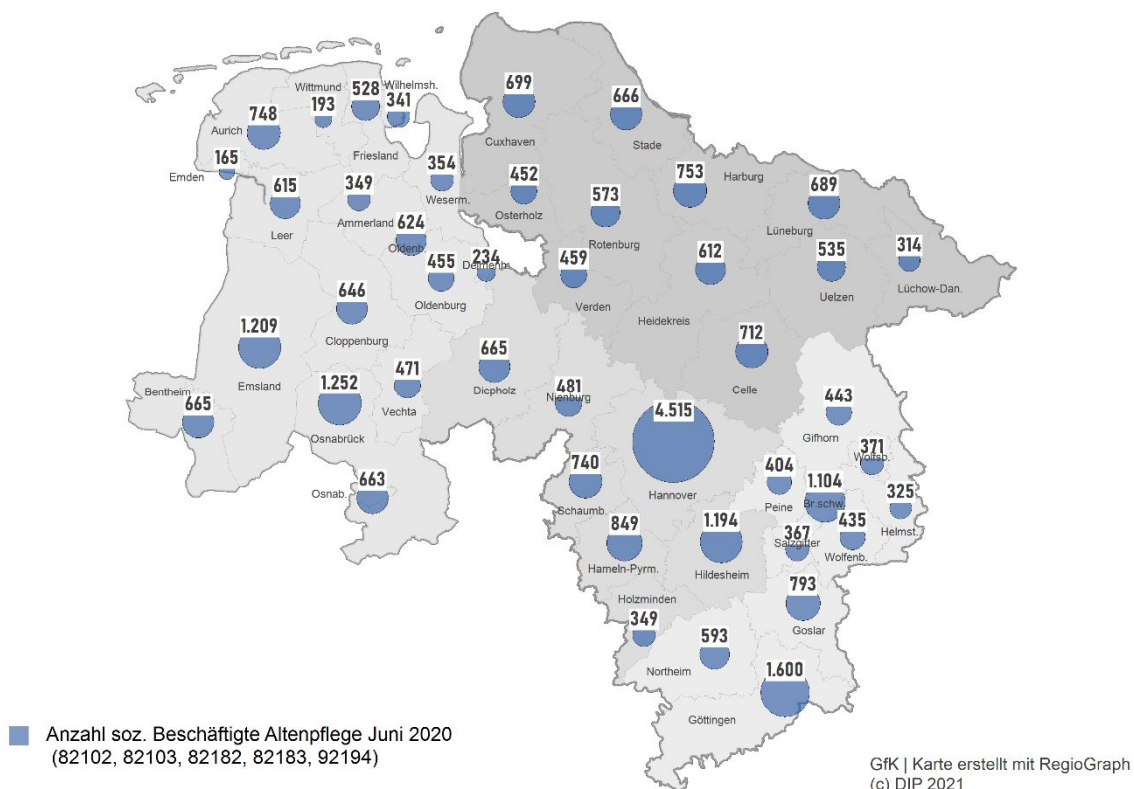


Abbildung 33: Beschäftigte Altenpflegerinnen und Altenpfleger regional 2020

Die vorgestellte Grafik verdeutlicht, analog zur Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, die Bedeutung, die die Region Hannover bezogen auf die Beschäftigung in der Altenpflege in Niedersachsen einnimmt.

Arbeitslos gemeldete Personen in der Altenpflege

In der Übersicht wird eine kreisbezogene Darstellung der arbeitslos gemeldeten Personen auf dem Niveau der Fachkräfte ohne Spezialisierung in der Altenpflege für den Berichtszeitraum Dezember 2020 abgebildet.

Die überwiegend nur einstelligen Zahlen verdeutlichen, dass für die Altenpflege eine Vollbeschäftigung vorliegt. Die Region Hannover weist mit 46 Altenpflegerinnen und Altenpflegern in der amtlichen Statistik den größten Wert aus. In der Kalkulation ergibt sich für die Region Hannover im Zielberuf insgesamt eine Arbeitslosenquote von 1,0 Prozent. Damit ist auch in dieser Region keine Arbeitslosenquote vorhanden, die über einer natürlichen Arbeitslosigkeit liegt. Ähnliche Werte finden sich über das gesamte Bundesland verteilt auch auf kommunaler Ebene.

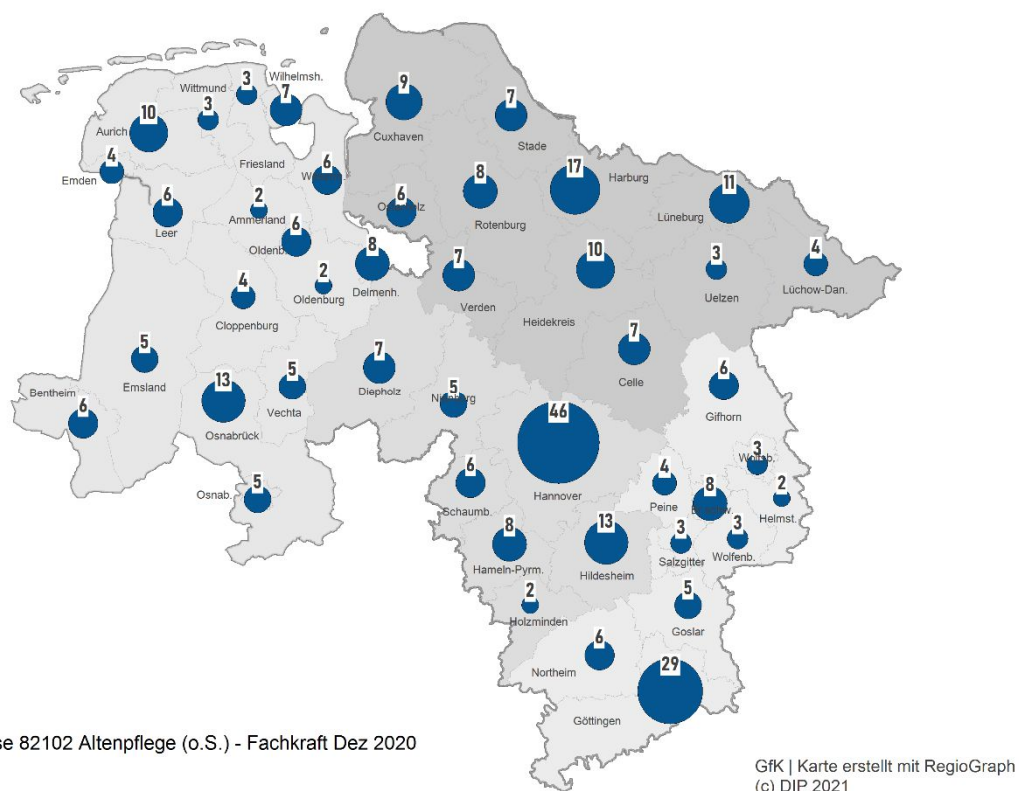


Abbildung 34: Arbeitslose Fachkräfte Altenpflege Dezember 2020

Es bestehen somit im gesamten Bundesland Niedersachsen keine regionalen Kapazitäten, die für eine sofortige Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und substantiell eine Verringerung des Fachkräftemangels herbeiführen könnten.

Bezüglich der Altenpflegehilfe lassen sich aus den Arbeitslosenkennzahlen keine validen Daten gewinnen. In der Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit existiert eine Kennziffer für die Erfassung der Altenpflegehilfskraft (82101 Altenpflege (o. S.) – Helfer). Hierunter werden jedoch vermutlich neben den einjährig qualifizierten Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern auch Personen subsumiert, die als Helfende in der Altenpflege arbeiten und ggf. niedrige Qualifikationskurse besucht haben.³⁰

Die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen mit der benannten Berufskennziffer für Altenpflegehilfskräfte wird mit landesweit 2.635 angegeben; dies erscheint vor dem Hintergrund des aktuellen Personalbedarfs in der Altenpflege insgesamt nicht glaubhaft. Diesen arbeitslos gemeldeten Personen standen im Juni 2020 insgesamt 807 offen gemeldete Stellen gegenüber.

³⁰ In Regionalkonferenzen zur Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW wurde dies von teilnehmenden Mitarbeitenden der Jobcenter bestätigt. Auch in NRW wiesen hohe Arbeitslosenzahlen im klassifizierten Bereich auf eine Arbeitsmarktreserve hin, die seitens der Einrichtungen aber nicht wahrgenommen wurde. Sie erlebten den gleichen Mangel auch im Bereich der einjährig qualifizierten Helferberufe.

Ausländische Pflegefachkräfte in der Altenpflege

Analog zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sollen auch für die Pflegefachkräfte in der Altenpflege Potenziale durch die Arbeitsaufnahme von Personen mit einer Ausbildung in der Pflege erfasst werden, die in Deutschland in der Altenpflege³¹ arbeiten und über eine Zustimmung zur Arbeitsaufnahme verfügen. Auch in der Altenpflege ist der Anteil der Pflegefachkräfte, die über eine Staatsangehörigkeit aus einem EU-Land verfügen (außer Deutschland) gering. Von den im Juni 2020 insgesamt 31.204 ausgewiesenen Pflegefachkräften der Altenpflege werden 673 aus der EU geführt. Das entspricht in Niedersachsen einem Anteil von 2,2 Prozent, wobei nicht ausgesagt werden kann, dass es sich hierbei um ausländische Mitarbeitende handelt, die nach Deutschland zur Arbeit migriert sind oder ob es sich um EU-Staatsbürger handelt, die bereits in Deutschland qualifiziert wurden. Vor dem Hintergrund der geringen Anzahl insgesamt kann jedoch beschrieben werden, dass eine große personelle Ressource hier bislang nicht erkennbar wird. Niedersachsen liegt dabei unterhalb des Bundesdurchschnitts; dieser liegt bei 3,5 Prozent, sodass von den 320.164 Pflegefachkräften in der Altenpflege insgesamt 11.157 deutschlandweit mit einer EU-Staatsangehörigkeit ausgewiesen werden. Der konkreten Arbeitsmigration in der Pflege zugeordnet werden können die Personen, die nicht aus der EU stammen und die eine Arbeitsaufnahme in einem Zielberuf zuerkannt bekommen haben.

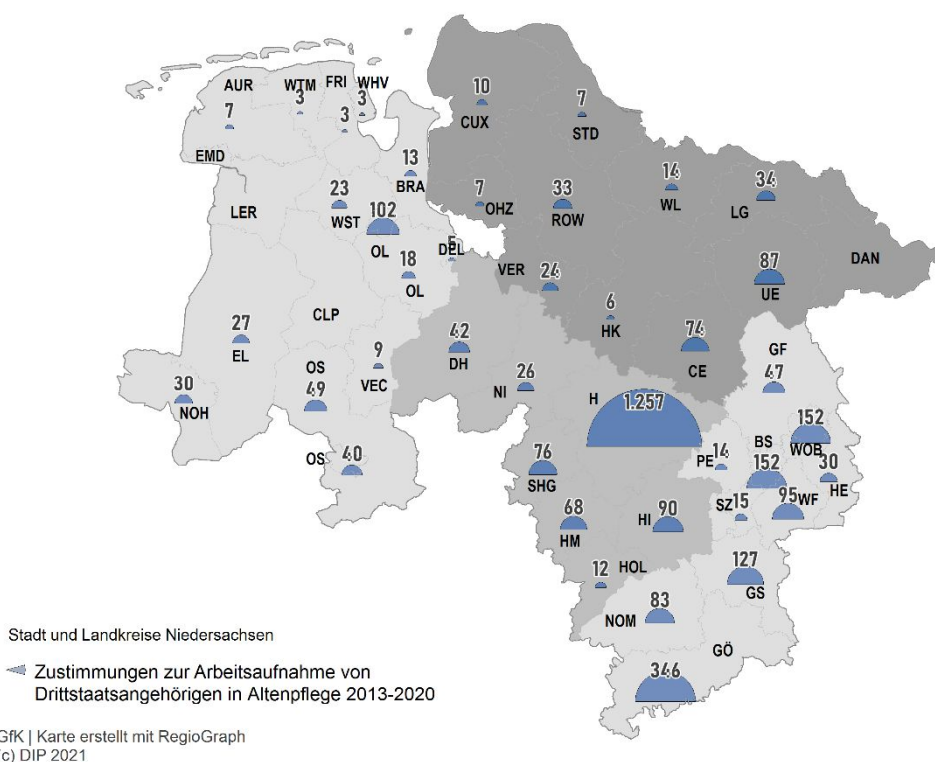


Abbildung 35: Drittstaatenangehörige in der Altenpflege 2013-2020

³¹ (Berufsgattungen nach KldB 2010: 82102, 82103, 82182, 82183, 82194)

In der Grafik werden die regionalen Daten für die Landkreise und kreisfreien Städte in der Summe für den Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2020 dargelegt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die jährlichen Kennzahlen nicht zwingend bedeuten, dass die rekrutierten Personen weiterhin in der Pflege oder aber langfristig im Bundesland Niedersachsen arbeiten. Sie stellen damit jährlich eine Momentaufnahme des Rekrutierungsgeschehens dar. Dennoch sind Kennzahlen in der Summierung hilfreich, um ein Gesamtpotenzial zu erfassen und beurteilen zu können, wie und wo über die vergangenen Jahre Rekrutierungsanstrengungen zur Arbeitsaufnahme in der Altenpflege geführt haben.

Im regionalen Vergleich sind wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege viele Personen auf die Region Hannover konzentriert. Insbesondere in den ländlichen Kreisen sind in den statistischen Regionen Weser-Ems und Lüneburg nur marginale Kennzahlen ausgewiesen. Lediglich in der Stadt Oldenburg wird eine dreistellige Anzahl über die Betrachtung von acht Jahren erreicht. In der statistischen Region Braunschweig sind dreistellige Werte im Landkreis Göttingen, im Landkreis Goslar sowie in den Städten Braunschweig und Wolfsburg verzeichnet. Damit bestätigt sich insgesamt das Bild, dass die Rekrutierung bislang vereinzelt und überwiegend im städtisch geprägten Umfeld erfolgt und eine Flächenversorgung damit nicht gewährleistet werden kann.

Auch in der Altenpflege ist eine Steigerung der jährlichen Kennzahlen zu beobachten. Waren im Jahr 2013 landesweit nur 26 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme von Drittstaatenangehörigen zu beobachten, so stieg die Anzahl auf zuletzt 687 im Jahr 2020. Den größten Zugang verzeichnete jedoch das Jahr 2019 mit insgesamt 832 Personen.

Insgesamt ergibt sich eine Anzahl von 3.376 Personen, denen der Zugang zum Arbeitsmarkt mit einer Zulassung im Tätigkeitsbereich der Altenpflege ermöglicht wurde. Damit sind für die Altenpflege stärkere Zuwächse zu beobachten als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Bei den Herkunftsländern ist jedoch ein Unterschied gegenüber der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege feststellbar, der sich wahrscheinlich mit Qualifikationsprofilen der Herkunftsländer begründen lässt. An erster Stelle erhielten im Jahr 2019 insgesamt 509 Personen aus dem asiatischen Raum Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme im Tätigkeitsfeld der Altenpflege, davon 308 Personen aus Vietnam. Aus dem europäischen Raum (ohne EU) sind insgesamt 151 Personen verzeichnet. Hier dominieren Bosnien und Herzegowina mit 47 Personen vor Serbien mit 30 Personen.

Die Kennzahlen verweisen insgesamt darauf, dass die Rekrutierung von Pflegefachkräften sich auf Ballungszentren konzentriert und für die Flächenversorgung keine größere Rolle spielt.

Werden die Kennzahlen der Arbeitsaufnahme im Ausland qualifizierter und in Deutschland tätiger Pflegefachkräfte in der Altenpflege des Jahres 2020 zugrunde gelegt und die Anzahl ins Verhältnis zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege zum Juni 2020 gesetzt, so ergibt sich insgesamt in Niedersachsen ein Anteil von 2,2 Prozent. Für die statistische Region Braunschweig kann ein Anteil von 3,5

Prozent, für die statistische Region Hannover von 3,8 Prozent, für die statistische Region Lüneburg von 0,8 Prozent und für die statistische Region Weser-Ems von 0,7 Prozent ermittelt werden.

Pendlerbewegungen Altenpflege

Die ausführlichen Hinweise zur Diskussion der Pendlerdaten finden sich im Kapitel zu den Pendlerbewegungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege; sie werden an dieser Stelle nicht erneut ausgeführt. Auch für den Sektor der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege wurde eine umfassende Analyse der Pendlerdaten der Bundesagentur für Arbeit mit dem Stand Juni 2019 durchgeführt.

Insgesamt weisen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger eine etwas andere Pendlerstruktur als die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auf. Insgesamt gibt es 30.715 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte an Arbeitsorten in Niedersachsen.

Anders als bei der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege besteht keine große Differenz zu den in Niedersachsen lebenden Altenpflegerinnen und Altenpfleger (30.804 Personen). 23.272 Altenpflegerinnen und Altenpfleger arbeiten am Wohnort. Das entspricht einem Anteil von 75,5 Prozent und korrespondiert mit Einschätzungen zur Mobilität und dem Mobilitätsradius von Altenpflegerinnen und Altenpfleger, der auf rund 20 Kilometer eingegrenzt werden kann (Isfort et al. 2018a). Über kommunale Grenzen hinaus existieren 7.427 Einpendlerinnen und Einpendler, denen 7.532 Auspendlerinnen und Auspendler gegenüberstehen.

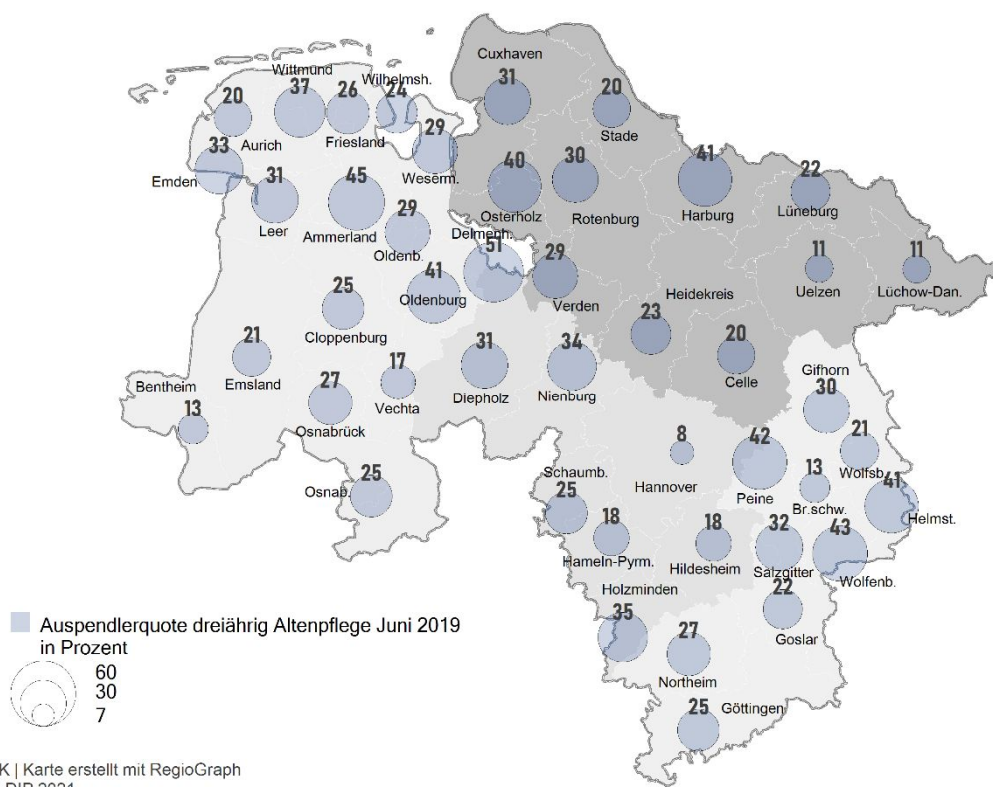


Abbildung 36: Auspendlerquote Altenpflegerinnen und Altenpfleger Juni 2019 in Prozent

Die größten Bewegungen bezüglich der Auspendlerinnen und Auspendler sind in der Stadt Delmenhorst zu verzeichnen. Hier wohnen 271 sozialversicherungspflichtige beschäftigte Altenpflegerinnen und Altenpfleger, von denen 133 im eigenen Kreis arbeiten. Bewegungen gibt es in Richtung des Landkreises Oldenburg (n = 57) sowie in Richtung Bremen (n = 53). Im Landkreis Harburg sind auch Wanderungen in der Altenpflege in Richtung Hamburg zu beobachten (n = 231) und im Landkreis Wolfenbüttel ist die Stadt Braunschweig die Hauptrichtung der beruflichen kreisüberschreitenden Pendlerbewegung (n = 111).

Wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gibt es in der Region Hannover die niedrigste Quote bezogen auf Auspendlerinnen und Auspendler (8 Prozent). Auch hier kommen Einpendlerinnen und Einpendler primär aus Hildesheim, Schaumburg und Celle.

In der Summe kann für die Altenpflege eine hohe Ortsgebundenheit beobachtet werden. Neben der hohen Dichte an Einrichtungen insgesamt und einer damit verbundenen guten Möglichkeit der ortsnahen Beschäftigung kann auch die hohe Teilzeitquote in diesem Sektor einer der Faktoren sein, die eine ortsnahe Beschäftigung aus ökonomischen Gründen befördert. Bezogen auf Rekrutierungsmöglichkeiten verweisen die Daten auf eine primär lokale Ausrichtung von Maßnahmen, die ergriffen werden müssen; eine überregionale Rekrutierung scheint hier weniger zielführend zu sein als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Voll- und Teilzeitbeschäftigung in der Altenpflege

Für die Altenpflegerinnen und Altenpfleger erfolgt an dieser Stelle die Analyse der Anteile der Vollzeitbeschäftigten in den jeweiligen Sektoren. Die vorliegenden Daten basieren auf den Angaben des Landesamtes für Statistik (LSN-online, Tabelle K2802030).

Landesweit beträgt der Anteil der in Vollzeit arbeitenden Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der ambulanten Pflege 35,4 Prozent. In der teil-/ vollstationären Versorgung ist der Anteil höher und liegt im Landesdurchschnitt bei 50 Prozent.

Im Bereich der ambulanten Pflege sind bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern tendenziell niedrige Quoten der Vollzeitbeschäftigung zu beobachten.

Die Spannweite der Beschäftigungsanteile in Vollzeit ist dabei sehr groß. Im Landkreis Heidekreis sind lediglich 9,6 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der ambulanten Versorgung in Vollzeit beschäftigt. Dies erklärt sich jedoch auch angesichts der geringen Anzahl von 125 Beschäftigten insgesamt. 113 der Altenpflegerinnen und Altenpfleger arbeiten in Teilzeit. Niedrige Werte werden auch in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (17,7), Ammerland (14,8), Rotenburg (13,2) und Verden (11,6) sowie in der Stadt Wolfsburg (15,9) angegeben. Besonders hohe Anteile finden sich in der Region Hannover (53,8) und in den Landkreisen Uelzen (52,2), Peine (46,6) und Aurich (44,8).

verzichtet, da insbesondere bei den ambulanten Diensten häufig sehr kleine Beschäftigtenzahlen vorliegen, die eine prozentuale Darstellung stark über Einzelpersonen beeinflussbar macht. So sind in fünf Städten bzw. Landkreisen Beschäftigungszahlen auf dem Helferinnen- und Helferniveau von lediglich bis zu zehn Personen auszumachen (Stadt Delmenhorst, Stadt Emden, Landkreis Verden, Landkreis Heidekreis, Landkreis Osnabrück).

Beschäftigungsdauer in der Altenpflege

Die Analyse zur Beschäftigungsdauer, Berufstreue und Branchentreue für Niedersachsen wurden vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2019 untersucht (Wrobel et al. 2019). Im Fokus standen dabei die Fachkräfte der Altenpflege sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Der Berufsverbleib in der Pflege wird von den Autorinnen und Autoren für die Altenpflege und die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sehr unterschiedlich bewertet.

Auf Basis der vorliegenden Daten aus unterschiedlichen Kohorten der Pflegeausbildung wurde berechnet, dass sich im zweiten Jahr nach Aufnahme einer Tätigkeit als Altenpflegerin oder Altenpfleger der Berufsverbleib in Niedersachsen deutlich reduziert. 71,1 Prozent sind nach zwei Jahren weiterhin als Altenpflegerinnen und Altenpfleger beschäftigt; 28,9 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger üben einen anderen Beruf aus oder sind nicht mehr beschäftigt (ggf. auch durch Familiengründungsphase oder Pflege Angehöriger).

Ab dem dritten Jahr nehmen die Austritte aus dem Beruf spürbar ab. Nach zehn Jahren sind noch 54,7 Prozent, nach 15 Jahren 50,9 Prozent und nach 20 Jahren noch 44,7 Prozent im Ursprungsberuf tätig. Bezüglich des Berufswechsels von Altenpflegerinnen und Altenpflegern nimmt der Wechsel in die Gesundheits- und Krankenpflege die Spitzenposition ein. Relativ betrachtet macht diese einen Anteil von einem Drittel aus. Der Wechsel hin zum Helferberuf in der Gesundheits- und Krankenpflege wird mit weiteren 11,8 Prozent angegeben, sodass der Wechsel insgesamt nicht hinweist auf einen Wechsel aus einem versorgenden Pflegeberuf, sondern auf einen Wechsel aus dem Sektor.

In der Studie wurden vergleichende Analysen mit bundeweiten Daten vorgenommen, die den Schluss nahelegen, dass es sich nicht um ein Phänomen in Niedersachsen handelt, sondern um ein branchentypisches Phänomen der Altenpflege insgesamt. Erklärungen lassen auf der Basis der vorliegenden Daten dazu nicht geben.

Die Analyse, ob Altenpflegerinnen und Altenpfleger aktuell verstärkt im Krankenhaussektor beschäftigt werden, wurde in der Studie nicht untersucht³². Damit bleiben Aussagen offen bezüglich der zentralen Fragestellung, ob Altenpflegerinnen und Altenpfleger grundsätzlich aus dem Pflegesystem aussteigen und final eine Tätigkeit im

³² Der Krankenhausbereich wird dabei nicht der Pflegebranche im engeren Sinne zugeordnet, sondern der Gesundheitsversorgung. Damit entfallen die in dieser Studie zugrunde gelegten Konzepte der sektorenübergreifenden Analyse.

Pflegebereich beendet oder ob es sich um Verschiebungen der Tätigkeitsfelder, der Qualifikationen und der Sektorengrenzen handelt. Letzteres wäre aus der Perspektive der Versorgungssicherheit der Bevölkerung weniger problematisch als ein finaler Ausstieg aus dem Beruf.

Für die nachfolgende Analyse wurden die Daten einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Der Ausweisung von Beschäftigungsdauern liegen unterschiedliche Messkonzepte zugrunde. Die Beschäftigungsdauer (ausgedrückt als bisherige Dauer) weist die zuletzt durchgängige Beschäftigung in einem Beruf auf. Sie gibt somit die durchgängige Dauer für den Zeitraum der Beschäftigung seit der letzten Unterbrechung an. Als Unterbrechung werden dabei Zeiträume von über 63 Tagen gewertet. Unterbrechungen darunter werden als unschädliche Unterbrechung gewertet und nicht berücksichtigt. Von der bisherigen Dauer der Beschäftigung abgegrenzt werden kann die sogenannte Nettodauer in der Beschäftigung. Hierbei werden Beschäftigungszeiten addiert, sodass unterschiedliche Beschäftigungszeiten auch bei einer längeren Unterbrechung berücksichtigt werden. Berücksichtigt wird dabei die Hauptbeschäftigung, sodass bei Doppelbeschäftigungen nicht zugleich beide Berufstätigkeiten klassifiziert werden.

Für die nachfolgende Analyse wurden vier Beschäftigungszeiträume (unter drei Jahren, drei bis unter sechs Jahre, sechs bis unter zehn Jahre sowie 10 Jahre und länger) betrachtet. Den Ausgangspunkt der Analyse bilden die Nettodauern der Beschäftigung in der Altenpflege. Unterbrechungen in der Beschäftigung sind damit berücksichtigt.

Das Konzept nähert sich besser der Frage an, wie lange Pflegekräfte in ihrem Beruf verbleiben als die bisherige Beschäftigungsdauer. Die Daten wurden auf der Ebene der statistischen Regionen ausgewertet.

Die Analyse zeigt in allen statistischen Regionen, dass die Gruppe der über 10 Jahre in der Altenpflege Beschäftigten die größte Gruppe darstellt. Absteigend erfolgen die Gruppen mit geringeren Beschäftigungsdauern.

Der Median der Beschäftigungsdauer (Netto) lag in der Altenpflege im Juni 2020 bei 172,9 Monaten. Das entspricht einer mittleren Beschäftigungsdauer von rund 14,5 Jahren. In der Übertragung des Wertes der zentralen Tendenz heißt dies: Die Hälfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Niedersachsen arbeitet noch nicht so lange in der Altenpflege, die andere Hälfte bereits länger.

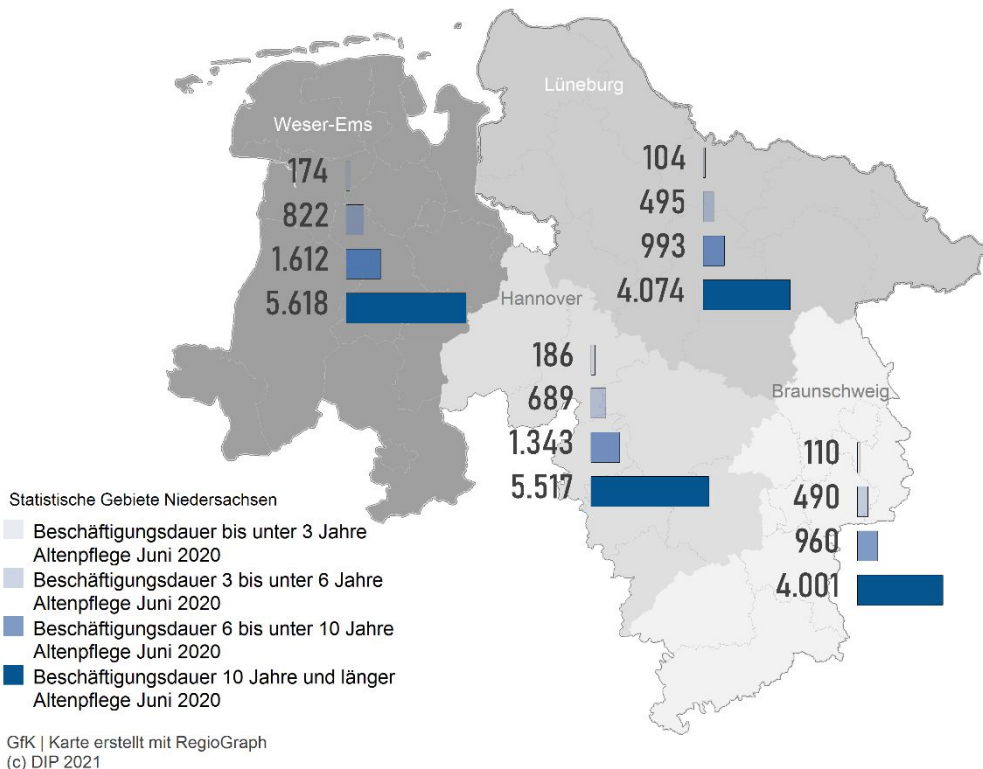


Abbildung 38: Berufsdauer Altenpflege Juni 2020

In der Entwicklungslinie der Daten ist dabei eine weitere Steigerung zu beobachten. 2014 lag der Median der Beschäftigungsdauer noch bei 147,9 Monaten. Hinweise auf eine besonders kurze berufliche Verweildauer ergeben sich angesichts der Analyse der vorliegenden Studien und der aktuellen Kennzahlen demnach nicht.

Zusammenfassung Altenpflege

Die Daten der Bundesagentur für Arbeit kennzeichnen einen stabilen Beschäftigungsbereich der Fachkräfte in der Altenpflege. Nach Jahren des kontinuierlichen Wachstums zeigt sich zwischen 2018 und 2020 jedoch keine nennenswerte Dynamik. Lag die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2018 bei 31.219, so liegt sie im Jahr 2020 bei 31.204. Parallel jedoch lassen sich Steigerungen der Pflegebedürftigkeit ausmachen.

Der Druck auf die Einrichtungen und die Mitarbeitenden in den Einrichtungen wird steigen, wenn sich dieser Trend weiter fortsetzt.

Die im Vergleich zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege deutlich höhere Anzahl an offen gemeldeten Stellen in der Altenpflege bei einer ebenso ausgeschöpften Arbeitsmarktsituation verdeutlicht die angespannte Situation. Analog zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kann auch für die Rekrutierung ausländischen Personals aus Drittstaaten beobachtet werden, dass sie in der Flächenversorgung eher keine relevante Rolle zur Fachkräftesicherung darstellen. Ebenso stellen die aus dem EU-Raum

stammenden Pflegefachkräfte in der Altenpflege lediglich 2,2, Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mi Stand Juni 2020. Auch wenn in diesem Berufsfeld insgesamt etwas höhere Quoten im Vergleich zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege verzeichnet werden, spielen die rekrutierten Pflegefachkräfte mit Zulassungen zur Berufsaufnahme in der Altenpflege eine untergeordnete Rolle.

Die Pendleranalyse belegt, dass die Altenpflegerinnen und Altenpfleger insgesamt eine hohe regionale Berufstreue aufweisen und überregionale Pendlerbewegungen geringer ausfallen als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Damit wird verdeutlicht, dass die Sicherung der Strukturen als lokale und räumlich eingrenzbar Aufgabe anzusehen ist.

Die Vollzeitanteile sind im stationären Sektor deutlich höher als im ambulanten Bereich. Sie zeigen insbesondere für die statistische Region Braunschweig höhere Anteile auf als in anderen statistischen Regionen. Die darin liegende Personalressource kann auch hier genutzt werden, wenn es gelingt Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse aufzustocken, indem Bedingungen geschaffen werden, die höhere Beschäftigungsanteile bis hin zur Vollzeitbeschäftigung attraktiv erscheinen lassen.

Bezogen auf die Berufsverweildauer zeigen die vorliegenden Analysen auf, dass die Berufswechsel bzw. die Berufsaustritte vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Berufsausbildung erfolgen und Berufstätige, die schon länger im Beruf sind, diesem eher treu bleiben. Die hohe Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gruppe der seit zehn Jahren oder länger andauernder Beschäftigung sowie die mittlere Beschäftigungsdauer (Netto) von rund 14,5 Jahren geben keinen Hinweis auf eine kurze Berufstätigkeit in der Altenpflege, gleichwohl die mittlere Dauer gegenüber der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege geringer ausfällt.

Ausbildung Pflegeberufe

Die Kennzahlen zur Ausbildung in den Pflegeberufen geben Auskunft über das Potenzial qualifizierter Pflegekräfte, die nach gelungener Ausbildung in den Arbeitsmarkt einmünden werden. Grundsätzlich liegen dazu Daten der Berufsbildungsberichte beim Statistischen Bundesamt vor (Bundesinstitut für berufliche Bildung 2020). Auf der Basis der Berichte lassen sich Zeitreihen in der Entwicklung der Anzahl der Schülerinnen und Schüler und der Absolventinnen und Absolventen in Niedersachsen erstellen. Für die regionalen Analysen wurden Daten des Landes zu den Absolventinnen und Absolventen an Schulen des Gesundheitswesens einbezogen (Neuner 2019; Landesamt für Statistik Niedersachsen 2020a).

Dabei muss ein sektorenübergreifender Arbeitsmarkt berücksichtigt werden. Wie oben dargestellt, sind Beschäftigungsorte der Ausbildungsabsolventinnen und Ausbildungsabsolventen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowohl die stationären Einrichtungen, die ambulanten Dienste, aber vor allem auch die Krankenhäuser. Das hauptsächliche Potenzial zur Deckung bestehender und zukünftiger Fachkräftebedarfe bilden die Absolventinnen und Absolventen der gegenwärtig noch laufenden drei Pflegefachausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Im nachfolgenden Kapitel werden dazu zunächst die Standorte der Pflegeausbildung in den Blick genommen. Zudem werden für die Pflegefachberufe, rückblickend auf die vergangenen Jahre, die Kennzahlen der neu in den Beruf aufgenommenen Auszubildenden sowie die Anzahl der Personen, die nach drei Jahren einen qualifizierten Berufsabschluss absolviert haben, erfasst und mit Ausbildungserfolgsquoten ausgewiesen.

In einem weiteren Schritt werden, basierend auf den jeweiligen retrospektiv ermittelten Ausbildungserfolgsquoten, die Entwicklungen der Kennzahlen der zukünftig erwartbaren Absolventinnen und Absolventen aus den Pflegeausbildungen abgeleitet und als kalkulierbare tatsächliche Potenziale für den Arbeitsmarkt diskutiert.

Ausbildungsstätten für Pflegeberufe

Die Analyse von Ausbildungsstandorten und Ausbildungsplatzkapazitäten ist zur regionalen Versorgungssicherung durch den Nachwuchs an Pflegekräften (Wrobel et al. 2019) äußerst relevant. Liegen Ausbildungsstätten in zu großer Entfernung zum Wohnort, besteht das Risiko, dass Ausbildungsinteressierte berufliches Pendeln oder einen Wohnortwechsel nicht vornehmen und regional verortete Berufsausbildungsangebote anderer Branchen bevorzugen.

Die Veränderungen durch die Pflegeberufereform sind hierbei insofern mitzudenken, als dass Ausbildungsstätten im Zuge von Kooperationen einzelne Schulstandorte ggf. aufgeben könnten. Zentralisierungen bieten den Vorteil einer Konzentration der Lehrenden und der Ausbildungsvielfalt. Kleinere solitäre Ausbildungsstätten können ggf.

AUSBILDUNG PFLEGEBERUFE

die Anforderungen an die neue Ausbildung schwieriger umsetzen und verfügen nicht über ein entsprechendes Netzwerk mit Ausbildungsbetrieben.

Ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen könnten infolgedessen bei einer zu großen Entfernung zum nächsten Schulstandort sowohl als attraktiver Kooperationspartner der praktischen Ausbildung als auch als potenzieller Arbeitgeber qualifizierter Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen unattraktiv werden. Gegebenenfalls ist es zielführend, Schulstandorte gezielt in den Kommunen und Regionen zu unterstützen, in denen im Sinne der Fachkräftesicherung Nachfrage- und damit Handlungsdruck besteht. Auf regionaler Ebene müssten jedoch vertiefend weitere lokale Kennzahlen (konkurrierende Ausbildungsangebote, Pendlerbewegungen, Verortung der praktischen Ausbildung) und Einflussfaktoren (Infrastruktur, ÖPNV, Mieten etc.) einbezogen werden, um zu beurteilen, ob die bestehenden Schulstandorte der Pflegeausbildung mit ihren Ausbildungsplatzkapazitäten und Absolventinnen- und Absolventenquoten mit dem regionalen Fachkräftebedarf korrespondieren. Dies kann im vorliegenden Bericht nicht umfassend beleuchtet werden.

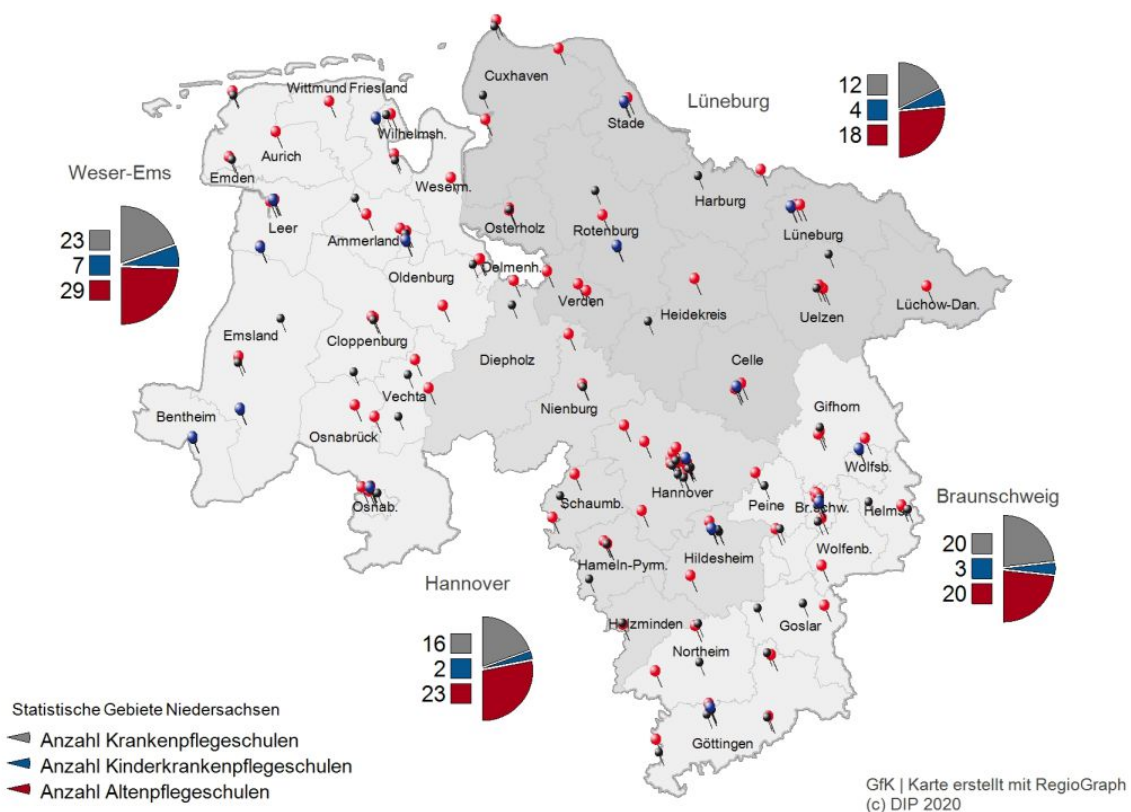


Abbildung 39: Ausbildungs- und Schulstandorte Pflegeberufe 2020³³

Die Zeitreihe zur Gesamtanzahl der Pflegeausbildungstätten zeigt hinsichtlich der Anzahl der Schulen des Gesundheitswesens mit der Ausrichtung auf Bildungsangebote für

³³ Die Grafik weist Angebote der Vollzeit- und Teilzeitausbildung zusammengefasst als jeweils einen Schulstandort aus, entsprechend weicht die Summe der Standorte von der Anzahl der gelisteten Schulen des Gesundheitswesens ab.

die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgehend vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2020 kaum Veränderungen auf. Bei den Fachseminaren mit der Ausrichtung auf die Qualifizierung in der Altenpflege zeigt sich dahingegen eine Zunahme der Standorte von 83 Ausbildungsstätten im Jahr 2010 auf 91 im Jahr 2019 (Niedersächsisches Kultusministerium, gelistet sind jeweils die Standorte der Vollzeit- und Teilzeitausbildung).

Augenscheinlich verweist die Grafik auf unterschiedliche Relationen zur jeweiligen Anzahl der Schulstandorte nach Fachrichtung in den statistischen Regionen. Die Standortanalyse der Region Braunschweig verweist auf ein ausgewogenes Verhältnis der Krankenpflege- und Altenpflegesschulen mit jeweils räumlicher Nähe der Standorte. Gleiches zeigt sich für die Region auch in Bezug auf die Anzahl der Ausbildungskapazität (Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler der Altenpflege und Krankenpflege jeweils rund 600 pro Jahr).

In den statistischen Regionen Hannover und Lüneburg dominieren die Standorte der Altenpflegesschulen die der Krankenpflegesschulen, was sich auch in den Gesamtzahlen der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler widerspiegelt; in beiden statistischen Regionen werden deutlich mehr Altenpflegerinnen und Altenpfleger als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger ausgebildet. Zudem ist eine räumliche Nähe von Standorten der Altenpflegesschulen und Krankenpflegesschulen nicht immer erkennbar; so liegen zwischen dem Schulstandort der bisherigen Altenpflegeausbildung in Lüchow-Dannenberg und dem nächsten niedersächsischen Krankenpflegeausbildungsstandort in Uelzen mehr als 40 km. Eine beispielhaft durchgeführte Fallrecherche zeigt, dass die Altenpflegeschule am Standort Lüchow-Dannenberg zur Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung eine Kooperation mit rund 10 km entfernten und damit deutlich näher gelegenen Schul- und Ausbildungsstandorten der Gesundheits- und Krankenpflege in den Nachbarländern Sachsen-Anhalt und Brandenburg eingegangen ist.

Welche Auswirkungen die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung auf die Ausbildungsstandorte, Ausbildungskapazitäten und die Nachfrage nehmen wird, wird sich zukünftig zeigen.

Schülerzahlentwicklung im Überblick

Die Bereitstellung einer am Bedarf orientierten Ausbildungsplatzkapazität ist eine der wichtigsten Säulen zur Sicherung der Fachkräftebedarfe. Einbezogen werden muss dabei die Quote der Schülerinnen und Schüler, die ihre Ausbildung nach drei Jahren mit Erfolg abschließen (Ausbildungserfolgsquote). Nur diese Personen können qualifiziert in den Arbeitsmarkt einmünden.

Vorzeitige Ausbildungsvertragslösungen werden als relevantes und zunehmend wichtiges Themenfeld aller Ausbildungsberufe diskutiert (Schiffer 2014; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit 2016; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2019b). Bei Vorliegen einer vom Durchschnitt

deutlich abweichenden niedrigen Erfolgsquote in bestimmten Regionen kann eine Analyse der lokalen Einflüsse (Auswahl von Bewerberinnen und Bewerbern, Rahmenbedingungen der theoretischen und/ oder praktischen Ausbildung wie Praxisanleitung, Lernumfeld, Theorie und Praxis vernetzende Lehrpläne, betriebliche Gesundheitsprävention etc.) (Schiffer 2014) sinnvoll sein.

Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Zeitreihe (von 2012 bis 2016) der Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege basiert auf den Kennzahlen des Kultusministeriums.

Sie zeigt bei der Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler eine eher kontinuierliche Linie mit leicht schwankenden Auswirkungen auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen³⁴. Für die nachfolgenden Jahrgänge (ab 2017) sind bislang nur mit der Anzahl der Personen bekannt, die in die Ausbildung eingetreten sind. Auf der Basis der durchschnittlichen Erfolgsquote kann eine Anzahl an potenziellen Abgängerinnen und Abgängern geschätzt werden.

	AUSBILDUNGS-ANFÄNGER/-INNEN/ 1. AUSBILDUNGSAUSGANGSPUNKT	ABSOLVENT/-INNEN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/-INNEN)	ERFOLGSQUOTE
2012	2.322	1.708	614	73,6 %
2013	2.389	1.736	653	72,7 %
2014	2.241	1.586	655	70,8 %
2015	2.359	1.773	586	75,2 %
2016	2.341	1.639	702	70,0 %
Geschätzte Absolventinnen Absolventen 2020 bis 2022				
2017	1. Ausbildungsjahr 2.435	Abs. in 2020	1.758	
2018	1. Ausbildungsjahr 2.492	Abs. in 2021	1.799	
2019	1. Ausbildungsjahr 2.750	Abs. in 2022	1.986	
Durchschnittliche Erfolgsquote der Ausbildung (Brutto Netto)				72,4 %

Tabelle 13: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege

Die Jahre 2017 und 2018 weisen eine leichte Steigerung gegenüber den Jahren 2012 bis 2016 aus.

³⁴ Die Erfolgsquote basiert auf einer Gegenüberstellung der Anzahl der im ersten Jahr verzeichneten Schülerinnen und Schüler und der Anzahl der nach drei Jahren (Regelzeit) ausgewiesenen Absolventinnen und Absolventen der Berufsausbildung. Die Differenz gibt den Verlust an Personen an, die im Laufe der Regelzeit die Ausbildung nicht abgeschlossen oder verlassen haben. Die durchschnittliche Erfolgsquote wird als Ausgangspunkt für eine Schätzung zukünftiger Absolventinnen- und Absolventenzahlen genutzt.

AUSBILDUNG PFLEGEBERUFE

Für 2019 werden erstmalig nennenswerte Erhöhungen der Ausbildungskennzahlen verzeichnet. Diese werden im Jahr 2022 wirksam werden. In der Summe kann dabei (ausgehend von der durchschnittlichen Erfolgsquote) mit einer Zunahme von rund 350 Absolventinnen und Absolventen gegenüber dem Abschlussjahr 2019 gerechnet werden. Die folgende Grafik weist jahresbezogen die Entwicklung der Anzahl neu aufgenommener Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege (im ersten Ausbildungsjahr) in den statistischen Regionen aus. In den Kreisen ist die Anzahl der im ersten Ausbildungsjahr 2019 registrierten Schülerinnen und Schülern mit Stand 15.11.2019 aufgenommen.

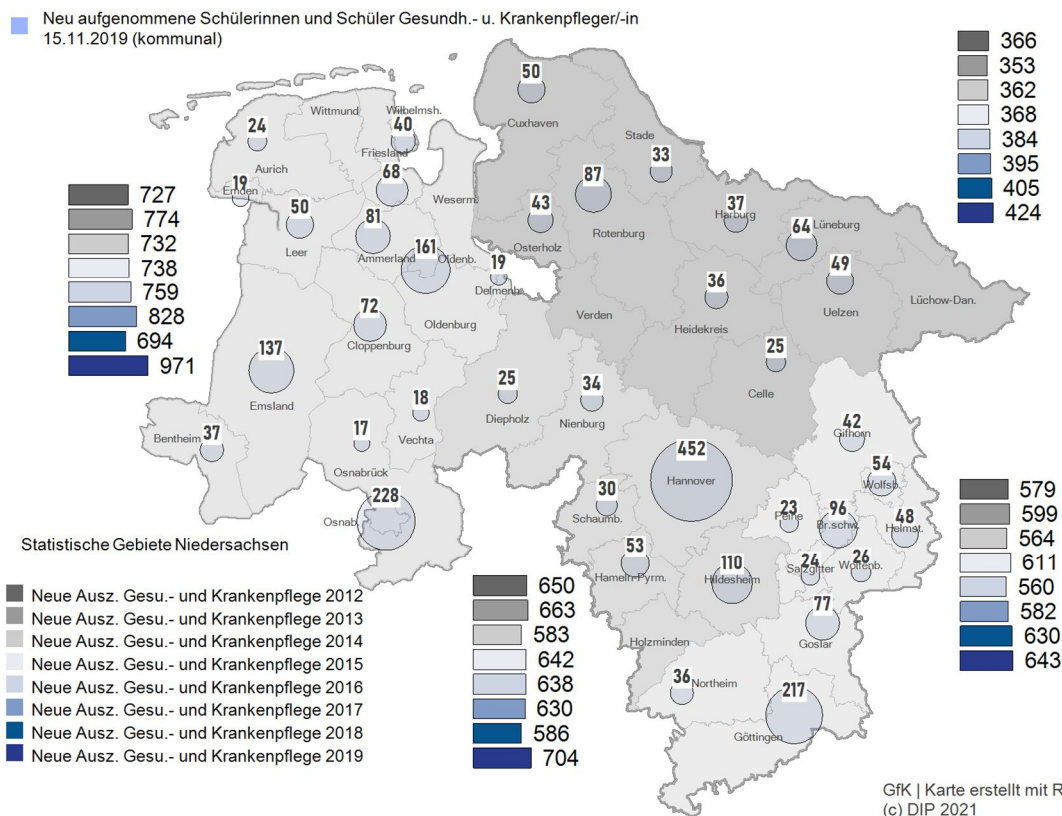


Abbildung 40: Überblick neue Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege

Die statistischen Regionen Weser-Ems sowie Hannover zeigen dabei deutliche Schwankungen in der Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler auf. In beiden statistischen Regionen ergeben sich im Jahr 2018 deutliche Reduzierungen gegenüber dem Vorjahr, die im Nachfolgejahr jedoch wieder ausgeglichen wurden.

Eine in der Tendenz eher geringe Zunahme der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler, aber eine überdurchschnittliche Erfolgsquote ist für die statistische Region Braunschweig bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (76,2 Prozent) festzustellen. Die durchschnittlichen Ausbildungserfolgsquoten für die statistischen Regionen Lüneburg und Weser-Ems liegen etwas über 73 Prozent.

Legt man die durchschnittliche Ausbildungserfolgsquote aller statistischen Regionen zugrunde, so könnten von 2020 bis 2022 in Niedersachsen rund 5.540 qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in den Arbeitsmarkt einmünden.

Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern ist, bei stark schwankenden Zahlen der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler, insgesamt keine Intensivierung der Ausbildungsaktivität erkennbar. Dabei wurde ein Fachkräftemangel in diesem Versorgungsfeld durch lokale Akteure bereits vor vielen Jahren festgestellt.³⁵

Wie die folgende Tabelle zeigt, schließen insgesamt verhältnismäßig mehr Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ihre Ausbildung erfolgreich ab als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

	AUSBILDUNGS-ANFÄNGER/-INNEN/ 1. AUSBILDUNGSJAHR	ABSOLVENT/-INNEN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/-INNEN)	ERFOLGS-QUOTE
2012	198	164	34	82,8 %
2013	260	220	40	84,6 %
2014	257	203	54	79,0 %
2015	222	158	64	71,2 %
2016	248	216	32	87,1 %
Geschätzte Absolventinnen und Absolventen 2020 bis 2022				
2017	1. Ausbildungsjahr 246	Abs. in 2020	198	
2018	1. Ausbildungsjahr 197	Abs. in 2021	159	
2019	1. Ausbildungsjahr 231	Abs. in 2022	186	
Durchschnittliche Erfolgsquote der Ausbildung (Brutto Netto)				80,9 %

Tabelle 14: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die durchschnittliche Erfolgsquote liegt hier im Vergleich zu den anderen beiden dreijährigen Ausbildungen deutlich höher. Dies korrespondiert mit Analysen aus anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen (Isfort et al. 2019). In Nordrhein-Westfalen kann die hohe Erfolgsquote auch mit einer durchschnittlich höheren Schulbildung der in die Ausbildung einmündenden Schülerinnen und Schülern in Verbindung gebracht werden.

Der Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten ist in der Gesundheits- und

³⁵ Folgend den Ausführungen der Qualitätsgemeinschaft häusliche Kinderkrankenpflege Niedersachsen e.V. zum Projekt: Fachkräftemangel in der häuslichen Kinderkrankenpflege, Laufzeit: 2014 bis 2017. <http://qhk-nds.de/was-wir-machen/gemeinschaft/projekte>.

Kinderkrankenpflege deutlich höher als in den anderen Berufen der Pflege. Für Niedersachsen liegen diese Kennzahlen nicht vor.

Statistisch betrachtet könnten von 2020 bis 2022 in Niedersachsen rund 540 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger neu in den Arbeitsmarkt eintreten. Die Grafik weist die jeweiligen Daten auf Basis des Landesamtes für Statistik sowie des Kultusministeriums aus.

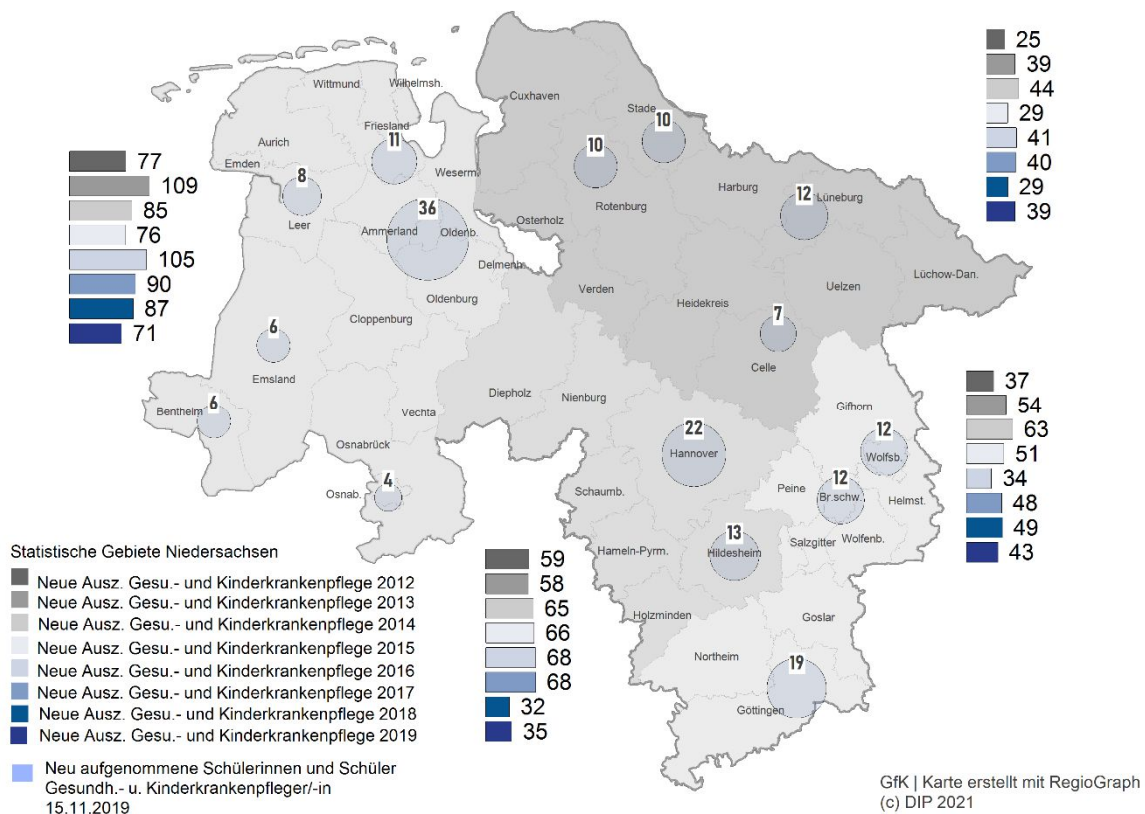


Abbildung 41: Überblick neue Auszubildende Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Für die statistischen Regionen sind die Zeitreihen aufgenommen, die aktuelle Anzahl der im ersten Ausbildungsjahr registrierten Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zum Stand 15.11.2019 wird in den Kreisen abgebildet.

Starke Schwankungen in den statistischen Daten können sich einerseits daraus ergeben, dass nicht jährlich in allen Standorten ausgebildet wird. Ggf. erfolgte hier bereits im Jahr 2019 auch eine erwartete Umstellung auf die neue generalistische Ausbildung mit der Reduzierung der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Regionale Erfolgsquoten lassen sich für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aufgrund der statistischen Unsicherheit der vorliegenden Werte nicht eindeutig beschreiben. Für Niedersachsen insgesamt kann in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein Annäherungswert von 80,4 Prozent beschrieben werden. Die hohen Differenzen können sich z. B. durch Unterbrechungen mit einer Familiengründungsphase ergeben oder mit der Aufnahme von anderen Berufen bzw. eines Studiums. Hier sind die geringen Zahlen insgesamt statistisch anfälliger gegenüber kleineren Gruppen als dies bei

den größeren Ausbildungsbereichen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege der Fall ist³⁶.

Schülerinnen und Schüler der Altenpflege

Die Altenpflege zeigt sich als Ausbildungsbereich, in dem kontinuierlich ein Ausbau zu beobachten ist. Ab dem Jahr 2016 wurden bereits mehr als 2.900 Ausbildungsanfängerinnen und Ausbildungsanfänger verzeichnet.

	AUSBILDUNGS- ANFÄNGER/ -INNEN/ 1. AUS- BILDUNGSJAHR	ABSOLVENT/ -INNEN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/ -INNEN)	ERFOLGS- QUOTE
2012	2.546	1.814	732	71,2 %
2013	2.683	1.878	668	73,8 %
2014	2.591	1.584	1.099	59,0 %
2015	2.807	1.576	1.015	60,8 %
2016	2.963	1.696	1.267	57,2 %
Geschätzte Absolventinnen und Absolventen 2020- 2022				
2017	1. Ausbildungsjahr 2.958	Abs. in 2020	1.904	
2018	1. Ausbildungsjahr 2.916	Abs. in 2021	1.880	
2019	1. Ausbildungsjahr 3.094	Abs. in 2022	1.993	
Durchschnittliche Erfolgsquote der Ausbildung (Brutto Netto)				64,4 %

Tabelle 15: Ausbildungskennzahlen Altenpflege

Im Gegensatz zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegen in der Altenpflege jedoch deutlich geringere durchschnittliche Erfolgsquoten vor. Dabei sind jedoch auch die starken Schwankungen zu benennen (zwischen 57 Prozent und 74 Prozent), was sich nicht gänzlich aufklären lässt. Die Schätzzahl der zukünftigen Absolventinnen und Absolventen der Altenpflege muss hier demnach vorsichtiger betrachtet werden als in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

³⁶ Für die statistische Region Braunschweig wurden in der Gegenüberstellung der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler im Jahr 2013 im Vergleich zum Abschlussjahr 2016 weniger Schülerinnen und Schüler zu Beginn ausgewiesen. Für die statistische Region Hannover wurden im Jahr 2018 lediglich 25 Absolventinnen und Absolventen bei 66 im Jahr 2015 gestarteten Auszubildenden ausgewiesen. Dies entspräche einer Erfolgsquote von 37,9 Prozent, was als unwahrscheinlich angenommen werden muss. Hier werden wahrscheinlich fehlende Meldungen der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen vorliegen. Da die Grundgesamtheit der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gering ist, sind die damit verbundenen statistischen Effekte bei Datenunsicherheiten sehr groß und führen zu einer eingeschränkten Interpretationsmöglichkeit.

AUSBILDUNG PFLEGEBERUFE

Die regionalen Daten zeigen die unterschiedlichen Entwicklungen auf und visualisieren in den Kreisen die neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler der Altenpflege zwischen 2012 und 2019.

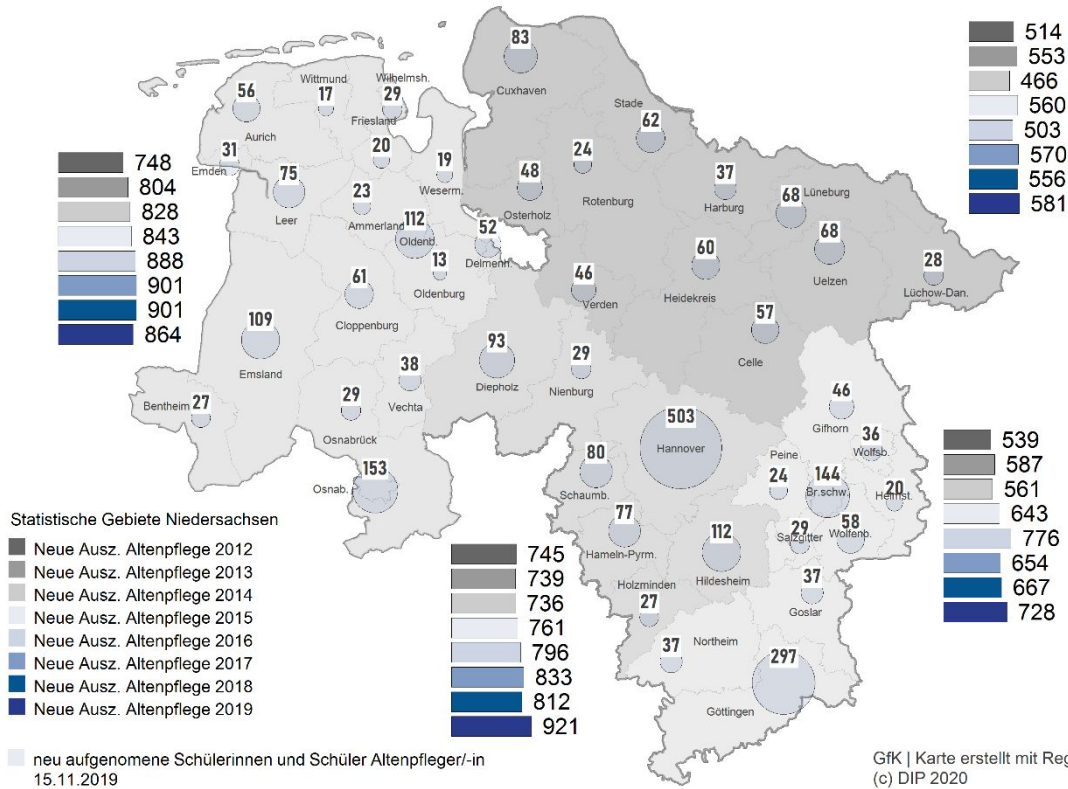


Abbildung 42: Überblick neue Auszubildende Altenpflege

Bis auf die statistische Region Weser-Ems steigen in allen statistischen Regionen die Ausbildungszahlen in der Zeitreihe an. Für die Jahre 2020 bis 2022 kann mit einem Potenzial von rund 5.780 zusätzlichen Altenpflegerinnen und Altenpflegern ausgegangen werden, die potenziell in den Beruf einmünden könnten.

Zusammenfassung Ausbildung Pflegeberufe

Trotz des bereits im Jahr 2015 prognostizierten Mehrbedarfs an Pflegefachpersonal für das Jahr 2020 von 8.000 Pflegefachkräften (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015) ist in den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeschulen Niedersachsens in den letzten Jahren nur eine moderate Erhöhung der Ausbildungsaktivität erkennbar. In der Altenpflege sind die positiven Entwicklungen deutlicher. In der Gesamtheit aber kann davon ausgegangen werden, dass die bisherigen Entwicklungen nicht ausreichen, um den Fachkräftebedarf entsprechend zu bedienen. Dies soll auf der Basis zweier Kennzahlen verdeutlicht werden.

Mit Stand 2019 waren in Niedersachsen insgesamt 180 Krankenhäuser, 119 Rehabilitationseinrichtungen, 1.350 ambulante Dienste und 1.964 teil-/vollstationäre Einrichtungen verzeichnet. In der Summe entspricht dies allein für den Kernbereich der

Beschäftigung und Versorgung einer Anzahl von 3.613 Einrichtungen, die als potenzielle Arbeitgeber zur Verfügung stehen.

Ausgehend von den Schätzwerten der Absolventinnen und Absolventen kann in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege von ca. 1.950 Personen ausgegangen werden, die bei einer vollständigen Ausschöpfung auf den Arbeitsmarkt einmünden. In der Altenpflege sind es für 2020 rund 1.900 qualifizierte Absolventinnen und Absolventen. Summiert ergeben sich 3.850 qualifizierte Pflegefachkräfte, denen 3.613 Betriebsstätten als direktes Tätigkeitsfeld zur Verfügung stehen. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Absolventinnen und Absolventen dem Arbeitsmarkt nach erfolgreicher Qualifizierung zur Verfügung stehen (z. B. durch Aufnahme eines weiterführenden Studiums, Familiengründungsphase, berufliche Umorientierung) kann davon ausgegangen werden, dass kalkulatorisch in jeder Einrichtung in Niedersachsen eine ausgebildete Pflegefachkraft aus einem Ausbildungsjahrgang zur Verfügung steht.

Steigende Bedarfe auf Seiten der Pflegebedürftigkeit, Ausweitungen der Leistungsangebote oder Neugründungen weiterer ambulanter Dienste oder teil-/vollstationärer Pflegeeinrichtungen verschärfen hierbei die Situation weiter. Mit den vorliegenden Ausbildungskennzahlen können diese zusätzlichen Bedarfssteigerungen nicht gedeckt werden.

Die vorliegenden Quoten reichen angesichts der demografischen Entwicklung innerhalb der Berufsgruppe (Pflegekammer Niedersachsen 2021) und eines verstärkten Renteneintritts älterer Mitarbeitender nicht aus, diesen Bedarf auszugleichen³⁷. Übertragen auf die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege in Niedersachsen entspricht die im Bericht der Plegekammer Niedersachsen ausgewiesene Altersverteilung einer Anzahl von rund 2.050 Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der Gruppe der über 61-Jährigen. Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege wurden in der Kalkulation die prozentualen Verteilungen der Gesundheits- und Krankenpflege verwendet³⁸. Hier ergibt sich kalkulatorisch eine Summe von rund 5.890 Pflegefachkräften in der Altersgruppe. In der Summe ist von fast 8.000 Beschäftigten auszugehen, die in der Altersgruppe der über 61-Jährigen einzuordnen sind.

Damit werden in den kommenden Jahren mindestens 2.000 Pflegekräfte jährlich allein aus Altersgründen aus dem aktiven Berufserwerb austreten.

³⁷ Im Bericht zur zweiten Auswertung der Daten aus dem Pflegefachberuferegister der Plegekammer Niedersachsen wird angegeben, dass 40,3 % der Pflegefachpersonen mindestens 50 Jahre alt sind. 33,9 % der Pflegefachpersonen sind 36 bis 50 Jahre alt und 25,8 % der Pflegefachpersonen sind 19 bis 35 Jahre alt. Der Anteil der 61-65-Jährigen liegt bei 7,7 %. In der Analyse wird ausgeführt, dass in 15 Jahren voraussichtlich 40,3 % der aktuell vollständig registrierten Pflegefachpersonen in die reguläre Altersrente eintreten werden.

³⁸ Diese liegen bei den über 61-Jährigen mit 7,7 % niedriger als die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (11,6 %). Da jedoch der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger auch in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit auf der Ebene der Klassifikation der Berufe 2010 deutlich höher sein wird, ist dieser Wert als Ausgangswert der Berechnung eingeflossen.

Kalkulatorisch werden damit mehr als die Hälfte der Absolventinnen und Absolventen aus den Pflegeausbildungen benötigt, um diesen Ersatz zu decken. Im Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen wird als Prognose des altersbedingten Ausscheidens aus dem Beruf für das Jahr 2020 ein Anteil von 5 Prozent angegeben.

Betrachtet man die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Berufen und bezieht somit auch die anderen Sektoren der Beschäftigung mit ein, so sind in Niedersachsen für Juni 2020 insgesamt 76.438 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger verzeichnet³⁹.

1.950 Ausbildungsabsolventinnen und Ausbildungsabsolventen in diesen Berufen im Jahr 2020 insgesamt entsprechen dabei einem Anteil von rund 2,6 Prozent. In der Altenpflege stehen den 31.204 in Niedersachsen verzeichneten Altenpflegerinnen und Altenpflegern 1.900 Absolventinnen und Absolventen aus der Altenpflegeausbildung gegenüber. Dies entspricht einem Anteil von rund 6,0 Prozent⁴⁰.

Die Ersatzbedarfsquote von fünf Prozent wird hierbei nur in der Altenpflege erreicht; die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege liegt deutlich darunter. Dies wird zu einer weiteren Verschärfung der Fachkräftesituation in den Einrichtungen führen. Damit verstärkt sich perspektivisch in den kommenden Jahren der Druck auf Seiten der Einrichtungen. Dies wird zu einem verstärkten Wettbewerb führen, der sowohl den intrasektoriellen als auch den intersektoriellen Bereich der wechselwilligen Pflegefachkräfte betreffen wird. Es ist zu befürchten, dass der Wettbewerb an dieser Stelle zu einer Zunahme an Anreizsystemen führen wird, um Pflegefachkräfte anzuwerben. Zu beobachten sein wird perspektivisch die Frage, wie die generalistische Pflegeausbildung in den kommenden Jahren Einfluss auf die Ausbildungszahlen insgesamt sowie auf die Einmündung der Absolventinnen und Absolventen in den jeweiligen Sektoren der Versorgung haben wird. Dazu können zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Aussagen gemacht werden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die pflegerische Versorgung in Niedersachsen auf dem aktuellen Niveau von 2020 durch Fachkräfte kurzfristig und mittelfristig nicht zu stabilisieren sein wird. Bleiben die Entwicklungen der Ausbildungszahlen auf dem Status Quo, so werden in den kommenden zehn Jahren deutlichere Engpässe in der Fachkräftesicherung zu Tage treten als aktuell. Der Fachkräfteengpass ist somit nicht temporärer Natur, sondern strukturell angelegt und lässt sich ohne weitere Anstrengungen nicht abmildern. Die Entwicklung des Fachkräftemangels hat somit erst begonnen.

³⁹ Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort in den Berufen nach KldB 2010 basieren auf einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Pendleranalyse.

⁴⁰ Hervorzuheben ist, dass die realen Einmündungsquoten nicht bei 100 % liegen werden und die Zahl der in das Berufsfeld einmündenden Pflegekräfte nach unten korrigiert werden muss. Dies kann jedoch auf der Basis fehlender vorliegender Informationen zu den Einmündungsquoten in Niedersachsen rechnerisch nicht berücksichtigt werden, sodass die beschriebenen Kennzahlen einer optimistischen Vollausschöpfung der Absolventinnen und Absolventen entsprechen.

Analyse der pflegerischen Versorgungssicherheit

Ein zentraler Anspruch der Berichterstattung ist, dass zu den aktuellen Strukturen Aussagen getroffen werden, aus denen sich Handlungsansätze und Konsequenzen ableiten lassen. Dies macht im ersten Schritt eine verdichtende und zusammenfassende Analyse der Befunde notwendig.

Ziel dabei ist, Indexwerte und damit Marker zu ermitteln, die anzeigen, in welchen statistischen Regionen aktuell oder zukünftig vorrangig mit größeren Herausforderungen in der Sicherung der pflegerischen Versorgung zu rechnen sein wird und in denen verstärkt gezielte Aktivitäten zur Sicherung durchgeführt werden sollten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Perspektive primär die der Absicherung der bestehenden Strukturen durch das Vorhandensein von ausreichenden Pflegefachkräften analysiert wird. Dieser Fokus entspricht dem primären Auftrag des vorliegenden Berichts mit der Ausrichtung auf eine Analyse der Fachkräftesituation in Niedersachsen. Die notwendigen Kennzahlen liegen vor. Modelle, in denen durch eine geringe Anzahl an Pflegefachkräften und eine Erhöhung der Helferinnen und Helfer Versorgungskonzepte entwickelt oder stabilisiert werden können, sind an dieser Stelle nicht Gegenstand der Betrachtung.

Der Indexwert soll damit einen Anhaltspunkt darstellen, die thematisierten Einzelfaktoren und Kennzahlen der Berichterstattung als Basis einer regionalen Abschätzung von Veränderungsoptionen zu nutzen und durch ein Netzwerk lokaler Akteurinnen und Akteure der Pflegeversorgung adäquate Lösungsstrategien einzuleiten. Die Ergebnisse sind als Diskussionsanstoß zu verstehen.

Die Überprüfung und Einschätzung der Validität, der auf der Basis des Modells getroffenen Aussagen und Beobachtungen, soll im Rahmen der Regionalkonferenzen vorgenommen werden. Das Modell bietet hinsichtlich der Aussagekraft zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen orientierenden Charakter.

Index pflegerischer Versorgungssicherung

Das nachfolgend beschriebene Modell wurde normativ entwickelt und dient einer beschreibenden und vergleichenden Analyse. Es basiert auf plausiblen, beobachtbaren Zusammenhängen, die ohne spezifische Gewichtung der einzelnen Faktoren in ein Indexmodell^{41 42} einbezogen wurden.

⁴¹ Der eigentliche Gegenstand der Betrachtung, die pflegerische Versorgungssicherheit, kann nicht näher und gültig quantifiziert werden (Endpunkt). Daher lassen sich aktuell keine statistischen Modelle (z. B. Strukturgleichungsmodelle) berechnen, die den Einflussgrad der jeweiligen Indikatoren auf den Endpunkt erlauben und überprüfbar aus der Vergangenheit darlegen können.

⁴² Grenzen der Aussagekraft ergeben sich u.a. daraus, dass die zu betrachtenden regionalen Räume die der Kreisgrenzen sind und ggf. zusammenfassende Regionsbeschreibungen zu anderen Ergebnissen führen, wenn z.B. der Landkreis Osnabrück mit der Stadt Osnabrück gemeinsam betrachtet würde. So stellt z.B. die geringe Aktivität der Ausbildung im Landkreis Osnabrück für den Index der Kreise einen relevanten Faktor dar. Erfolgt die Bildung jedoch primär in der Stadt Osnabrück ohne negative Auswirkung auf die Akquisition von Personal im Landkreis, so ist dies ein statistischer, aber kein in der Realität bedeutsamer Effekt.

Ansatzpunkt dieser Analyse ist es, unterschiedliche Faktoren aus dem Bericht zu einem Modell zusammenzufassen, die sich über eine Rangfolgenmatrix als Gesamtindex der pflegerischen Versorgungssicherung zusammenfassen lassen.

Die Kommunen werden damit mit ihren jeweiligen Indexwerten innerhalb eines Wertebereichs zueinander in Beziehung gesetzt. Die Abstände sind normiert und daher vergleichbar. Für Niedersachsen kann in der Folge ein Durchschnittswert berechnet werden, und es lassen sich die Abweichungen der einzelnen Kommunen vom Durchschnittswert des Landes berechnen und darstellen.

Der Index bildet eine Bestandaufnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab. Ändern sich in den Kommunen relevante Daten, so ändern sich deren Indexwerte und damit die der Kommunen zueinander in der Rangfolge im Modell. Damit wird mit dem vorliegenden Modell eine Ausgangsbasis geschaffen, die im Falle fortgeführter Analysen auch Vergleiche zwischen den Jahren für einzelne Kommunen zulässt. So können Entwicklungen aufgegriffen werden und beschrieben werden, die durch mehr als einen einzelnen Faktor zu erfassen sind.

Die Analyse konnte dabei vor dem Hintergrund der kommunalen Raumordnung ermittelt werden. Ggf. ist es zweckmäßig, hier eine Zusammenlegung der Werte und der Betrachtungen vorzunehmen. Beispielsweise werden die Stadt Osnabrück und der Landkreis Osnabrück getrennt betrachtet. Hier könnte eine Zusammenführung perspektivisch vorgenommen und räumlich betrachtet auch gut vertreten werden, da der Landkreis Osnabrück die Stadt Osnabrück umschließt. Für die Stadt Oldenburg ist dies hingegen schwieriger, da sie nicht nur mit dem Landkreis Oldenburg zusammengeführt werden könnte, sondern auch an die Landkreise Ammerland und Wesermarsch angrenzt. Eine eindeutige Zuordnung der Kennzahlen zu einem Landkreis allein oder eine anteilige Verrechnung kann damit ohne ein Modell nicht gesichert erfolgen. Daher wird der Landkreis getrennt betrachtet und die Ausweisung der Indexwerte erfolgt auf der Basis der kommunalen Betrachtung.

Das Modell wurde entwickelt, indem eine Liste von Merkmalen festgelegt wurde, die Einfluss nehmen auf die Versorgungssicherheit und Aussagen über das Verhältnis der Bedarfe der Versorgung, der Entwicklung der Versorgung sowie der Qualifizierung von Pflegekräften vor Ort ermöglichen.

Diese Indikatoren lassen sich wie folgt beschreiben:

- Bedarfskennzahlen im jeweiligen Kreis, die pflegerische Potenziale auf der Ebene der Pflegefachkräfte binden (dazu zählen z. B. die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen im Jahr 2019, die Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Jahr 2019 sowie die Anzahl der Betten in den Krankenhäusern im Jahr 2019). Diese Werte wurden in Beziehung gesetzt zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte, die im Kreis selbst wohnen und dort arbeiten. Sie decken in einer kalkulierten Relation (Anzahl der Pflegefachkräfte pro Pflegebedürftigem und Bettenzahl in den Krankenhäusern) die im Kreis vorliegenden Bedarfe der pflegerischen Versorgung ab. Die

Helferinnen und Helfer in der Altenpflege sowie der Krankenpflege sind in das Modell nicht einbezogen, da sie numerisch eine geringe Anzahl ausmachen und der Index die Sicherung der Versorgung auf der Basis der fachpflegerischen Unterstützung fokussiert. Die berechneten Bedarfsrelationen wurden auf einer Skala bis zum Wert 50 standardisiert.

- Als prognostisches Element im Index dient die Bevölkerungsentwicklung der über 75-Jährigen bis zum Jahr 2030. Damit drückt sich ein prognostischer Bedarf aus, der positiv sowie negativ sein kann. Negative Werte können dazu führen, dass ein regionaler Fachkräftebedarf sinkt und stark steigende Werte werden in der Tendenz eher zu einem Mehrbedarf an Pflegefachkräfte führen. Auch diese Werte wurden auf einer Skala bis zum Wert 50 standardisiert.
- Als dritter Wert fließt die aktuelle regionale Ausbildungsaktivität im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt in den Indexwert mit ein. Diese wird ermittelt, indem die Gesamtzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler in die dreijährige Pflegeausbildung in Relation zu der Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte, die im Kreis wohnen und arbeiten, gesetzt wird. Die regionale Ausbildungsaktivität wurde auf einer Skala bis zum Wert 50 standardisiert.

Die einzelnen Werte der kreisbezogenen Skalenwerte wurden in der Folge summiert und durch die Anzahl der Merkmale der Indexgruppen (drei) dividiert. Eine Gewichtung der Faktoren wurde dabei nicht vorgenommen. Damit sind die Ausbildungsaktivität, die prognostische Bevölkerungsentwicklung sowie die Relation der Personalzahlen zu den Versorgungseinrichtungen als gleichrangig in einen Gesamtindex eingeflossen. Das nachfolgende Modell fasst die in das Modell integrierten Werte zusammen.

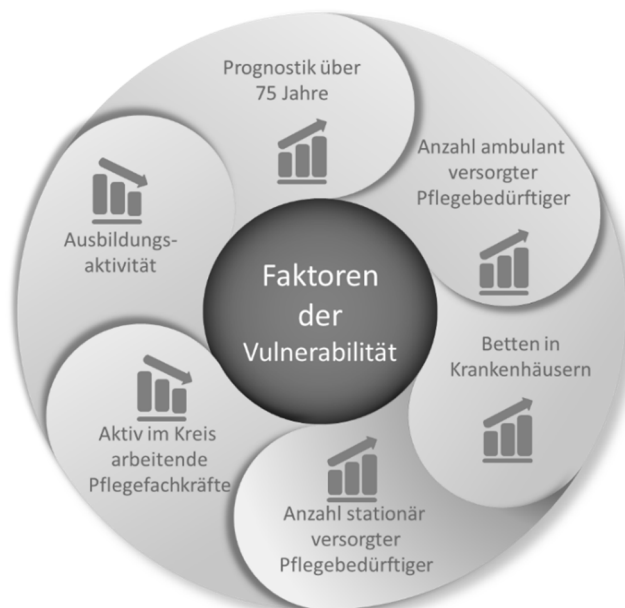


Abbildung 43: Faktoren der Vulnerabilität der Versorgungssicherheit

Die in der Grafik abgebildeten Diagramme weisen mit ihrer Richtung die Faktoren aus, die als Herausforderungen für eine Versorgungssicherheit betrachtet werden können. Hohe zukünftige Bedarfe (Bevölkerungsprognostik), hohe bestehende Bindungen und Nachfrage in den ambulanten Diensten, den stationären Einrichtungen und den Krankenhäusern können in der Ausprägung als eine bestehende Herausforderung betrachtet werden. Bei den Pflegefachkräften sind niedrige Zahlen der zur Verfügung stehenden Fachkräfte im eigenen Landkreis/ der eigenen kreisfreien Stadt sowie eine niedrige Ausbildungskapazität Faktoren, die sich negativ auf die Stabilisierung der pflegerischen Versorgung auswirken können.

Der Index selbst weist ein potenzielles Wertespektrum zwischen 0 und 50 aus, wobei niedrige Werte eine geringe Ausprägung der Vulnerabilität der pflegerischen Versorgungssicherung beschreiben und hohe Werte eine ausgeprägte Vulnerabilität erfassen. In der Summe weisen die in Beziehung zueinander gesetzten Merkmale darauf hin, dass eine pflegerische Versorgungssicherung angesichts des Nachfragedrucks, der prognostischen Entwicklung sowie der bestehenden Ausbildungsaktivität im Vergleich zu den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten deutlich erschwert sind.

Vergleiche zu anderen Bundesländern liegen bislang nicht vollumfänglich vor⁴³ und daher kann kein Absolutwert oder ein Vergleichswert zu anderen Bundesländern berechnet werden.

Relation regionale Pflegefachkräfte Angebot und Bindung

Der erste Wert, der in den Index einfließt, ist die Zusammenführung der Pflegefachkräfte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege, die in der Region wohnen und in der Kommune arbeiten. Sie werden in Relation zur Bindung durch die ambulant und stationär betreuten Pflegebedürftigen gesetzt sowie mit der Anzahl der Krankenhausbetten, die für die Akutversorgung zur Verfügung stehen.

⁴³ Das Modell des Index der pflegerischen Versorgungssicherung wurde aktuell neben Niedersachsen auch für Bayern ermittelt. Hier fließt er ein in das Monitoring zum Pflegepersonalbedarf der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VDPB). Daneben wurde er auch für Nordrhein-Westfalen berechnet und fließt ein in die Analyse zur Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2019. Darüber hinaus liegen keine landesspezifischen Analysen zum Fachkräftemonitoring in den Bundesländern vor, die auf das Modell zurückgreifen.

ANALYSE DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wurde analog eine Zusammenführung vorgenommen.

Die abgebildeten Kennzahlen zeigen dabei auf, auf wie viele im Kreis lebende und aktiv arbeitende Pflegefachkräfte eine neu aufgenommene Schülerin / ein neu aufgenommener Schüler in der Fachpflege entfällt.

Ein hoher Wert weist dabei auf eine niedrige Ausbildungsaktivität hin. Hier ist zu erwarten, dass eine Nachbesetzung bzw. auch ein Ersatz durch Berentung nur unzureichend durch die neu qualifizierten Pflegefachkräfte zu realisieren ist. Niedrige Werte zeigen dementsprechend auf, dass in der Kommune eine hohe Ausbildungsichte vorhanden ist und damit potenziell bessere Chancen bestehen, einen weiteren Bedarf ortsnahe bedienen zu können.

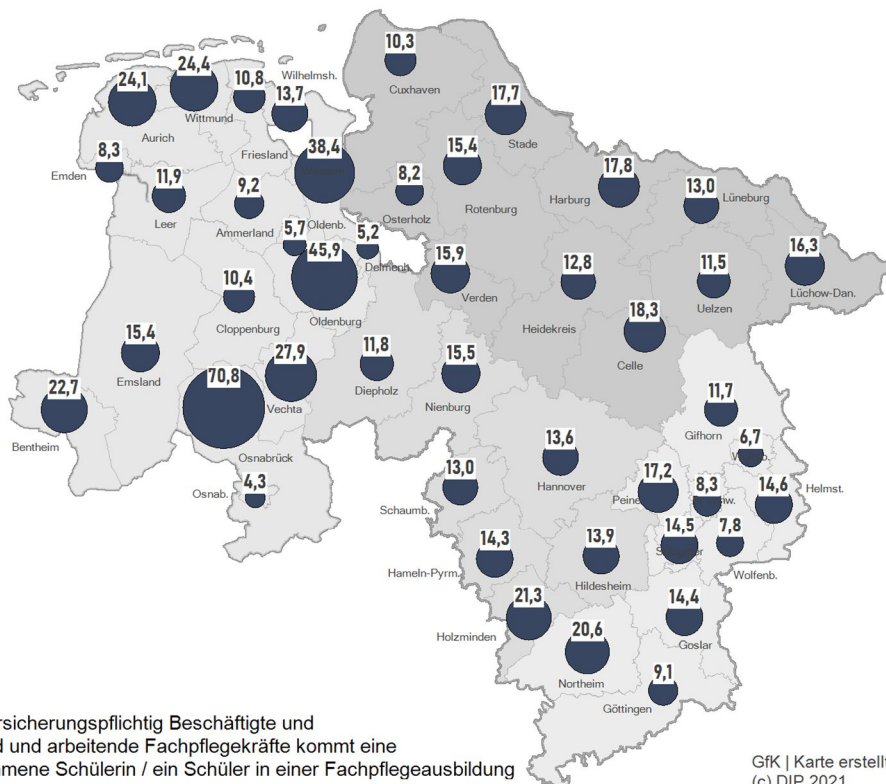


Abbildung 46: Ausbildungsaktivität regional

Eine hohe Ausbildungsintensität (und damit ein niedriger Relationswert) wird in der Stadt Osnabrück beobachtet. Hier kommt eine neue Schülerin/ ein neuer Schüler rechnerisch auf lediglich 4,3 im Kreis aktive Pflegefachkräfte. Diese hohe Ausbildungsaktivität ist allerdings dadurch verzerrt, dass zwar die theoretische Ausbildung in der Stadt und den dort ansässigen Bildungseinrichtungen erfolgt, das Einzugsgebiet aber über die Stadt hinausgeht. So werden auch die Auszubildenden aus den Versorgungseinrichtungen des Landkreises in der Stadt qualifiziert. Hier ergeben sich im Umkehrschluss extrem hohe Werte und damit ungünstige Relationszahlen zwischen den im Landkreis Osnabrück verorteten Pflegefachkräften und der Anzahl der Auszubildenden, die im

Landkreis Osnabrück selbst qualifiziert werden. Dies hat auch einen Einfluss auf den späteren Indexwert bei diesen beiden Kommunen.

Hohe Aktivitäten der Ausbildung können auch in der Stadt Delmenhorst, in der Stadt Oldenburg, der Stadt Wolfsburg, dem Landkreis Wolfenbüttel sowie in anderen Kommunen zu beobachten, in denen einstellige Relationszahlen oder niedrige zweistellige Kennzahlen bestehen.

Pflegerische Versorgungssicherung in der regionalen Betrachtung

Der Gesamtindex wird aus den drei Teilscores zusammengesetzt, die jeweils auf einen Wertebereich bis 50 standardisiert sind. Nachfolgend werden in der Tabelle die Einzelwerte der berechneten Scores dargelegt. Hohe Werte weisen in den Einzelscores auf eine größere Problematik bezogen auf den Faktor hin und niedrige Werte auf eine im Vergleich zu den anderen Kommunen geringe Ausprägung der Problemlage.

Im Bereich der Bevölkerungsentwicklung z.B. zeigt der Wert 50 im Landkreis Emsland an, dass hier die größte demografische Entwicklung der über 75-Jährigen erwartet wird. Negative Werte weisen aus, dass ein Rückgang zu verzeichnen ist.

LAND- KREISE/KREIS- FREIE STÄDTE	BEDARFS- RELATION	BEVÖLKE- RUNGSENT- WICKLUNG	AUSBIL- DUNGSAKTIVI- TÄT	INDEX- WERT
LK Ammerland	32,83	25,73	6,48	21,7
LK Aurich	26,93	42,82	17,04	28,9
LK Celle	32,7	21,59	12,92	22,4
LK Cloppenburg	26,36	19,32	7,31	17,7
LK Cuxhaven	40,32	20,18	7,26	22,6
LK Diepholz	40,78	25,24	8,35	24,8
LK Emsland	23,99	50	10,88	28,3
LK Friesland	27,07	11,63	7,6	15,4
LK Gifhorn	38,53	21,57	8,25	22,8
LK Goslar	36,48	-1,45	10,15	15,1
LK Göttingen	23,49	22,47	6,44	17,5
LK Grafschaft Bentheim	28,12	17,15	16	20,4
LK Hameln-Pyrmont	29,51	2,99	10,1	14,2
LK Harburg	42,65	25,5	12,58	26,9
LK Heidekreis	30,1	7,44	9,01	15,5
LK Helmstedt	29,98	5,25	10,33	15,2
LK Hildesheim	28,11	13,37	9,81	17,1

ANALYSE DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT

LK Holzminden	50	2,05	15,03	22,4
LK Leer	29,83	27,44	8,37	21,9
LK Lüchow-Dannenberg	38,97	3,74	11,5	18,1
LK Lüneburg	24,61	25,79	9,14	19,8
LK Nienburg (Weser)	36,1	10,58	10,93	19,2
LK Northeim	31,66	4,38	14,56	16,9
LK Oldenburg	49,99	16,75	32,42	33,1
LK Osnabrück	29,52	35,34	50	38,3
LK Osterholz	35,95	14,23	5,77	18,7
LK Peine	41,71	9,02	12,17	21
LK Rotenburg	23,98	21,22	10,9	18,7
LK Schaumburg	42,61	11,61	9,15	21,1
LK Stade	25,98	26,5	12,52	21,7
LK Uelzen	26,03	4,89	8,11	13
LK Vechta	21,69	18,97	19,72	20,1
LK Verden	37,75	21,27	11,23	23,4
LK Wesermarsch	35	8,89	27,09	23,7
LK Wittmund	38,92	12,69	17,19	22,9
LK Wolfenbüttel	41,61	8,52	5,54	18,6
Region Hannover	24,57	43,89	9,57	26
Stadt Braunschweig	33,37	-0,38	5,89	13
Stadt Delmenhorst	38,58	6,69	3,64	16,3
Stadt Emden	36,16	8,13	5,83	16,7
Stadt Oldenburg	26,21	19,79	4	16,7
Stadt Osnabrück	30,54	1,12	3,01	11,6
Stadt Salzgitter	34,94	-1,02	10,26	14,7
Stadt Wilhelmshaven	28,35	-0,35	9,7	12,6
Stadt Wolfsburg	38,03	-10,45	4,73	10,8

Tabelle 16: Index der fachpflegerischen Versorgungssicherheit

Der Index insgesamt weist für die Kommunen in Niedersachsen einen Wertebereich von 10,77 (kreisfreie Stadt Wolfsburg) bis 38,29 (Landkreis Osnabrück) aus. Damit wird eine große Spannweite zwischen den Kommunen im direkten Vergleich deutlich. Auffallend ist, dass eine hohe Dichte der unterdurchschnittlich bewerteten Kommunen in der statistischen Region Braunschweig besteht. Im Gegensatz dazu ist in der statistischen Region Weser-Ems eine hohe Dichte der überdurchschnittlich bewerteten Kommunen zu

ANALYSE DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT

beobachten, sodass die regionale Differenzierung hier insgesamt auf einen höheren Handlungsdruck verweist.

Die erste grafische Auswertung des Gesamtscores zeigt die Kommunen, die jeweils unterhalb oder oberhalb des Landesdurchschnittswertes liegen. Die hellblauen Kommunen weisen Werte unterhalb des Landesdurchschnitts von 19,94 auf, die dunkelblauen liegen darüber. Insgesamt sind 24 der 45 Kommunen unterhalb des Wertes und weisen im Vergleich zu den anderen Kommunen bessere Grundvoraussetzungen auf, die fachpflegerische Versorgung zu stabilisieren. 21 Kommunen weisen höhere Werte als den Landesdurchschnitt und damit höhere Risiken auf.

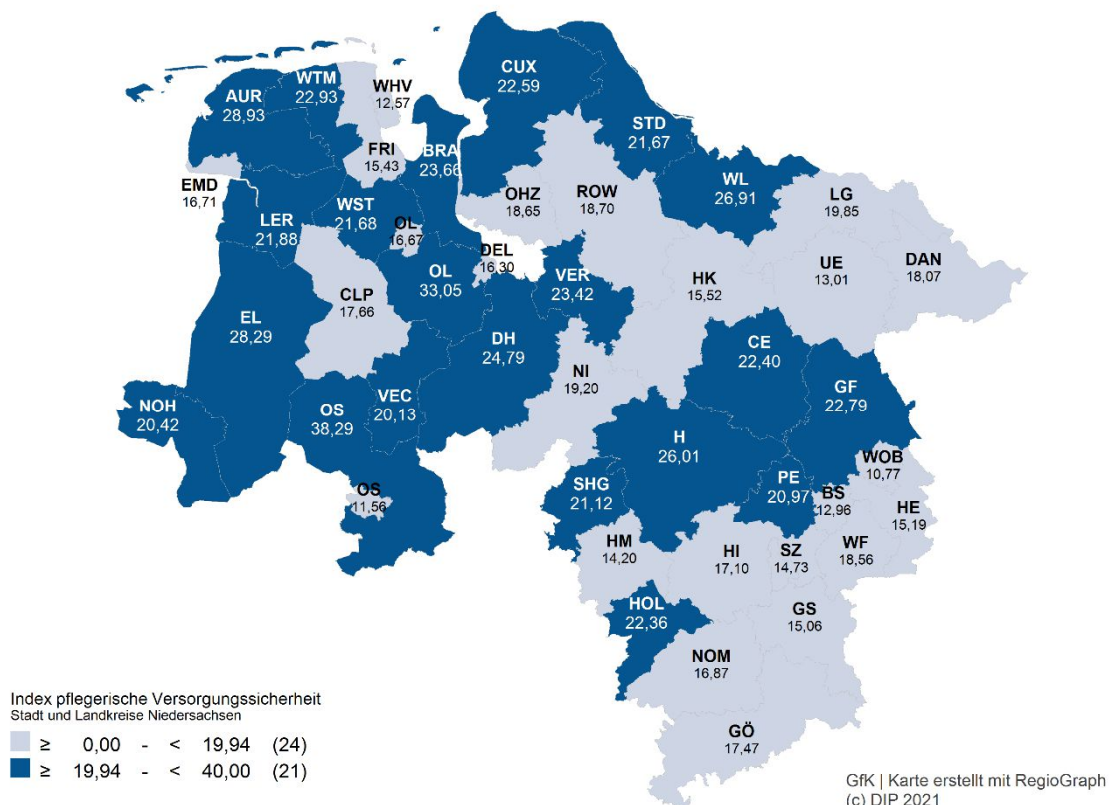


Abbildung 47: Regionale Betrachtung Indexwerte Niedersachsen 2019

In der Verteilung zeigt sich, dass auffallend viele Kommunen mit niedrigen Werten in der statistischen Region Braunschweig zu beobachten sind und auffallend viele Kommunen mit einem hohen Indexwert in der statistischen Region Weser-Ems. In der statistischen Region Lüneburg sind die Kommunen mit einem niedrigeren und einem höheren Indexwert ungefähr gleichverteilt (fünf Kommunen liegen oberhalb des Wertes, sechs darunter). Gleiches gilt für die statistische Region Hannover. Hier liegen drei Kommunen oberhalb des Durchschnitts und vier darunter.

Die zweite Grafik differenziert die Kommunen nach den Kennzahlen des Index in der Gesamtverteilung in Niedersachsen. Mit zunehmender Färbung wird dabei eine zunehmende Erhöhung des Indexwertes ausgedrückt.

ANALYSE DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT

Die Grafik veranschaulicht, dass besonders hohe Werte in den Landkreisen Osnabrück (38,29) und Oldenburg (33,05) bestehen. Diese Werte lassen sich u. a. dadurch erklären, dass in den beiden Landkreisen eine geringe eigene Ausbildungsaktivität zu verzeichnen ist. Dies aber ist nicht zwingend problematisch, wenn die Schülerinnen und Schüler die theoretische Ausbildung an Pflegeschulen in der Stadt Osnabrück oder der Stadt Oldenburg absolvieren, nach der Ausbildung aber weiter bei ihren praktischen Ausbildungsbetrieben im jeweiligen Landkreis bleiben und dort arbeiten.

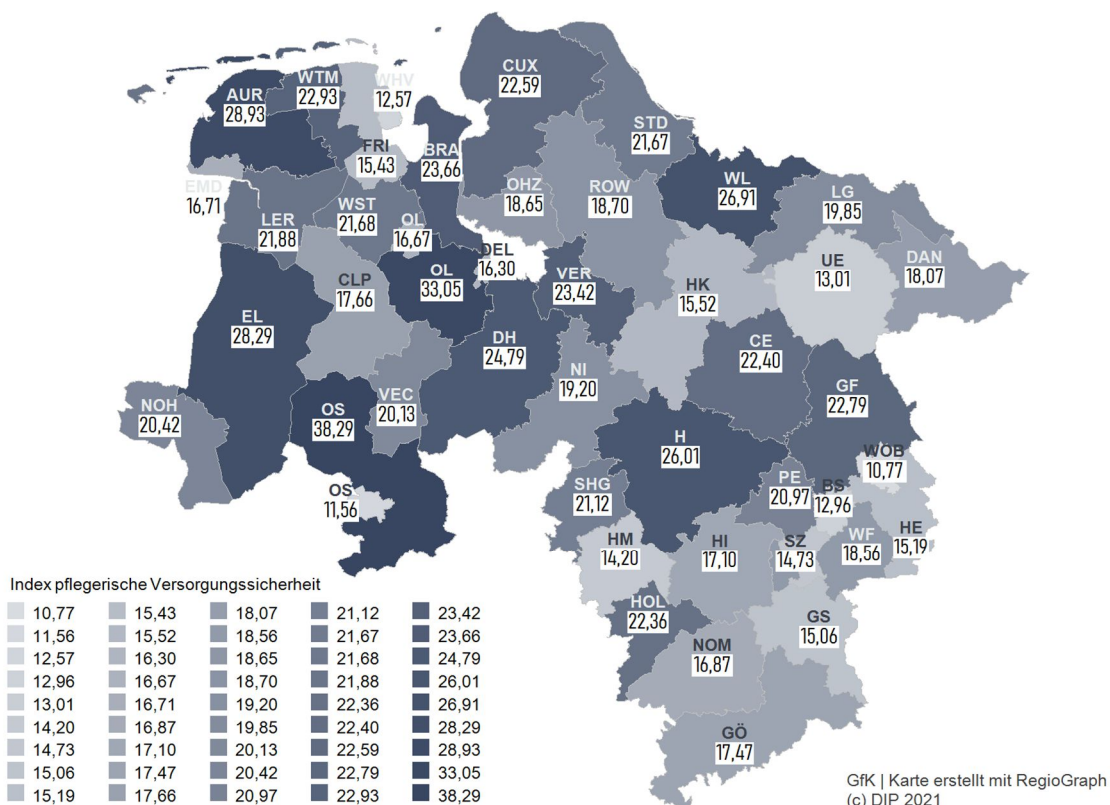


Abbildung 48: Rangliste fachpflegerische Versorgungssicherung

Ausgeprägt hohe Werte gegenüber den anderen Kommunen ergeben sich auch für die Landkreise Aurich (28,93), Emsland (28,29) und Harburg (26,91), die Region Hannover (26,01) sowie die Landkreise Diepholz (24,79), Verden (23,42) und Wittmund (22,93). In diesen zehn Kommunen lässt das Modell die größten Herausforderungen erwarten.

Für den Landkreis Osnabrück, der sich im Modell als besonders vulnerabel bezüglich einer pflegerischen Versorgungssicherheit darstellt, lässt sich die Situation in der Kumulierung der einzelnen Faktoren wie folgt beschreiben:

In der Altersklasse der über 75-Jährigen wird von einer Steigerung um 9,8 Prozent (3.856 zusätzliche Personen) bis 2030 ausgegangen. Damit liegt der Landkreis Osnabrück auf dem vierten Platz aller Kommunen bezüglich der erwartbaren demografischen Entwicklung in Niedersachsen. Aktuell besteht bereits eine hohe Dichte an Einrichtungen (48 ambulante Pflegedienste sowie 96 teil-/vollstationäre Einrichtungen). Von den Einrichtungen werden aktuell 9.865 pflegebedürftige Personen betreut. Mit 1.602

aufgestellten Krankenhausbetten in zehn Krankenhäusern (Krankenhausplan 2019) besteht ein hohes Angebot im Krankenhaussektor. Insgesamt ist dies in Niedersachsen der Listenplatz drei bezogen auf die aktuelle Versorgungs- und Betreuungsdichte.

Bezogen auf die Bindung der im Kreis lebenden Pflegefachkräfte ist somit von einem hohen Bedarf auszugehen.

Die Gesamtzahl der im Kreis wohnenden Pflegefachkräfte liegt bei 5.393, wobei davon 3.258 im Kreis tätig sind. Mit dem Listenplatz drei aller Kommunen weist der Landkreis Osnabrück eine besonders intensive Personaldichte aus.

Die Ausbildungsaktivität im Landkreis ist sehr gering.⁴⁴ Auf eine an den Bildungseinrichtungen im Landkreis neu ausgebildete Pflegefachkraft kommen 70,83 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte, die im Kreis wohnen und arbeiten. Dies ist die geringste kommunale Ausbildungsaktivität in Niedersachsen.

In der Summe der Faktoren ergibt sich hier die Frage nach einer Stabilisierung der Versorgungskapazitäten vor dem Hintergrund der erwartbaren Zunahme der Pflegebedürftigen in der Zukunft und der demografischen Entwicklungen im Pflegeberuf. Der Landkreis ist darauf angewiesen, dass die in den kooperierenden Bildungseinrichtungen in der Stadt Osnabrück ausgebildeten Pflegefachkräfte nach Absolvierung der Ausbildung in den Einrichtungen im Landkreis beruflich tätig werden und nicht abwandern. Zugleich deuten die Pendlerkennzahlen für den Landkreis darauf hin, dass die Stadt Osnabrück als Magnet zu bezeichnen ist und dass zahlreiche im Kreis lebende Pflegefachkräfte in die Stadt zur Arbeit einpendeln.

Die Region Hannover wird ebenfalls insgesamt als vulnerabel identifiziert (Indexwert von 26,01 und damit oberhalb des Landesdurchschnitts). In der Region bestehen auf der Nachfrageseite die höchste Anzahl an Pflegebedürftigen (16.331 in stationären und 14.482 in ambulanten Versorgungssettings im Jahr 2019), die höchste Anzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen (440) sowie die höchste Anzahl an aufgestellten Krankenhausbetten (6.722).

Gleichzeitig wird prospektiv von einer relativ betrachtet geringen Zunahme der über 75-Jährigen bis 2030 (3,6 Prozent bzw. 4.788 Personen) ausgegangen. Die Region Hannover liegt damit hinter dem Landkreis Emsland (5.455) auf dem zweiten Listenplatz in Niedersachsen. Die Zunahme wird dennoch den Nachfragedruck insgesamt vergrößern; die Bindung des bestehenden Personals ist bereits sehr hoch und kann durch die eigenen Pflegefachkräfte im Kreis nicht nachhaltig stabilisiert werden.

Mit 14.097 Pflegefachkräften steht im kommunalen Vergleich in der Region Hannover die größte Anzahl an Pflegefachkräften zur Verfügung. Die Ausbildungsaktivität liegt daran gemessen eher im Mittelfeld. Hier kommen auf eine Ausbildungsanfängerin oder

⁴⁴ Angenommen werden kann hierbei jedoch, dass ausbildende Einrichtungen Kooperationen mit Bildungseinrichtungen in Osnabrück Stadt haben. Führt dies nicht dazu, dass Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildung migrieren und den Einrichtungen im Kreis nicht mehr zur Verfügung stehen, so kann die geringe Ausbildungsaktivität ggf. nur geringfügig negative Auswirkungen haben. Dies muss in Diskussionen mit den Trägern der Einrichtungen vor Ort weiter erörtert werden, um die Analyse zu verifizieren oder anzupassen.

einen Ausbildungsanfänger im Jahr 2019 13,56 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte, die vor Ort wohnen und arbeiten. Den vorliegenden Kennzahlen zufolge profitiert die Region Hannover insgesamt stark von den umliegenden Kommunen, aus denen zahlreiche Pflegefachkräfte in die Region zur Arbeit einpendeln, was zugleich eine Abhängigkeit darstellt. In der Gesamtschau der Einrichtungsdichte, der Krankenhausbettenzahl und der Anzahl der Pflegefachkräfte findet tendenziell eher wenig regionale Ausbildung statt.

Im Gegensatz dazu findet sich für die kreisfreie Stadt Wolfsburg, in der aktuell die niedrigsten Indexwerte in Niedersachsen verzeichnet werden können, die folgende Situation: In der Stadt Wolfsburg werden aktuell 2.995 Pflegebedürftige in 13 ambulanten sowie 18 teil-/vollstationären Einrichtungen betreut; es gibt laut Krankenhausplan 2019 in den Krankenhäusern 547 Betten. Damit ist die notwendige Potenzialbindung Pflegefachkräfte eher überschaubar. In der Stadt selbst leben und arbeiten 473 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger sowie 204 Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Insgesamt stehen somit ohne Pendlerbetrachtung in der Stadt 683 Pflegefachkräfte zur Verfügung. Damit liegt die Stadt auf Platz 13 in Niedersachsen. Bezüglich der Bevölkerung über 75 Jahre wird mit einem negativen Saldo gerechnet. Es wird in den Bevölkerungsprognosen davon ausgegangen, dass in den kommenden zehn Jahren rund 1.140 Personen weniger in der Altersklasse der über 75-Jährigen in Wolfsburg leben werden. Damit wird sich prognostisch die Pflegebedürftigkeit eher verringern als substanziell erhöhen. Bezüglich der Ausbildungsaktivität liegt Wolfsburg auf einem der vorderen Plätze. Insgesamt wurden 102 neue Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung registriert. Gemessen an der Anzahl der in der Stadt wohnenden und arbeitenden Pflegefachkräfte ist dies eine Relation von einer neuen Auszubildenden oder einem neuen Auszubildenden auf 6,7 beschäftigte Pflegefachkräfte.

In der Summe der Werte bedeutet die hohe Ausbildungsaktivität und vor allem die kalkulatorisch eher sinkenden Bedarfe der Pflegebedürftigkeit, bei einer aktuell recht guten personellen Ausstattung und Relation der Bedarfsdeckung, dass in der kreisfreien Stadt Wolfsburg aktuell im Gegensatz zu anderen Kommunen bessere Bedingungen bestehen, um eine pflegerische Versorgung prospektiv sicherstellen zu können.

Die weiteren kommunalen Einzelanalysen sollen in den Regionalkonferenzen vorgestellt werden, um die Bedeutung vor Ort zu diskutieren und den Index als mögliches Instrument zur zusammenfassenden Betrachtung zu validieren. Gegebenenfalls wird nach Abschluss der Diskussionen vor Ort eine Modifikation des Index erforderlich werden, sodass die vorliegenden Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind.

Ergebnisse der Befragung

Im Rahmen der Erstellung des Landespflegeberichts Niedersachsen wurde erstmalig eine Befragung der ambulanten Dienste, der Krankenhäuser, der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie der Bildungseinrichtungen durchgeführt. Sie fand als Online-Befragung zwischen Oktober und Dezember 2019 statt. Die Fragebogenkonstruktion wurde zunächst in einer Sitzung mit der Fachabteilung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung abgestimmt. Anschließend wurden die Instrumente im Rahmen eines Arbeitstreffens mit Expertinnen und Experten aus dem Feld abgestimmt. Die Erhebungen selbst fanden im Vorfeld der Corona-Pandemie statt und bilden vor diesem Hintergrund die Ergebnisse des Ist-Standes bis zum Ende des Jahres 2019 ab. Dies gilt es im nachfolgenden Teil zu beachten, da sich aktuelle Veränderungen, die durch die Corona-Pandemie bedingt sein können, in den Ergebnissen der Befragung nicht widerspiegeln.

Die vorliegenden Ergebnisse systematisieren die Bewertungen aus den unterschiedlichen Versorgungssektoren und den Bildungseinrichtungen. Sie werden in der Folge überwiegend grafisch dargelegt⁴⁵ sowie mit entsprechenden Interpretationsangeboten versehen.

Stichprobe und Verteilung

Die nachfolgende Tabelle visualisiert die Stichprobenverteilung der teilnehmenden Einrichtungen in den Sektoren nach Regionen differenziert. In der Gesamtheit lagen aus allen Bereichen auswertbare Datensätze von 468 Organisationen aus Niedersachsen vor. Insgesamt konnten 192 ambulante Dienste, 191 teil-/vollstationäre Einrichtungen, 45 Krankenhäuser und 40 Bildungseinrichtungen in die Auswertung der Befragungen einbezogen werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die jeweilige Abweichung der teilnehmenden Einrichtungen bezogen auf die regionale Verteilung an der Grundgesamtheit insgesamt. Zu bewerten ist, ob die vorliegenden Ergebnisse als repräsentativ zu werten sind und ob sich daraus den Befunden für die jeweiligen statistischen Regionen stabile und übertragbare Aussagen ableiten lassen.

Dies ist der Fall, wenn die Verteilung annähernd ähnlich wie in der Grundgesamtheit ist. Lassen sich erhebliche Abweichungen in der regionalen Verteilung ausmachen, so sind die Daten für die statistischen Regionen nicht als repräsentativ zu werten, und es können keine Berechnungen (z. B. Hochrechnungen) für die statistischen Regionen vorgenommen werden.

⁴⁵ Bezogen auf die Grafiken wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aufgrund der besseren Darstellbarkeit Werte unterhalb von 5 Prozent nicht ausgewiesen werden.

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Einrichtungen	Braunschweig	Hannover	Lüneburg	Weser-Ems
Krankenhäuser NDS 2017	31	43	36	59
Anteil regional an Grundgesamtheit	18,3 %	25,4 %	21,3 %	34,9 %
Anteil der Teilnehmenden an Grundgesamtheit	22,6 %	25,6 %	27,8 %	18,6 %
Ambulante Dienste NDS 2017	260	429	273	425
Anteil regional an Grundgesamtheit	18,7 %	30,9 %	19,7 %	30,6 %
Anteil der Teilnehmenden an Grundgesamtheit	10,8 %	18,2 %	7,0 %	12,5 %
Teil-/vollstationäre Einrichtungen NDS 2017	376	576	768	642
Anteil regional an Grundgesamtheit	15,9 %	24,4 %	32,5 %	27,2 %
Anteil der Teilnehmenden an Grundgesamtheit	8,5 %	12,5 %	1,4 %	9,3 %
Bildungseinrichtungen NDS	44	49	37	66
Anteil regional an Grundgesamtheit	22,4 %	25,0 %	18,9 %	33,7 %
Anteil der Teilnehmenden an Grundgesamtheit	34,1 %	12,2 %	27,0 %	10,6 %

Tabelle 17: Regionale und sektorale Daten der Stichprobe

Die Daten weisen stark variierende Rückläufe aus den Regionen gegenüber der Grundgesamtheit auf. Die Stichprobe kann somit nicht als repräsentativ betrachtet werden. Beispielsweise sind in der statistischen Region Lüneburg sowohl bei den teil-/vollstationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten so niedrige Rückläufe zu verzeichnen, dass eine Übertragung der Daten auf die Grundgesamtheit aller Einrichtungen in der statistischen Region Lüneburg fehlerbehaftet sein könnte. Die Daten können jedoch in der Gesamtheit als aussagekräftig für das Bundesland Niedersachsen betrachtet werden, da aus allen Sektoren entsprechend hohe Informationsdichten erreicht werden konnten. Regionale Berechnungen erfolgen nicht.

Sektorenübergreifende Ergebnisse zum Fachkräftebedarf

In einem ersten Befragungsteil wurden Aussagen zur Anzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang ermittelt. Die Einrichtungen wurden gebeten, die Anzahl der Mitarbeitenden in Teilzeit, die der Mitarbeitenden in Vollzeit sowie die Anzahl der aktuell offenen und zu besetzenden Stellen für die jeweiligen

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Berufsgruppen anzugeben. Dabei wurden Eingaben zu den aktuell offenen und zu besetzenden Stellen in Vollzeitäquivalenten⁴⁶ vorgenommen.

Personalkennzahlen der Sektoren			
	Anzahl Mitar- beitende in <i>Teilzeit</i>	Anzahl Mitar- beitende in <i>Vollzeit</i>	Aktuell offene u. zu beset- zende Stellen in VZÄ
Ambulante Dienste (n=192)			
Fachkräfte Gesundheits- und Kranken- pflege	1.440	687	271,89
Fachkräfte Gesundheits- und Kinderkran- kenpflege	271	229	82,04
Fachkräfte Altenpflege	1.070	530	231,81
Hilfskräfte Staatl. anerkannte Pflegeassis- tenz	170	70	78,00
Hilfskräfte Alten- und Krankenpflegehilfe	240	48	72,41
Anzahl und Anteile insgesamt	3.191 (58,1 %)	1.564 (28,5 %)	736,15 (13,4 %)
teil-/vollstationäre Einrichtungen (n=191)			
Fachkräfte Gesundheits- und Kranken- pflege	1.796	776	174,51
Fachkräfte Gesundheits- und Kinderkran- kenpflege	244	178	62,83
Fachkräfte Altenpflege	1.231	976	216,63
Hilfskräfte Staatl. anerkannte Pflegeassis- tenz	269	104	63,70
Hilfskräfte Alten- und Krankenpflegehilfe	429	108	48,05
Anzahl und Anteile insgesamt	3.969 (59,4 %)	2.142 (32,1 %)	565,72 (8,5 %)
Krankenhäuser (n=45)			
Fachkräfte Gesundheits- und Kranken- pflege	4.179	5.444	377,25
Fachkräfte Gesundheits- und Kinderkran- kenpflege	407	301	38,49
Fachkräfte Altenpflege	85	124	20,00
Hilfskräfte Staatl. anerkannte Pflegeassis- tenz	55	33	6,00
Hilfskräfte Alten- und Krankenpflegehilfe	115	78	9,50
Anzahl und Anteile insgesamt	4.841 (42,9 %)	5.980 (53,1 %)	451,24 (4,0 %)
Anzahl insgesamt	12.001	9.686	1.753,11

Tabelle 18: Personalkennzahlen in den Sektoren

In der Summe sind bei 428 teilnehmenden Einrichtungen zum Befragungszeitpunkt 1.753,1 Stellen unbesetzt.

Aus den ermittelten Werten wird ersichtlich, dass die ambulanten Dienste in der vorliegenden Stichprobe mit 13,4 Prozent den größten Anteil an offenen Stellen aufweisen; der Pflegepersonalbedarf ist in diesem Sektor offensichtlich aktuell am höchsten. Die Krankenhäuser weisen prozentual den niedrigsten Anteil offener Stellen auf.

⁴⁶ VZÄ= Vollzeitäquivalente, synonym Vollzeitkräfte oder Stellen, ausgedrückt als eine Stelle mit einem Beschäftigungsanteil von 100 %.

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Bezogen auf die Absolutwerte in der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Krankenhäuser der Sektor mit den meisten offenen Stellen.

Bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern liegen die ambulanten Dienste nur geringfügig über dem Niveau der teil-/vollstationären Einrichtungen. Eine verstärkte Rekrutierung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern durch Krankenhäuser kann im vorliegenden Bericht auf Basis der Kennzahlen nicht bestätigt werden. Die geringen Kennzahlen stellen in der Gesamtschau keine hohe intersektorielle Rekrutierung dar.

Die Einrichtungen gaben an, wie viele Personalstellen in Vollzeitäquivalente im Bereich der Pflegefachkräfte sie zusätzlich bzw. weniger benötigen, um die betrieblichen Ziele für das Jahr 2020 erreichen zu können. Dabei kann es sich sowohl um einen Personalstellenabbau (z. B. durch Kostenreduzierung) als auch um einen Personalstellenaufbau (z. B. durch Leistungsausweitung/Expansion) handeln.

Bedarfsveränderungen für 2020				
	Personalstellen-abbau in VZÄ	Personalstellen-aufbau in VZÄ	Anzahl Antwortender	keine Angabe
Ambulante Dienste (n=192)	0	561,7	169 (88 %)	23 (12 %)
Teil-/vollstationäre Einrichtungen (n=191)	0	404,2	104 (54,5 %)	87 (45,5 %)
Krankenhäuser (n=45)	0	471,3	40 (88,9 %)	5 (11,1 %)
Anzahl insgesamt	0	1.437,2	313	115

Tabelle 19: Bedarfsveränderung Fachkräfte für 2020

Insgesamt gaben 313 Einrichtungen hierzu Auskunft. 115 Einrichtungen gaben keine Kennzahlen an, sodass in diesen Einrichtungen wahrscheinlich von keiner relevanten Veränderung ausgegangen wird. In allen der 313 Einrichtungen, die Angaben vornahmen, wurde eine geplante Erweiterung des Personalbestands beschrieben. An dieser Stelle fällt auf, dass keine Einrichtung eine geplante Reduktion des prospektiven Personalbedarfs angegeben hat.

Der ambulante Sektor weist auch hier einen sehr hohen Veränderungsbedarf aus. Auch die Krankenhäuser sowie die teil-/vollstationären Einrichtungen gehen überwiegend von einem erhöhten Personalbedarf für das Betriebsjahr aus, wobei die Krankenhäuser mit durchschnittlich 12 Vollzeitäquivalenten den höchsten Bedarf pro Einrichtung anzeigen.

Aus der Summe der offenen Stellen und der geplanten Ausweitungen der Stellen für das Jahr 2020 ergibt sich, dass in der vorliegenden Stichprobe insgesamt 3.190,3 Vollzeitstellen zu besetzen sind. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in der Pflege mit einem beschriebenen hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten gerechnet werden muss. Der Bedarf an Personen, die die offenen Stellen sowie die perspektivisch zu

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

besetzenden zusätzlichen Stellen ausfüllen, liegt deshalb faktisch deutlich höher. Betrachtet man die vorliegenden Werte vor dem Hintergrund von insgesamt rund 3.850 Pflegefachkräften aus der Ausbildung im Jahr 2020, wird deutlich, dass dies nicht ausreicht, um die Personalbedarfe im gesamten Land Niedersachsen decken zu können. Die bestehenden Ressourcen würden bereits benötigt, um die Stellen in der Stichprobe zu berücksichtigen.

Dem berechneten Fachkräftebedarf kann die Ausbildungsaktivität der Einrichtungen gegenübergestellt werden. Die Einrichtungen gaben dabei an, wie viele Auszubildende sie in den Jahren 2017, 2018 und 2019 einstellten und wie viele Ausbildungsplätze sie im Jahr 2020 zur Verfügung stellen werden. Hier zeigt sich, dass die Krankenhäuser in der Stichprobe durch die angeschlossenen Schulen einen hohen Beitrag zur Ausbildung der Fachkräfte leisten. Die Zunahme an Ausbildungsbemühungen müsste sich in den folgenden Berufsbildungsstatistiken zeigen. Wie im Kapitel „Ausbildung Pflegeberufe“ beschrieben ist in den vergangenen Jahren keine nennenswerte Entwicklung zu beobachten gewesen. Die Krankenhäuser engagieren sich nun offensichtlich verstärkt bezüglich der Qualifizierung des Nachwuchses.

Auch die ambulanten Dienste der Stichprobe planen die Ausbildungszahlen anzuhäben, was durch das neue Pflegeberufegesetz positiv befördert sein kann. Die gemeinsame Finanzierung motiviert die ambulanten Dienste offensichtlich, sich vermehrt an der Ausbildung zu beteiligen, um für die zu leistenden Finanzierungsumlagen einen Gegenwert zu erhalten.

Ausbildung in den Betriebsstätten				
	Anzahl der Schülerinnen und Schüler 2017	Anzahl der Schülerinnen und Schüler 2018	Anzahl der Schülerinnen und Schüler 2019	Geplante Anzahl Schülerinnen und Schüler für 2020
Ambulante Dienste (n=192)	184	147	145	218
Teil-/vollstationäre Einrichtungen (n=191)	300	306	319	340
Krankenhäuser (n=45)	695	707	751	1.068
Anzahl insgesamt	1.179	1.160	1.215	1.626

Tabelle 20: Angaben zur Ausbildung in den Einrichtungen

Die nachfolgende Grafik weist die summierten Werte der insgesamt zu besetzenden Stellen für die jeweiligen Sektoren aus und stellt diesen die Angaben zur Ausbildungsaktivität gegenüber. Damit kann visualisiert werden, inwieweit die benötigten Kapazitäten durch eigene Qualifizierungsanstrengungen realisiert werden könnten.

In der Gesamtsumme werden 3.190 derzeit offene sowie zusätzlich auszuweitende Stellen in der Stichprobe beziffert. Ihnen stehen im Bereich der Ausbildungsaktivitäten insgesamt 1.626 geplante Ausbildungsplätze gegenüber. Damit liegt eine Gesamtdeckung

von lediglich 51 Prozent vor. Dabei verteilen sich die Bedarfe und Aktivitäten sehr unterschiedlich zwischen den Sektoren, wie die nachfolgende Analyse aufzeigt:

Abgleich der Ausbildungsaktivität und Stellenbedarf der Sektoren in Vollzeit

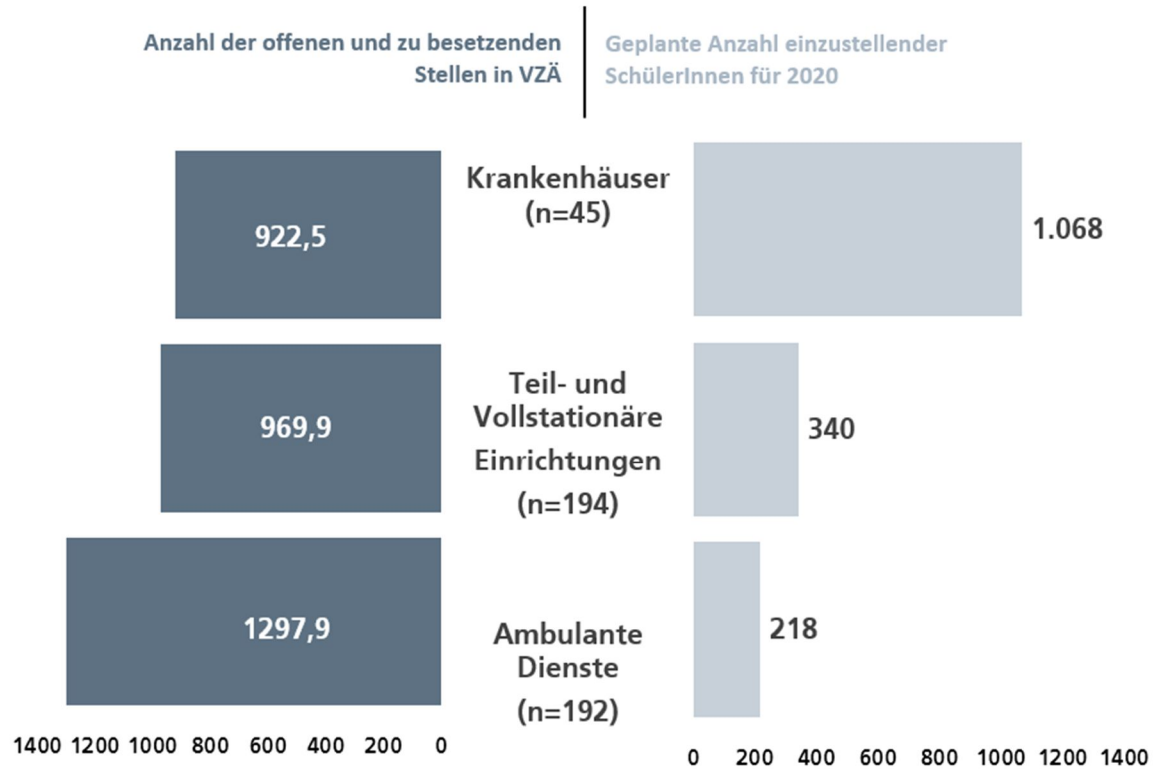


Abbildung 49: Personalbedarf summiert und Ausbildungsaktivitäten

Während die Krankenhäuser aus ihren eigenen Ausbildungsaktivitäten theoretisch den eigenen Bedarf decken könnten, sind die teil-/vollstationären Einrichtungen sowie die ambulanten Dienste im Wettbewerb um qualifiziertes Personal in einer schlechteren Position. Den deutlichsten Unterschied sieht man hier in den ambulanten Diensten. Die eigene Ausbildungsaktivität deckt nur 16,8 Prozent des eigenen Personalbedarfs ab. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen sind es 35 Prozent des kalkulierten Bedarfs.

Ein wichtiger Indikator bezogen auf die Fachkräftesicherung ist die Frage nach der Mobilität der Mitarbeitenden. Gegenstand der Betrachtung waren bereits die Pendlerbewegungen der Fachkräfte im Rahmen einer kreisübergreifenden Beschäftigung (siehe Kapitel „Arbeits- und Beschäftigungsmarkt Pflegeberufe“).

Im Rahmen der Befragung sollte ermittelt werden, wie sich die Rekrutierung und die Mobilität von Fachkräften örtlich erfassen lässt. Dazu wurden die Einrichtungen gebeten, anzugeben, in welchem Umkreis von der Arbeitsstelle die meisten der beschäftigten Pflegekräfte wohnen. Ferner wurde erhoben, wie weit entfernt die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter mit dem längsten Weg zur Dienststelle wohnt. Bei den

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Bildungseinrichtungen wurden nicht die Rekrutierungsräume der Lehrenden erfasst, sondern die der Schülerinnen und Schüler, um einen Einblick zu bekommen, inwieweit eine überregionale Rekrutierung für die Pflegeausbildung erfolgen kann. Die nachfolgende Tabelle weist für die unterschiedlichen Bereiche die entsprechenden Kennzahlen aus:

Mobilitätsradius Pflegekräfte		
	Mittelwert	Median
Ambulante Dienste (n=192)		
Umkreis der Pflegekräfte	12,0 Km	10 Km
Pflegekraft mit dem weitesten Weg zum Betrieb	26,6 Km	20 Km
teil-/vollstationäre Einrichtungen (n=191)		
Umkreis der Pflegekräfte	10,9 Km	10 Km
Pflegekraft mit dem weitesten Weg zum Betrieb	27,9 Km	25 Km
Krankenhäuser (n=45)		
Umkreis der Pflegekräfte	12,9 Km	12 Km
Pflegekraft mit dem weitesten Weg zum Betrieb	46,1 Km	50 Km
Bildungseinrichtungen (n=40)		
Umkreis der Schülerinnen und Schüler	16,2 Km	15 Km
Schülerin/Schüler mit weitestem Weg im Jahrgang 2019	46,7 Km	40 Km

Tabelle 21: Angaben zum Rekrutierungsraum Pflegekräfte und Schülerinnen und Schüler

In den Versorgungseinrichtungen sind die durchschnittlichen Rekrutierungsräume ähnlich, sie liegen für den Großteil der Mitarbeitenden bei geschätzten 10 bis 12 Kilometern. In diesem Umkreis finden sich die meisten der Beschäftigten. Bei den äußersten Rekrutierungsbereichen werden bei den Krankenhäusern deutlich größere Distanzen angegeben. Hier wurden Mittelwerte von 46 Kilometern erreicht. Für die ambulanten Dienste sowie die teil-/vollstationären Einrichtungen liegen diese wieder nah beieinander und können auf rund 30 Kilometer begrenzt werden.

Bei den Schülerinnen und Schülern dominiert ebenso eine ortsnahe Rekrutierung. Im Durchschnitt werden hier 16 Kilometer angegeben für den überwiegenden Teil der Schülerinnen und Schüler im betrachteten Ausbildungsjahr 2019; der Rekrutierungsraum reicht bis zu 50 Kilometern.

Sektorenspezifische Ergebnisse

In den nachfolgenden Kapiteln werden ausgewählte Analysen aus den Befragungen vorgestellt, die sektoral differenziert diskutiert werden. Dabei stehen Fragen zum Leistungsspektrum, zur Kooperation sowie zur Fachkräftesicherung und -bindung im Zentrum der Analyse. Auswertungen werden dabei in prozentualer Ausprägung vorgestellt. Zu einzelnen Fragen der Fachkräftesicherung und Maßnahmen der Fachkräftebindung waren Mehrfachantworten möglich. Hier werden die summierten Werte aller Einrichtungen vorgestellt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in den Diagrammen Werte unterhalb von fünf Prozent nicht ausgewiesen.

Ambulante Pflegedienste

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf die Stichprobe von 192 ambulanten Pflegediensten. Die teilnehmenden Dienste sind mit 62 Prozent zum Großteil in privater Trägerschaft. Weitere 29,2 Prozent sind in freigemeinnütziger und 5,2 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. 3,6 Prozent der teilnehmenden Dienste haben keine Angabe zur Trägerschaft vorgenommen.

Leistungsangebote der ambulanten Dienste

Wie in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird, bieten über 90 Prozent der ambulanten Dienste Leistungen nach dem SGB XI (unter anderem auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b) an. Zugleich bietet der Großteil auch Leistungen zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V an. Deutlich geringer fallen mit knapp 47 Prozent die Leistungen nach dem SGB XII aus.

14,6 Prozent der Dienste sind Träger einer Tagespflege, 12 Prozent geben an, Wohnge-
meinschaften ambulant zu betreuen.

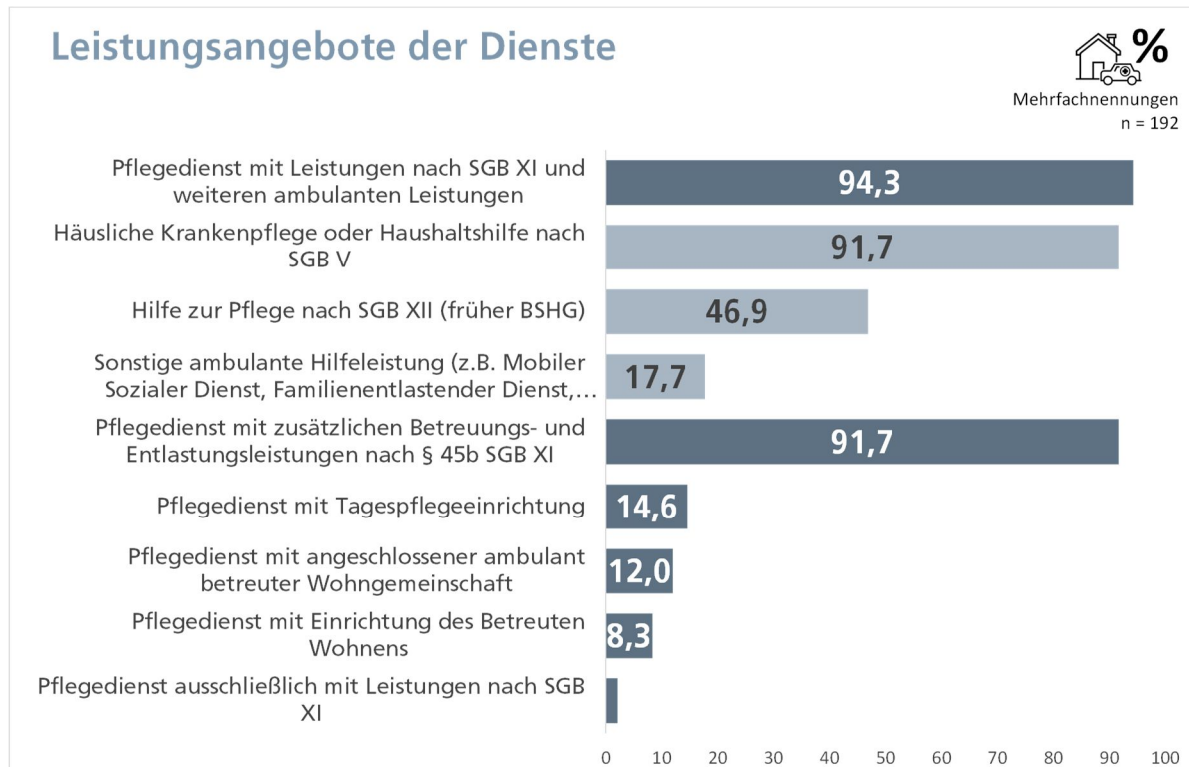


Abbildung 50: Leistungsangebote der ambulanten Dienste

Bezogen auf fachpflegerische Spezialisierungen gaben 22,4 Prozent an, spezialisierte ambulante Palliativversorgung anzubieten, 8,3 Prozent gaben an, eine außerklinische Intensivversorgung zu realisieren.

Die Einrichtungen wurden nach den Kapazitäten und Leistungen befragt. Die erhobenen Zahlen beziehen sich dabei auf den Monat September 2019. Insgesamt werden 70.990 Personen von den teilnehmenden 192 ambulanten Diensten versorgt. Davon

erhielten 62,2 Prozent Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI; 37,8 Prozent erhielten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

In der nachfolgenden Grafik werden Ergebnisse zu den Leistungsgrenzen der ambulanten Versorgung visualisiert. Es zeigt sich eine insgesamt hohe Anzahl an abgelehnten Anfragen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Es dominieren dabei fehlende Möglichkeiten zur Übernahme von Entlastungs- und Betreuungsangeboten nach § 45b SGB XI. Darüber hinaus werden Anfragende auf Wartelisten gesetzt. Anfragen zu Leistungen der Krankenhausnachsorge oder medizinischen Behandlungspflege im Sinne des SGB V sowie zu Pflegesachleistungen nach SGB XI sind von Absagen gleichermaßen betroffen. Der Fall, dass vorliegende Pflegeverträge aufgrund fehlender Ressourcen vom Pflegedienst gekündigt werden müssen, kommt unter den Befragten vergleichsweise seltener vor.

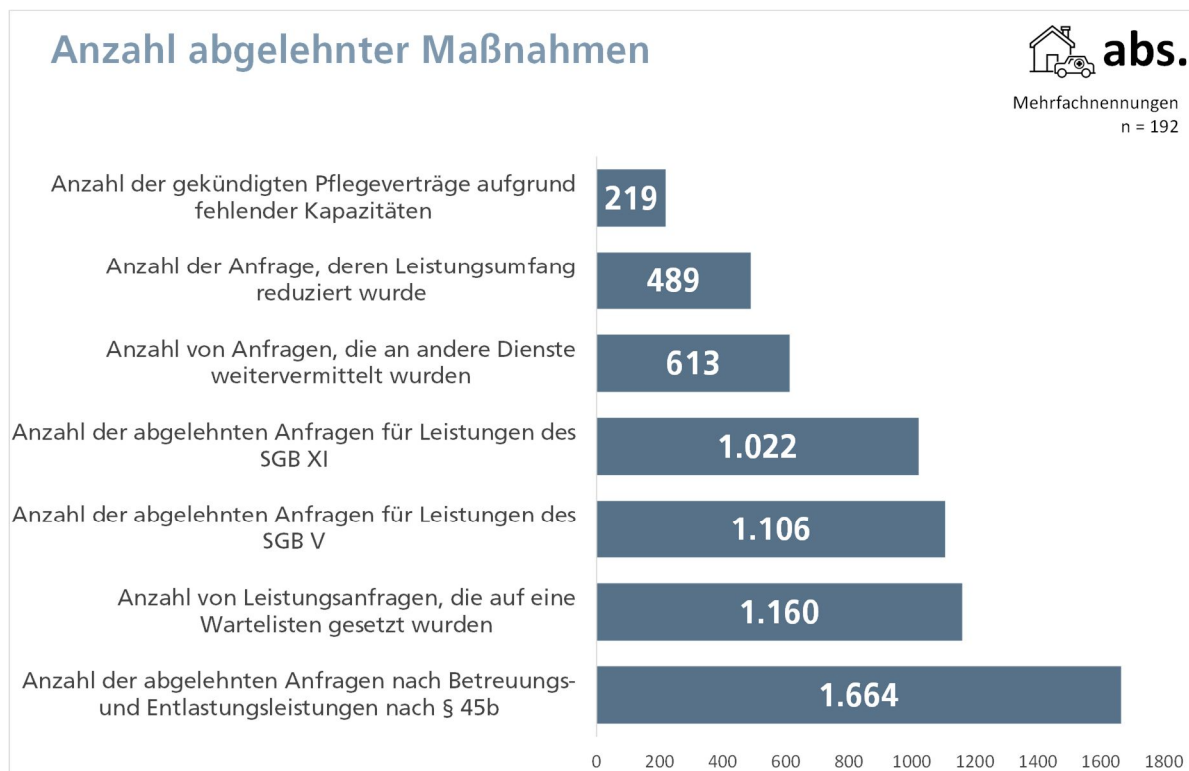


Abbildung 51: Anzahl abgelehnter Versorgungsanfragen ambulanter Dienste

Deuten die Daten in der Summe auf einen gravierenden Engpass hin, so verweisen die Analysen im Detail darauf, dass für die meisten Dienste die Situation beherrschbar erscheint. Der häufigste genannte Wert (Modus) aller Fragen zur Leistungseinschränkung und Begrenzung der Anzahl der Klientinnen und Klienten liegt bei Null, die arithmetischen Mittelwerte liegen zwischen 1,1 (Kündigung der Pflegeverträge aufgrund fehlender Kapazitäten) und 8,7 (Anfragen zu Betreuungs- und Entlastungsleitungen im September 2019). Deutlich wird, dass vor allem einzelne Dienste in besonders hohem Maße betroffen sind und nicht alle Dienste zugleich und flächendeckend.

Die Einrichtungen reagieren auf die Versorgungsanfragen bzw. die Engpässe und notwendigen Begrenzungen von Anfragen. Als Lösungen werden dabei insbesondere

zeitliche Anpassungen der Versorgungszeitpunkte bei den Klientinnen und Klienten (72,4 Prozent) vorgenommen. Ebenso nehmen die Leitungskräfte der ambulanten Dienste aktiv teil an der Versorgung. Als kritischer Punkt der Kompensation kann betrachtet werden, dass 41,7 Prozent der Dienste angeben, Personal einzustellen, das eigentlich den eigenen Ansprüchen nicht genügt. Hier werden offensichtlich Qualitätseinbußen in Kauf genommen, um die Versorgung insgesamt zu stabilisieren.

Kooperationen der ambulanten Dienste

Die ambulanten Dienste wurden bezüglich ihrer Kooperationsbemühungen im Ausbildungsbereich sowie im Versorgungsbereich befragt und sollten vorformulierte Aussagen einschätzen.

Den Auswertungen zufolge kooperieren knapp 80 der teilnehmenden ambulanten Dienste mit berufsbildenden Schulen für Altenpflege. Bezogen auf die Frage der überbetrieblichen Kooperation mit anderen ambulanten Pflegediensten bestätigen die Einschätzungen die erhobenen Zahlen der Ablehnungen von Versorgungsangeboten. Deutlich mehr als die Hälfte der Dienste gab an, kaum bzw. gar keine Kooperation mit stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu unterhalten. Gleiches gilt auch bezogen auf die Möglichkeit, Anfragen weiter zu vermitteln oder selbst von anderen Diensten nach freien Kapazitäten angefragt zu werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die teilnehmenden ambulanten Dienste einen hohen Nachfragedruck von Seiten der Klientinnen und Klienten erfahren. Zugleich stoßen zahlreiche Dienste dabei an die Grenzen ihrer Kapazitäten, was zu verschiedenen Effekten auf Seiten der Betriebe und auf Seiten der Klientinnen und Klienten führt. Die ambulanten Dienste reagieren überwiegend mit der Ausschöpfung aller betrieblichen Ressourcen, der flexiblen Umplanung von Leistungen (eine Strategie, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie auch Klientinnen und Klienten ein hohes Maß an Flexibilität und Spontantät abverlangt) sowie der Einstellung weniger geeigneten Personals. Eine Vernetzung mit anderen Diensten in einem definierten Verbund und eine darauf aufbauende Weitervermittlung zu anderen ambulanten Diensten scheint dabei eine eher noch wenig genutzte Kompensationsmöglichkeit zu sein. Die Klientinnen und Klienten hingegen müssen Wartelisten oder ein reduziertes Leistungsangebot in Kauf nehmen, wenn sie nicht direkt eine Ablehnung ihrer Leistungsanfrage erfahren wollen.

Fachkräftesicherung der ambulanten Dienste

Der Bedarf an Fachkräften in den ambulanten Diensten ist zum einen durch die Nachfrage an Leistungen und zum anderen durch die Einsatzplanung der Pflegekräfte bestimmt. Ebenso muss der hohe Teilzeitstellenanteil als eine Besonderheit benannt werden und führt in der Folge zu einem höheren Bedarf bezogen auf die Anzahl der Personen.

Die ambulanten Dienste wurden befragt, wie hoch der Anteil an Mitarbeitenden in Teilzeit sein muss, um sach- und zielgerichtete Dienstpläne und Versorgungstouren stabilisieren zu können. Den Angaben zufolge sind es im Mittel 46,8 Prozent der Belegschaft. Das oberste Viertel der Befragten gab an, dass sie einen Anteil von 80 bis 100

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Prozent benötigen würden. Der Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Zeitarbeitsfirmen scheint in ambulanten Diensten ein eher seltenes Phänomen zu sein. Lediglich 3,6 Prozent der befragten Dienste gab an, dass sie Pflegekräfte aus der Leiharbeit einsetzen.

Eine langfristige Option ist die Rekrutierung weiterer Pflegekräfte. Die ambulanten Dienste wurden befragt, wie sie die aktuellen Möglichkeiten der Rekrutierung in der Pflege einschätzen. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Grafik abgebildet.

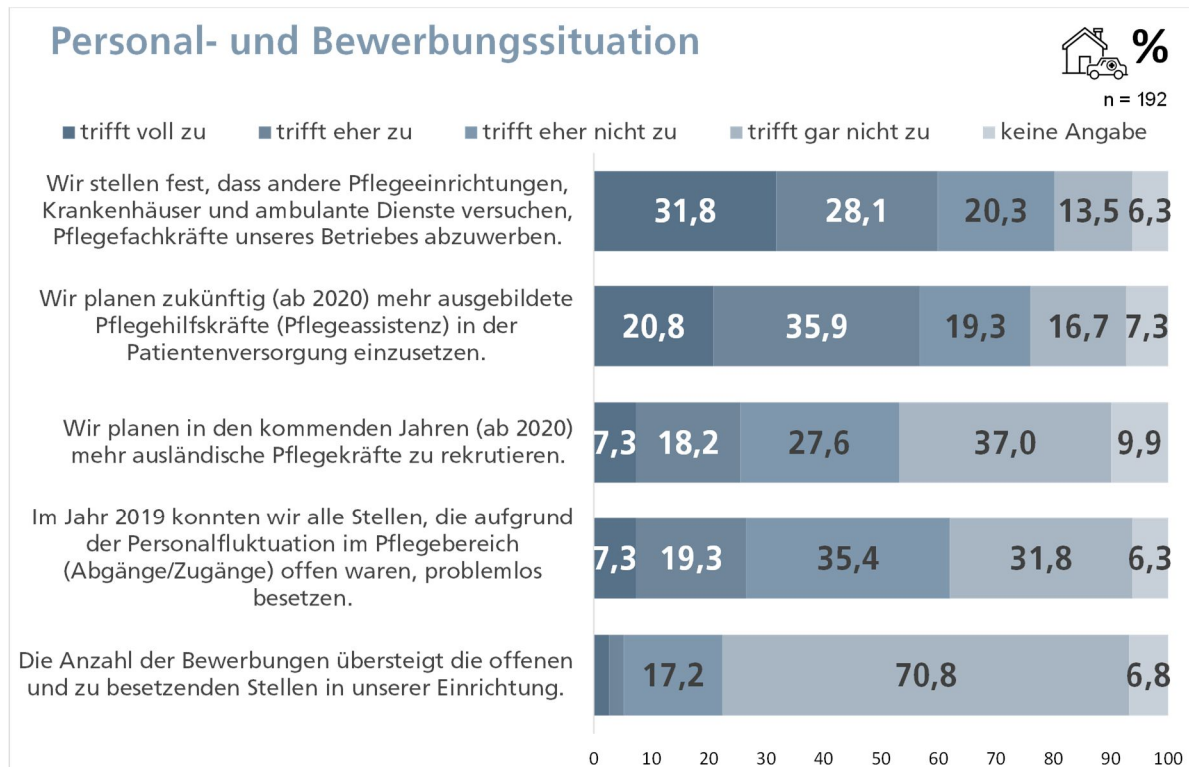


Abbildung 52: Personal- und Bewerbungssituation ambulante Pflege

Insgesamt gaben nur 5,2 Prozent der Dienste voll oder eher zustimmend an, dass die Anzahl der Bewerbungen die der offenen und zu besetzenden Stellen übersteigt. Rund 67,2 Prozent der Befragten konnten frei gewordene Stellen nicht problemlos wiederbesetzen. Die Kennzahlen verdeutlichen den dominierenden Personalengpass im Bereich der ambulanten Pflegedienste.

Knapp 60 Prozent der Einrichtungen beobachteten eine aktive Abwerbung von Pflegefachkräften durch andere Einrichtungen. Mehr als die Hälfte der Dienste gab an, dass sie für das Jahr 2020 planen, mehr Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten einzusetzen.

Die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte wird von 25,5 Prozent der Dienste als eine Planungsperspektive angesehen. Die in der Tendenz eher niedrige Ausprägung kann dabei auch mit den bisherigen Erfahrungen begründet werden. Nur knapp 11 Prozent stimmten der Aussage voll bzw. eher zu, dass es gelungen sei, ausländische Pflegekräfte anzuwerben. Das Ergebnis korrespondiert mit den Ergebnissen zur Frage, ob im Jahr

2019 eingestellte ausländische Pflegekräfte in der eigenen Einrichtung gebunden werden konnten. Dies wird nur von 14,1 Prozent der Antwortenden als zutreffend eingeschätzt. Ebenso stimmen nur 12 Prozent der Aussage zu, dass ausländische Pflegekräfte problemlos integriert werden konnten.

In der Gesamtheit zeigt dies, dass von der Rekrutierung über die Integration bis hin zur langfristigen Bindung an die Einrichtung Barrieren bestehen, die dazu führen, ausländisches Personal im ambulanten Pflegebereich nicht zentral als Lösungsoption zu identifizieren.

Die Einrichtungen wurden gefragt, in welchen Sektoren die im Jahr 2019 eingestellten neuen Mitarbeitenden vorher tätig waren. Die Verteilung gibt Aufschluss darüber, wie viele Neueinstellungen in dem Jahr getätigt wurden und wie sich die Ausprägungen der intrasektoriellen und der intersektoriellen Fluktuation darstellen. Im Durchschnitt stellte jeder ambulante Dienst 3,7 Mitarbeitende im Jahr 2019 neu ein. Dabei stammen 22 Prozent aus der sogenannten „stillen Reserve“. Dabei handelt es sich um Pflegekräfte, die beispielsweise aufgrund von Elternzeit oder der Pflege eigener Angehöriger nicht mehr sozialversicherungspflichtig im Beruf beschäftigt waren und aktiv in den Beruf zurückkehren. Der Anteil der Neueingestellten, die aus der Ausbildung übernommen wurden, beträgt lediglich rund neun Prozent. Dahingegen wird mit 68,8 Prozent der überwiegende Teil der Pflegekräfte aus anderen Sektoren gewonnen, überwiegend von anderen ambulanten Pflegediensten und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen. Neben der Fachkräftegewinnung wurden die Einrichtungen gebeten, anzugeben, welche Maßnahmen sie in ihren Diensten umsetzen, um für Mitarbeitende als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben. Die nachfolgende Grafik zeigt ein Ranking, aufsteigend nach der Häufigkeit der Nennungen sortiert.

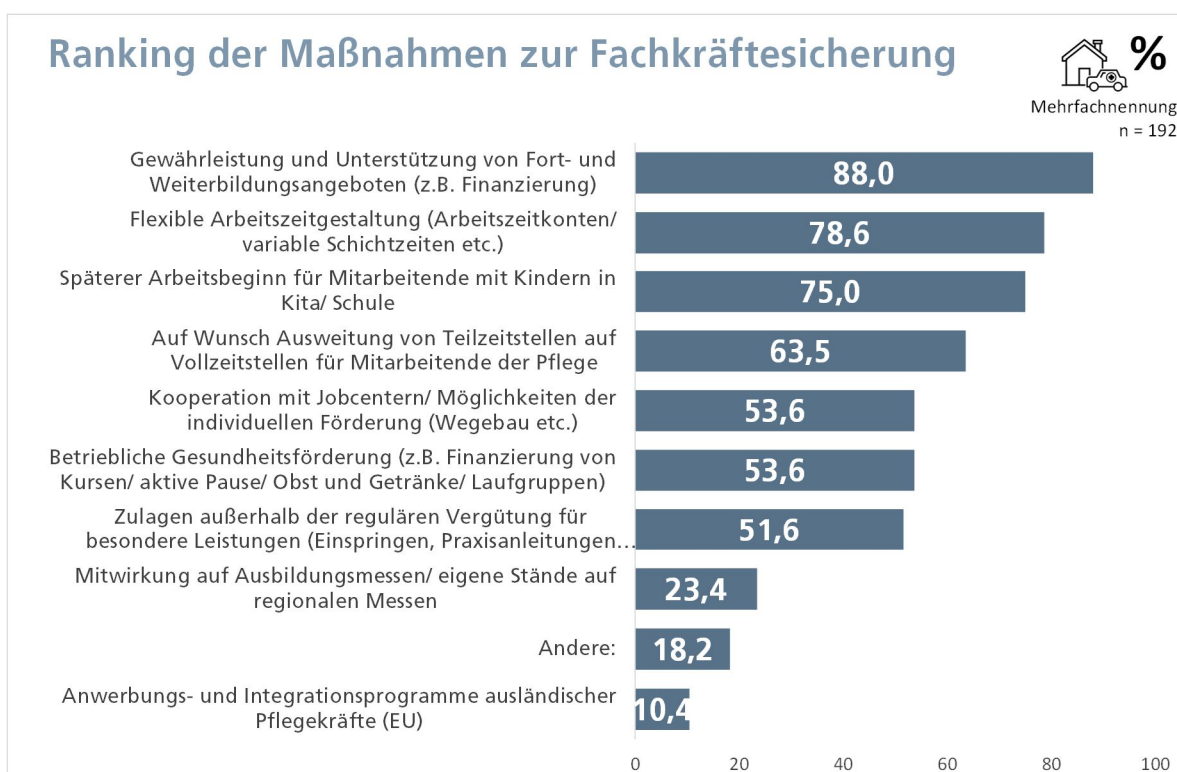


Abbildung 53: Maßnahmen der Fachkräftesicherung ambulante Dienste

Die Gewährleistung und Unterstützung von Fort- und Weiterbildungen scheint eine Standardmaßnahme darzustellen. Ebenfalls häufig scheinen flexible Arbeitszeitgestaltungen genutzt zu werden. Rund die Hälfte der teilnehmenden Betriebsstätten gab an, dass sie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einsetzen und besondere Leistungen, wie spontanes Einspringen, zusätzlich vergüten. 63,5 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass sie auf Wunsch der Mitarbeitenden Teilzeitstellen auch auf Vollzeitstellen ausweiten. Offensichtlich wird dies schon von einem großen Teil der ambulanten Dienste als Strategie zur Fachkräftesicherung eingesetzt. Da sich in der Pflegestatistik 2019 jedoch keine nachhaltige Änderung zeigt, scheinen der Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungen Grenzen gesteckt zu sein.

Zusammenfassung ambulante Dienste

Im Überblick lässt sich feststellen, dass die teilnehmenden ambulanten Dienste die Anzahl an Leistungsanfragen nicht vollständig bedienen können. Der Großteil der Leistungsablehnungen wird von einzelnen Anbietern gestellt. Es handelt sich demnach nicht um ein flächendeckendes Phänomen. Wahrscheinlicher ist es, dass einzelne ambulante Dienste eine regionale Schlüsselposition innehaben und so frequentiert angefragt werden, dass sie die Anfragen auf Wartelisten führen müssen oder die Versorgungsleistungen direkt ablehnen. Die ambulanten Dienste scheinen untereinander besser vernetzt zu sein als der stationäre Pflegebereich, denn die Weitervermittlung von Anfragen wird im Vergleich zum nachfolgend beschriebenen Sektor deutlich häufiger vorgenommen. Zugleich bemühen sich die Dienste, durch Leistungsreduzierung den

Anfragen gerecht zu werden. Dennoch sind die Kapazitäten für die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten pflegerischen Versorgung nicht ausreichend.

Die Rekrutierungssituation für die ambulanten Dienste ist eine besondere Herausforderung. Zum einen fällt es ihnen schwer, freie Stellen zu besetzen. Unter anderem konnte ermittelt werden, dass die Anzahl der Bewerbungen auf freie Stellen gering ist. Zugleich wird ein zunehmender Wettbewerb um Fachkräfte erlebt. Andere Betriebe versuchen aktiv, Mitarbeitende in der ambulanten Pflege abzuwerben. Die neu eingestellten Mitarbeitenden sind in der Regel zuvor in einer anderen teil-/vollstationären Einrichtung oder einem anderen ambulanten Dienst tätig gewesen. Die Maßnahmen zur Personalsicherung konzentrieren sich in erster Linie auf die Weiterqualifikation der Mitarbeitenden sowie auf die Gestaltung der Arbeitszeiten, um den Mitarbeitenden ein höheres Maß an Flexibilität zu bieten. An dieser Stelle scheint es noch Potenzial für die Implementierung weiterer Maßnahmen zu geben.

Teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen

An der Befragung haben 191 teil-/vollstationäre Einrichtungen teilgenommen. Die teilnehmenden teil-/vollstationären Einrichtungen sind mit 52,4 Prozent überwiegend in privater Trägerschaft. Weitere 39,3 Prozent sind in freigemeinnütziger Trägerschaft und 2,6 Prozent in öffentlicher Hand. 5,8 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen haben keine Angabe zur Trägerschaft vorgenommen.

Leistungsangebote der teil-/vollstationären Einrichtungen

Mit knapp 60 Prozent stellt die eingestreuete Kurzzeitpflege das häufigste Versorgungsangebot neben der üblichen vollstationären Versorgungsleistung dar. Die Tagespflege wird von einem Drittel der teilnehmenden Einrichtungen angeboten. Leistungen wie Betreutes Wohnen (14,1 Prozent), gerontopsychiatrische Wohnbereiche (6,3 Prozent) und andere ($\leq 6,3$ Prozent) wurden deutlich seltener angegeben.

Die teilnehmenden Einrichtungen versorgen im Durchschnitt rund 65 Personen. Rund 37 Prozent der Einrichtungen gaben an, Plätze für Personen mit gerontopsychiatrischem Versorgungsbedarf vorzuhalten. In der Summe sind das 1.853 Pflegeplätze. Die Einrichtungen versorgen in erheblichem Umfang Menschen mit demenziellen Veränderungen. In der Summe handelt es sich um 5.342 von 9.789 Bewohnerinnen und Bewohnern (54,6 Prozent).

In der nachfolgenden Grafik werden Ergebnisse zu den Leistungsgrenzen der teil-/vollstationären Einrichtungen visualisiert. Ein Versorgungsengpass kann in einem Fachkräftengpass begründet sein; bei den teil-/vollstationären Einrichtungen sind aber im Gegensatz zu den ambulanten Diensten auch räumliche Kapazitätsgrenzen und Belegungszahlen entscheidend.

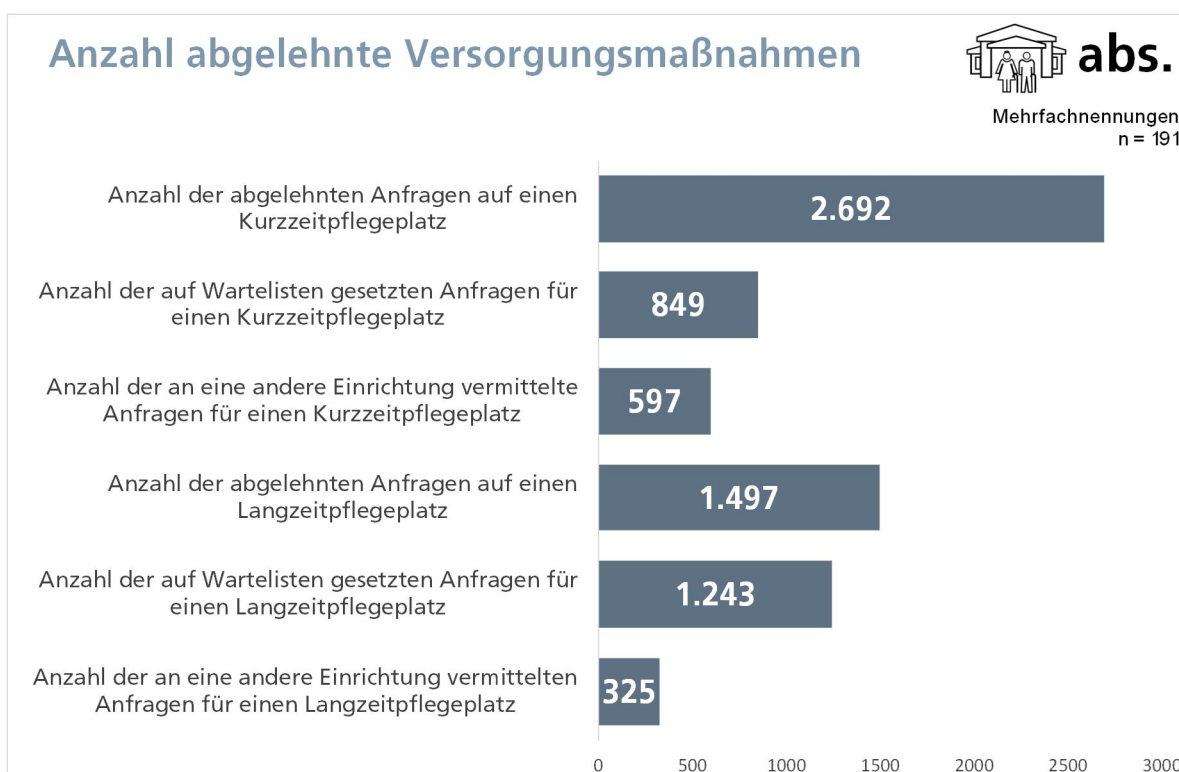


Abbildung 54: Anzahl abgelehnter und weitervermittelter Versorgungsanfragen teil-/vollstationär

Die teilnehmenden stationären Einrichtungen haben im Erhebungsmonat September 2019 insgesamt 2.692 Anfragen für die Aufnahme auf Kurzzeitpflege sowie 1.497 Anfragen für die Aufnahme in die Langzeitpflege abgelehnt. Die Streuung der Daten weist darauf hin, dass die Ablehnung auf eine Versorgung in der Kurzzeitpflege stärker über die Stichprobe verteilt ist als bei der Langzeitpflege. Demnach sind in diesem Bereich Ablehnungen in der Fläche häufiger vertreten. Dies korrespondiert mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Zeitfenster der beabsichtigten Versorgung. Denkbar ist jedoch auch, dass eine „eingestreute“ Kurzzeitpflege für die Einrichtungen nicht lukrativ erscheint gegenüber einer Anfrage zur Aufnahme einer Langzeitversorgung und daher häufiger abgelehnt wird. Drei der antwortenden Einrichtungen produzierten insgesamt 23 Prozent der Gesamtzahl der Ablehnungen für die Übernahme einer Langzeitpflege.

In der Summe wurden 849 Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen auf Wartelisten gesetzt. Nur die Hälfte der Einrichtungen scheint indes über Wartelisten zu verfügen. Dies kann in den Zusammenhang mit der Kurzfristigkeit der Anfragen gebracht werden, da die Notwendigkeit einer kurzfristigen Versorgung häufig in einem kleinen Zeitfenster deutlich wird und die Angehörigen schnell eine Lösung benötigen. Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Personen, die auf Wartelisten auf einen Langzeitpflegeplatz stehen, knapp ein Drittel höher.

Kooperationen der teil-/vollstationären Einrichtungen

Kooperationen zu schließen, ist eine wesentliche Bedingung, um regionale Bedarfe einrichtungsübergreifend zu steuern und Versorgungsanfragen gemeinsam zu lösen. Im

Rahmen der Befragung sollten dazu Hinweise und Bewertungen eingeholt werden, die Auskunft darüber geben, inwieweit übergreifende Netzwerke bereits bestehen und stabil funktionieren.

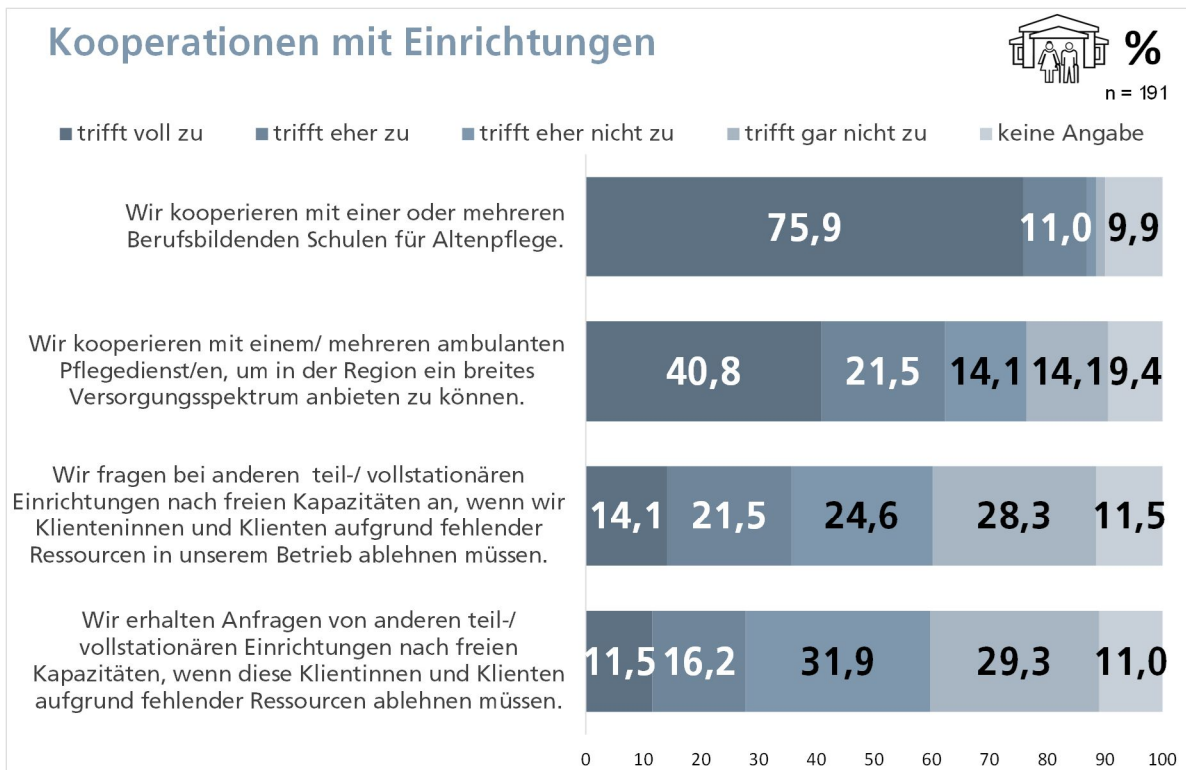


Abbildung 55: Kooperationen teil-/vollstationärer Einrichtungen

Ein hoher Grad an Kooperationen besteht mit den Bildungseinrichtungen; da viele Einrichtungen ausbilden, war dies zu erwarten. 62,3 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass es voll bzw. eher zutreffend sei, dass sie mit ambulanten Pflegediensten kooperieren, um ein möglichst breites Versorgungsspektrum anbieten zu können. Die Kooperation kann z. B. bei einer Weiterführung der Versorgung nach einer Kurzzeitpflege Bedeutung haben.

Kooperationen zur Ermittlung freier Kapazitäten bei anderen Einrichtungen oder zur Weitervermittlung von Anfragen, die in der eigenen Einrichtung abgelehnt werden müssen, werden von etwas mehr als einem Drittel der Einrichtungen angegeben. Nicht so deutlich ausgeprägt, aber bei rund jeder vierten Einrichtung zu beobachten ist, dass sie ihrerseits von anderen Einrichtungen angefragt werden. Das Niveau der Ausprägung der Kooperation liegt vergleichbar auf dem Niveau des Kooperationsgrades der ambulanten Dienste.

Fachkräftesicherung der teil-/vollstationären Einrichtungen

Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden befragt, wie hoch der Anteil der Mitarbeitenden in Teilzeit sein muss, damit der Betrieb verlässliche Dienstpläne erstellen und eine sichere Versorgungssituation gewährleisten kann. Die Angaben reichen von 0 bis 100 Prozent.

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Der Mittelwert liegt bei 41,2 Prozent und der Median bei 50 Prozent einer benötigten Teilzeitquote. Die (numerische) Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen benötigt also einen Anteil von bis zu 50 Prozent an Mitarbeitenden in Teilzeit, während die andere Hälfte einen Anteil von 50 Prozent oder mehr als notwendig erachtet. Die hohe als notwendig erachtete Teilzeitquote korrespondiert mit der tatsächlichen Teilzeitquote der Pflegestatistik. Der Einsatz von Pflegefachkräften aus Zeitarbeitsfirmen wird von einem kleinen Teil der teilnehmenden Betriebsstätten als notwendig erachtet. Knapp 15 Prozent beschrieben einen benötigten Anteil von 1 bis 30 Prozent. Lediglich 10 Einrichtungen gaben an, einen Anteil von 10 bis 30 Prozent zu benötigen.

Die Anzahl der Bewerbungen übersteigt die Anzahl der zu besetzenden Stellen offensichtlich nicht. Lediglich 4,7 Prozent stimmen dieser Aussage vollumfänglich zu. 33,5 Prozent der Einrichtungen stimmten der Aussage zu, dass offene Stellen im Jahr 2019 problemlos neu besetzt werden konnten. Der überwiegende Teil der Einrichtungen teilt diese Einschätzung nicht (58,6 Prozent). Die Situation stellt sich damit zwar etwas anders dar als in der ambulanten Pflege, weist aber auch in diesem Sektor auf grundsätzliche Probleme bei der Personalgewinnung hin.

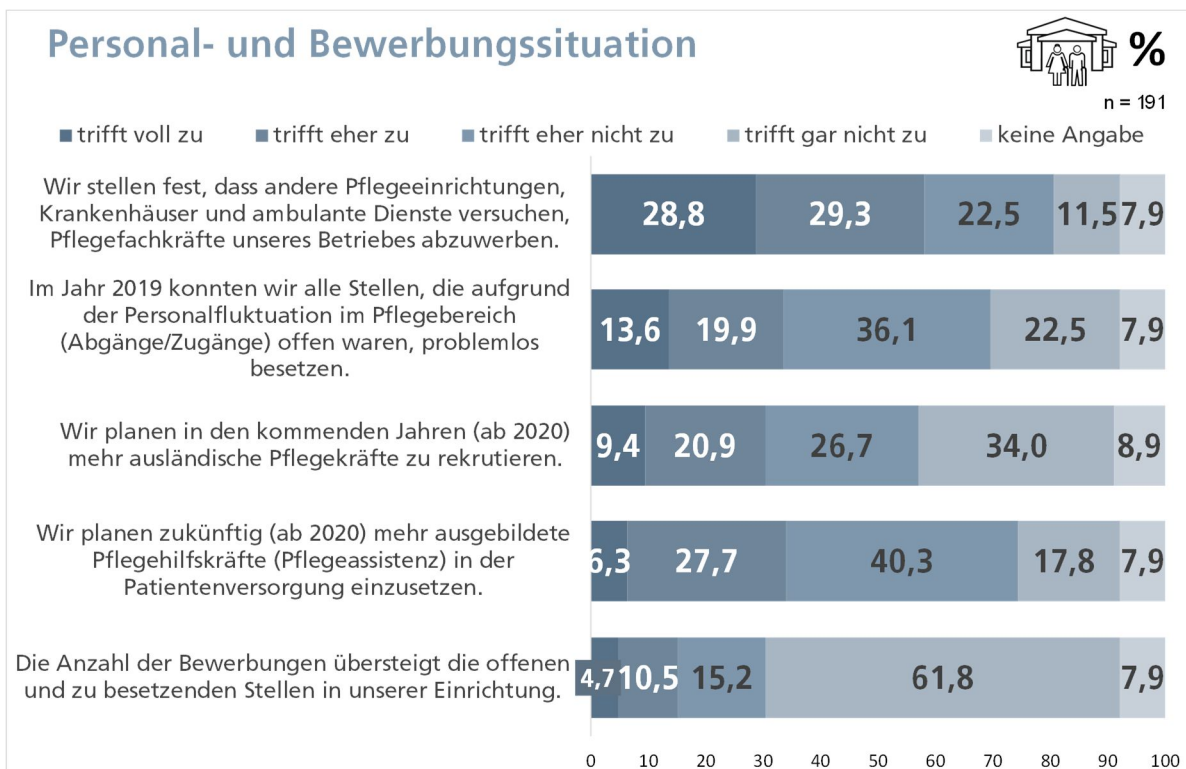


Abbildung 56: Personal- und Bewerbungssituation teil-/vollstationäre Einrichtungen

Den beschriebenen Wettbewerb um Fachkräfte spüren auch die teil- und vollstationären Einrichtungen. 58,1 Prozent beobachten, dass andere Einrichtungen aktiv bemüht sind, Fachkräfte aus dem eigenen Betrieb abzuwerben.

Trotz der schwierigen Personalsituation gaben über 70 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen an, dass es eher nicht bzw. gar nicht zutreffend sei, dass sie im Jahr 2019 vermehrt auf Zeitarbeitskräfte zurückgegriffen hätten. Prospektiv stimmt rund ein

Drittel der Betriebsstätten der Aussage voll bzw. eher zu, dass sie planen, im Jahr 2020 mehr Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten einsetzen zu wollen.

Bezüglich der ausländischen Pflegekräfte weisen auch die teil-/vollstationären Einrichtungen auf Barrieren hin. 33 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen gab an, dass sie erfolgreich ausländische Pflegekräfte für ihre Betriebe anwerben konnten. Ein ähnlicher Wert (33,1 Prozent) wird bei der Aussage erzielt, dass es gelungen sei, die im Jahr 2019 eingestellten ausländischen Pflegekräfte an die Einrichtung zu binden. Nur rund jede vierte Einrichtung (24,1 Prozent) beschreibt eine problemlose Integration in den Betrieb. Vor diesem Hintergrund geben auch lediglich 30,3 Prozent der Einrichtungen an, dass sie planen, mehr ausländische Pflegekräfte zu rekrutieren.

Um einen Einblick über die sektorenübergreifende Personalfuktuation zu erhalten, wurden die teil-/vollstationären Einrichtungen analog zu den anderen Sektoren gebeten anzugeben, in welchen Bereichen die im Jahr 2019 neueinstellten Pflegefachkräfte zuvor tätig waren.

Im Durchschnitt hat 2019 jede Einrichtung 4,5 Mitarbeitende neu eingestellt. Den Angaben zufolge wurden 20,5 Prozent der neu eingestellten Mitarbeitenden nach deren Ausbildungsende übernommen bzw. eingestellt und 18,8 Prozent sind aus einem Status der Nicht-Beschäftigung eingestellt worden (Akquisition der stillen Reserve). Der Anteil neu eingestellter Pflegefachkräfte aus anderen teil-/vollstationären Einrichtungen ist ebenso groß. Insgesamt kommen rund 60 Prozent der Neueinstellungen aus anderen Einrichtungen und/oder anderen Sektoren. Aus dem Krankenhaus kommen 8,8 Prozent der neu eingestellten Pflegefachkräfte.

In der nachfolgenden Abbildung wurden die angegebenen Maßnahmen zur Fachkräftesicherung bezüglich ihrer Häufigkeit in einem Ranking nach der Häufigkeit der Zustimmung geordnet (Mehrfachantworten konnten angegeben werden).

Ähnlich wie im Sektor der ambulanten Dienste wird die Gewährleistung und Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsangeboten in der Breite umgesetzt. Auf Platz zwei sind Kooperationen mit den Jobcentern und individuelle Förderungen zu finden. Maßnahmen, um Arbeitszeiten flexibler zu gestalten, werden von knapp 65 Prozent der Einrichtungen zur Fachkräftesicherung eingesetzt. Die Betriebliche Gesundheitsförderung fällt mit 64,4 Prozent, wie auch schon bei den ambulanten Diensten, eher gering aus, gemessen daran, dass zertifizierte Maßnahmen durch die Krankenkassen finanziert werden können (vgl. § 20b SGB V).

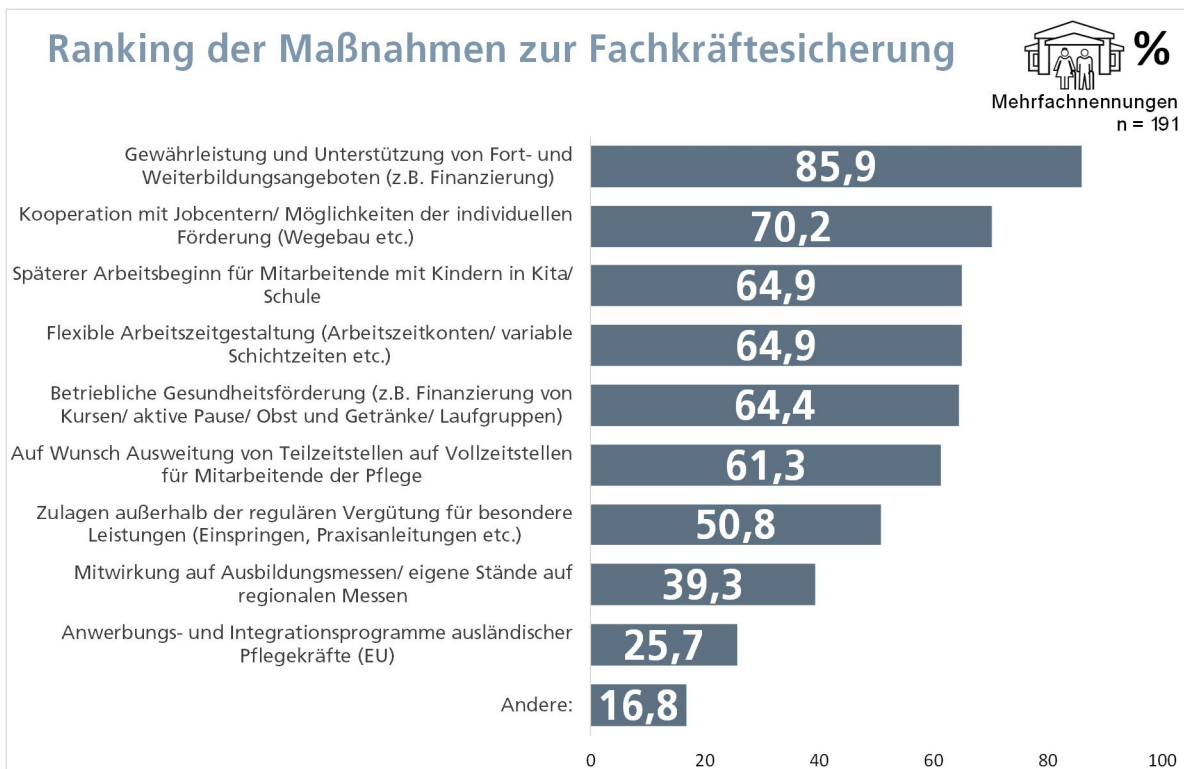


Abbildung 57: Maßnahmen der Fachkräftesicherung teil-/vollstationär

Die Hälfte der Einrichtungen arbeitet mit außertariflichen Zulagen bei besonderen Aufgaben oder Qualifikationen der Mitarbeitenden. Die Mitwirkung an Ausbildungsmessen ist in diesem Bereich, wie bei den ambulanten Diensten keine flächendeckende Maßnahme der Fachkräftegewinnung.

Zusammenfassung teil-/vollstationäre Einrichtungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei den teil-/vollstationären Einrichtungen die Nachfrage für Pflegeleistungen deutlich die Kapazitäten übersteigt.

Während mit ambulanten Diensten noch relativ häufig eine aktive Vernetzung zur Sicherstellung der regionalen Versorgung besteht, ist die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen teil-/vollstationären Einrichtungen dem Anschein nach geringer ausgeprägt. So ist es in der Breite offensichtlich eher unüblich, Anfragen, die nicht selbst bedient werden können, an andere Einrichtungen weiterzuleiten.

Die als notwendig beschriebene Teilzeitquote liegt bei durchschnittlich 41,2 Prozent. Auch die teil-/vollstationären Einrichtungen schätzen die Arbeitsmarktlage insgesamt als schwierig ein und erhalten für offene Stellen häufig nicht ausreichend Bewerbungen. Dies erschwert die Neubesetzung einer offenen Stelle. Die Anwerbung von ausländischen Fachkräften scheint nur eine bedingte Lösung darzustellen, die lediglich für wenige Einrichtungen als echte Alternative zur Ausbildung und Qualifizierung denkbar erscheint.

Die Anwerbung neuer Mitarbeitender erfolgt zu annähernd einem Drittel aus Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern sowie auch durch eine Wiederaufnahme der

Arbeit in der Pflege nach einer längeren Pause. Ein großer Anteil der neu eingestellten Fachkräfte ist aus anderen Einrichtungen abgewandert. So besteht auch in der teil-/vollstationären Pflege eine rege Fluktuation zwischen den einzelnen Einrichtungen eines Versorgungssektors.

Die ausgewählten Maßnahmen zur Fachkräftesicherung ähneln in der Häufigkeit der Umsetzungen denen der ambulanten Dienste. In Anbetracht der Nachfrage nach qualifiziertem Personal scheint hier noch ein Ausbaupotenzial zu bestehen, gerade in dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Krankenhäuser

An der Befragung haben 45 von 169 angeschriebenen Krankenhäusern teilgenommen. Obwohl der vergleichsweise hohe Anteil der teilnehmenden Krankenhäuser eine Übertragung der Ergebnisse auf die regionale Gesamtheit zulässt (mit Ausnahme der statistischen Region Weser-Ems), ist die absolute Zahl der Einrichtungen so niedrig, dass die Ergebnisse nicht in Prozent, sondern in absoluten Zahlen dargestellt werden, um Verzerrungseffekte zu vermeiden⁴⁷.

15 der teilnehmenden Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, 13 in freigemeinnütziger und 10 in privater Trägerschaft. 7 Krankenhäuser machten zur Trägerschaft keine Angaben.

Mit 22 Krankenhäusern hält der überwiegende Teil der teilnehmenden Einrichtungen eine Versorgungskapazität von 150 bis 400 Betten vor. 10 Krankenhäuser sind mit unter 50 bis maximal 150 Betten eher kleinere Einrichtungen und weitere 13 sind mit 400 bis über 800 Betten große Einrichtungen.

Fachkräftesicherung der Krankenhäuser

Analog zu den Sektoren der ambulanten Pflege und den teil-/vollstationären Einrichtungen wurden auch die Krankenhäuser befragt, wie groß aus ihrer Perspektive der Anteil an Mitarbeitenden in Teilzeit sein muss, damit stabile Dienstpläne erstellt werden können. Ebenso wurde erfragt, wie groß der benötigte Anteil an Pflegefachkräften aus Zeitarbeitsfirmen sein muss, um die Versorgung aufrecht erhalten zu können.

Im Mittel gaben die Krankenhäuser an, einen Anteil von 21,7 Prozent an Teilzeitkräften zu benötigen, wobei 19 der 45 Krankenhäuser angegeben haben, keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in Teilzeit zu benötigen. 22 Einrichtungen gaben an, dass sie einen Anteil zwischen 30 und 60 Prozent als notwendig betrachten. Deutlich geringer sind die Angaben zu den benötigten Anteilen an Fachkräften aus Zeitarbeitsfirmen. Hier gaben 28 der Krankenhäuser an, gar keine Unterstützung aus diesem Bereich nutzen zu müssen, und 14 der teilnehmenden Einrichtungen gaben jeweils Anteile zwischen 1 und 8 Prozent an. Drei Krankenhäuser sahen einen Anteil von 10 Prozent an Fachkräften aus Zeitarbeit als notwendig an.

⁴⁷ Bei 45 Einrichtungen hat jede Einrichtung ein prozentuales Gewicht von 2,17 Prozent bei jeder Fragestellung. Ein Unterschied von 10 Prozent erscheint in Grafiken viel, würde hier jedoch bereits bei fünf abweichenden Antworten erreicht.

Ein weiterer Themenblock bezog sich auf die Rekrutierung im Erhebungsjahr 2019 aus der Perspektive der Krankenhäuser.

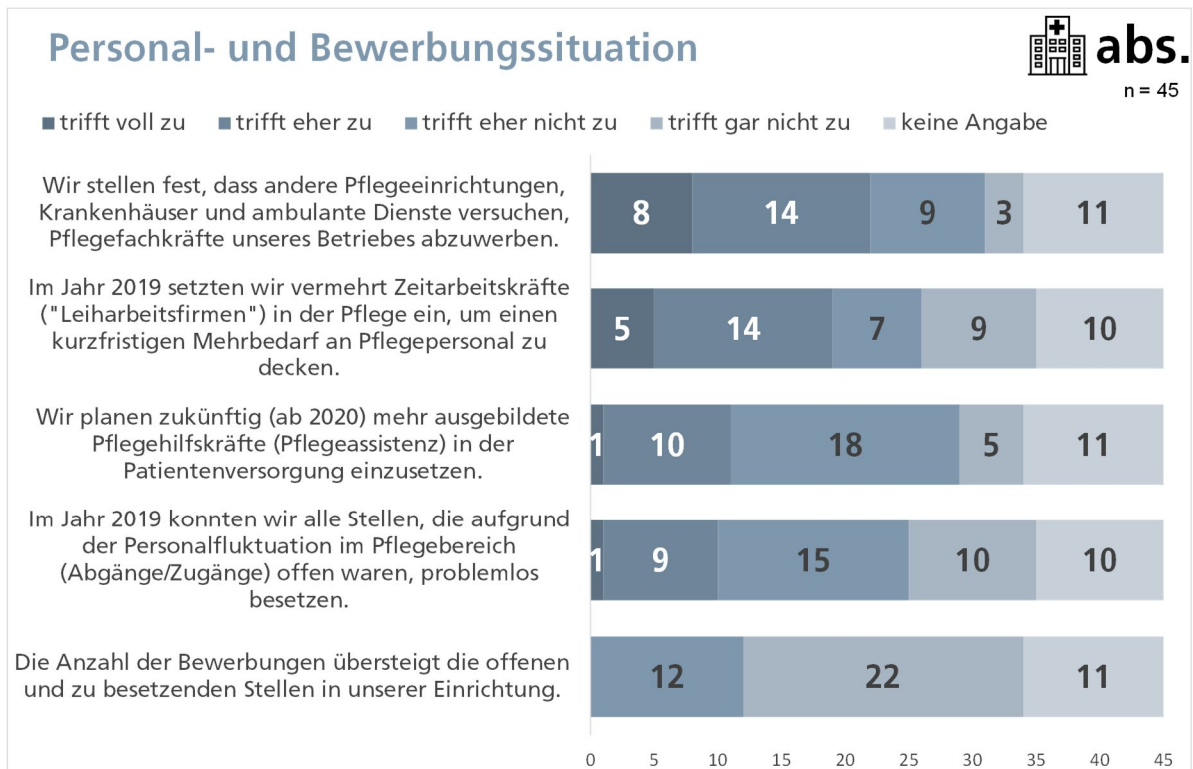


Abbildung 58: Personal- und Bewerbungssituation im Krankenhaussektor

Wie in den ambulanten Diensten und den teil-/vollstationären Einrichtungen wird auch bei den Krankenhäusern deutlich, dass die Anzahl der Bewerbungen unterhalb der der offenen Stellen liegt. Hier gab es keine Einrichtung, die der positiv formulierten Aussage zustimmte. Bezogen auf die Besetzung offener Stellen gaben lediglich zehn der Krankenhäuser an, dass dies problemlos erfolgen konnte.

Dass vermehrt Pflegefachkräfte aus Zeitarbeit für die kurzfristige Überbrückung von Personalengpässen eingesetzt werden, wurde von 19 Krankenhäusern als voll bzw. eher zutreffend eingeschätzt. Ähnlich groß wie auch in den anderen Sektoren ist die Zustimmung zur Aussage, dass andere Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste versuchen, die eigenen Pflegefachkräfte abzuwerben.

Aussagen, die sich auf die erfolgreiche Anwerbung, die Integration sowie die Bindung von ausländischen Pflegefachkräften beziehen, erhielten eher geringe Zustimmungswerte, gleichwohl die Bewertungen etwas positiver ausfallen als bei den ambulanten Diensten oder teil-/vollstationären Einrichtungen. 16 Einrichtungen planen, in den kommenden Jahren (ab 2020) verstärkt Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. 13 Krankenhäuser geben an, die in dem Jahr 2019 eingestellten ausländischen Pflegekräfte in der Einrichtung gehalten zu haben. Kritisch angemerkt wird aber auch in diesem Sektor, dass eine Integration ausländischer Pflegekräfte nicht problemlos erfolgt.

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Ausländische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege spielen in der Gesamtheit betrachtet im Sektor der Krankenhausversorgung aber offenbar eine größere Rolle als in der ambulanten Pflege.

Im Durchschnitt hat jedes der teilnehmenden Krankenhäuser 21,8 Pflegefachkräfte neu eingestellt, wobei die Hälfte der Einrichtungen zehn oder weniger neue Mitarbeitende in der Pflege einstellte. Der Durchschnitt wird durch die Extremwerte dreier Krankenhäuser angehoben, die allein knapp 38 Prozent aller Neueinstellungen durchgeführt haben. Der überwiegende Teil der neu eingestellten Pflegefachkräfte hat zuvor in einem anderen Krankenhaus gearbeitet. Lediglich 10,7 Prozent waren zuvor in einer teil-/vollstationären Einrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst tätig. Dabei ist hervorzuheben, dass nur drei Prozent aus dem Feld der ambulanten Dienste stammt und somit eine Befürchtung, dass insbesondere hier seitens der Krankenhäuser ein zusätzlicher Druck entstehen könnte, sich empirisch nicht bestätigt. Im Vergleich zu den anderen Sektoren schöpfen die Krankenhäuser den deutlich größten Anteil ihrer Neueinstellungen aus Ausbildungsabsolventinnen und Ausbildungsabsolventen (35,2 Prozent). Kontrastierend dazu scheinen die Krankenhäuser, anders als die ambulanten Dienste oder die teil-/vollstationären Einrichtungen, weniger erfolgreich Pflegefachkräfte erreichen zu können, die in keinem aktuellen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis standen (12,3 Prozent). Zentral ist die Übernahme neuer Beschäftigter, die zuvor in einem anderen Krankenhaus gearbeitet haben (40 Prozent). Dies verweist auf den hohen intrasektoriellen Druck bei der Fachkräfterekrutierung und lässt den Schluss zu, dass die Überschreitung der Sektorengrenzen aus Sicht von Bewerberinnen und Bewerbern nicht die primäre Zielrichtung ist.

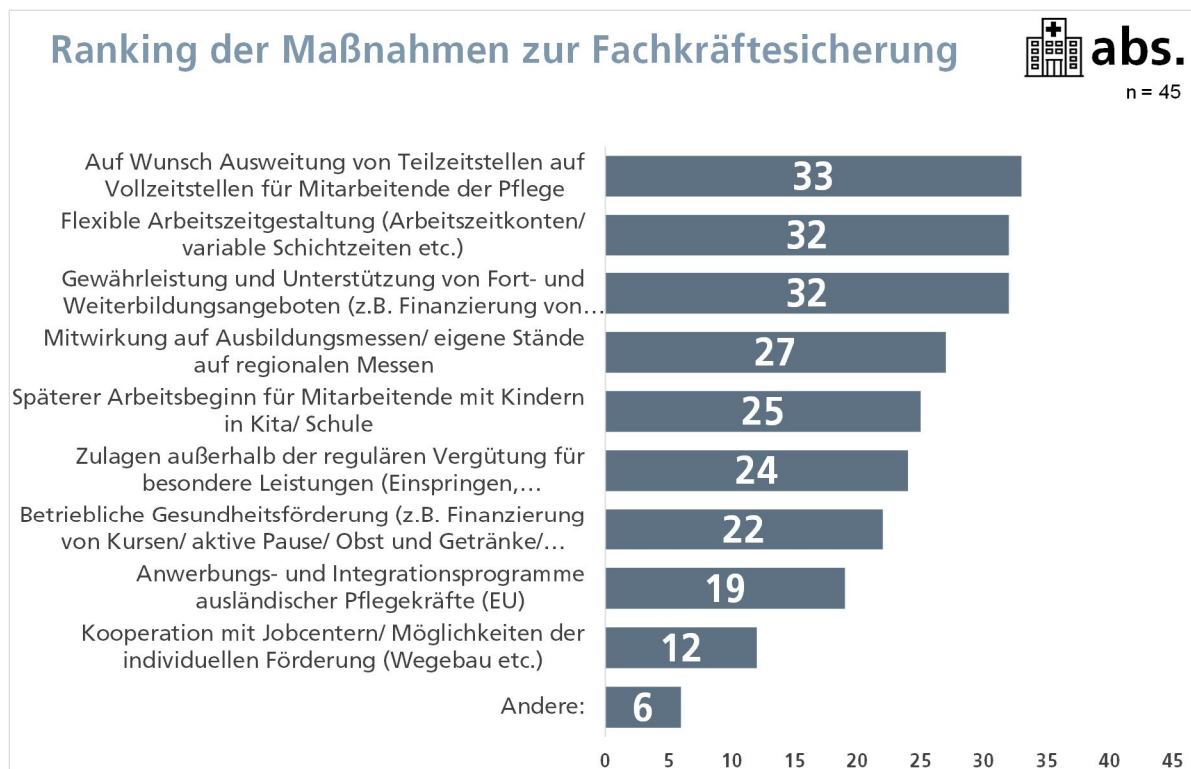


Abbildung 59: Maßnahmen der Fachkräftesicherung im Krankenhaussektor

Die Häufigkeiten der Angaben zu den Maßnahmen bezogen auf die Fachkräftesicherung zeigen ein ähnliches Bild zu den anderen Sektoren. Die flexible Arbeitszeitgestaltung sowie die Gewährleistung/Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsangeboten stellen häufig angegebene Maßnahmen dar. An erster Stelle rangiert die Ausweitung der Teilzeitstellen auf Vollzeitstellen, was in den anderen Sektoren nicht in der Ausprägung angegeben wurde. Hier wird demnach in besonderem Maße versucht, die innerbetrieblichen Ressourcen besser zu nutzen und die Anteile der Teilzeitmitarbeitenden zu reduzieren. Wie auch in den anderen Bereichen scheinen Maßnahmen wie Zulagen für besondere Leistungen außerhalb der regulären Vergütung und die Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich seltener genutzt zu werden.

Bildungseinrichtungen

An der Befragung haben 40 der 196 angeschriebenen Bildungseinrichtungen teilgenommen. 20 der Bildungseinrichtungen sind in öffentlicher Trägerschaft. Weitere 11 Schulen sind in privater und 8 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Eine Bildungseinrichtung hat keine Angaben zu ihrer Trägerschaft gemacht. Bezogen auf die angebotenen Bildungsbereiche gaben 39 der Schulen an, dass sie eine oder mehrere Ausbildungen anbieten. Jeweils 12-mal wurden Maßnahmen zur Berufsvorbereitung und Weiterbildungen genannt und weitere achtmal Fortbildungen.

24 der teilnehmenden Schulen boten die Berufsausbildung in der Altenpflege an. 17 Bildungseinrichtungen gaben an, die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege anzubieten, fünf in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Zudem wurde in 17 Bildungseinrichtungen auch die staatlich anerkannte Pflegeassistenz als Berufsausbildung angeboten.

Ausbildungskapazitäten und Bewerbungssituation

Die Schulen wurden darum gebeten anzugeben, wie viele Ausbildungsplätze sie für die einzelnen Ausbildungsbereiche im Jahr 2019 vorgehalten, wie viele Bewerbungen sie erhalten haben und wie viele Ausbildungsplätze zum Ausbildungsbeginn tatsächlich besetzt waren. Die summierten Angaben werden in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

Ausbildungsplatzzahlen				
n=40	Anzahl angebotener Ausbildungs- plätze 2019	Anzahl Bewerbun- gen 2019	Anzahl tatsächlicher besetzter Ausbildungs- plätze 2019	Differenz zwi- schen nicht be- setzten und tatsächlichen Ausbildungs- plätzen 2019
Altenpflege	1.110	1.235	844	266
Gesundheits- und Kin- derkrankenpflege	68	433	67	1

Gesundheits- und Krankenpflege	1.219	3.180	1.148	71
Staatl. anerkannte Pflegeassistenz	576	689	444	132
Fachweiterbildungen	166	215	141	15

Tabelle 22: Ausbildungskennzahlen Bildungseinrichtungen

Aus den Zahlen wird ersichtlich, dass in der Altenpflege die Anzahl der Bewerbungen nur etwas höher ist als die der angebotenen Ausbildungsplätze. Dies kann in Verbindung stehen mit den Kooperationen zu den Trägern, die ihrerseits die Auszubildenden einstellen und an die kooperierende Bildungseinrichtung verweisen. Die tatsächlich belegten Ausbildungsplätze weichen von den potenziell möglichen Ausbildungsplätzen noch einmal deutlich ab, sodass 266 Ausbildungsplätze gemessen an der Gesamtzahl an Ausbildungsplätzen in der Stichprobe im Jahr 2019 unbesetzt bleiben. Ähnliche Werte ergeben sich für die Ausbildung in der staatlich anerkannten Pflegeassistenz.

Kontrastierend dazu zeigt sich, dass die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege die vorgehaltenen Schulplätze um mehr als das 2,5-fache übersteigen. Dennoch bleiben auch in diesem Bereich letztlich 71 Ausbildungsplätze in der Stichprobe unbesetzt.

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist aufgrund des deutlich geringeren Ausbildungsplatzangebotes ein anderes Verhältnis zu beobachten. Die Anzahl der Bewerbungen auf einen Ausbildungsplatz beträgt im Durchschnitt 6,4, und zum Ausbildungsbeginn bleibt nur ein Ausbildungsplatz unbesetzt. Hier liegt eine fast vollständige Ausschöpfungsquote vor.

Zu berücksichtigen ist, dass sich Schülerinnen und Schüler ggf. an unterschiedlichen Schulen bewerben und so von der Quantität der Bewerbungen nicht zwingend auf die Gesamtzahl der Ausbildungswilligen geschlossen werden kann. Hier kann es zu einer systematischen Überschätzung der Gesamtzahl der Bewerbungen kommen.

Die Bildungseinrichtungen wurden befragt, ob und inwieweit sie ihr Ausbildungsplatzangebot ausweiten könnten. Dies kann als zusätzliches Potenzial zur Fachkräftesicherung betrachtet werden. In der Summe könnten in der Altenpflege zusätzlich 497 Ausbildungsplätze und in der staatlich anerkannten Pflegeassistenz weitere 165 Ausbildungsplätze angeboten werden. In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege könnten noch 25 und in der Gesundheits- und Krankenpflege sogar weitere 497 Ausbildungsplätze bedient werden.

Die zum Ausbildungsbeginn unbesetzten Plätze stellen einen Verlust von potenziellen Pflegefachkräften dar. Die Schulen wurden zu den Gründen dafür befragt, dass Bewerberinnen und Bewerber nicht aufgenommen wurden oder die Ausbildung nicht antraten.

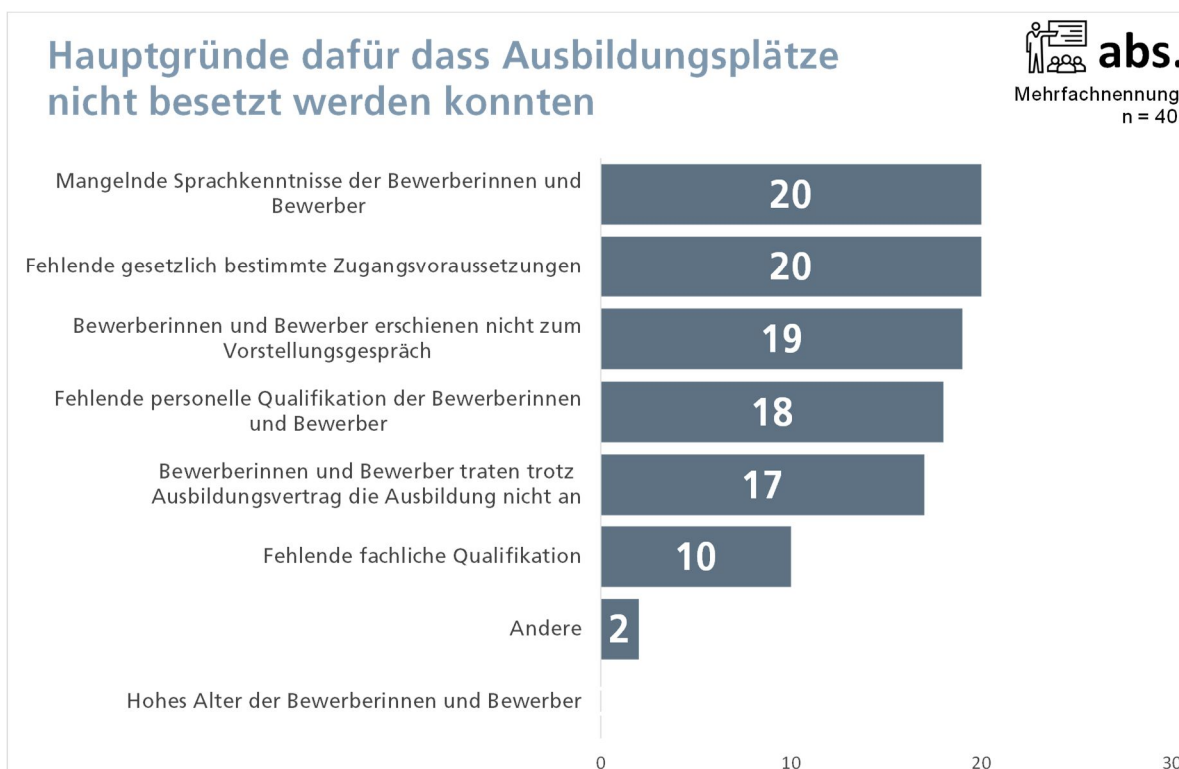


Abbildung 60: Gründe für die Nichtbesetzung von Ausbildungsplätzen

Als häufigste Gründe wurden mangelnde Sprachkenntnisse sowie fehlende Zugangsvoraussetzungen angegeben. Ebenfalls wurde häufig angegeben, dass die Bewerberinnen und Bewerber nicht zu dem Vorstellungsgespräch erschienen sind und darüber offenkundig im Vorfeld nicht informiert wurde.

17 der 40 Schulen gaben darüber hinaus an, dass Bewerberinnen und Bewerber trotz abgeschlossener Ausbildungsverträge zum vereinbarten Ausbildungsbeginn nicht zur Ausbildung angetreten sind. Das Alter scheint keine Rolle für die Entscheidung für die Einstellung in der Pflegeausbildung zu spielen.

Eine weitere Frage bezieht sich auf die eingesetzten Maßnahmen, um Interessentinnen und Interessenten für die Ausbildung anzusprechen und zu gewinnen.

Die nachfolgende Grafik bildet diese in einem Ranking der am häufigsten genannten Maßnahmen ab.

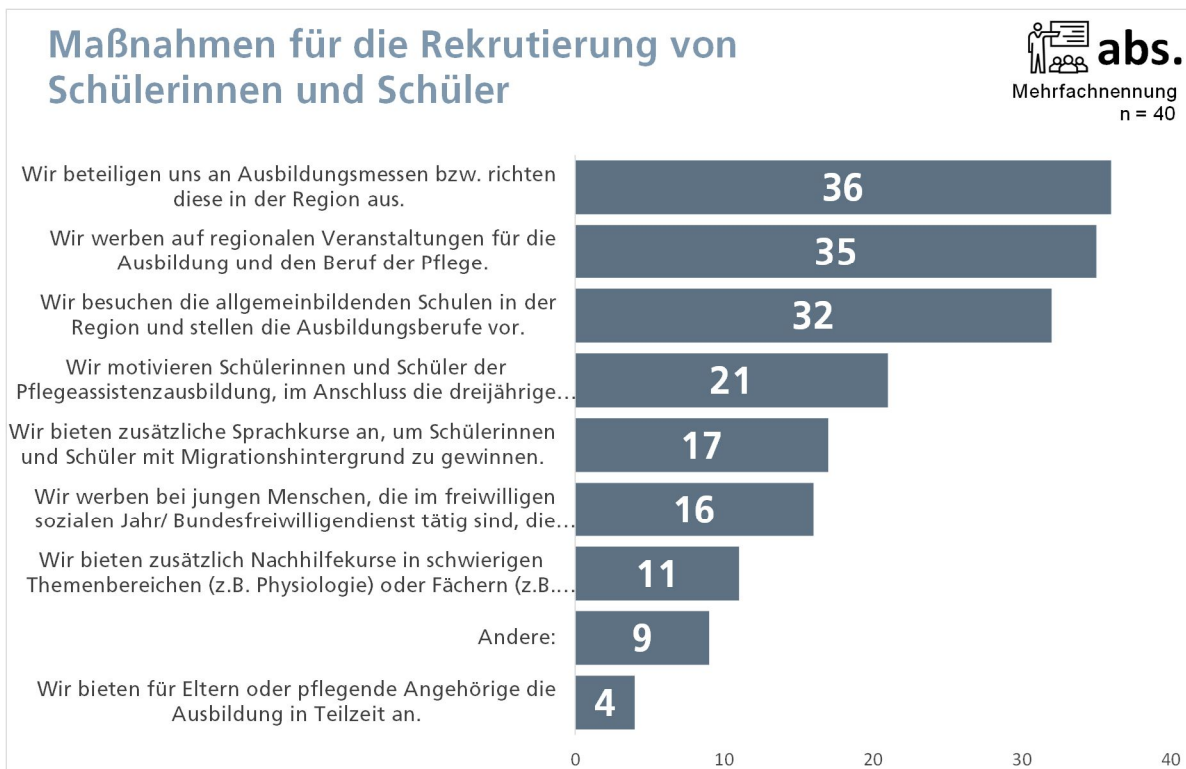


Abbildung 61: Maßnahmen der Rekrutierung von Schülerinnen und Schülern

Den Ergebnissen zufolge stellen die Beteiligung an Ausbildungsmessen und das Werben auf regionalen Veranstaltungen für die Ausbildung weitverbreitete Standardmaßnahmen zur Rekrutierung und Werbung dar. Ebenfalls häufig wurde der Besuch von allgemeinbildenden Schulen angegeben, bei denen die Ausbildungsberufe vorgestellt werden. Dahingegen werden Nachhilfkurse für schwierigere Fächer nur von elf Bildungseinrichtungen genannt und die Ausbildung in Teilzeit wird nur von vier Schulen angeboten.

Korrespondierend zum Rekrutierungsraum der Mitarbeitenden in den Einrichtungen wurden die Bildungseinrichtungen zum Einzugsgebiet der Ausbildung befragt. Dies lässt wesentliche Rückschlüsse darauf zu, inwieweit eine regionale und ortsnahe Ausbildung von Bedeutung sein kann, um die zur Verfügung stehenden Schulplätze besser auszulasten und die vorliegenden Kapazitäten entsprechend zu erhöhen.

Im Durchschnitt leben die Schülerinnen und Schüler in einem Umkreis von 16,2 Kilometern von der Bildungseinrichtung. Im ersten Ausbildungsjahr 2019 beträgt der weiteste Anreiseweg über alle Schulen hinweg im Durchschnitt 46,8 Kilometer. Es gibt vereinzelt Schülerinnen und Schüler, die mit 200 Kilometern auffallend weite Anreisewege auf sich nehmen, was durch den Blockunterricht und angegliederte Wohnheime möglich gemacht wird.

Fachkräftesicherung der Bildungseinrichtungen

Die Ausweitung der Bildungsangebote und die mögliche Steigerung der Ausbildungskapazität in den Bildungseinrichtungen hängen maßgeblich mit der eigenen Personalsituation zusammen.

Stehen nicht hinreichend Lehrende zur Verfügung, so können ggf. Erweiterungen nicht realisiert werden. Hinzu kommt die Frage, ob sich Ersatzbedarfe beschreiben lassen, die aktuell nicht gedeckt werden können und so ggf. zu einer Reduzierung der Ausbildungsangebote oder der fachlichen Qualität der Ausbildungsangebote führen. Die Personalsituation in den antwortenden Bildungseinrichtungen stellt sich dabei wie folgt dar:

PERSONALSTRUKTUR			
N=40	ANZAHL LEHRENDER IN TEILZEIT	ANZAHL LEHRENDER IN VOLLZEIT	ANZAHL DERZEIT OFFENER UND ZU BESETZENDER STELLEN
Gesamtbereich der Bildungseinrichtung	569	577	34
Altenpflege	110	84	11
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	8	8	0,5
Gesundheits- und Krankenpflege	117	90	14
Staatl. anerkannte Pflegeassistenz	78	59	5

Tabelle 23: Personalstruktur der Bildungseinrichtungen

In der Gesamtheit wurden von den Bildungseinrichtungen 1.146 hauptamtlich Lehrende über alle Bildungsgänge hinweg angegeben. 577 arbeiten in Vollzeit, was einem Anteil von 50,3 Prozent entspricht. In den Bildungseinrichtungen werden in der Summe 34 derzeit offene und zu besetzende Lehrerstellen ausgewiesen. Die geringe Anzahl zeigt jedoch, dass durch einen aktuellen Lehrerinnen- und Lehrermangel keine nennenswerte Reduzierung der Ausbildungsangebote entstehen wird.

Im nachfolgenden Block sollen diese Aspekte zur Personalsituation aus der Perspektive der Bildungseinrichtungen reflektiert werden.

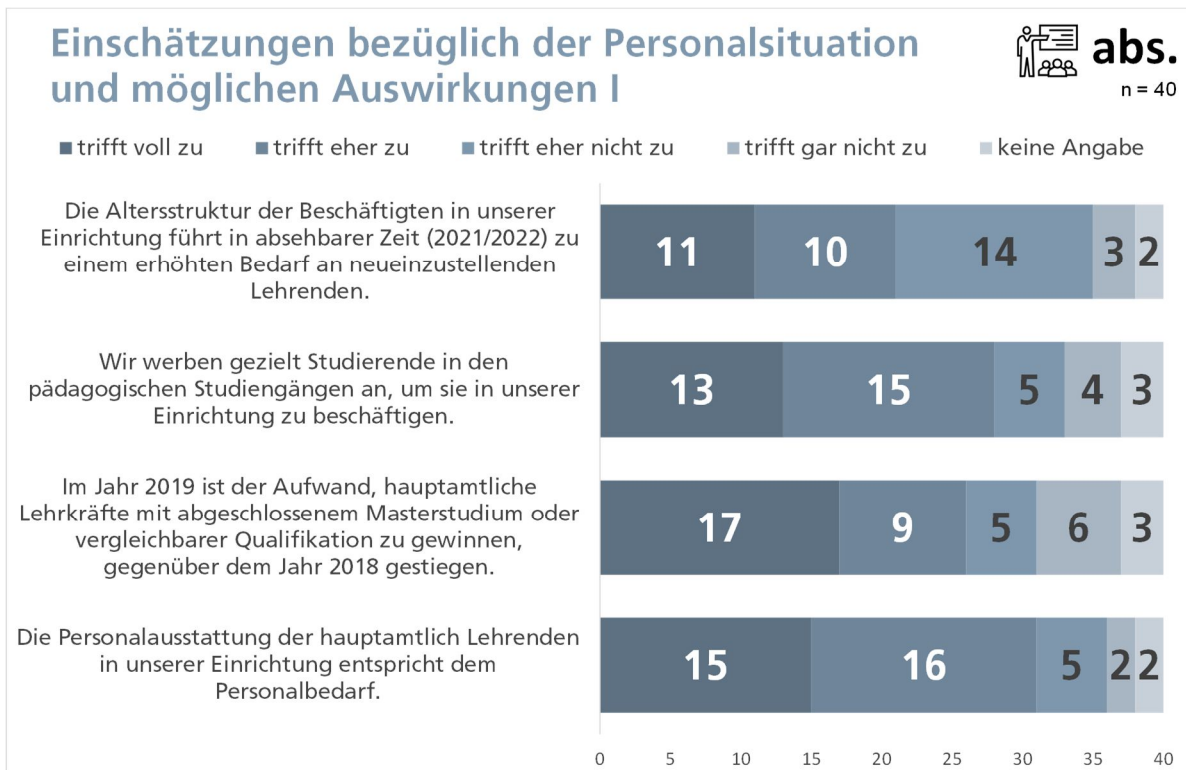


Abbildung 62: Einschätzungen zur Fachkräftesituation in Bildungseinrichtungen I

31 der antwortenden Bildungseinrichtungen geben an, dass der eigene Personalbestand dem Personalbedarf entspricht. Sieben Pflegebildungseinrichtungen beobachten offensichtlich einen anderen Bedarf als den zur Verfügung stehenden. Dies korrespondiert mit der vorherig vorgestellten Analyse zur Personalausstattung insgesamt.

Eine im Vergleich zum Vorjahr bestehende Erhöhung des Aufwands der Rekrutierung bestätigen 26 Bildungseinrichtungen. Deutlich wird, dass die Einrichtungen sich dabei frühzeitig um die Fachkräfterekrutierung bemühen und gezielt bereits in den Studiengängen werben, um angehende Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen frühzeitig an die eigene Einrichtung zu binden. Rund die Hälfte der teilnehmenden Bildungseinrichtungen sieht einen erwartbaren Ersatzbedarf an Lehrenden, der sich kurzfristig aus der Demografie der Beschäftigten ergibt. Dieser ist in den kommenden Jahren zu erwarten und verschärft die Konkurrenzsituation den Bildungseinrichtungen.

Aus den ersten Einschätzungen ergeben sich Fragen bezüglich einer Reduzierung der Angebotsstruktur in den Bildungseinrichtungen infolge eines Fachkräftemangels.

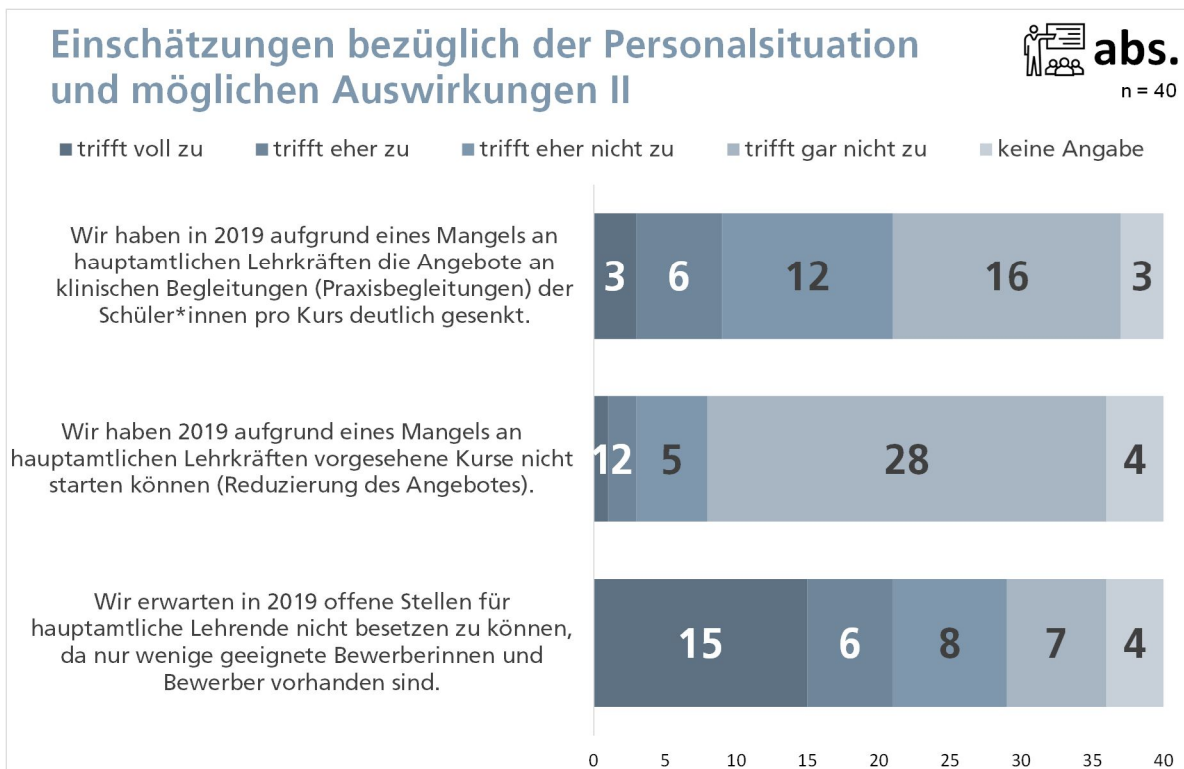


Abbildung 63: Einschätzungen zur Fachkräftesituation in Bildungseinrichtungen II

Neun der befragten Einrichtungen geben an, dass der Mangel an hauptamtlichen Lehrkräften Folgen für die Strukturierung der Ausbildung hat. Dieser betrifft primär die Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen. Dies kann als Folge des Fachkräftemangels in der Pflegebildung aufgefasst werden.

Nahezu keine Auswirkung hat ein Fachkräfteengpass bezogen auf die Reduzierung des Bildungsangebotes insgesamt. Lediglich in drei der antwortenden Einrichtungen konnten entsprechende Kursangebote nicht oder offenbar nur eingeschränkt durchgeführt werden.

Perspektivisch wird deutlich, dass in den Bildungseinrichtungen davon ausgegangen wird, dass offene Stellen nicht zügig besetzt werden können, weil die Anzahl der Bewerbungen eine entsprechende Besetzung nicht zulässt.

Ausbildungserfolge in den Pflegeberufsausbildungen

Um den Ausbildungserfolg des letzten Jahrgangs in der Stichprobe einschätzen zu können, wurden die Bildungseinrichtungen gebeten, anzugeben, wie viele Auszubildende im Jahrgang 2016 (bzw. 2017 für die Pflegeassistenz) die Ausbildung begonnen und wie viele diese im Jahr 2019 erfolgreich abgeschlossen haben.

Daraus wurden, analog zur Vorgehensweise des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB), zwei unterschiedliche Erfolgsquoten berechnet. Die so genannte Erfolgsquote II (EQ II) setzt das Volumen aller Prüfungsteilnehmenden mit den erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen des Jahres in Verhältnis (Ebbinghaus und Gericke, Naomi, Uhly, Alexandra 2012). Für die Altenpflege konnten die Daten aufgrund einer niedrigen

Angabe der Schülerzahlen im Jahr 2016 (n=45) nicht berechnet werden. Die EQ II in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der staatlich anerkannten Pflegeassistenz ist der nachfolgenden Grafik zu entnehmen. Die erzielten EQ II in den Pflegefachberufen rangieren im unteren Bereich verglichen mit den Ausbildungsberufen des klassischen dualen Ausbildungssystems (BIBB 2020).

Ausbildungserfolge der unterschiedlichen Pflegeberufeausbildungen in der Kohorte 2016 - 2019

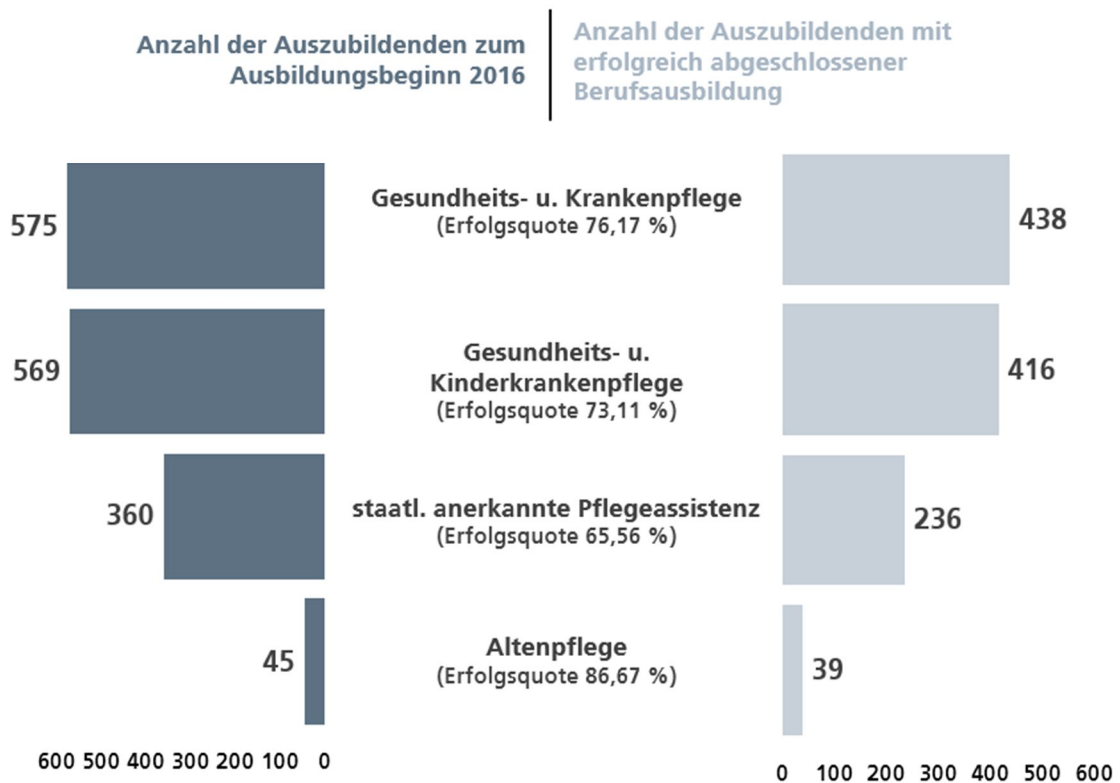


Abbildung 64: Ausbildungserfolgsquoten in den Bildungsgängen 2019

Die zweite berechenbare Erfolgsquote der Erstprüflinge (EQEP) betrachtet das Erfolgsverhältnis zwischen jenen Auszubildenden eines Jahrgangs, die zu der Abschlussprüfung zugelassen wurden, und den abschließend erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen. Dadurch drückt der EQEP aus, „[...] zu welchem Anteil die Ausbildung unmittelbar mit einem qualifizierten Berufsabschluss beendet wird.“ (Ebbinghaus, Gericke et al. 2012: S.102). Sie bildet damit das positive Prüfungsgeschehen in einem Beruf ab. Dementsprechend fallen diese Erfolgsquoten im Vergleich zu EQ II höher aus. Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt die EQEP in der Stichprobe bei 92,2 Prozent, in der Gesundheits- und Krankenpflege bei 93,4 Prozent und in der Pflegeassistenz bei 92,6 Prozent.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Bildungseinrichtungen

In der Gesamtschau der vorgestellten Ergebnisse lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Bewerbungen für Ausbildungsplätze für den Bereich der Altenpflege und der staatlich anerkannten Pflegeassistenz geringer sind verglichen mit der Anzahl der Bewerbungen pro Ausbildungsplatz in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Auch unterscheiden sich diese Bereiche hinsichtlich der offen gebliebenen Schulplätze. In der Altenpflege sowie in der Pflegeassistenz sind Ausbildungsplätze häufiger vakant geblieben.

Die Bildungseinrichtungen geben an, dass es häufiger dazu kommt, dass potenzielle Schülerinnen und Schüler trotz einer Zusage der Bildungseinrichtung ohne vorherige Absprache nicht zur Ausbildung antreten. Allgemein müssen Bewerbungen häufiger aufgrund fehlender Eignungen, Kenntnisse oder rechtlich geforderter Zugangsvoraussetzungen abgelehnt werden.

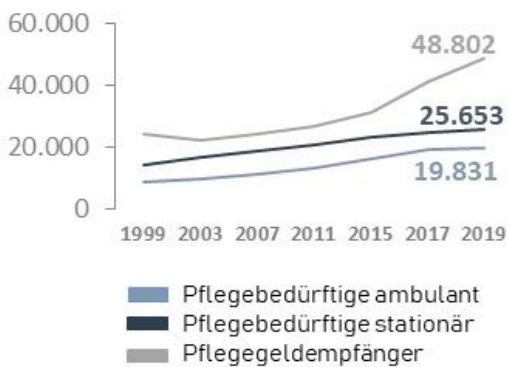
Die eigene Rekrutierung von Personal wird in der Summe aufwändiger, und es besteht ein zusätzlicher Bedarf an hauptamtlichen Lehrkräften. Mit einem bestehenden bzw. sich fortsetzendem Mangel wird gerechnet. Der Mangel an Lehrkräften hat in einzelnen Bildungseinrichtungen bereits Konsequenzen bezüglich der Ausgestaltung des Bildungsangebotes. Aktuell sind jedoch überwiegend keine Ausfälle von Kursen zu verzeichnen; es bestehen aber Lücken bei der Möglichkeit, die Praxisbegleitungen sicherzustellen.

In der Breite bemühen sich die Bildungseinrichtungen, Schülerinnen und Schüler für die Ausbildungen im Pflegebereich zu gewinnen. Dabei werden übliche und daher leichter integrierbare Maßnahmen häufig genutzt. Darunter fallen z. B. Ausstellungen auf Ausbildungsmessen, Werbung auf regionalen Veranstaltungen, der Besuch von allgemeinbildenden Schulen. Deutlich seltener scheinen jedoch individuelle Fördermaßnahmen wie z. B. Nachhilfeangebote in herausfordernden Fächern oder Ausbildung in Teilzeit für Eltern eingesetzt zu werden.

Statistische Regionen im Überblick

Im nachfolgenden Abschnitt werden zentrale Kennzahlen für die statistischen Regionen in Niedersachsen in Form von Infografiken zusammengestellt. Diese dienen dazu, einen Überblick über Regionen zu geben und Unterschiede entsprechend zu visualisieren.

STATISTISCHE REGIONEN IM ÜBERBLICK



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft Altenpflege im Dez 2020 kommen **5,8** offen gemeldete Arbeitsstellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft Krankenpflege im Dez 2020 kommen **2,7** offen gemeldete Arbeitsstellen



Abbildung 65: Statistische Regionen im Überblick – Braunschweig

STATISTISCHE REGIONEN IM ÜBERBLICK



Hannover

418

Ambulante
Pflegedienste 2019

Fachkräfte
Altenpflege
3.092

Fachkräfte
Kranken-
Pfleger
2.591

553

Stationäre
Einrichtungen 2019

Fachkräfte
Altenpflege
5.714

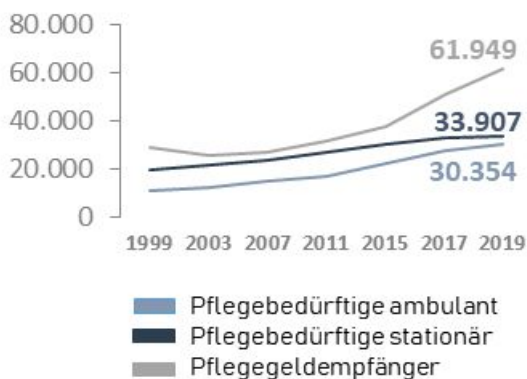
Fachkräfte
Kranken-
Pfleger
1.595

46

Krankenhäuser 2017
mit

10.721

(Gesundheits- und
Krankenpflegenden)



31.420

Pflegeplätze für die
Vollstationäre
Versorgung 2019

2.973

Pflegeplätze für
die Tagespflege
2019

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Altenpflege im Dez 2020 kommen
5,3 offen gemeldete Arbeitsstellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Krankenpflege im Dez 2020 kommen
4,0 offen gemeldete Arbeitsstellen



Abbildung 66: Statistische Regionen im Überblick – Hannover

STATISTISCHE REGIONEN IM ÜBERBLICK



Lüneburg

264

Ambulante
Pflegedienste 2019

Fachkräfte
Altenpflege
1.688

Fachkräfte
Kranken-
pflege
1.492

449

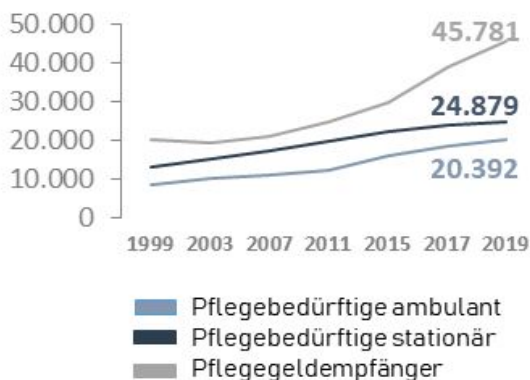
Stationäre
Einrichtungen 2019

Fachkräfte
Altenpflege
4.391

Fachkräfte
Kranken-
pflege
1.213

37

Krankenhäuser 2017
mit
6.108
(Gesundheits- und
Krankenpflegenden)



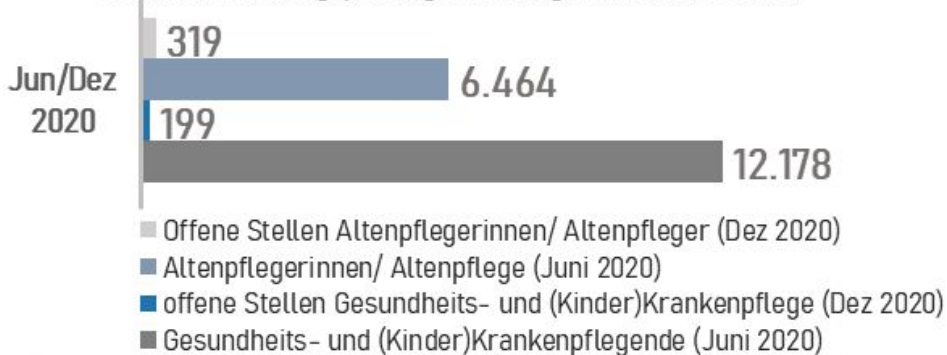
22.798

Pflegeplätze für die
Vollstationäre 2019
Versorgung

1.984

Pflegeplätze für
die Tagespflege
2019

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Altenpflege im Dez 2020 kommen
3,6 offen gemeldete Arbeitsstellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Krankenpflege im Dez 2020 kommen
2,1 offen gemeldete Arbeitsstellen



Abbildung 67: Statistische Regionen im Überblick – Lüneburg

STATISTISCHE REGIONEN IM ÜBERBLICK



Weser-Ems

415

Ambulante
Pflegedienste 2019

Fachkräfte
Altenpflege
3.176

Fachkräfte
Kranken-
Pfleger
2.577

599

Stationäre
Einrichtungen 2019

Fachkräfte
Altenpflege
6.289

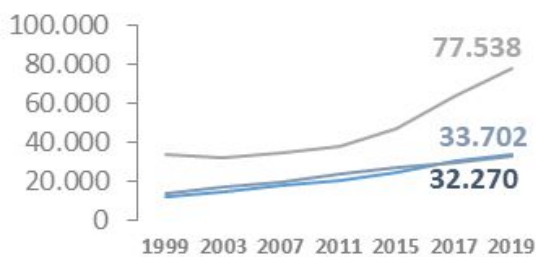
Fachkräfte
Kranken-
Pfleger
1.584

61

Krankenhäuser 2017
mit

13.491

(Gesundheits- und
Krankenpflegenden)



- Pflegebedürftige ambulant
- Pflegebedürftige stationär
- Pflegegeldempfänger

26.911

Pflegeplätze für die
vollstationäre
Versorgung 2019

4.162

Pflegeplätze für
die Tagespflege
2019

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Altenpflege im Dez 2020 kommen
4,9 offen gemeldete Arbeitsstellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft
Krankenpflege im Dez 2020 kommen
2,8 offen gemeldete Arbeitsstellen



Abbildung 68: Statistische Regionen im Überblick – Weser-Ems

Maßnahmen und Handlungsfelder

Im Fokus steht die Frage, wie eine Versorgungssicherheit mit hinreichend qualifizierten Pflegefachkräften für die alternde Bevölkerung in Niedersachsen hergestellt oder angepasst werden kann. Im Rahmen des Berichts werden nachfolgend Handlungsfelder und Einzelmaßnahmen systematisiert.

Zu einzelnen, an dieser Stelle aufgenommenen Handlungsfeldern wurden in Gremien, Verbänden und auf der politischen Ebene bereits Vereinbarungstexte verfasst und veröffentlicht. Zum Beispiel wurde im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein umfassender Vereinbarungskatalog entwickelt. Hierzu wurden in fünf Arbeitsgruppen insgesamt 25 Handlungsfelder identifiziert und mit Unterpunkten und Konkretisierungen versehen. Die beschriebenen Konkretisierungen der Umsetzung werden an dieser Stelle nicht gesondert aufgeführt. Die Arbeitsgruppen behandelten dabei die folgenden inhaltlichen Schwerpunkte:

- 1.) Ausbildungsoffensive Pflege (2019 bis 2023)
- 2.) Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- 3.) Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung
- 4.) Pflegekräfte aus dem Ausland
- 5.) Entlohnungsbedingungen in der Pflege

In Niedersachsen wurden im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.NI) Maßnahmen auf Landesebene vereinbart (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2019a) und mit einem konkreten Maßnahmenkatalog sowie Zeitplan hinterlegt (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2019b). Die weitere Ausgestaltung erfolgt unter Mitwirkung der Wohlfahrtsverbände, Pflegekassen, Verbände der privaten Pflegeanbieter, der Kommunalen Spitzenverbände und der Landesregierung. Diesen Weg konsequent zu nutzen und den Verbund der Unterzeichner nachhaltig an der Mitentwicklung zu beteiligen, ist Teil der an dieser Stelle ausgesprochenen Handlungsempfehlungen. Im Landespflegebericht Niedersachsen 2015 (Neuner 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015) wurden auf der Ebene von übergeordneten Themen Handlungsfelder aufgeführt und in zahlreichen Einzelmaßnahmen hinterlegt. Als Handlungsfelder wurden identifiziert:

- 1.) Maßnahmen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
- 2.) Stärkung der häuslichen Pflege
- 3.) Fachkräftesicherung in der Pflege
- 4.) Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe
- 5.) Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung

Die im Landespflegebericht 2015 benannten Handlungsfelder sollen an dieser Stelle nicht erneut aufgeführt werden. Sie haben weiterhin Bestand und sind zu berücksichtigen, solange keine explizite andere Empfehlung ausgesprochen wird oder aber eine Bearbeitung bereits als erfolgreich abgeschlossen gelten kann.

Darüber hinaus liegen Vorschläge und Systematisierungen auch aus anderen Bundesländern und Projekten vor⁴⁸, in denen Handlungsstrategien und Vereinbarungen von Organisationen zur Fachkräftesicherung in der Pflege vorgelegt wurden (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz 2017a, 2018; Mohr et al. 2018).

Die nachfolgende Übersicht stellt das breite Spektrum der Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung der Pflege und zur Fachkräftesicherung dar.

⁴⁸ In Baden-Württemberg z. B. ist das Projekt Care4Care zu nennen. Im Forschungsverbund wurden mit Akteurinnen und Akteuren zu zahlreichen Themenfeldern beispielhafte Analysen durchgeführt und Handlungsoptionen ermittelt. Die Themenschwerpunkte der Projektlinie waren: Entlohnung und Finanzierung in der Pflege, Arbeitsgestaltung, Organisationskultur, Leistungsgestaltung, Interessenvertretung. <https://www.zafh-care4care.de/zafh-themenschwerpunkte/berufliche-bildung/>

MAßNAHMEN UND HANDLUNGSFELDER

1	2	3	4	5	6	7
AUSBILDUNG STEIGERN	FACHKRÄFTESICHERUNG VOR ORT BETREIBEN	ATTRAKTIVE BESCHÄFTIGUNG	MIGRATION IN DIE UND INTEGRATION IN DER PFLEGE BEFÖRDERN	IMAGEENTWICKLUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	INNOVATIONEN UND EIGENVERANTWORTUNG	VERSORGUNG GESTALTEN UND ERMÖGLICHEN
<p>Senkung der Abbrecherquoten in der Ausbildung</p> <p>Steigerung der Ausbildungsplätze in den Schulen</p> <p>Akademisches Lehrpersonal qualifizieren</p> <p>Gewinnung neuer Zielgruppen (z. B. mehr Männer/ Wiedereinstieg)</p> <p>Stärkung der Akademisierung/ Ausbau der Studienprogramme Pflege</p> <p>Investitionskostenförderung für Pflegeschulen</p> <p>Vorberufliche Bildung ausbauen</p> <p>Flexibilisierung der Bildungsprozesse / Modularisierung</p> <p>Entwicklung alternativer Schulangebote (z.B. Abendkurse)</p> <p>Digitalisierung der Ausbildung ausbauen/ Digitalpakt Pflegeschule</p>	<p>Ausschöpfung der Personalressourcen / Abbau von Teilzeitbeschäftigung</p> <p>Berufsausstiege durch Früherkennung verhindern</p> <p>Ältere Mitarbeiter*innen in der Pflege halten</p> <p>Mitarbeiterzufriedenheit in Betrieben erfassen</p> <p>Fort- und Weiterbildung weiter ausbauen</p> <p>Schaffung horizontaler Karrierewege durch Spezialisierung</p> <p>Entwicklungs- und Projektarbeit in der Pflege ausbauen</p> <p>Praxisanleitung verbessern und stabilisieren</p> <p>Wiedereinstieg in den Beruf befördern und honorieren</p> <p>Regionale Arbeitsverbände und Netzwerkbildung befördern</p> <p>Regionales Fachkräftemonitoring etablieren</p>	<p>Personalbemessung entwickeln</p> <p>Personalbesetzung stabilisieren (Personaluntergrenzen)</p> <p>Dienstplansicherheit in der Pflegearbeit</p> <p>Lebensarbeitszeitkonten einführen</p> <p>Zeitdruck reduzieren durch Anerkennung der Interaktionsarbeit</p> <p>Familienfreundlichkeit erhöhen (Dienstzeiten flexibilisieren / Kinderbetreuung)</p> <p>Verbesserung der Personalrichtwerte in der stationären Langzeitpflege</p> <p>Wertschätzende Führungsarbeit</p> <p>Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement</p> <p>Tarifsysteme und gerechte Entlohnung aushandeln und etablieren</p> <p>Entbürokratisierung weiter ausbauen</p>	<p>Stärkung der Willkommenskultur in den Einrichtungen</p> <p>Tandem-/Mentoringssysteme für ausländische Mitarbeitende etablieren</p> <p>Alltags- und Kulturbegleiter etablieren</p> <p>Beschleunigung der Anerkennungsverfahren</p> <p>Gezielte Anwerbung ausländischer Fachkräfte in regionalen Verbänden</p> <p>Anwerbung junger Erwachsener mit Migrationshintergrund im Inland</p> <p>Schaffung vorberuflicher Erfahrungen für Menschen mit Fluchterfahrung</p> <p>Ausweitung der Sprachangebote und -kurse</p> <p>Schaffung von Kursangeboten zum pflegekulturellen Verständnis</p> <p>Zugangswegen zu jungen Migrant*innen suchen und aufsuchen</p>	<p>Abbau von Stereotypen gegenüber dem Pflegeberuf als Belastungsberuf durch Fokussierung der Chancen</p> <p>Sichtbarmachung guter pflegerischer Arbeit in Einrichtungen</p> <p>Staturerhöhung durch Aufwertung der Pflegearbeit (Heilkundeübertragung)</p> <p>Kampagnen zur Stärkung der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung</p> <p>Kulturbotschafter Pflege/ Pflegepaten/ Influencer gewinnen</p> <p>Pflege als Berufsbild und Arbeitsfeld in Schulen sichtbar machen</p> <p>Pflege vernetzen und stärken (z. B. Pflegenetzwerk-Deutschland)</p> <p>Stärkung der beruflichen Mitbestimmung und Selbstbestimmung (starke Verbände/ starke Kammern)</p>	<p>Stärkung der häuslichen ambulanten Pflege durch neue Pflegearrangements und WellfareMix</p> <p>Haushalts- und Betreuungskräfte in Pflegesettings einbinden</p> <p>Digitalisierung und Technisierung als sozio-technische Veränderungen in der Pflege etablieren</p> <p>Neue Wohnformen konsequent ausbauen</p> <p>Weiterentwicklung eigenständiger Versorgungsformen befördern (z. B. Buutzorg)</p> <p>Gesamtverträge in der Pflege umsetzen</p> <p>Projekte der heilkundlichen Übertragung und Eigenverantwortung der Pflege initiieren</p> <p>Telenursing und Telepflege ausbauen</p> <p>Präventive Hausbesuche in der Pflege etablieren</p>	<p>Landesförderungen für Investitionen in Bestand und Neuausbau</p> <p>Innovationsfonds und Modellerprobungen neuer Konzepte durch Kostenträger</p> <p>Regionale Förderprogramme entwickeln und finanzieren</p> <p>Netzwerkbildung und Verbände unterstützen (Gesundheitsregionen/ Zukunftsregionen)</p> <p>Entwicklung von Analyse- und Bewertungs-methoden zur Sozialraumgestaltung mit Pflegefokus</p> <p>Kommunale Sozialraumplanung ausgestalten</p> <p>Verbindliche Vereinbarungen in Verbänden vertraglich absichern und Zielkriterien bestimmen</p> <p>Konzeptentwicklung und Programmentwicklung in der Pflege etablieren</p> <p>Quartiersentwicklung und Sozialraumgestaltung unter Einbindung der Pflege realisieren</p>

Abbildung 69: Handlungsfelder und Maßnahmen der Weiterentwicklung der Pflege

Insgesamt wurden dabei in sieben Handlungsfeldern 68 Ansatzpunkte gefunden⁴⁹.

In Teilen sind diese in vorliegenden Vereinbarungen, wie dem KAP.NI-Maßnahmenplan, bereits verankert und werden in Niedersachsen aufgegriffen. Andere sind Gegenstand weiterer Initiativen von Bund, Ländern, Regionen, Kommunen, Verbänden oder Einrichtungen.

Festzustellen ist weniger ein Wissensdefizit oder ein Defizit an Handlungsoptionen. Weniger klar erkennbar ist die Einbindung in eine konzeptionelle Gesamtlösung.

Ebenso scheint unklar, ob die für jeweilige Einzelmaßnahmen zur Verfügung gestellten Fördersummen und Anreizsysteme nennenswerte Effekte produzieren können oder ob sich daraus lediglich einzelne Innovationen mit Modellcharakter ergeben, die in der Gesamtstruktur der Versorgung jedoch keine Änderung erzielen.

Die beschriebenen Einzelmaßnahmen können nur sinnvoll strukturiert und eingebunden werden, wenn sie in einer Systematik der Wechselwirkungen und der Beziehungen zueinander betrachtet werden. Bei der isolierten Betrachtung und Bearbeitung besteht die große Gefahr, dass eine Einzelmaßnahme willkürlich herausgegriffen und etabliert wird, ohne sie in einen kontextuellen Zusammenhang zu bringen.

Ebenso muss berücksichtigt werden, dass die Verantwortlichkeiten für die Realisierung von Maßnahmenbündeln auf sehr unterschiedlichen Ebenen zu finden sind und unterschiedliche Akteursgruppen eingebunden werden müssen, damit die Maßnahmen dort wirken, wo sie wirken sollen. Nicht alle Ansatzpunkte liegen in der politischen Verantwortung auf der Ebene des Bundes, der Länder oder der Kommunen. So sind zahlreiche Maßnahmen beschrieben, die auch direkt auf der Trägerebene umgesetzt werden können, ohne dass eine politische Unterstützung notwendig erscheint.

Als Ausgangspunkt der Zuordnung der Handlungsfelder und Maßnahmen in diesem Bericht dient ein Systemmodell, das die vielfältigen Akteursgruppen und Organisationsformen der mittelbaren und unmittelbaren Versorgung von Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf aufnimmt. Für die Auswahl und Zuordnung von Maßnahmen kann dieses Modell als Reflexionsrahmen genutzt werden, um die einzubindenden Akteursgruppen zu identifizieren und Zielvereinbarungen auf unterschiedlichen Ebenen der Gruppen zu beschreiben. Im Kern steht dabei die Hypothese, dass die Problemlagen der pflegerischen Versorgungssicherung nicht isoliert durch eine Gruppe, eine Einrichtung oder eine übergeordnete Organisation oder politische Ebene sinnvoll beantwortet und gelöst werden können. Dazu bedarf es eines Ineinandergreifens der unterschiedlichen Wirkungskreise und der Akteurinnen und Akteure.

⁴⁹ Eine vergrößerte Abbildung zur verbesserten Lesbarkeit der Maßnahmenmatrix findet sich auf der letzten Seite dieses Kapitels im Bericht.

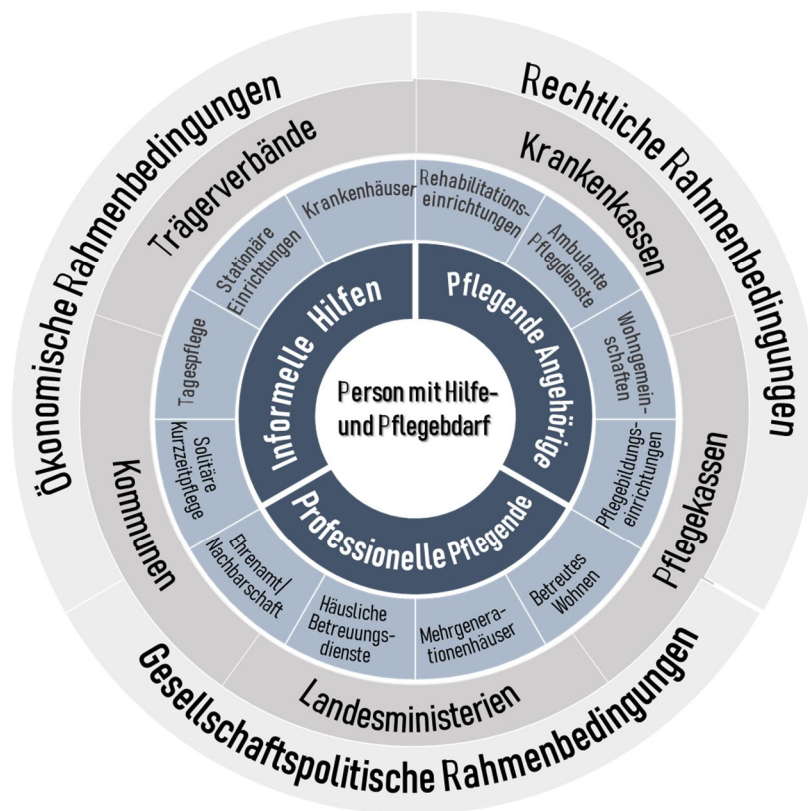


Abbildung 70: Systemmodell der Versorgung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Das Modell soll entlang der Wirkungskreise von innen nach außen angewendet werden, um nachfolgend Handlungsanforderungen zu beschreiben und die Schnittstellen mit den anderen Wirkungskreisen zu beschreiben.

Wirkungskreis 1

Den inneren Kreis des Modells bilden die zentralen Personengruppen, die in die direkte Versorgung von Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf eingebunden sind. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind dies überwiegend die pflegenden Angehörigen. Insbesondere zeigt die Entwicklung der Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger auf, dass dies eine stark wachsende Gruppe darstellt, wobei nicht systematisch erfasst wird, wer in welcher Form die dort entstehenden Hilfe- und Pflegebedarfe beantwortet. Generelle Problemlagen in der Stabilisierung der Pflege durch Angehörige sind beispielhaft:

- zunehmende Singularisierung der Gesellschaft
- Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, Mobilitätserhöhung und örtliche Distanzen zwischen Familienmitgliedern
- Wohnraumbegrenzung und Wohnraumverknappung insbesondere in städtischen Bereichen mit einer Verringerung der Möglichkeit zur Aufnahme eines pflegebedürftigen Familienangehörigen
- Veränderung der klassischen Familienstrukturen und Aufgabenverteilungen

- ökonomische Rahmenbedingungen der dauerhaften Erwerbstätigkeit (ggf. mehrerer Familienmitglieder)
- demografische Entwicklung mit Geburtenrückgang
- Komplexitätssteigerungen bei der Betreuung, z. B. durch Zunahme demenziell veränderter Personen

Die benannten exemplarischen Faktoren wirken in der Prognostik negativ auf eine Ermöglichung der Angehörigenpflege ein.

Ergänzend finden sich im System der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zunehmend auch informelle Hilfen. Diese können einerseits aus freund- oder nachbarschaftlichen Netzwerken bestehen. Hier ist andererseits das betreuende Ehrenamt zu nennen, die zahlreichen niedrighwelligen Hilfsdienste und Angebote, die jedoch bislang nicht systematisch erfasst werden.

In den Blick zu nehmen sind hier auch Haushalts- und Betreuungskräfte, die überwiegend aus Mittel- und Osteuropa stammen und in den Familien als sogenannte „Live-Ins“ Betreuungsleistungen anbieten. Diese Gruppe wird in Niedersachsen nicht statistisch erfasst. Nicht zuletzt wurde in der frühen Phase der Corona-Pandemie und den im Frühjahr 2020 eingeleiteten Einreisebeschränkungen aus europäischen Ländern deutlich, dass die Gruppe der Haushalts- und Betreuungskräfte eine relevante Akteursgruppe in der Versorgung darstellt. Da diese Versorgung überwiegend von den Familien selbst organisiert wird, eine Beschäftigung häufig im „Graubereich“ stattfindet und eine strukturelle Einbindung in das pflegerische Versorgungssystem nicht besteht, werden sie bislang weder in statistischen Kennzahlen geführt noch in Empfehlungen oder Handlungsanregungen als Akteursgruppe benannt. Dies kann als wesentliches Manko beschrieben werden, denn es können, ohne in Einzelprojekten umfassend Daten zu erheben, bislang keine validen Aussagen zur Struktur und Versorgung sowie zum Beitrag der Haushalts- und Betreuungskräfte und deren möglicher Unterstützungsformen getroffen werden.

Zum engeren Wirkungskreis zählen darüber hinaus die professionell Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte in Versorgungseinrichtungen). Auf der Analyse des aktuellen Potenzials sowie der Entwicklungen und prognostischen Herausforderungen liegt der Schwerpunkt im vorliegenden Bericht. Aus den Analysen wird deutlich, dass die bestehende Fachkräfteproblematik in den kommenden Jahren, auch aus Gründen der berufsdemografischen Entwicklung, stärker zunehmen wird.

Auf dieser Ebene wirken sollen vor allem konkrete Maßnahmen, die auf eine Fachkräftesicherung, eine attraktive Beschäftigung und eine Migration in die Pflege und Integration ausländischer Pflegekräfte in der Pflege abzielen. Maßnahmen, die einen neuen Mix der unterschiedlichen Qualifikationsgrade vorsehen (z. B. Skill-Mix-Modelle) und Änderungen der Relationen zwischen Fachkräften und angelernten oder unterstützenden Diensten sind hierbei eine Möglichkeit, auf die Sicherung der Versorgung insgesamt einzuwirken. Ebenso sind Maßnahmen, die im Bereich der Innovationen und der Neugestaltung der Arbeit beschrieben werden, diesem Wirkungskreis zuzuordnen.

Auch Maßnahmen, die auf der Ebene der Hilfe- und Pflegebedürftigen anzusiedeln sind und hier zu einer Veränderung des Bedarfs an professioneller Pflege führen können (z. B. Ansätze der Pflegeprävention), können diesem Wirkungskreis zugeordnet werden.

Wirkungskreis 2

Im zweiten Wirkungskreis werden organisationale Strukturen und Einheiten beschrieben, die spezifische Angebote der Nutzung und Unterstützung anbieten. Dabei werden institutionalisierte Angebote exemplarisch genannt; das Leistungs- und Angebotsspektrum geht jedoch über die abgebildeten Formen der institutionalisierten Unterstützung hinaus. Mit den Kernbereichen der ambulanten Dienste, der stationären Einrichtungen und ihren Differenzierungen sowie mit den Verweisen auf neue Wohnformen und auch selbstorganisierte neue Wohnformen (generationenübergreifendes Wohnen etc.) soll verdeutlicht werden, dass ein breites Spektrum der Optionen besteht, eine pflegerische Versorgung und Betreuung neu zu denken und auch neu zu gestalten. Kennzahlen und systematische Potenziale, die in einer strukturierten Entwicklung bestehen, werden jedoch bislang nicht deutlich und sind nicht Gegenstand amtlicher Statistiken. Im zweiten Wirkungskreis sind auch die Vermittlungsagenturen der Haushalts- und Betreuungskräfte aufgeführt, die das Verbindungsglied zwischen den Agenturen in den Herkunftsländern und den Familien darstellen.

Für den Bereich der professionell Pflegenden sind neben den Versorgungseinrichtungen und Diensten auch die Bildungseinrichtungen als Akteursgruppe in den Fokus zu nehmen, da über sie die Anzahl der qualifizierten Pflegekräfte im System maßgeblich gesteuert wird.

Für die beschriebenen Maßnahmen kann an dieser Stelle eine Zuordnung der im Handlungsfeld 1 (Ausbildung steigern) benannten Aspekte erfolgen. Ebenso sind hier die Fachkräftesicherung und die Steigerung der Attraktivität sowie die Integration der ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nennen. Neue Versorgungsformen und die Entwicklung innovativer Versorgungsansätze können ebenso identifiziert werden, die in der engen Verzahnung der beiden ersten Wirkungskreise wirksam werden können. Der Fokus liegt hier auf der Organisation und der Strukturierung der genannten Maßnahmen. Für den Bildungsbereich können auch Konzepte der Modularisierung der Ausbildung, der Schaffung ergänzender Lernangebote zur Angleichung von Schülerinnen und Schülern mit Lernschwächen benannt werden. Ebenso sind auch alternative Angebote der Durchführung der Kurse (z. B. Abendkurse) mit zu benennen.

Wirkungskreis 3

Im dritten Wirkungskreis sind zentrale Akteurinnen und Akteure in übergeordneter Funktion benannt. Dies sind die Kranken- sowie Pflegekassen als Kostenträger, Trägerverbände der Wohlfahrtspflege sowie der privaten Einrichtungen und Dienste, die Kommunen und die Landesministerien als Stellvertreter für die Landespolitik.

Die Trägerverbände der Einrichtungen und Dienste sind in übergeordneter Funktion zu betrachten. In den Trägerverbänden laufen die Beobachtungen und Hinweise aus den

Einrichtungen zusammen, und die Einrichtungen und Dienste werden durch die Trägerverbände gegenüber der Politik sowie den Kostenträgern vertreten. Zugleich können durch die Trägerverbände wichtige Impulse und Orientierungen in die Einrichtungen gebracht werden und Projekte können initiiert werden.

Die Kranken- und Pflegekassen sind als Kostenträger von zentraler Bedeutung bei der Strukturierung und Finanzierung der Angebote. Dabei sind sie gebunden an die im vierten Wirkungskreis beschriebenen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausgestaltung der Gesetzgebung und der Finanzierung.

Die Kommunen sind bedeutsam vor dem Hintergrund der Realisierung der Daseinsvorsorge (abgeleitet aus dem Artikel 28 Absatz 2 des Grundgesetzes) und der Übernahme der kommunalen Verantwortung für eine zielgerichtete und strukturierte Beantwortung der Bedarfe vor Ort. Dies wurde bereits ausführlich im siebten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik dargelegt (Altenberichtskommission 2016). In den Kommunen selbst kann durch unterschiedliche Maßnahmen der Förderung und Bewilligung Einfluss auf die Strukturierung von Angeboten genommen werden. Ein Beispiel dafür ist die Vergabe von Baugrundstücken oder die Quartiersentwicklung.

Die Landesministerien als Vertretungsbereiche der Landespolitik sind als übergeordnete Impulsgeber der Umsetzung zu betrachten. Nicht alle Anforderungen auf der Ebene der Organisationen und Akteurinnen und Akteure im Wirkungskreis 2 oder 1 können dabei trennscharf nur einem Verantwortungsbereich eines Ministeriums zugeordnet werden. So sind beispielsweise die Pflegeeinrichtungen sowohl für den Bereich des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung von herausragendem Interesse; zugleich aber unterstehen sie dem Niedersächsischen Kultusministerium, das die Aufsicht über die Schulen führt. Hier sind strukturbildende Maßnahmen und Änderungen nur in einer engen Kooperation und gemeinschaftlichen Analyse und Bewertung zu erzielen.

Bezogen auf konkrete Maßnahmen kann an dieser Stelle insbesondere auf die benannten Felder im siebten Handlungsfeld verwiesen werden. Durch Förderungen und Strukturierungen können Impulse und Anreize gegeben werden, konkrete Projekte zu entwickeln, umzusetzen, weiter zu finanzieren und sich so aktiv um eine Innovation zu bemühen. Hier sind zahlreiche Impulse möglich, z. B. die Entwicklung und Unterstützung von Gesundheitsregionen⁵⁰. Ebenso kann die KAP.NI als ein solches Vorhaben identifiziert werden, das auf der Ebene des dritten Wirkungskreises angesiedelt ist. Mit dem laufenden Projekt Komm.Care⁵¹ werden im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wichtige Planungsgrundlagen und Handreichungen entwickelt, die es den Kommunen ermöglichen sollen, in strukturierter Form auf Basis von Analysen den Fokus weiter zu schärfen. Weitere Maßnahmen, die

⁵⁰ Den Angaben des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zufolge existieren in Niedersachsen aktuell 37 Gesundheitsregionen.

⁵¹ <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/pflege-und-gesundheit/1241-komm-care>

auf dieser Ebene anzusiedeln sind, wären beispielsweise die Beschleunigung der Zulassung ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege, die Förderung und Etablierung von regionalen Entwicklungsprojekten mit finanzieller Ausstattung oder die Investitionskostenförderung.

Wirkungskreis 4

Der vierte Wirkungskreis betrifft überwiegend bundespolitische Vorgaben und gesetzliche Rahmenbedingungen, die sich auf alle Wirkungskreise, die Handlungsspielräume innerhalb der Wirkungskreise sowie die konkreten Ausgestaltungen der Versorgung vor Ort und der Angebotsentwicklung, auswirken. Neben den Bestimmungen der Sozialgesetzbücher und des Pflegeberufgesetzes sind zahlreiche weitere gesetzliche Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung und die Entscheidungsräume der professionellen Akteurinnen und Akteure vor Ort entscheidend. Die ökonomischen Rahmenbedingungen steuern maßgeblich den Spielraum, den die Akteurinnen und Akteure im dritten Wirkungskreis haben. So wirkt die Finanzierung und Ausgestaltung der Pflegeversicherung direkt auf der Ebene der Trägerverbände sowie der Kostenträger ein. Dies gilt gleichermaßen auch für die Krankenhausfinanzierung. Eine Folgenabschätzung bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen der konkreten Versorgung wird nicht in jedem Falle vorgenommen oder offengelegt. Als gravierendes Manko kann benannt werden, dass die sektorenübergreifenden Wechselwirkungen oftmals unzureichend betrachtet werden. So bedingen Änderungen der Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung oder der Finanzierung z. B. von Personalmitteln im Krankenhaus ebenso eine Änderung in der ambulanten und stationären Pflege. Auch wenn die Bereiche der Krankenhausfinanzierung und Pflegeversicherung sozialrechtlich getrennt organisiert und betrachtet werden, beeinflussen sie sich gegenseitig. Werden beispielsweise Personaluntergrenzen im Krankenhaus eingeführt, erhöht sich die Anzahl der dort benötigten Fachkräfte und verringert u. a. für die ambulanten Pflegedienste die Möglichkeit, entsprechend qualifiziertes Personal zu rekrutieren.

Die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen wirken ebenso auf konkrete Entwicklungen in den Einrichtungen mit ein. So ist z. B. der gesellschaftliche Wert, der der Pflege beigemessen wird, entscheidend für die Rekrutierungsmöglichkeit und die Anzahl sowie die Qualifikation der Bewerbungen auf einen Ausbildungsplatz in der Pflege. Hier spielen neben arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen auch gesellschaftliche Bilder und Stimmungen eine zentrale Rolle. In Zeiten wirtschaftlich angespannter Entwicklungen nimmt oftmals die Zahl der Bewerbungen im Sektor der sozialen Berufe (die mit einer hohen Arbeitsplatzsicherheit verbunden werden) zu. Umgekehrt erhöht sich der Druck auf den sozialen Dienstleistungssektor, wenn in anderen Bereichen des Handels und der Industrie eine hohe Nachfrage besteht.

Maßnahmen, die sich auf den vierten Wirkungskreis beziehen, sind unter anderem im fünften Handlungsfeld benannt. Dies sind Maßnahmen, die übergeordnet auf ein gesellschaftspolitisch positives Bild bezogen auf den pflegerischen Beruf ausgerichtet sind. Hierzu zählen auch weitere Projekte, wie Vernetzungen (z. B. Pflegenetzwerk

Deutschland). Beispielhafte Maßnahmen, die mittelbar einwirken können, lassen sich auch im dritten Handlungsfeld identifizieren, wie die Aushandlung und Einführung einheitlicher Tarifsysteme der Tarifpartner zur Bekämpfung von Lohnungleichheiten. Diese können das gesellschaftliche Bild eines „unterfinanzierten Berufes“ verändern und führen zu einer Aufwertung.

Handlungsanforderungen

Die beschriebene Maßnahmenmatrix und die Zuordnung zu den primär einwirkenden und einzubeziehenden Akteursgruppen in den Wirkungskreisen erlauben eine Ausrichtung der Planung und Umsetzung der Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungssicherung in Niedersachsen insgesamt.

Abschließend sollen in diesem Bericht Handlungsanforderungen formuliert werden, die prioritär bei der Auswahl und der Umsetzung von Einzelmaßnahmen oder Maßnahmenbündeln zu berücksichtigen sind. Inkludiert sind in diesen Handlungsanforderungen auch Anregungen, die sich auf mögliche Weiterentwicklungen beziehen und in Projekte einmünden können. Sie stellen keine Liste prioritär zu entwickelnder Ansätze dar, sondern haben einen Vorschlagscharakter und dienen jeweils zur Präzisierung der Handlungsanforderungen.

Handlungsanforderung 1: Pflege sektorenübergreifend betrachten

In allen Analysen und Projekten ist eine konsequente sektorenübergreifende Betrachtung für den Bereich der Pflege zu etablieren.

Eine erste Handlungsnotwendigkeit ergibt sich aus der Logik, die diesem Bericht zugrunde liegt. Vielfach liegen Analysen und Betrachtungen zur Pflege vor, die den Blick auf einen Sektor der Versorgung allein richten. So existieren z. B. in Deutschland zahlreiche Vorausberechnungen zur Anzahl benötigten Pflegepersonals in der Zukunft, die sich auf die Analyse der Daten der Pflegestatistik und der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten stützen. Analysen in dieser Form zeigen jedoch nur ein unvollständiges Bild der pflegerischen Versorgung insgesamt und bleiben ohne Betrachtung des Gesamtversorgungssystems und der Wechselwirkungen. Ebenso lassen sich weder auf der Ebene des Landes noch auf der Ebene der Kommunen umfassende Analysen vornehmen, wenn diese sektoriell begrenzt durchgeführt werden. Oftmals folgt eine solche Logik dabei keiner inhaltlichen und fachwissenschaftlichen Begründung, sondern ergibt sich aus ordnungs- oder leistungsrechtlichen Zuordnungen, die in der Trennung der Sozialgesetzbücher begründet erscheinen und sich in den unterschiedlichen Zuständigkeiten in Ministerien und auf der Ebene von Referaten innerhalb von Ministerien im Bund, in den Ländern, in den Regierungsbezirken/statistischen Regionen und Kommunen weiter fortführen. In der Eigenlogik werden dabei Systemgrenzen in der Betrachtung eingehalten, die nur schwierig aufzulösen sind, ohne dass der Bereich der definierten Zuständigkeit verlassen wird. Diesen Widerspruch gilt es konsequent aufzulösen und durch kooperative und übergreifende Vorgehensweisen zu verändern.

Eine sektorenübergreifende Betrachtung gilt es auch im Rahmen von Versorgungskonzepten und einer Neuorientierung der Versorgung vor Ort zu beachten. Die Gruppe der mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen beispielsweise wird bislang nicht strukturiert eingebunden oder in Modellprojekten mit den bekannten Sektoren der Versorgung und den Einrichtungen in Verbindung gebracht.

Eine exemplarische Projektanregung kann hier z. B. in der koordinierten und verschränkten Versorgungssicherung durch ambulante Dienste, Vermittlungsagenturen und osteuropäische Haushalts- und Betreuungskräfte liegen. Fragen der gemeinschaftlichen Abstimmung und Beantwortung der Versorgungsbedarfe, der Unterstützung der Haushalts- und Betreuungskräfte durch Bildungsmaßnahmen seitens der ambulanten Dienste sowie die Sicherung der sozial gerechten und strukturierten Arbeit der Haushalts- und Betreuungskräfte in den Familien könnten exemplarisch erprobt und strukturiert werden. Es liegen z. B. auch strukturierte Qualitätsentwicklungen seitens der Vermittlungsdienste vor, wie die Erarbeitung und Etablierung einer DIN-Norm zur qualitätsgesicherten Vermittlung und Arbeit in Haushalten DIN SPEC 33454, auf die in modellhaften Erprobungen zurückgegriffen werden kann.

Handlungsanforderung 2: Pflege strukturiert entwickeln

Die Pflege als Beruf und Versorgungsbereich ist strukturiert und nicht punktuell zu entwickeln und weiter zu stärken.

Die zahlreichen benannten Einzelmaßnahmen, an denen angesetzt werden kann, um die Pflege als Beruf insgesamt sowie die Arbeit für die beruflich Pflegenden zu verbessern, machen deutlich, dass eine Gesamtstrategie notwendig erscheint.

Die pflegerische Versorgungssicherheit ist eine Problemlage, die sich in Niedersachsen erst in den kommenden Jahren und in einem Entwicklungszeitraum von rund zehn Jahren in ihrer vollständigen Tragweite darstellen wird. Die vorliegenden Analysen im Bericht zeigen auf, dass der Fachkräftemangel erst am Anfang steht und an Dynamik in erheblichem Umfang zunehmen wird. Leistungsreduktionen, Qualitätseinbußen und auch die Reduzierung von Angeboten in der Anzahl insgesamt sind vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen und bei der Erhaltung des Status Quo nicht nur denkbar, sondern auch wahrscheinlich. Für die ältere Bevölkerung in Niedersachsen wird dies zur Folge haben, dass eine reduzierte Auswahlmöglichkeit bestehen wird, dass eine wohnortnahe Versorgung nicht überall umfänglich gesichert werden kann und dass es zu einem größeren Wettbewerb um eine Versorgungsmöglichkeit kommen kann.

Diese Entwicklungen können an unterschiedlichen Stellen abgemildert oder aber auch verändert werden. Neue Versorgungsformen wie selbstorganisierte Wohnformen oder die Quartiersentwicklung mit einer ambulanten Absicherung durch ein strukturiertes Case- und Care-Management vor Ort mit einer (auch digital unterstützten) Betreuungsorganisation können ein Schlüssel zur Veränderung sein. An dieser Stelle ist die Einbindung ergänzender Hilfen und ehrenamtlicher Leistungserbringer mitzudenken und zu entwickeln. Von erheblicher Bedeutung wird dabei auch sein, inwiefern es gelingen kann, den Präventionsaspekten Rechnung zu tragen und Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit bereits in der Phase vor der eigentlichen Entstehung zu erkennen, abzumildern und hinauszuzögern. An dieser Stelle sind Projekte zur Etablierung von pflegepräventiven Hausbesuchen zu nennen. Strukturierte Erfassungen der Versorgungssituation vor Ort, des sozialen Netzwerkes Älterer, kombiniert mit Beratungsangeboten

und konzeptionellen Lösungen, können stabilisierend auf den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit einwirken. Die benannten Aspekte gehen über die Frage einer temporären und eher ideellen finanziellen Förderung von Einzelmaßnahmen, wie z. B. der Förderung von Mehrgenerationenhäusern oder von einzelnen Quartiersprojekten, hinaus. Sie bedürfen einer substanziellen Entwicklung der Versorgungsplanung.

Weitere Ansatzpunkte sind an dieser Stelle die Schul- und Hochschulentwicklung einschließlich der Akademisierung in der Pflege. Innovative Konzepte müssen entwickelt, geplant und strukturiert umgesetzt werden. Dazu bedarf es eines umfassenden Wissens bezüglich der Recherche und Analyse bestehender Ansätze und der Strukturierung von Projektarbeit und Gestaltung von Modellprogrammen. Interventionen müssen gesichtet, hinsichtlich der Evidenzlage geprüft und empfohlen werden. Diese Form der Expertise liegt bei in der Pflege tätigen Mitarbeitenden in Einrichtungen nicht oder nur bedingt vor und bedarf der Einbindung von Qualifikationen, wie sie im Berufserwerb nicht primär erzielt werden können. Ohne eine Akademisierung der Pflege wird die Entwicklung von Lösungen und die Implementierung von bestehenden Ansätzen erschwert bleiben. Dazu bedarf es auch der Etablierung wissenschaftsgestützter Verbände und Zentren. Diese können als kooperative Forschungsverbände etabliert werden oder als singuläre Zentren, in oder an denen Entwicklungsarbeiten und Forschungsprogramme mit pflegerischem Bezug und einer Ausrichtung an einer Versorgungsverbesserung durchgeführt werden.

Zur strukturierten Entwicklung gehört auch, dass kritisch auf bislang erfolgte Maßnahmen der Förderung der pflegerischen Infrastruktur geschaut wird und analysiert wird, welche Barrieren dazu führen, dass Angebote sich nicht in der gewünschten Form entwickeln. Die vorliegende Analyse im Bericht zeigt beispielsweise auf, dass ein weiterer Handlungsbedarf beim Aufbau der Kurzzeitpflege in Niedersachsen besteht, obwohl es strukturierte Fördermaßnahmen gab. Das Konzept der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze scheint nicht nur aktuell, sondern auch perspektivisch vulnerabel zu sein, da eine hohe Auslastung seitens der stationären Einrichtungen besteht. Kurzzeitpflege kann strukturiert entwickelt werden, wenn eine Differenzierung der Bedarfstypen erfolgt und eine bessere Kenntnis darüber erreicht werden kann, welche Ausprägungen die unterschiedlichen Bedarfstypen der Versorgung haben. Mit dem Hinweis auf die unterschiedlichen Bedarfe und Ausprägungen kann eingeschätzt werden, welche Akteure sich für die Ausrichtung auf die unterschiedlichen Bedarfstypen eignen (z. B. Patientenhospitals, Rehabilitationseinrichtungen). Ein Bedarfstyp der Kurzzeitpflege ist die nachklinische Versorgung, d. h. die Versorgung in Rekonvaleszenzzeiten nach einer Krankenhausbehandlung mit oder ohne medizinisch-therapeutischem Aufwand. Ein anderer Bedarfstyp liegt vor, wenn rehabilitative Potenziale genutzt werden sollen, um z. B. ein häusliches Versorgungsarrangement aufzubauen. Davon abzugrenzen ist die Kurzzeitpflege, die als sofortiger Handlungsbedarf bei einer häuslichen Krisensituation entsteht (Verschlechterung des Zustandes oder Erkrankung der Hauptpflegeperson in der Häuslichkeit). Ein vierter Bedarfstyp ist die Versorgung während eines geplanten Urlaubs der Hauptpflegeperson. Die vier benannten Zieldimensionen bedingen unterschiedliche

Möglichkeiten und Grenzen der Terminierung und der Dringlichkeit. Sie bedingen aber auch konzeptionell unterschiedliche Strategien im Rahmen der Realisierung (kompensatorisch oder rehabilitativ).

Handlungsanforderung 3: Pflege regional befördern

Pflegerische Versorgungssicherung ist regional zu denken, zu entwickeln und vulnerable Regionen sind gezielt zu unterstützen.

Die Analyse der pflegerischen Versorgungssicherung legt nahe, dass sich die Problemlagen in Niedersachsen nicht gleichförmig entwickelt haben und entwickeln werden. So ist eine deutliche Kumulierung der im Vergleich zu anderen Kommunen als problematisch einzustufenden Kreise in der statistischen Region Weser-Ems zu finden. Sechs der neun Landkreise, die überdurchschnittlich hohe Werte aufzeigen (Osnabrück, Oldenburg, Aurich, Emsland, Wesermarsch) liegen in der statistischen Region Weser-Ems.

Mit einer zielgerichteten Förderung, einem „Strukturfonds Pflegeentwicklung“ oder mit einer Priorisierung bei der Berücksichtigung von Projekten der Versorgungssicherung können für Regionen wichtige Impulse gesetzt werden. Auch Fördermöglichkeiten durch Programme könnten nutzbar gemacht werden (z. B. EFRE /ESF der europäischen Union). Ggf. sind strukturierte Beratungsprozesse bei der Unterstützung der Beantragung oder der Entwicklung von bewilligungsfähigen Projekten eine sinnvolle Hilfestellung, um eine räumlich regionale Entwicklung zu befördern und zu finanzieren. Die Einbindung des Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung könnte an dieser Stelle eine konkrete Maßnahme darstellen.

Bezogen auf die Gesundheitsregionen in Niedersachsen zeigt sich bislang für die statistische Region Lüneburg ein Ausbaupotenzial, das ggf. gezielt befördert werden kann, da von den Gesundheitsregionen wichtige Impulse und konkrete Projekte ausgehen, die zur Vernetzung der Akteurinnen und Akteure untereinander beitragen. Hier ergeben sich auch Berührungspunkte zur Einbindung akademischer Strukturen, sodass sich korrespondierende Aspekte mit dem Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) ergeben.

Regionale Förderung kann auch inkludieren, dass bezüglich der Finanzierung von Ausbildungsgängen und Bildungsmaßnahmen Differenzierungen ermöglicht werden. Mit Gründung der Pflegeausbildungsfonds Niedersachsen GmbH wurde die Finanzierung im Rahmen der neuen generalistischen Ausbildung gebündelt. Es wäre zu prüfen, ob dies als Instrument für eine gezielte Entwicklung genutzt werden könnte (z. B. über Sonderzuschläge für zusätzliche Ausbildungsplätze), besondere Konzepte der Schulen (siehe Handlungsfeld 1 der Maßnahmenmatrix) oder auch Integrationsleitungen (siehe Handlungsfeld 5 der Maßnahmenmatrix). Gefördert werden könnten auch regionale Besonderheiten, beispielsweise wenn bei einer niedrigen Auslastung die Finanzierung eines Ausbildungskurses gefährdet wäre.

Handlungsanforderung 4: Maßnahmenfolgen abschätzen

Maßnahmenfolgen sind abzuschätzen und Befunde in Planungen und Entwicklungen zu integrieren.

Strukturelle Entwicklungen und Innovationen bedürfen der Maßnahmenfolgenabschätzung. Hierzu werden belastbare Einschätzungen benötigt, inwiefern Innovationen Wechselwirkungen bedingen können, die nicht bedacht oder nicht gewünscht sind. Nicht nur, aber auch im Bereich der Digitalisierung sind systematische Folgenabschätzungen ein wichtiges Instrument, um frühzeitig negative Aspekte zu vermeiden oder Barrieren der Umsetzung zu identifizieren. Insbesondere bei der zu erwartenden Dynamisierung der digitalen Ansätze und der Technisierung auch im sozialpflegerischen Bereich sind Folgen für die Interaktionsarbeit sowie für die konkreten Prozesse der Versorgung zu erwarten. Eine flankierende Folgenabschätzung im Rahmen der Einführung sozio-technischer Innovationen müsste Berücksichtigung finden bei der Auswahl und Förderung von Projekten, die auf die Veränderung der Versorgung einwirken. Dabei sind die Folgenabschätzungen nicht per se auf die Identifizierung von Risiken festgelegt. Ebenso können positive Effekte erfasst werden und die Einführung und Ausbreitung von sozio-technischen Innovationen stärken.

Maßnahmenfolgenabschätzungen korrespondieren mit der vorherig beschriebenen Handlungsanforderung, eine sektorenübergreifende Betrachtung vorzunehmen. Dies kann beispielsweise verhindern, dass Angebote befördert werden, die sich einseitig zu Lasten bestehender Versorgungsbereiche auswirken und dort zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionalität führen können.

Als Beispiel wurde im Bericht benannt, dass eine Finanzierung von zusätzlichen Personalstellen in der Pflege im Krankenhaus eine direkte Wechselwirkung auf die Rekrutierungsmöglichkeit von Pflegepersonal für ambulante Dienste nach sich ziehen kann. Ebenso bestehen direkte Wechselwirkungen, wenn beispielsweise ambulante Dienste früher in der eigenen Häuslichkeit versorgte Menschen mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf in die Struktur eigener Wohngemeinschaften überführen. Gegebenenfalls werden dabei die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung so stark eingeschränkt, dass eine Wahlmöglichkeit für Familien zwischen Versorgungsansätzen nicht mehr besteht. Ebenso kann die Bindung des Personals zu einer weiteren Verknappung der ambulanten Versorgungskapazitäten führen.

Ein weiteres Beispiel für die Notwendigkeit einer Maßnahmenfolgenabschätzung ist die der strukturellen Planungen der Ausbildungsplätze und der Standorte der Pflegeausbildung. Eine Wechselwirkung kann beispielsweise entstehen, wenn in einer Region deutlich sinkende Ausbildungskennzahlen zu verzeichnen sind und die Überlegung einer Zentralisierung der Ausbildung besteht. Hier müssten Wegstrecken und Erreichbarkeit geprüft werden, um zu verhindern, dass Einrichtungen der praktischen Ausbildung vom Zugang zur theoretischen Ausbildung entkoppelt werden und somit langfristig eine wohnortnahe Ausbildung nicht oder nur schwer zu realisieren ist. Die Wechselwirkung besteht in diesem Falle im Verlust des Zugangs zu ausreichend qualifiziertem

Personal für eine demografiefeste Personalplanung bei örtlichen Einrichtungen der ambulanten und teil-/vollstationären Versorgung. Fehlende Analysen zur Folgenabschätzung auf die Gesamtwirkung der Versorgungssicherheit bergen hierbei ein großes Risiko. Diese Wechselwirkungen sind auch bei Krankenhausneuplanungen zu beachten, da mit Zentralisierungen und Standortveränderungen unmittelbar auch Veränderungen der Gesamtarchitektur der Versorgungslandschaft einhergehen. Krankenhäuser sind Kooperationspartner der pflegerischen Ausbildung für ambulante Dienste und teil-/vollstationäre Einrichtungen. Die Wechselwirkung muss erfasst und bei den Planungen berücksichtigt werden, um die Versorgungssicherheit in einer Region nicht zu gefährden. Bislang werden Analysen in der an dieser Stelle geforderten Form nicht vorgenommen und Krankenhausneuplanungen primär aus ökonomischen und medizinischen Perspektiven entwickelt.

Handlungsanforderung 5: Maßnahmen auf Wirkungen kontrollieren

Maßnahmen sind zwingend auf ihre Wirkung hin zu kontrollieren.

Die beschriebene Maßnahmenmatrix mit 68 identifizierten Einzelmaßnahmen verdeutlicht einerseits die Vielfalt der Möglichkeiten und Handlungsoptionen, um eine strukturierte Entwicklung der Pflege weiter zu befördern. Zugleich aber wird deutlich, dass nicht zu allen Aspekten und an allen Ansatzpunkten zeitgleich gearbeitet werden kann. Die Identifizierung erfolgversprechender Ansätze und ebenso die Einstellung weniger erfolgversprechender Maßnahmen bedingt eine flankierende Evaluation der Maßnahmen.

Dafür sind im Vorfeld der Einleitung von Maßnahmen Zielkriterien zu definieren. Nicht in jedem Falle ist dabei für die Überprüfung der Zielerreichung eine externe Begleitung und wissenschaftlich ausgerichtete Evaluation erforderlich. Je nach Form der Maßnahme und Dauer jedoch kann dies zielführend sein und die Stabilität der Aussagen befördern. In diesem Falle sollten bei längerfristigen und umfassenden Projekten die gewonnenen Partnerinnen und Partner zur Evaluation bereits in einer Frühphase eingebunden werden, um bei der Entwicklung der Zielkriterien mitzuwirken. Werden eigene Zielkriterien entwickelt und diese in Form einer Selbstevaluation überprüft, so muss sichergestellt werden, dass die im Vorfeld entwickelten Zielkriterien realistisch formuliert und konkret überprüfbar sind, um eine Aussagekraft über die Wirkung der Maßnahme zu ermöglichen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualifizierungs- und Erwerbszyklus Pflegeberufe.....	15
Abbildung 2: Bevölkerung 75+ Jahre und Summe der Entwicklung 2010-2020.....	24
Abbildung 3: Prognose der Entwicklung der Bevölkerung 75+ von 2020 bis 2030.....	26
Abbildung 4: Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen im Überblick 2019.....	29
Abbildung 5: Pflegebedürftige 2019 nach Pflegegraden und Altersklassen.....	30
Abbildung 6: Schätzung Anzahl Menschen mit Demenz 2018.....	32
Abbildung 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen in Regionen.....	33
Abbildung 8: Pflegebedürftige gesamt und Einrichtungen im Jahr 2019.....	34
Abbildung 9: Heimversorgungsquote im Jahr 2019.....	35
Abbildung 10: Differenz Leistungsberechtigte Hilfe zur Pflege von 2007 bis 2018.....	38
Abbildung 11: Differenz Ausgaben für Hilfe zur Pflege von 2007 bis 2018.....	39
Abbildung 12: Entwicklung der teil-/ vollstationären Einrichtungen 1999-2019.....	40
Abbildung 13: Standorte und Plätze in Einrichtungen der Tagespflege 2020.....	41
Abbildung 14: Anzahl teil-/vollstationäre Einrichtungen und Pflegebedürftige stationär 2019.....	43
Abbildung 15: Personen über 75 Jahre auf Pflegeplätze vollstationär 2017.....	44
Abbildung 16: Standorte und Pflegeplätze vollstationärer Einrichtungen 2020.....	45
Abbildung 17: Kurzzeitpflegeplätze und Anzahl Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege 2019.....	47
Abbildung 18: Standorte solitärer Kurzzeitpflege 2020 AOK Pflege-Navigator.....	48
Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste 1999-2019.....	50
Abbildung 20: Anzahl ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftige ambulant 2019.....	51
Abbildung 21: Standorte ambulanter Pflegedienste 2020.....	52
Abbildung 22: Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen 2019.....	53
Abbildung 23: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020.....	59
Abbildung 24: Beschäftigung Gesundheits- und Krankenpflege im Überblick.....	60
Abbildung 25: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege regional 2020.....	61
Abbildung 26: Arbeitslose Fachkräfte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Dezember 2020.....	64
Abbildung 27: Drittstaatenangehörige Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020.....	66
Abbildung 28: Auspendlerquote Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2019 in Prozent.....	68
Abbildung 29: Vollzeitbeschäftigung ambulante und stationäre Pflege Gesundheits- und Krankenpflege 2019.....	71
Abbildung 30: Berufsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2020.....	75
Abbildung 31: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege 2013-2019.....	77
Abbildung 32: Beschäftigung Altenpflege im Überblick.....	78
Abbildung 33: Beschäftigte Altenpflegerinnen und Altenpfleger regional 2020.....	80
Abbildung 34: Arbeitslose Fachkräfte Altenpflege Dezember 2020.....	81
Abbildung 35: Drittstaatenangehörige in der Altenpflege 2013-2020.....	82
Abbildung 36: Auspendlerquote Altenpflegerinnen und Altenpfleger Juni 2019 in Prozent.....	84
Abbildung 37: Vollzeitbeschäftigung ambulante und stationäre Pflege Altenpflege 2019.....	86
Abbildung 38: Berufsdauer Altenpflege Juni 2020.....	89
Abbildung 39: Ausbildungs- und Schulstandorte Pflegeberufe 2020.....	92
Abbildung 40: Überblick neue Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege.....	95
Abbildung 41: Überblick neue Auszubildende Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.....	97
Abbildung 42: Überblick neue Auszubildende Altenpflege.....	99
Abbildung 43: Faktoren der Vulnerabilität der Versorgungssicherheit.....	104
Abbildung 44: Regionale Relation von Fachpflegekapazität und -bindung.....	106
Abbildung 45: Veränderung Bevölkerung über 75 Jahre 2020 bis 2030 in absoluten Zahlen.....	107
Abbildung 46: Ausbildungsaktivität regional.....	108
Abbildung 47: Regionale Betrachtung Indexwerte Niedersachsen 2019.....	111

Abbildung 48: Rangliste fachpflegerische Versorgungssicherung	112
Abbildung 49: Personalbedarf summiert und Ausbildungsaktivitäten	120
Abbildung 50: Leistungsangebote der ambulanten Dienste	122
Abbildung 51: Anzahl abgelehnter Versorgungsanfragen ambulanter Dienste.....	123
Abbildung 52: Personal- und Bewerbungssituation ambulante Pflege	125
Abbildung 53: Maßnahmen der Fachkräftesicherung ambulante Dienste.....	127
Abbildung 54: Anzahl abgelehnter und weitervermittelter Versorgungsanfragen teil-/vollstationär.....	129
Abbildung 55: Kooperationen teil-/vollstationärer Einrichtungen.....	130
Abbildung 56: Personal- und Bewerbungssituation teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	131
Abbildung 57: Maßnahmen der Fachkräftesicherung teil-/vollstationär.....	133
Abbildung 58: Personal- und Bewerbungssituation im Krankenhaussektor	135
Abbildung 59: Maßnahmen der Fachkräftesicherung im Krankenhaussektor	137
Abbildung 60: Gründe für die Nichtbesetzung von Ausbildungsplätzen	139
Abbildung 61: Maßnahmen der Rekrutierung von Schülerinnen und Schülern	140
Abbildung 62: Einschätzungen zur Fachkräftesituation in Bildungseinrichtungen I.....	142
Abbildung 63: Einschätzungen zur Fachkräftesituation in Bildungseinrichtungen II.....	143
Abbildung 64: Ausbildungserfolgsquoten in den Bildungsgängen 2019	144
Abbildung 65: Statistische Regionen im Überblick – Braunschweig	147
Abbildung 66: Statistische Regionen im Überblick – Hannover	148
Abbildung 67: Statistische Regionen im Überblick – Lüneburg	149
Abbildung 68: Statistische Regionen im Überblick – Weser-Ems	150
Abbildung 69: Handlungsfelder und Maßnahmen der Weiterentwicklung der Pflege	153
Abbildung 70: Systemmodell der Versorgung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf.....	154

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbestände und Datenquellen Sekundärdatenanalyse	19
Tabelle 2: Versand und Rücklauf der Primärdatenanalyse.....	21
Tabelle 3: TOP 10: Prozentuale Veränderung der Bevölkerung 75+ zwischen 2010 und 2020	25
Tabelle 4: TOP 10: Prozentuale Veränderung der älteren Bevölkerung 2030 zu 2020	27
Tabelle 5: Übersicht Pflegequoten nach Altersgruppen 2019	28
Tabelle 6: Prävalenzraten und Schätzung Menschen mit Demenz 2018.....	31
Tabelle 7: Entwicklung Pflegebedürftiger in statistischen Regionen 1999 bis 2019	33
Tabelle 8: Beschäftigte insgesamt und Anteil weiblicher Beschäftigter in der Pflege.....	57
Tabelle 9: Beschäftigungsverteilung Gesundheits- und Krankenpflege	62
Tabelle 10: Beschäftigungsverteilung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	62
Tabelle 11: Beschäftigungsverteilung Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	63
Tabelle 12: Beschäftigungsverteilung Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer	79
Tabelle 13: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege.....	94
Tabelle 14: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.....	96
Tabelle 15: Ausbildungskennzahlen Altenpflege	98
Tabelle 16: Index der fachpflegerischen Versorgungssicherheit	110
Tabelle 17: Regionale und sektorale Daten der Stichprobe.....	116
Tabelle 18: Personalkennzahlen in den Sektoren	117
Tabelle 19: Bedarfsveränderung Fachkräfte für 2020	118
Tabelle 20: Angaben zur Ausbildung in den Einrichtungen	119
Tabelle 21: Angaben zum Rekrutierungsraum Pflegekräfte und Schülerinnen und Schüler	121
Tabelle 22: Ausbildungskennzahlen Bildungseinrichtungen	138
Tabelle 23: Personalstruktur der Bildungseinrichtungen	141

Literaturverzeichnis

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: *Wirtschaft und Statistik* (3), S. 173–180.
- Altenberichtskommission (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Hg. v. Deutscher Bundestag. Berlin.
- Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 12), zuletzt geprüft am 22.06.2018.
- Bickel, Horst (2018): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, zuletzt geprüft am 19.05.2020.
- Bonin, H.; Braeseke, Grit; Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung; Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung; Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH. Gütersloh.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2011): Klassifikation der Berufe 2010. Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt).
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung (Hg.) (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2019).
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung (Hg.) (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt).
- Bundesinstitut für berufliche Bildung (Hg.) (2020): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2020. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn, zuletzt geprüft am 01.07.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2019a): Ausbildungs-offensive Pflege (2019–2023). Ergebnis der Konzertierte(n) Aktion Pflege / AG 1. 2. Aufl. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2019b): Ausbildungs-offensive Pflege (2019–2023). Vereinbarungstext. Ergebnis der Konzertierte(n) Aktion Pflege/AG 1. 2. Aufl. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/135564/63509cfe1ba9a83a10e1cc456320c001/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-data.pdf>.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf, zuletzt geprüft am 03.02.2021.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hg.) (2017): Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege. Informationen für Arbeitgeber. Berlin, zuletzt geprüft am 22.06.2018.

Bundestag (28.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II, vom 21.12.2015. In: *Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 54*, S. 2424–2463. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*\[@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1505203547441](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1505203547441), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Die Bundesregierung und das Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019): *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Berlin.

Ebbinghaus, Margit; Gericke, Naomi, Uhly, Alexandra (2012): Indikatoren zur Effizienz der dualen Berufsausbildung. In: Regina Dionisus, Nicole Lissek und Friedel Schier (Hg.): *Beteiligung an beruflicher Bildung-Indikatoren und Quoten im Überblick*. Bundesinstitut für berufliche Bildung. Bonn (Wissenschaftliche Diskussionspapiere, 133), S. 101–128. Online verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/483_wd_133_beteiligung_an_beruflicher_bildung.pdf.

Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V. (Hg.) (2020): *Niedersächsisches Förderprogramm „Wohnen und Pflege im Alter“*. Online verfügbar unter <http://wohnenundpflege.fgw-ev.de/>, zuletzt aktualisiert am 18.05.2020, zuletzt geprüft am 18.05.2020.

Freie Wohlfahrtspflege in Niedersachsen (Hg.) (2018): *Positionspapier zur Sicherstellung der Kurzzeitpflege in Niedersachsen*. Hannover.

Geis, Wido; Nintcheu, J. Michaelle; Vogel, Sandra (2016): *Fachkräfte für Deutschland. Potenziale einer gesteuerten Zuwanderung*. Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Köln (IW-Analysen). Online verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2016/272810/Fachkraefte_fuer_Deutschland-Potenziale_einer_gesteuerten_Zuwanderung-IW-Analyse-105.pdf, zuletzt geprüft am 07.07.2020.

Generali Deutschland Holding AG (2017): *Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben : repräsentative Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach mit Kommentaren des wissenschaftlichen Beirats der Generali Altersstudie 2017*. Berlin: Springer.

Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: *HeilberufeScience 2* (1), S. 3–10.

Hackmann, Tobias (2012): *Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer*. In: *Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik* 61 (2/3), S. 47–49.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. (Hg.) (2017): *Fachkräftengpässe in Unternehmen Regionale Fachkräftesituation und Mobilität*. Köln. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/fachkraefteengpaesse-in-unternehmen-2017-02-fachkraefteengpaesse-in-unternehmen-regionale-fachkraeftesituation-und-mobilitaet.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 19.02.2020.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2016): *Duale (Betriebliche Ausbildung in Niedersachsen und Bremen. Vorzeitige Lösung von Ausbildungsverträgen (IAB Regional Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, 1/2016)*. Online verfügbar unter http://doku.iab.de/regional/NSB/2016/regional_nsb_0216.pdf, zuletzt geprüft am 14.01.2021.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018a): *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*.

Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>,

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Tucman, Daniel; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas (2018b): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Köln.

Isfort, Michael; Tucman, Daniel; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Gessenich, Helga (2019): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2017. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche Beratung und Ausführung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Jürgensen, Anke (2019): Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) (2019a): Gesundheitswesen 2017. Hannover (Statistische Berichte Niedersachsen), zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) (2019b): Kostendaten der Krankenhäuser in Niedersachsen 2017. Unter Mitarbeit von Simone Immelmann. Hannover (Statistische Berichte Niedersachsen), zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) (2020a): Absolventinnen und Absolventen an den Schulen des Gesundheitswesens in Niedersachsen im Schuljahr 2018/19 nach Ausbildungsberuf. Hannover.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) (2020b): Landesamt für Statistik Niedersachsen Regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN) (Hg.) (2019): Gesundheitswesen 2017. Hannover, zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2019): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017a): Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 32).

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017b): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Mainz (Berichte aus der Pflege, 31), zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2018): Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0. Mainz.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2018): Basisdaten über die individuelle Versorgungssituation in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens. Hannover.

Mohr, Jutta; Lämmel, Nora; Sandow, Brigita; Müller, Dorothee; Fischer, Gabriele; Reiber, Karin (2018): Raus aus der Endlosschleife!? Eine anwendungsorientierte Forschungsperspektive auf den Fachkräftebedarf. In: *Pflegewissenschaft* 20 (7/8), 304-310.

Neuner, Markus (2019): Auswertung der Basisdaten über die individuelle Versorgungssituation 28.09.2018 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens Stand: 19.06.2019. Mailanhang an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.) (2005): Landespflegebericht 2005. Zahlen und Daten im Überblick. Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und Integration (Hg.) (2010): Niedersächsischer Landespflegebericht 2010. (nach § 2 des Nds. Pflegegesetzes).

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2015): Niedersächsischer Landespflegebericht 2015. (nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes). Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2018): Förderprogramm „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“. - Förderperiode 2016-2018 -. Unter Mitarbeit von Antje Mutz, zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2019a): Kooperationsvereinbarung KAP.Ni. Die Situation der Pflege in Niedersachsen verbessern - Probleme gemeinsam lösen, 2019.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2019b): Maßnahmenplan im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege in Niedersachsen. Kooperationsvereinbarung KAP.Ni – Anhang.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2019c): Niedersächsischer Krankenhausplan 2019. Hannover (Statistische Berichte Niedersachsen), zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Norddeutsche Landesbank Girozentrale (Hg.) (2019): Fachkräftemangel Pflege: Struktur, Stand, Auswirkungen, Lösungsansätze. Regionalwirtschaft. Hannover (Niedersachsen Report, 1).

Pflegekammer Niedersachsen (2021): Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. Zweite Auswertung der Daten aus dem Pflegefachberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen. 1. Auflage. Hg. v. Pflegekammer Niedersachsen. Hannover.

Preuss, Maren (2018): Ambulante Pflege in Niedersachsen - Herausforderungen und Perspektiven. Auftaktveranstaltung zum Förderprogramm " Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum". Hochschule Osnabrück. Hannover, 15.08.2018, zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Schiffer, Bettina (2014): Ausbildungserfolg in der Pflege Untersuchung eines multidimensionalen Konstrukts unter Anwendung der Anforderungsanalyse in einer Ausbildungsstätte. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.). Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Online verfügbar unter https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/412/file/Diss_fin_150128.pdf.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2020b): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige - 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2020c): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019 (Pflegestatistik), zuletzt geprüft am 30.12.2020.

Thyrian, Jochen, R.; Boekholt, Melanie; Hoffmann, Wolfgang; Leiz, Maren; Monsees, Jessica; Schmachtenberg, Tim et al. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. In: *Der Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-020-00923-y.

Vogel, Claudia; Wettstein, Markus; Tesch-Römer, Clemens (2019): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Hg. v. Claudia Vogel, Markus Wettstein und Clemens Tesch-Römer. Wiesbaden: Springer VS.

Wiethölter, Doris; Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (IAB-Regional. IAB Berlin-Brandenburg). Online verfügbar unter http://doku.iab.de/regional/BB/2013/regional_bb_0113.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2020.

Wrobel, Martin; Fuchs, Michaela; Weyh, Antje; Althoff, Jörg (2019): Der Pflegearbeitsmarkt in Niedersachsen. Eine Bestandsaufnahme. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg (IAB-Regional, 3/2019).

Impressum

Wissenschaftliche Bearbeitung und Durchführung
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Hülchrather Straße 15
50670 Köln

Projektleitung und Berichtswesen: Prof. Dr. Michael Isfort
Unter Mitarbeit von: Daniel Tucman, MSc; Helga Gessenich, MA
© 2021 DIP, Köln