

nur aus grundsätzlicher Erwägung sondern auch zur Ressourcenschonung anzustreben, die Kompatibilität der Feststellung der Art und des Ausmaßes der gesundheitsbedingten Behinderung mit den Entscheidungen über daraus resultierende notwendige soziale Leistungen herzustellen, um die UN-Behindertenrechtskonvention adäquat umsetzen können. An dieser Stelle sei als „Mutmacher“ an einen Ausspruch von Lucius Annaeus Seneca erinnert (ca. 62 n. Chr.): „Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer.“ Abschließend sei darauf hingewiesen, dass bereits vor über 2.000 Jahren Konfuzius (551–479 v. Chr.) den Nutzen der ICF vorausgesehen haben muss: „Wer die öffentlichen Zustände verändern will, muss mit der Sprache beginnen“. Die ICF bietet solch eine allgemein verständliche Sprache für eine bessere Verständigung, nicht nur zwischen professionellen Akteuren, sondern insbesondere auch mit den betroffenen behinderten Menschen.

Literatur

- Aichele*, V. (2010): Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 23: 13–19.
- Algermissen*, M. (2013): ICF und Leistungsrecht der GKV – Sachstand und Ausblick, Referat, Expertenforum der SEG 1, Hannover.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2004): Gemeinsame Empfehlung nach §13 Abs.1 i. V. m. §12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen, Frankfurt.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1996): Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Köllen Druck und Verlag GmbH, Bonn.
- Bundesrat (2008): Drucksache 767/1/08, Empfehlungen der Ausschüsse zur Versorgungsmedizin-Verordnung.
- Bundesregierung (2013a): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft – Der nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S.27, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 18.06.2014).
- (2013b): Teilhabebericht über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf?jsessionid=3A088684A9881DBC5AD8A9697C11A93E?__blob=publicationFile (Zugriff 18.06.2014).
- Cibis*, W. (2009): Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF – Kritik an der Definition und Vorschlag zur Änderung, *Gesundheitswesen*, 71, 429–233.
- Cibis*, W./*Grotkamp*, S. (2011): Vortrag zu personbezogenen Faktoren der ICF – Ein Entwurf für den deutschen Sprachraum, 9. ICF-Anwenderkonferenz, Bochum, 16. März.
- Fries*, W./*Fischer*, S. (2008): Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie, *Rehabilitation*; 47: 265–274.
- GBA (2004/2009): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie), Köln, <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> (Zugriff 18.06.2013).
- ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (2001): Hrsg. WHO, dt. Übersetzung durch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm (gefunden 11.11.2015).
- Luthe*, E.-W. (2009): Die Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX, ihr Gesellschaftsbegriff und die ICF, *SGB*, 569–575.
- Nieder*, P. (2012): Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze und die Einschätzung des Grades der Behinderung: Vom Einzel-GedB zum Gesamt-GdB, *Forum C, Rehabilitations- und Teilhaberecht*, DVfR.
- Schian*, H.-M. (2014): Umfassende sozialmedizinische Begutachtung, Diskussionsbeitrag im Forum C Rehabilitations- und Teilhaberecht, DVfR.
- SEG 1 (Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen) (2013): Rückblick auf 12 Jahre Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Expertenforum in Hannover, https://www.researchgate.net/publication/258319092_Documentation_of_ICF-Forum_2013_Gesamtdokumentation_Expertenforum_2013?ev=prf_pub (Zugriff 18.06.2014).
- Seneca*, L. A. (ca. 62 n. Chr.): *Epistulae morales ad Lucilium* (lat. „Briefe über Ethik an Lucilius“).
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention) vom 13. Dezember 2006, *Bundesgesetzblatt (BGBl)* 2008 II.
- Wallrabenstein*, H./*Berg*, A. F./*Heipertz*, W. (2008): Die Bedeutung der ICF für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit, *Med. Sach*, 01, Seite 18.
- Welti*, F. (2014): Behinderung als Rechtsbegriff, *Forum D Rehabilitations- und Teilhaberecht*, DVfR.
- Wendler*, U./*Schillings*, M. (2013): Versorgungsmedizinische Grundsätze, *Kommentar Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung*, 6. Aufl.

Fachkräftesicherung in der Gesundheits- und Krankenpflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Rheinland-Pfalz

Ausbildungsstättenplanung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Heiko Strohbach

Zusammenfassung

Durch den demografischen Wandel nimmt die Zahl der Menschen in Rheinland-Pfalz (RLP) zu, die zukünftig Leistungen des Gesundheitswesens und der Pflege benötigen. Doch ein immer wieder beklagter Fachkräftemangel führt bereits heute zu Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie führt im Zeitraum 2011–2016 die „Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz“ durch. Mit dieser Fachkräftesicherungsmaßnahme im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung soll einer zukünftigen Fachkräftelücke entgegengewirkt werden. Im Rahmen einer Zwischenevaluation der „Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz“ wurde festgestellt, dass im Schuljahr 2012/2013 ein Zielerreichungsgrad von 11 % und im Schuljahr 2013/2014 von 23 % erreicht werden konnte. Als Gründe für diesen schlechten Zielerreichungsgrad wurden von den relevanten Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege in RLP in Experten-Inter-

Tabelle 1

Fachkräftemangel in der Pflege

Autor	Beruf	Morbidität	Mangel an Pflegekräften in Vollzeitäquivalente (Jahr)
Afentakis/Maier 2010	Kranken- und Altenpflegekräfte	SQ ¹	193.000 (2025)
		MK ²	135.000 (2025)
Hackmann 2010	Altenpflegekräfte	SQ	430.000 (2050)
Ehrentraut 2012	Kranken- und Altenpflegekräfte	SQ	268.000 (2020)
Burkhart et al. 2012	Kranken- und Altenpflegekräfte, Pflegehelfer/innen	SQ	360.800 (2030)
Rothgang et al. 2012	Pflegekräfte	SQ	434.000 (2030)

Quelle: Eigene Darstellung.

views verschiedene Aspekte benannt. Vor allem die sinkende Qualität und Quantität der Bewerber/innen für eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, die finanziellen Rahmenbedingungen und die unattraktiven Beschäftigungsbedingungen seien dafür verantwortlich, dass die Ausbildungszahlen nicht bedarfsgerecht gesteigert werden konnten.

Abstract: Securing Skilled Workers in Nursing in the Face of Demographic Change in Rhineland-Palatinate – „Ausbildungsstättenplanung“ in the Training of Health Care Professionals

Due to demographic change, the number of people in the federal state of Rhineland-Palatinate (RLP, Rheinland-Pfalz) who will require health services and care in the future is increasing. A frequently bemoaned skills shortage is already causing attrition in care today. The state’s Ministry for Social Affairs, Labour, Health and Demography is implementing the „Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz“ in the period from 2011 to 2016 to the aim of this safe-guarding measure in the health care sector is to counteract a future depletion of skilled professionals. The interim evaluation of the scheme found that it achieved a degree of fulfilment of 11 % in the school year of 2012/2013, and of 23 % in the school year of 2013/2014. In expert interviews, the relevant stakeholders of health care in RLP named various aspects as reasons for this low level of goal achievement. Especially the declining quality and quantity of candidates for a health and nursing education, the financial framework and the unattractive employment conditions are responsible for the non-cumulative training numbers.

1. Einleitung

Der demografische Wandel prägt heute und zukünftig die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens und der Pflege in Rheinland-Pfalz (RLP), denn aufgrund der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl älterer Menschen. Nach den Berechnungen des statistischen Landesamtes RLP wird die Zahl der Einwohner von 2007 bis 2050 um 595.000 Personen bzw. rund 15 % sinken. Gleichzeitig steigt die Zahl der Senioren/innen um etwa 343.000 bzw. 34 % (vgl. König 2010, S. 177). Durch diese Bevölkerungsentwicklung nimmt auch die Zahl der Menschen in RLP zu, die zukünftig Leistungen des Gesundheitswesens und der Pflege benötigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, S. 17). Doch ein immer wieder beklagter Fachkräftemangel führt bereits heute zu Stellenbesetzungsproblemen in den Institutionen des Gesundheitswesens und der Pflege (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 437).

1.1 Fachkräftebedarf in der Pflege

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des damit verbundenen Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen gehen ver-

schiedene Berechnungen von einem steigenden Bedarf an Pflegefachkräften in Deutschland aus. Unter Annahme verschiedener Prognosemodelle der Morbiditätsentwicklung führt dies ohne zusätzliche Fachkräftesicherungsstrategien zu einem Fachkräftemangel in der Pflege (vgl. Nowossadeck 2013, S. 1045). Denn nach einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes steigt bis zum Jahr 2025 der Bedarf in den Pflegeberufen gegenüber den 968.000 Vollzeitstellen im Jahr 2005 um 27,3 %. Im Jahr 2025 ist dadurch ein Defizit bei den Pflegefachkräften in Höhe von 193.000 zu erwarten (vgl. Afentakis/Maier 2010, S. 997 ff.).

Nach den Berechnungen von Hackmann wird der Mehrbedarf an Fachkräften im Altenpflegebereich im Jahr 2050 auf 430.000 ansteigen (vgl. Hackmann 2010, S. 235). Laut Ehrentraut et al. fehlen bis zum Jahr 2020 deutschlandweit 378.000 Pflegekräfte bzw. 268.000 Vollzeitäquivalente (vgl. Ehrentraut 2012, S. 1). Burkhart et al. prognostizieren im Jahr 2030 einen Fehlbedarf von 360.800 Pflegekräfte (vgl. Burkhart et al. 2012, S. 19). Rothgang et al. errechneten einen Mehrbedarf von 434.000 Pflegekräften im Jahr 2030 (vgl. Rothgang et al. 2012, S. 11; siehe Tabelle 1).

1.2 Zur Relevanz der vorliegenden Arbeit

Bei Betrachtung der Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland wird deutlich, dass zwischen den Schuljahren 2002/2003 und 2010/2011 die Zahl der Absolventen/innen von 14.631 auf 13.806 um 5,64 % gesunken ist. Parallel dazu verringerte sich die Zahl der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege an den bundesdeutschen Krankenhäusern von 72.361 im Jahr 2002 auf 67.244 im Jahr 2010 um 7,07 % (siehe Tabelle 2).

Doch eine sowohl qualitativ als auch quantitativ gute Personalausstattung ist für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten/innen im Krankenhaus notwendig (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 487). Dies sicher zu stellen, ist u. a. Aufgabe des Managements von Gesundheitseinrichtungen. Der Bereich Ausbildung ist in der Fachliteratur als Handlungsfeld zur Fachkräftesicherung identifiziert. Es sind jedoch bisher keine Berechnungen zum zukünftigen Bedarf an Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. eine darauf aufbauende Ausbildungsstättenplanung veröffentlicht. Das Ziel dieser Arbeit ist daher, die „Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz“ darzustellen und den Erfolg dieser Fachkräftesicherungsmaßnahme im Zeitraum Schuljahr 2012/2013–2013/2014 zu evaluieren. Weiterhin werden daraus Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen für weitere Fachkräftesicherungsmaßnahmen in der Pflege gegeben.

¹ Status-Quo-Prognose der Morbiditätsentwicklung.
² Morbiditätskompression.

Tabelle 2

**Absolventen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Ausbildungsplätze Krankenhäuser Deutschland
insgesamt im Zeitraum Schuljahr 2002/2003 bis 2010/2011**

Jahr	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
Absolventen Gesundheits- und Krankenpflege	14.631	14.245	14.543	14.568	13.560	13.889	14.300	14.505	13.806
Ausbildungsplätze	72.361	72.552	71.357	70.321	68.848	67.480	67.040	66.447	67.244

Quelle: Gesundheitsberichterstattung Bund 2014.

2. Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz

Die „Ausbildungsstättenplanung Rheinland-Pfalz“ wurde auf Basis der Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“, des „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ und des „Ausbildungsstättenplan Rheinland-Pfalz“ erstellt. Nachfolgend werden diese näher erläutert.

2.1 Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe

Zur Bestimmung des Angebots und der Nachfrage nach Gesundheits- und Krankenpflegekräften wird in RLP die Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring“ vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) seit dem Jahr 2002 durchgeführt. Das Branchenmonitoring stellt ein internet-basiertes Befragungssystem dar, bei dem zur Analyse der Fachkräftesituation der sogenannte „Matching-Ansatz“ verwendet wird. Dieser stellt die beiden Arbeitsmarktseiten Angebot und Nachfrage gegenüber.

Die Nachfrage besteht dabei aus den Pflegefachkräften, die in einem bestimmten Zeitraum von den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pflege in RLP gesucht werden. Das Angebot setzt sich zusammen aus den als vermittelbar anzusehenden arbeitslosen Pflegefachkräften und den Absolventen/innen von Ausbildungen in der Pflege. Durch das „Matching“ beider Arbeitsmarktseiten kann der Umfang des Überhangs oder Mangels an Fachkräften abgelesen werden (vgl. Bieräugel et al. 2012a, S. 12). Die Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage an Gesundheits- und Krankenpflegekräften im Jahr 2010 ergab eine Fachkräftelücke von 1.078 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (vgl. ebd., S. 66).

2.2 Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen

Zur Berechnung der zukünftigen Fachkräftesituation in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde in RLP das „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ im Jahr 2012 vom MSAGD erstellt. Das Gutachten basiert auf den Berechnungen des Branchenmonitorings und umfasst die Vorausschätzung des zukünftigen Fachkräfteangebots und des zukünftigen Fachkräftebedarfs für die Jahre 2015, 2020 und 2025.

Durch die Zusammenführung von Angebot und Nachfrage konnten Fachkräftelücken oder -überhänge kurz-, mittel- und langfristig schätzungsweise bestimmt werden. Für die Berechnung wurde als Methode die sogenannte Status-Quo-Fortschreibung verwendet. Das bedeutete, dass gewisse Rahmenbedingungen aus der Gegenwart für die Zukunft als gleichbleibend angenommen werden. Beispielsweise betraf dies das Verhältnis von Fachkraft zu Patienten/innen bzw. Pflegebedürftigen, das Pflegebedürftigkeitsrisiko, die derzeitigen Wochen- und Lebensarbeitszeiten der Beschäftigten sowie deren Ausfall- und Unterbrechungszeiten. Für dieses Setting wurde dann berechnet, wie sich die demografische Entwicklung auf das Fachkräfteangebot und die Fachkräftenachfrage auswirken (vgl. Bieräugel et al.

2012b, S. 12). Nach dem „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ beträgt das Fachkräfteangebot im Jahr 2020 insgesamt 23.858 Fachkräfte. Die Nachfrage nach Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird aufgrund der demografischen Entwicklung im Jahr 2020 mit 26.565 Fachkräften beziffert. Führt man Angebot und Nachfrage zusammen, besteht im Jahr 2020 eine Fachkräftelücke von 2.707 Personen. Rechnet man das Defizit des Jahres 2010 von 1.078 Fachkräften zu den prognostizierten Salden dazu, ergibt sich eine Fachkräftelücke im Jahr 2020 von insgesamt 3.785 Personen (vgl. ebd., S. 40).

2.3 Ausbildungsstättenplan Rheinland-Pfalz

Die Berechnungen im Branchenmonitoring und Gutachten dienten als Grundlage für die Erstellung des Ausbildungsstättenplans. Dieser ist Bestandteil des Landeskrankenhausplans RLP. Aufgelistet im Ausbildungsstättenplan sind die Krankenhäuser, die in einem vom Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erfassten Gesundheitsfachberuf ausbilden. Die Ausbildungskosten dieser Gesundheitsfachberufe werden über Ausbildungszuschläge von den Krankenkassen finanziert. Bis zu welcher Höhe legt die zuständige Landesbehörde (MSAGD) über einen Bescheid nach Beratung im Ausschuss für Krankenhausplanung über Soll-Ausbildungsplätze im Ausbildungsstättenplan fest. Darüber hinaus werden im Ausbildungsstättenplan über die Soll-Ausbildungsplätze vom MSAGD Zielvereinbarungen zur Ausbildung mit den Krankenhäusern getroffen. In der Gesundheits- und Krankenpflege fehlten im Jahr 2010 1.078 Fachkräfte. Im Jahr 2020 beträgt die prognostizierte Fachkräftelücke 2.707. In Summe ergibt sich somit ein Mangel für das Jahr 2020 in Höhe von 3.785 Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften. Diesem gilt es, mit gezielten Fachkräftesicherungsmaßnahmen entgegen zu wirken. Die geplanten Maßnahmen sind das Ergebnis einer Befragung von Experten/innen durch das MSAGD (vgl. Bieräugel et al. 2012b, S. 46). Über zusätzliche Ausbildungsanstrengungen sollen 31% (1.170) mehr Absolventen/innen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bis zum Jahr 2020 gewonnen werden. Damit dem Arbeitsmarkt 2020 insgesamt 1.170 zusätzliche Absolventen/innen zur Verfügung stehen, mussten eine bestimmte Anzahl an Berufswechsler/innen, Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf und ein Pendlersaldo berücksichtigt werden. Auch waren Ausbildungsabbrüche und nicht bestandene Abschlussprüfungen einzukalkulieren. Unter Einbeziehung dieser Faktoren aus dem Fachkräftesicherungsszenario ergab sich die Zahl von 1.745 Ausbildungsanfänger/innen, die benötigt werden, damit 2020 insgesamt 1.170 Absolventen/innen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (vgl. Lauxen et al. 2013 b, S. 23). Diese 1.745 Ausbildungsanfänger/innen wurden anschließend auf sechs Jahrgänge verteilt (Schuljahr 2012/2013–2017/2018). Da eine kurzfristige Steigerung der Ausbildungskapazitäten unrealistisch erschien, wurde eine schrittweise Steigerung der Ausbildungsanfänger/innen vereinbart (siehe Tabelle 3):

Bis zum Zielhorizont des Ausbildungsstättenplans, dem Schuljahr 2016/2017, steigt die Zahl auf 1.044 zusätzliche Plätze an. Durch Addition dieser Ausbildungsplätze mit der Auszubildendenzahl im Schuljahr 2011/2012 (3.275) ergab sich der Ausbil-

Tabelle 3

Steigerung der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege

	Zusätzliche Auszubildende 1. Ausbildungsjahr	Zusätzliche Auszubildende 2. Ausbildungsjahr	Zusätzliche Auszubildende 3. Ausbildungsjahr	Zusätzliche Auszubildende Gesamt
2012/2013	116	–	–	116
2013/2014	232	116	–	348
2014/2015	348	232	116	696
2015/2016	348	348	232	928
2016/2017	348	348	348	1.044
2017/2018	348	348	348	1.044
<i>Gesamt</i>	<i>1.740</i>			

Quelle: Gutachten Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe 2013.

dungsbedarf für 2016/2017. Insgesamt sind 4.319 Ausbildungsplätze zu besetzen. Dies entspricht einer Steigerung der Auszubildendenzahlen um 32% (vgl. *Lauxen et al. 2013 b, S. 24*). Nach diesen Berechnungen wurden mit den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern im Zeitraum 2012 bis 2013 neue Soll-Zahlen für den Ausbildungsstättenplan erarbeitet. Insgesamt planen die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser, bis zum Schuljahr 2016/2017 insgesamt 4.379 Ausbildungsplätze zu besetzen.

3. Ergebnisse

Nachfolgend wird beschrieben, zu wie viel Prozent diese Soll-Zahlen im Schuljahr 2012/2013 und 2013/2014 erreicht wurden. Die Basis dafür bilden die Zahlen der Schulstatistik des Statistischen Landesamtes RLP. Das Ergebnis des Soll/Ist-Vergleiches wird als Zielerreichungsgrad in Prozent dargestellt. In Rheinland-Pfalz befanden sich im Schuljahr 2011/2012 insgesamt 3.288, im Schuljahr 2012/2013 insgesamt 3.313 und im Schuljahr 2013/2014 insgesamt 3.388 Schüler/innen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Das nach der Ausbildungsstättenplanung zu erreichende Ziel an besetzten Ausbildungsplätzen im Schuljahr 2016/2017 in Rheinland-Pfalz beträgt 4.379. Dafür ist eine Steigerung gegenüber dem Schuljahr 2011/2012 (3.288) von 1.091 (100%) Auszubildenden bis zum Schuljahr 2016/2017 erforderlich. Um dieses Ziel zu erreichen, war im Schuljahr 2012/2013 gegenüber dem Schuljahr 2011/2012 eine Steigerung der Ausbildungsplätze von 218 (100%) und im Schuljahr 2012/2013 von 436 (100%) bei gleichmäßiger Steigerung notwendig. Die Ist-Steigerung betrug im Schuljahr 2012/2013 in Rheinland-Pfalz 25 und im Schuljahr 2013/2014 100 Ausbildungsplätze. Dadurch konnte im Schuljahr 2012/2013 ein positiver Zielerreichungsgrad von 11% erzielt werden. Im Schuljahr 2013/2014 konnte ein positiver Zielerreichungsgrad in Rheinland-Pfalz von 23% erreicht werden. Als Gründe für diesen schlechten Zielerreichungsgrad wurden von den relevanten Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege in RLP³ in Experten-Interviews verschiedene Aspekte benannt.

3.1 Qualität und Quantität der Bewerber/innen

Vor einigen Jahren hätte die Zahl der Bewerber/innen für eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung noch 20 Bewerber/innen auf einen Ausbildungsplatz betragen. Diese Zahl sei mittlerweile auf eins zu fünf zurückgegangen. Die Möglichkeit, besonders qualifizierte Bewerber/innen auszuwählen, hätte dadurch abgenommen. Defizite der Bewerber/innen hätten sich schon bei den Einstellungstests gezeigt. Überdies hätten die Auszubildenden Schwierigkeiten aufgewiesen, Defizite beim Lernen auszugleichen bzw. Prioritäten zu setzen. Eine Steigerung der Ausbildungszahlen hätte für die Schulleitungen einen erhöhten pädagogischen Aufwand bedeutet, da auch qualitativ weniger geeignete Bewerber/innen hätten eingestellt werden müssen. Für das Absinken der Qualität der Bewerber/innen sei der steigende

Konkurrenzkampf mit anderen Branchen verantwortlich. Denn die qualifiziertesten Schüler/innen hätten Ausbildungsstellen in anderen Branchen bevorzugt, die attraktivere Beschäftigungsbedingungen und Karrieremöglichkeiten geboten hätten. Der Aufwand zur Akquise der „besten“ Schulabgänger/innen sei dadurch gestiegen.

3.2 Finanzielle Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Ein weiterer Grund, dass die Ausbildungszahlen nicht zufriedenstellend gesteigert werden konnten, sei in den Rahmenbedingungen der Krankenhäuser und der Landesregierung zu finden. Denn aufgrund von zu geringer Investitionsförderung durch das Land RLP hätten die Krankenhäuser keine neuen Ausbildungsstätten errichten oder anmieten können. Auch sei kein zusätzliches Lehrpersonal auf dem Arbeitsmarkt zu finden gewesen, um neue Klassen zu eröffnen.

Ebenso hätte die bis Dezember 2013 unklare Rechtsfrage der Refinanzierung der Praxisanleitung auf Station zur Zurückhaltung der Krankenhausträger beim Ausbau der Ausbildungskapazitäten geführt. Zudem hätten die Praxisanleiter/innen oftmals aufgrund der hohen Arbeitsverdichtung auf Station nicht freigestellt werden können, sodass die Schüler/innen im normalen Stationsalltag hätten mitarbeiten müssen. Im Bereich der Finanzierung durch die Krankenkassen wurde zudem thematisiert, dass gestiegene Personalkosten für akademisiertes Pflegepersonal oftmals aus Eigenmitteln des Trägers hätten finanziert werden müssen. Dies habe zur Zurückhaltung bei der Einstellung von akademisiertem Lehrpersonal durch die Krankenhausträger geführt.

3.3 Unattraktive Beschäftigungsbedingungen

Dass die Zahl der Bewerber/innen zurückging, sei auch auf die unattraktiven Beschäftigungsbedingungen zurück zu führen. Vor allem die Arbeitsverdichtung aufgrund von Personalabbau durch ökonomische Einsparzwänge sei dafür verantwortlich. Zusätzlich hätten die negative Berichterstattung über die Pflege in den Medien und die schlechte Darstellung des Berufs von den Berufsangehörigen selbst die Akquise von zusätzlichen Bewerber/innen erschwert.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Resümierend kann festgehalten werden, dass Ausbildungsstättenplanungen auf der Basis von validen Arbeitsmarktanalysen sinnvolle Bausteine zur Fachkräftesicherungen darstellen. Es ist

³ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Landeskrankenhausgesellschaft, Schulleitungen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Krankenhausdirektionen, Vertreter/innen von Krankenkassen.

daher zu empfehlen, dass weitere Analysen zur derzeitigen und zukünftigen Fachkräftesituation von den relevanten Akteuren im deutschen Gesundheitswesen und der Pflege in den Fokus genommen werden. Die Unterschiede in den Bundesländern zeigen jedoch, dass dringend ein abgestimmtes, systematisches Vorgehen gemeinsam mit den regionalen Akteuren geboten ist (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 487).

Die sinkende Qualität der Bewerber/innen für eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung wurde von der Mehrzahl der Schulen als ein Grund gesehen, die Ausbildungszahlen trotz eines vorhandenen Fachkräftemangels nicht zu steigern. Da sich die Zahl der Bewerber/innen jedoch aufgrund der demografischen Entwicklung nicht verbessert, ist ein Umdenken auf Seiten der Krankenhäuser und Schulen notwendig. Denn vor dem Hintergrund eines seit 1996 anhaltenden Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser verringerten die Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern ihre Ausbildungskapazitäten bereits in den Jahren 1999 bis 2009 um insgesamt 10%. Erst im Jahr 2010 ist wieder ein leichter Anstieg der Zahl dieser Ausbildungsplätze zu verzeichnen (vgl. Simon 2012, S. 46). Da der Bereich Ausbildung von Experten aus dem Feld als wichtigster Faktor zur Fachkräftesicherung gesehen wird, sind diese Entscheidungen des Managements an den Krankenhäusern bei der prognostizierten Fachkräftesituation in Zukunft zu hinterfragen.

Vor allem die Personalsituation auf Station machte es notwendig, dass die Schüler/innen im normalen „Stationsalltag“ mitarbeiten mussten. Die Personalsituation ist jedoch der Faktor, der bei den Pflegekräften die größte Unzufriedenheit hervorruft. Denn wie eine Befragung von Klinik-Pflegekräften zeigt, sind 82,1% mit der inadäquaten Personalbesetzung unzufrieden. Damit steht dieser Faktor an erster Stelle der Gründe für Unzufriedenheit, gefolgt von zu niedrigem Gehalt (66,3%), zu geringer Anerkennung (64,8%) und einem schlechten Arbeitsumfeld (51,8%). Tatsächlich ist in Deutschland eine Pflegekraft durchschnittlich für zehn Patienten/innen verantwortlich. Dagegen liegt diese Quote in Norwegen bei eins zu vier, in den Niederlanden bei eins zu fünf und in der Schweiz und Schweden bei eins zu sechs (vgl. Zander/Busse 2014, S. 34.)

Die Entwicklung in den bundesdeutschen Krankenhäusern war jedoch geprägt durch einen Abbau von Stellen im Pflegedienst, da von 1995 bis 2006 im Pflegedienst der Krankenhäuser bundesweit insgesamt ca. 52.200 Vollzeitstellen abgebaut wurden. Im Zeitraum 1996 bis 2001 war der Stellenabbau hauptsächlich durch die seit 1993 geltende Deckelung der Krankenhausbudgets bedingt.

Ab dem Jahr 2001/2002 erfolgte er im Zusammenhang mit der bevorstehenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems im Jahr 2003. Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ging jedoch über das Ausmaß hinaus, das durch Budgetdeckelung und Budgetkürzungen erklärbar ist. Es liegt vielmehr die Vermutung nahe, dass Pflegepersonalstellen häufig auch reduziert wurden, um Finanzmittel für andere Zwecke freizusetzen. Im Vordergrund standen dabei vornehmlich die Finanzierung dringend notwendiger Investitionen und die Bereitstellung von Mitteln für zusätzliche Stellen im ärztlichen Dienst (vgl. Simon 2012, S. 36). Denn die ärztlichen Stellen wurden im Zeitraum 1999 bis 2009 um rund 22% auf 131.227 Vollzeitstellen aufgestockt (vgl. Roth 2011, S. 14). Da jetzt schon die Belastbarkeitsgrenze der vorhandenen Pflegekräfte erreicht ist, hätte die Fortführung einer derartigen Personalpolitik u. a. zur Konsequenz, dass Aufgaben der Pflege delegiert werden müssten. Erfolgt dies an Pflegehilfskräften, ist ein Qualitätsverlust zu erwarten, der die Patientensicherheit gefährdet. Eine Delegation an Ärzte würde von diesen kaum akzeptiert werden, da die Ärzteschaft selbst Entlastungsmöglichkeiten sucht. Diese kurzfristigen Einsparmöglichkeiten durch den Abbau von Ausbildungskapazitäten und Personal sind somit für eine langfristige Fachkräftesicherung kontraproduktiv. Beispiele aus anderen Ländern zeigen die negativen Auswirkungen von Personaleinsparmaßnahmen im Krankenhaus aufgrund von ökonomischen Zwängen. So wies eine Untersuchung nach, dass in

englischen Kliniken mit einer hohen Mortalitätsrate oft Aushilfskräfte tätig waren. Parallel erhöhte sich das Risiko, dass über 50-jährige chirurgische Patienten/innen innerhalb von 30 Tagen nach der Klinikeinweisungen verstarben um 7%, wenn sich das Verhältnis von Pflegekraft zur Zahl der Patienten/innen um einen Patienten/in erhöhte. Landesweite Pflegeskandale haben nun den britischen Gesundheitsdienst veranlasst, nationale Standards für eine sichere Personalbesetzung zu prüfen. Derzeit werden dafür Personalbesetzungsinstrumente entwickelt (vgl. Sauer 2014, S. 657).

Für verschiedene Krankenhäuser war die Einführung des DRG-Systems mit Budgeteinbußen verbunden, da die Bundesländer zusätzlich die Höhe der Förderung der Krankenhausinvestitionskosten reduzierten (vgl. Roth 2011, S. 10). Das Land Rheinland-Pfalz tätigte im Jahr 2010 insgesamt 121,8 Mio. Euro an Investitionsfördermittel gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz, während im Jahr 2000 diese Förderung noch 143,83 Mio. Euro betrug. Dadurch war ein Rückgang der Fördermittel in diesem Zeitraum um rund 15% zu verzeichnen. Das Land RLP sollte daher bei der Vergabe von Fördermittel zukünftig den Bereich Ausbildungsstätten als Schwerpunkt sehen, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung durch ausreichend gut ausgebildete Pflegefachkräfte zu gewährleisten.

Die Bundesregierung sollte über ein Förderprogramm sicherstellen, dass mehr Pflegepersonal von den Krankenhäusern eingestellt werden kann. Ein derartiges Sonderprogramm hatte beispielsweise im Jahr 2009 die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt aufgelegt. Mit diesem wurden in den darauffolgenden drei Jahren 21.000 zusätzliche Pflegestellen geschaffen. Auch sollte die derzeitige Finanzierungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens überprüft werden. Denn der Staat hat aufgrund seiner Daseinsvorsorge für die Bürger eine ausreichende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicher zu stellen. Dies ist aber nur dann zu erreichen, wenn es ausreichend leistungsfähige Krankenhäuser gibt, die wirtschaftlich gesichert werden (vgl. Simon 2012, S. 41). Außerdem wäre ein Personalbesetzungsinstrument zu entwickeln, über das verbindliche Mindestbesetzungsvorgaben gemacht werden können.

Als weiteren Grund für den schlechten Zielerreichungsgrad wurden von den Akteuren Probleme bei der Refinanzierung der Praxisanleitung genannt. Seit der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts RLP vom 03.12.2013⁴ besteht nun Rechtssicherheit für die Krankenhäuser in dieser Frage. In der Entscheidung wurde Bezug genommen auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts Neustadt vom 27.06.2013⁵, mit dem die Refinanzierung der Kosten der Praxisanleitung positiv beschieden wurde. Somit dürfte dieses Problem der Vergangenheit angehören und zukünftig einer Steigerung der Ausbildungszahlen nicht mehr entgegenwirken.

Von den Schulleitungen wurde beklagt, dass zu wenig Pflegepädagogen auf dem Arbeitsmarkt vorhanden waren, um neue Klassen zu eröffnen. Die zuständigen Landesministerien sollten daher ein Monitoring des Verhältnisses von Auszubildenden und Anzahl der Studienplätze bzw. Absolventen/innen von Pflegepädagogikstudiengängen errichten. Dadurch könnte steuernd auf die Zahl der Lehrkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eingewirkt werden.

Die guten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege in Rheinland-Pfalz sind dabei als Wettbewerbsvorteil zu sehen. Denn Studienmöglichkeiten für Pflegekräfte sind in Deutschland nicht flächendeckend vorhanden. Doch gerade akademisierte Pflegekräfte sind notwendig, um den zunehmend komplexer werdenden Problemlagen der Nutzer/innen der Langzeitversorgung mit bedarfsgerechten, evidenzbasierten Versorgungs- und Pflegekonzepten gerecht zu werden (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 487).

⁴ Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 03.12.2013 – 7 A 10800/13.OVG.

⁵ Verwaltungsgericht Neustadt an der Weinstraße, Urteil vom 27.06.2013 – 4 K 977/12.NW.

Zudem sollten auch Ausbildungsangebote für Pflegekräfte geschaffen werden, die in Modellvorhaben nach der Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3c SGB V tätig werden. In dieser „Heilkundeübertragungsrichtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ist festgelegt, welche ärztlichen Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden können. Seit der Veröffentlichung der Richtlinie im Oktober 2011 existiert dazu deutschlandweit immer noch kein Modellvorhaben (vgl. ebd., S. 519).

Bereits im März 2012 wurde das Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegt. Darin werden Vorschläge gemacht, wie eine gemeinsame Pflegeausbildung gestaltet werden kann. Es sollte nun von der Bundesregierung zeitnah ein Gesetzesentwurf auf den Weg gebracht werden. Mit der Vereinheitlichung der Pflegeausbildungen wird eine höhere Durchlässigkeit für die Pflegefachkräfte gewährleistet, da die geforderten Kompetenzen aus allen Pflegebereichen Eingang in die Ausbildung finden. Dies bietet den Vorteil, dass der Personaleinsatz flexibler wird, da alle Pflegefachkräfte über die benötigten Kompetenzen der unterschiedlichen Pflegebereiche verfügen. Durch die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten wird die Attraktivität des Berufsbildes für Auszubildende steigen. Weiterhin können die speziellen Bedarfe älterer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zukünftig stärker berücksichtigt werden, da die Ausbildung zur Pflegefachkraft Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege kombiniert.

Als ein Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Beschäftigungsbedingungen in der Pflege einen hohen Einfluss auf die Steigerung der Ausbildungszahlen besitzen. Die Befragungen im Pflege-Thermometer 2009 zeigen jedoch, dass die derzeitigen Beschäftigungsbedingungen nicht geeignet sind, den Pflegeberuf bis zum üblichen Rentenalter auszuüben (vgl. *Isfort et al.* 2010, S. 43). Auch im Sinne der Patientensicherheit sind daher, die Arbeitsbelastungen der Pflegenden zu reduzieren (vgl. *Zander/Busse* 2014, S. 36).

Unattraktive Beschäftigungsbedingungen führen dazu, dass Pflegefachkräfte das Berufsfeld verlassen und dauerhaft nicht zurückkehren. So weisen beispielsweise Altenpflegekräfte durchschnittlich 39% Unterbrechungs- und 61% Beschäftigungszeit auf (vgl. *Joost et al.* 2009, S. 30). Eine Personalpolitik, die die Beschäftigten vom ersten Tag an bis in die letzten Berufsjahre fördert, wird daher zum entscheidenden Schlüsselfaktor im Wettbewerb um Fachkräfte. Eine familienfreundliche Unternehmenskultur, die z. B. mit flexiblen Arbeitszeiten und Zeitkonten den Familienbedürfnissen besser Rechnung trägt, ist dafür eine wichtige Voraussetzung. Denn im Pflegebereich liegt der Anteil der weiblichen Beschäftigten bei 86% (vgl. *Roth* 2011, S. 14).

Zudem klagen Pflegekräfte häufig über eine schlechte Führungskultur (vgl. *Hofmann* 2012, S. 1165), zuweilen aufgrund von intransparenten Leitungsentscheidungen bzw. eines unangebrachten Führungsstils. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflege über 50 Jahre ist in den letzten zehn Jahren in den Einrichtungen des Gesundheitswesens um 67,5% gestiegen. Diese Entwicklung wird sich demografisch bedingt fortsetzen, sodass im Jahr 2020 jeder dritte Beschäftigte älter als 50 Jahre sein wird (vgl. *Fenchel* 2012, S. 15). Dies ist im Führungsverhalten zu berücksichtigen.

Ebenso sind die altersgerechte Ausgestaltung von Arbeitsprozessen und Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung wichtige Faktoren, um psychischen und physischen Belastungen vorzubeugen und die Verweildauer der Beschäftigten zu erhöhen. Denn insbesondere die Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Pflegekräfte birgt noch ein Potential zur Fachkräftesicherung (vgl. *Himsel et al.* 2013, S. 224). Angebote zur Jobrotation können dabei eine Maßnahme sein, um z. B. einer akuten Überlastungssituation entgegenzuwirken. Eine andere Möglichkeit ist die Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen, um den älteren Beschäftigten in besonderen Lebenslagen Freiräume zu ermöglichen.

Die schlechte Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten/innen sorgt bei den Pflegekräften häufig zu Frustration (vgl. *Zander/Busse* 2014, S. 35). Daher sollte ein wertschätzender Umgang zwischen den beiden größten Berufsgruppen angestrebt werden. Denn bei den Bedarfslagen der heutigen Patienten- und Nutzergruppen haben multiprofessionelle Versorgungsmodelle an Bedeutung gewonnen. Dies gilt insbesondere für strukturschwache ländliche Regionen. Um in diesen Regionen die Versorgung sicher zu stellen, sind vor allem multiprofessionelle Versorgungsmodelle notwendig, auch in Hinblick auf die Effektivität und Effizienz gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen. Es sind somit neue Formen der Kooperation und eine neue Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen des Gesundheitswesens notwendig.

Zudem steht einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Pflege der (somatisch verengte) Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI entgegen. Denn durch diesen werden nur Leistungen finanziert, die körperliche Selbstversorgungsdefizite ausgleichen. Dies behindert insbesondere bei Menschen mit Demenz eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung. Ebenso wird die nötige Erweiterung des Pflegehandelns um kommunikative, anleitende, beratende, ressourcen- und kompetenzfördernde Aufgaben verhindert (vgl. *Hofmann* 2012, S. 1165).

Die Zuwanderung von Pflegekräften sollte künftig auch ein Baustein zur Fachkräftesicherung in der Pflege sein. Ausreichende Sprachkenntnisse müssen jedoch Voraussetzung für eine sichere Patientenversorgung bleiben. Auch da ein Mangel von deutscher Kommunikationskompetenz in multiethnischen Teams zu verringerter Arbeitszufriedenheit führt (vgl. *Buchinger et al.*, S. 251).

Die Pflegeberufe leiden unter einem schlechten öffentlichen Image. Positive Imagekampagnen können weiterhin einen Beitrag in der notwendigen öffentlichen Debatte leisten. Ein nachhaltiger Imagegewinn wird sich jedoch nur erreichen lassen, wenn die Beschäftigungsbedingungen in der Pflege verbessert werden. Um künftig die Anzahl der Vollzeitbeschäftigung in der Pflege zu steigern, ist eine angemessene Bezahlung der Pflegefachkräfte unumgänglich. Die Bruttogehälter der Pflegekräfte liegen zwischen 2.100 und 2.400 Euro. Dies steht in keinem Verhältnis zu den Anforderungen, die die Pflegenden erbringen müssen. An dieser Stelle ist ein Paradigmenwechsel in der Einstellung der Gesellschaft, der Politik und Wirtschaft zum Wert der Pflege am Menschen notwendig (vgl. *Engelen-Kefer* 2012, S. 74).

Als Fazit kann festgehalten werden, dass aufgrund des demografischen Wandels unserer Bevölkerung das Gesundheitswesen heute und auch zukünftig von hoher gesellschaftlicher Bedeutung ist. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht stellt es die Branche dar, die in den letzten Jahren rasant gewachsen ist. Selbst in Zeiten der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009 blieb die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf einem hohen Niveau und leistete dadurch einen Beitrag zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes in Deutschland.

Ebenso gilt das Gesundheitswesen als „Jobmotor“ der nächsten Jahre. Denn aufgrund der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl älterer Menschen, die zukünftig Leistungen des Gesundheitswesens und der Pflege benötigen. Dafür sind ausreichend gut ausgebildete Pflegekräfte notwendig. Das Gesundheitswesen und die Pflege befinden sich jedoch nicht mehr in einer komfortablen Rekrutierungsposition. Vielmehr stehen sie im Wettbewerb mit anderen Branchen um weniger junge Bewerber/innen und das insgesamt abnehmende Angebot an Arbeitskräften. Alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens und der Pflege müssen dadurch ihre Anstrengungen zur Fachkräftesicherung in der Pflege erhöhen, damit zukünftig kein Fachkräftemangel entsteht. Die Attraktivität des Berufsfeldes ist somit zu erhöhen und die Ausbildungszahlen sind zu steigern. Dafür sind die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in der Pflege wird zukünftig zum entscheidenden Erfolgsfaktor für ein attraktives und zukunftsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland (vgl. *Himsel et al.* 2013, S. 224).

Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Wirtschaft und Statistik* (11., S. 990–1002). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bieräugel, R./Demireva, L./Larsen, C./Lauxen, O./Metzenrath, A./Papke, J. (2012a): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Mainz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- (2012b): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Mainz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Buchinger, S. M. (2013): Multikulturelle Pflegeteams in der stationären Altenhilfe. In: *Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V. Köln* (Hrsg.). *Sozialer Fortschritt* (62., S. 246–251). Berlin: Duncker & Humblot.
- Burkhardt, M./Ostwald, D. A./Ehrhard, T. (2012): 112 – und niemand hilft. Frankfurt/M.: PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WiFOR.
- Ehrentraut, O. (2012): *Pflegelandschaft 2030*. München: Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.
- Engelen-Kefer, U. (2012): Humanisierung der Arbeit in der Pflege. In: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.). *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei.
- Fenchel, V. (2012): Demografische Aspekte des Fachkräftemangels. In: Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.). *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei.
- Hackmann, T. (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. In: *Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V.* (Hrsg.). *Sozialer Fortschritt* (59., S. 235–244). Berlin: Duncker & Humblot.
- Himsel, C./Müller, A./Stops, M./Walwei, U. (2013): Fachkräfte gesucht – Rekrutierungsprobleme im Gesundheitswesen. In: *Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V.* (Hrsg.). *Sozialer Fortschritt* (62., S. 216–225). Berlin: Duncker & Humblot.
- Hofmann, I. (2013): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. In: *Bundesgesundheitsblatt* (Hrsg.). *Bundesgesundheitsblatt* 2012 (56., S. 1040–1047). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Isfort, M./Weidner, F./Neuhaus, A./Kraus, S./Köster, V.-H./Gehlen, D. (2010): *Pflege-Thermometer 2009*. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Joost, A./Kipper, J./Tewolde, T. (2009): *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern – zentrale Studienergebnisse im Überblick*. Frankfurt am Main: IWAK.
- König, J. (2010): Rheinland-Pfalz 2050. Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Pflegebedarf. In: *Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz* (Hrsg.). *Statistische Monatshefte* (3., S. 173–183). Bad Ems: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz.
- Lauxen, O./Fiebig, M./Dalichau D. (2013a): Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten. Teilprojekt des Landesleitprojekts „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Mainz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- (2013b): Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2013. Teilprojekt des Landesleitprojekts „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Mainz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Nowossadeck, S. (2013): Demografischer Wandel: Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. In: *Bundesgesundheitsblatt* (Hrsg.). *Bundesgesundheitsblatt* 2013 (56., S. 1040–1047). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Roth, I. (2011): Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten: Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit. Berlin: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Sauer, J. (2014): Keine Insel der Seligen. In: *f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 2014* (7., S. 655–657). Melsungen: Bibliomed-Verlag.
- Simon, M. (2012): *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in den Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009*. Berlin: Deutscher Pflegerat e.V.
- Statistisches Bundesamt (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Zander, B./Busse, R. (2014): *Wanderschaft*. In: *Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)* (Hrsg.). *Gesundheit und Gesellschaft* (17., S. 33–37). Berlin: WiDO.

Buchbesprechungen

Wetzel, Detlef (2015): *„Arbeit 4.0 – Was Beschäftigte und Unternehmen verändern müssen“*, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau, 200 Seiten.

Auf dem Weg zur „Gewerkschaft 4.0“ – Chancenpolitik für „gute Arbeit“

Noch in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hatte die ötv, die Vorgängerorganisation der heutigen Gewerkschaft ver.di, die Einführung elektronischer Schreibsysteme massiv bekämpft. Die Sekretariatsarbeitsplätze sollten so erhalten bleiben, wie sie waren. Kohle- und Durchschlagpapier inklusive. – Da ist Detlef Wetzel, bis November 2015 Vorsitzender der Industriergewerkschaft Metall, auf einem anderen Kurs. Er ist nicht wenig stolz darauf, dass Deutschland das einzige OECD-Land ist, das seit 1995 den Anteil der Industrie am Bruttoinlandprodukt erhöhen konnte. „Der industrielle Sektor ist das Fundament für Wachstum, Wohlstand und gute Arbeit in Deutschland. Es war richtig, hier gegen den Strom zu schwimmen und den werbenden Reden für die Dienstleistungsgesellschaft zu widerstehen.“ (S. 14) Dabei hat die IG Metall diesen Prozess durch die kollektive Mitbestimmung und die Arbeit der Betriebsräte, m. a. W. durch gelebte Sozialpartnerschaft aktiv mitgestaltet. So soll es auch in der nächsten Stufe weitergehen. Die vierte industrielle Revolution steht bevor. Die „Integration aller Stufen der Wertschöpfung“ ist das kommende Leitbild. Wetzel will in seinem Buch für diese Phase programmatische Weichen stellen. Eine Art Vermächtnis des scheidenden Vorsitzenden für seine Organisation.

Für die erfolgreiche Mitwirkung der Gewerkschaft an dieser Entwicklung nennt Wetzel zwei Bedingungen. Die IG Metall habe in den letzten Jahren „eine *beteiligungsorientierte Wende* in