



**AGP**

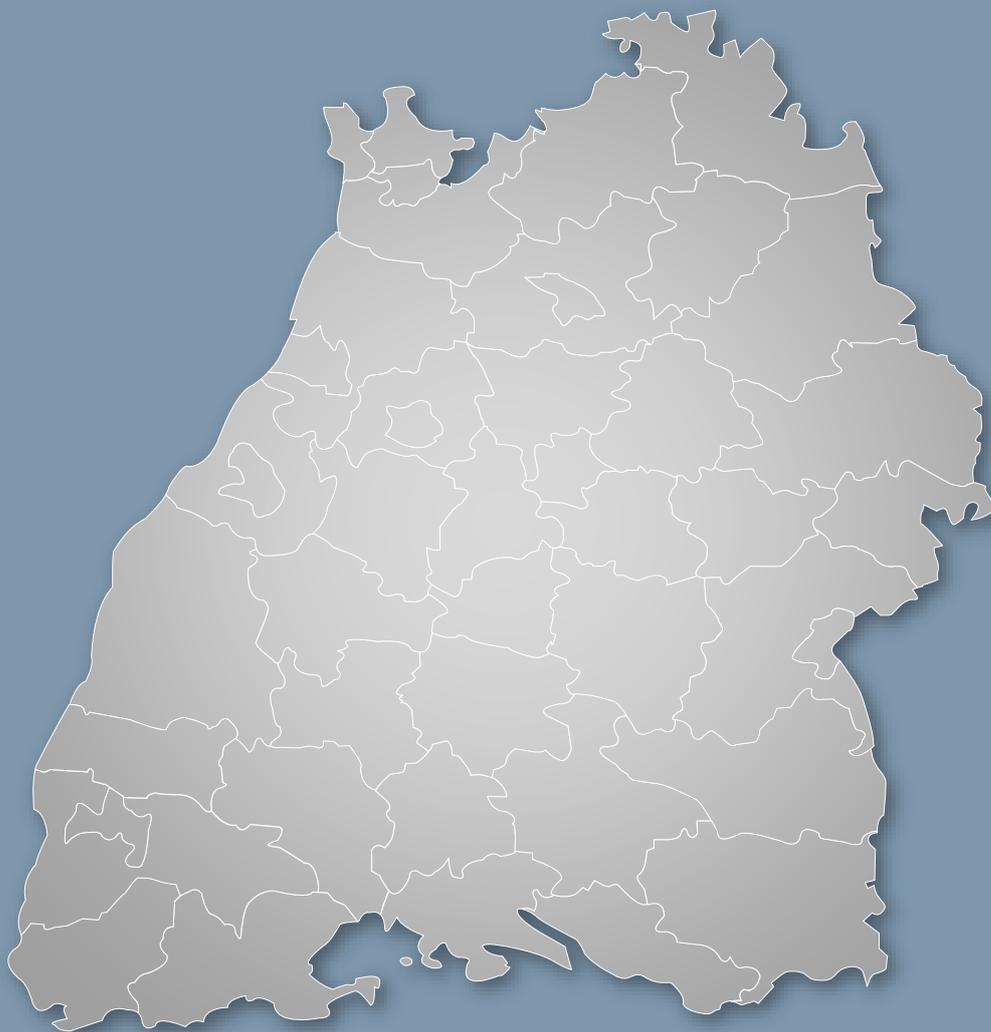
Sozialforschung  
Social Research



**dip**

Deutsches Institut  
für angewandte  
Pflegerforschung e.V.

# MONITORING PFLEGEPERSONAL IN BADEN-WÜRTTEMBERG 2022



AGP SOZIALFORSCHUNG

BUGGINGER STRAÙE 38  
D-79114 FREIBURG

DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE  
PFLEGEFORSCHUNG E.V. (DIP)

HÜLCHRATHER STRAÙE 15  
D-50670 KÖLN

**Fördergeber:**

Finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag Baden-Württemberg beschlossen hat.



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

**Ausführende Institute:**

AGP Sozialforschung

im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e.V.  
an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Bugginger Str. 38  
79114 Freiburg

Deutsches Institut für angewandte  
Pflegeforschung e. V. (DIP)

Hülchrather Straße 15  
D-50670 Köln

**Autoren:**

Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Thomas Klie

Pablo Rischard

Johann-Moritz Hüsken

**Stand:**

20.01.2023

**Kontakt:**

AGP Sozialforschung

T: 0761-47812-696

E: [info@agp-freiburg.de](mailto:info@agp-freiburg.de)

H: [www.agp-freiburg.de](http://www.agp-freiburg.de)

Deutsches Institut für angewandte  
Pflegeforschung e. V. (DIP)

T: 0221-46861-30

E: [dip@dip.de](mailto:dip@dip.de)

H: [www.dip.de](http://www.dip.de)

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Vorwort.....	4
Zusammenfassung der Ergebnisse.....	6
Versorgungsdichte und Regionalität.....	6
Demografische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit .....	8
Fachkräfteentwicklung, Qualifizierung und Anwerbung .....	10
Regionale pflegerische Versorgungssicherheit.....	16
Sozial- und pflegepolitische Einordnung.....	18
Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022.....	21
Hintergrund und Durchführende Institute .....	22
Methodische Hinweise .....	23
Theoretischer Rahmen.....	23
Sekundärdatenanalyse.....	25
Primärdatenanalyse .....	26
Literaturanalyse .....	27
Entwicklungen in Baden-Württemberg.....	28
Demografie .....	28
Ältere Bevölkerung in Baden-Württemberg.....	28
Prognostische Entwicklung .....	30
Pflegebedürftigkeit .....	33
Pflegebedürftige nach Altersstruktur.....	35
Pflegebedürftigkeit in der regionalen Entwicklung.....	35
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen regional .....	37
Einrichtungen der Versorgung.....	39
Ambulante Pflegedienste.....	39
Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen .....	44
Krankenhäuser .....	51
Rehabilitationseinrichtungen .....	52
Einrichtungen der Pflegebildung .....	54
Ausbildung der Pflegeberufe .....	54
Ausbildung der Kranken- und Altenpflegehilfe .....	57
Qualifizierung in allgemeinbildenden Schulen .....	59
Arbeits- und Beschäftigungsmarkt .....	64
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege .....	64
Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege .....	64
Arbeitslosigkeit der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	68
Berufsdemografische Kennzahlen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege .....	70
Beschäftigungsdauer der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege .....	71
Pendlerbewegungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege .....	73
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende aus Drittstaaten .....	80

Altenpflege .....	82
Beschäftigung.....	83
Arbeitslosigkeit .....	86
Berufsdemografie in der Altenpflege.....	87
Beschäftigungsdauer in der Altenpflege.....	88
Pendlerbewegungen Altenpflege.....	89
Altenpflegende aus Drittstaaten .....	94
<b>Ausbildung in Pflegeberufen .....</b>	<b>97</b>
Gesundheits- und Krankenpflege .....	97
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.....	99
Altenpflege .....	101
Generalistische Pflegeausbildung.....	103
Kapazitätsschätzung und berufsdemografische Entwicklung .....	103
Gesundheits- und Krankenpflegehilfe .....	106
Altenpflegehilfe .....	107
<b>Fachpflegerische Versorgungssicherung .....</b>	<b>108</b>
Index fachpflegerischer Versorgungssicherung.....	108
Fachpflegerische Versorgungssicherung Regional.....	110
Diskussion des Indexwertes.....	115
<b>Ergebnisse der Befragung der Versorgungseinrichtungen .....</b>	<b>117</b>
Stichprobenbeschreibung der Einrichtungen.....	117
Versorgungsspektrum der Einrichtungen und ambulanten Dienste .....	118
Personalbestand und -bedarf .....	120
Einschätzungen zur Personalsituation .....	130
Einschätzungen zur Personalgewinnung und -bindung.....	132
Einschätzungen zur Regionalen Versorgungssicherung .....	138
<b>Ergebnisse der Befragung der Bildungseinrichtungen .....</b>	<b>147</b>
Bildungsangebote der Einrichtungen .....	147
Ausbildungs- und Bewerbungssituation.....	149
Personalbestand und Personalbedarf .....	153
<b>Strukturen und Perspektiven der Langzeitpflege .....</b>	<b>157</b>
Einleitung.....	157
Erstellung von Kreisprofilen zur kompakten Visualisierung Regionaler Unterschiede in der Langzeitpflege .....	157
Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen .....	158
Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix .....	161
Formelle und informelle Pflege in den Regionen.....	162
Entwicklung der Pflegebedürftigen.....	164
<b>Exemplarische Analyse von 4 Regionen.....</b>	<b>166</b>

Anlage der Regionalstudien.....	166
Ausgewählte Landkreise .....	167
Stadtkreis Mannheim .....	167
Landkreis Schwäbisch Hall .....	172
Landkreis Tübingen .....	177
Landkreis Waldshut.....	182
Zusammenfassung.....	188
Regionale Steckbriefe Pflegesektor – 4 Regierungsbezirke .....	190
Regionale Profile Langzeitpflege - 44 Stadt- und Landkreise .....	195
Regierungsbezirk Stuttgart .....	196
Regierungsbezirk Tübingen.....	202
Regierungsbezirk Freiburg .....	207
Regierungsbezirk Karlsruhe .....	212
Anhang.....	218
Abbildungsverzeichnis .....	218
Tabellenverzeichnis.....	221
Literaturverzeichnis .....	222

Sehr geehrte Damen und Herren,

kein Diskussionsbeitrag zur Lage der Pflege in Deutschland kommt in diesen Tagen ohne alarmistischen Unterton aus. Notstand, Pflexit, institutionelles Versagen: Das sind die dominierenden Schlagzeilen. Ein so eindeutiges Urteil muss auf einer soliden Datenlage aufbauen – sollte man meinen. Tatsächlich aber fehlen den Verantwortlichen vor Ort häufig die wesentlichen Daten, um faktenbasierte und vor allem regional angepasste Lösungen zu finden. An die Stelle der differenzierten Betrachtung tritt dann zusehends die pauschale Annahme, der Allgemeinplatz ersetzt die Analyse. Dabei gilt, was bereits selbstverständlich sein sollte: Was in Stuttgart passt, muss in Waldshut noch lange nicht funktionieren.

Aus meiner Sicht ist es daher essenziell, die konkrete Angebots- und Bedarfslage in den pflegerischen Berufen genau zu kennen. Nur so können vor Ort die richtigen Weichen gestellt werden. Im Zuge der vorliegenden, vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg geförderten Studie hat daher das Freiburger Institut AGP Sozialforschung im Verbund mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) ein „*Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022*“ erstellt. Der Bericht behandelt Fragen der regionalen Versorgungssicherheit aus der Perspektive der professionellen Pflege.

Die Ergebnisse der Studie sind Herausforderung und Ansporn zugleich. Anhand umfangreicher Daten wird etwa die demografische Entwicklung beschrieben. Der Wert der Studie liegt aber vor allem in der differenzierten Darstellung, wie die Demografie regional in ihren unterschiedlichen Facetten wirkt – beziehungsweise zukünftig wirken wird.

In der Studie finden sich auch ermutigende – teils positiv überraschende – Befunde. Der vielbeschworene „Pflexit“ findet in den Daten ebenso wenig eine Grundlage wie die Behauptung, die meisten Pflegekräfte verließen bereits nach kurzer Zeit frustriert ihren Beruf.

Es gibt sie also, die Ansatzpunkte, mit denen auf die großen Herausforderungen einer alternierenden Gesellschaft reagiert werden kann. Allen muss dabei klar sein, dass die Zukunft der Pflege nicht allein in Berlin, Stuttgart oder in den Kommunen vor Ort entschieden wird. Alle Ebenen müssen effizient und zielgerichtet zusammenarbeiten. Dabei kann die vorliegende Studie einen wichtigen Beitrag leisten: Mit regionalisierten Betrachtungsweisen und Kreisprofilen gibt sie den Akteuren aus Sozialplanung oder Einrichtungsträgern eine wichtige Hilfestellung und Stütze. Daraus können die Akteure vor Ort spezifische Handlungskonsequenzen ableiten.

Das Land flankiert diese Aktivitäten, indem es die Rahmenbedingungen der Pflege fördert und stärkt – wie etwa Angebote der Kurzzeitpflege und die Unterstützungsstrukturen im Vor- und Umfeld von Pflege, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Mehr Personal zu gewinnen und Fachkräfte zu sichern sind die Ziele des vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration landesweit ausgeschriebenen Ideenwettbewerbs „Wiedereinstieg



Minister Manne Lucha

Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg

und Verbleib im Pflegeberuf“. Das Land unterstützt darüber hinaus sogenannte regionale Koordinierungsstellen in der generalistischen Pflegeausbildung, die mittlerweile die Kinder-, Kranken- und Altenpflege umfasst. Zu nennen sind zudem die „Gemeinsame Erklärung zur Gewinnung von Pflegefachkräften im Ausland“, um der angespannten Personalsituation im Pflegebereich entgegenzuwirken, genauso wie wichtige Modellprojekte zur Intensivpflege. Die Aktivitäten des Landes im Bereich der Digitalisierung in der Pflege leisten zudem einen Beitrag, um die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern sowie die Akademisierung in der Pflege voranzubringen.

Mit der Förderung Kommunalen Pflegekonferenzen unterstützt das Land die Sozialplanung sowie den Auf- und Ausbau von tragfähigen Pflegestrukturen. Dieser Prozess wird flankiert durch die Strategie „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten“.

Insbesondere für die kommunale Sozialplanung sowie die Kommunalen Pflegekonferenzen und die darin versammelten Fachleute kann die Studie eine wichtige Quelle sein, maßgeschneiderte Maßnahmen und Strategien zu entwickeln, um der jeweils spezifischen Lage vor Ort zu begegnen. Ich hoffe deshalb, dass die Studie neue Anregungen, Erkenntnisse, aber vielleicht auch die Bestätigung bereits eingeschlagener Wege bringen wird.

Ihr



Manfred Lucha MdL

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration  
Baden-Württemberg

### Zusammenfassung der Ergebnisse

Dem Bericht vorangestellt werden zentrale Ergebnisse und Interpretationsangebote zu den vorliegenden Befunden aus dem *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022*. Dabei werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen aus amtlichen Statistiken mit den Befunden der Befragungen in den Versorgungseinrichtungen sowie die Ergebnisse aus den Regionalprofilen miteinander verknüpft.

#### VERSORGUNGSDICHTE UND REGIONALITÄT

In Baden-Württemberg waren zum Zeitpunkt der Berichtserstellung (bis Ende 2022) die Daten der Pflegestatistik 2019 sowie der Krankenhausstatistik bis 2021 zugänglich. Insbesondere die zeitlichen Verzögerungen der Erfassung und Ausweisung der Pflegestatistik (mit einer Veröffentlichung der Daten von 2021 wird erst im März/April 2023 gerechnet) erschwert die Herstellung eines aktuellen Überblicks. Dies wirkt sich limitierend auf die Berichtsmöglichkeiten aus.

Im Bundesland wurden in 2019 insgesamt 1.203 ambulante Pflegedienste und 1.912 teil-/vollstationäre Einrichtungen in der Pflegestatistik geführt. In beiden Bereichen gab es in der Vergangenheit eine Zunahme und somit ein Wachstum bezogen auf die Anzahl der Einrichtungen. Dies lässt sich für alle vier Regierungsbezirke aufzeigen. Insgesamt stieg die Anzahl der ambulanten Dienste im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum zwischen 2009 und 2019 um 204, die der stationären Pflegeeinrichtungen um 446. Im gleichen Zeitraum wurden in den stationären Einrichtungen knapp 8.000 zusätzliche verfügbare Plätze geschaffen, 3.000 davon in der vollstationären Dauerpflege.

Ausgehend von Adressdaten des AOK-Pflegenavigators<sup>1</sup> wurden im vorliegenden Bericht regionale Versorgungsanalysen durchgeführt, die sowohl für die ambulanten Dienste als auch für die teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen aufzeigen, dass aktuell eine hohe Flächenabdeckung besteht und eine sehr gute und wohnortnahe Erreichbarkeit einer Einrichtung besteht. Eine Distanzmessung der ambulanten Dienste (auf der Ebene der Distanz zwischen den jeweils nächsten zu erreichenden Diensten in Kilometern über das Straßennetz) ergibt in Baden-Württemberg, dass lediglich 19 von insgesamt 1.528 ambulanten Versorgungs- und Betreuungsangeboten zum nächstgelegenen Anbieter eine Entfernung von über 10 Kilometern aufweisen. Für 1.361 Anbieter gilt, dass ein weiteres Angebot im Umkreis von 5 Kilometern besteht.

Diese Form der kleinräumigen Erreichbarkeit konnte auch für die teil-/vollstationären Einrichtungen festgestellt werden. Hier wurden Adressdaten von 1.966 teil-/vollstationären Anbietern aus 2021 ausgewertet. Nur an 15 Standorten existieren Distanzen zwischen zwei Einrichtungen, die oberhalb von 10 Kilometern im Straßennetz liegen. Potenziell ergeben sich damit aktuell insgesamt und flächendeckend in Baden-Württemberg ortsnahe und erreichbare Betreuungsmöglichkeiten.

Trotz der flächenmäßigen Abdeckung und Erreichbarkeit lässt sich aus den bestehenden Daten nicht ableiten, ob es sich um eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur handelt. Dazu bedarf es

---

<sup>1</sup> Die Anzahl der gemeldeten Einrichtungen ist höher als in der Pflegestatistik. Die verwendeten Daten basieren auf einem Datensatz aus dem Oktober 2021.

des Abgleichs zwischen den Kapazitäten und den regionalen Bedarfen und Anfragen zur Aufnahme in die Versorgung. Seitens der Einrichtungen bestehen Hinweise auf eine unzulängliche Versorgung trotz der Flächenabdeckung.

Dabei dominiert in der standardisierten Befragung die Beobachtung, dass die Kurzzeitpflege überwiegend als nicht umfänglich sichergestellt bewertet wird. Auf einer Skala zwischen eins (sichergestellt) und vier (nicht sichergestellt) ist hier mit einem Mittelwert von 3,48 der höchste Wert zu beobachten. Es folgen die Bereiche der unzureichenden regionalen Sicherstellung durch vollstationäre Einrichtungen (MW = 3,26), der ambulanten Versorgung (MW = 3,18). Die Tagespflege wird regional am besten bewertet mit einem Mittelwert von 2,69, der in der Tendenz auf eine eher mittlere Abdeckung hinweist. Der Krankenhausversorgungsbe- reich liegt in den Befragungsdaten zur Einschätzung der regionalen Sicherung bei 2,97 und damit deutlicher in Richtung unzureichende Versorgungseinschätzung als die Tagespflege.

Bezogen auf die Krankenhausversorgung zeigt sich in Baden-Württemberg in einem zehnjähri- gen Beobachtungszeitraum ein leichter Rückgang der Krankenhausstrukturen. In 2012 (276 Krankenhäuser) sind laut Krankenhausstatistik im Bundesland Baden-Württemberg insgesamt 30 Krankenhäuser weniger zu verzeichnen als in 2021 (246 Krankenhäuser)<sup>2</sup>. Ebenso werden bezogen auf die Bettenanzahl leichte Rückgänge im Zeitraum von 2012 bis 2021 be- obachtet. So sind, den Angaben der Krankenhausstatistiken folgend, in 2021 insgesamt 54.185 Betten vorhanden, in 2012 waren es insgesamt 56.674. Damit ist ein leichter Rückgang von rund 2.490 Betten (Rückgang um 4,4 Prozent) zu verzeichnen. Bis 2019 lag die Anzahl der be- handelten Patientinnen und Patienten mit jeweils zwischen 15,5 Mio. und knapp 16 Mio. Pa- tientinnen und Patienten überwiegend stabil. In 2020 weist die Krankenhausstatistik (pande- miebedingt) 13.544.855 behandelte Patientinnen und Patienten aus, in 2021 werden 13.563.547 gemeldet.

Die Entwicklungen in Baden-Württemberg liegen dabei im bundesweiten Trend. Die Erreich- barkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung ist in Baden-Württemberg gewährleistet und liegt, Angaben des Deutschlandatlas folgend, überwiegend bei unter 20 Minuten Fahrt- zeit.

Bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich ein ähnlicher Trend wie bei den Krankenhäusern, der jedoch insgesamt moderater verläuft. In 2012 wurden 204 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgewiesen, in 2021 insgesamt 189. Die Anzahl der Betten re- duzierte sich im Beobachtungszeitraum von 26.248 auf 25.705. Das entspricht einem Rückgang um 2,1 Prozent. Eine Erreichbarkeitsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entfällt, da es sich überwiegend um Angebotsstrukturen handelt, die planbare und auch wün- schenswerte Ortswechsel beinhaltet.

Die regionale Versorgung ist gebunden an das Fachkräftepotenzial, das räumlich regional zur Verfügung steht, um in den Einrichtungen vor Ort zu arbeiten und die Strukturen zu sichern. Im Bericht konnten auf der Basis unterschiedlicher Analyseschritte zentrale Ergebnisse zu Re- gionalitätsaspekten Pflegender gewonnen werden.

So wurde in der Befragung der Einrichtungen erfasst, aus welchem Umkreis die meisten der in der Pflege tätigen Personen stammen und wie weit die Einrichtungen ihren eigenen Raum de- finieren, aus dem sie Personal für die Arbeit in ihrer Einrichtung gewinnen können. Für die ambulanten Dienste wurde dabei ein mittlerer Anfahrtsweg vom Wohnort zum Stützpunkt von

---

<sup>2</sup> Statistische Berichte Baden-Württemberg. Reihe A IV 2 - j/21 (1), Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2021

rund 12 Kilometern angegeben. Der häufigste genannte Wert lag bei 10 Kilometern. Eine sehr ähnliche Angabe erfolgte auch bei den teil-/vollstationären Einrichtungen. Auch hier lag der Mittelwert bei 12,5 Kilometern und der häufigste Wert bei 10 Kilometern. Krankenhäuser haben hier einen etwas weiteren Einzugsbereich und geben als Mittelwert 18 Kilometer für ihre Mitarbeitenden in der Pflege an. Der häufigste genannte Wert sind 20 Kilometer. Alle Einrichtungsarten gaben an, dass überwiegend eine Anfahrtszeit zwischen 16 und 25 Minuten besteht. Die eingeschätzte maximale Anfahrtszeit, die Mitarbeitende ihrer Einschätzung nach tolerieren würden, liegt zwischen 28 und 38 Minuten.

Die vorliegenden Ergebnisse der Befragung spiegeln sich auch in den Ergebnissen einer umfassenden Pendlerinnen- und Pendleranalyse wider. Dazu wurden die Wohnorte von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Alten- sowie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege mit den Arbeitsorten abgeglichen. Für die Regierungsbezirke zeigt sich, dass die Pflegenden wohnortnah arbeiten, das heißt, dass der Anteil derer, die kreisbezogen am gleichen Ort leben und auch arbeiten, dominiert. Analysiert man die Pendlerinnen- und Pendlerdaten der Pflegenden, die stärker mobil sind und aus- bzw. einpendeln, so dominiert jeweils der Nachbarkreis oder die benachbarte kreisfreie Stadt als Zielort. Auffallend ist, dass in der Altenpflege die Mobilität gegenüber der Gesundheits- und Krankenpflege reduzierter erscheint und sich kaum nennenswerte Kennzahlen ergeben. Vor diesem Hintergrund können die Pflegenden in Baden-Württemberg in hohem Maße als „ortstreu“ beschrieben werden. Dies schränkt nicht nur die Personalsuche und den Umgebungskreis erheblich ein, sondern verdeutlicht zugleich die Notwendigkeit einer möglichst flächendeckenden Ausbildungsstruktur und Anbindung an Pflegebildungseinrichtungen, um die regional und lokal orientierten Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen vor Ort binden zu können.

## DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Wesentliche Treiber zukünftiger Bedarfe in der Gesamtversorgung sind die demografische Entwicklung in Baden-Württemberg sowie die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit insbesondere in der Gruppe der älteren Menschen in Baden-Württemberg.

Der deutliche Zusammenhang zwischen Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit kann als bekannt vorausgesetzt werden und wird im Bericht auf Basis der Analyse der Altersstruktur der Pflegebedürftigen untermauert. 75,2 Prozent aller Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg sind in der Altersgruppe 70+, wobei in den niedrigeren Pflegegraden und insbesondere unter den Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld auch jüngere Personengruppen zu finden sind. 32,8 Prozent der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld sind unter 70 Jahre alt. 50 Prozent der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, die zuhause alleine versorgt werden, weisen den Pflegegrad 2 auf.

Bundesweit liegt die Pflegequote in den Altersgruppen unterschiedlich verteilt. Mit rund 7,6 Prozent Anteil sind die 70-75-Jährigen in einer immer noch moderaten Ausprägung. Bei den 75-80-Jährigen sind bereits 13,7 Prozent pflegebedürftig und bei den 80-85-Jährigen sind es 26,4 Prozent. Bei den Hochaltrigen in der Gruppe 85-90-Jahren sind es bereits 49,4 Prozent und damit fast jeder zweite Mensch, der als pflegebedürftig eingruppiert ist. Für die Menschen in der Gruppe 90+ wird eine Pflegequote von über 75 Prozent ausgewiesen.<sup>3</sup> Somit entsteht

---

<sup>3</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>

insbesondere ab der Gruppe der 75+-Jährigen eine Entwicklung, die sich einer exponentiellen Kurve nähert und die Linearität verlässt.

Die Pflegebedürftigkeit insgesamt hat in allen Regionen in Baden-Württemberg stark zugenommen. Insbesondere seit Einführung der veränderten Begutachtungsrichtlinie (zum Januar 2017<sup>4</sup>) und einer damit einhergehenden Neubewertung der Kriterien, die zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI führen, sind deutliche Anstiege zu identifizieren, die in 2019 weiter zu beobachten sind. So stieg gegenüber dem Jahr 2017 (insgesamt 398.612 Pflegebedürftige) die Anzahl der Pflegebedürftigen auf 471.913 an. Aktuell werden nach Angaben der Pflegestatistik 80 Prozent der Pflegenden zuhause betreut und 20 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen. 70 Prozent der zuhause betreuten Menschen (377.866) haben dabei keinen regelmäßigen unterstützenden Kontakt zur professionellen Versorgung und werden von Angehörigen betreut (260.818). Damit spielt die Angehörigenversorgung eine herausragende Rolle bei der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit insgesamt.

Bezüglich der demografischen Entwicklung liegen in Baden-Württemberg mittel- und auch längerfristig sehr heterogene Entwicklungen vor, die sich auch in der Bedarfseinschätzung niederschlagen werden. Von daher ist von einer notwendigen stärker regional orientierten Fokussierung auszugehen.

Die oben beschriebenen Risikogruppen der Pflegebedürftigkeit werden beispielhaft zentral betrachtet. Für Stuttgart wird in der Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes bis 2030 in der Gruppe der 75+-Jährigen mit einer negativen Entwicklung gerechnet. Auch in der längerfristigen Betrachtung (bis 2040) werden hier nur moderate Steigerungen gegenüber dem Jahr 2021 erwartet. So werden in 2040 rund 6.450 Personen zusätzlich in der Altersgruppe berechnet. Dies entspricht einem relativen Anstieg von 10,3 Prozent gegenüber dem Ausgangsjahr 2021.

Im Gegensatz dazu wird im Landkreis Schwäbisch-Hall bereits bis 2030 mit rund 4.100 zusätzlichen Personen in der Altersgruppe 75+ gerechnet. In 2040 werden dies gegenüber dem Jahr 2021 bereits 11.620 mehr Personen sein. Der relative Zuwachs in dieser Altersgruppe liegt bei prognostizierten 63,5 Prozent. Mit dieser unterschiedlichen Entwicklung werden auch die Herausforderungen an das regional bestehende Versorgungssystem verschieden ausfallen.

Als ein weiterer wichtiger Aspekt kann die Veränderung der Altersgruppe der 30- bis <70-Jährigen betrachtet werden. Diese sind die Hauptgruppe der pflegenden Angehörigen. Die Entwicklung in dieser Altersgruppe kann als Marker verwendet werden, um die mögliche Veränderung der familiären Versorgungskapazität grob einzuschätzen<sup>5</sup>. Auf Basis der Bevölkerungsprognosen kann hier für Stuttgart bis 2040 eine insgesamt geringe Veränderung angenommen werden. Mit rund 1.400 weniger Personen in der Altersgruppe verringert sich die Anzahl relativ lediglich um 0,4 Prozent. Den deutlichsten Rückgang findet man hier im Landkreis Rastatt. Mit einem Rückgang von 9,3 Prozent zwischen 2021 und 2040 wird eine Verringerung der Kapazitäten in der Angehörigenversorgung auch über eine kalkulatorische Berechnung hinaus wirksam werden. Numerisch bedeutet dies im Landkreis, dass 12.150 Personen weniger in dieser Altersgruppe zur Verfügung stehen werden.

In der Verbindungslinie der beiden Indikatoren können steigende Bedarfe und sinkende Potenziale zusammenfassend in der Spannweite der Entwicklung betrachtet werden. Liegen die

<sup>4</sup> Die aktuelle Begutachtung erfolgt nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (vom 15.04.2016, geändert durch den Beschluss vom 22.03.2021).

<sup>5</sup> Da es keine Möglichkeit gibt, den personellen Beziehungsgrad zueinander zu ermitteln, geben die Werte eine grobe Zuordnung bezogen auf generelle Kapazitäten.

Werte eng beieinander, so ergeben sich geringe Veränderungen. Weist die Spannweite einen hohen Wert aus, so sind mit erheblichen Veränderungen in der einen oder sogar in beiden Richtungen zu rechnen, die sich verstärkend auf die Versorgung durch professionell Pflegende auswirken kann. Insgesamt ergeben sich in Baden-Württemberg Spannweiten der Veränderungen von 10,3 Prozent (kreisfreie Stadt Stuttgart) bis 69 Prozent (Landkreis Schwäbisch-Hall). In Stuttgart steht aktuell eine stationäre Versorgungskapazität von 5.536 Bettplätzen zur Verfügung. Die benannten demografischen Entwicklungen würden hier ggf. einen geringen Zuwachs in der professionellen Versorgung erforderlich machen. Eventuell sind die prognostizierten Entwicklungen auch unter der bestehenden Struktur zu kompensieren. Im Landkreis Schwäbisch-Hall hingegen bestehen mit 1.979 Bettplätzen in stationären Einrichtungen deutlich geringere Ressourcen als in Stuttgart bei einer wesentlich höheren Zunahme an älterer Bevölkerung. Eine Steigerung um rund 11.620 ältere Menschen, bei einer zeitgleichen Reduzierung in der Gruppe der Angehörigenversorgung (5,5 Prozent Abnahme entspricht einem Rückgang um rund 6.100 Menschen), wird die Strukturen vor Ort anders fordern und ggf. wird eine wohnortnahe Versorgung nicht abgesichert werden können.

Es bedarf daher der Betrachtung unterschiedlicher Regionen, unterschiedlicher Entwicklungen und vor allem der regionalen Analyse, um Anforderungen einzuschätzen und Handlungskonsequenzen abzuleiten.

### FACHKRÄFTEENTWICKLUNG, QUALIFIZIERUNG UND ANWERBUNG

Zentraler Bestandteil des Monitorings ist die Erfassung der Personalsituation in der pflegerischen Versorgung.

In allen Sektoren der Versorgung und in den Berufsqualifikationen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege steigt in Baden-Württemberg die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weiter an.

Daten der Bundesagentur für Arbeit/Statistik-Service Südwest) zeigen in der Gesundheits- und (Kinderkrankenpflege)<sup>6</sup> im Juni 2021 insgesamt 94.402 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auf. Das sind gegenüber dem Jahr 2019 insgesamt rund 2.600 mehr Personen, sodass sich die Beschäftigung auch innerhalb der Pandemie weiter positiv entwickelt hat. Die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Pflegenden in der Berufsgruppe der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden hat sich gegenüber den Vorjahren dabei kaum nennenswert entwickelt und weist regional keine Personalressourcen auf. Damit existieren auf der Ebene der Beschäftigungsdaten der Pflegenden keine Hinweise auf einen Rückgang oder einen verstärkten Berufsausstieg. Gleiches ist in der Altenpflege zu beobachten<sup>7</sup>. Hier stieg die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf der Ebene des Fachkräfteniveaus zwischen 2019 und 2021 um rund 1.200 Personen an (auf 41.839 in 2021). Auch in diesem Berufsbereich ergeben sich keine Hinweise auf eine Zunahme der Arbeitslosigkeit und damit eine verstärkte Meldung, wie sie im Rahmen eines Berufsausstiegs zu vermuten wäre.

Sektorenspezifisch zeigen sich hingegen unterschiedliche Entwicklungen und Beschäftigungsdaten. Der Krankenhaussektor ist insgesamt der beschäftigungsstärkste Bereich der Pflege.

<sup>6</sup> Erfasst und einbezogen wurden dabei Fachpflegende mit und ohne Spezialisierungsgrad auf der Ebene der 5-er-Schlüssel der Klassifikation der Berufe 210 der Bundesagentur für Arbeit. Hilfskräfte sind ebenso ausgeschlossen wie andere Berufsgruppen, die in der 3-er-Verschlüsselung mit aufgenommen sind (z.B. Hebammen, Rettungsanwärtinnen und -sanitäter etc.).

<sup>7</sup> Auch hier erfolgt die Erfassung und Selektierung über die 5-er-Verschlüsselung, sodass andere Berufsgruppen ebenso ausgeschlossen wurden wie Hilfskräfte.

Insbesondere gilt dies für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende. Die Krankenhausstatistik weist auf der Ebene der Vollkräfte im Krankenhaus ab 2017 eine beständige Zunahme der Vollkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Personalbereich: Pflegedienst aus. Betrachtet man mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die Beschäftigung insgesamt, so liegen unterschiedliche Kennzahlen der vergangenen Jahre vor. Zwischen 2019 und 2020 werden insgesamt 1.420 zusätzliche Stellen im Pflegedienst beschrieben (2020 sind dies insgesamt 41.663). Darüber hinaus steigen auch die Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Pflegedienst zwischen 2019 und 2020. Hier ergeben sich insgesamt jedoch nur geringe Steigerungen um 164 Stellen.

Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden insgesamt (nicht nur Pflegedienst) übersteigt die Anzahl der umgerechneten Vollzeitstellen im Pflegedienst.

Für die Beschäftigten nach Qualifikation, gemessen als Anzahl an Personen, liegen die Kennzahlen in der Krankenhausstatistik bis 2021 vor. Insgesamt kann zwischen 2019 und 2021 keine relevante Veränderung bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden festgestellt werden. 2019 wurden 51.078 Personen in der Berufsgruppe ausgewiesen, 2021 insgesamt 51.086. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Zwischenjahr, in 2020, jedoch 51.462 Gesundheits- und Krankenpflegende geführt wurden, das waren 376 mehr Pflegende als in 2019. Inwieweit dieser moderate Rückgang von 0,73 Prozent zwischen 2020 und 2021 durch die Pandemie beeinflusst ist, kann nicht näher eingegrenzt werden. Die Anzahl insgesamt jedoch untermauert die Analyse, dass ein massiver Abgang an Pflegenden aufgrund der Pandemie in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg nicht zu beobachten ist.

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden haben im Zeitraum 2019 bis 2021 eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Waren 2019 insgesamt 5.534 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende in Krankenhäusern beschäftigt, so stieg die Zahl bis 2021 auf 6.123 und somit auch gegenüber dem Vorjahr (2020 = 5.762) deutlich weiter an. Relevant ist auch die Zunahme an Beschäftigten auf dem Fachkraftniveau der Altenpflegenden. Zu beobachten ist zwischen 2019 (1.666) und 2021 (2.560) ein deutlicher Sprung in der Anzahl der beschäftigten Personen.

Die Anzahl der Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten (in der Krankenhausstatistik geführt als Krankenpflegehelferinnen und -helfer) reduzierte sich von 2.470 auf 2.104. Somit erfolgt kein Personalzuwachs über die Helferberufe; sie werden ggf. aufgrund von Abrechnungslogiken (Pflegepersonalbudget der Krankenhäuser) reduziert und durch fachqualifizierte Pflegende ersetzt, die dann jedoch auch die Leistungsbereiche der Helferberufe wieder als Tätigkeiten mit übernehmen müssen.

Anders stellt sich die Fachkräfteentwicklung in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dar. Die Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt nahmen zwischen 2019 (4.766) und 2020 (4.647) geringfügig ab. In der berufsspezifischen Analyse zeigen sich bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden zwischen 2019 nur graduelle Unterschiede. So waren 2019 insgesamt 2.840 Gesundheits- und Krankenpflegende in Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. In 2020 werden 2.779 geführt. Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden sank die Anzahl im Beobachtungszeitraum von 124 auf 100. Die Vollzeitbeschäftigtenanteile liegen unterhalb von denen im Krankenhaussektor insgesamt und liegen aktuell bei der Gesundheits- und Krankenpflege bei 34,4 Prozent und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei 22 Prozent.

Dass insgesamt bereits ein hoher Druck seitens der Personalbedarfe besteht, untermauern auch die Ergebnisse der standardisierten Befragung der Einrichtungen des Versorgungsbereiches. So geben 61,9 Prozent von 341 ambulanten Diensten, teil-/vollstationären Einrichtungen und Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an, dass sie in 2022 von einem Personalmangel betroffen waren. Lediglich 6,5 Prozent geben voll zustimmend an, Stellenanteile von teilzeitbeschäftigten Pflegenden erfolgreich erhöht haben zu können, und 5 Prozent geben an, alle offenen Stellen im Pflegebereich zeitnah besetzt zu haben. Bezogen auf die Teilzeitentwicklung geben 17,3 Prozent voll zustimmend an, dass sie spürbare Schwierigkeiten in der Personalausstattung haben, da Pflegenden ihren Stellenumfang reduziert haben. In Teilen der Einrichtungen wird dies durch ergänzende Pflegepersonen aus Leih- und Zeitarbeitsfirmen kompensiert. Bereits 14,7 Prozent stimmen voll zu, dass sie langfristige Bedarfe mit Pflegenden aus Leiharbeitsfirmen decken und 18,5 Prozent der Einrichtungen geben an, dass sie dies einsetzen, um einen kurzfristigen Bedarf zu decken. Bezogen auf die Qualifikationsniveaus Pflegenden dominiert die Suche nach Pflegenden mit einer hohen Fachexpertise. So beobachten die Einrichtungen, dass eine bedarfsgerechte Abdeckung mit Fachpflegenden der Intensivpflege und Anästhesie überwiegend nicht sichergestellt ist (MW = 3,66). Auch dreijährig qualifiziertes Pflegepersonal der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt mit einem Mittelwert von 3,58 im tendenziell nicht sicher gedeckten Bereich. Bei den Helferberufen liegt der Mittelwert geringfügig darunter (MW= 3,37). Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass flächendeckend auf allen Ebenen der Qualifikation nach Personal gesucht wird und dieses auch direkt in den ersten Arbeitsmarkt einmünden könnte.

Ein wichtiger Aspekt in der Bewertung der Fachkräfteentwicklung ist die Frage nach dem Berufsverbleib Pflegenden. Berichte über einen frühen Berufsausstieg verschärfen die Befürchtungen, dass der bestehende Personaldruck sich zusätzlich erhöhen könnte.

Für Baden-Württemberg liegen keine Studien im Sinne einer Berufshistorienforschung zur Pflege vor. Zur Einschätzung des Berufsverbleibs Pflegenden können jedoch die Daten der Bundesagentur für Arbeit genutzt werden. Erfasst werden die Sozialversicherten einer Berufsgruppe (ohne Auszubildende), die in unterschiedlichen zeitlichen Gruppierungen (z.B. bis unter 12 Monate, 1 bis unter zwei Jahre, zwei bis drei Jahre ...) sozialversicherungspflichtig tätig sind<sup>8</sup>. Die Nettodauer der Beschäftigung der Versicherten ist die Summe der Dauern aller Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung. Sie gibt somit Auskunft über die ausgeübte Erwerbszeit, die jemand mit einer entsprechenden beruflichen Qualifizierung summiert aufweist (unabhängig vom Wirtschaftssektor und Tätigkeitsfeld, in dem er tätig ist). Dabei wird immer die Hauptbeschäftigung berücksichtigt (Renn und Rinn 2016).

Im vorliegenden Bericht kann aufgezeigt werden, dass der Median<sup>9</sup> der Beschäftigung einer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in Baden-Württemberg zum Juni 2021 bei 223,3 Monaten liegt. Damit kann ausgesagt werden, dass die Hälfte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in Baden-Württemberg im Juni 2021 seit 18,6 Jahren oder länger sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Die andere Hälfte ist zum Zeitpunkt (Juni 2021) noch nicht so lange tätig. Berechnet man den Anteil derer, die in der Klasse der Pflegenden

---

<sup>8</sup> 2016 wurden erstmals durch die Bundesagentur für Arbeit Daten zur Berufsdauer der Beschäftigten veröffentlicht. Aus Gründen der Datenverfügbarkeit stellt der 1. Januar 1997 den frühestmöglichen Beschäftigungsbeginn dar, der zur Berechnung der Dauern herangezogen werden kann.

<sup>9</sup> Der Median markiert die mittlere Person, die die Gesamtgruppe in zwei gleich große Hälften teilt. Gegenüber Ausreißern ist der Median als zentrales Lagemaß robuster und eignet sich bei der Berufsverweildauer, da die Daten eine linksschiefe Verteilung aufweisen.

geführt werden, die seit zehn Jahren oder länger sozialversicherungspflichtig geführt werden, so lassen sich 74,4 Prozent dieser Gruppe zuordnen. Hinweise auf eine kurze Verweildauer in der pflegerischen Tätigkeit finden sich demnach nicht.

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden weisen auch die Ergebnisse der Altenpflegenden auf eine eher längere Berufsdauer hin. Insgesamt liegt der Anteil der Altenpflegenden, die seit zehn Jahren oder länger sozialversicherungspflichtig beschäftigt geführt werden, bei 72,5 Prozent. Der Median der Beschäftigung liegt zum Juni 2021 in der Altenpflege bei 182,9 Monaten und damit bei 15,2 Jahren. Somit ergeben sich auch für die fachqualifizierte Altenpflege keine Hinweise auf eine kurze Berufstätigkeitsdauer.

Zu den Befunden einer überwiegend langjährigen Beschäftigung in den Qualifikationsniveaus der Pflegeberufe scheinen auch die Daten der Berufsdemografie passend. Es ist dabei zu erwarten, dass sich angesichts einer überwiegend langjährigen versicherungspflichtigen Tätigkeit zahlreiche Beschäftigte in den höheren Lebensaltersgruppen finden müssten. Dies wird in den vorliegenden Analysen bestätigt und passt zum vorherigen Befund. So sind in Baden-Württemberg aktuell 35,6 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden und 30,7 Prozent der Altenpflegenden in der Altersgruppe  $\geq 50$ . Dies bedeutet u.a., dass die Qualifizierung der Pflegenden darauf ausgerichtet werden muss, diesen hohen Anteil an Pflegenden in den höheren Altersgruppen ersetzen zu können. Dabei ist die Berufsdemografie gegenüber der Altersdemografie im Land früher wirksam und wird daher auch früher die Strukturfragen der Versorgung mit bestimmen.

Zur Analyse der Qualifizierungsstrukturen und der Ausbildung wurden die regionalen Kennzahlen der Schülerinnen und Schüler der Ausbildungen in den pflegerischen Berufen betrachtet. Dabei wurden auch die Helferinnen- und Helferberufe in der Alten- und Krankenpflege mit betrachtet.

Der ausbildungsstärkste Bereich war in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren die Altenpflegeausbildung mit jährlich rund 3.500 neu aufgenommenen Schülerinnen und Schülern. In der Gesundheits- und Krankenpflege waren es jährlich rund 2.800 und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege rund 480. Auf Basis einer Zeitreihe wurden die durchschnittlichen Brutto-Netto-Erfolgsquoten der Ausbildung je nach Berufsorientierung für die Altenpflege, die Gesundheits- und Krankenpflege und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ermittelt<sup>10</sup>. Die berechneten durchschnittlichen Werte wurden verwendet, um das zukünftige Potenzial als Schätzwert zu berechnen. Dabei ergeben sich zwischen den Jahren Schwankungsbreiten, die sich jahrgangsbezogen auf das konkrete Potenzial auswirken und in Form einer kontinuierlichen Beobachtung erfasst werden sollten.

Basierend auf einer Zeitreihe von acht Jahrgängen (ab 2010/2011 im Eingangsjahr) konnte für die Gesundheits- und Krankenpflege eine durchschnittliche Erfolgsquote von 72,6 Prozent ermittelt werden, für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 84,4 Prozent und für die Altenpflege von 76,4 Prozent.

---

<sup>10</sup> Diese geben an, wie viele Absolventinnen und Absolventen nach der Regelzeit der Ausbildung potenziell mit einem qualifizierten Abschluss zur Verfügung stehen. Gegenübergestellt wird dabei die Anzahl der neu eingetretenen Schülerinnen und Schüler und die Anzahl der zeitversetzt (nach drei Jahren) in der Statistik ausgewiesenen Anzahl der erfolgreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Abschlussprüfungen. Die Differenz entspricht der Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die die Ausbildung abgebrochen haben, deren Ausbildungsverhältnis seitens der Träger gekündigt wurde oder die die Abschlussprüfungen nicht in der Regelzeit bestehen konnten oder sich nicht in der Regelzeit anmelden konnten (z.B. durch erhöhte Fehlzeiten).

Bezogen auf die Fachkräfteentwicklung konnten zentrale Entwicklungen für das Potenzial ermittelt werden. Den Angaben des Statistischen Landesamtes zufolge sind Ende 2021 insgesamt 6.480 Auszubildende im ersten Jahr der generalistischen Pflegeausbildung. Im zweiten Jahr der Ausbildung befinden sich 5.870 Schülerinnen und Schüler. Aktuell ist in Baden-Württemberg gegenüber den vorherigen Ausbildungskennzahlen ein leichter Rückgang zu beobachten. Damit reduzieren sich in der Folge auch die Absolventinnen und Absolventen aus der Pflegeausbildung. Berücksichtigt werden muss, dass nicht alle Pflegenden, die eine Ausbildung erfolgreich abschließen, in den Beruf einmünden. Valide Kennzahlen zur Berufseinmündung, die z.B. auf Basis einer Analyse von Kohorten der Schülerinnen und Schüler ermittelt werden könnte, liegen in Baden-Württemberg nicht vor. Bezogen auf die Berufseinmündungsquote wurde dabei auf Werte aus Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen.

Dem Berechnungsmodell mit der mittelfristen Potenzialanalyse liegen die Annahmen zugrunde, dass die aktuellen Ausbildungszahlen sich auf dem derzeitigen Niveau stabilisieren lassen. Ebenso wird davon ausgegangen, dass Pflegenden bis zum Eintritt ins Rentenalter im Beruf tätig bleiben. Vor diesem Hintergrund wird von einem tendenziell optimistischen Szenario ausgegangen, das keine zusätzliche und sich verschärfende Problematik beinhaltet.

Ausgehend von rund 5.800 Schülerinnen und Schülern in einem Ausbildungsjahr und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen Erfolgsquote von ca. 75 Prozent, würden aus dem ersten Jahr der generalistischen Ausbildung rund 4.350 Absolventinnen und Absolventen qualifiziert werden können. Bei einer angenommenen Berufseinmündungsquote von rund 85 Prozent (vgl. NRW (Isfort et al. 2022)) kann kalkulatorisch von 3.700 Pflegenden ausgegangen werden, die perspektivisch als neues Fachkräftepotenzial zur Verfügung stehen und in den Beruf einmünden.

Dem Schätzwert der kalkulierten Berufseinmündung in den kommenden Jahren wurden die Berufsaussteigerinnen und Berufsaussteiger gegenübergestellt, die in den kommenden Jahren das Renteneintrittsalter erreichen werden. Aus der Gegenüberstellung der beiden Kennzahlen (Zugänge und Abgänge) wird deutlich, dass sich der berufsdemografische Druck in den kommenden Jahren deutlich erhöhen wird. Bereits ab 2026 nähern sich die kalkulatorischen Zugänge im Beruf denen der gesicherten Abgänge stark an.

Weitere Ausweitungen der Kapazitäten von Pflegepersonal in den Einrichtungen erscheinen angesichts der fehlenden zusätzlichen Kapazitäten nur begrenzt möglich, sodass sich der Fachkräftemangel voraussichtlich nicht kurzzeitig reduzieren wird.

In der standardisierten Befragung der Einrichtungen gaben insgesamt lediglich 69,4 Prozent der 382 teilnehmenden Einrichtungen an, dass in der regionalen Nähe ausreichend Ausbildungskapazitäten bestehen, 17,6 Prozent beurteilen diese als nicht bedarfsgerecht. Niedriger fallen die Befragungsergebnisse bezüglich der regionalen Kooperationsmöglichkeiten aus. So sinkt der Wert der Zustimmung bezogen auf eine bedarfsgerechte Einschätzung auf 60,5 Prozent, die von einer hinreichenden Möglichkeit der Kooperation ausgehen.

Die Problematik der Qualifizierung zeigt sich auch in weiteren Angaben aus den standardisierten Befragungen der Einrichtungen. Nur 21 Prozent der 382 antwortenden Einrichtungen geht davon aus, dass die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber bedarfsgerecht ist. Dabei werden kaum nennenswerte Unterschiede zwischen den Bewerberpotenzialen der Fachausbildung und der Helferinnen- und Helferausbildung sichtbar. Auch in der Pflegehilfsausbildung sehen nur 19,6 Prozent der Einrichtungen ein ausreichendes Potenzial bezüglich der Bewerberlage. An der Bereitschaft zur Ausbildung seitens der Betriebe scheint dies hingegen nicht

primär zu liegen. 70,2 Prozent sehen diese für die Pflegefachausbildung regional als ausreichend gegeben an und 57,4 Prozent bei den Pflegehilfsberufen.

Seitens der Pflegebildungseinrichtungen werden die benannten Befunde und untersuchten Limitierungen untermauert. So geben insgesamt 22 von 41 Bildungsstätten tendenziell zustimmend an, dass sie aktuell eine sinkende Bewerberlage beobachten. 29 bemerken, dass sie Schulplätze nicht wie gewünscht besetzen können, da Bewerberinnen und Bewerber trotz abgeschlossenen Ausbildungsvertrag die Ausbildung nicht antreten. 18 Bildungseinrichtungen geben an, dass Bewerberinnen und Bewerber nicht zum Vorstellungsgespräch erschienen und dadurch Schulplätze nicht besetzt werden konnten. Eine tatsächliche Auswahl sehen nur 10 von 41 als realisierbar an, wobei hier mit bedacht werden muss, dass lediglich die an einem Krankenhaus angeschlossenen Bildungseinrichtungen hier eine Möglichkeit haben und die Bildungseinrichtungen im öffentlichen Schulbereich keine „Bewerberauswahl“ vornehmen, sondern die Schulplätze besetzen, wenn ein Ausbildungsvertrag vorliegt und die Eingangsvoraussetzungen bestehen.

In der Summe aller Kennzahlen und Befunde verdichtet sich für Baden-Württemberg das nachfolgende Bild: Die in der Vergangenheit beobachtete Ausweitung der Versorgungsangebote (z.B. durch Neugründungen stationärer Pflegeeinrichtungen oder ambulanter Dienste) wird bereits zeitnah an Kapazitätsgrenzen stoßen und kann mit dem erwarteten Potenzial aus der Ausbildung in Baden-Württemberg alleine nicht gedeckt werden.

Vor dem genannten Hintergrund spielt die Anwerbung von qualifizierten Fachkräften aus dem Ausland eine zentrale Rolle bei der Reduzierung des Fachkräftemangels. In Deutschland wurden in 2021 insgesamt 20.561 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme von Drittstaatsangehörigen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ausgesprochen. Für Baden-Württemberg werden 4.331 Personen in 2021 registriert. Relativ betrachtet erfolgten demnach 21 Prozent der in Deutschland ausgesprochenen Zulassungen für Krankenpflegende aus Drittstaaten in Baden-Württemberg. Bundesweit betrachtet liegt Baden-Württemberg damit in 2021 auf dem Spitzenplatz vor Bayern (4.015), Nordrhein-Westfalen (2.828) und Hessen (2.367). Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf in 2021 stellen die ausländischen Pflegenden aus Drittstaaten einen Anteil von 4,6 Prozent der Pflegenden insgesamt. Dabei ist in der Zeitreihe (2013 bis 2021) eine beständige Zunahme zu beobachten, die auch während der Pandemie nicht abgeflacht ist. 2018 z.B. wurden lediglich 1.905 Zustimmungen erteilt, 2019 bereits 2.458 und 2020 schon 3.084. Damit zeigt sich das starke Engagement der Einrichtungen in diesem Bereich. Bezogen auf die räumliche Verteilung der Zuwanderung in Baden-Württemberg zeigt sich in der Summierung, dass insbesondere die größeren Zentren von der Zuwanderung profitieren können. Stuttgart ist hier im Betrachtungszeitraum von 2013 bis 2021 führend (2.301), gefolgt von Heidelberg (1.086). In den weiteren kreisfreien Städten oder Landkreisen liegen die Daten der erfassten Zulassungen Pflegenden aus Drittstaaten im dreistelligen Bereich.

Einschränkend kann festgestellt werden, dass insbesondere in ländlichen Regionen die aus dem Ausland gewonnenen und zugelassenen Pflegekräfte keine nennenswerte Bedeutung im Rahmen der generellen Fachkräftesicherung darstellen. In Sigmaringen sind im Beobachtungszeitraum von neun Jahren insgesamt 36 Personen registriert. Im LK Hohenlohekreis sind es 44. Insgesamt weisen acht Landkreise zwischen 2013 und 2021 lediglich zweistellige Kennzahlen auf. Berücksichtigt werden muss, dass die Daten nicht widerspiegeln, ob die gewonnenen Fachkräfte in der Region weiterhin tätig sind, ob sie in andere Bereiche oder Regionen abgewandert

oder ob sie in die Heimatländer zurückgekehrt sind. Haltequoten können damit nicht näher quantifiziert werden. In der Altenpflege ergibt sich eine andere und wesentlich geringere Dynamik. In diesem Sektor wurden in 2021 in Baden-Württemberg lediglich 1.710 Pflegende aus dem Ausland gewonnen bzw. erfolgte in 2021 eine Zulassung in diesem Tätigkeitsfeld. Dennoch sieht man auch in diesem Sektor insgesamt eine Veränderung. Waren 2018 noch 1.386 Zulassungen registriert, so stiegen diese in 2019 auf 1.692 an. 2020 konnte das Niveau mit 1.617 Pflegenden in etwa gehalten werden und 2021 dann erneut gesteigert werden. Damit ist Baden-Württemberg auch in diesem Bereich führend in der Personalgewinnung; 23 Prozent der aus dem Ausland gewonnenen und zugelassenen Pflegenden werden in Baden-Württemberg registriert.

Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege in 2021 (41.839) stellen die ausländischen Pflegenden aus Drittstaaten einen Anteil von 4,1 Prozent der Pflegenden. Die räumliche Verteilungsanalyse zeigt auch für den Bereich der Altenpflege die Kumulierung in Zentren. In Stuttgart sind mit insgesamt 1.830 zugelassenen Pflegenden aus Drittstaaten im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2021 die meisten Pflegenden erfasst. Mit Abstand folgen die Stadt Freiburg (841) und der Landkreis Esslingen (752). In insgesamt 19 Landkreisen (inkl. der kreisfreien Stadt Baden-Baden) finden sich lediglich zweistellige Werte. Im Landkreis Waldshut konnten im Beobachtungszeitraum lediglich 24 Personen erfasst werden, im Neckar-Odenwald-Kreis 29. Die Verteilung der Landkreise mit niedrigen Kennzahlen weist auf überwiegend ländliche Bereiche hin. Somit kann auch für die Altenpflege festgehalten werden, dass aktuell die Gewinnung von Pflegenden aus Drittstaaten für die ländliche Versorgung insgesamt eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Anwerbung von Pflegenden aus Drittstaaten ist dabei aktuell noch kein zentraler Fokus der Einrichtungen. 14,1 Prozent der antwortenden Einrichtungen aus dem Versorgungssektor geben an, in 2022 Pflegefachpersonal aus Drittstaaten angeworben zu haben. 11,1 Prozent berichten, dass sie das angeworbene Personal auch binden können, weitere 12,9 Prozent stimmen dem eher zu. In der Summe sind dies 24 Prozent, denen jedoch 43 Prozent gegenüberstehen, die dies eher nicht zutreffend beschreiben. Damit zeigt sich ein Befund, der neben der Anwerbung und Qualifizierung vor allem auf die Bindung als Handlungsfeld hindeutet.

Auffallend ist drüber hinaus, dass insgesamt (positive Zustimmungsbereiche) 29,1 Prozent angeben, ein spezifisches Konzept zu haben, um ausländisches Personal zu integrieren. Die Herausforderungen bleiben dennoch offenkundig. Lediglich 23,2 Prozent berichten, dass die Integration problemlos erfolgt.

### REGIONALE PFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT

Aus den vorliegenden Kennzahlen wurde ein zusammenfassender Index gebildet, der die Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg untereinander in eine Relation setzt.

Der Index gibt an, wie die Landkreise und kreisfreien Städte bezüglich der (fach-)pflegerischen Versorgungssicherheit in einem Wertekorridor untereinander zu bewerten sind.

Niedrige Indexwerte deuten auf weniger ausgeprägte Problemlagen hin; hohe Werte auf eine erwartbare größere Schwierigkeit, bestehende sowie zukünftige Kapazitäten in der (fach-)pflegerischen Versorgung sicher abdecken zu können. Hier ist die Versorgungssicherheit in den kommenden Jahren als stark risikobehaftet zu bewerten.

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

- 1.) die aktuelle Versorgungsdichte und regionale Personalbindung
- 2.) die zu erwartenden zukünftigen Bevölkerungsentwicklungen
- 3.) die Ausbildungsaktivität im Landkreis/der kreisfreien Stadt

Die Einzelwerte wurden jeweils auf einem Skalenwert 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 Baden-Württemberg hin. Normwerte können dabei nicht bestimmt werden; somit fehlt die Möglichkeit, einen Standardwert zu bestimmen, ab dem eine Versorgung sicher oder unsicher erscheint. Verdeutlicht werden kann mit dem Index die große Varianz der Entwicklung und der Herausforderungen, die sich regional sehr unterschiedlich gestalten werden.

Die Spannweite des ermittelten Gesamtindex ist hoch und reicht von 3,0 (Stadtkreis Stuttgart) bis 39,8 (Landkreis Heilbronn). Dabei weisen hohe Werte auf eine höhere Vulnerabilität hin. Der niedrige Wert für Stuttgart wird zentral beeinflusst durch eine geringe demografische Entwicklung, eine hohe Ausbildungskapazität sowie durch die Anzahl der Pflegenden, die vor Ort arbeiten. Der Mittelwert des Gesamtindex liegt für Baden-Württemberg bei 18,9, der Median, der die Gruppe in zwei gleich große Hälften teilt, liegt bei 17,2.

Unter den Top Ten mit den niedrigeren Indexwerten sind sieben kreisfreie Städte zu verzeichnen. Hier sind oftmals deutlich niedrigere Werte bei der demografischen Entwicklung zu verzeichnen als in den Landkreisen und ländlichen Regionen. Ebenso sind die Ausbildungszentren häufig in den städtischen Zentren verortet, was kalkulatorisch zu einer hohen Ausbildungsquote und einem niedrigen Teilindexwert führt.

Von 15 Landkreisen, die oberhalb des Durchschnittswertes in Baden-Württemberg liegen, entfallen 2 in den Regierungsbezirk Freiburg (Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis Ortenaukreis), 3 in den Regierungsbezirk Tübingen (Landkreis Tübingen, Landkreis Alb-Donau-Kreis, Landkreis Biberach), 4 in den Regierungsbezirk Stuttgart (Landkreis Heilbronn, Landkreis Schwäbisch-Hall, Landkreis Ludwigsburg, Landkreis Ostalbkreis) und 6 in den Regierungsbezirk Karlsruhe (Landkreis Enzkreis, Landkreis Karlsruhe, Landkreis Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis Rastatt, Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis Calw).

Der Index soll in regionalen Konferenzen auf seine praktische Stabilität und seine Aussagekraft hin diskutiert werden. Er kann bei einer Weiterführung des Ansatzes eines Monitorings der Pflege- und Versorgungsbetrachtung verwendet werden, um die Landkreise und kreisfreien Städte kontinuierlich in der Entwicklung zu beobachten und untereinander in Beziehung zu setzen. Dies entspricht dem Ansatz eines Monitorings, wie es mit dem vorliegenden Bericht initiiert werden soll.

## Sozial- und pflegepolitische Einordnung

Nicht zuletzt unter dem Vorzeichen der Coronapandemie ist deutlich geworden, welche Bedeutung der Profession Pflege und damit den beruflich Pflegenden für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland zukommt. Ohne die (eigenständige) professionelle Pflege lassen sich heute und vor allen Dingen in Zukunft die mit der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung verbundenen Herausforderungen nicht meistern. Das reflektiert der Gesetzgeber in dem Pflegeberufegesetz, mit dem in der generalistischen Ausbildung die bisher getrennten Pflegeausbildungen für Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege zusammengeführt und die im Pflegeberufegesetz erstmalig verankerten berufsrechtlichen exklusiven Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachkräften geregelt wurden. Ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit lässt sich nur rechtfertigen, wenn die Eigenverantwortlichkeit der Pflegeberufe als Voraussetzung dafür gilt, dass die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet wird. Dabei geht es nicht um die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflege(fach)kräfte. Es geht um die professionelle Eigenständigkeit der Fachpflege für die Gestaltung, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses: Hierin liegen die Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege, die seit 2020 gesetzlich geregelt sind.

Die Professionalisierung der Pflege hat eine lange Geschichte und ist im internationalen Vergleich in Deutschland immer noch im Entstehen und in der Entwicklung. Aber unzweifelhaft verfügt die Pflege über eigene Wissensbestände, über eigene Forschung, über eigene ethische Selbstverpflichtungen. Es wird um neue Verantwortungsrollen für die Pflege gerungen. Die Akademisierung der Pflege erweist sich als notwendig und zielführend. Gleichzeitig wird deutlich: Für die unterschiedlichen Aufgabenfelder der Pflege braucht es Weiterbildung und spezifische Studiengänge, so wie es auch für andere Berufsgruppen üblich ist. Und es bedarf eigenständiger Assistenzberufe in der Pflege, traditionell noch im klinischen Jargon *Pflegehilfskräfte* genannt, ohne die das Gesundheitswesen weder im Sektor der klinischen noch der Langzeitpflege funktionieren würde. Die Pflegeberufe sind einerseits attraktiv – das zeigt die Zahl der Interessentinnen und Interessenten an der Pflegeausbildung. Gleichzeitig reicht die Zahl der Pflegenden nicht aus, um im bisherigen Sinne die gesundheitliche Versorgung mithilfe der Pflege sicherzustellen. Insofern sind vielfältige Anstrengungen vonnöten, um Menschen für die Pflege zu gewinnen, beruflich Pflegenden in ihrem Beruf zu halten, ihnen Perspektiven zu vermitteln sowie auch und gerade Menschen mit Migrationsgeschichte für Sozial- und Gesundheitsberufe zu gewinnen und zu qualifizieren. Dabei genügt es nicht, in einer sehr allgemeinen und generellen Weise auf das Problem der Gewinnung von Pflegefachkräften hinzuweisen. Es sind spezifische Analysen vonnöten, um den Bedarf an Pflegefachkräften, aber auch an anderen beruflich Pflegenden zu ermitteln. Dazu dient (auch) das *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022*.

Der demografische Wandel, der schon lange im Gange ist und in seinen Auswirkungen vorausgesagt wurde, trifft insbesondere das deutsche Gesundheitswesen. Zunächst ist das deutsche Gesundheitswesen mit berufsdemografischen Effekten konfrontiert: Ein großer Teil der pflegerisch Tätigen gehört der „Boomer“-Generation an und wird in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren aus dem Beruf ausscheiden. Es wird wohl nicht gelingen, die berufsdemografisch bedingte Abwanderung aus den Pflegeberufen durch eine Steigerung von Auszubildendenzahlen und transnationale Pflegekräfte zu ersetzen. Die Berufsdemografie wurde lange nicht mit der Aufmerksamkeit in den Blick genommen, wie dies geboten gewesen wäre. Das gilt sowohl

für die Arbeitgeber als auch für die für die Ausbildung verantwortlichen staatlichen Institutionen. Fachkräftemangel ist kein Phänomen des Gesundheitswesens. Überall fehlen Fachkräfte. Insofern ist insbesondere regional ein Wettbewerb unterschiedlicher Disziplinen und Berufe im Gange, den auch die Pflege bestehen muss, um auch künftig ausreichend Interessentinnen und Interessenten für die Pflegeberufe zu gewinnen. Die Zahl der älteren Menschen, deren gesundheitlicher Versorgungs- und Pflegebedarf altersbedingt typischerweise ansteigt, wird erst in den nächsten 30 Jahren deutlich zunehmen, bis dahin verläuft die Kurve linear. Auch diese künftigen Bedarfe auf Pflege angewiesener Menschen gilt es in intelligenten Qualifizierungsstrategien und Berufsgruppenkonzepten zu antizipieren.

Es ist nicht nur der demografische Wandel, der das Gesundheitswesen betrifft. Es sind auch soziale Wandlungsprozesse, die maßgeblich sind für die Berufswahl, für die Berufszufriedenheit und Aufstiegsperspektiven. Es ist von Bedeutung, soziale Wandlungsprozesse zu reflektieren (Stichwort „Generation X, Y, Z“) und mit Blick auf die Ausgestaltung von Gesundheitsberufen und das Profil von Aufgabenfeldern in der Pflege zu bedenken. Die aufopferungsbereite, gehorsame Pflegekraft, sie ist ein Auslaufmodell. Auch vor diesem Hintergrund gilt es, attraktive und den Verantwortungsrollen der Pflege angemessene Berufsbilder zu etablieren und Arbeitsplätze zu schaffen, die auch eine dauerhafte Bindung von jungen Menschen mit einem modernen Lebensentwurf möglich machen. Deutschland ist eine Einwanderungsgesellschaft. Das zeigt sich auch und gerade in der Pflege. Viele Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger haben eine transnationale Familiengeschichte. Auch dieser Sachverhalt unterstützt die Vielfalt in der Pflege, mit erheblichen integrations- und bildungspolitischen Implikationen, die zu berücksichtigen sind.

Das deutsche Gesundheitswesen ist eines der teuersten der Welt, aber nicht unbedingt das effektivste. Das gilt zum Beispiel für den Einsatz von Pflegefachkräften und für die finanzielle Ausgestaltung der Langzeitpflege. Noch ist das deutsche Gesundheitswesen von sehr getrennten Versorgungswelten geprägt: hier der klinische Sektor mit seinen fachlichen Differenzierungen, dort der ambulante Versorgungssektor. Die Langzeitpflege ist überdies sehr streng getrennt von der Akutversorgung. Inwieweit die generalistische Ausbildung und ein Gesamtversorgungskonzept im Gesundheitswesen die spezifischen Anforderungen, sei es in der Kinderkrankenpflege, in der Psychiatrie oder der Langzeitpflege, stärker aufeinander beziehen kann, ist derzeit noch offen. In jedem Fall gilt es, jeden Versorgungsbereich einerseits in seiner Spezifität zu würdigen und in seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten. Andererseits besteht die zentrale Herausforderung darin, alle Teile des deutschen Gesundheitssystems in eine Gesamtstrategie einzubinden, die nur ein zentrales Ziel kennt: Die Versorgung der Bevölkerung insgesamt zu gewährleisten, auch und gerade in der Fläche. Ob nun mit der Lauterbach'schen Krankenhausreform oder Konzepten von Community Health Nurse: Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in Bewegung. Den Pflegenden wird dabei eine deutlich wichtigere und von höherer Verantwortung geprägte Rolle zukommen als in der Vergangenheit. Die Zeiten, in denen Pflegefachkräfte in klinischen Hierarchiestrukturen auf „unterer Ebene“ eingeordnet waren, sie ist schon länger vorbei. Gleichwohl gibt es Rivalitäten um Ressourcen und Verantwortungsrollen in der gesundheitlichen Versorgung, die ausgetragen werden müssen. Der Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung, er ist der Referenzmaßstab für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Dabei sind gerade besonders vulnerable Zielgruppen in ihren spezifischen und zum Teil intensiven Bedarfen gesondert zu würdigen. Gesundheit und Pflege gehören zur Daseinsvorsorge eines modernen Sozialstaates. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund kommt den

Regionen, kommt den Kommunen eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu. Diese Rolle wird in dem *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* besonders reflektiert. Pflege ist ein Arbeitsmarkt mit starker regionaler Orientierung. Die Ausbildung der Pflege ist immer in örtliche verankerte Bildungssysteme zurückzubinden. Insofern wird man, sowohl was Assistenzkräfte als auch was Pflegefachkräfte anbelangt, im hohen Maße darauf zu achten haben, dass regional Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen und vor Ort die Berufe der Pflege als attraktiv wahrgenommen werden. Wie eng kommunale Governance und gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur mit der Versorgungsqualität vor Ort zusammenhängen, das wird im *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* exemplarisch herausgearbeitet. Insofern ist dieses geförderte Projekt in einem größeren sozial- und gesundheitspolitischen Zusammenhang zu sehen und zu nutzen. Es ist mit dem Anspruch verbunden, verlässliche Zahlen zu liefern, die Prognosen möglich machen, eine verlässliche Grundlage für Planungen bieten und auf diese Weise einen Beitrag dazu leisten, das Gesamtsystem in den Blick zu nehmen, das im kooperativen Föderalismus mit einer starken sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen mit hochkomplexen Steuerungsaufgaben verbunden ist. Ein gemeinsamer Bezugspunkt: verlässliches Zahlenwerk für den Pflegepersonalbedarf mag konzertierte Bemühungen besser aufeinander beziehen und staatliche Verantwortung einlösen lassen.

## Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022

Der vorliegende Bericht fokussiert Fragen der regionalen Versorgungssicherheit aus der Perspektive der professionellen Pflege. Gleichwohl bekannt ist, dass der überwiegende Teil der pflegerischen Versorgung im häuslichen Kontext und insbesondere in den Familien durch Angehörige geleistet wird (Robert Koch-Institut 2016), spielt die fachpflegerische Versorgung eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung insgesamt. Die familiengestützte Versorgung findet überwiegend im Kontext der Pflegebedürftigkeit statt. Sie ist somit, anders als die fachpflegerische Versorgung, weitestgehend auf diesen Sektor begrenzt<sup>11</sup>, wohingegen die fachpflegerische Versorgung darüber hinausreichend in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, in Praxen und medizinischen Zentren mit eingebunden ist.

Die Bedeutung der familiengestützten Versorgung wird in den Kreisprofilen aufgenommen und u.a. in Form von Leistungsstunden ausgewiesen, die kalkulatorisch erbracht werden. Darüber hinaus wird die prognostische Entwicklung der Kapazitäten einbezogen und ausgewiesen. Sie werden in Baden-Württemberg auch hinsichtlich der Präferenzen der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen diskutiert (Raiber et al. 2022). Vertiefende Analysen zur Perspektive der pflegkulturellen Präferenzen werden im Kontext der vorliegenden Studie durch die AGP Sozialforschung mit aufgenommen.

Mit dem *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* werden weiterführende Kennzahlen erschlossen, die für die Diskussionen im Land hinsichtlich der Initiativen und Projekte zur Fachkräftesicherung in der Pflege relevant erscheinen. Hier sind in Baden-Württemberg bereits wichtige Entwicklungen zu beobachten. Zu nennen ist beispielsweise das care4care-Projekt (<https://www.zafh-care4care.de/>), das im Forschungsverbund unter Führung der Hochschule in Esslingen wichtige Ergebnisse sowie Bausteine zur Fachkräftesicherung in der Pflege entwickelt hat (Mohr et al. 2018; Boscher et al. 2021; Mohr et al. 2019). Ebenso bedarf es für die Weiterentwicklung der „Kommunalen Pflegekonferenzen“ und der Netzwerkbildung mit Kommunen und Einrichtungen einer regionalisierten Datenbasis, auf der vor Ort diskutiert werden kann und die zu Einschätzungen und Entscheidungen genutzt werden kann. Das Monitoring soll dazu einen Beitrag leisten.

Im Zentrum der vorliegenden Analysen steht die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Pflege in Baden-Württemberg sowie Fragen des Arbeits- und Beschäftigungsmarktes, der regionalen Ausbildung und der zukünftigen Entwicklungen. Einbezogen werden Daten, die aus unterschiedlichen Quellen öffentlicher Statistiken stammen und vor dem Hintergrund der fachpflegerischen Versorgung zusammenfassend analysiert, beschrieben und bewertet werden. Die Interpretationen und Deutungen sind als gutachterliche Bewertungen und Interpretationsangebote zu verstehen, die eine regionale Diskussion befördern soll.

Darüber hinaus erfolgt im Rahmen des Monitorings eine flächendeckende Befragung von Einrichtungen aus dem Bereich der Versorgung sowie der Bildung, um neben erweiterten Kennzahlen auch Einschätzungen zur Situation der Versorgung zu gewinnen. So können aktuelle Fragestellungen aufgenommen und empirisch bewertet werden.

---

<sup>11</sup> Eine substantielle Ausnahme stellt dabei die Arbeit von Angehörigen im Rahmen einer außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung dar. In diesem Sektor werden von Familien auch Leistungen übernommen, die einen fachpflegerischen Bezug aufweisen.

## HINTERGRUND UND DURCHFÜHRENDE INSTITUTE

Ein zusammenhängendes und sektorenübergreifendes Monitoring im Pflegebereich liegt in Deutschland bislang nicht vor. Es kann als ein zentraler und innovativer Ansatz einer benötigten Pflegeberichterstattung betrachtet werden. Isolierte Datenbestände, wie Krankenhausstatistiken, Pflegestatistiken, demografische Analysen etc., bleiben beschreibend und weisen für einzelne Sektoren Kennzahlen aus. Aus ihnen werden keine Handlungsanforderungen und Ableitungen für den pflegerischen Versorgungsbereich deutlich, da interpretative Deutungen erst entwickelt werden müssen und theoriegeleitet zu stützen sind. Für sektorielle Auswertungen besteht darüber hinaus das Problem, dass Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Sektoren nicht erkennbar werden können.

Bislang fehlt für Baden-Württemberg eine koordinierte und zusammenführende Darlegung der Versorgungsentwicklungen und der pflegerischen Versorgung.

Aus diesem Grunde wurde in einem Konsortium der AGP Sozialforschung und des DIP ein gemeinschaftlicher Projektantrag entwickelt und an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration adressiert. Am 26.01.2022 erfolgte eine Bewilligung des Vorhabens durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Rahmen eines Förderbescheids über die Zuwendung des Landes-Württemberg zur Förderung des Modellvorhabens aus Mitteln des Staatshaushaltplans 2022, Kap. 0920 Tit. 684 71.

In dem Projekt sollte eine Vorgehensweise für Baden-Württemberg realisiert werden, die auf einer erfolgreichen methodischen und inhaltlichen Zusammenarbeit basiert und in Bayern in 2021 bereits umgesetzt wurde (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021).

Das Konsortium besteht aus zwei renommierten Forschungseinrichtungen, mit einer jeweils langjährigen Expertise im Bereich der pflegewissenschaftlichen und pflegepolitischen sowie sozialpolitischen Analyse.

Die AGP Sozialforschung ist Teil des Freiburger Innovations- und Forschungsverbundes FIVE e. V. an der Evangelischen Hochschule. FIVE e. V., zu dem insgesamt fünf Teilinstitute gehören, ist gegenwärtig die größte sozialwissenschaftliche Forschungseinrichtung an Fachhochschulen im deutschsprachigen Raum. AGP Sozialforschung wurde 1989 von Prof. Dr. Thomas Klie gegründet und wird von ihm seitdem geleitet. Zentrale Säulen sind dabei die sozialwissenschaftlich empirische Forschung, eine darauf aufbauende Beratung und Weiterbildung in der Praxis sowie der Lehre. Im Kontext dieser Bereiche konstituieren sich die Arbeitsfelder des AGP: Kommunale (Altenhilfe-)Planung, innovative Wohnkonzepte, formelle und informelle Pflege, gesellschaftliche Teilhabe, Bürgerschaftliches Engagement durch und für alte Menschen, Hospiz und Palliative Care, Case Management. In komplexen Projektzusammenhängen arbeitet AGP seit Jahren mit befreundeten Instituten zusammen, die ergänzende Kompetenzen einbringen.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. ist ein gemeinnütziges und unabhängiges Forschungsinstitut, das 2000 als Institut an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen gegründet worden ist. Es hat seit seiner Gründung rund 160 Projekte bearbeitet bzw. akquiriert. Der DIP e.V. bzw. die DIP GmbH sind in Deutschland führend im Bereich der Auswertung und Aufbereitung umfassender Pflegeberichterstattungen (Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW, Landespflegebericht Niedersachsen, Pflegepersonalmonitoring Bayern, Pflegeinfrastrukturbericht Saarland). Es besteht bezogen auf die Konzeptionierung und Durchführung großer empirischer Erhebungen im Feld der Pflege eine langjährige Erfahrung (u.a. Pflege-Thermometer-Reihe).

## METHODISCHE HINWEISE

Einführend werden in einer Kurzform relevante methodische Hinweise zum Verfahren beschrieben. Diese verdeutlichen die unterschiedlichen Analyse- und Auswertungsverfahren sowie den Stellenwert der Literatur im vorliegenden Bericht.

Als Hintergrund soll einleitend der theoretische Rahmen des Gesamtkonzeptes erläutert werden, wie er auch in vergleichbaren Analysen in anderen Bundesländern angewendet wurde (z.B. Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen). Damit wird eine thematische und inhaltliche Anschlussfähigkeit der Diskussionen für Baden-Württemberg erzielt und es bestehen Möglichkeiten zur vergleichenden Analyse. Die Analyse und Bewertung der Gesamtsituation sowie der Teilbereiche im beschriebenen Modell erfordert sowohl eine umfassende Sekundärdatenanalyse als auch die Integration einer umfassenden Primärdatenerhebung, um fehlende Kennzahlen zu erfassen, Einschätzungen zu systematisieren und bestehende Daten zu verifizieren.

### Theoretischer Rahmen

Ausgangspunkt der Gesamtbetrachtung ist ein sektorenübergreifender Ansatz, der dem Modell des Qualifizierungs- und Erwerbszyklusses von Pflegenden folgt. Das zugrundeliegende Modell wurde im Rahmen vergleichbarer Analyseverfahren und Vorgehen erstmals in der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2010 vorgestellt und seitdem kontinuierlich angepasst und weiterentwickelt (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) 2010). Es ist neben dem vorliegenden Bericht auch Grundlage des aktuellen Landespflegeberichts Niedersachsen 2020 (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021) sowie der aktuellen Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019 und des Monitorings zum Pflegepersonal in Bayern (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021).

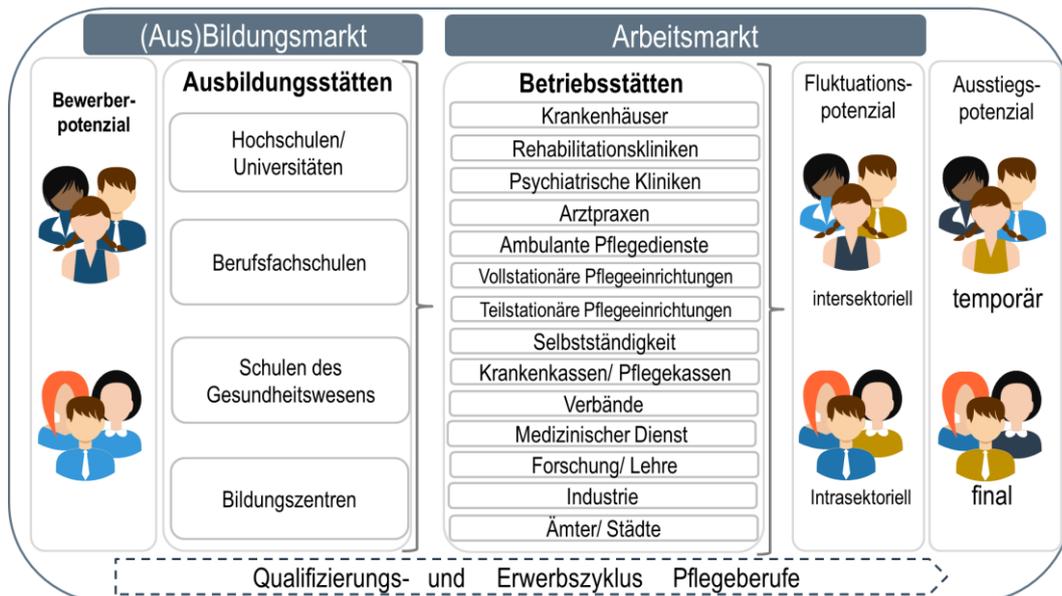


Abb. 1: Multidimensionales Angebots- und Nachfrage-Modell

Im Modell abgebildet sind zwei unterschiedliche Bereiche. Im Ausbildungsbereich (Bildungsmarkt) folgt entlang der Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber sowie der eigentlichen Qualifizierung die Entwicklung des zukünftigen Fachkräftepotenzials. Datenbestände (Sekundärdatenanalysen) sind beispielsweise Daten der Schulstatistik sowie der Hochschulstatistik.

Vorliegende Kennzahlen bedürfen jedoch einer Erfassung zusätzlicher Indikatoren, sodass eine Ausbildungsstättenbefragung zentral ist, um z.B. die nachfolgenden Fragen datenbasiert einschätzen zu können:

- strukturelle und ausstattungsbezogene Bedingungen der Pflegelehre
- Entwicklungen im Bereich der Bewerbungen (Anzahl, Qualifikation, Auswahl etc.)
- Berufswünsche und Berufseinmündung (Einmündungsquote, Austrittsquote, Spezialisierung und Berufsperspektiven etc.)
- Umsetzung der Anforderungen durch das neue Pflegeberufegesetz

Potenziell stehen die in den Bildungseinrichtungen qualifizierten Personen nach dem Abschluss den unterschiedlichen Betriebsstätten zur Verfügung, in die sie einmünden können. Dieser Bereich (Arbeitsmarkt) entspricht den Betriebsstätten und den Versorgungssektoren, in denen Pflegende tätig sind. Sekundärdaten können z.B. Auskunft geben über die Entwicklung der Betriebsstätten, die Größe der Einrichtungen, die Standorte (regional). Ferner erlauben Beschäftigungsstatistiken Angaben zur Anzahl der Mitarbeitenden nach Qualifikationen und Arbeitsmarktdaten erfassen die Anzahl der arbeitslos Gemeldeten, der offenen Stellen, der Pendlerbewegungen zwischen Wohn- und Arbeitsort etc. Auch für diesen zweiten Bereich im Modell müssen durch Primärerhebungen zusätzliche Daten gewonnen werden, um die Situation in den Einrichtungen zu analysieren und zu bewerten. Zu untersuchen sind z.B.:

- Anzahl der offenen Stellen, die besetzt werden können/sollen
- geplante Veränderungen des Beschäftigungspotenzials zur betrieblichen Zielerreichung (durch Neueinstellungen/Abbau bestehender Beschäftigungsverhältnisse)
- Maßnahmen der Mitarbeiterbindung/der Mitarbeiterrekrutierung
- Regionale Raumgrenzen beim Anwerben von Mitarbeitenden

Zwischen den Sektoren kann es zu Wechseln der Mitarbeitenden kommen (intersektoriell). Eine Fluktuation kann jedoch auch innerhalb eines Sektors zu beobachten sein, wenn z.B. Pflegende aus einem ambulanten Dienst in einen anderen wechseln (intrasektoriell). Darüber hinaus können die Einrichtungen Auskunft über aussteigendes Personal geben (final durch Verrentung oder Berufsaustritt oder temporär durch Familiengründung oder Erziehungs-/Pflegezeiten). In den Betriebsstätten liegen Expertisen vor bezüglich der Fragestellungen:

Zentrales Merkmal des Gesamtkonzeptes ist daher neben einer umfassenden Sekundärdatenanalyse die zeitgleiche Befragung der Bildungseinrichtungen sowie der Betriebsstätten (in den Kernsektoren der pflegerischen Versorgung: ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen).

Ein weiteres zentrales Merkmal ist, dass die benannten Betriebsstätten über die Sektoren hinweg bezüglich der Fachkräftediskussionen zusammenfassend betrachtet werden. In unterschiedlichen Publikationen werden Prognosen für einzelne Sektoren thematisiert, wie z.B. den Bereich der teil-/vollstationären und ambulanten Pflege und die damit verbundenen Prognosen für die Altenpflege (Hackmann 2009; Braeseke et al. 2015). Der Krankenhaussektor wird aber oftmals nicht einbezogen, weil er einem anderen ordnungsrechtlichen Rahmen unterliegt (Ehrentraut 2012; Rothgang et al. 2012). Die methodischen Schwierigkeiten bezüglich einer klaren Prognostik können als bekannt vorausgesetzt werden (Simon).

Analysen, die nur einen oder zwei der Sektoren der Pflege betrachten, bleiben damit unvollständig in der Einschätzung und Gesamtbewertung. Eine Beschreibung der Wechselwirkungen

zwischen den Sektoren (z.B. Anwerbung von Pflegepersonal aus anderen Sektoren) kann somit nicht erfolgen. Ebenso werden in zahlreichen Prognosen unklare Personen- und Beschäftigungsbereiche als „Pflege“ subsumiert, ohne dass die Personengruppen dem engeren Bereich der pflegerischen Fachkräfte entsprechen oder qualifikatorisch differenziert betrachtet werden können. Prognosen mit solchen Ungenauigkeiten lassen demnach keine konkreten Ableitungen für den Fachkräftebedarf zu. Aus diesem Grunde bedarf es einer sektorenübergreifenden Betrachtung und Analyse.

## Sekundärdatenanalyse

Zentraler Bestandteil des vorliegenden Berichts sind Analysen aus Bestandsdaten (Sekundärdatenanalysen). Zahlreiche, für die Pflege relevante Quellen zu unterschiedlichen Themengebieten liegen vor, werden jedoch in aller Regel als Einzelanalysen und -statistiken unverbunden veröffentlicht (z.B. Demografie, Schulstatistik, Pflegestatistik, Krankenhausstatistik). In Teilen sind die Analysen darüber hinaus nur in der Übersicht eines Bundeslandes vorhanden und können so nicht verwendet werden, um regionale Unterschiede sichtbar zu machen und zu analysieren. Dies erschwert den Dialog über konkrete Kennzahlen.

Im Kontext der Sekundärdatenanalyse im Projekt werden nicht nur zentrale veröffentlichte Quellen und Datenbestände erschlossen und vorgestellt. Sie wurden auch im Rahmen von Sonderabfragen bei bundes- und landesstatistischen Ämtern ergänzend erschlossen. Diese werden auch vor dem Hintergrund der Diskussion um den Fachkräftemangel miteinander in Beziehung gesetzt und entsprechend aufbereitet. Somit werden neue Analysemöglichkeiten und Diskussionen eröffnet. Die Grafiken im nachfolgenden Bericht wurden mit Excel (Office 360), die kartografischen Darstellungen mit GfK Regiograph Planung 2022 erstellt. Statistische Berechnungen erfolgten mit IBM SPSS 26.0.

Als relevante Datenquellen für den vorliegenden Bericht können benannt werden:

Datenbestände	Datenquellen
Arbeitslose, offene Arbeitsstellen, sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Sektoren	Bundesagentur für Arbeit (BA), Sonderabfragen Statistik-Service Südwest (Fachkräfteengpassanalyse), Gesundheitspersonalrechnung der Länder, Gesundheitspersonalrechnung des Bundes, Sonderabfrage zur Pflegestatistik beim Landesamt für Statistik
Schulstandorte und Schülerzahlen	Berufsfachschulen in Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt), Zeitreihen sowie Sonderabfrage / Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2 <a href="https://www.regionalstatistik.de/genesis/online">https://www.regionalstatistik.de/genesis/online</a>
Krankenhäuser und Planbetten der Krankenhäuser, Beschäftigte in den Krankenhäusern	Verzeichnis der Krankenhäuser 2020 Krankenhausstatistiken. Grunddaten und Kostennachweis. Adressverzeichnis der Krankenhäuser BW, Standorte <a href="https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0205.jsp">https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0205.jsp</a> <a href="https://krankenhausatlas.statistikportal.de">https://krankenhausatlas.statistikportal.de</a>
Pflegebedürftige in ambulanten Diensten, teil-/vollstationären	Pflegestatistik über die Pflegeversicherung (Sonderabfrage) Pflegenavigator der AOK, Stand Oktober 2021 <a href="https://www.inkar.de/">https://www.inkar.de/</a> (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und

Einrichtungen, Plätze in Einrichtungen	Raumforschung) <a href="https://www.regionalstatistik.de/genesis/online">https://www.regionalstatistik.de/genesis/online</a>
Pendlerbewegungen (Ein- und Auspendler, Pendlersaldo)	Bundesagentur für Arbeit (BA), Statistik-Service Südost (Sonderabfragen)
Demografische Entwicklung und Wanderungsbewegung	<a href="https://www-genesis.destatis.de/genesis/online">https://www-genesis.destatis.de/genesis/online</a> <a href="https://www.statistikportal.de/de">https://www.statistikportal.de/de</a> <a href="https://www.regionalstatistik.de/genesis/online">https://www.regionalstatistik.de/genesis/online</a> <a href="https://www.inkar.de/">https://www.inkar.de/</a> (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung in Baden-Württemberg

Tab. 1: Quellen der Sekundärdatenanalyse

## Primärdatenanalyse

Ergänzend zur Sekundärdatenanalyse erfolgt im Monitoring die Einbindung der Expertise der Akteure vor Ort. Dabei geht es werden Befunde, Hypothesen und Ableitungen aus Datenbeständen auf der Basis von Befragungen der Einrichtungen abgesichert. Zusätzliche Erkenntnisse lassen sich durch Einschätzungen und Hinweise aus der Praxis vor Ort gewinnen<sup>12</sup>.

Für die unterschiedlichen Sektoren der Befragung wurden spezifische Fragebögen entwickelt, die eine zeitgleiche Befragung im Feld der Ausbildung sowie der Betriebsstätten ermöglichen sollte. Die Befragungsinstrumente wurden in zentralen Gremien vorgestellt und mit ausgewählten Akteursgruppen und Expertinnen und Experten abgestimmt. Sie wurden als Online-Befragungen umgesetzt und die Teilnehmenden wurden postalisch bezüglich des Datenschutzes, der Zusicherung der Anonymisierung der Daten und des ausschließlichen Zwecks der Datennutzung informiert. Um den Zugang gesichert und ausschließlich Einrichtungen in Baden-Württemberg zu ermöglichen, wurden Passwörter zum Zugang zur Befragung postalisch zugesendet, sodass von einer hohen Stabilität der Untersuchungsgruppe ausgegangen werden kann.

Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 12.09.2022 bis zum 31.10.2022. Eine Erinnerung zur Teilnahme erfolgte ebenso wie eine Kontaktierung von Trägern, Verbänden und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit der Bitte, erneut auf die Befragung aufmerksam zu machen. Der Zeitrahmen der Beantwortungsmöglichkeit wurde bis zum 07.11.2022 verlängert.

Trotz der Unterstützungsmaßnahmen, einem technischen Support und der flankierenden Öffentlichkeit muss der Rücklauf der Befragung als relativ gering bewertet werden. Er erlaubt in der Gesamtheit eine Betrachtung der jeweiligen Sektoren und Einschätzungen. Eine regionale Auswertung und Differenzierung kann jedoch vor dem Hintergrund des Rücklaufs nicht zielführend vorgenommen werden, sodass auf weitere Subgruppenanalysen verzichtet wurde. Ebenso kann vor dem Hintergrund der Stichprobengröße von einem aussagekräftigen Datenbereich, jedoch nicht von einer repräsentativen Verteilung ausgegangen werden.

<sup>12</sup> Analysen, die sich lediglich auf die bestehenden Daten beziehen, laufen Gefahr, dass wesentliche Aspekte und Hinweise aus dem Feld nicht berücksichtigt werden, oder können auch zu Fehleinschätzungen führen. Beispielsweise kann aus der Analyse der offen gemeldeten Stellen für Pflegeberufe nicht der exakte Bedarf abgeleitet werden, wenn in den Einrichtungen eine Meldung der offenen Stellen keine sinnvolle Personalgewinnungsstrategie darstellt und offene Stellen über andere Wege (z.B. Stellenanzeigen, Werbung durch eigene Mitarbeiter(-de) kommuniziert werden. Der tatsächliche Bedarf vor Ort kann somit nur auf der Basis einer konkreten Befragung eingeschätzt werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der auswertbaren Befragungsbögen nach Einrichtungstyp sowie die prozentuale Angabe des Rücklaufs im Vergleich zur befragten Grundgesamtheit der Einrichtungen (Anzahl der angeschriebenen Einrichtungen).

EINRICHTUNGEN	AUSWERTBAR TEILGENOMMEN	GRUNDGESAMTHEIT (ANGESCHRIEBEN)	ANTEIL AN DER GRUNDGESAMT- HEIT
Krankenhäuser/ Rehabilitationseinrichtungen	75	248 176	17,7 %
Ambulante Dienste	135	1.519	8,9 %
Teil-/vollstationäre Einrichtungen	131	1.758	7,5 %
Bildungseinrichtungen	41	162	25,3 %
SUMME	382	3.863	9,9 %

Tab. 2: Stichprobe und Rücklauf der Einrichtungsbefragung

## Literaturanalyse

Für das Projekt wurden Literaturquellen aus unterschiedlichen Bereichen und Publikationsarten erschlossen (Bücher, Zeitschriften, graue Berichte, Online-Quellen, Gesetze). Eine systematische, wissenschaftlich orientierte Literaturrecherche zu den zahlreichen Einzelthemen und Befunden im Bericht war nicht Gegenstand des Projektauftrags und erfolgte somit nicht. Die selektiven Quellen werden, wo dienlich, im Text mit aufgenommen und am Ende des Berichts in einer Literaturliste mit ausgewiesen.

Die Literatureinbindung dient der Herstellung einer Anschlussfähigkeit der Berichterstattung mit orientierendem und ergänzendem Charakter. Sie dient den interessierten Lesern dazu, weitere Dokumente und Quellen in eigene Arbeiten zu den Unterthemen mit einbeziehen zu können.

## Entwicklungen in Baden-Württemberg

Im einführenden Kapitel werden Aspekte der Entwicklung zentraler Kennzahlen in der zeitlichen Betrachtung analysiert. Dabei werden sowohl retrospektive Entwicklungslinien betrachtet als auch prognostische Berechnungen vorgestellt. Die eingangs beschriebenen Entwicklungen umfassen die demografische Entwicklung, die der Pflegebedürftigkeit sowie die der Versorgungsstrukturen und der Ausbildungsstrukturen in der Pflege. Diese Kennzahlen bilden den Rahmen der im weiteren Verlauf vorgestellten Analysen und müssen in Beziehung zu diesen gesetzt werden, um aktuelle Zahlen (z.B. der Ausbildung in den Pflegeberufen) sinnvoll zu interpretieren.

### DEMOGRAFIE

Demografische Entwicklungen beschreiben die Entwicklung unterschiedlicher Altersgruppen in einer Gesellschaft. Sie erlauben die Erfassung und Veränderungen der Anzahl von Personen in Altersgruppen über eine zeitliche Betrachtung hinweg oder im Verhältnis zueinander. Dabei sind für den Bereich der Pflege insbesondere die Gruppen der älteren und der hochaltrigen Menschen<sup>13</sup> von Interesse, da ein höheres Lebensalter auch mit einer Zunahme an pflegerischer Versorgung sowie an Behandlungsintensitäten einhergeht. Insbesondere in der ambulanten Pflege und der stationären Pflege sind die höheren Lebensaltersgruppen zentral.

#### Ältere Bevölkerung in Baden-Württemberg

Die nachfolgende Grafik basiert auf Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), die im Rahmen der Fortschreibung des Bevölkerungsstands die Anzahl von Personen, nach unterschiedlichen Merkmalen klassifiziert, zum 31.12. eines Jahres regional erfassen.

In der Grafik sind für die vier Regierungsbezirke sowie die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte die Bevölkerungsstände der Personen in der Altersgruppe 75+ zum 31.12.2021 abgebildet. Die Anzahl gibt Auskunft bezogen auf eine regionale Dichte und Verteilung von Personengruppen. Besonders hohe Kennzahlen werden dabei im SK Stuttgart (62.554), im LK Rhein-Neckar-Kreis (61.281), im LK Esslingen (59.079) im LK Ludwigsburg (57.628) sowie im LK Rems-Murr-Kreis (48.023) sowie im LK Karlsruhe (47.955) erfasst. Eine geringe Anzahl an Personen in der Altersgruppe findet sich im SK Baden-Baden (7.863), im LK Hohenlohekreis (10.956), im SK Ulm (12.398), im LK Freudenstadt (12.445) sowie in der Stadt Heilbronn (12.899).

Eine hohe oder niedrige Anzahl an Personen in den höheren Altersgruppen ist bezogen auf die regional zur Verfügung stehende pflegerische Infrastruktur im stationären (Anzahl der Einrichtungen und Anzahl der zur Verfügung stehenden Bettplätze für eine vollstationäre Versorgung) sowie im ambulanten Kontext (Anzahl der ambulanten Dienste und der Pflegebedürftigen) von großer Bedeutung.

---

<sup>13</sup> Hochaltrigkeit wird hier ab einem Lebensalter von 80 Jahren angenommen

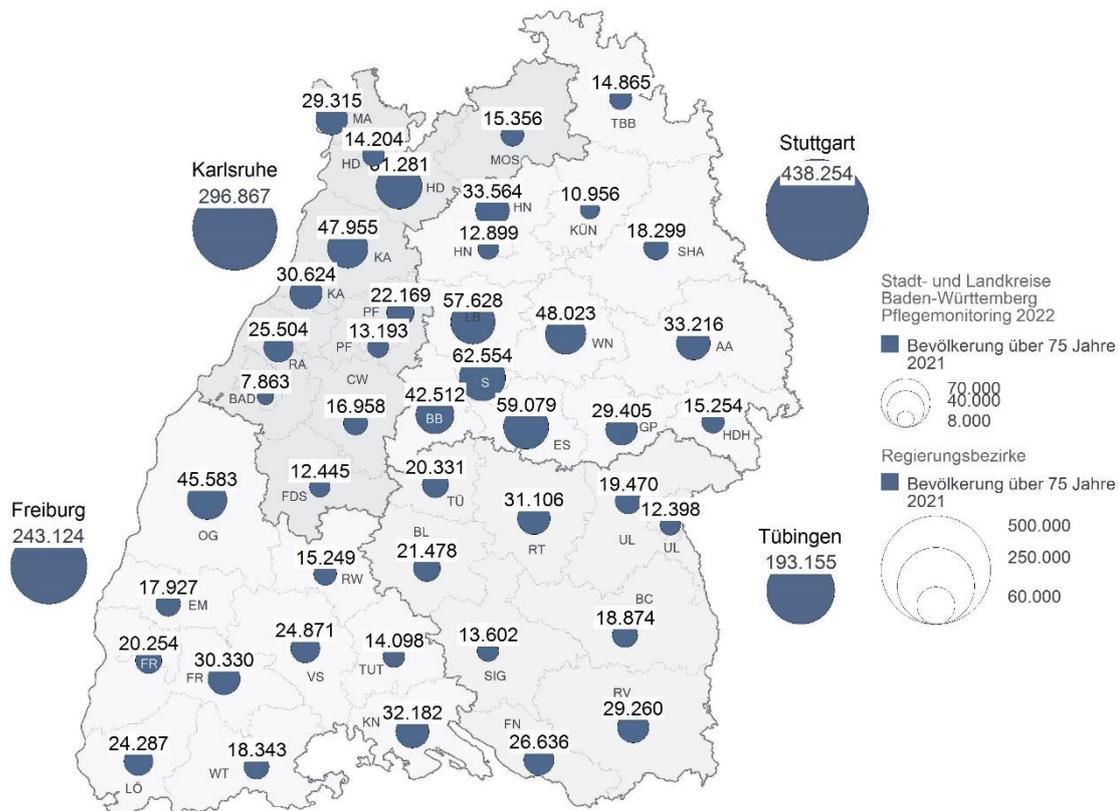


Abb. 2: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre in 2020

Die Anzahl der Bevölkerung in der Altersgruppe hängt dabei von der Anzahl der Gesamtbevölkerung ab. Relevant ist daher der prozentuale Anteil in der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung. Hier liegt für Baden-Württemberg insgesamt eine Spannweite von 8,7 Prozent (Freiburg im Breisgau) bis 14,2 Prozent (Baden-Baden) vor. Die nachfolgende Abbildung markiert in der Abstufung der Einfärbung (von hell bis dunkel) die oben beschriebene Verteilung der Anzahl der Bevölkerung in der Gruppe der Personen 75+. Je dunkler die Einfärbung, desto mehr Personen in der Gruppe der Älteren und Hochaltrigen leben in den Landkreisen oder kreisfreien Städten. Die blauen Kreise in den Landkreisen und kreisfreien Städten weisen die prozentuale Ausprägung der Personen in der Altersgruppe 75+ an der Gesamtbevölkerung aus.

Überwiegend werden hier ähnliche Werte in den Landkreisen und kreisfreien Städten von rund 10 bis rund 11 Prozent errechnet. Für Freiburg gilt, ähnlich wie für Heidelberg oder Tübingen, dass der Anteil (ggf. aufgrund einer hohen Anzahl an Studierenden) unterproportional ausfällt. In Baden-Baden (als kleinere Stadt mit 55.527 ausgewiesenen Einwohnerinnen und Einwohnern) wohnen überproportional viele ältere Menschen. Hier werden durch Zuzug älterer Menschen hohe prozentuale Anteile einer älteren Bevölkerung erreicht.

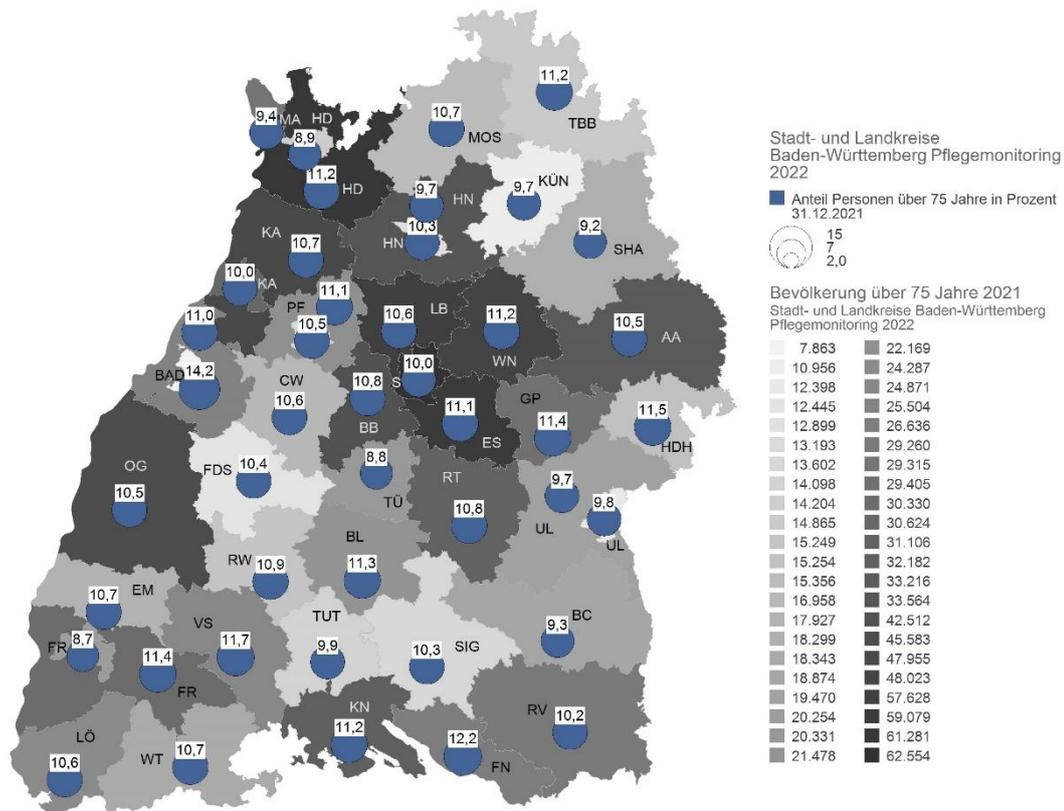


Abb. 3: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre in 2021

## Prognostische Entwicklung

Die unterschiedlichen Ausprägungen in der regionalen Verteilung zeigen sich in Baden-Württemberg in der prognostischen Entwicklung, die sehr heterogen verlaufen wird.

Grundlage der nachfolgenden Analyse sind Daten der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Diese weisen, beginnend mit 2020, prognostische Entwicklungen in den jeweiligen Altersgruppen bis 2040 aus.

Grundlage der nachfolgenden Grafik ist die relative und absolute Veränderung der Personen in der Altersgruppe 75+, die für die pflegerische Versorgung insgesamt als besonders relevant zu betrachten sind. Die Veränderungen der geschätzten Anzahl an Personen in der Altersgruppe 75+ in 2040 gegenüber der Bevölkerungsfortschreibung aus 2021 (Destatis) in der gleichen Altersgruppe weist relativ betrachtet ein Spektrum von einem Zuwachs von 10,3 Prozent (SK Stuttgart) bis 63,5 Prozent (LK Schwäbisch-Hall) auf. Numerisch kann mit einem Zuwachs zwischen rund 1.440 (SK Baden-Baden) und 22.400 (LK Rhein-Neckar-Kreis) gerechnet werden. Die Daten zeigen auf, dass eine regionale Betrachtung vorgenommen werden muss, um die bestehenden Kapazitäten der pflegerischen Infrastruktur und der Kapazitäten der Versorgung vor Ort mit den prognostischen Anforderungen zu reflektieren.

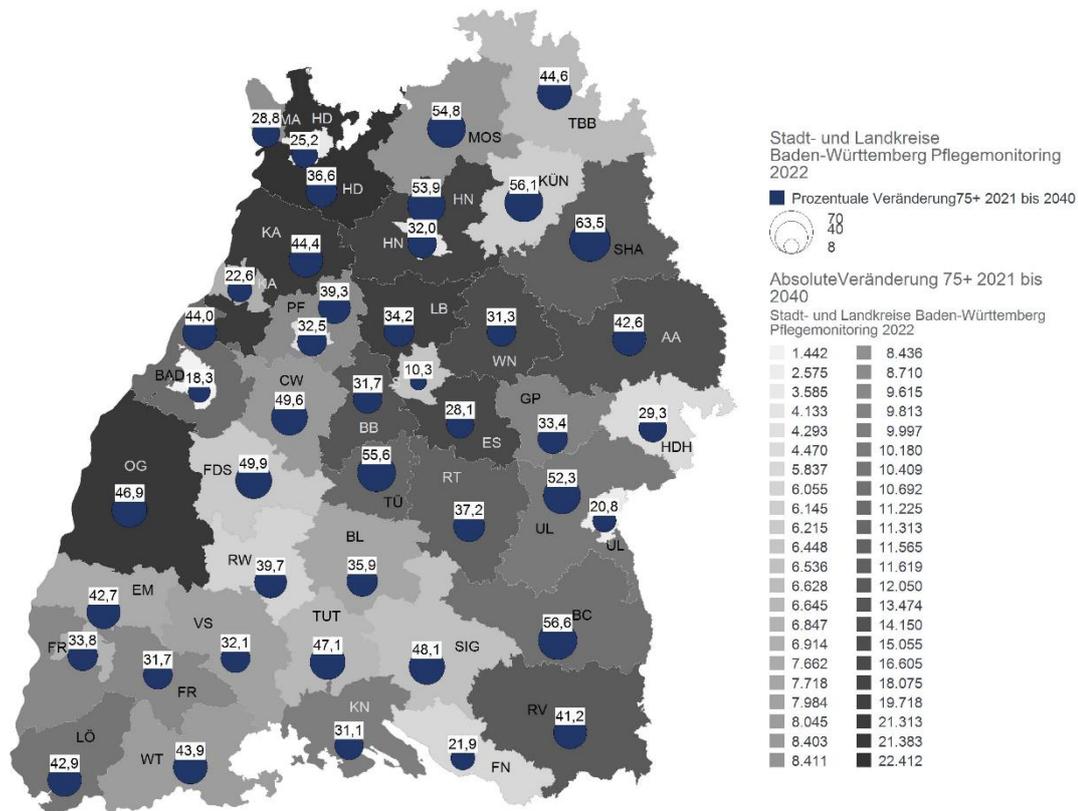


Abb. 4: Prognostische demografische Entwicklung 75+ 2021 bis 2040

Zur Interpretation der regionalen Änderungen bezogen auf pflegerische Anforderungen und die Kompensation im Rahmen der familiären Kapazitäten der Versorgung sind zwei Kennzahlen relevant:

- Die Entwicklung der Anteile der älteren Bevölkerung bis 2040 (75+)
- Die Entwicklung der Anteile von Menschen (30 bis unter 70 Jahre), die oftmals pflegerische Sorgearbeit in der Familie übernehmen

Die Kennzahlen von Kindern oder jungen Erwachsenen spielen hier eine eher untergeordnete Rolle, auch wenn es sogenannte „Young Carer“ gibt, also Kinder, die in die Betreuung älterer oder pflegebedürftiger Familienmitglieder mit eingebunden sind. Die Gruppe der 30- bis 70-Jährigen ist die Hauptgruppe der pflegenden Angehörigen in der Betreuung und Versorgung. Die Frage der regionalen Entwicklung ist, wie sich diese beiden Kennzahlen zueinander verhalten und entwickeln werden.<sup>14</sup>

So lässt sich eine prospektiv potenzielle Zunahme an Pflegebedürftigkeit mit einer sich entwickelnden Veränderung der Kapazität von Menschen im Alter der Angehörigenversorgung gemeinsam betrachten.

Bezogen auf die prognostischen Entwicklungen, liegen große Spannweiten und heterogene Entwicklungen in Baden-Württemberg vor. So wird beispielsweise für Stuttgart prognostiziert, dass die Anzahl der Personen in der Altersgruppe 30 bis <70 Jahre nur minimal abnehmen wird

<sup>14</sup> In der Betrachtung stecken statistische Unsicherheiten, da ein direktes Gegenüberstellen von verbundenen Personengruppen nicht möglich ist. So ist ggf. die familiäre Pflegekapazität auch dort nicht gegeben, wo eine hohe Anzahl an Personen in der Altersgruppe zwischen 30 und 70 besteht, wenn keine familiären Verbindungen vorliegen oder aber eine familiäre Sorgearbeit nicht realisiert wird.

# ENTWICKLUNGEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

(0,4 Prozent). Die Anzahl der älteren Menschen (75+) wird um 10,3 Prozent steigen. Numerisch entspricht dies einer Zunahme zwischen 2021 und 2040 um ca. 6.450 Personen in der älteren Gruppe bei einer zeitgleichen Abnahme an Personen in der Altersgruppe 30 bis <70 Jahre um ca. 1.400. Die Spannweite zwischen den beiden prozentualen Entwicklungen fällt mit 10,7 Prozent sehr gering aus und entspricht dem kleinsten gemessenen relationalen Wert in Baden-Württemberg. Stark kontrastierende Entwicklungen liegen in anderen Regionen vor.

Die Veränderung der Anzahl an Personen in der Hauptgruppe der pflegenden Angehörigen werden in der nachfolgenden Grafik für die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte verdeutlicht.

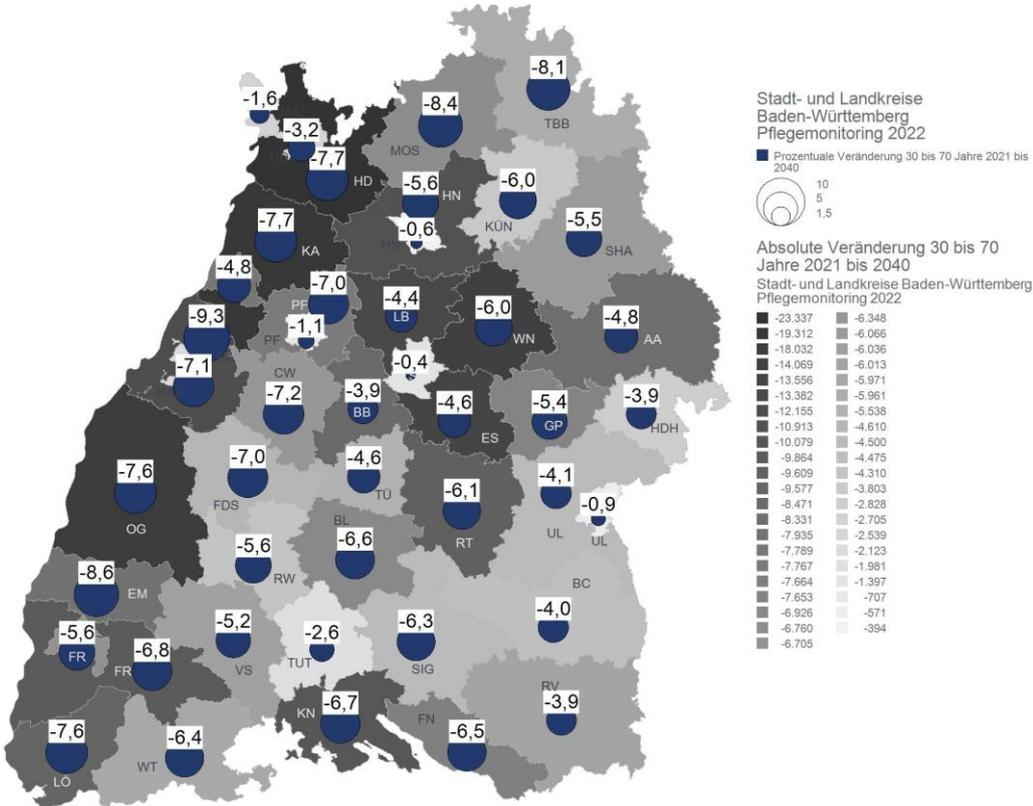


Abb. 5: Prognostische demografische Entwicklung 30 bis <70 Jahre 2021 bis 2040

Überwiegend werden hier negative Entwicklungen in einem niedrigen einstelligen Bereich angenommen. Im Landkreis Rastatt (-9,3 Prozent), im Landkreis Emmendingen (-8,6 Prozent), im Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis (-8,4 Prozent) sowie im Main-Tauber-Kreis (-8,1 Prozent) werden die höchsten negativen Trends berechnet.

Zur Gesamteinschätzung aber sind die beiden Werte gemeinsam zu betrachten, denn sie können als Indikatoren einer Bedarfszunahme und einer zeitgleichen möglichen Kapazitätsabnahme der familiären Versorgungsmöglichkeiten betrachtet werden. Darüber hinaus sind sie vor dem Hintergrund der bestehenden regionalen Versorgungskapazitäten zu diskutieren.

Die prozentuale Spreizung der beiden Kennzahlen weist eine Gesamtspannweite von 10,7 (kreisfreie Stadt Stuttgart) bis zu 69 Prozent auf (LK Schwäbisch-Hall). So wird für den Landkreis Schwäbisch-Hall eine Zunahme der älteren Gruppe um 63,5 Prozent bei einer gleichzeitigen Abnahme der Bevölkerungsgruppe 30 bis <70 Jahre um 5,5 Prozent prognostiziert. Numerisch

werden hier 11.620 zusätzliche ältere Personen ab 75+ berechnet bei einer Abnahme von rund 6.000 Personen in der Gruppe derer, die als Hauptpflegegruppe in der Familie betrachtet werden können.

Betrachtet man die Ergebnisse der Prognosen in der Bevölkerungsvorausberechnung, so ergeben sich in der prozentualen Spreizung der Entwicklungen der beiden Altersgruppen zueinander auf den ersten 10 Plätzen die folgenden Kreise.

KREISE/ KREISFREIE STÄDTE	ANZAHL 75+ IN 2040	ANZAHL 30 BIS <70 IN 2040	VERÄNDERUNG 2021 BIS 2040 IN %	
			75+ JAHRE	30 BIS <70 JAHRE
LK Schwäbisch Hall	29.918	104.205	63,5 %	-5,5 %
LK Neckar-Odenwald-Kreis	23.767	73.620	54,8 %	-8,4 %
LK Hohenlohekreis	17.101	59.218	56,1 %	-6,0 %
LK Biberach	29.566	107.587	56,6 %	-4,0 %
LK Tübingen	31.644	114.795	55,6 %	-4,6 %
LK Heilbronn	51.639	183.030	53,9 %	-5,6 %
LK Freudenstadt	18.660	60.975	49,9 %	-7,0 %
LK Calw	25.361	82.311	49,6 %	-7,2 %
LK Alb-Donau-Kreis	29.650	104.564	52,3 %	-4,1 %
LK Ortenaukreis	66.966	220.758	46,9 %	-7,6 %

Tab. 3: Top Ten Spannweiten der Bevölkerungsveränderung 2021 bis 2040

In diesen Landkreisen können sich (je nach Infrastruktur der pflegerischen Versorgung) größere Anforderungen an eine professionelle Pflege ergeben als in anderen Regionen. Abhängig ist dies jedoch nicht nur von der Frage der Relation der Altersgruppen zueinander, sondern auch von den örtlichen pflegekulturellen Präferenzen der Bevölkerung, also von der Einstellung der Bevölkerung gegenüber einer gewünschten Betreuungsform und -realisierung der Versorgung im Alter. Ebenso muss bedacht werden, dass auch ortübergreifende Versorgungen stattfinden können. Für die Bevölkerung ist bei einer unzureichenden Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung vor Ort jedoch mit zunehmenden Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Heimplatz, der Aufnahme in eine ambulante Unterstützung oder der wohnortnahen Versorgung zu rechnen.

### PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Die Pflegebedürftigkeit ist ein wesentlicher Bedingungsfaktor der Fachkräfteentwicklung in der Pflege (Kaiser 2022). Die Pflegestatistiken werden in einem zweijährigen Zyklus erhoben und in Berichten sowie in Online-Datenbanken zur Verfügung gestellt (<https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/PG-Eckdaten.jsp>). Die Eckdaten der Pflegestatistik 2021 werden voraussichtlich erst im Frühjahr 2023 zur Verfügung stehen und konnten in den vorliegenden Bericht nicht mit einfließen, sodass sich die zentralen Kennzahlen überwiegend in einer Rückschau mit erheblichem Zeitverzug betrachten lassen.

Die nachfolgenden Daten fassen die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 15.12.2019 zusammen (Eckdaten der Pflegestatistik). Für Versorgungsbereiche werden auch die prozentualen Verteilungen der Pflegegrade aufgenommen.

Ferner fließen Auswertungen zu den regionalen Daten der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen der Pflegestatistik mit Stand 15. bzw. 31.12.2019 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg) mit ein.

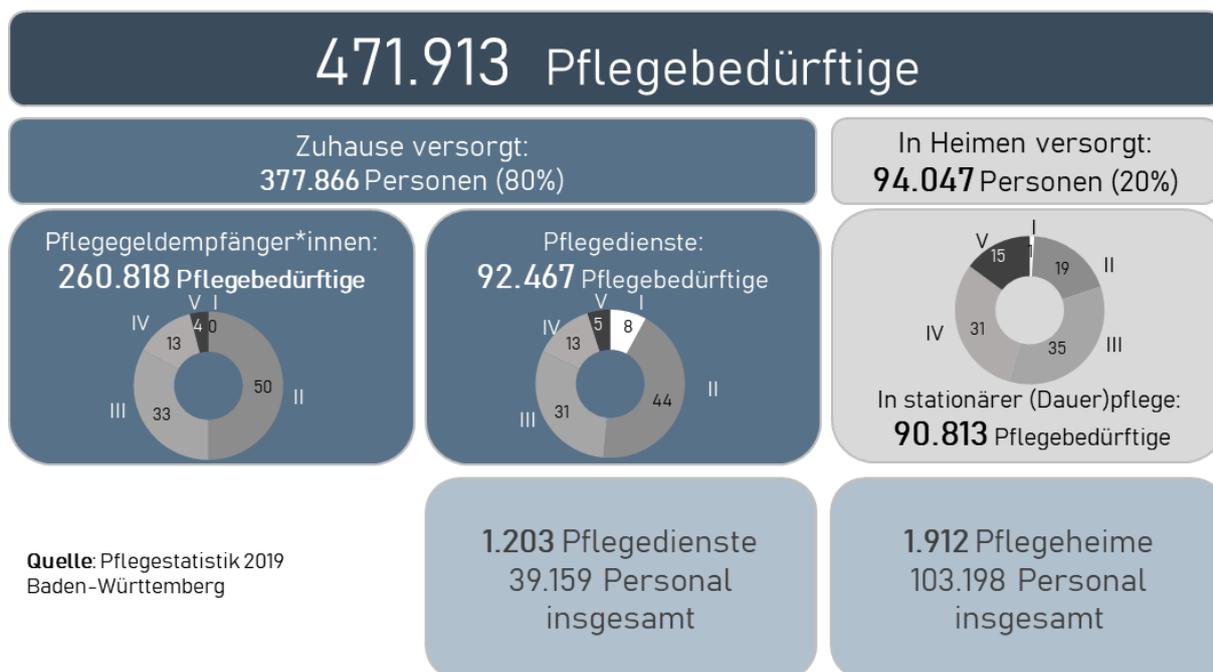


Abb. 6: Pflegestatistik 2019

Die Daten der Pflegestatistik 2019 zeigen auf, dass ein großer Teil der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit mit oder ohne Zuhilfenahme der ambulanten Pflegedienste durchgeführt wird. Dies entspricht auch den Präferenzen älterer Menschen insgesamt, die eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit wünschen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021a).

Der Anteil der in Heimen betreuten Personen liegt in Baden-Württemberg bei 20 Prozent<sup>15</sup>. Mit zunehmendem Grad der Pflegebedürftigkeit steigt auch der Bedarf an professionellen Hilfformen an. Dies zeigen die Verteilungen der Pflegegrade in den Leistungsbereichen auf. Insbesondere die Menschen mit den Pflegegraden IV oder V werden in höherem Maße in den stationären Einrichtungen betreut.

Gegenüber dem Dezember 2017 ergibt sich eine Zunahme um 18,4 Prozent an Pflegebedürftigen insgesamt. Die Pflegequote (gemessen an der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg) lag 2019 bei 4,3 Prozent. Dabei fällt die Pflegequote im deutschlandweiten Vergleich niedrig aus. Lediglich Bayern (3,7 Prozent) und Hamburg (4,2 Prozent) haben eine niedrigere Pflegequote. In Berlin liegt eine gleiche Quote vor wie in Baden-Württemberg. Die anderen Bundesländer haben höhere Anteile an Pflegebedürftigen. Am höchsten ist diese in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (6,4 Prozent).

<sup>15</sup> Bei der Ausweisung der in Heimen versorgten Personen werden die der vollstationären Dauerpflege sowie der Kurzzeitpflege erfasst bezogen auf die Gesamtheit der in Heimstrukturen versorgten Pflegebedürftigen (einschließlich der teilstationären Versorgung ergeben sich erhöhte Kennzahlen).

## Pflegebedürftige nach Altersstruktur

Die Analyse der Altersgruppenverteilung Pflegebedürftiger und der Inanspruchnahme von Leistungsformen<sup>16</sup> weist auf, dass Pflegebedürftigkeit insbesondere in der Gruppe der älteren Menschen relevant ist. Insgesamt drei Viertel (75,2 Prozent) aller Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg sind in der Altersgruppe 70+ auszumachen. Dabei unterscheiden sich die Leistungsempfängerinnen und -empfänger in den Sektoren voneinander.

So sind unter den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern, der größten Gruppe, noch 32,8 Prozent bis 70 Jahre alt. In der ambulanten Versorgung sind bis zu dieser Altersgrenze lediglich 14,4 Prozent zu beobachten und in der vollstationären Pflege sinkt der Anteil auf 12,9 Prozent.

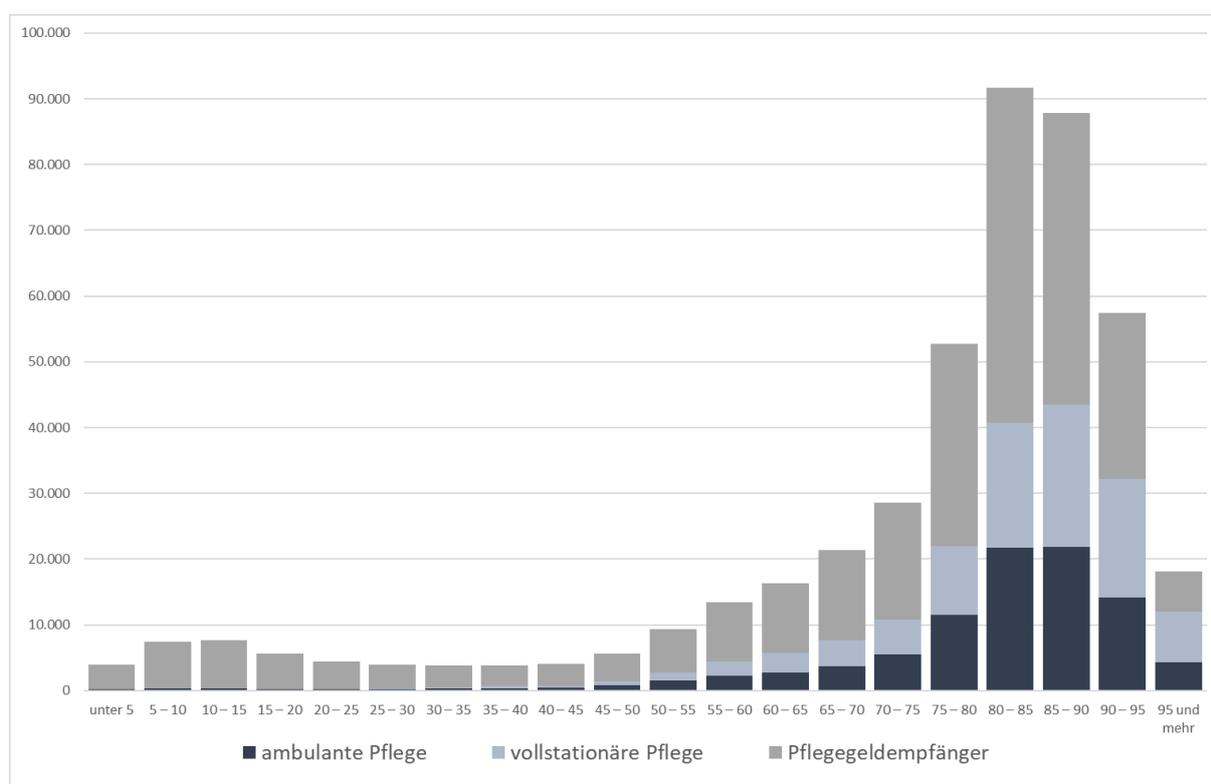


Abb. 7: Altersverteilung und Leistungsformen Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2019

Nachfolgend werden auf der Ebene der Regierungsbezirke die Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit in einer Zeitreihe von 2009 bis 2019 für Baden-Württemberg abgebildet. Dabei werden in Form von Balkendiagrammen die numerischen Veränderungen ausgewiesen und in den Kreisen bilden sich die relationalen Veränderungen ab, die sich auf den Anteil an Pflegebedürftigen je 100 Einwohnerinnen und Einwohner bezieht.

## Pflegebedürftigkeit in der regionalen Entwicklung

In beiden Entwicklungslinien zeigt sich eine entsprechende Zunahme der Pflegebedürftigkeit in allen Regierungsbezirken. Sowohl die Absolutzahl der Pflegebedürftigen als auch die Relativszahl (Pflegebedürftige je 100 Einwohnerinnen und Einwohner) zeigen eine deutliche Zu-

<sup>16</sup> Quelle: Leistungsempfänger/Innen der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg am 15.12.2019 nach Leistungsraten und Altersgruppen. (statistik-bw.de/SozSicherung/Pflege/Pflege\_14.jsp)

nahme zwischen 2009 und 2019. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs<sup>17</sup> ein veränderter Kriterienkatalog zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI eingesetzt wird, der zu einer deutlichen Ausweitung der Erfassung führt und streng betrachtet die Werte von 2009 und 2019 aufgrund veränderter gesetzlicher Rahmung nur bedingt miteinander als Langzeitbeobachtung in Verbindung gebracht werden können.

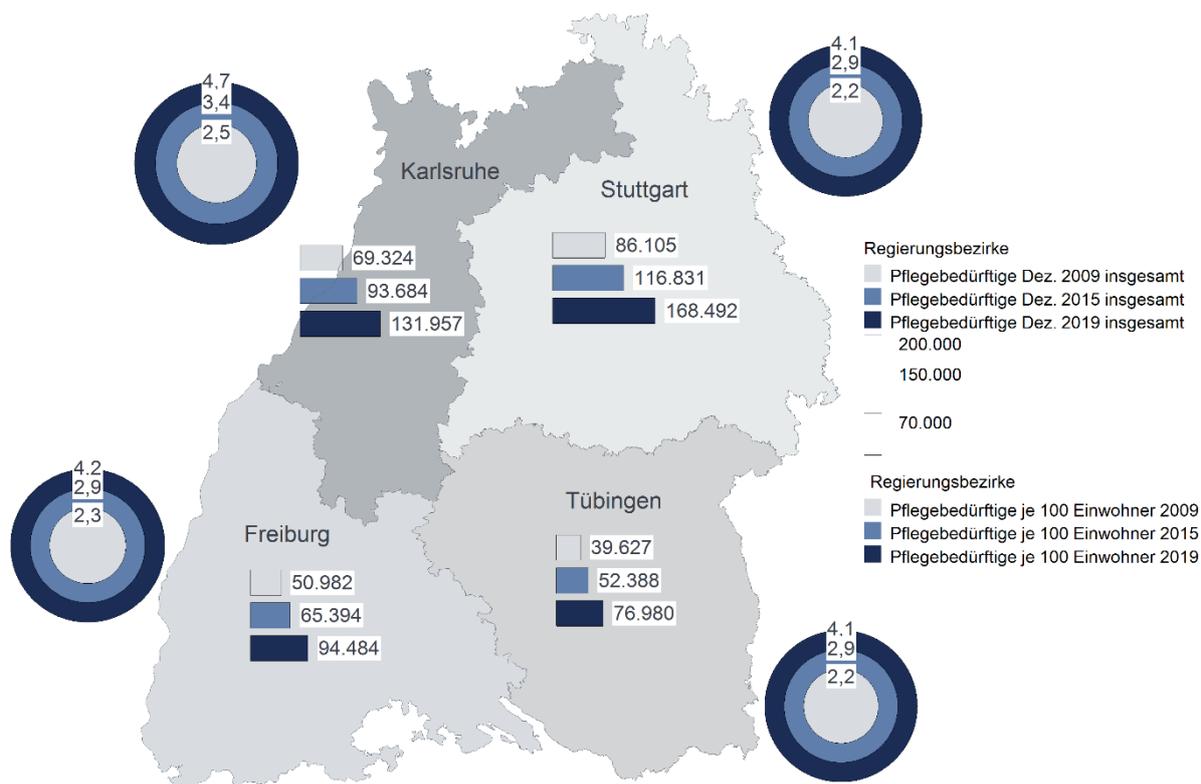


Abb. 8: Pflegebedürftige in Regierungsbezirken 2009-2019

Aktuelle Tendenzen und Entwicklungen sollen in einem weiteren Analyseschritt im Vergleich der Entwicklungen zwischen 2017 und 2019 vorgenommen werden, da dies die ersten Zeiträume sind, die unter den Bedingungen des neuen Erfassungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI zur Verfügung stehen.

Auf der Kreisebene zeigen sich dabei auch in den kurzzeitigen Veränderungen stark abweichende regionale Entwicklungen, die aufzeigen, dass landesweit keine homogenen Tendenzen zu beobachten sind. Eine Zunahme, die in allen Landkreisen und kreisfreien Städten zu beobachten ist, schwankt zwischen 8,8 Prozent (LK Main-Tauber-Kreis) und 23,8 Prozent (LK Alb-Donau-Kreis/LK Konstanz).

Kreise mit niedrigen Zuwachsraten sind der LK Main-Tauber-Kreis (8,8 Prozent), der SK Pforzheim (12,0 Prozent), der LK Ortenaukreis (13,0 Prozent), der SK Heidelberg (13,5 Prozent) sowie der Landkreis Heidenheim (13,7 Prozent.)

<sup>17</sup> Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde am 1.1.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt

Eine hohe Veränderung haben die nachfolgenden 10 Kreise aufzuweisen. In tabellarischer Form werden sowohl die jeweilige Anzahl der Pflegebedürftigen in 2017 und 2019 als auch die prozentualen Zuwächse ausgewiesen.

KREISE/KREISFREIE STÄDTE	ANZAHL IN 2017	ANZAHL IN 2019	ZUNAHME IN PROZENT
LK Konstanz	9.760	12.078	23,8 %
LK Alb-Donau-Kreis	6.660	8.245	23,8 %
LK Lörrach	7.564	9.333	23,4 %
LK Rhein-Neckar-Kreis	21.842	26.669	22,1 %
LK Hohenlohekreis	4.389	5.350	21,9 %
SK Stuttgart	17.340	21.091	21,6 %
LK Reutlingen	10.214	12.423	21,6 %
LK Böblingen	12.424	15.091	21,5 %
SK Freiburg im Breisgau	6.376	7.741	21,4 %
LK Emmendingen	5.903	7.143	21,0 %

Tab. 4: Top Ten der Kreise mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit 2017 bis 2019

Aktuell wird in Baden-Württemberg durch das Statistische Landesamt eine Prognosestudie zur weiteren Entwicklung der Pflegebedürftigkeit erstellt. Aus diesem Grunde wird in dem vorliegenden Bericht auf eine eigene Berechnung und Prognostik verzichtet

### Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen regional

Neben der Betrachtung der Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt ist die Verteilung nach den Leistungsarten der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen von Interesse. Sie haben einen besonderen Einfluss auf Fragen der Fachkräftesicherung und der regionalen Fachkräfteabdeckung. Hierbei ist insbesondere der personalintensive Bereich der stationären Versorgung von herausgehobenem Interesse.

In der Grafik werden auf der Ebene der Regierungsbezirke die Heimversorgungsquoten für 2017 und 2019 ausgewiesen. Auf der kreisbezogenen Ebene wird die Heimversorgungsquote aus 2019 beziffert.

In der übergeordneten Betrachtung sinkt die Heimversorgungsquote ab, was aus der starken Zunahme der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger resultiert und sich in den Relationen niederschlägt. Aktuell werden in den Regierungsbezirken zwischen 17,7 Prozent (Tübingen) und 20,6 Prozent (Freiburg) der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege betreut.

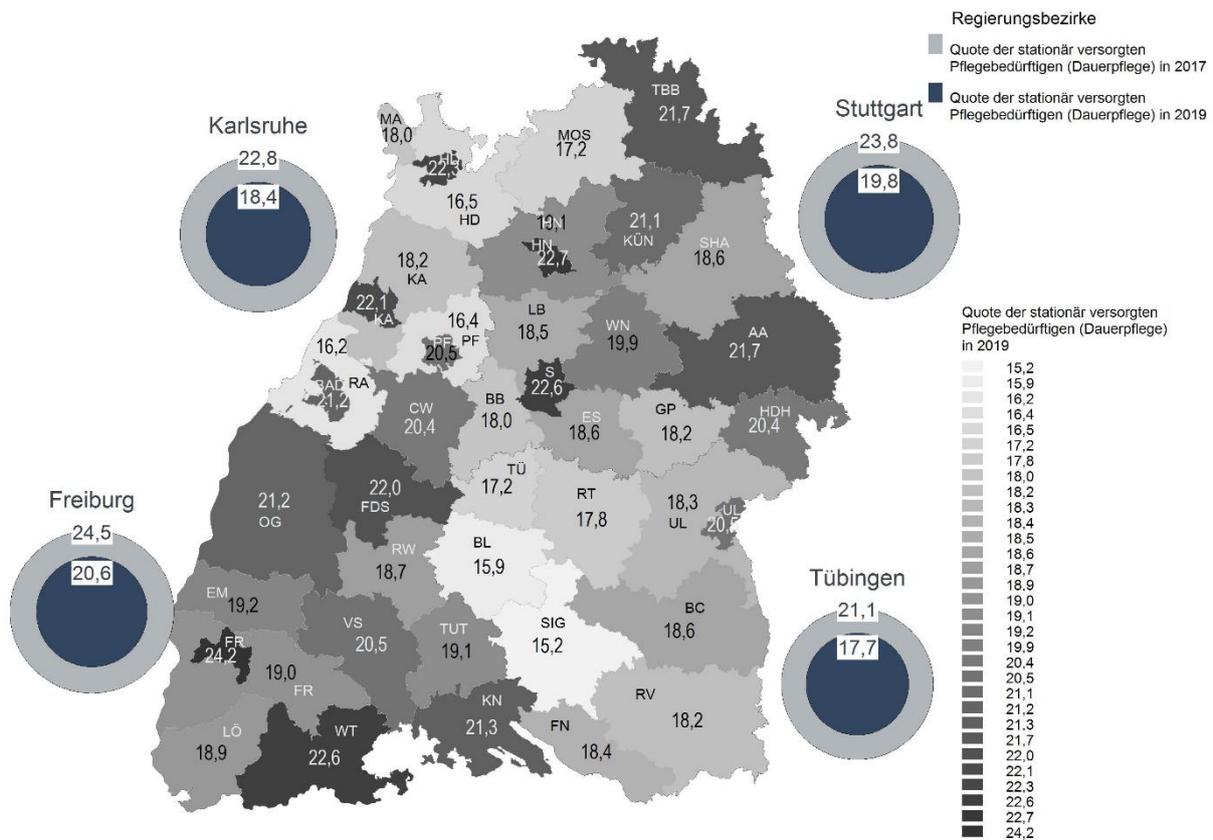


Abb. 9: Heimversorgungsquote in 2017 und 2019

Regional differenzierter jedoch ergibt sich eine höhere Spannweite zwischen 15,2 Prozent (LK Sigmaringen) und 24,2 Prozent (SK Freiburg im Breisgau). Insgesamt ist auffallend, dass in den Zentren bzw. den kreisfreien Städten die Heimversorgungsquote deutlich höher ist als in den ländlichen Regionen.

Unter den Städten mit hoher Heimversorgungsquote sind der SK Freiburg im Breisgau (24,2 Prozent), der SK Heilbronn (22,7 Prozent), der SK Stuttgart (22,6 Prozent), der SK Heidelberg (22,3 Prozent) sowie der SK Karlsruhe (22,1 Prozent). Unter den Landkreisen mit einer hohen Heimversorgungsquote finden sich der LK Waldshut (22,6 Prozent), der LK Freudenstadt (22,0 Prozent) sowie der LK Ostalbkreis und der LK Main-Tauber-Kreis (je 21,7 Prozent). Mit einer hohen Heimversorgungsquote geht auch eine hohe Personalbindung der Pflege in der Versorgung einher.

In einer statistischen Analyse wurde ein möglicher Zusammenhang der Heimversorgungsquote mit der Kaufkraft (bemessen im verfügbaren Jahreseinkommen je Einwohnerin/Einwohner in 2019) untersucht<sup>18</sup>. Im Ergebnis zeigt sich eine nur geringe Korrelation zwischen den beiden untersuchten Parametern (Pearson-Korrelation 0.181). Die Ergebnisse des schwachen Zusammenhangs sind statistisch nicht signifikant und können zufallsbedingt sein.

<sup>18</sup> Berechnet wurde eine Pearson-Korrelation (beidseitig) mit den Indikatoren: Verfügbares Einkommen je Einwohner in 2019 und Heimversorgungsquote in 2019.

## EINRICHTUNGEN DER VERSORGUNG

Im nachfolgenden Kapitel sollen die bestehenden Versorgungskapazitäten und -angebote in Baden-Württemberg betrachtet werden.

Neben den nachfolgend analysierten Sektoren und Versorgungseinrichtungen arbeiten Pflegekräfte auch in der Industrie, bei den Krankenkassen, in ärztlichen Praxen und anderen Einrichtungen mit. Kennzahlen zur konkreten Beschäftigung von Pflegenden liegen für diese Einrichtungen jedoch nicht vor. Die Analyse schließt daher die Kernsektoren der Versorgung ein.

### Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste sind eingebunden in die nachstationäre Versorgung nach Krankenhausaufenthalten sowie in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf. Sie arbeiten demnach an der Schnittstelle der Leistungsbereiche des SGB V sowie SGB XI und betreuen nicht selten Menschen, bei denen aus beiden Bereichen Leistungen zu erbringen sind. Spezialisierte Leistungsbereiche liegen dabei u.a. vor in der außerklinischen Intensivversorgung, in der palliativen Versorgung, der Wundversorgung, der Betreuung psychisch Kranker oder auch von Kindern und Jugendlichen und weiteren Leistungen. Die Spannweite des Leistungsgeschehens umfasst neben den personennahen Leistungen der direkten Versorgung und Behandlung auch stabilisierende und flankierende Dienste, wie Begleitungsleistungen oder hauswirtschaftliche Leistungen.

In ambulanten Pflegediensten werden in höherem Maße Pflegebedürftige mit niedrigeren Pflegegraden versorgt. Insbesondere dominiert hier der Pflegegrad 2 als häufigste benannte Klassifizierung.

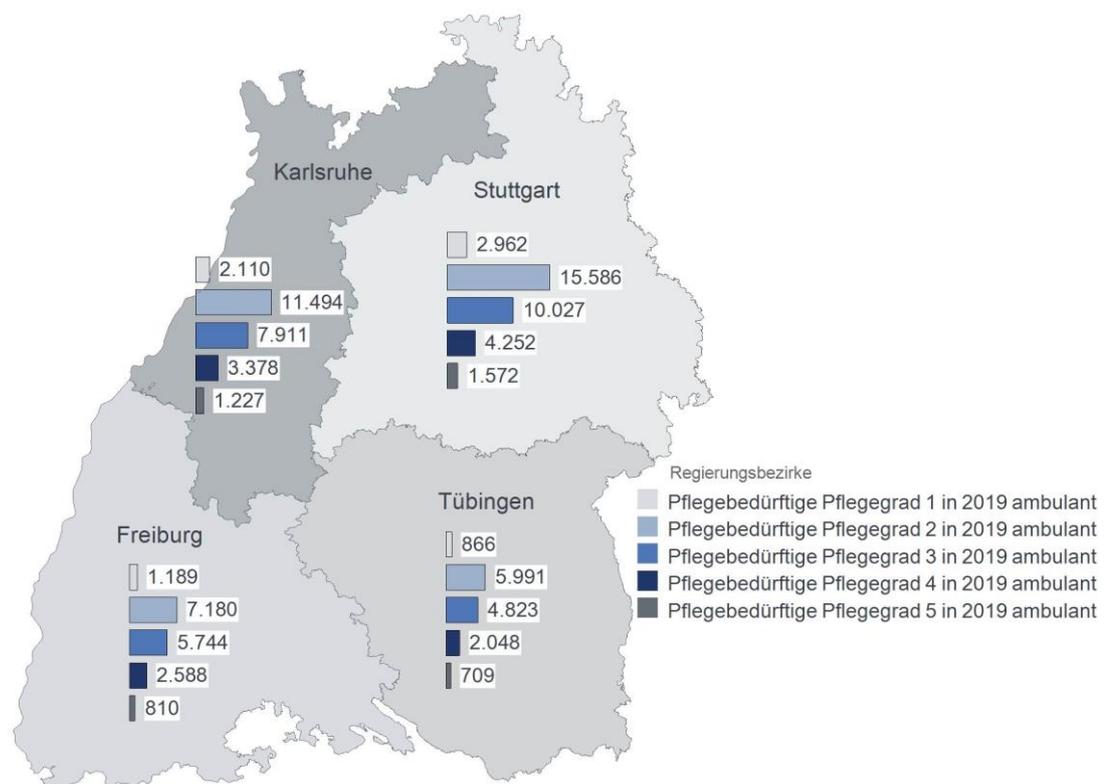


Abb. 10: Pflegebedürftige ambulant nach Pflegegraden in 2019

Die meisten Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgung finden sich im Regierungsbezirk Stuttgart. Hier sind auch die meisten Pflegedienste selbst verortet und es werden auch die höchsten personellen Ressourcen (14.931 Personal in ambulanten Diensten insgesamt) eingesetzt. In Baden-Württemberg insgesamt werden 77 Pflegebedürftige in den unterschiedlichen Pflegegraden pro ambulantem Pflegedienst betreut. In Stuttgart sind es mit 81 geringfügig mehr Pflegebedürftige pro Dienst.

Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl der ambulanten Dienste im 10-Jahres-Zeitraum, so weisen alle Regierungsbezirke eine Zunahme der Einrichtungen aus.

Die Ausweisung der Anzahl der Dienste als alleinige Kennziffer ist jedoch nicht aussagekräftig, denn durch z.B. Fusionierungen oder ein starkes Wachstum der bestehenden Einrichtungen können auch auf der Basis des Bestands Ausweitungen der Versorgung realisiert werden. Dennoch geben die Entwicklungszahlen einen Einblick und erlauben den Vergleich zwischen den Regionen.

Überwiegend sieht man auf der Ebene der Regierungsbezirke eher moderate Zuwachsraten in der ambulanten Versorgung. Um die vorliegenden Kennzahlen in einen Kontext zu stellen, wurden für die Regierungsbezirke die Veränderungen bezogen auf die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit einbezogen. Hier weisen alle Regierungsbezirke deutliche Erhöhungen aus.

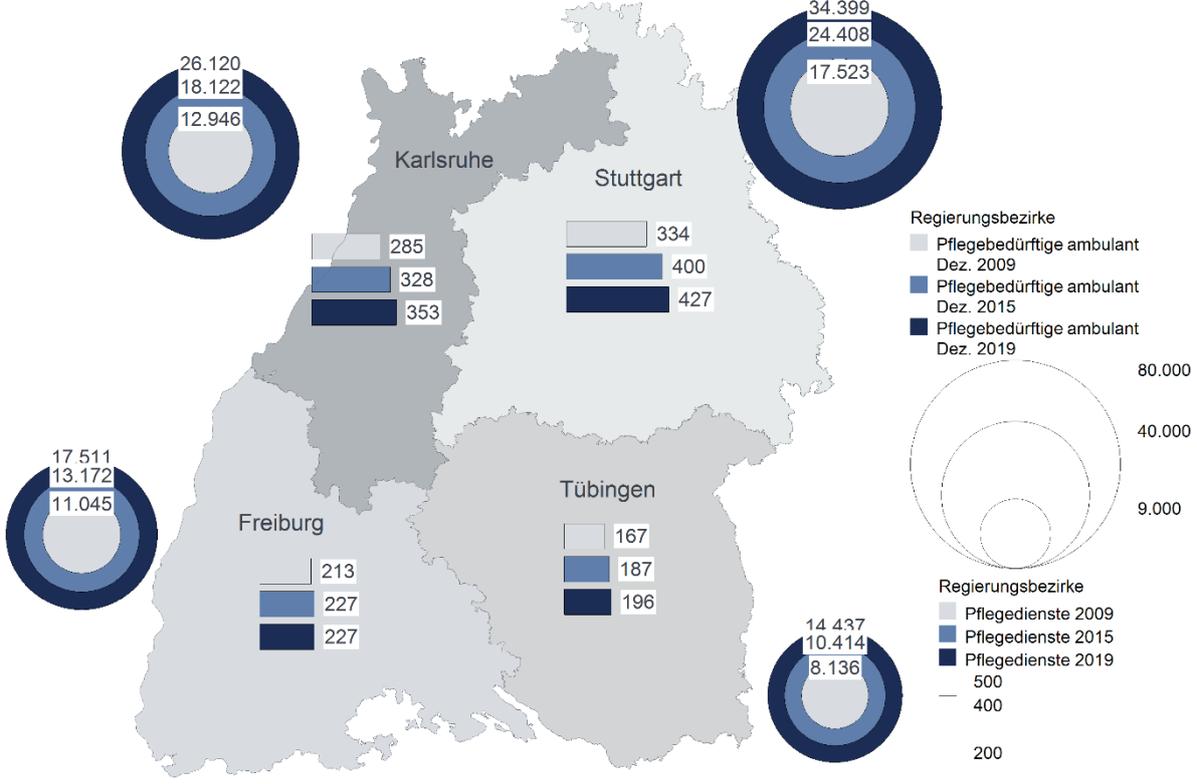


Abb. 11: Entwicklung Anzahl ambulanter Dienste und betreute pflegebedürftige Menschen 2009-2019

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Flächenverteilung der ambulanten Dienste und ambulanten Angebote in Baden-Württemberg auf der Basis der Standortdaten des AOK Pflegenavigators mit Stand Oktober 2021. In der Pflegestatistik des Landes werden für 2019 insgesamt

1.203 ambulante Pflegedienste geführt. Diese verteilen sich auf 954 ambulante Dienste in Landkreisen und 249 in kreisfreien Städten. Die Daten des Pflegenavigators weisen gegenüber der Pflegestatistik eine deutlich höhere Zahl der ambulanten Dienste und Angebotsstrukturen aus. Hier konnten insgesamt 1.528 Dienste identifiziert werden. Abweichungen ergeben sich durch einen zwischenzeitlichen Aufbau an weiteren Strukturen sowie durch Unterschiede in der Erfassung von ambulanten Diensten und Standorten der Dienste. Zentral ist jedoch, dass beim AOK-Pflegenavigator auch Dienste aufgenommen sind, die Entlastungen im Alltag bei der Haushaltsführung oder andere Formen der Unterstützung anbieten, die abrechnungsfähig sind (z.B. Betreuungs- und Entlastungsleistungen im häuslichen Umfeld oder niedrigschwellige Betreuungsangebote, wie z.B. Demenzgruppen). So ergeben sich insbesondere in den Zentren erhebliche Abweichungen gegenüber der Pflegestatistik. In Stuttgart (SK) werden in der Pflegestatistik 2019 insgesamt 68 ambulante Dienste verzeichnet, der Pflegenavigator erfasst unterstützende Dienste darüber hinaus, die summiert mit den ambulanten Diensten im engeren Sinne 116 Anbieter umfassen.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke ist in der nachfolgenden Grafik die Anzahl der in der Pflegestatistik geführten ambulanten Dienste für 2019 in den Kreisen ausgewiesen. Ebenso wurde erneut die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen in 2019 mit aufgenommen. In einem schwachen Grauton sind in der Landkarte die Siedlungsflächen in Baden-Württemberg abgebildet. So sind optische Lücken in den Versorgungsangeboten oder höhere Distanzen zwischen den Punkten nicht gleichbedeutend mit bestehenden Versorgungslücken, wenn in der betreffenden Region Wald- oder Gebirgsflächen vorherrschen und keine Siedlungsräume.

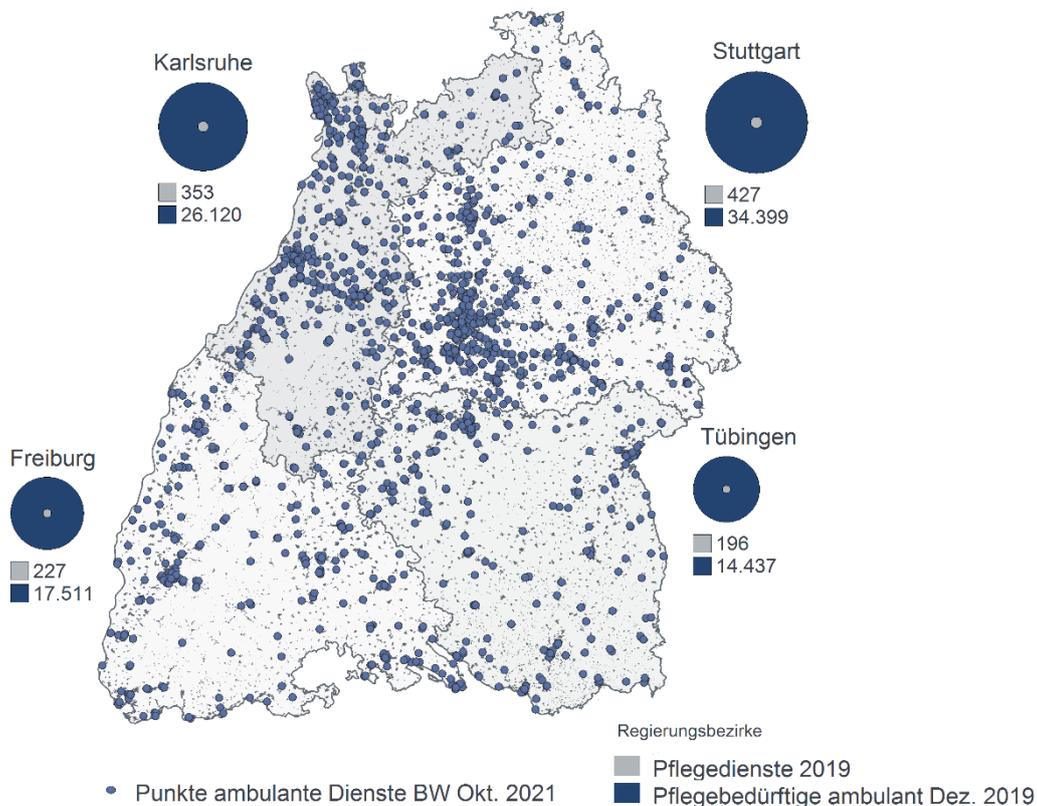


Abb. 12: Regionale Verteilung der ambulanten Dienste 2019

Für Baden-Württemberg kann eine flächendeckende Verteilung der ambulanten Dienste und eine hohe Erreichbarkeit in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten beschrieben werden. So werden in Stuttgart in 2019 insgesamt 68, im LK Rhein-Neckar-Kreis 60, im LK Karlsruhe 55, im LK Ortenaukreis 52, im LK Esslingen sowie im LK Ludwigsburg jeweils 50 ambulante Dienste ausgewiesen. Niedrige Werte weisen der LK Waldshut mit 10, der SK Baden-Baden mit 11, die LK Hohenlohekreis, LK Tuttlingen sowie der LK Sigmaringen mit jeweils 13 ambulanten Diensten auf. Eine Distanzmessung (auf der Ebene der Distanz zwischen den jeweils nächsten zu erreichenden Diensten in Kilometern über das Straßennetz) ergibt in Baden-Württemberg, dass lediglich 19 von insgesamt 1.528 ambulanten Versorgungs- und Betreuungsangeboten eine Entfernung zum nächstgelegenen Anbieter von über 10 Kilometern aufweisen. Für 1.361 Anbieter gilt, dass ein weiteres Angebot im Umkreis von 5 Kilometern besteht.

Trotz der flächenmäßigen Abdeckung und Erreichbarkeit lässt sich aus den bestehenden Daten nicht ableiten, ob es sich um eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur handelt. Dazu bedarf es des Abgleichs zwischen den Kapazitäten und den regionalen Bedarfen und Anfragen zur Aufnahme in die Versorgung. Diese Daten bestehen in der vorliegenden Form nicht. Durchschnittlich wurden in 2019 von einem ambulanten Pflegedienst 78 Pflegebedürftige betreut. Die Spannweite der Relation, die sich aus der Anzahl der ambulanten Dienste in einer Region und der Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen ergibt, reicht dabei in Baden-Württemberg von 40,2 (SK Heidelberg) bis 176 (LK Schwäbisch Hall). Dies kann als Indiz betrachtet werden, der auf eine sehr heterogene Belastung/Auslastung hinweist.

Insgesamt besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegedienste und der Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen<sup>19</sup>, wie das nachfolgende Streudiagramm aufzeigt.

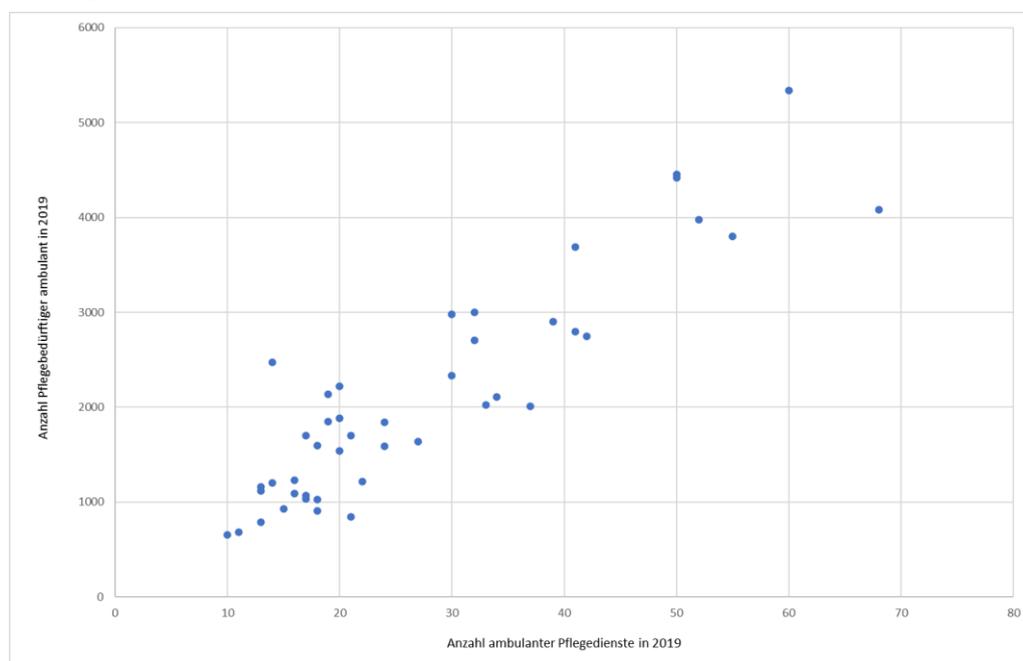


Abb. 13: Zusammenhang zwischen Anzahl ambulanter Dienste und ambulant betreuter Pflegebedürftiger in 2019

<sup>19</sup> Eine statistische Berechnung (bivariate Pearson-Korrelation) ergab, dass ein hoher Zusammenhang besteht (0.907). Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die Personalkennzahlen der ambulanten Dienste werden nachfolgend vorgestellt und regional auf der Ebene der Regierungsbezirke analysiert. Dabei wird die Anzahl des Personals in Relation zur Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Zeitreihe von 2009 bis 2019 betrachtet. Inkludiert sind dabei nicht nur Pflegendende, sondern die Beschäftigten in den ambulanten Diensten insgesamt. Anhand der Kennzahl kann die Personalintensität ausgedrückt werden, die eingesetzt wird, um Pflegebedürftige in den ambulanten Diensten zu versorgen.

In allen Regierungsbezirken sieht man eine Abnahme der Personalintensität in der Betreuung. Waren in 2009 in den Regierungsbezirken noch rund 50 Personen in die Versorgung von rund 100 Pflegebedürftigen eingebunden, so sinken die relativen Kennzahlen in der Verlaufsreihe von 10 Jahren auf etwas über 40 Personen. Dies ist wesentlich begründet in der Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Versorgung und einer zeitgleichen Personalsteigerung, die in der Ausprägung jedoch nicht an die Entwicklung der Pflegebedürftigen anschließt.

Da es insbesondere in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Steigerung der Pflegebedürftigkeit kam (und hier überwiegend in den ersten Schweregraden), werden in den ambulanten Diensten mehr Pflegebedürftige mit einer vergleichsweise ähnlichen Personalanzahl betreut.

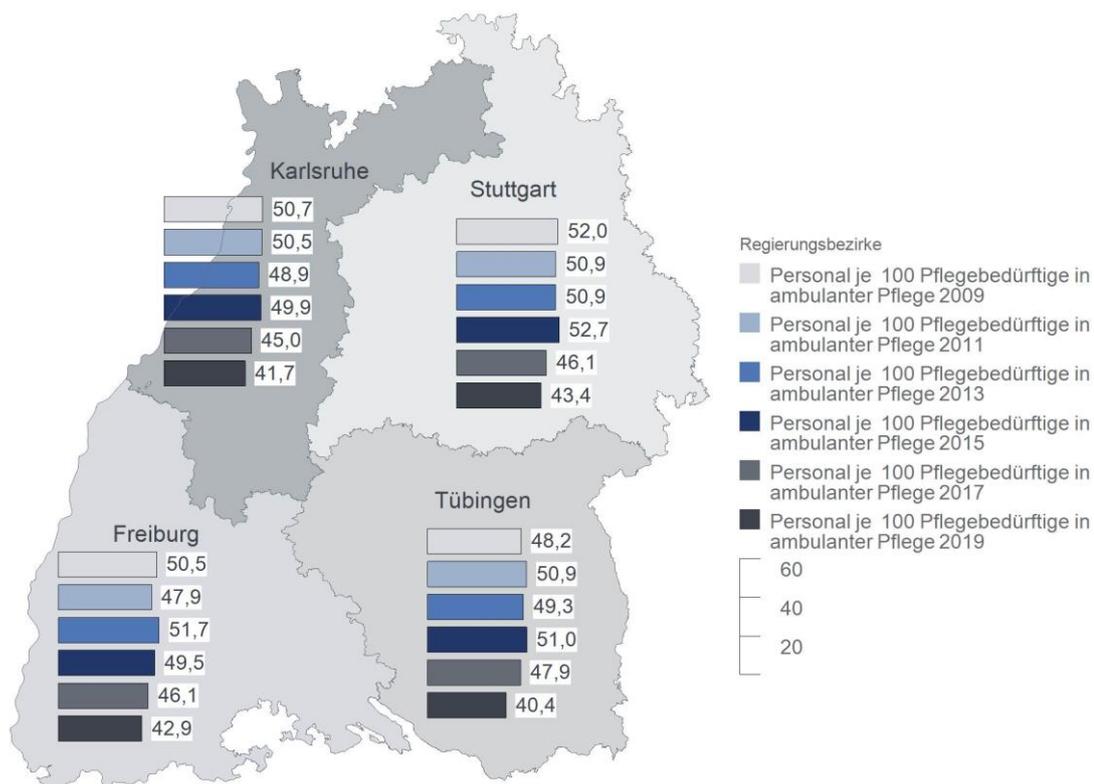


Abb. 14: Personal je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege 2009 bis 2019

Die relationale Kennzahl ist dabei im Zusammenhang mit der korrespondierenden Kennzahl in der stationären Versorgung verbunden zu betrachten und zu diskutieren. Die Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Kontexten sind nicht zuletzt aufgrund der höheren Pflegegrade und Einschränkungen mit einem erheblich höheren personellen Aufwand verbunden.

Sinken die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, so steigt die Nachfrage in dem personalintensiveren Bereich weiter an. Dies hat Auswirkungen auf den Fachkräftebedarf in der Versorgung.

## Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Gesamtbetrachtungen zur Entwicklung der teil-/vollstationären Pflege beschrieben. Eine dezidierte Analyse der einzelnen Versorgungsbereiche (insbesondere der Kurzzeitpflege) werden an dieser Stelle nicht als Exkurs geführt.

Insgesamt ist die Problematik der angemessenen Versorgung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bekannt und wird konzeptionell und finanziell entsprechend gesondert betrachtet (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 15.01.2020, 2019). Im Rahmen der vorliegenden Gesamtbetrachtung zum Fachkräftebereich in der Versorgung kann eine Bedarfseinschätzung bezogen auf die Versorgungsform nicht erfolgen und müsste in einer gesonderten Evaluation bezogen auf die Erfolge der Maßnahmen betrachtet werden.

In stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg werden überwiegend Pflegebedürftige mit höhergradigen Einschränkungen betreut. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung dominiert hier der Pflegegrad 3, gefolgt vom Pflegegrad 4. Durchschnittlich sind im stationären Bereich in Baden-Württemberg 57 Pflegebedürftige in einer Einrichtung in Betreuung.

Die meisten Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen werden im Regierungsbezirk Stuttgart betreut, hier sind 34.550 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege sowie 4.045 in teilstationärer Pflege. Zugleich bestehen mit 684 Einrichtungen in 2019 die höchsten Ressourcen und mit 38.000 Beschäftigten der größte Personalbestand im Bundesland.

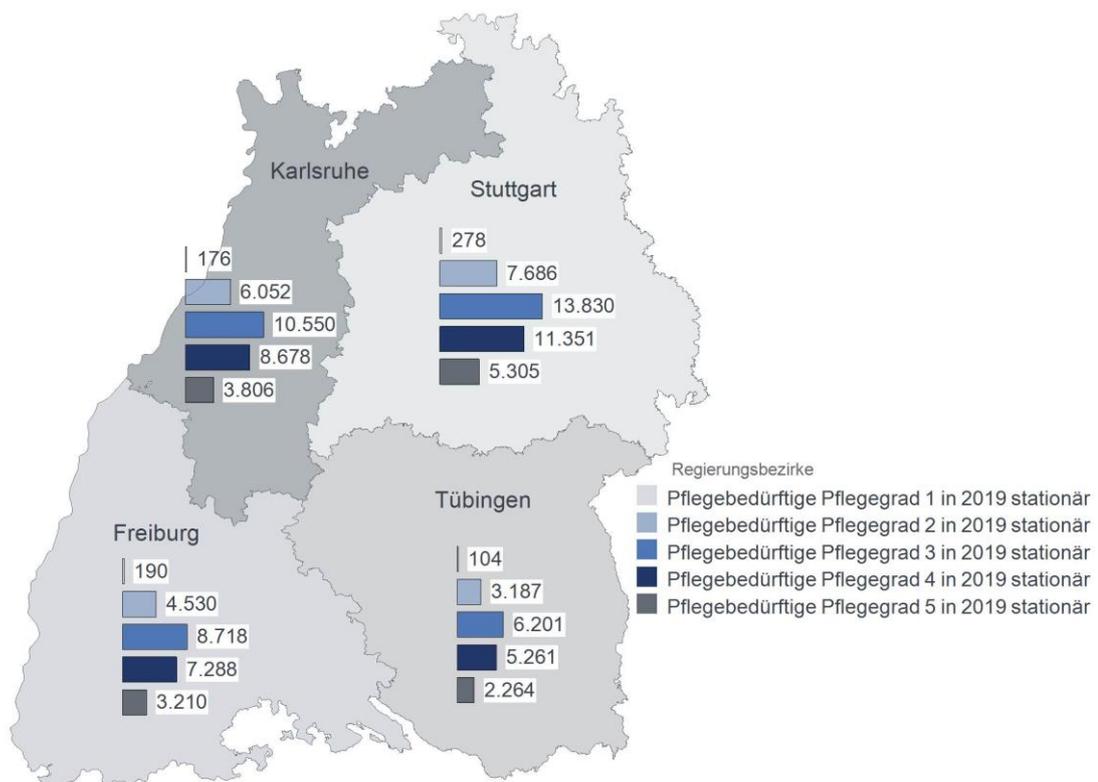


Abb. 15: Pflegebedürftige stationär nach Pflegegraden in 2019

Bei den stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg lässt sich, analog zur Entwicklung der ambulanten Dienste, ein Wachstum beobachten. Insgesamt werden in der Pflegestatistik Baden-Württemberg (2019) 1.912 Einrichtungen ausgewiesen. Gegenüber dem vorherigen Erfassungsjahr 2017 ist hier ein Zuwachs von 135 Einrichtungen im Bundesland zu verzeichnen. Im deutschlandweiten Vergleich bestehen lediglich in NRW (2.960) sowie in Bayern (2.016) mehr stationäre Einrichtungen. Von den 1.912 stationären Einrichtungen werden für die vollstationäre Dauerpflege 1.519 angeführt. Eine Kurzzeitpflege wird in 235 Einrichtungen realisiert, eine teilstationäre Versorgung in 671 Einrichtungen angeboten<sup>20</sup>.

Bezogen auf den wichtigen Aspekt der vollstationären Kurzzeitpflege (für die Angehörigen, die in der Häuslichkeit eine pflegerische Versorgung übernehmen) kann beschrieben werden, dass mit 1.000 ausgewiesenen verfügbaren Plätzen im Land eine Kapazität von lediglich 0,9 Prozent aller Plätze besteht.

In allen Regierungsbezirken ist die Anzahl der Einrichtungen in der Zeitreihe der vergangenen 10 Jahre gestiegen.

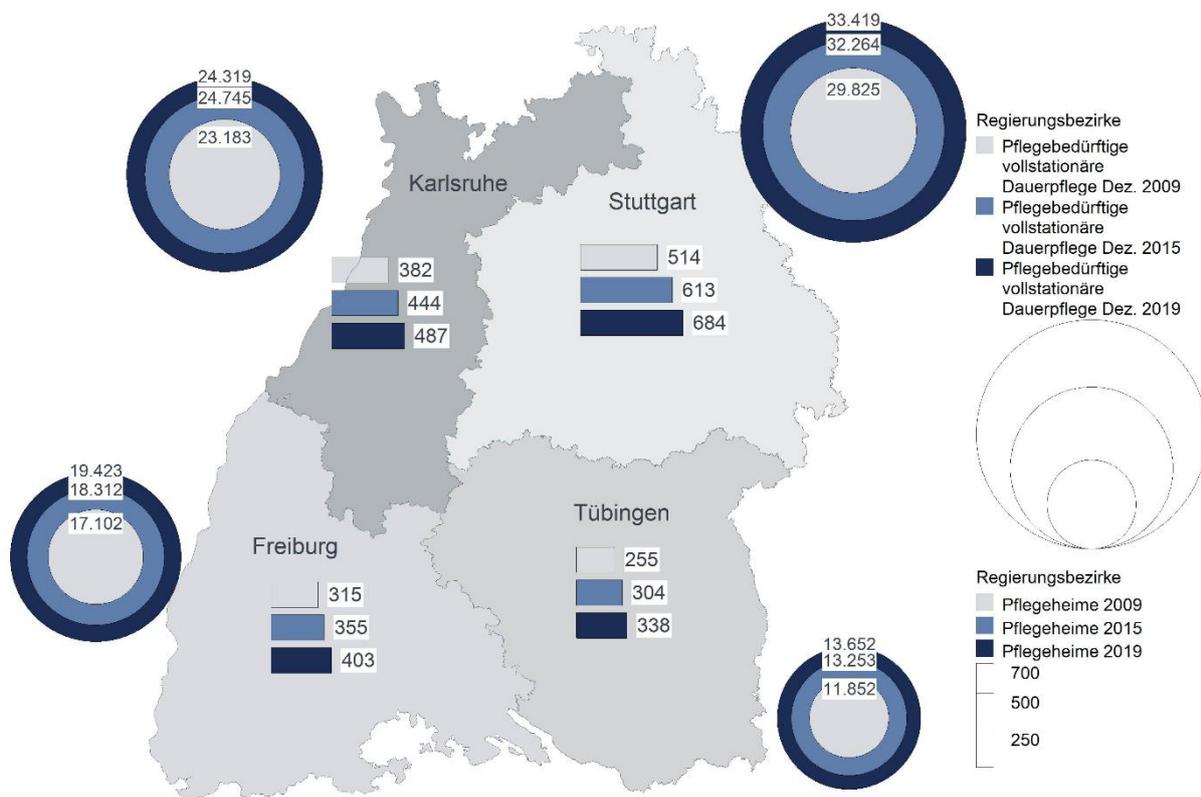


Abb. 16: Entwicklung Anzahl stationärer Einrichtungen 2009-2019

In die Grafik aufgenommen ist (in den Kreisen) die Entwicklung der Anzahl an Personen, die im jeweiligen Jahr in vollstationärer Dauerpflege betreut werden, da dieser Bereich der größte Versorgungsbereich im stationären Kontext ist. Auch für die vollstationär betreuten Pflegebedürftigen lässt sich in den Regierungsbezirken ein Zuwachs verzeichnen, der jedoch insbesondere im Regierungsbezirk Karlsruhe insgesamt moderat ausfällt. Zwischen 2015 und 2019 lässt

<sup>20</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022: Pflegeheime, Verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Bundesländer, Stichtag, Art der Pflegeleistung

sich in Karlsruhe sogar ein Rückgang feststellen, in den anderen Regierungsbezirken ergeben sich in den vergangenen vier Jahren nur geringfügige Entwicklungen. Damit kann von einer insgesamt eher stabilen und wenig dynamischen Situation in der stationären Versorgung ausgegangen werden, aus der sich jedoch keine Bedarfsgerechtigkeit oder eine angemessene regionale Sicherung ableiten lässt.

Für den stationären/teilstationären Bereich lassen sich konkrete Entwicklungen auch auf der Ebene der Heimplätze ermitteln.

In der nachfolgenden Grafik ist auf der Ebene der Regierungsbezirke in den Balken die Anzahl der verfügbaren Plätze in den teil-/vollstationären Einrichtungen insgesamt abgebildet<sup>21</sup>. Der Anteil der teilstationären Plätze ist dabei tendenziell gering und schwankt für das Jahr 2019 zwischen 6,6 Prozent (Stuttgart) und 10,3 Prozent (Tübingen).

In den Kreisen neben den Regierungsbezirken ist die relative Anzahl der Plätze in Pflegeheimen je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in der abgebildet.

Während sich in den Regierungsbezirken die Anzahl der zur Verfügung stehenden Heimplätze zwischen 2009 und 2019 in allen Regierungsbezirken erhöht hat, zeigt sich in der relativen Entwicklung, dass sich in Karlsruhe eine minimale Abnahme an Kapazitäten der Plätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner feststellen lässt. In Stuttgart sowie in Freiburg ist das Angebot je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern zwischen 2009 und 2019 stabil, in Tübingen findet sich eine moderate Zunahme.

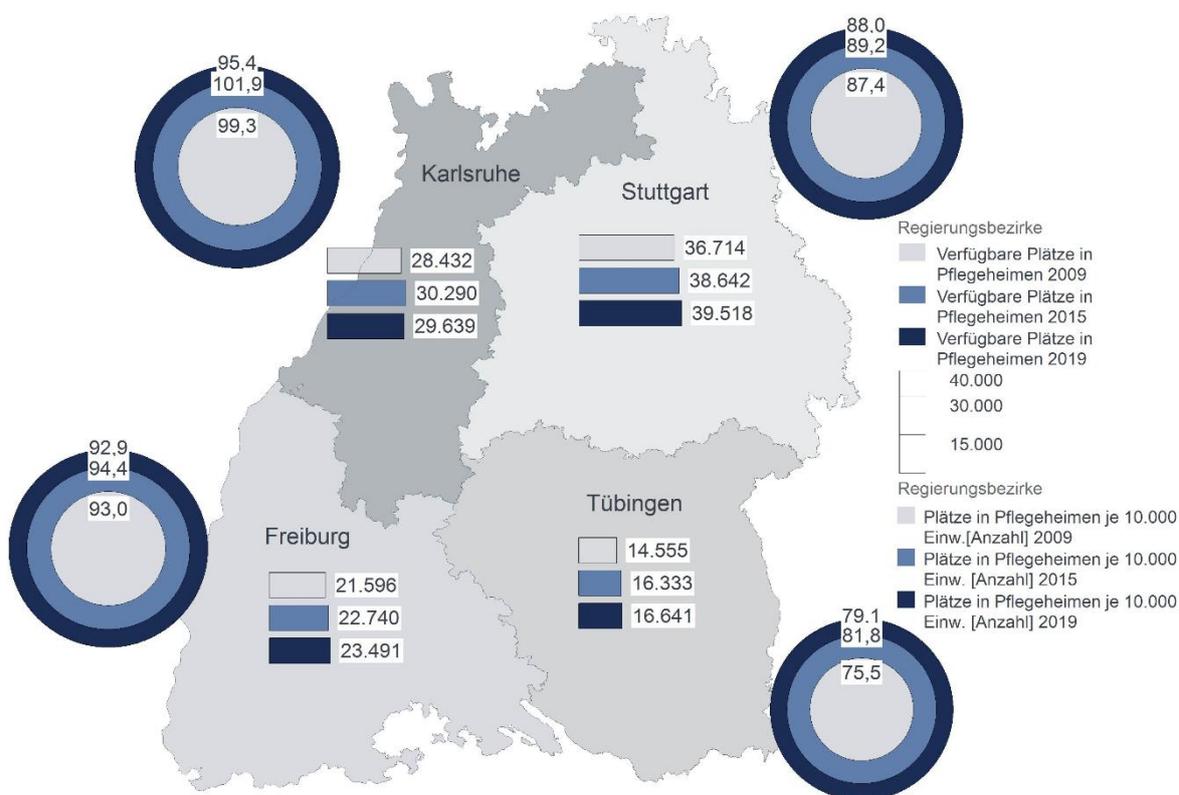


Abb. 17: Vollstationäre Einrichtungen und Pflegeplätze Pflegestatistik 2019

<sup>21</sup> Dabei wurden die in der Pflegestatistik ausgewiesenen Heimplätze für die vollstationäre Pflege mit denen für die teilstationäre Pflege summiert.

Die regionale Versorgungsdichte der teil-/vollstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg zeigt sich in der nachfolgenden Grafik. Aufgenommen sind die Standorte der Einrichtungen, die Siedlungsflächen sowie, für die Regierungsbezirke, die Anzahl der stationären Einrichtungen insgesamt und die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung und Kurzzeitpflege in 2019.

Die Pflegestatistik 2019 weist insgesamt 1.912 Einrichtungen aus. Der Pflegenavigator der AOK listet für den Oktober 2021 insgesamt 1.961 Einrichtungen. Insgesamt kann daher auch zwischen 2019 und 2021 von einem weiteren Aufwuchs der Versorgungsangebote im stationären Kontext ausgegangen werden.

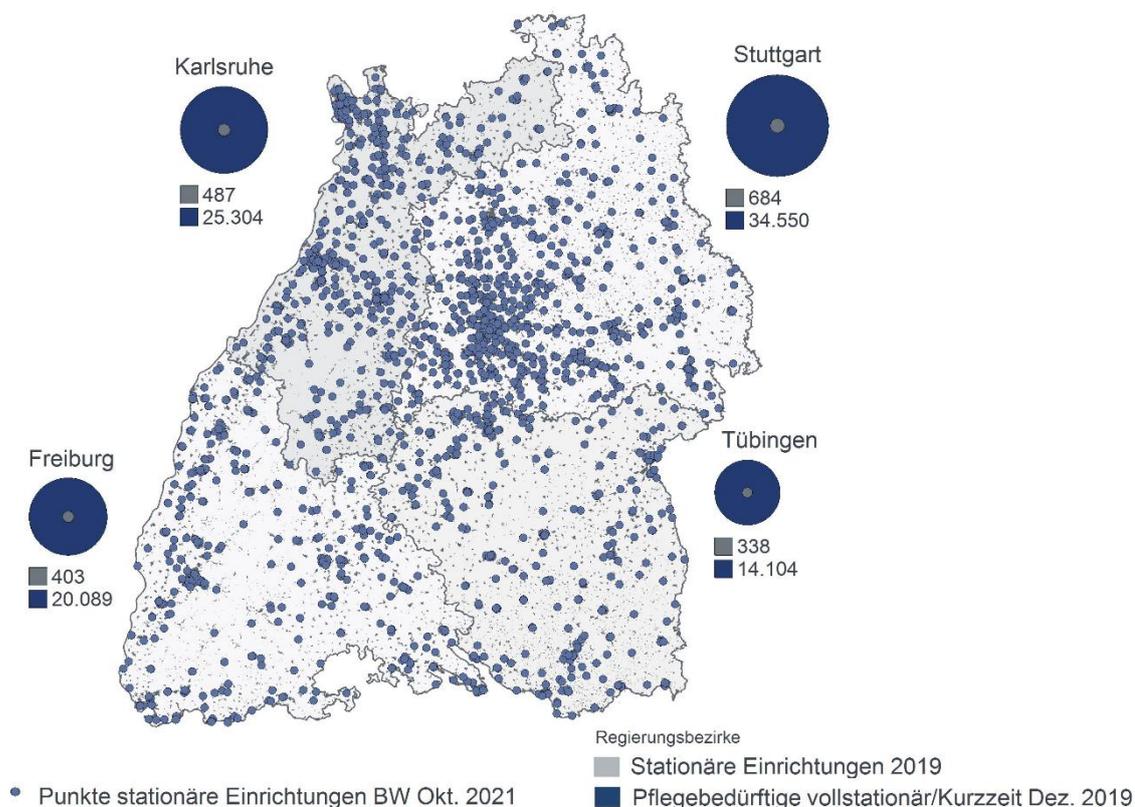


Abb. 18: Regionale Verteilung der teil-/vollstationären Einrichtungen 2019

Die regionale Abdeckung der Versorgungsangebote ist hoch. Nur in 15 Landkreisen existieren Distanzen zwischen zwei Einrichtungen, die oberhalb von 10 Kilometern im Straßennetz liegen. Potenziell ergeben sich damit insgesamt flächendeckend in Baden-Württemberg ortsnahe und erreichbare Betreuungsmöglichkeiten, wobei eine Angemessenheit der zur Verfügung stehenden Plätze mit der Analyse nicht beschrieben werden kann.

Insgesamt besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der stationären Einrichtungen und der Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen insgesamt<sup>22</sup>, wie das folgende Streudiagramm aufzeigt.

<sup>22</sup> Eine statistische Berechnung (bivariate Pearson-Korrelation) ergab, dass ein hoher Zusammenhang besteht (0.939). Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,00 (2-seitig) signifikant.

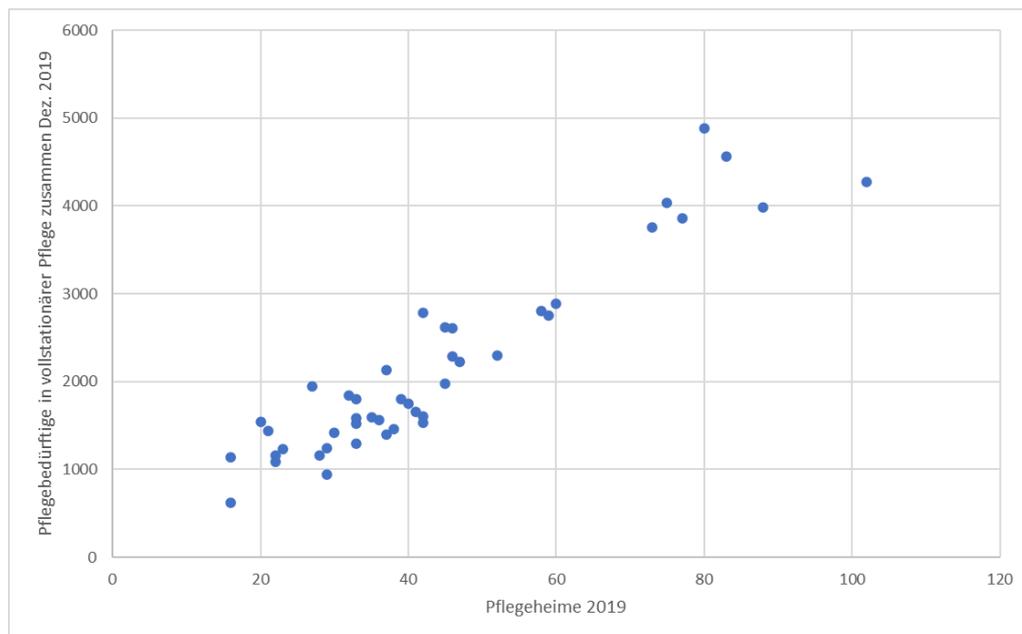


Abb. 19: Zusammenhang zwischen Anzahl stationärer Einrichtungen und stationär betreuter Pflegebedürftiger 2019

Auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte ist die Relation der zur Verfügung stehenden Plätze in stationären Einrichtungen bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner ab der Altersgruppe 75+ relevant<sup>23</sup>, um eine regionale Kapazität erfassen zu können. Wie beschrieben, finden sich Pflegebedürftige insbesondere in den höheren Altersgruppen (und mit höheren Pflegegraden) in der stationären Versorgung.

In der statistischen Analyse<sup>24</sup> konnte ein hoher direkter Zusammenhang (Korrelationskoeffizient von 0,96 mit einer 2-seitigen Signifikanz von <0,01) zwischen den beiden Indikatoren ermittelt werden, sodass ein direkter und zufallsunabhängiger Zusammenhang zwischen der Anzahl der Heimplätze und der Anzahl der hochaltrigen Bevölkerung besteht.

Die Spannweite der zur Verfügung stehenden Heimplätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahre liegt in Baden-Württemberg zwischen 68,7 (LK Bodenseekreis) und 136,6 (LK Neckar-Odenwald-Kreis). Damit liegt ungeachtet einer insgesamt hohen Korrelation zwischen der Anzahl älterer Menschen und der Heimplatzstruktur eine unterschiedliche Angebotsstruktur in Baden-Württemberg vor.

In der nachfolgenden Grafik werden für die Landkreise und kreisfreien Städte die relativ zur Demografie (Einwohnerinnen und Einwohner 75+ in 2021) zur Verfügung stehenden Plätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in 2019 ausgewiesen. In den Regierungsbezirken wird die Gesamtzahl an Personen über 75 Jahre in den Kreisen abgebildet.

<sup>23</sup> Kalkuliert wurden hierbei die verfügbaren Plätze in Pflegeheimen in 2019/ Bevölkerung über 75 Jahre zum 31.12.2021\*1000

<sup>24</sup> Berechnet wurde eine bivariate Pearson-Korrelation mit den Indikatoren: Bevölkerung über 75 Jahre in 2021 und Heimplätze in 2019.

# ENTWICKLUNGEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

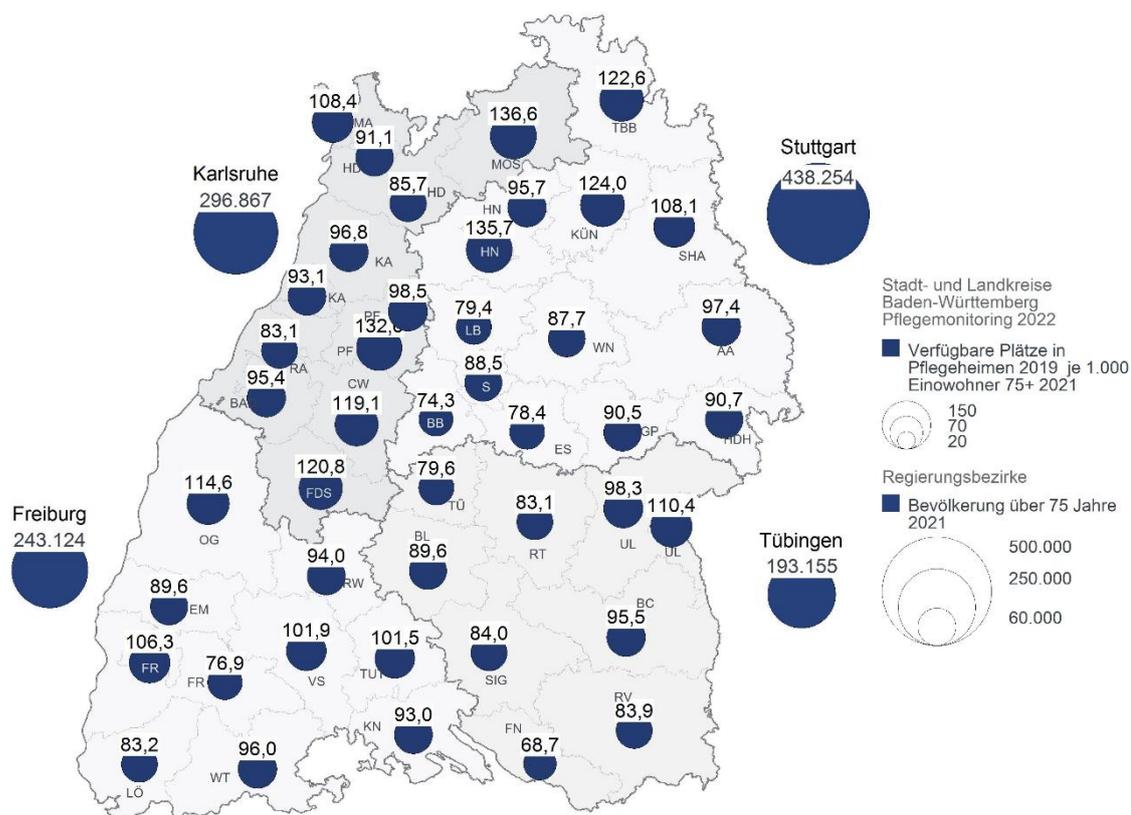


Abb. 20: Plätze in stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 75+

In der Gesamtschau wird deutlich, dass sich keine direkten Zusammenhänge zwischen Zentren und einer höheren Anzahl an Heimplatzangeboten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 ergeben.

Die Angebotsstruktur in den Städten ist damit nicht per se höher als in ländlich geprägten Regionen. Die Liste mit den Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit den meisten Plätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahre verdeutlicht dies. So finden sich zahlreiche Landkreise unter den Regionen, in denen eine potenziell höhere Versorgungskapazität bezogen auf die Heimplätze besteht.

KREISE/KREISFREIE STÄDTE	EINWOHNERIN- NEN/EINWOHNER 75+ IN 2021	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGEHEIMEN INSGESAMT IN 2019	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGE- HEIMEN JE 1.000 EW 75+
LK Neckar-Odenwald-Kreis	15.356	2.097	136,6
SK Heilbronn	12.899	1.750	135,7
SK Pforzheim	13.193	1.749	132,6
LK Hohenlohekreis	10.956	1.358	124,0
LK Main-Tauber-Kreis	14.865	1.823	122,6
LK Freudenstadt	12.445	1.503	120,8
LK Calw	16.958	2.020	119,1

LK Ortenaukreis	45.583	5.225	114,6
SK Ulm	12.398	1.369	110,4
SK Mannheim	29.315	3.179	108,4

Tab. 5: Top Ten Landkreise und kreisfreie Städte mit den Heimplätzen je 1.000 EW 75+

Bezogen auf die Personalstrukturen der stationären Versorgung insgesamt zeigt sich in der Zeitreihe eine Zunahme an Personal in Relation zur Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen. Als unspezifischer Marker kann anhand der Kennzahl verdeutlicht werden, dass es sich bei der stationären Versorgung um einen sehr personalintensiven Bereich handelt, in dem zunehmende Ressourcen aufwendet werden.

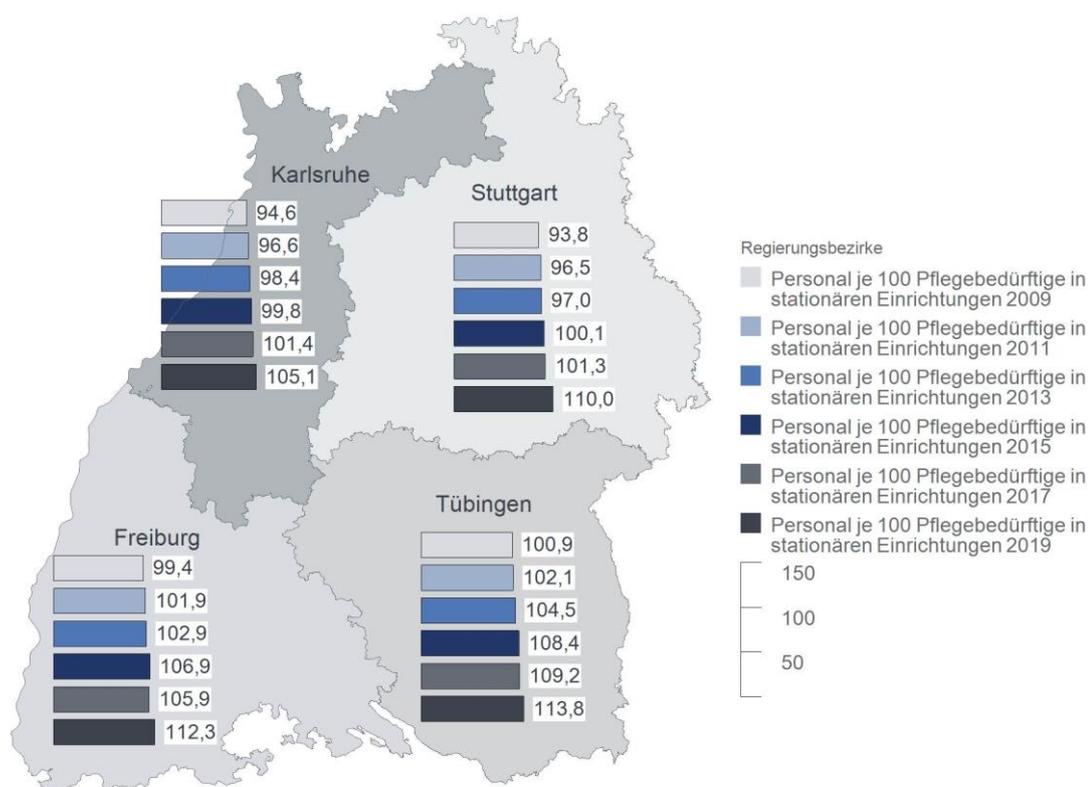


Abb. 21: Personal je 100 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen 2009 bis 2019

Da es sich um eine Relation des Gesamtpersonals handelt, kann dies nicht in einen direkten Zusammenhang zur pflegerischen Betreuung gestellt werden. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich durch den vermehrten Personaleinsatz in direkter Konsequenz Verbesserungen der Betreuung und Versorgung finden müssen. Betrachtet werden muss, dass bezogen auf die Pflegebedürftigen keine Kennzahlen berücksichtigt werden, die über eine Veränderung der Pflegebedürftigkeit oder die Zunahme an Demenz Auskunft geben. Somit kann eine relationale Personalerhöhung auch notwendig sein, wenn sich Schweregrade der Versorgung und Einschränkungsgrade der Bewohnerinnen und Bewohner substantziell erhöhen.

### Krankenhäuser

Krankenhäuser stellen für den Pflegebereich das größte Betätigungsfeld dar. Aus diesem Grund müssen in sektorenübergreifenden Analysen die Krankenhäuser zentral mit einbezogen werden. Insgesamt wurden (nach Krankenhausstatistik des Landes Baden-Württemberg 2020) 51.462 Gesundheits- und Krankenpflegende, 5.762 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie 2.152 Altenpflegende auf Fachkraftniveau (dreijährig qualifiziert) in den Krankenhäusern beschäftigt. Hinzu kommen 2.319 Kranken- sowie Altenpflegehelferinnen und -helfer.

Im Krankenhausadressverzeichnis 2020 werden für Baden-Württemberg insgesamt 337 Standorte verzeichnet. Eingeschlossen sind dabei alle allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie Privatkliniken. Da einzelne Kliniken mehrere Standorte haben oder aus einzelnen Kliniken bestehen, liegt die Anzahl höher als im Standortverzeichnis (n=252).

In den Tabellen zu den Grundinformationen der Krankenhäuser führt das Statistische Landesamt Baden-Württemberg<sup>25</sup> bereits die Kennzahlen für 2021. Es werden 246 Krankenhäuser mit insgesamt 54.185 Betten ausgewiesen. Die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten lag bei rund 1,87 Millionen. Dabei ergibt sich gegenüber dem Jahr 2019 ein Rückgang von rund 270.000 behandelten Personen, was im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu bewerten ist. Die durchschnittliche Bettenauslastung sinkt zwischen 2019 und 2021 erwartungsgemäß aufgrund der Pandemie und den damit verbundenen Reduzierungen elektiver Eingriffe sowie der anfänglichen Schaffung freier Kapazitäten von 76,3 Prozent auf 68,6 Prozent.

Die nachfolgende Grafik weist die Anzahl der Krankenhäuser nach Krankenhausstatistik 2020<sup>26</sup> sowie die der Betten in den Krankenhäusern in den Regierungsbezirken je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Entwicklungszeit von 2012 bis 2019 auf<sup>27</sup>. Die Standorte der Kliniken (nach Krankenhausadressverzeichnis 2020) werden in Punkten in der Landkarte abgebildet.

Die Entwicklungen der Krankenhäuser lassen sich für die Regierungsbezirke zwischen 2012 und 2019/2020 aufzeigen. So sinken in drei von vier Regierungsbezirken sowohl die Anzahl der Einrichtungen (zwischen 2012 und 2020) als auch die Betten (absolut sowie je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 2012 und 2019) nach Krankenhausstatistik des Landes Baden-Württemberg. Der Rückgang fällt dabei moderat aus. Im Regierungsbezirk Freiburg ist in der Krankenhausstatistik 2020 kein Rückgang beziffert; ein moderater Rückgang der Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist jedoch auch in diesem Regierungsbezirk zu beobachten.

<sup>25</sup> <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0205.jsp>

<sup>26</sup> Das Statistikportal des Landes weist die Grunddaten der Krankenhäuser, die aktuell bis 2021 geführt werden, nicht regional auf. Daher wird auf die aktuellste Veröffentlichung der Daten im Rahmen der Krankenhausstatistik 2020 zurückgegriffen. Die Angaben zu den Krankenhausbetten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner basieren auf Daten des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung.

<sup>27</sup> Aufgrund des Aktualitätsbezugs bei der Corona-Pandemie werden 2019 und 2020 aufgenommen.

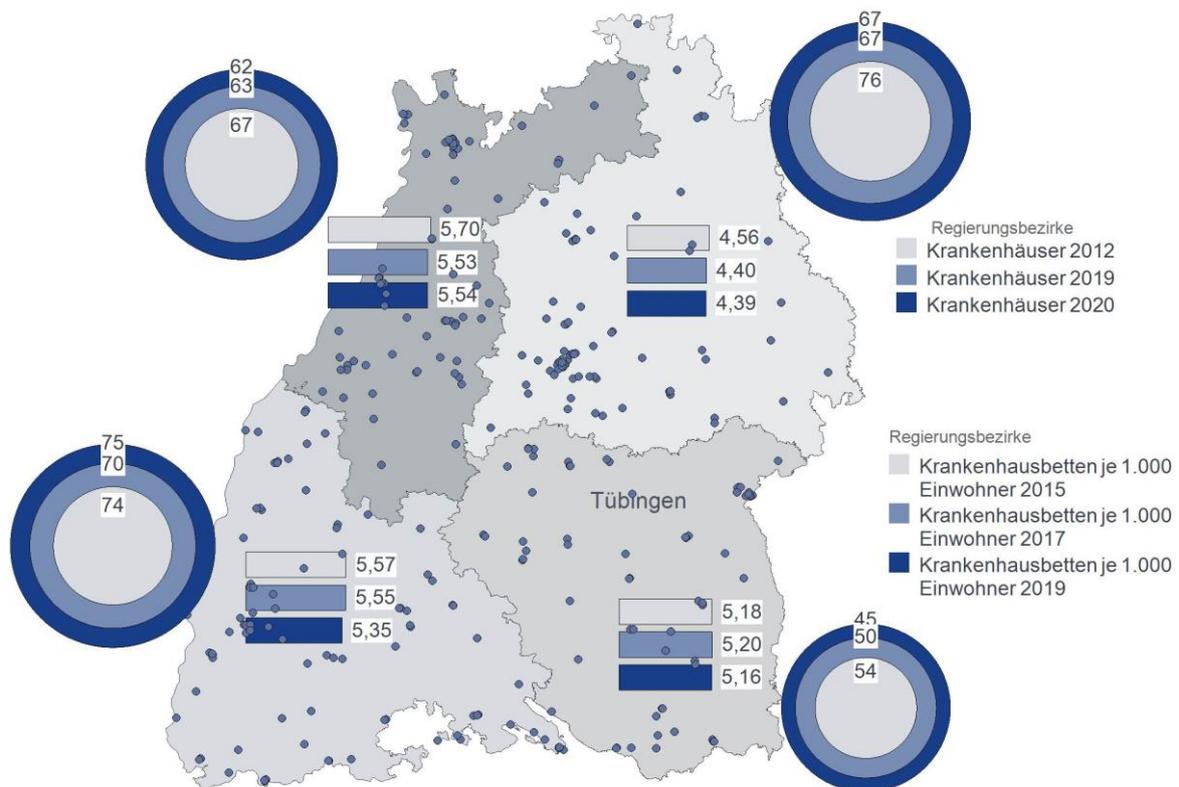


Abb. 22: Krankenhäuser und Bettenzahl je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2012 bis 2020

Bezüglich der Erreichbarkeit der Krankenhäuser wurden keine eigenen Analysen durchgeführt, sondern die Daten des Krankenhausatlas Deutschland zugrunde gelegt<sup>28</sup>. Die Daten basieren dabei auf Krankenhausstatistiken der Länder aus dem Jahr 2016 mit Analysen der Versorgungsdichte für unterschiedliche Krankenhausbehandlungen. Für Baden-Württemberg besteht insgesamt eine hohe Abdeckung in der Erreichbarkeit. So werden für 96,3 Prozent der Bevölkerung in städtischen Regionen eine Erreichbarkeit eines Krankenhauses mit allgemeinen Fachabteilungen innerhalb von 20 Minuten ausgewiesen. Für Regionen mit Verstädterungstendenzen liegt die Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten bei 91,1 Prozent. Eine nahezu flächendeckende Erreichbarkeit (99,7 Prozent) wird innerhalb von maximal 30 Minuten angegeben.

### Rehabilitationseinrichtungen

In den Grundinformationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Baden-Württemberg werden für 2021 insgesamt 189 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 25.705 Betten geführt<sup>29</sup>.

Insgesamt wurden in 2021 in den Einrichtungen 262.186 Patientinnen und Patienten behandelt. Die Bettenauslastung lag bei 70,7 Prozent, was wesentlich als ein Corona-Effekt zu betrachten ist, da in den vorherigen Jahren die Auslastungsquoten deutlich über 80 Prozent lagen.

<sup>28</sup> Vgl. Krankenhausatlas: [https://krankenhausatlas.statistikportal.de/\\_diagramme.html](https://krankenhausatlas.statistikportal.de/_diagramme.html)

<sup>29</sup> <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0206.jsp>

Bezüglich der Entwicklungen in der Zeitreihe werden hier, korrespondierend zur Analyse der Krankenhausentwicklung, die Zeiträume von 2012 bis 2020 beobachtet, wobei die beiden letzten Jahre (2019 und 2020) mit aufgenommen sind.

Bezogen auf die Anzahl der Plätze in den Einrichtungen sind diese im Regierungsbezirk Stuttgart weitestgehend stabil geblieben (geringfügige Abnahme erkennbar). In Karlsruhe, Freiburg sowie in Tübingen kann ein Wachstum beschrieben werden. Während dies in Freiburg bei einer fast gleichen Anzahl an Einrichtungen realisiert wird, ist in Tübingen auch eine Zunahme der Einrichtungen selbst zu beobachten. In Karlsruhe erfolgte der Aufbau zwischen 2012 und 2019 und blieb dann stabil, in Stuttgart findet sich eine leichte Abnahme um vier Einrichtungen gegenüber 2012.

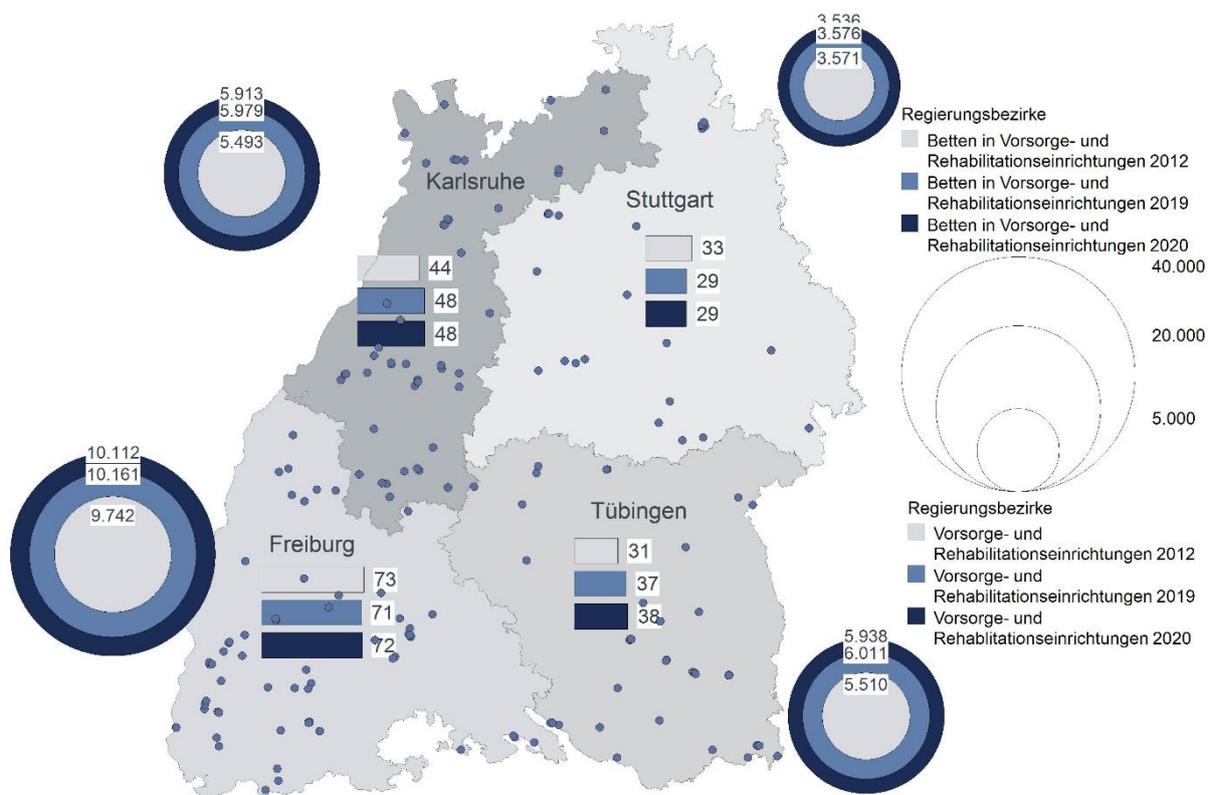


Abb. 23: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2012 bis 2020

In den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen arbeiteten, der Krankenhausstatistik des Landes Baden-Württemberg 2020 folgend, 2.779 Gesundheits- und Krankenpflegende, 100 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende und 600 Altenpflegende. Darüber hinaus werden in diesem Sektor 416 Kranken- und Altenpflegehelferinnen und -helfer geführt.

Eine Analyse der Erreichbarkeit ist angesichts des Charakters der Betreuung und Versorgung nicht zielführend und wird an dieser Stelle nicht vorgenommen. Kartografisch aber zeigt sich in Baden-Württemberg insgesamt eine breite Abdeckung und keine Zentrierung auf einzelne Regionen mit besonderem Erholungswert (z.B. Schwarzwald oder Bodensee).

## EINRICHTUNGEN DER PFLEGEBILDUNG

Für eine Personalgewinnung und einen Ersatz für Pflegende, die in das Renteneintrittsalter kommen, ist die nachführende Qualifizierung in der Pflegeausbildung zentral. In Bezug auf die Ausbildung spielen neben der aktuellen Kennzahl der Ausbildung auch die prospektiven Einschätzungen zur Absolventinnen- und Absolventenanzahl eine zentrale Rolle<sup>30</sup>. Für die Analyse der Ausbildungskennzahlen ist die Schulstatistik des Landes Baden-Württemberg (Berufliche Schulen in Baden-Württemberg) die zentrale Datenbasis. Dabei existieren neben den beruflichen Schulen auch die Schulen des Gesundheitswesens. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung ist die Bildungslandschaft im Wandel. Neben den neuen Ausbildungsgängen werden die bestehenden Ausbildungen in den getrennten Berufen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auslaufend fortgeführt.

### Ausbildung der Pflegeberufe

In der amtlichen Schulstatistik der Schulen des Gesundheitswesens (Berichtsjahr 2019/2020) werden für den Bereich der Berufsfachschulen sowie der Schulen für das Gesundheitswesen in den pflegerischen Ausbildungsgängen insgesamt 379 Standorte in den unterschiedlichen Ausbildungsberufen erfasst.

Die nachfolgende Tabelle betrachtet ausgewählte Bereiche und Datenbestände. Vorgestellt werden die Schulstandorte (ohne generalistische Schulstandorte), die Anzahl Auszubildender in ausgewählten Qualifikationen sowie die Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr (Helferberufe). Die dreijährigen Qualifikationen sind in der generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt und es existieren keine einzelnen Nennungen mehr.

BILDUNGSSTANDORT	SCHULSTAND-ORTE INSGESAMT	AUSZUBILDENDE INSGESAMT	AUSZUBILDENDE 1. AUSBILDUNGSJAHR
Gesundheits- und Krankenpflege	76	5.230	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	24	914	
Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	32	715	715
Altenpflege	99 <sup>31</sup>	6.876	
Altenpflegehilfe	76 <sup>32</sup>	1.465	1.465
Insgesamt	307	15.200	2.180

Tab. 6: Schulstatistik - Schulen des Gesundheitswesens 2019/2020

Die Krankenpflegeausbildung wird an 76 Standorten angeboten. In 279 Klassen wurden im Schuljahr 2019/2020 insgesamt 5.230 Schülerinnen und Schüler in der Statistik ausgewiesen.

<sup>30</sup> Der Begriff der Auszubildenden wird nachfolgend synonym zu dem der Schülerinnen und Schüler verwendet. In den Praxiseinrichtungen ist der Begriff der Schülerinnen und Schüler durch Praktikantinnen und Praktikanten aus Schulen belegt und wird nicht verwendet. Da sich die nachfolgenden Daten auf die Schulstatistik des Landes bezieht, wird in den Grafiken der in der Statistik gebräuchliche Begriff verwendet.

<sup>31</sup> Subsumiert wurden hierbei die folgenden Ausbildungsgänge: 3-jährige Berufsfachschule – die nicht zum mittleren Bildungsabschluss führt – für Altenpflege, öffentlich (Teilzeit, Normalform), 3-jährige Berufsfachschule – die nicht zum mittleren Bildungsabschluss führt – für Altenpflege (Teilzeit/Privat). Exkludiert wurden Standorte mit hauswirtschaftlicher Ausrichtung (n= 3 mit insgesamt 43 Auszubildenden)

<sup>32</sup> Subsumiert wurden hierbei die folgenden Ausbildungsgänge: 1-jährige Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (Teilzeit), 1-jährige Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (Teilzeit/Privat), 2-jährige Berufsfachschule für Altenpflegehilfe für Migrantinnen und Migranten, Teilzeit-öffentlich (ausschließlich Sozialpflegebereich, keine Hauswirtschaft)

Davon entfallen auf das 3. Ausbildungsjahr zusammengerechnet 2.728 Schülerinnen und Schüler.

Die Kinderkrankenpflegeausbildung wird an 24 Standorten angeboten. In 75 Klassen wurden im Schuljahr 2019/2020 insgesamt 914 Schülerinnen und Schüler erfasst. Im dritten Ausbildungsjahr und somit vor der Berufseinmündung standen in 2019/2020 zusammengerechnet 468 Schülerinnen und Schüler.

Für die Altenpflegeausbildung werden 99 Standorte benannt. Insgesamt wurden im Schuljahr 2019/2020 in 324 Klassen 6.876 Schülerinnen und Schüler unterrichtet. Im dritten Ausbildungsjahr wurden 3.284 Schülerinnen und Schüler ausgewiesen.

In 2019/2020 erfolgte erstmalig die Aufnahme einer generalistischen Pflegeausbildung der bislang getrennten drei Berufsbereiche. Die Schulstatistik des Landes 2020 weist in insgesamt 156 Klassen 3.443 Schülerinnen und Schüler aus. Dabei ist angesichts der niedrigen Kennzahl davon auszugehen, dass keine vollständige Erfassung in der Statistik erfolgte. In der Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020 des Bundes (Destatis) werden für Baden-Württemberg zum 31.12.2020 insgesamt 6.204 Auszubildende geführt.<sup>33</sup>

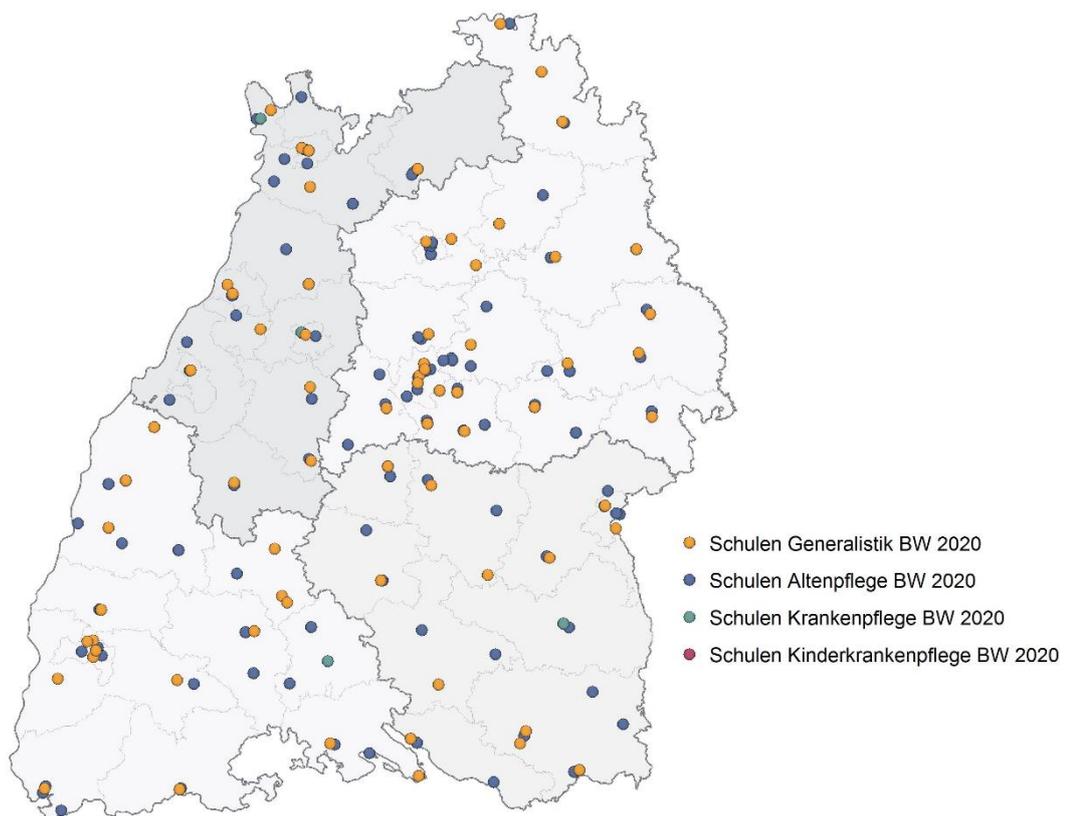


Abb. 24: Bildungsstandorte Pflegeausbildung 2019/2020

<sup>33</sup> Auf der Seite des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg werden die nachfolgenden Angaben in der Information zu Pflegekräften in der Ausbildung ausgeführt: „Die Statistik zur Pflegeausbildung wurde 2020 neu eingeführt. Damals begannen 6.585 Personen eine Ausbildung zur Pflegefachkraft. 382 Personen lösten ihre Ausbildung noch im selben Berichtsjahr. Zum 31. 12. 2020 verblieben somit 6.203 Personen in Ausbildung. Im Jahr 2021 begann ein neues Ausbildungsjahr und die Zahl der gemeldeten Auszubildenden stieg auf 13.639 Personen. Allerdings lösten 1.292 Auszubildende ihre Ausbildung im Berichtsjahr 2021. Somit verblieben zum 31. 12. 2021 noch 12.347 Personen in Ausbildung. Von diesen befanden sich 6.480 Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr und 5.867 Auszubildende im 2. Ausbildungsjahr. Über drei Viertel aller Auszubildenden waren Frauen (77 %) und weniger als 1 % absolvierte die Ausbildung in Teilzeit.“



realistischen Pflegeausbildung ermitteln. Bei den Standorten mit einer geringen Anzahl an Schülerinnen und Schülern wird in 2022/2023 die Schwierigkeit bestehen, dass keine nennenswerte Anzahl an neu qualifizierten Personen regional zur Verfügung stehen wird.

Bezüglich der kommunalen Erreichbarkeit der generalistischen Pflegeausbildung bestehen im ersten Jahr noch Lücken zwischen den Standorten, die ggf. durch Fusionen und nachfolgende Umstellungen der Bildungseinrichtungen geschlossen werden, da das Netz an Ausbildungen der Krankenpflege und Altenpflege sowie der Kinderkrankenpflege enger ist als das der generalistischen Ausbildung im ersten Jahr der Umstellung.

Es konnten in der Analyse der Distanzmessung (Fahrtstrecke zwischen zwei nächstgelegenen Punkten in Kilometern) insgesamt 11 Standorte identifiziert werden, die eine Entfernung von über 25 Kilometern aufweisen. Absteigend sind dies: Waldshut-Tiengen (48,7 km), Lörrach (41,2 km), Albstadt (36,5 km), Titisee-Neustadt (32,4 km), Singen (Hohentwiel) (31,4 km), Freudenstadt (30 km), Mosbach (27,8 km), Nagold (27,7 km), Wertheim (26,8 km), Schwäbisch Hall (25,2 km), Wangen im Allgäu (25 km). Für diese Bildungseinrichtungen gilt, dass sie in ihrem Umkreis eine zentrale Funktion der Bildungsstabilität bilden. Fallen die Standorte als Bildungseinrichtungen aus, so sind im direkten Umkreis ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen davon betroffen, dass keine regionale Ausbildung zur Verfügung steht bzw. dass Ausbildungsinteressierte weite Wegstrecken zu einer Bildungseinrichtung auf sich nehmen müssen. Insbesondere in ländlichen Regionen wird dies mit dem öffentlichen Nahverkehr nur unzureichend oder nicht zu realisieren sein, sodass eine ortsnahe Ausbildungsmöglichkeit ein zentraler Faktor zur Stabilisierung der Versorgungssicherheit ist.

### Ausbildung der Kranken- und Altenpflegehilfe

Neben der Analyse der Standorte der fachqualifizierten Pflegeberufe sollen an dieser Stelle die Standorte der Berufsfachschulen für die Assistenzberufe dargestellt werden.

Die Diskussionen um die Bedeutung der Assistenzberufe sind nicht neu, sie werden aber angesichts einer zukünftigen Personalbemessung in der stationären Altenpflege mit einer Ausweitung der Assistenzkräfte sowie aufgrund eines allgemeinen Mangels an Fachkräften in der pflegerischen Versorgung aktuell wieder intensiver geführt. Diskussionen um einen „Skill-Mix“ in der Betreuung und bezüglich der Anforderungen an Kompetenzniveaus für unterschiedliche Leistungsbereiche und Einzelleistungen werden vielerorts geführt. Dabei müssen die beiden Sektoren der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Einrichtungen in den Entwicklungen differenziert betrachtet werden. Gleiches gilt für den Krankenhaussektor und den Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

In der Gesamtschau hat sich zwischen 2009 und 2019 die Anzahl der Krankenpflegerinnen und -helfer in der stationären Pflege kaum verändert. Bundesweit<sup>35</sup> wurden in der Pflegestatistik 2009 insgesamt 18.486 Personen mit der entsprechenden Qualifikation geführt; in 2019 waren es 17.356. Hier ist demnach ein leichter Rückgang im 10-Jahres-Zeitraum zu beobachten. Die Zahl der Altenpflegehelferinnen und -helfer hat sich dagegen extrem dynamisch entwickelt. Hier wurden 2009 noch 27.926 in der Pflegestatistik geführt, in 2019 waren es bereits 52.485.

---

<sup>35</sup> In der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de>) werden die berufsbezogenen Entwicklungen lediglich auf der Bundesebene dargestellt. Eine landesbezogene Entwicklung wird nicht ausgewiesen. Die Regionalstatistik des Bundes weist keine berufsbezogenen Daten der Beschäftigten im Rahmen der Pflegestatistik aus.

In der ambulanten Pflege liegen andere Entwicklungen in der bundesweiten Perspektive vor. Hier wurden 2009 noch 11.704 Krankenpflegehelferinnen und -helfer registriert; in 2019 waren es 14.822. Damit steigt die Anzahl im Sektor der ambulanten Versorgung deutlich an. Der Zuwachs an Altenpflegehelferinnen und -helfern ist auch in diesem Sektor enorm hoch und stieg zwischen den Jahren 2009 von 8.555 bis 2019 auf 21.831 an.

In den Krankenhäusern in Baden-Württemberg waren in 2020 insgesamt 2.610 Krankenpflegehelferinnen und -helfer beschäftigt sowie 167 Altenpflegehelferinnen und -helfer. In den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind im gleichen Jahr in der Statistik 366 Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie 50 Altenpflegehelferinnen und -helfer. Insgesamt lassen die vorliegenden Daten den Schluss zu, dass die Bedeutung der Assistenzberufe weiter steigt

Vor diesem Hintergrund ist die Qualifizierung von Assistenzkräften eine wichtige Aufgabe im Bildungssektor. In der nachfolgenden Grafik sind die Schulstandorte der Altenpflegehilfeausbildung sowie die der Krankenpflege in der regionalen Verteilung abgebildet. In den Regierungsbezirken wird die Anzahl der jeweiligen Schülerinnen und Schüler für das Jahr 2019/2020 ausgewiesen<sup>36</sup>.

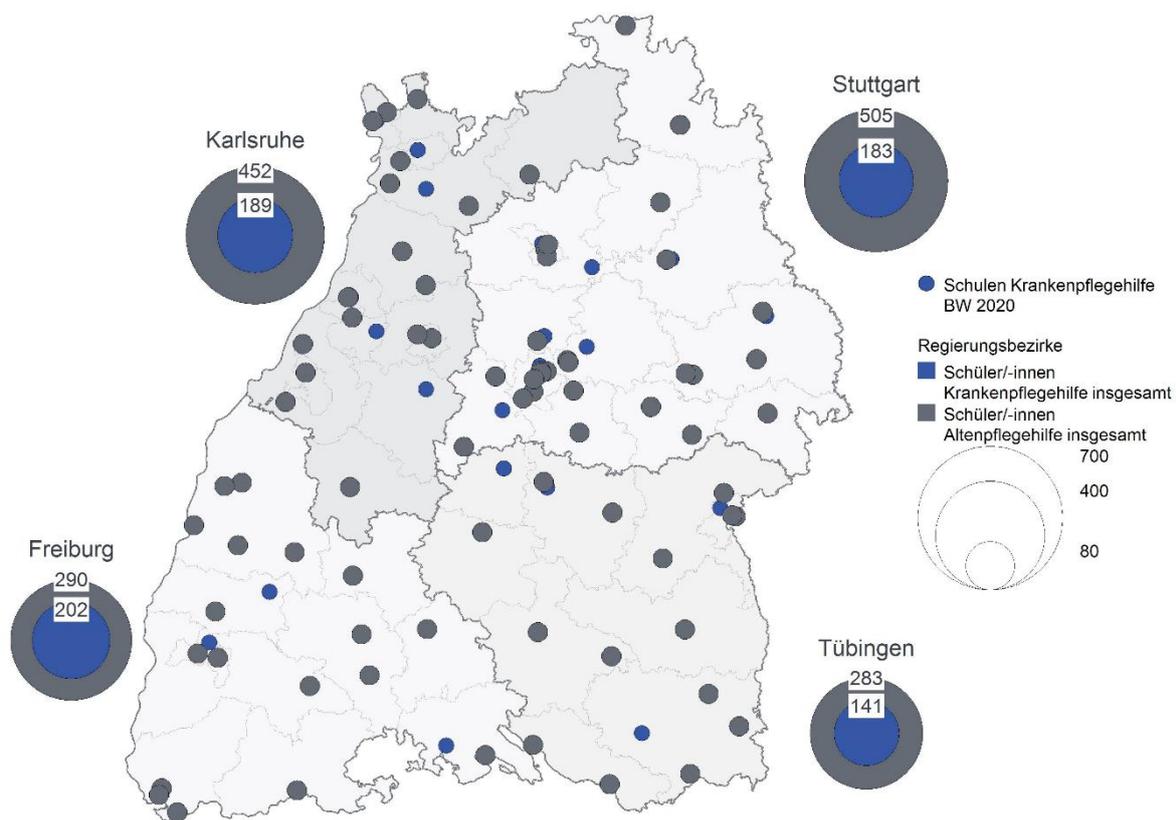


Abb. 26: Bildungsstandorte Pflegeassistentenberufe

In der regionalen Verteilung ist deutlich, dass eine flächendeckende Ausbildung in den Bereichen nicht vorliegt. Insgesamt wurden 76 Bildungseinrichtungen ermittelt, die eine 1-jährige Ausbildung (Teilzeit und Teilzeit/Privat) im Schultyp „Sozialpflegerisch“ anbieten. Ergänzend wird an 15 Standorten die zweijährige Qualifizierung in der Altenpflegehilfe für Migrantinnen

<sup>36</sup> Die Daten basieren auf den Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg: Berufliche Schulen in Baden-Württemberg Schuljahr 2020/2021

und Migranten angeboten, die im Berufsschultyp „Hauswirtschaft“ geführt werden<sup>37</sup>. Insgesamt qualifizierten die Standorte in 2020 1.530 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegehilfe. In der regionalen Distanzanalyse ergeben sich für 13 der Standorte Distanzen von mehr als 25 Kilometern zur nächstgelegenen Ausbildungsstätte.

Die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe weist mit 32 Einrichtungen eine deutlich geringere Anzahl an Bildungsstätten aus. Mit 715 Schülerinnen und Schülern in 2020 liegt die Anzahl deutlich unterhalb des Volumens der Altenpflegehilfe. Für 14 der insgesamt 32 Standorte gilt, dass im Umkreis von 25 Kilometern keine andere entsprechende Bildungseinrichtung besteht, in der eine vergleichbare Qualifikation angeboten wird.

Damit kann für die beiden Bereiche der qualifizierten Helferinnen- und Helferberufe nicht von einer flächendeckenden Sicherung der Bildungsangebote ausgegangen werden.

### QUALIFIZIERUNG IN ALLGEMEINBILDENDEN SCHULEN

Für die Pflegeausbildung relevant ist, inwieweit sich Schülerinnen und Schüler aus allgemeinbildenden Schulen für die Pflegeausbildung gewinnen lassen. Dabei spielen unterschiedliche Faktoren eine zentrale Rolle, wie z.B. der gesellschaftliche Wert der Arbeit sowie u.a. auch die Frage nach dem Berufsimagen. Auf Basis eines Samples von 2.431 Schülerinnen und Schülern in 66 Bildungseinrichtungen in NRW konnte ermittelt werden, dass das Image und die individuelle Folge einen Einfluss auf die Berufswahl haben (Ebbinghaus 2022). Eine eigene soziale Aufwertung ergibt sich der Analyse folgend, wenn man durch die Berufswahl von anderen als intelligent, gebildet, einkommensstark und fleißig wahrgenommen wird. Dies wird in der Analyse für die Pflegeberufe nur in Teilen (fleißig) als Zuschreibung identifiziert. Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass die Werbung um Absolventinnen und Absolventen eine bedeutende Aufklärungsarbeit zum Beruf inkludiert, da Pflegeberufe in direkter Konkurrenz zu anderen Wirtschaftsbereichen stehen, in denen ebenso ein Fachkräftemangel besteht oder Ausbildungsplätze nicht besetzt werden können.

Bezogen auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen, die über eine mittlere oder höhere Qualifizierung verfügen und in die Pflegeausbildung eintreten könnten, gibt der regionalisierte Datenreport der Statistik der allgemeinbildenden Schulen Auskunft.

---

<sup>37</sup> In der Schulstatistik werden 15 Einrichtungen mit insgesamt 383 Schülerinnen und Schülern ausgewiesen.

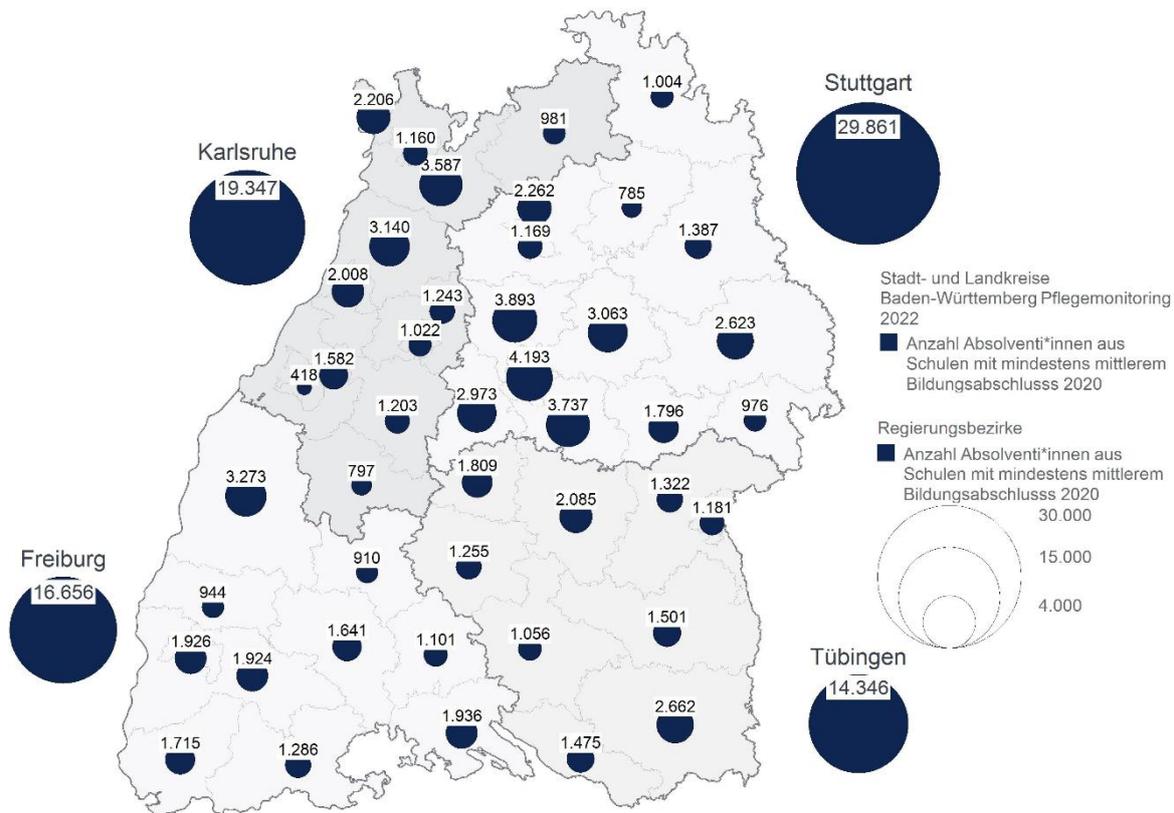


Abb. 27: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen 2020

Summiert man die Absolventinnen und Absolventen mit einem mittlerem Bildungsabschluss und mit allgemeiner Hochschulreife in 2020, werden regional die Gesamtpotenziale der zu erreichenden Absolventinnen und Absolventen sichtbar.

Auf eine spezifische Differenzierung von weiblichen und männlichen Absolventinnen und Absolventen wird zugunsten eines allgemeinen Orientierungswertes verzichtet. Angesichts eines hohen Frauenanteils im Beruf muss jedoch berücksichtigt werden, dass die beschriebenen Potenziale nicht gleichverteilt nutzbar erscheinen und insbesondere der Anteil der weiblichen Absolventinnen und Absolventen primär angesprochen wird. Die realistische Anzahl möglicher Absolventinnen und Absolventen fällt demnach geringer aus, wenn die Gruppe der Mädchen und jungen Frauen erreicht, die der Jungen und jungen Männer jedoch nicht erreicht wird.

Hier liegt ein Potenzial in der systematischen Gewinnung von männlichen Absolventen für die Pflegeberufe, die bei einer ähnlichen Quote der Gewinnung auch bei gleichbleibenden oder sinkenden Schülerinnen- und Schülerzahlen zu erheblichen Steigerungen der Ausbildungszahlen in der Pflege führen könnten.

Betrachtet man die Differenzierungen der Bildungsabschlüsse, so ergeben sich regional stark unterschiedliche Ausprägungen. Nachfolgend wird in den Landkreisen und kreisfreien Städten der Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten abgebildet.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke wird numerisch die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife sowie die der Absolventinnen insgesamt (einschließlich der Hauptschülerinnen und Hauptschüler) erfasst.

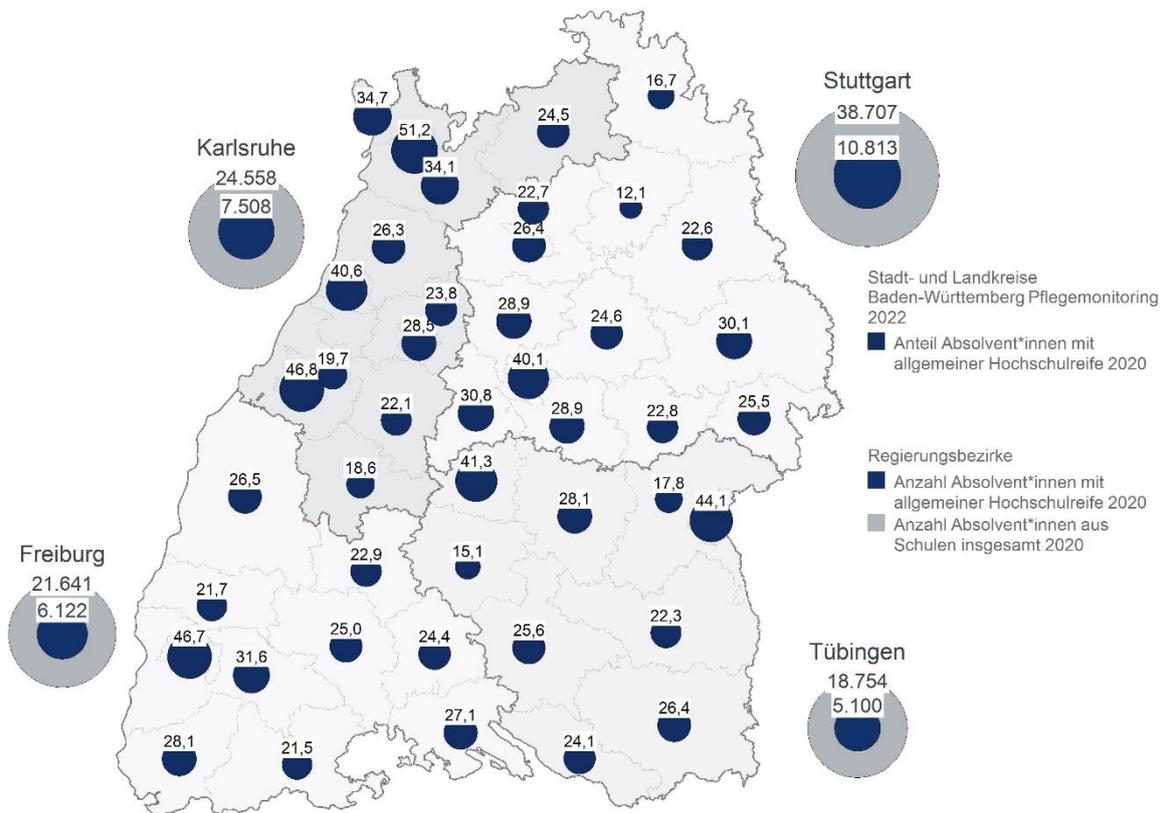


Abb. 28: Regionale Anteile an Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife

Regional ist die Verteilung der Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife stark unterschiedlich verteilt und variiert von 12,1 Prozent (Landkreis Hohenlohekreis) bis 51,2 Prozent (kreisfreie Stadt Heidelberg). Insbesondere in den Städten liegen hier hohe Quoten an Abiturientinnen und Abiturienten vor (ggf. sind hier höhere Dichten an Gymnasien zu finden und Schülerinnen aus anderen Kreisen pendeln zu den Gymnasien ein). In Landkreisen und kreisfreien Städten mit einem hohen Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten konkurrieren die Pflegeberufe nicht nur mit anderen Ausbildungsberufen, sondern auch mit den Möglichkeiten der Aufnahme eines Studiums, das in der Pflege nur in sehr begrenzter Form angeboten werden kann.

Eine Steigerung der Akademisierung und eine Ermöglichung einer akademischen Qualifizierung muss vor diesem Hintergrund verstanden werden als eine zentrale Möglichkeit, attraktive Angebote zu unterbreiten und Nachteile einer rein schulisch ausgerichteten Qualifizierung auszugleichen. Vor dem Hintergrund steigender Kennzahlen bei höheren Bildungsniveaus ist diese Gruppe an jungen Erwachsenen bedeutsam für die Strategie der Personalqualifizierung und -gewinnung. Sie ist ebenso bedeutsam bezogen auf die statusbezogene Verankerung des Berufs im Bildungsgefüge insgesamt.

Aus den Daten lassen sich auch unterschiedliche Chancen ableiten, Interessierte für die Pflegeausbildung gewinnen zu können. Ggf. bedarf es regional auch anderer und angepasster Werbemaßnahmen, um den Pflegeberuf für eine Gruppe interessant anbieten zu können. So sind ggf. in kreisfreien Städten und Landkreisen mit hohem Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten andere Maßnahmen zu ergreifen als dort, wo der Anteil der mittleren Bildungsabschlüsse dominiert.

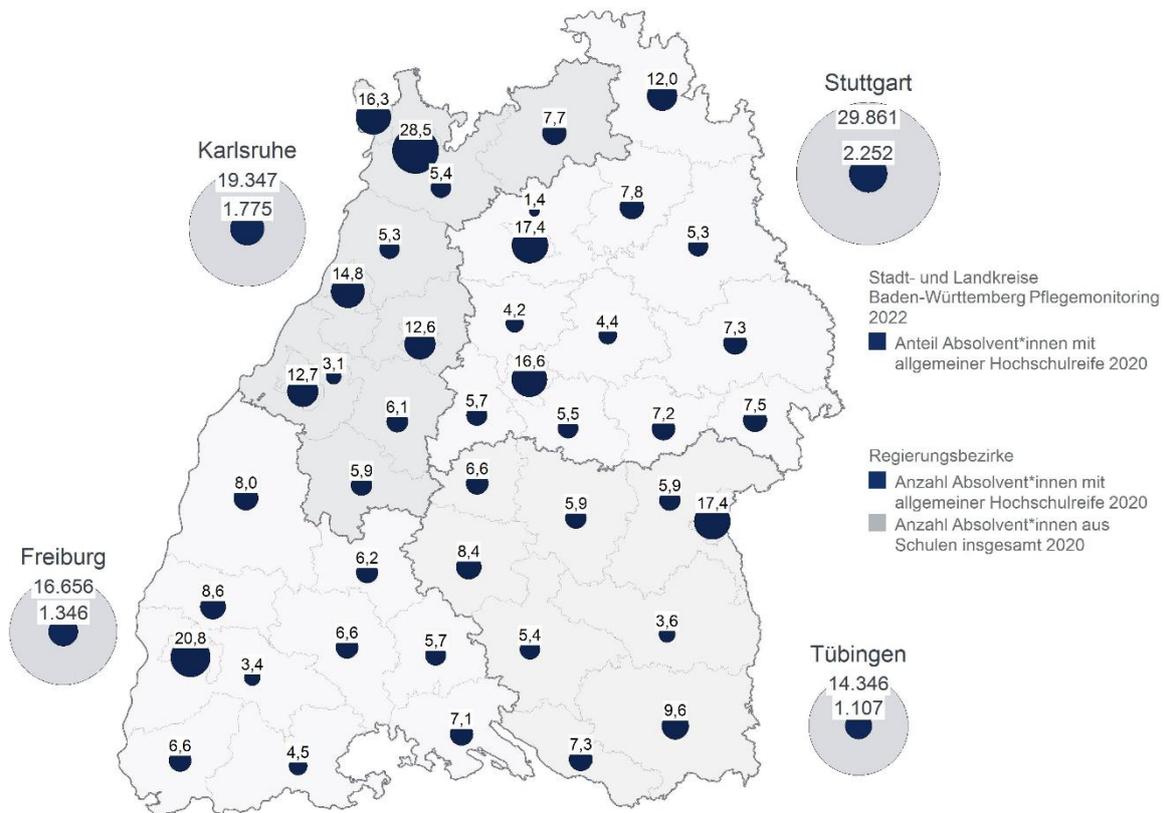


Abb. 29: Anteil Pflegeschülerinnen und -schüler 3. Ausbildungsjahr an Absolventinnen und Absolventen allg. Schulen

In der Gegenüberstellung wird der regionale Anteil der Pflegeschülerinnen und -schüler gemessen an der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit mittlerem oder höherem Bildungsabschluss als ein Orientierungswert bezogen auf die Gewinnung von Pflegebildungsinteressierten verwendet.

Da aktuell die regionale Datenbasis zur Anzahl der Schülerinnen und Schüler der generalistischen Pflegeausbildung Lücken aufweist und auf der Kreisebene nicht widerspruchsfrei verwendet werden kann, konnte nicht ermittelt werden, wie hoch der Anteil der neu in die Pflegebildung aufgenommenen Personen gegenüber der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit entsprechender Eingangsqualifikation tatsächlich ist.

Als Konstrukt eines Orientierungswertes wurde für die Ermittlung ein anderer Wert zugrunde gelegt. Ermittelt wurde die Anzahl der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr in einem der drei fachqualifizierenden Berufsbereiche (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege). Die Anzahl der potenziellen Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildung im Jahr wurde als Anteil der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen 2020 mit mittlerem oder höherem Bildungsabschluss berechnet.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke ergibt sich ein Orientierungswert von 7,7 Prozent für Tübingen, 8 Prozent für Freiburg, 9,2 Prozent für Karlsruhe und 7,5 Prozent für Stuttgart.

In den regionalen Analysen auf der Kreisebene ergeben sich stark abweichende Orientierungswerte. In den Städten sieht man anteilig eine sehr hohe bzw. überproportionale Gewinnung, was als statistisches Artefakt zu betrachten ist und sich aus der Anzahl der Pflegeschulen in

den Städten und den Schulplätzen vor Ort ergibt. Die Schülerinnen und Schüler der Pflegeschulen migrieren hierbei z.T. aus den Nachbarkreisen zur Ausbildung mit ein.

Der Median, der die Kreise in zwei gleich große Anteile der Verteilung trennt, liegt bei 6,6 Prozent an Pflegeschülerinnen und -schülern im dritten Ausbildungsjahr gemessen an den Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen.

Dies kann als ein orientierender Wert betrachtet werden, der eine realistische Abschätzung eines möglichen Potenzials darstellt. Aufgrund der Unsicherheit bei der Ermittlung des Wertes wird auf eine Prognostik für die kommenden Zeiträume verzichtet.

Sinkt die Anzahl an Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen ab, so kann auch mit einer sinkenden Anzahl an Schülerinnen und Schülern für die Pflegebildungseinrichtungen gerechnet werden. Im Umkehrschluss bedeutet eine sinkende Anzahl an Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen, dass für die Aufrechterhaltung der Ausbildungszahlen in der Pflege dieser relative Anteil von rund 6,6 Prozent jährlich weiter gesteigert werden müsste.

In der zukünftigen weiteren Nachverfolgung dieses Orientierungswertes müssen die konkreten Einmündungen in die Pflegeausbildung den Absolventinnen- und Absolventenkennzahlen gegenübergestellt werden.

## Arbeits- und Beschäftigungsmarkt

Im nachfolgenden Kapitel sollen Daten zur Beschäftigungssituation in den Pflegeberufen vorgestellt werden. Differenziert wird dabei insbesondere die Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege (beides auf dem Niveau von Fachkräften). Zur Analyse werden Daten der Bundesagentur für Arbeit nach der Klassifikation der Berufe 2010 betrachtet. Sie weisen die an einem Ort als sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einer entsprechenden Qualifizierung aus. Die Daten summieren sich oberhalb der Kennzahlen, die eine Ermittlung der Kernsektoren der Beschäftigung ergeben kann, da auch Beschäftigungen in anderen Bereichen vorliegen (z.B. Arztpraxen, medizinischen Fachzentren, in der Industrie, im Handel etc.). Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege können keine gesonderten Daten vorgelegt werden, da die Klassifikation der Berufe diese nicht trennt.

Ebenso werden Daten zur Berufsverweildauer, zur Pendlerbewegung zwischen Landkreisen und kreisfreien Städte, zur Zustimmung der Arbeitsaufnahme durch Pflegende aus Drittstaaten und zur Altersverteilung aus dem Datenpool der Bundesagentur für Arbeit verwendet und vorgestellt. Darüber hinaus werden für die nachfolgende Analyse Daten der Krankenhaus- sowie der Pflegestatistik betrachtet, die jedoch nicht alle betrieblichen Sektoren abdecken.

### GESUNDHEITS- UND (KINDER-)KRANKENPFLEGE

In einem ersten Analyseschritt werden die zentralen Entwicklungen der Gesundheits- und Krankenpflege vorgestellt.

#### Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege werden einleitend Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit der Qualifikation der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Fachkräfteniveau) beschrieben. Beide Berufsgruppen werden in der Klassifikation der Berufe bei der Bundesagentur für Arbeit zusammenfassend betrachtet und in der nachfolgenden Grafik (aus Gründen der besseren Lesbarkeit) als „Krankenpflege“ ausgewiesen. Daten werden dabei in der Zeitreihe jeweils für den Berichtsmont Juni ab dem Jahr 2018 betrachtet (bis einschließlich Juni 2021).

Für das Jahr 2021 werden insgesamt 94.402 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auf Fachkräfteniveau in den beiden Berufen geführt.<sup>38</sup> Im Regierungsbezirk Stuttgart sind mit 31.845 die meisten Beschäftigten in Baden-Württemberg zu finden.

---

<sup>38</sup> Berufsgattungen der Klassifikation der Berufe 2010: 81302, 81313, 81323, 81382, 81383

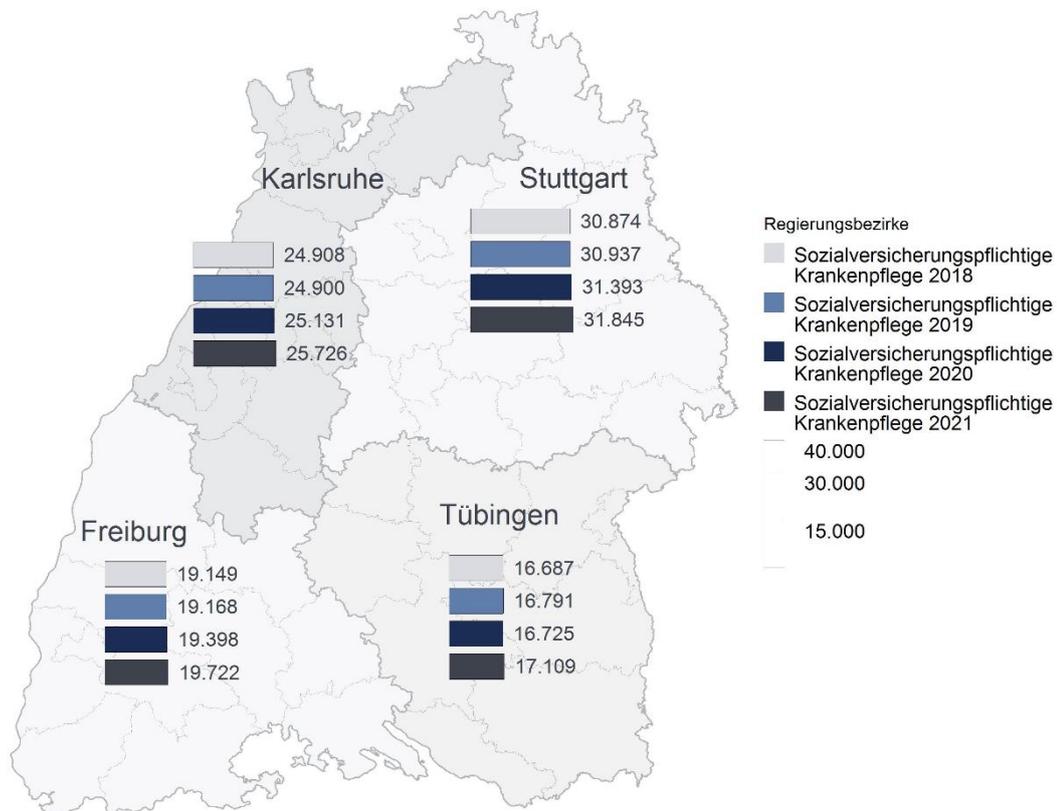


Abb. 30: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Die Kennzahlen verweisen in der Betrachtung der Zeitreihe auf einen konstanten, überwiegend jedoch moderaten Aufwuchs der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den beiden Berufsklassen und in allen Regierungsbezirken.

Auffallend ist, dass in der Phase der Corona-Pandemie kein Rückgang der Beschäftigung insgesamt zu verzeichnen ist, sondern eine weitere Zunahme beobachtet werden kann. Vor diesem Hintergrund ist in der Gesamtheit nicht von einem „Pflexit“ im Sinne eines bedeutsamen Berufsausstiegs aus der Pflege bei Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden auszugehen. Verschiebungen zwischen den Sektoren (z.B. von der Krankenhausversorgung hin zur ambulanten Versorgung) sind hierbei ebenso denkbar wie eine Reduzierung der Anzahl der Wochenarbeitsstunden (Erhöhung der Teilzeitquote, um Entlastungen zu schaffen), die sich negativ auf die Versorgungskapazität in Einrichtungen auswirken könnten. Für eine „Berufsfucht“ ergeben sich auf dieser Ebene der Kennzahlenbetrachtung keine Hinweise. Von den 94.402 Beschäftigten insgesamt werden bei der Bundesagentur für Arbeit 13.653 als Mehrfachbeschäftigte geführt, was darauf hindeutet, dass zahlreiche Pflegenden, die in einem Betrieb keine Vollzeitstelle ausüben, in anderen Betrieben ergänzend tätig sind. Der Anteil der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden, die sozialversicherungspflichtig mehrfachbeschäftigt sind, liegt bei 14,4 Prozent.

Betrachtet man den Bestand der in den Sektoren beschäftigten Personen für Baden-Württemberg, so erlauben die zum Zeitpunkt der Berichterstellung vorliegenden amtlichen Statistiken der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik für die Jahre 2021 die nachfolgenden Ausweisungen.

EINRICHTUNGEN	KRANKENPFLEGEASSISTENZ/ KRANKENPFLEGEHELFER/-INNEN	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER/-INNEN	GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER/-INNEN
Krankenhäuser 2021	2.104	51.086	6.123
Rehabilitationseinrichtungen 2021	331	2.662	100
Ambulante Dienste 2019	548	9.238	699
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	1.532	6.824	404

Tab. 7: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegeassistenten

Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt können dem eng gefassten Bereich der Versorgung in den ausgewiesenen Sektoren rund 82 Prozent aller Beschäftigten zugeordnet werden, wobei die Daten der Pflegestatistik keine Aktualitätsgrad aufweisen.

In der Binnendifferenzierung der Beschäftigung nimmt die Gesundheits- und Krankenpflege den mit Abstand größten Teil der Beschäftigten ein. Der Sektor der Krankenhausversorgung stellt den personalintensivsten Bereich.

Bezogen auf die Gesamtbeschäftigtenzahl im Beschäftigungssektor Krankenhaus, können für die unterschiedlichen Berufsgruppen in Baden-Württemberg die folgenden Entwicklungen ab dem Jahr 2010 beschrieben werden. Grundlage sind Daten der jeweiligen jahresbezogenen Krankenhausstatistiken des Landes.

JAHR	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGENDE (BESCHÄFTIGTE)	GESUNDHEITS- UND KINDER- KRANKENPFLEGENDE (BESCHÄFTIGTE)	GESUNDHEITS- UND KRANKEN- PFLEGEHELFERINNEN UND -HELFER (BESCHÄFTIGTE)
2010	40.301	5.134	2.137
2012	40.779	4.879	2.036
2014	40.735	4.957	2.160
2016	41.094	4.982	2.225
2018	49.564	5.328	2.223
2020	51.462	5.762	2.610
2021	51.086	6.123	2.104

Tab. 8: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Krankenhäusern

Es findet sich bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden ein Wachstum der Beschäftigung insgesamt. Zwischen 2010 und 2021 werden insgesamt 10.785 mehr Gesundheits- und Krankenpflegende in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg beschäftigt. Zwischen 2020 und 2021 aber sieht man einen Rückgang um 376 Personen bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden insgesamt. Dies kann als ein pandemiebedingter Rückgang interpretiert werden, der jedoch als eher moderat eingeschätzt werden kann. Ausgehend von 2020 ist dies ein Rückgang um 0,7 Prozent der Anzahl der Personen.

Bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist im Bereich der Beschäftigung im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2021 ein Zuwachs von 989 Personen zu beobachten. Hier ist zwischen 2020 und 2021 ein signifikanter Zuwachs zu beobachten, der im deutlichen Kontrast zu den Entwicklungen in der Gesundheits- und Krankenpflege steht.

Ein Zugewinn an beschäftigtem Personal findet sich auch bei den Krankenpflegehelferinnen und -helfern. Dies gilt allerdings lediglich bis 2020. In 2021 erfolgte gegenüber 2020 ein deutlicher Rückgang um rund 600 Personen.

Die Krankenhausstatistik weist in der Zeitreihe keine differenzierte Entwicklung der umgerechneten Vollzeitstellen nach Berufsdifferenzierungen in der Pflege aus. Damit kann über die konkrete Personalstellenentwicklung keine differenzierte Aussage für die jeweiligen Berufsgruppen getroffen werden.

So ist eine Steigerung der Beschäftigtenzahlen auch bei stabilem Stellenpotenzial denkbar, wenn sich die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten erhöht und damit mehr Personal auf ein gleiches Stellenvolumen eingesetzt wird. Im Umkehrschluss bedeutet eine Reduzierung der Personen in einer Berufsgruppe nicht zwingend einen Verlust an Stellen, wenn diese ausgeglichen werden können durch Personen, die die Stellenanteile aufstocken.

Zur Aufklärung der Fragestellung können auf Basis der vorliegenden Daten die Entwicklungen der umgerechneten Vollzeitstellen im Krankenhaus für das Pflegepersonal (Personal im Pflegedienst) insgesamt herangezogen werden. Hier liegen beim Statistischen Landesamt-Baden-Württemberg Datenreihen mit Kennzahlen bis zum Jahr 2021 vor.

Die Stellenausweitung im Pflegedienst insgesamt ist erwartungsgemäß niedriger als der Zuwachs an Personen insgesamt vermuten lässt. Zwischen 2010 und 2021 sind insgesamt zusätzliche 7.529 Stellen im Pflegedienst im Krankenhaus zu verzeichnen, womit von einem realen Zuwachs von Pflegestellen ausgegangen werden kann und die Effekte der Personalzunahme (bezieht sich auf Personen) nicht alleine zu erklären sind durch eine Zunahme an Teilzeitbeschäftigung. Im ärztlichen Bereich sind vergleichend 4.655 Stellen hinzugekommen und beim nicht-ärztlichen Personal insgesamt (inklusive dem Personal im Pflegedienst) sind 16.588 zusätzliche Stellen ausgewiesen.

Die Vollzeitbeschäftigtenquote lässt sich auf Basis der Daten in der Krankenhausstatistik berechnen und weist einen Anstieg der Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege nach. Waren 2010 noch 51,4 Prozent der Beschäftigten in Vollzeit tätig, so sinkt der Anteil über die Zeit auf 45,6 Prozent bis 2020.

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verändern sich die Anteile in der Vollzeitbeschäftigung von 2010 bis 2020 von 44,2 Prozent auf 38,9 Prozent und in der Krankenpflegeassistenz ist eine gegenteilige Entwicklung beobachtbar. Hier waren 2010 noch 36,2 Prozent in Vollzeit beschäftigt. Der Anteil steigt bis 2020 auf 53,7 Prozent. Die bestehenden Anteile an Vollzeitbeschäftigten im Krankenhaus werden in den weiteren Sektoren der Versorgung nicht erreicht sondern liegen deutlich darunter.

Für die Rehabilitationseinrichtungen lassen sich für die Pflege die nachfolgenden Kennzahlenentwicklungen aufzeigen:

JAHR	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGENDE (BESCHÄFTIGTE)	GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGENDE (BESCHÄFTIGTE)	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND -HELFER (BESCHÄFTIGTE)
2010	3.072	105	533
2012	3.034	105	567
2014	3.102	109	501
2016	3.271	150	545
2018	3.028	94	349
2020	2.779	100	366
2021	2.662	100	331

Tab. 9: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Zu beobachten ist ein deutlicher Rückgang bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden zwischen 2018 und 2021, der bereits ab 2016 begonnen hat und somit nicht primär durch die Pandemie alleine begründet werden kann. Erst ab 2018 werden in der Statistik die Altenpflegenden als eigenständige Berufsgruppe mit ausgewiesen. Hier wurden in 2018 insgesamt 591 Altenpflegende ausgewiesen und in 2021 liegt die Anzahl auf einem stabilen Niveau von 582 Personen, sodass nicht von einer vollständigen Kompensation durch einen Qualifikationswechsel ausgegangen werden kann.

In der ambulanten Pflege liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege in 2019 bei 23,0 Prozent und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei 18,7 Prozent. Bei den Krankenpflegehelferinnen und -helfern wird eine Vollzeitbeschäftigung bei 21,4 Prozent ausgewiesen.

Im Sektor der teil-/und vollstationären Versorgung sind ebenfalls niedrige Werte der Vollzeitbeschäftigung vorhanden. Hier sind 39,4 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegenden in Vollzeit beschäftigt und 25,5 Prozent der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden. Im Bereich der Krankenpflegehilfe wird eine Vollzeitbeschäftigung bei 30,6 Prozent erreicht.

### Arbeitslosigkeit der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Eine Arbeitslosigkeit in der Pflege ist angesichts eines Fachkräftemangels nicht zu erwarten. Die Bundesagentur für Arbeit weist im aktuellen Bericht zur Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich darauf hin, dass 100 offen gemeldeten Stellen lediglich 31 arbeitslos gemeldete Pflegefachpersonen gegenüberstehen, und geht von einem umfassenden Fachkräfteengpass aus (Bundesagentur für Arbeit 2022a).

Zur Analyse wurden Kennzahlen im Rahmen einer Sonderabfrage beim Statistik-Service der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Analysiert werden konnten regionale Daten mit dem Berichtszeitraum Februar 2022. Somit weisen die Kennzahlen einen aktuellen Bezugspunkt auf.

Insgesamt waren im Februar 2022 in Baden-Württemberg auf Fachkraftniveau 459 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende arbeitslos gemeldet. Mit Blick auf 94.402 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (im Juni 2021) kann eine Arbeitslosenquote von 0,48 Prozent für die Berufsgruppen insgesamt berechnet werden<sup>39</sup>.

In der nachfolgenden Grafik werden die Kennzahlen zur Arbeitslosigkeit regionalisiert abgebildet. Dargestellt sind in den Kreisen die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen in der Berufsklassifizierung der Gesundheits- und Krankenpflege und der eingeschlossenen Kennzahlen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auf Fachkraftniveau. Auf der Ebene der Regierungsbezirke werden die summierten Werte der Arbeitslosen abgebildet. Zusätzlich aufgenommen werden die offenen Stellen für die Berufe im Jahresdurchschnitt von 2021. Die offen gemeldeten Stellen entsprechen den gemeldeten Suchanfragen der Einrichtungen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Arbeitsagentur melden. Somit ist davon auszugehen, dass die Anzahl der in den Einrichtungen existierenden offenen Stellen deutlich oberhalb der offen gemeldeten Stellen liegt.

Bezüglich einer Bemessung der arbeitslos gemeldeten Personen als mögliche Arbeitsmarktreserve muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle arbeitslos gemeldeten Personen als Arbeitsmarktreserve zur Verfügung stehen. Inkludiert sind Personen, die z.B. nicht mehr in den Zielberuf einmünden wollen, oder aber Personen, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr im Zielberuf arbeiten können. Somit liegt die vermittelbare Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen unterhalb der Anzahl der ausgewiesenen Personen.

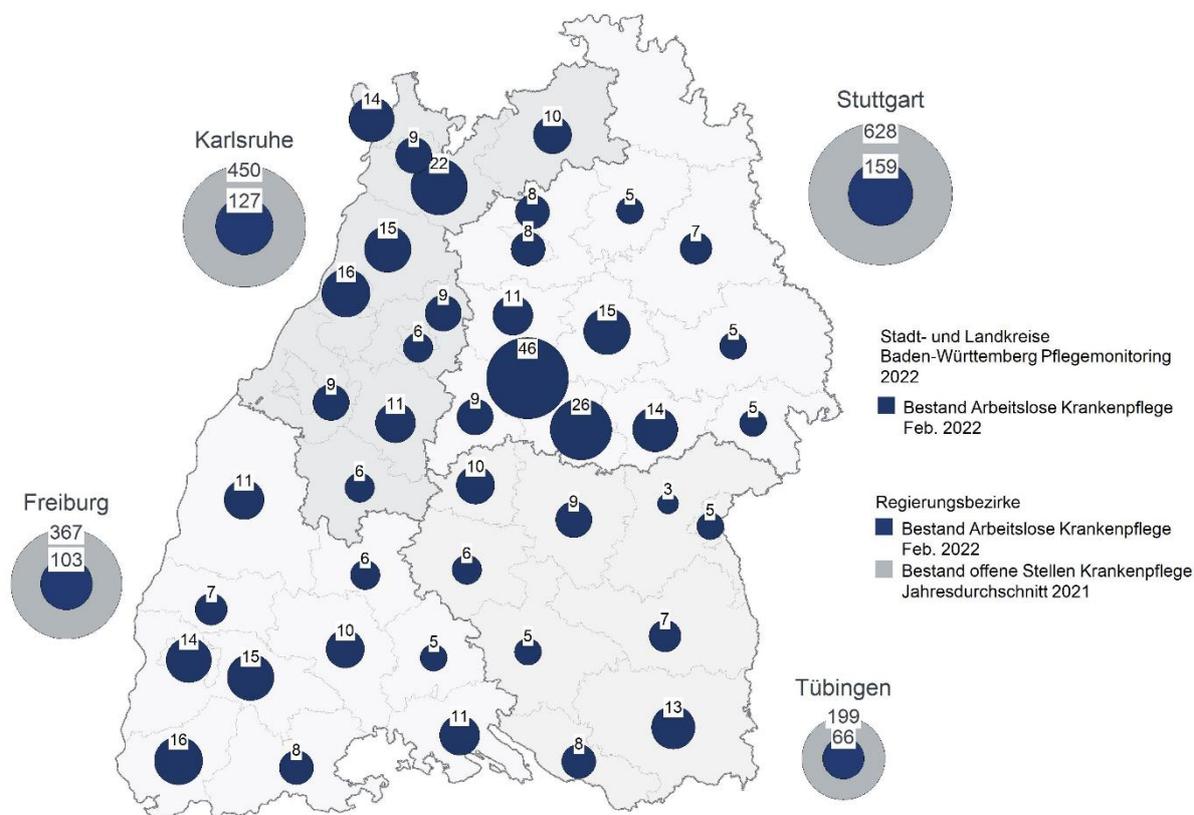


Abb. 31: Arbeitslose und Arbeitsstellen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Feb 2022

<sup>39</sup> Berechnung: Anzahl der Arbeitslosen/Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte + Arbeitslose \*100

Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege insgesamt weisen die Kennzahlen überwiegend auf eine nicht vorhandene Kapazität bzw. auf eine flächendeckende Vollbeschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege hin.

Damit können zwei Aussagen näher spezifiziert werden: Erstens deuten auch die niedrigen Kennzahlen der Arbeitslosigkeit in Baden-Württemberg darauf hin, dass es zu keiner Zunahme unter den Bedingungen der Pandemie gekommen ist. Dies ist ein weiteres Indiz, das gegen einen flächenhaften Berufsausstieg spricht, denn in diesem Falle müssten die Kennzahlen der Arbeitslosigkeit gegenüber den anderen Jahren ansteigen, was nicht zu beobachten ist. Zweitens kann davon ausgegangen werden, dass es keine regionalen Überkapazitäten gibt bzw. dass eine überregionale Anwerbung von Pflegenden erfolgen kann ohne, dass dies zu einem aktiven Abwerbeprozess führt und somit zu einer Schwächung der Versorgungskapazität in der Region, aus der abgeworben wird.

### Berufsdemografische Kennzahlen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Als ein wesentlicher Aspekt bei der Fachkräftegewinnung muss die berufsdemografische Entwicklung fokussiert werden. Neben der Ausbildung ist entscheidend, wie sich der altersbedingte Berufsausstieg in den kommenden Jahren darstellen wird.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Altersverteilung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in Baden-Württemberg zum Juni 2021. Grundlagen der Analyse sind Daten der Bundesagentur für Arbeit in der Aufschlüsselung für Baden-Württemberg.

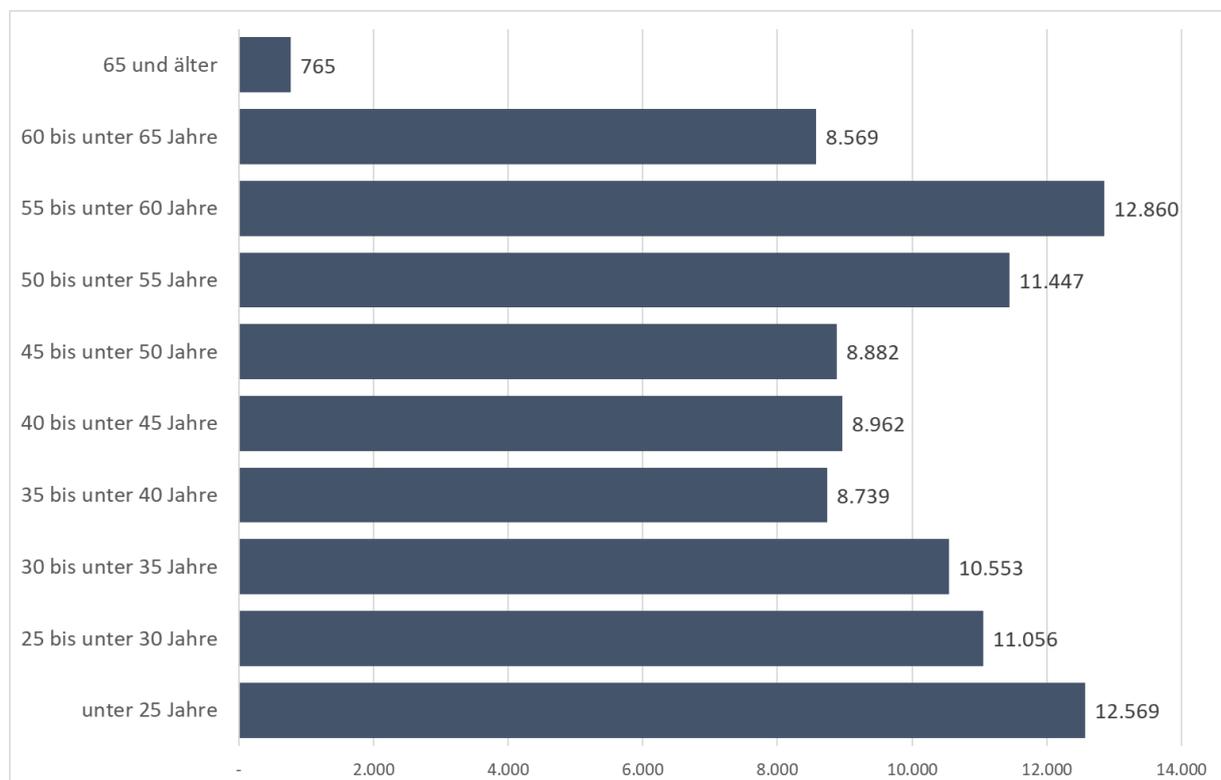


Abb. 32: Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende nach Altersklassen (Juni 2021)

Was zunächst wie eine verhältnismäßige Gleichverteilung der Pflegenden in den unterschiedlichen Altersklassen aussieht, kann sich im Detail als eine Herausforderung darstellen. So liegen in den höheren Altersklassen (50+) hohe Beschäftigtenkennzahlen vor.

Prozentual betrachtet bedeuten die vorliegenden Werte, dass in Baden-Württemberg 35,6 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in der Altersgruppe 50+ liegen. Dies entspricht dem Bundesdurchschnitt (35,5 Prozent).

Für die Sicherung der Fachkräfte muss bedacht werden, dass mit dem Austritt der personens starken Jahrgänge eine deutliche Zunahme des Drucks auf dem Arbeitsmarkt entstehen wird. Als gesichert angenommen werden kann, dass rund 22.200 Fachkräfte in den kommenden 10 Jahren den Renteneintritt erreichen oder erreicht haben. Jährlich müssten demnach (bei einem konstanten Ersatz im Mittel) rund 2.220 Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege pro Jahr einmünden, um die Austritte vollumfänglich zu kompensieren.

In der Ausbildung (Pflegeausbildung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) wurde in den vergangenen Jahren in etwa diese Anzahl an Absolventinnen und Absolventen verzeichnet (siehe Kapitel Ausbildung). Von diesen werden jedoch nicht alle in den Beruf einmünden oder im Beruf verbleiben, auch wenn die Verbleibsquoten höher sind als vielfach angenommen.

### Beschäftigungsdauer der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Für die Pflegeberufe relevant ist die Frage nach der Berufsverweildauer (Golombek und Fleßa 2011). In der Fachdiskussion sind zunehmend Fragestellungen der Bindung und des Haltens von Personal zu beobachten. Ohne an dieser Stelle dem umfangreichen Diskurs zur Berufsverweildauer und zum Berufsverbleib folgen zu können, sollen einige relevante und neuere Ergebnisse zur Einordnung einbezogen werden.

In der Bundesagentur für Arbeit werden beispielsweise Daten der beruflichen Mobilität zwischen Berufssegmenten erfasst (Bundesagentur für Arbeit 2022b). Eine übergeordnete Betrachtung der Gesundheitsberufe kann hier als erste Orientierung bestehen, gleichwohl ein differenzierter Blick nur möglich wird, wenn die einzelnen Berufskennziffern (auf der Ebene der Fünfer-Schlüssel) betrachtet werden können und nicht übergeordnete Berufsgruppen betrachtet werden (im Zweier-Schlüssel)<sup>40</sup>. Hier zeigt sich in der Gesamtperspektive der Gesundheitsberufe sowie im gesamten Berufssegment des Gesundheitswesens, dass hohe Verbleibsquoten ausgewiesen werden.

Eine konkrete Berufsdauer Pflegenden zu ermitteln, erfordert eine umfassende Analyse des Eintrittszeitpunktes nach der Ausbildung und der Analyse der jeweiligen Zeiten (mit oder ohne berufliche Unterbrechung). Die dafür notwendigen Daten (z.B. auf Basis einer Registrierung) fehlen in Deutschland. Für einzelne Bundesländer liegen Analysen zur beruflichen Verbleibsbetrachtung vor (Wrobel et al. 2019; Fuchs et al. 2018). Dazu werden ausgewählte Kohorten beobachtet und anhand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen Kennzahlen zu einem Ausstieg aus dem Beruf ermittelt. Aus den vorliegenden Analysen aus anderen Bundesländern ergeben sich zentral die Hinweise, dass ein Berufsausstieg primär in den ersten Jahren nach Berufseintritt erfolgt. Dabei können jedoch auch Familiengründungsphasen eingeschlossen sein, die eine spätere Wiederaufnahme nicht erfassen. Schwankungen zwischen einzelnen Kohorten stellen ebenso ein Problem in der Analyse dar, genauso wie die exakte Differenzierung bzw. Definition der Berufstreue, sodass mit unterschiedlichen statistischen Unsicherheiten gerechnet werden muss.

---

<sup>40</sup> Berufssegment S22: Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe mit den Untergruppen 81 Medizinische Gesundheitsberufe und 82 Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik

In einer aktuellen Studie in NRW konnte ermittelt werden, dass ein Jahr nach Ausbildungsende (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) in der beobachteten Kohorte noch 89,5 Prozent sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Von diesen arbeiten 96,3 Prozent im Pflegeberuf. Nach fünf Jahren waren noch 80,3 Prozent als berufstätig registriert und eine Berufstreue in der primären Versorgung konnte festgestellt werden (Isfort et al. 2022). Auch in der Studie ergeben sich aufgrund kleinerer Stichproben Limitierungen in der Generalisierung der Aussage. In der Summe jedoch weisen die benannten Studien darauf hin, dass Pflegenden vielfach lange im Beruf verbleiben; insbesondere, wenn ein Wechsel nicht in den ersten fünf Jahren stattgefunden hat. Hinweise zur Berufsdauer von Pflegenden ergeben sich auch auf der Basis anderer Datenbestände.

Für die nachfolgende Analyse wurden stichtagsbezogenen Daten der Bundesagentur für Arbeit untersucht. Diese erfassen auf der Ebene der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf, in welchen Gruppen der Zugehörigkeitsdauer zum Beruf eine unterbrechungsfreie Beschäftigung (durchgängige Dauer mit kurzzeitiger Unterbrechung von maximal 62 Tagen) beschrieben werden kann. Nicht einbezogen in die Darlegung sind Auszubildende in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

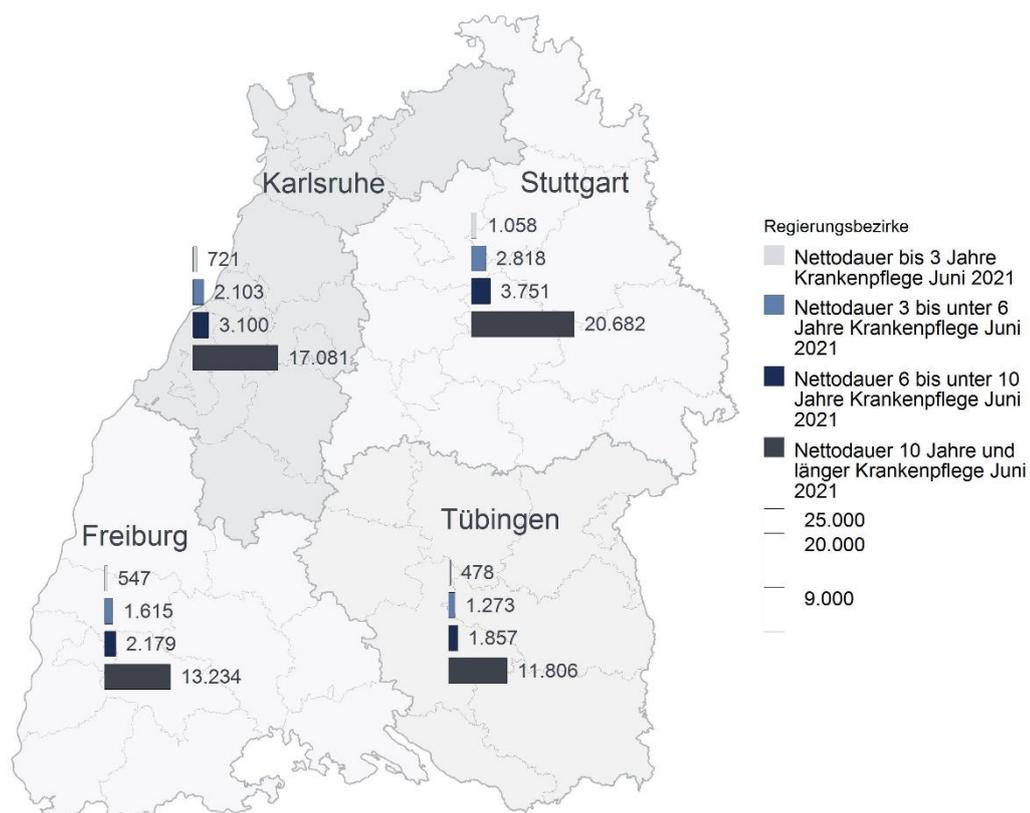


Abb. 33: Beschäftigungsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Stichtag Juni 2021

In den Balkendiagrammen sind auf Ebene der Regierungsbezirke die wesentlichen Klassen der Beschäftigten in Gruppen der Beschäftigungsdauer zum Stichtag Juni 2021 abgebildet. Dabei wird die Nettodauer der Beschäftigung zugrunde gelegt.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Die Nettodauer ist laut Definition der Bundesagentur für Arbeit die Summe aller Zeiten in sozialversicherungspflichtiger oder geringfügiger Tätigkeit seit Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Die Nettodauer (bisherige Dauer der Beschäftigungsverhältnisse) ist somit

In allen Regierungsbezirken zeigt sich, dass die größte Gruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bereits seit 10 Jahren oder länger im Beruf arbeitet. Die anderen Gruppen arbeiten noch nicht in der benannten Zeitdauer in der Pflege, was jedoch nicht heißt, dass sie den Beruf nicht länger ausüben werden.

Bezogen auf die relativen Anteile der Beschäftigten (hier liegen Daten für 84.418 Beschäftigte vor), stellt die Gruppe der Beschäftigten, die 10 Jahre oder länger in der Pflege arbeiten, einen Anteil von 73,96 Prozent. Drei von vier Pflegenden sind demnach schon langjährig und unterbrechungsfrei in der Pflege tätig.

Der Median der Beschäftigungsdauer<sup>42</sup> lag zum Zeitpunkt Juni 2021 bei 223,3 Monaten und damit bei 18,6 Jahren. Hinweise auf eine generell kurze Berufsverweildauer in der Gesundheits- und Krankenpflege ergeben sich damit nicht.

### Pendlerbewegungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Die nachfolgenden Datenanalysen erfolgten auf Basis einer Sonderauswertung der Pendlerdaten der Bundesagentur für Arbeit. Aufgenommen sind dabei die Kennzahlen der Beschäftigten auf Fachkräfteniveau mit dem Berichtstag 30.06.2021.

Regionale Anbieter von Pflegeleistungen sind auf eine entsprechende Anzahl an Pflegenden angewiesen, die auch der regionalen Versorgungslandschaft zur Verfügung stehen. Leben beispielsweise Pflegende in einer ländlichen Region (z.B. aufgrund der besseren Lebensbedingungen und niedrigeren Mieten), so stellen sie nur dann ein regionales Fachkräftepotenzial dar, wenn sie nicht zur Leistungserbringung in ein benachbartes Ballungszentrum migrieren. Umgekehrt bedeutet dies: Bestehen in einem Ballungszentrum zahlreiche Versorgungseinrichtungen mit einem Personalbestand, so kann es sein, dass diese nur erfolgreich betrieben werden können, wenn sich eine ausreichende Anzahl an Personen findet, die zusätzlich zu den örtlich lebenden Fachkräften in die Stadt migrieren.

Für die Analyse der Pendlerbewegungen und -strukturen stehen unterschiedliche Kennzahlen zur Verfügung. So weist die Anzahl der Ein- oder Auspendler darauf hin, wie viele Personen in einen Kreis zur Beschäftigung ein- bzw. aus diesem auspendeln. Damit wird die Mobilität in einer Region insgesamt deutlich. Die Differenz zwischen den Ein- und Auspendlern beschreibt das Pendlersaldo einer Region. Für die Stadt Stuttgart beispielsweise werden insgesamt 9.108 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende am Ort registriert. Innerhalb der Stadt selbst leben 5.047 Beschäftigte. Von diesen arbeiten in Stuttgart 4.333 Personen. Prozentual bedeutet dies, dass der eigene Beschäftigungsstand nur zu 47,6 Prozent mit den Personen gedeckt wird, die auch in der Stadt wohnen. 714 Personen sind Auspendler, die in anderen, umgebenden Landkreisen, in Einrichtungen beschäftigt sind. Zugleich aber zieht die Metropole aus der Umgebung 4.770 Einpendlerinnen und Einpendler an. Das Pendlersaldo, die Differenz zwischen der Anzahl der Einpendlerinnen und Einpendler und Auspendlerinnen und Auspendler, liegt in Stuttgart in einem positiven Bereich von 4.056 Personen.

---

die Summe der Dauern aller Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung. Sie kann sowohl als Summe für alle Beschäftigungsverhältnisse als auch für sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse getrennt ausgewiesen werden. Dabei wird immer die Hauptbeschäftigung berücksichtigt.

<sup>42</sup> Der Median ist ein Lageparameter. Ordnet man die Liste der Beschäftigten der Reihenfolge nach (von der geringsten zur größten Beschäftigungsdauer), so liegt der Median exakt in der Mitte und entspricht der Dauer des Beschäftigten, der die Gruppe in zwei gleich große Einheiten unterteilt. Der Median ist nicht zu verwechseln mit dem arithmetischen Mittel, dem Durchschnittswert.

Eine für die vorliegende Analyse bedeutsame Kennzahl ist, wie viele der im Kreis lebenden Personen mit einem Beruf diesem auch im eigenen Kreis nachgehen. Sie weist demnach die Personen aus, die eine hohe ortstreue und einen niedrigen Mobilitätsgrad haben. In der nachfolgenden Grafik werden kreisbezogen die Anteile der ortstreuen Pflegenden ausgewiesen. Je höher der Anteil ist, umso geringer besteht eine Notwendigkeit, Pflegende aus anderen Landkreisen oder Städten zu gewinnen. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird überwiegend durch regional lebende Personen gesichert. Die Summe der Einpendlerinnen und Einpendler und der Auspendlerinnen und Auspendler wird für die Regierungsbezirke in der Gesamtheit ausgewiesen.

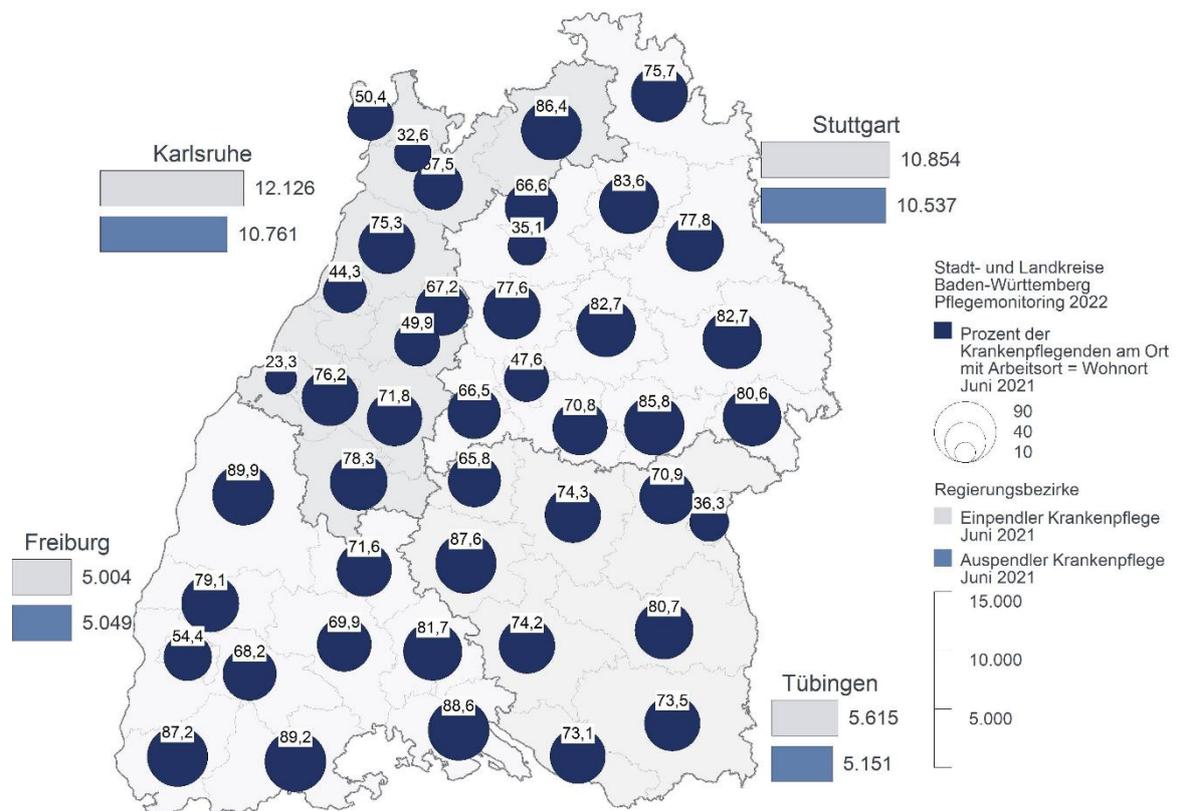


Abb. 34: Anteil der ortstreuen Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2021

Insgesamt weisen insbesondere die Landkreise gegenüber den kreisfreien Städten deutlich höhere Werte der ortsgebundenen Beschäftigung auf. Im Umkehrschluss sind in den kreisfreien Städten niedrige Werte zu identifizieren; die Städte sind in hohem Maße abhängig von Einpendlerinnen und Einpendler aus umliegenden Landkreisen und sind hier „Magneten“ der Beschäftigung.

Insbesondere in den Regionen mit einer hohen Quote ortsgebundener Beschäftigung muss die Ausbildung vor Ort mit betrachtet werden. Fehlen hier Ausbildungs- und Qualifizierungsstätten, so droht die regionale Personalqualifizierung abgeschnitten zu werden und es besteht ein zunehmender Druck, die benötigten Pflegenden aus umliegenden Regionen zu gewinnen.

Für die regionalen Planungen können die Daten wertvolle Hinweise geben bei der Diskussion, Ausbildungsstätten zu erhalten, auszubauen oder aber übergreifend zusammenzuarbeiten, um für den Kreis die notwendige Kapazität zu schaffen.

Die Spreizung bezogen auf den Anteil der ortsgebundenen Beschäftigten in Baden-Württemberg ist sehr hoch. 13 Landkreise weisen hier einen Anteil von über 80 Prozent aus. Auf der anderen Seite sind in den Ballungszentren und Stadtzentren sehr niedrige Anteile zu verzeichnen. Im SK Baden-Baden sind es nur 23,3 Prozent der Beschäftigten, die auch in der Stadt leben, im SK Heidelberg 32,6 Prozent, im SK Heilbronn 35,1 Prozent, im SK Ulm 36,3 Prozent, im SK Karlsruhe 44,3 Prozent, im SK Stuttgart 47,6 Prozent, im SK Pforzheim 49,9 Prozent, im SK Mannheim 50,4 Prozent und im SK Freiburg im Breisgau 54,4 Prozent.

Die Top Ten der Landkreise mit einer hohen Quote ortsgebundener Beschäftigung sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

STADT- ODER LANDKREIS	PROZENT DER KRANKENPFLEGENDE AM ORT MIT ARBEITSORT = WOHNORT JUNI 2021	AUSPENDLER KRANKENPFLEGE JUNI 2021	EINPENDLER KRANKENPFLEGE JUNI 2021
LK Ortenaukreis	89,9	477	372
LK Waldshut	89,2	214	75
LK Konstanz	88,6	284	265
LK Zollernalbkreis	87,6	557	121
LK Lörrach	87,2	240	134
LK Neckar-Odenwald-Kreis	86,4	585	124
LK Göppingen	85,8	931	205
LK Hohenlohekreis	83,6	495	71
LK Rems-Murr-Kreis	82,7	1.392	386
LK Ostalbkreis	82,7	469	353

Tab. 10: Top Ten Landkreise mit ortstreuen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden Juni 2021

Aus der zusammenführenden Betrachtung der ortstreuen Beschäftigtenanteile und der Ein- und Auspendlerinnen und -pendler zeigt sich, aus welchen Landkreisen erhebliche Personalströme in umliegende Regionen beobachtet werden können.

In der nachfolgenden Analyse werden für die Regierungsbezirke exemplarisch die Hauptpendlerströme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege vorgestellt.

### Regionale Pendleranalyse Stuttgart

Die exemplarische Analyse der zentralen Bewegungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden umfasst für den Regierungsbezirk Stuttgart die zehn Landkreise sowie kreisfreien Städte mit der in der Anzahl höchsten Pendlerbewegung. Der Main-Tauber-Kreis, der Ostalbkreis sowie Heidenheim werden aufgrund relativ niedriger Pendlerbewegungen nicht mit in die grafische Abbildung aufgenommen<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Im Main-Tauber-Kreis gibt es beispielsweise in der Gesamtheit lediglich 44 erfasste Pendlerbewegungen aus dem Gebiet heraus, in Heidenheim 62 und im Ostalbkreis 218 (davon 78 in Richtung Rems- Murr-Kreis und 63 in Richtung Stuttgart).

Grundlage der Datenanalysen sind Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit zum Stichtag 30.06.2021. Erfasst werden hier die Wohnorte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf und die gemeldeten Arbeitsorte. Klassifiziert wird dies über die Landkreise sowie kreisfreien Städte. Mit den vorliegenden Daten können die raumbezogenen Pendlerbewegungen näher, wenn auch nicht vollumfänglich beschrieben werden.

Die Daten werden in Form eines Chorddiagramms visualisiert. Damit wird die Pendlerbewegung in der Struktur untereinander verdeutlicht. Nicht abgebildet ist die Gesamtanzahl der Pflegenden, die vor Ort wohnen und einen ortsnahen Arbeitsbereich aufweisen, sodass lediglich die tatsächlichen raumbezogenen Ein- und Auspendlerbewegungen nachvollzogen werden.

Die in der Grafik abgebildeten Kennzahlen bilden die Anzahl der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegenden im einmündenden Arbeitsort ab. In der Rückverfolgung des grafischen Stroms kann identifiziert werden, aus welchem Kreis die entsprechenden Personen einmünden. Für Stuttgart wird exemplarisch deutlich, dass 864 Berufspendlerinnen und -pendler aus dem Rems-Murr-Kreis stammen und zur Arbeit nach Stuttgart einpendeln.

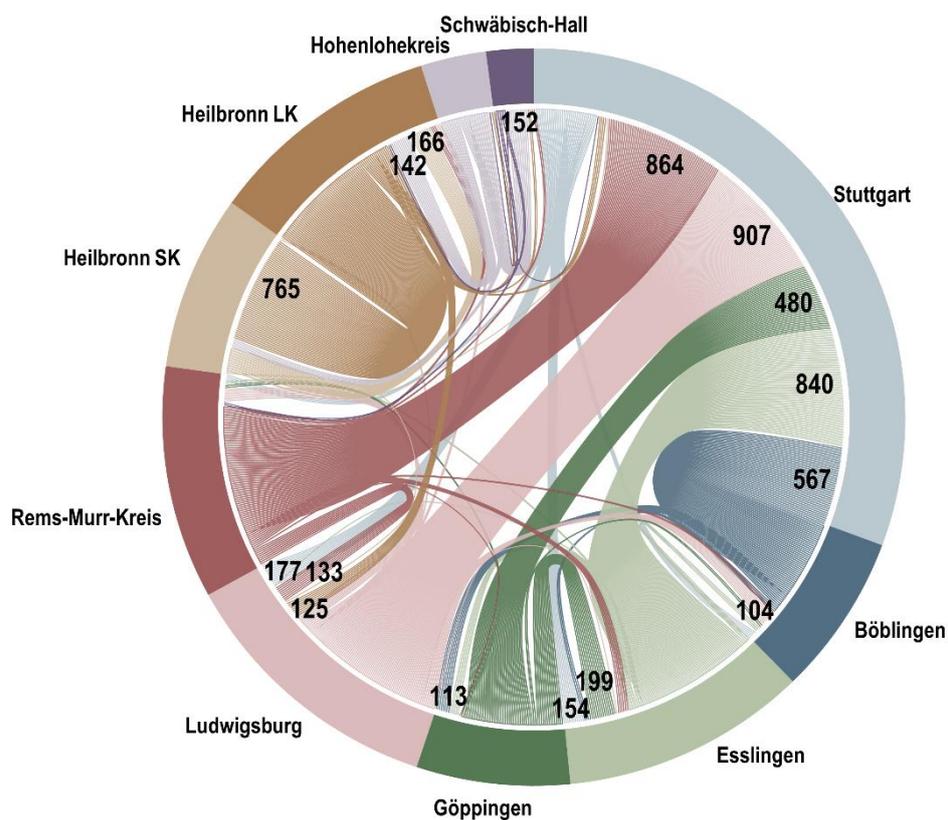


Abb. 35: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Stuttgart

Die Analyse der Pendlerinnen und Pendler zeigt auf, dass insbesondere die kreisfreie Stadt Stuttgart als ein starker Magnet wirkt und in erheblichem Maße von Pflegenden profitiert, die in den umliegenden Landkreisen wohnen. Auffallend ist, dass insbesondere die direkten Nachbarbereiche hohe Pendlerbewegungen aufzeigen. Mit dem Landkreis Göppingen besteht ein nicht direkter Nachbarbereich, aus dem zahlreiche Pflegende in Stuttgart arbeiten. Aus Stuttgart heraus sieht man überwiegend niedrige Kennzahlen der Pendlerbewegung. So migrieren 177

nach Ludwigsburg und 154 nach Esslingen. Ebenso finden sich starke Pendlerbewegungen vom Landkreis Heilbronn in die kreisfreie Stadt Heilbronn.

Pendlerströme in Richtung Landkreis Hohenlohekreis oder in den Landkreis Rems-Murr-Kreis sind nur in einem sehr niedrigen zweistelligen Bereich insgesamt zu verzeichnen.

## Regionale Pendleranalyse Karlsruhe

Für den Regierungsbezirk Karlsruhe werden ebenfalls die zehn zentralen Bereiche der Pendlerströme dargestellt. Nicht dargestellt werden der Landkreis Calw sowie der Landkreis Freudenstadt aufgrund niedriger Pendlerströmungen<sup>44</sup>.

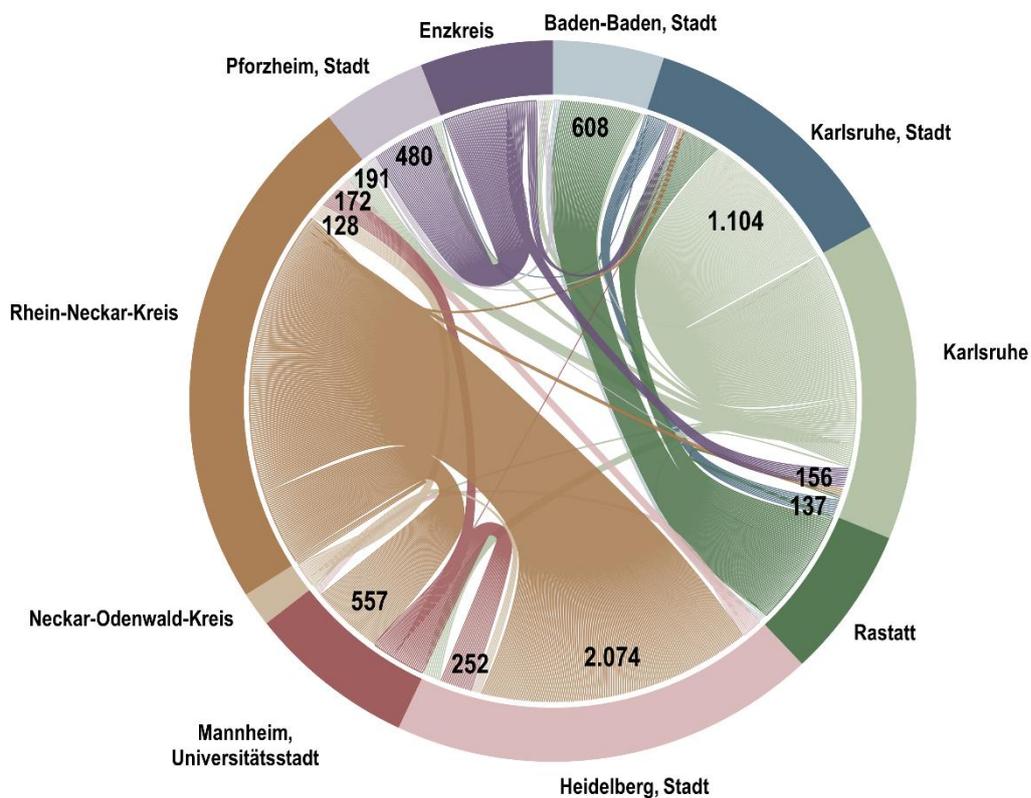


Abb. 36: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Karlsruhe

Die zentrale erfasste Bewegung findet sich zwischen dem Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg 2.074. Aus dem Rhein-Neckar-Kreis pendeln ebenso zahlreiche Pflegende nach Mannheim ein (557). Eine große Wanderungsbewegung kann auch zwischen dem Landkreis Karlsruhe und der vom Landkreis umschlossenen Stadt Karlsruhe (1.104) festgestellt werden. Der „Gegenstrom“ fällt mit einer eher niedrigen Kennzahl (137) deutlich geringer aus.

Baden-Baden profitiert in hohem Maße von einem Zustrom an Pflegenden aus dem umschließenden Landkreis Rastatt (608).

<sup>44</sup> Aus dem eigenen Regierungsbezirk finden sich Calw kaum nennenswerte Pendlerströme in den Landkreis. Hier werden 99 Pflegende aus Freudenstadt verzeichnet. Der größte „Zustrom“ in den Landkreis erfolgt aus dem benachbarten Landkreis Böblingen aus dem Regierungsbezirk Stuttgart mit 157 Personen. In einem fast gleichgroßen Umfang (154 Personen) besteht eine umgekehrte Migration. In den Landkreis Freudenstadt hinein wird lediglich aus Calw eine Migration von 59 Pflegenden erfasst. Ebenso groß ist die Migration aus dem Landkreis Rottweil im Regierungsbezirk Freiburg. Eine weitere Pendlerbewegung aus Freudenstadt ist mit 57 Personen in Richtung Tübingen zu identifizieren.

Nach Pforzheim migrieren überwiegend Pflegende aus dem umschließenden Landkreis Enzkreis. Aus Calw, das ebenso angrenzend an Pforzheim ist, pendeln lediglich 99 Personen ein.

Auch für den Regierungsbezirk Karlsruhe kann beschrieben werden, dass die Pendlerbewegungen, die identifiziert werden können, überwiegend in die direkt benachbarten Landkreise oder kreisfreien Städte erfolgen. Eine hohe Mobilität kann vor diesem Hintergrund nicht angenommen werden. Für die Pflegenden kann eine hohe Ortstreue angenommen werden, was die Bedeutung des regionalen Charakters der Versorgung unterstreicht.

### Regionale Pendleranalyse Freiburg

Für den Regierungsbezirk Freiburg wurde aufgrund der Anzahl von neun Landkreisen und der kreisfreien Stadt Freiburg keine Auswahl getroffen und es erfolgt eine vollumfängliche Darstellung der Pendlerströme in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Regierungsbezirk.

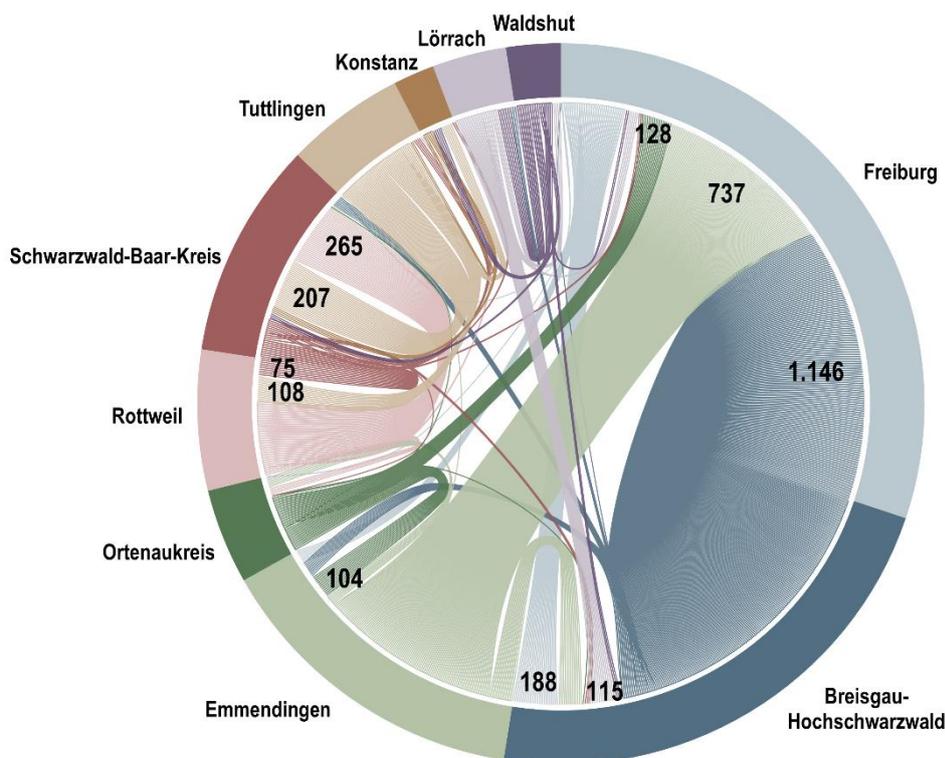


Abb. 37: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Freiburg

Im Regierungsbezirk Freiburg dominiert der Pendlerstrom in Richtung der Stadt Freiburg. Hier werden aus dem benachbarten Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, dem Landkreis Emmendingen sowie aus dem weiter entfernten Ortenaukreis Ströme identifiziert. Aus Rottweil migrieren Pflegende in den Schwarzwald-Baar-Kreis (265); ebenso findet sich in Richtung Schwarzwald-Baar-Kreis ein Zustrom aus Tuttlingen.

In der Gesamtschau kann für den Regierungsbezirk Freiburg festgestellt werden, dass die zentralen Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen eine Kreisgrenze überschreiten und daher regional überwiegend ortsnah erfolgen.

Eine Besonderheit lässt sich u.a. für Konstanz ausmachen. Der Zustrom fällt sehr gering aus (49 aus Tuttlingen, 22 aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis und 39 aus Waldshut). Die überwiegend geringen Zahlen finden sich auch in der Migration aus Konstanz heraus in die benachbarten Landkreise des Regierungsbezirks oder des benachbarten Regierungsbezirks Tübingen. Hier dominiert eine Wanderung in Richtung Bodenseekreis (83). Geringe Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen lassen sich ebenso für Lörrach und Waldshut ausmachen. Der Anteil der Pflegenden, die vor Ort wohnen und auch im Landkreis arbeiten, ist in beiden Landkreisen sehr hoch, was tendenziell gegen eine grenzüberschreitende Pendlerinnen- und Pendlerbewegung spricht. In beiden Landkreisen leben mehr Gesundheits- und (Kinder-)krankenpflegende, als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Ort registriert sind. Betrachtet man die Pendlerinnen- und Pendlerbewegung in die ortsnahen Regionen aus Baden-Württemberg, so pendeln rund 197 Pflegende aus Lörrach heraus (115 in den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald). Aus Waldshut heraus sind es 163 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende, davon 54 nach Lörrach.

### Regionale Pendleranalyse Tübingen

Im Regierungsbezirk Tübingen werden in der vorliegenden Analyse alle Landkreise sowie die Universitätsstadt Ulm abgebildet. Eine Auswahl musste aufgrund der Anzahl der abbildbaren Landkreise nicht vorgenommen werden.

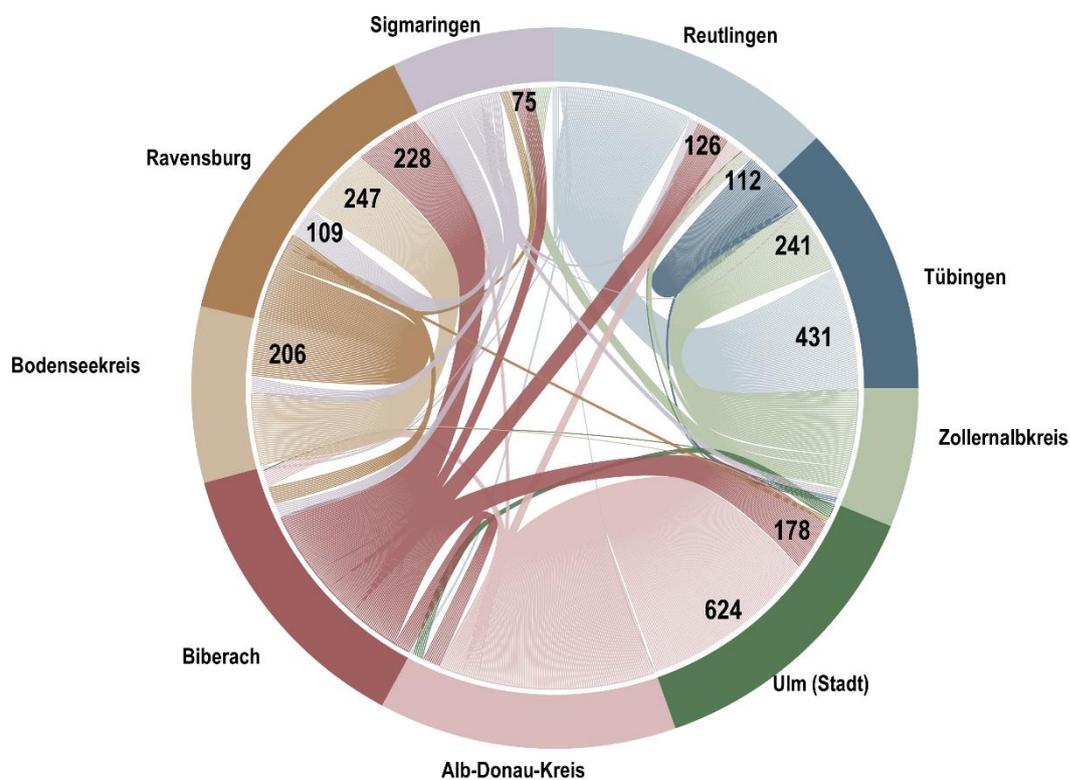


Abb.: 38 Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Tübingen

Im Regierungsbezirk sind zentrale Wanderungsbewegungen vom Alb-Donau-Kreis in Richtung der Stadt Ulm auszumachen (624) sowie aus dem Landkreis Reutlingen nach Tübingen (431).

Tübingen und Ulm sind die zentralen Zentren, die von einem Pendlerzustrom aus den umliegenden Regionen profitieren.

Ravensburg profitiert einerseits von einem Zustrom Pflgender aus dem Bodenseekreis (247); zugleich aber migrieren in einer annähernd ähnlichen Anzahl (206) Pflgende in die Gegenrichtung. Aus Biberach pendeln 228 Pflgende nach Ravensburg ein; ein Gegenstrom fällt hier mit lediglich 65 Personen im Beobachtungszeitraum deutlich geringer aus.

Der Zollernalbkreis weist eine hohe Pendlerbewegung aus dem Landkreis aus. Im Regierungsbezirk ist prioritär die Pendlerinnen- und Pendlerbewegung in Richtung Tübingen zu beobachten (241). Darüber hinaus kann auch eine Pendlerbewegung in Richtung Sigmaringen festgestellt werden (76). Übergreifend ist auch eine Bewegung von 72 Personen in den benachbarten Landkreis Rottweil zu beobachten (Regierungsbezirk Freiburg).

### Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende aus Drittstaaten

Vor dem Hintergrund der Begrenzung des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen in Deutschland spielen Fachkräfte aus dem Ausland eine zunehmend wichtige Rolle (Afentakis und Maier 2014; Lauxen und Blattert 2020; Peters und Braeseke 2016; Rand und Larsen 2019; Arend und Klie 2017). Neben den Fragen der Anwerbung im Herkunftsland (mit oder ohne Hinzuziehung einer Agentur) sind vor allem die Fragen der Integration in die Abläufe der jeweiligen Organisation, der Bindung des Personals sowie die möglichen Familienzuzüge Diskussionspunkte, die zu einer gelingenden Strategie führen und damit zu einer Entlastung des bestehenden Personals.

Prinzipiell lassen sich dabei unterschiedliche Strategien identifizieren:

- Anwerbung von im Ausland qualifiziertem Fachpersonal
- Anwerbung junger Menschen aus dem Ausland, die nachfolgend in Deutschland eine Ausbildung in der Pflege beginnen
- Integration von Flüchtlingen in die Pflegeausbildung/Pflegeassistentenausbildung

Für die Begrenzung des Fachkräfteengpasses relevant ist die Frage, ob und inwieweit die Personalgewinnung aus dem Ausland nachhaltige Effekte aufweisen kann oder zukünftig eine größere Wirkung entfalten könnte.

Bis 2013 lagen bei der Bundesagentur für Arbeit Kennzahlen der beruflichen Anerkennung aus anderen Ländern, auch innerhalb der EU, vor. Mit der wechselseitigen Berufsanerkennung innerhalb der EU ergab sich dazu keine Notwendigkeit mehr, da Pflgende aus EU-Staaten keine gesonderte Anerkennung mehr benötigen (Slotala 2016). Als sozialversicherungspflichtige in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege aus der EU (ohne Deutschland 2020) werden bei der Bundesagentur für Arbeit für Baden-Württemberg 5.389 Personen geführt. Gemessen an der Anzahl der Pflgenden im Zielberuf in 2020 entsprach dies für den Beobachtungszeitpunkt einem Anteil von 5,8 Prozent.

Im Fokus der Analyse liegen die Kennzahlen der Personen aus Drittstaaten, für die im Zuge eines Anerkennungsverfahrens in Deutschland eine Zulassung zur Berufsausübung in der Krankenpflege ausgesprochen wurde<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Krankenpflege (Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383)

In Deutschland wurden in 2021 insgesamt 20.561 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme von Drittstaatsangehörigen ausgesprochen<sup>46</sup>. Für Baden-Württemberg werden 4.331 Personen registriert. Relativ betrachtet erfolgten demnach 21 Prozent der in Deutschland ausgesprochenen Zulassungen für Krankenpflegende aus Drittstaaten in Baden-Württemberg. Bundesweit betrachtet liegt Baden-Württemberg damit in 2021 auf dem Spitzenplatz vor Bayern (4.015), Nordrhein-Westfalen (2.828) und Hessen (2.367). Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf in 2021 stellen die ausländischen Pflegenden aus Drittstaaten einen Anteil von 4,6 Prozent der Pflegenden. In Baden-Württemberg kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Kennzahlen von einem echten Effekt hinsichtlich der Reduzierung des Fachkräftemangels ausgegangen werden.

In einer Zeitreihenbeobachtung von 2013 bis 2021 zeigt sich eine stabil zunehmende Anzahl. Lag in 2013 die Anzahl der Zulassungen aus Drittstaaten noch bei 173 Personen, so stieg diese bis 2020 auf 3.084 und 2021 auf 4.341 Personen an. Bemerkenswert ist, dass die Anzahl damit auch in der Phase der Pandemie gesteigert wurde.

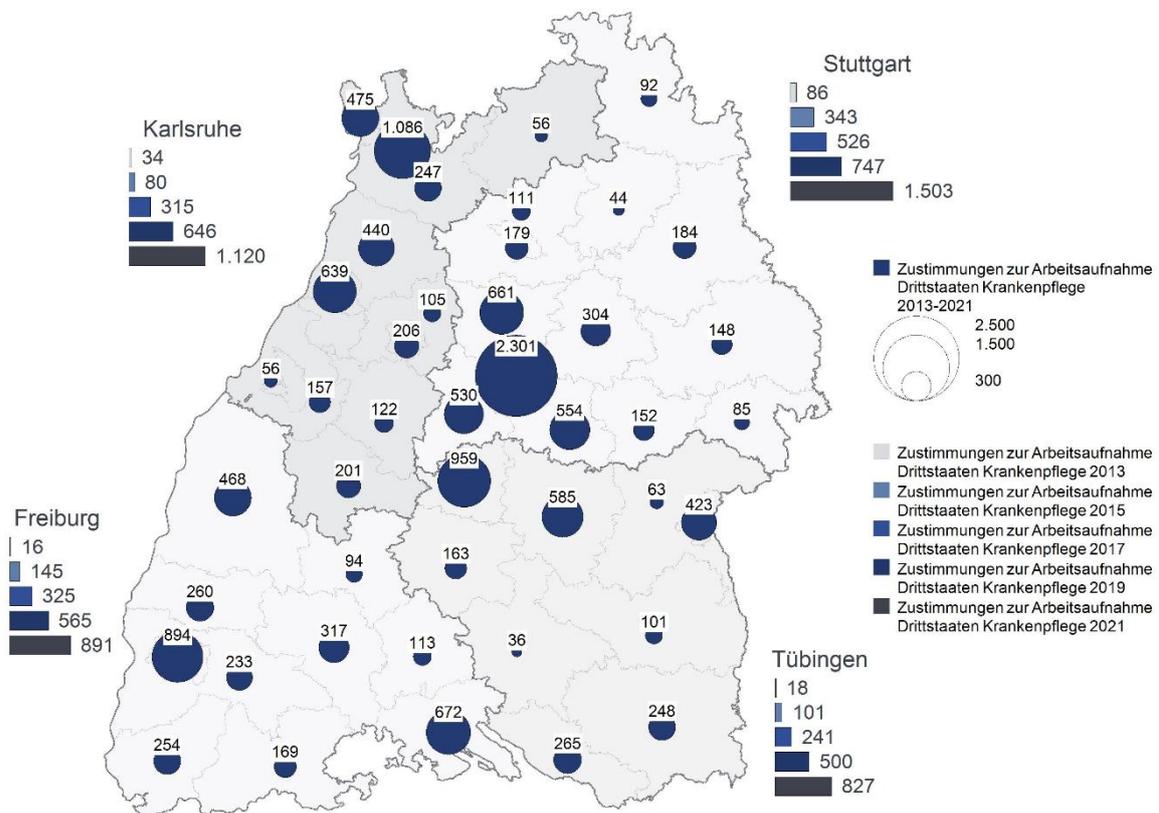


Abb. 39: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020

In der Summe sind im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2021 insgesamt 15.452 Gesundheits- und Krankenpflegende aus Drittstaaten in Baden-Württemberg zugelassen worden, wobei sich keine Daten identifizieren lassen, mit denen der Verbleib oder die tatsächliche aktuelle Beschäftigung in Baden-Württemberg gesichert beziffert werden kann. Von einer 100-prozentigen Verbleibsquote und einer fortgeführten 100-prozentigen Erwerbsquote der im Zeitraum

<sup>46</sup> Sonderabfrage Statistik-Service Südwest (Frankfurt am Main) vom 09.02.2022

zugelassenen Personen kann jedoch nicht ausgegangen werden. Ein Rückzug ins Herkunftsland, eine räumliche Veränderung in ein anderes Bundesland oder in ein anderes EU-Land muss dabei ebenso mit einbezogen werden wie die Berufsunterbrechung z.B. im Rahmen einer Familiengründungsphase oder auch eine berufliche Umorientierung.

Bezogen auf die räumliche Verteilung der in 2021 zugewanderten Pflegenden, findet sich der größte Zustrom aus europäischen Ländern (ohne EU) (1.811). Hier finden sich insbesondere Zuwanderungen aus Bosnien und Herzegowina (531) sowie Serbien (515). Bei der Zuwanderung aus den asiatischen Ländern sind es insbesondere die Philippinen (896), die eine Bedeutung haben. Der afrikanische Kontinent macht mit 675 zugewanderten Krankenpflegenden einen eher geringen Anteil aus. Hier dominiert Tunesien (196) als Zuwanderungsland.

Die Grafik visualisiert die summierte Gesamtzahl der Krankenpflegenden im Zeitraum von 2013 bis 2021. In den Kreisen sind die Zahlen auf der regionalen Ebene abgebildet. Für die Regierungsbezirke erfolgt nebenstehend eine Zeitreihe der aus dem Ausland rekrutierten Krankenpflegenden aus Drittstaaten.

Bezogen auf die räumliche Verteilung der Zuwanderung in Baden-Württemberg zeigt sich in der Summierung, dass insbesondere die größeren Zentren von der Zuwanderung profitieren können. Stuttgart ist hier im Betrachtungszeitraum von 2012 bis 2021 führend (2.301), gefolgt von Heidelberg (1.086). In den weiteren kreisfreien Städten oder Landkreisen liegen die Daten der erfassten Zulassungen Pflegender aus Drittstaaten im dreistelligen Bereich.

Deutlich wird, dass insbesondere in ländlichen Regionen die aus dem Ausland gewonnenen und zugelassenen Pflegekräfte keine nennenswerte Bedeutung im Rahmen der generellen Fachkräftesicherung darstellen. In Sigmaringen sieht man in der Abbildung im Beobachtungszeitraum von neun Jahren insgesamt eine Anzahl von 36 Personen. Im LK Hohenlohekreis sind es 44. Insgesamt weisen acht Landkreise im Zeitraum lediglich zweistellige Anzahlen auf. Berücksichtigt werden muss, dass die Daten nicht widerspiegeln, ob die gewonnenen Fachkräfte in der Region weiterhin tätig sind, ob sie in andere Bereiche oder Regionen abgewandert oder ob sie in die Heimatländer zurückgekehrt sind. Haltequoten können damit nicht näher quantifiziert werden.

Die geringe Bedeutung der regionalen Sicherung im ländlichen Raum verdeutlichen auch die Kennzahlen aus dem aktuell analysierten Jahr 2021. So sind im LK Hohenlohekreis sowie im LK Neckar-Odenwald-Kreis jeweils unter 10 Personen in 2021 neu zugelassen worden.

## ALTENPFLEGE

Im nachfolgenden Kapitel werden die zentralen Entwicklungen für die Altenpflege vorgestellt. Bezüglich der Altenpflegehilfe muss angemerkt werden, dass die Daten der Bundesagentur für Arbeit auch Personen inkludieren, die im Tätigkeitsfeld als Hilfskräfte arbeiten, jedoch nicht über eine einjährige Fachqualifizierung verfügen. Die ausgewiesenen Personen entsprechen damit nicht dem Verständnis einer qualifizierten Altenpflegehilfskraft und werden daher nur mit in die Analyse einbezogen, wenn die Datenbestände aus anderen Statistiken betrachtet werden (Pflegestatistik/Krankenhausstatistik). Kennzahlen zur Arbeitslosigkeit sowie zur Anzahl offener Stellen sind angesichts der beschriebenen Problematik nicht als valide Grundlage einer objektiven Schätzung nutzbar.

## Beschäftigung

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege (auf Fachkräfteniveau) zeigt, wie die der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, in den vergangenen Jahren eine weitere Steigerung auf (jeweils zum Juni des Jahres), die jedoch überwiegend moderat ausfällt.

Insgesamt ist auch in diesem Bereich der Beschäftigung keine pandemiebedingte Absenkung der Kennzahlen zu beobachten. Zwischen 2018 und 2021 ergibt sich für Baden-Württemberg insgesamt eine Zunahme um 1.581 Altenpflegende auf der Ebene der Fachqualifikation. Anders als im Krankenhausbereich muss bei den Beschäftigten in der Altenpflege auch eine dynamische Entwicklung der Betriebsstätten mitberücksichtigt werden. Sowohl bei ambulanten Diensten als auch bei teil-/vollstationären Einrichtungen sind Zuwachsraten über die Jahre zu beobachten. Zwischen 2017 und 2019 werden in der Pflegestatistik des Landes 135 zusätzliche teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen verzeichnet und 81 neue ambulante Dienste, sodass sich zusätzliche Pflegende insbesondere in diesen Sektoren auch durch zusätzliche Einrichtungen erklären lassen. Sie stehen damit nicht vollumfänglich den bereits bestehenden Einrichtungen zur Verfügung.

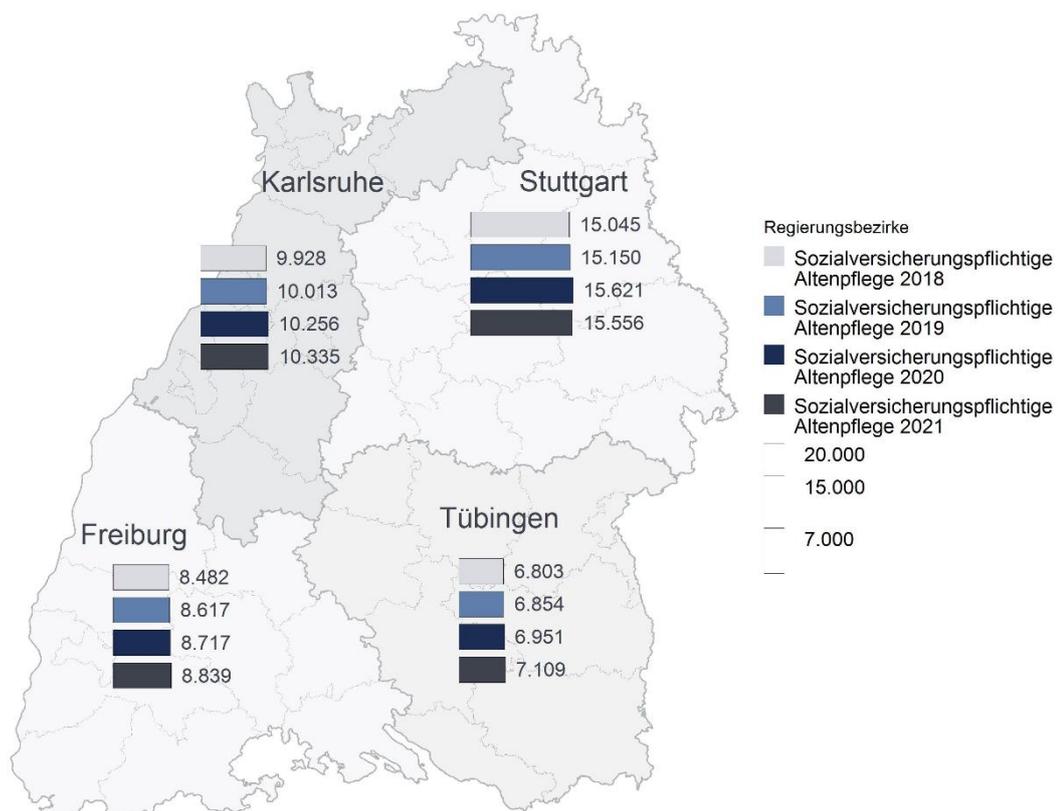


Abb. 40: Entwicklung sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Altenpflege

Die Kennzahlen bilden die Beschäftigtenzahlen unabhängig von dem beruflichen Sektor insgesamt ab; sie entsprechen nicht dem Stellenpotenzial im Sinne von Vollzeitäquivalenten. Für Juni 2021 werden bei der Bundesagentur für Arbeit für Baden-Württemberg insgesamt 41.839 Sozialversicherungspflichtige auf Fachkräfteniveau im Land ausgewiesen<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Berufsgattungen der Klassifikation der Berufe 2010: 82102, 82103, 82182, 82183, 82194

Das höchste Beschäftigungsvolumen insgesamt ist im Regierungsbezirk Stuttgart zu beobachten, gefolgt von Karlsruhe. Die geringen Änderungen zwischen den einzelnen Jahren verweisen auf keine substantiellen Verschiebungen in der Gesamtbeschäftigung. Geringe Differenzen können dabei der stichtagsbezogenen Erfassung geschuldet sein und verweisen insgesamt auf regional ähnliche Tendenzen.

Die Daten der Gesamtbeschäftigung weichen ab von der Summierung der Daten der Beschäftigtenzahlen in der enger gefassten Betrachtung der Versorgungssektoren, die im Rahmen der Pflegestatistik und Krankenhausstatistik ausgewiesen werden. Gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Altenpflegenden, wie sie in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit geführt werden, können den Sektoren der Versorgung insgesamt rund 90 Prozent aller erfassten Beschäftigten mit dem Qualifikationsniveau einer Altenpflegefachkraft zugeordnet werden. Für die Altenpflegehilfe kann eine solche Berechnung aufgrund der fehlenden Stabilität der Beschäftigungsklassifizierung bei den Daten der Bundesagentur für Arbeit nicht vorgenommen werden.

EINRICHTUNGEN	ALTENPFLEGENDE	ALTENPFLEGEHELFER/-INNEN
Krankenhäuser 2021	2.560	224
Rehabilitationseinrichtungen 2021	582	65
Ambulante Dienste 2019	9.928	1.457
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2019	24.654	5.498

Tab. 11: Beschäftigte der Altenpflege und Altenpflegehilfe in Baden-Württemberg

Bezüglich der Vollzeitbeschäftigung lassen sich für die Altenpflegenden in den ambulanten Diensten 32,8 Prozent beschreiben und in den teil-/vollstationären Einrichtungen 46,7 Prozent. Damit liegen die Altenpflegenden in den teil-/vollstationären Einrichtungen in etwa auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflegenden in den Krankenhäusern.

Bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern sind in den ambulanten Diensten 24,2 Prozent in Vollzeit tätig und in den teil-/vollstationären Einrichtungen liegt der Anteil bei einem ähnlichen Wert (26,6 Prozent).

Die nachfolgenden Daten der räumlichen Verteilung der Beschäftigten in der sektoriellen Differenzierung der Berufsbereiche wurden im Rahmen einer Sonderauswertung der Pflegestatistik 2019 vorgenommen.

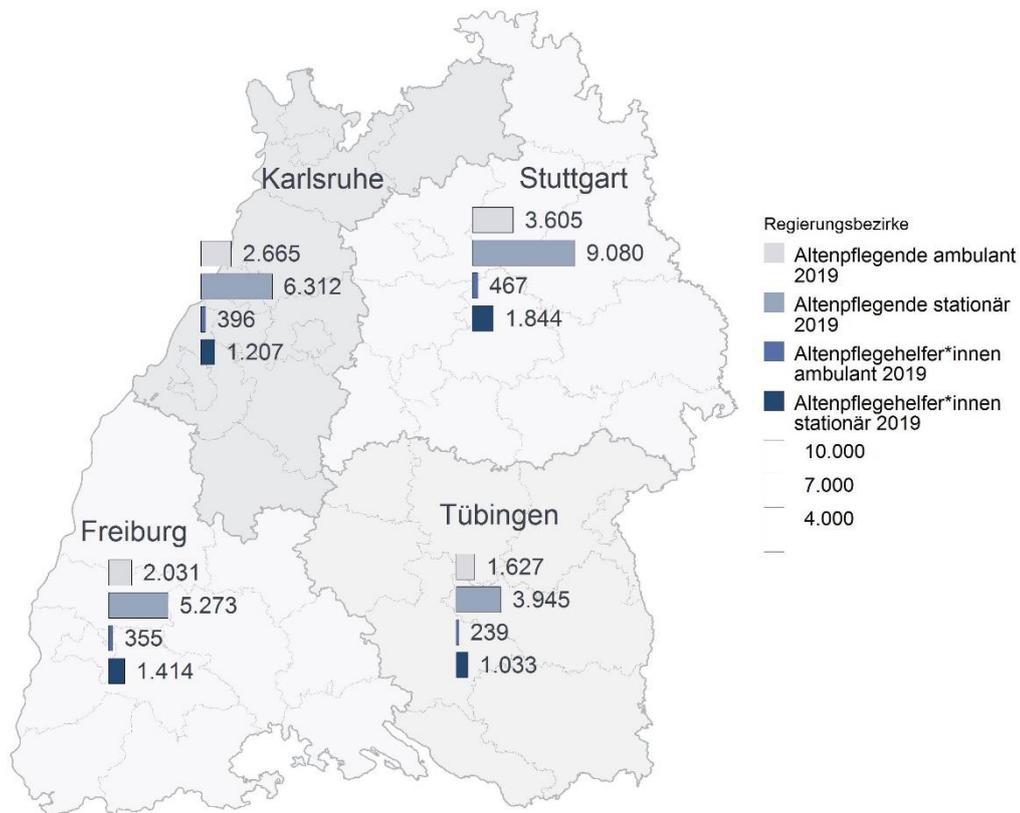


Abb. 41: Altenpflegende und Altenpflegehelfende nach Sektoren regional 2019

Analysiert wurden die Beschäftigten der Altenpflege und die der Altenpflegehilfe in den Tätigkeitsbereichen der teil-/vollstationären Einrichtungen und der ambulanten Dienste.

Bei den Altenpflegenden dominiert der stationäre Bereich als personalintensiver Sektor. Dies betrifft sowohl die Beschäftigten mit einer Fachqualifikation (dreijährig) als auch die Altenpflegehelferinnen und -helfer. Insbesondere in den ambulanten Diensten finden sich nur geringgradige Beschäftigungen der Altenpflegehelferinnen und -helfer. Eine mögliche Limitierung können hier abrechnungsbezogene Leistungsbereiche sein, die in einem geringeren Umfang von Helferinnen und Helfern eigenständig durchgeführt werden können.

Vor dem Hintergrund der Personalbemessung in der Altenpflege und der Umsetzung wird von einer Stärkung der Altenpflegehilfe in den teil-/vollstationären Einrichtungen ausgegangen. Perspektivisch kann daher angenommen werden, dass die vorliegenden Kennzahlen der Beschäftigung in diesem Bereich steigen werden, so parallel eine ausreichende Ausbildungskapazität besteht. Die regionalen Relationen zwischen den einjährig und dreijährig qualifizierten Altenpflegenden weisen leicht unterschiedliche Kennzahlen auf.

Im Regierungsbezirk Stuttgart besteht zwischen Altenpflegehelferinnen und -helfern und fachqualifizierten Altenpflegenden eine Relation von 1:4,9. In Karlsruhe liegt sie bei 1:5,2, in Freiburg bei 1:3,7 und in Tübingen bei 1:3,8. Die Relationen beschreiben eine Berechnung der Anzahl der Pflegenden; für eine Kalkulation der hinterlegten Stellen (Vollzeitäquivalente) liegen keine Daten vor, die eine stellenbezogene Berechnung ermöglichen.

## Arbeitslosigkeit

Wie bei der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auch, so werden in der nachfolgenden Grafik die zentralen Kennzahlen des Arbeitsmarktes vorgestellt.<sup>48</sup>

Die Situation in der Altenpflege ist gegenüber der in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege als ähnlich zu betrachten. In wenigen Kreisen besteht eine nennenswerte Anzahl an arbeitslos gemeldeten Personen. Es finden sich überwiegend niedrige einstellige Werte. Demgegenüber sind in allen Kreisen offen gemeldete Stellen verzeichnet. Auch für die Altenpflege kann keine regionale Arbeitslosenquote gemessen werden, die sich als Arbeitsmarktreserve kennzeichnen lässt.

Betrachtet man die Relationen der arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden zu den offen gemeldeten Arbeitsstellen, so ist hier deutlich zu erkennen, dass für Stelleninteressierte eine breite Auswahlmöglichkeit besteht. Bedacht werden muss, dass nicht alle Einrichtungen die offenen Stellen melden und die reale Anzahl der offenen Stellen deutlich über der statistisch ausgewiesenen liegen wird. Ebenso stehen nicht alle als arbeitslos ausgewiesenen Personen dem Arbeitsmarkt real zur Verfügung. Hier sind Pflegende mit relevanten gesundheitlichen Einschränkungen ebenso vertreten wie Personen, die nicht mehr in den Ursprungsberuf einmünden wollen. Somit besteht hierbei eine Überschätzung der tatsächlich für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Kräfte.

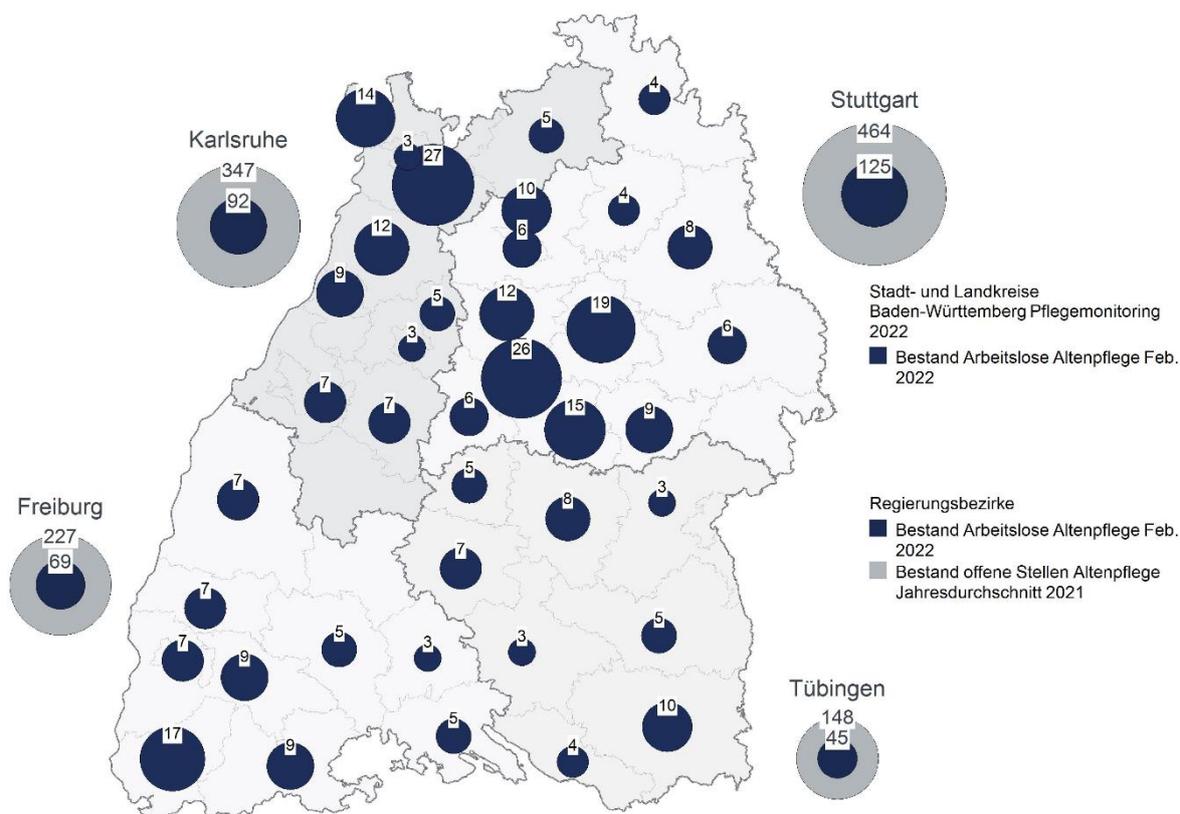


Abb. 42: Übersicht Arbeitslose und Arbeitsstellen Altenpflege Feb 2022

<sup>48</sup> Die Daten beziehen sich dabei auf den Bestand zum Februar 2022.

Im Regierungsbezirk Karlsruhe besteht ein Verhältnis zwischen offenen Stellen und arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden von 3,8:1. In Stuttgart ergibt sich rechnerisch ein Verhältnis von 3,7:1, in Freiburg von 3,3:1 und in Tübingen von 3,3:1.

### Berufsdemografie in der Altenpflege

Die nachfolgende Grafik zeigt die Altersverteilung der Altenpflegenden in Baden-Württemberg zum Juni 2021. Grundlagen der Analyse sind Daten der Bundesagentur für Arbeit in der Aufschlüsselung für Baden-Württemberg. In die Analyse einbezogen sind Daten von insgesamt 41.839 Altenpflegenden auf dem Niveau der Fachkräfte (ohne Altenpflegehelferinnen und -helfer). Die berufsdemografischen Entwicklungen in der Altenpflege weisen eine gegenüber der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege etwas günstigere Verteilung auf. Der Anteil der Altenpflegenden über 50 Jahre liegt bei 30,7 Prozent. Gegenüber der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege besteht hier eine stärkere Gleichverteilung in den Gruppen.

Betrachtet man die höheren Altersklassen (ab 55 Jahre), so muss in Baden-Württemberg in den kommenden 10 Jahren damit gerechnet werden, dass rund 8.400 Altenpflegende aus dem Beruf altersbedingt ausscheiden werden. Damit müssten stabil über den 10-Jahres-Zeitraum pro Jahr 840 Pflegende in den Bereich der Altenpflege einmünden, um eine Kompensation zu erreichen.

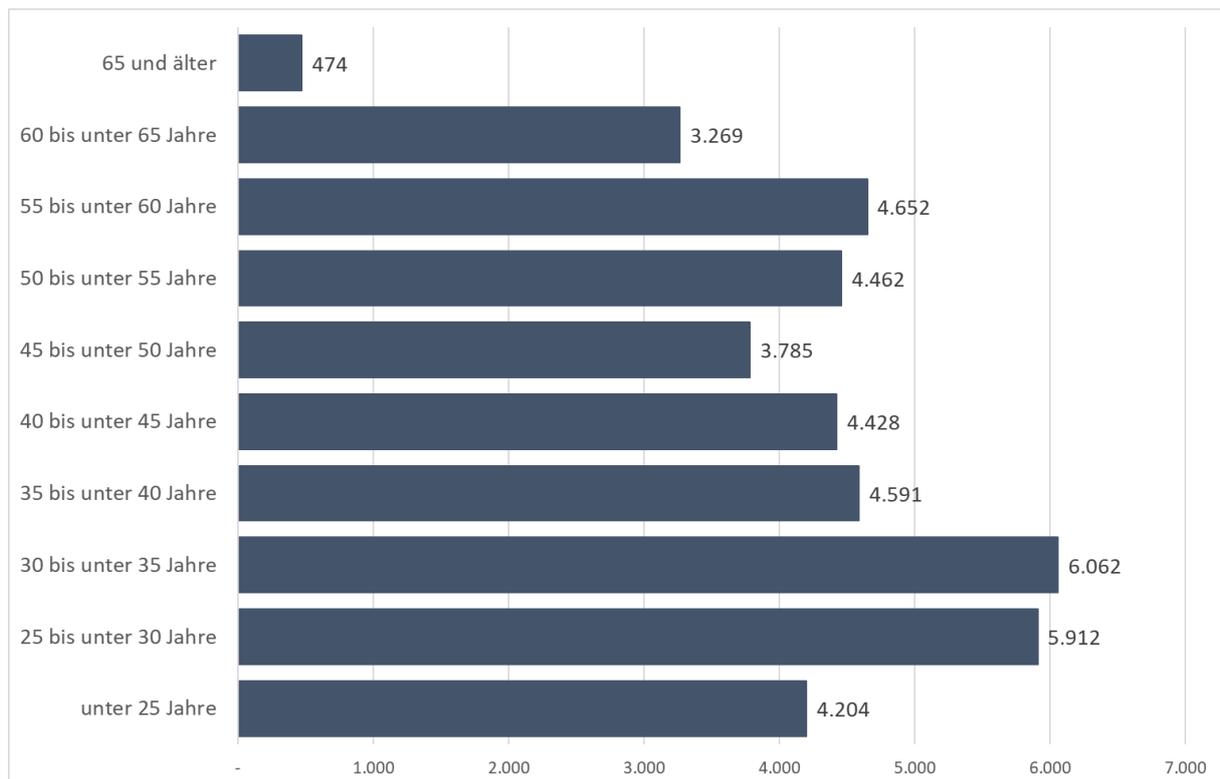


Abb. 43: Altenpflegende nach Altersklassen (Juni 2021)

Die Daten der Qualifizierung im nachfolgenden Kapitel zeigen auf, dass in diesem Bereich in den kommenden Jahren mit einer deutlich höheren Anzahl an Absolventinnen und Absolventen zu rechnen ist, um die zu erwartenden Renteneintritte zu kompensieren. Ein Anstieg der Beschäftigung in diesem Bereich scheint damit ebenso möglich wie eine Reduzierung der Arbeitsbelastung Altenpflegender (vorbehaltlich der Finanzierung der Stellen) in den Einrichtungen.

Mit Blick auf die Generalistik liegen aktuell keine Beobachtungsdaten vor, die valide Aussagen erlauben, wie sich die Sektorenpräferenz bei den Absolventinnen und Absolventen aus der Generalistik zukünftig entwickeln wird. Gelingt es, den Großteil der über die teil- und vollstationären Einrichtungen qualifizierten Pflegenden in diesen Sektoren zu halten, so ergeben sich stabile bis günstige Entwicklungen, was einen weiteren Personalaufbau angeht und ermöglichen würde. Erfolgt eine verstärkte Abwanderung der im Altenpflegesektor generalistisch qualifizierten Pflegenden in den Krankenhaussektor, so können trotz der günstigen Ausgangslage Personalengpässe im Bereich der altenpflegerischen Versorgung entstehen.

Berücksichtigt werden muss ferner, dass die ambulanten Dienste gleichermaßen einen hohen Personalbedarf an Altenpflegenden markieren wie die teil-/vollstationären Einrichtungen; sie bilden jedoch in deutlich geringerem Umfang selbst aus und sind abhängig von einer hohen Ausbildungsquote der teil-/vollstationären Einrichtungen, um Personal gewinnen zu können.

## Beschäftigungsdauer in der Altenpflege

Nachfolgend sollen Daten der Beschäftigungsdauer Altenpflegender in den Regierungsbezirken dargelegt werden. Klassifiziert werden Personen zum Juni 2021, die bis drei Jahre, zwischen drei und sechs Jahre, zwischen 6 bis unter 10 Jahre und die über 10 Jahre im Beruf tätig sind. Es wird in der Abbildung die Nettodauer der Beschäftigung zugrunde gelegt.<sup>49</sup>

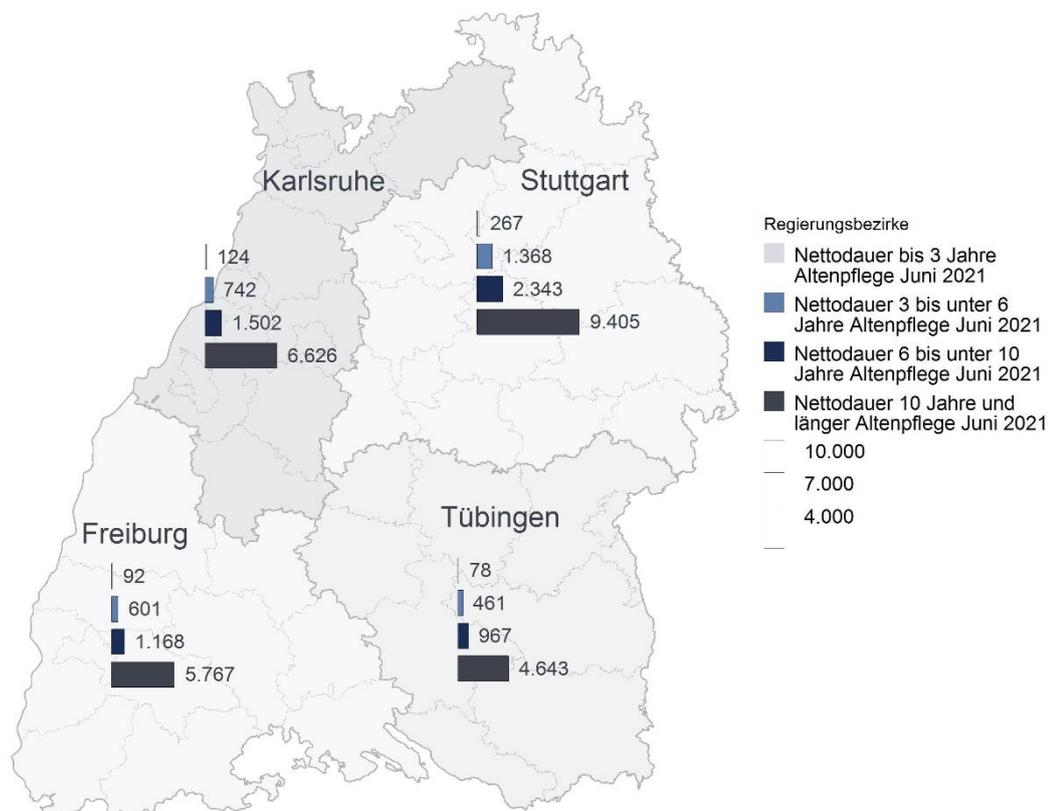


Abb. 44: Mittlere Berufsversverweildauer Altenpflege Stichtag Juni 2021

<sup>49</sup> Die Nettodauer ist laut Definition der Bundesagentur für Arbeit die Summe aller Zeiten in sozialversicherungspflichtiger oder geringfügiger Tätigkeit seit Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Die Nettodauer (bisherige Dauer der Beschäftigungsverhältnisse) ist somit die Summe der Dauern aller Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung. Sie kann sowohl als Summe für alle Beschäftigungsverhältnisse als auch für sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse getrennt ausgewiesen werden. Dabei wird immer die Hauptbeschäftigung berücksichtigt.

Unter den Beschäftigten in der Altenpflege ist in jedem Regierungsbezirk die Gruppe mit einer Beschäftigungsdauer von über 10 Jahren am stärksten vertreten.

Im Median liegt zum Juni 2021 die Nettodauer der Beschäftigung bei 182,9 Monaten. Das entspricht einer mittleren Beschäftigungszeit in der Altenpflege von 15,2 Jahren. Die Hälfte der Altenpflegenden ist zum Stichtag bereits länger im Beruf tätig.

Bezogen auf die relativen Anteile der Beschäftigten (hier liegen Daten für 36.486 Beschäftigte in der Altenpflege vor), stellt die Gruppe der Beschäftigten, die 10 Jahre oder länger in der Pflege arbeiten, im Bundesland insgesamt einen Anteil von 72,47 Prozent. Damit sind, ähnlich wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, auch in der Altenpflege fast drei von vier Pflegenden langjährig und unterbrechungsfrei in der Pflege tätig. Hinweise auf eine kurze Verweildauer im Beruf lassen sich unter den Beschäftigten in der Altenpflege daher nicht ausmachen.

## Pendlerbewegungen Altenpflege

Die Analyse der Pendlerbewegungen der Altenpflegenden im Land zeigt auf, dass in der Altenpflege eine sehr hohe Ortstreue besteht. Insgesamt betrachtet liegt die Quote der Altenpflegenden, die am Ort wohnen und arbeiten, höher als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

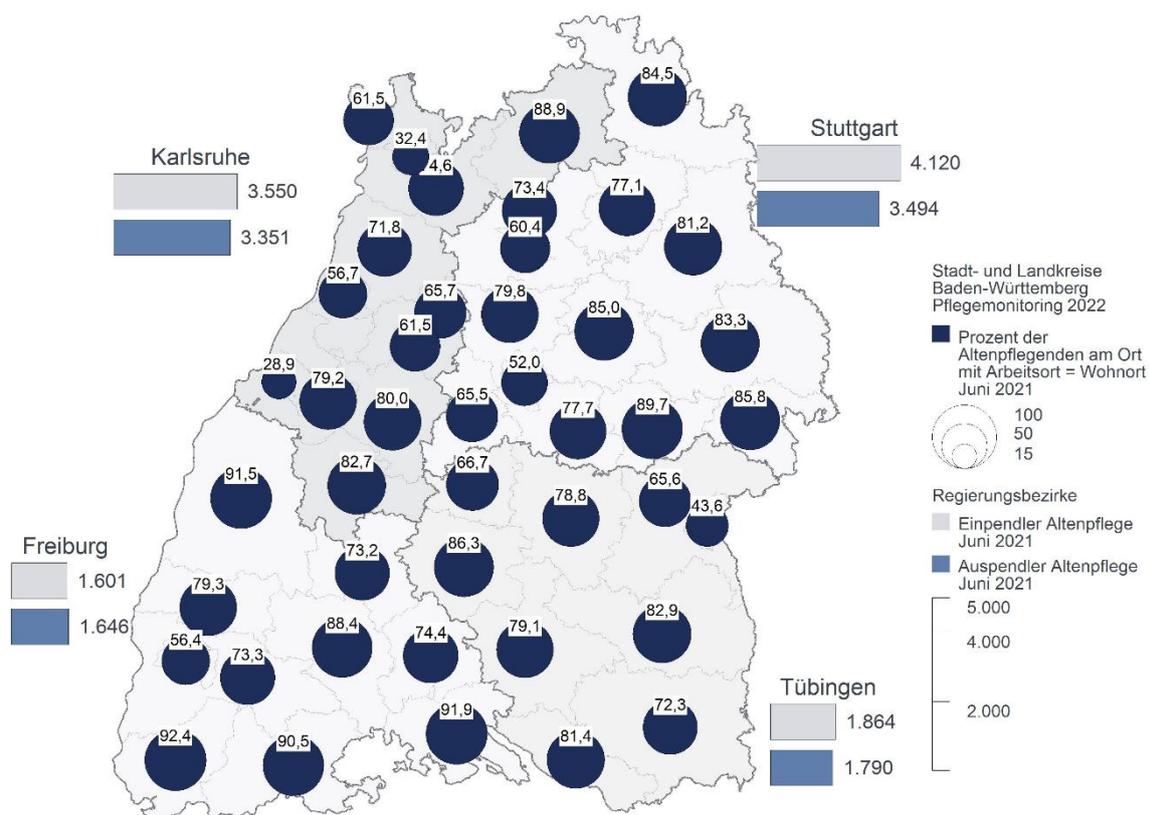


Abb. 45: Anteil der ortstreuen Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2021

Niedrige Anteile der ortstreuen Altenpflegenden finden sich, wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, auch in der Altenpflege überwiegend in den städtischen Ballungszentren oder teuren Wohnbereichen. In Baden-Baden liegt der Anteil bei 28,9 Prozent, in Heidelberg (Stadt) bei 32,4 Prozent, in Ulm (Stadt) bei 43,6 Prozent und in Stuttgart (Stadt) bei 52 Prozent.

Die Einrichtungen in den städtischen Bereichen sind damit überwiegend abhängig von Einpendlerinnen und Einpendlern.

Betrachtet man die Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte bezogen auf eine hohe ortstreuere Personalbindung, so ergibt sich die folgende Reihenfolge in der Tabelle:

STADT- ODER LANDKREIS	PROZENT DER ALTEN- PFLEGENDEN AM ORT MIT ARBEITSORT = WOHNORT JUNI 2021	AUSPENDLER ALTEN- PFLEGE JUNI 2021	EINPENDLER ALTEN- PFLEGE JUNI 2021
LK Lörrach	92,4	68	68
LK Konstanz	91,9	88	85
LK Ortenaukreis	91,5	237	172
LK Waldshut	90,5	114	43
LK Göppingen	89,7	235	103
LK Neckar-Odenwald-Kreis	88,9	188	60
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	88,4	130	102
LK Zollernalbkreis	86,3	231	91
LK Heidenheim	85,8	121	87
LK Rems-Murr-Kreis	85,0	369	220

Tab. 12: Top Ten Landkreise mit ortstreuem Altenpflegenden Juni 2021

Für die Regionen mit einer hohen Ortstreu gilt, wie bei der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auch, dass ein regionaler Zugang zur Ausbildung bedeutsam erscheint, um die eigenen Strukturen räumlich zu sichern.

### Regionale Pendleranalyse Stuttgart

Korrespondierend zu regionalen Pendleranalyse für den Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege soll auch für die Altenpflege ermittelt werden, wie sich regionale Ströme der Pflegenden beschreiben lassen. Der Main-Tauber-Kreis, der Ostalbkreis sowie Heidenheim werden aufgrund relativ niedriger Pendlerbewegungen nicht mit in die grafische Abbildung aufgenommen<sup>50</sup>.

Im Gegensatz zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kann für den Regierungsbezirk Stuttgart festgestellt werden, dass die jeweilige Anzahl der Pendlerinnen und Pendler in der Summe deutlich niedriger ausfällt. Einerseits ist dies mit der geringeren Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten selbst zu erklären. Andererseits spielt dabei eine Rolle, dass die Dichte an ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen regional höher ist

<sup>50</sup> Insgesamt bewegen sich lediglich rund 50 Pflegenden aus dem Main-Tauber-Kreis in andere Landkreise oder Städte. Dabei dominiert mit lediglich 25 Personen die Pendlerinnen- und Pendlerbewegung in Richtung Schwäbisch-Hall. Aus dem Ostalbkreis heraus pendeln rund 170 Altenpflegenden in andere Landkreise, wobei der Landkreis Rems-Murr-Kreis mit 51 Personen den höchsten Strom verzeichnet. Ein „Zustrom“ in den Ostalbkreis ist nur in geringem Umfang zu erkennen. Hier beläuft sich die Gesamtzahl auf 82. Auch nach Heidenheim oder aus Heidenheim heraus sind keine nennenswerten Bewegungen zu identifizieren. 42 Altenpflegenden pendeln in angrenzende Bereich; 22 pendeln insgesamt ein.

als die von Krankenhäusern und Pflegenden aus diesem Sektor keine längeren Anfahrten zu einem Dienstort in Kauf nehmen müssen.

Wie in der Analyse der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, so zeigt sich auch im Bereich der Altenpflege für den Regierungsbezirk Stuttgart, dass eine großen Pendlerinnen- und Pendlerbewegung aus den umgebenden Landkreisen nach Stuttgart besteht. Aus Esslingen besteht numerisch die höchste Anzahl an Altenpflegenden, die nach Stuttgart einpendeln. In der Gesamtheit pendeln rund 870 Altenpflegende nach Stuttgart ein. In der Gegenrichtung erfolgt ein Auspendlerinnen- und Auspendlerstrom in die unterschiedlichen Kreise in Höhe von 307 Personen. Stuttgart profitiert damit in hohem Maße von einer regionalen Zuwanderung der Altenpflegenden. Die Gesamtbewegungen in der Altenpflege ähneln dabei in den Mustern der Bewegungen denen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. So wandern aus dem Landkreis Heilbronn Pflegenden in die Stadt Heilbronn und aus dem Landkreis Göppingen nach Esslingen.

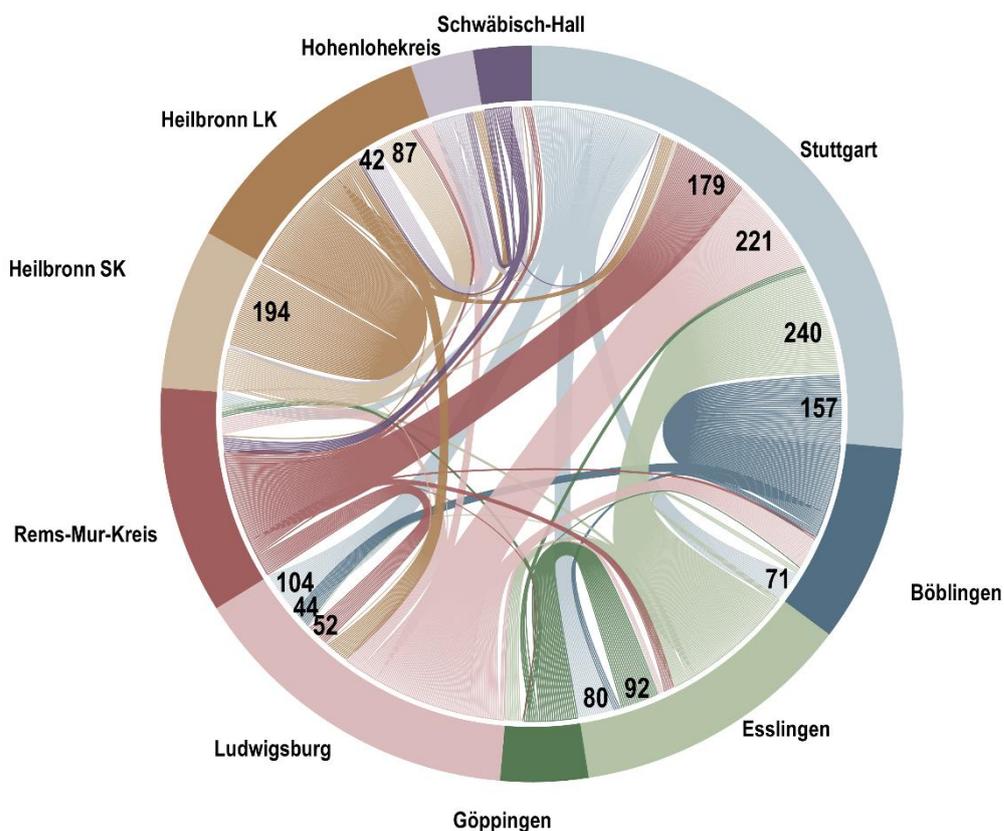


Abb. 46 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Stuttgart

Die übrigen Pendlerinnen- und Pendlerströme variieren, liegen jedoch im zweistelligen Bereich und sind somit eher von nachgeordneter Bedeutung bezogen auf die regionalen Fachkräftesicherung. Die generelle Beobachtung, dass eine Pendlerinnen- und Pendlerbewegung überwiegend eine Kreisgrenze überschreitet und somit in direkter räumlicher Nähe erfolgt, wird auch in der Altenpflege bestätigt und ist Kennzeichen einer geringen Mobilität in diesem Beschäftigungsbereich.

Für die regionale Fachkräftesicherung ist dies ein bedeutsamer Befund, da eine überregionale Fachkräftegewinnung vor dem Hintergrund der geringen Mobilitätsbereitschaft kaum wirksam werden kann.

### Regionale Pendleranalyse Karlsruhe

Vergleichbare Muster der Pendlerinnen- und Pendlerströme der Altenpflege wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege lassen sich auch für den Regierungsbezirk Karlsruhe beobachten. Nicht dargestellt werden der Landkreis Calw sowie der Landkreis Freudenstadt aufgrund niedriger Pendlerströmungen.<sup>51</sup>

So migrieren Altenpflegende aus dem Rhein-Neckar-Kreis nach Heidelberg sowie nach Mannheim und aus Rastatt nach Baden-Baden. Aus dem Landkreis Karlsruhe sind Bewegungen nach Karlsruhe Stadt sowie in den Rhein-Neckar-Kreis zu beobachten. Die Bewegungen zwischen der Stadt Pforzheim und dem Enzkreis neutralisieren sich weitestgehend; so pendeln 91 Pflegende aus Pforzheim in den Enzkreis ein, im Gegenstrom pendeln 116 Pflegende aus dem Enzkreis nach Pforzheim.

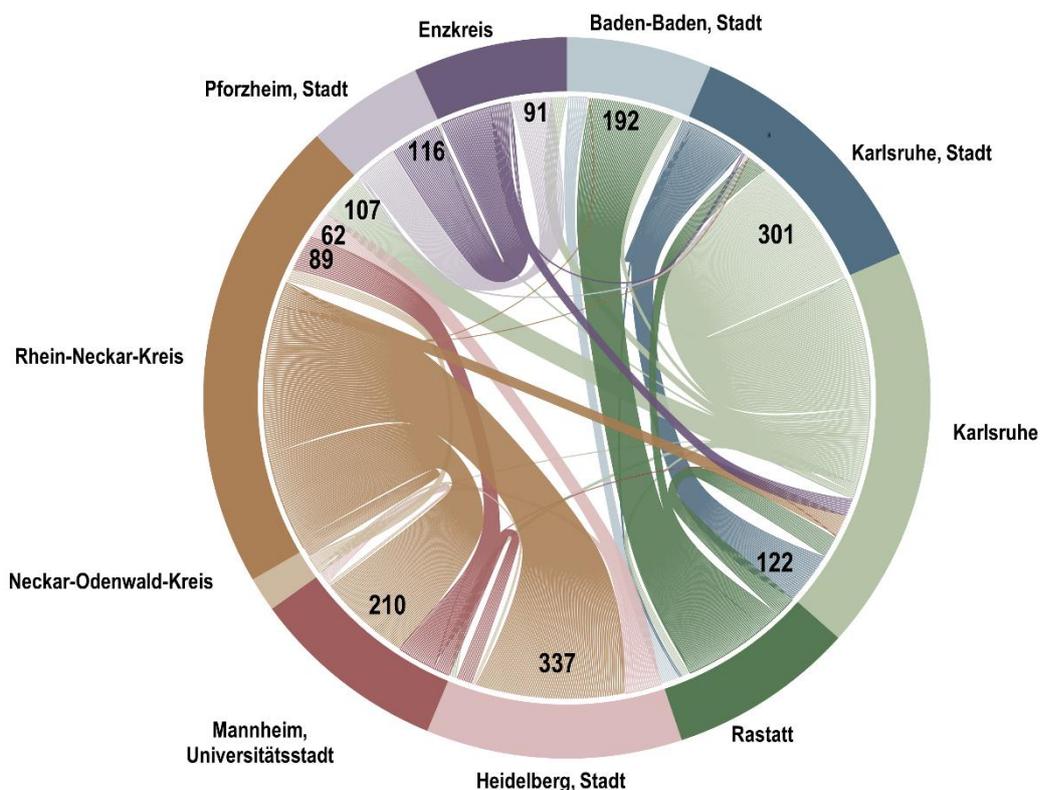


Abb. 47 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Karlsruhe

### Regionale Pendleranalyse Freiburg

In der regionalen Pendlerinnen- und Pendleranalyse für den Regierungsbezirk Freiburg fällt auf, dass die Stadt Freiburg in einem hohen Maße von Pflegenden aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und aus dem Landkreis Emmendingen profitiert. Eine geringfügige Anzahl

<sup>51</sup> Aus dem Landkreis Calw pendeln 59 Altenpflegende nach Böblingen ein. Andere Bewegungen liegen nur im niedrigen zweistelligen Bereich vor. Pendlerströme aus Freudenstadt heraus oder nach Freudenstadt hinein finden sich nur in sehr geringem Umfang. Die größte Bewegung findet mit 27 Altenpflegenden in Richtung Calw statt. In der Gegenrichtung bewegen sich 21 Pflegenden aus Calw in den Landkreis Freudenstadt.

an Altenpflegenden (46) pendelt aus dem Ortenaukreis nach Freiburg ein. Im Gegenstrom liegen kaum nennenswerte Personalabflüsse vor. Insgesamt 100 Pflegende, die in der Stadt Freiburg wohnen, arbeiten in umliegenden Landkreisen.

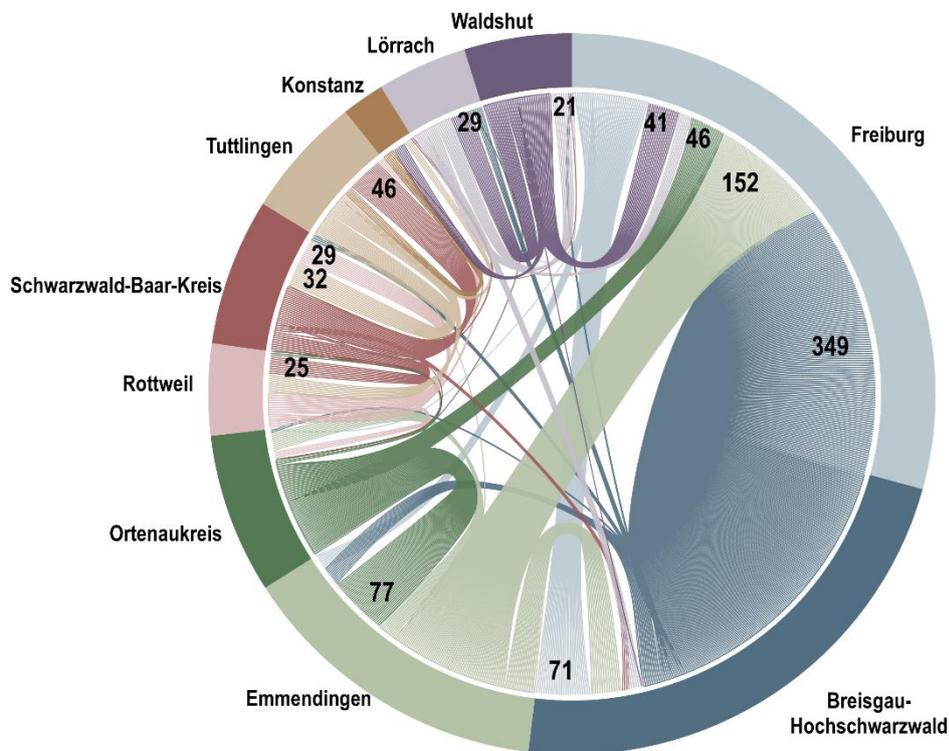


Abb. 48 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Freiburg

Nennenswert ist auch der Zustrom aus dem Ortenaukreis nach Emmendingen. Die übrigen Landkreise weisen nur sehr niedrige Kennzahlen an Ein- oder Auspendlerbewegungen auf. Auch in Lörrach finden sich keine nennenswerten Bewegungen, wobei hier eine mögliche Grenzmigration nach Basel hin nicht untersucht werden kann. Gemessen an der Anzahl der Altenpflegenden, die mit den Pendlerinnen- und Pendlerdaten analysiert werden können, ergeben sich jedoch keine Hinweise auf einen verstärkten grenznahen Übergang. 92,4 Prozent der Altenpflegenden, die ihren Arbeitsort in Lörrach haben, leben auch im Landkreis. Von einem systematischen Personalabfluss in Richtung Schweiz ist damit auf Basis der vorliegenden Kennzahlen nicht ausgehen. Hierzu müssten konkret die Strukturen, Auslastungen und Personalbedarfe vor Ort analysiert werden, um z.B. zu ermitteln, ob die Anzahl der unbesetzten Stellen in Einrichtungen deutlich von denen in anderen und vergleichbaren Kreisen abweicht. Können die Stellen vor Ort nicht besetzt werden, so werden auch keine sozialversicherungspflichtig Beschäftigten registriert und es besteht eine regionale Lücke, die durch eine Abwanderung in die Schweiz mitbegründet sein könnte. Im Rahmen der vorliegenden Studie kann eine kleinräumige Analyse mit dem Schwerpunkt der Bedeutung grenzüberschreitender Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen nicht erfolgen.

Auch für Waldshut gilt, dass mit 90,5 Prozent eine hohe Quote der ortsgebundenen Beschäftigung vorliegt. Die höchste Anzahl der Pflegenden (41), die pendeln, werden als Zustrom für Freiburg verortet, 29 Altenpflegende pendeln in den Nachbarkreis Lörrach ein.

### Regionale Pendleranalyse Tübingen

Im Regierungsbezirk Tübingen sieht man überwiegend eine Mobilität von Biberach nach Ravensburg (130), vom Alb-Donau-Kreis nach Ulm (102) sowie vom Zollernalbkreis in Richtung Tübingen (106).

Alle übrigen Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen sind im zweistelligen Bereich, in großen Teilen sogar nur im niedrigen zweistelligen Bereich zu beobachten. Die Bewegungen zwischen Reutlingen und Tübingen heben sich in der Bilanz beinahe auf. So pendeln 47 Altenpflegende von Tübingen nach Reutlingen; in der Gegenrichtung sind es 60 Altenpflegende.

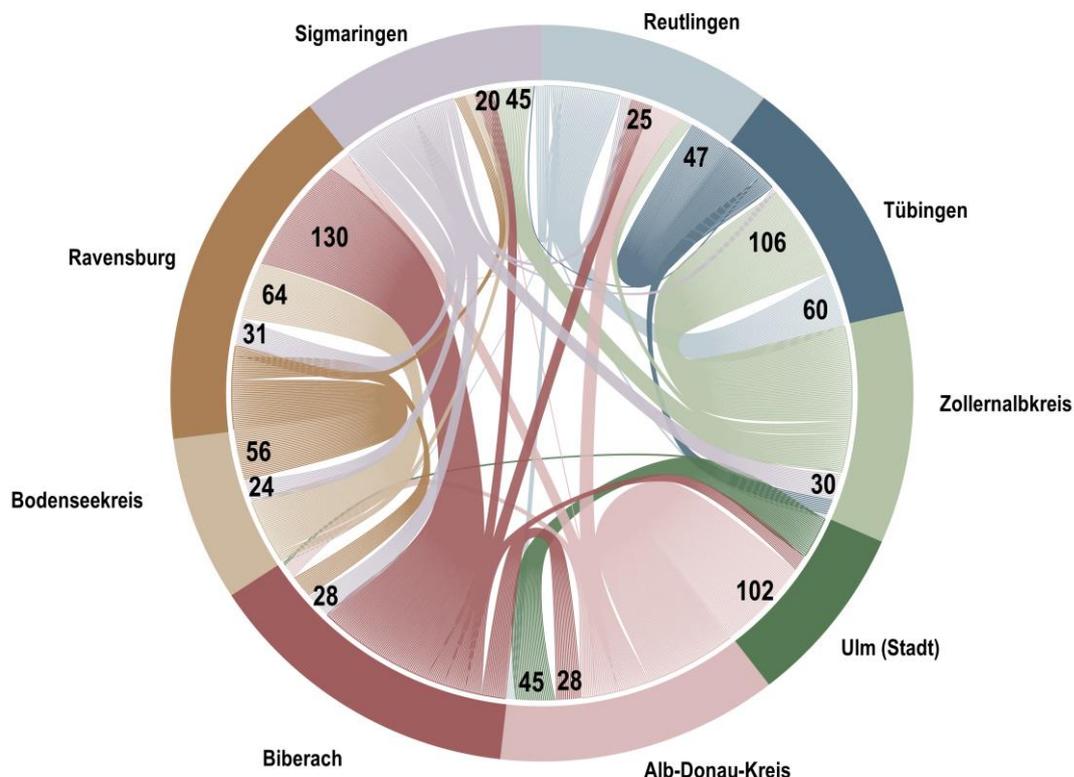


Abb. 49: Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Tübingen

Wie bei den anderen Analysen weisen auch für den Regierungsbezirk Tübingen die Kennzahlen darauf hin, dass eine kleinräumige Mobilität vorhanden ist und dass keine oder kaum größere Distanzen bewältigt werden (müssen).

### Altenpflegende aus Drittstaaten

Auch für die Altenpflege spielt die Gewinnung von qualifiziertem Personal aus dem Ausland eine Rolle, auch wenn es den beruflichen Spezialisierungsbereich der Altenpflege in der vorliegenden Form international nicht gibt.

Mit der Zulassung zur beruflichen Pflegearbeit verbunden ist für die stationären Einrichtungen der Altenpflege insbesondere die Fragestellung, ob es gelingt, die Pflegenden in den Sektoren zu halten, oder ob sie in den Sektor der Krankenhausversorgung abwandern, sobald sie hinreichende Sprachkenntnisse erworben haben. Damit würde die „Last“ der Integration und des spezifischen Spracherwerbs auf der Seite der Altenpflegeeinrichtungen liegen, der weitere

Nutzen aber auch auf der Seite der Krankenhäuser entstehen. Hinweise dazu ergeben sich auf der Basis der Daten des Pflege-Thermometers 2018 (Isfort et al. 2018). In der bundesweiten Befragung im Jahr 2018 gab rund die Hälfte der stationären Einrichtungen, die gezielt Personal aus dem Ausland angeworben haben, an, dass sie nach einer erfolgreichen Zulassung die Pflegenden nicht an die Einrichtung binden konnten.

Für die Altenpflege erfolgt in diesem Abschnitt analog zur Analyse der Gesundheits- und Krankenpflege die Analyse der aus Drittstaaten zugewanderten Personen, die eine Zulassung zur Aufnahme des Berufes in den Jahren 2013 bis 2021 erlangten.

Auch für die Altenpflege können keine konkreten Daten zur Zuwanderung aus den EU-Staaten analysiert werden, da diese mit der wechselseitigen Anerkennung der Berufe in den statistischen Erhebungen nicht geführt werden. Für die Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten aber können die nachfolgenden Daten benannt werden<sup>52</sup>.

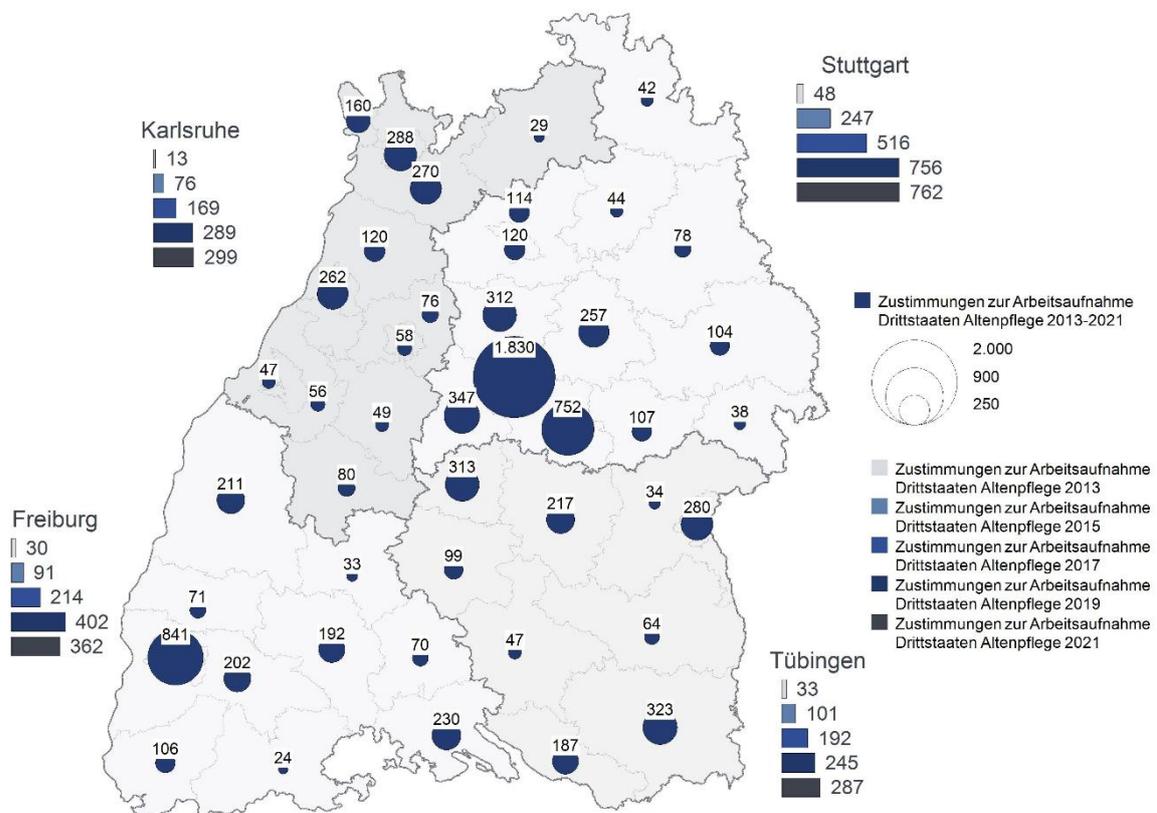


Abb. 50: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Altenpflege 2013-2020

In Deutschland wurden in 2021 insgesamt 7.329 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme in der Altenpflege von Drittstaatsangehörigen ausgesprochen<sup>53</sup>. Für Baden-Württemberg werden in der Altenpflege 1.710 Personen registriert. Relativ betrachtet erfolgten 23 Prozent der in Deutschland ausgesprochenen Zulassungen für Altenpflegende aus Drittstaaten in Baden-Württemberg.

Bundesweit betrachtet liegt Baden-Württemberg damit in 2021 auf dem Spitzenplatz vor Bayern (1.444), Niedersachsen (1.001) und Nordrhein-Westfalen (903). Gemessen an der Anzahl

<sup>52</sup> Altenpflege (Berufsgattungen 82102, 82103, 82182, 82183, 82194).

<sup>53</sup> Sonderabfrage Statistik-Service Südwest (Frankfurt am Main) vom 09.02.2022

der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf in 2021 (41.839) stellen die ausländischen Pflegenden aus Drittstaaten einen Anteil von 4,1 Prozent der Pflegenden in 2021. In Baden-Württemberg deutet dies auf eine hohe Bedeutung der Zuwanderung hin, die verglichen mit anderen Bundesländern auch eine entsprechende Relevanz besitzt.

In der Zeitreihe lassen sich stark steigende Kennzahlen insgesamt beobachten und positive Entwicklungen identifizieren. Waren in 2013 insgesamt nur 142 Anerkennungen zu beobachten, steigt die Anzahl kontinuierlich an. In 2019 wurden 1.692 Anerkennungen ausgesprochen, in 2020 sank die Anzahl (wahrscheinlich pandemiebedingt) geringfügig auf 1.617 und erreicht in 2021 einen bisherigen Höchststand.

In der räumlichen Verteilung sieht man im summierten Wert (2013 bis 2021), dass auch in der Altenpflege eine Konzentration in den Zentren zu beobachten ist.

In Stuttgart sind mit insgesamt 1.830 zugelassenen Pflegenden aus Drittstaaten im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2021 die meisten Pflegenden erfasst. Mit Abstand folgen die Stadt Freiburg (841) und der Landkreis Esslingen (752).

In insgesamt 19 Landkreisen (inkl. der kreisfreien Stadt Baden-Baden) finden sich lediglich zweistellige Werte. Im Landkreis Waldshut konnten im gesamten Beobachtungszeitraum lediglich 24 Personen identifiziert werden, im Neckar-Odenwald-Kreis insgesamt 29. Die Verteilung der Landkreise mit niedrigen Kennzahlen weist auf überwiegend ländliche Bereiche hin. Somit kann auch für die Altenpflege festgehalten werden, dass die Zulassung von Pflegenden aus Drittstaaten für die ländliche Versorgung insgesamt eine untergeordnete Rolle spielt.

Bezogen auf die Länder, aus denen Personal gewonnen wird, spielen aus dem europäischen Raum (ohne EU) Bosnien und Herzegowina und das Kosovo eine zentrale Rolle. Im afrikanischen Raum sind Madagaskar und Kamerun als Anwerbeländer zu nennen. In Asien dominiert Vietnam als Zuwanderungsland.

## Ausbildung in Pflegeberufen

Die bisherigen Analysen zeigen auf, dass keine Arbeitsmarktreserven vorhanden sind und dass sich die Gewinnung Pflegenden aus Drittstaaten wesentlich auf Zentren und städtisch geprägte Räume positiv auswirkt. Für die regionale und kommunale Fachkräftesicherung ist demnach die Ausbildung von Pflegenden weiterhin die zentrale Stellgröße zur Fachkräftequalifizierung.

Für die nachfolgenden Analysen wurden Daten zu den regionalen Verteilungen (auf der Ebene der Regierungsbezirke) der Ausbildungen in den Pflegeberufen und in den Pflegeassistentenberufen in Zeitreihen ausgewertet. Dabei steht nicht nur die Anzahl der Schülerinnen und Schüler (insgesamt) im Vordergrund, sondern auch die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einer erfolgreichen Qualifizierung.

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

Auf der Basis einer Sonderabfrage der Schulstatistik konnten die regionalen Daten der Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege ausgewertet werden.

In der Grafik abgebildet werden auf kreisbezogener Ebene die Anzahl der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr in 2020/2021. Diese stellen das regional zur Verfügung stehende neu qualifizierte Fachkräftepotenzial im Beruf dar.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke wird die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus den letzten drei zur Verfügung stehenden Jahrgängen der Qualifizierung abgebildet.

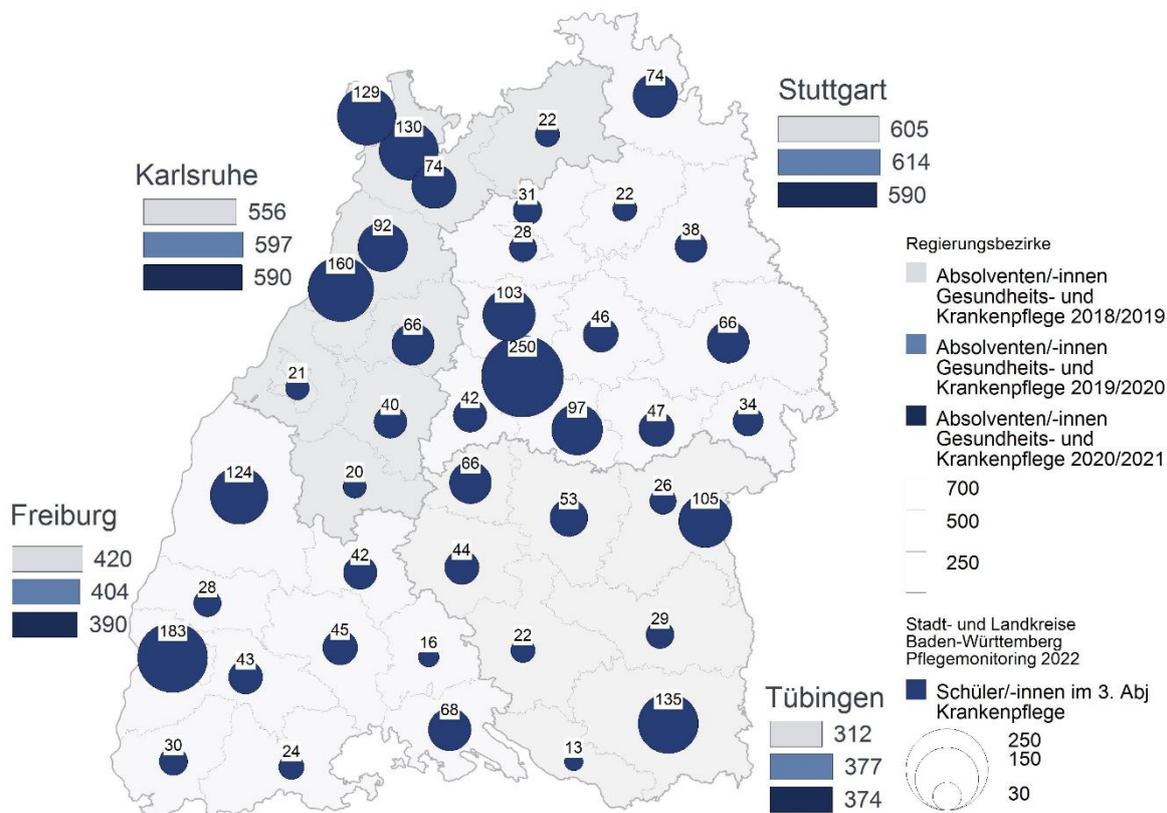


Abb. 51: Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege

Die regionale Verteilung zeigt die erwartbare Kumulierung der Auszubildenden in den größeren Zentren und Städten auf. Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Ravensburg, Ludwigsburg und Ulm weisen in 2020/2021 jeweils dreistellige Kennzahlen an Schülerinnen und Schülern im dritten Ausbildungsjahr auf.

Die regionalen Kennzahlen der Absolventinnen und Absolventen der letzten drei Jahre zeigen tendenziell eher gleichbleibende Kennzahlen auf bzw. nur geringfügige Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren.

Bezogen auf die Auszubildenden im Zielberuf insgesamt wurden bis zum Jahr 2010/2011 zurückreichend die Kennzahlen der Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger sowie die der Absolventinnen und Absolventen nach der Regelausbildungszeit von drei Jahren ermittelt. Die Gegenüberstellung der versetzten Zeitreihen erlaubt die Berechnung der Erfolgsquote (Brutto-Netto) aus der Ausbildung als prozentualen Anteil. Ebenso kann ermittelt werden, wie viele Auszubildende aus der Ausbildung im Verlauf ausscheiden oder aber nicht in der Regelzeit die Qualifizierung erreichen.

Aus der Zeitreihenbetrachtung ergeben sich Schwankungen zwischen den Jahren, die insgesamt eine Spannweite von fast 10 Prozent ausmachen können. Aus der Zeitreihe wurde nachfolgend ein Mittelwert der Erfolgsquote berechnet. Dieser Wert wurde zugrunde gelegt, um Erfolgsabschätzungen für die kommenden Jahre (deren Zahlen noch nicht vorliegen) zu schätzen. Die Schwankungsbreite wurde dabei nicht berücksichtigt und das Ergebnis als Annäherungswert verstanden.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGSANFÄNGER/INNEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2010/2011	2.575	1.849	-726	71,8 %
2011/2012	2.635	1.983	-652	75,3 %
2012/2013	2.671	2.016	-655	75,5 %
2013/2014	2.609	1.926	-683	73,8 %
2014/2015	2.642	2.033	-609	76,9 %
2015/2016	2.803	1.893	-910	67,5 %
2016/2017	2.889	1.992	-897	69,0 %
2017/2018	2.726	1.944	-782	71,3 %
Geschätzte Absolvent(innen-)Anzahl für die kommenden zwei Jahre				
2018/2019	2.807	Abs. in 2021/2022	2.038	(MW 72,6 %)
2019/2020	2.846	Abs. in 2022/2023	2.066	(MW 72,6 %)

Tab. 13: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege

Nimmt man die durchschnittliche Erfolgsquote von 72,6 Prozent als Grundlage der Schätzwerte der Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege, so werden

die Absolventinnen- und Absolventenzahlen für Baden-Württemberg in den kommenden Jahren bei rund 2.000 erfolgreich qualifizierten Personen liegen. Dies entspricht der Anzahl der Personen, die erfolgreich die Ausbildung pro Jahr absolvieren.

Dabei kann nicht von einer vollumfänglichen Berufseinmündung der Absolventinnen und Absolventen ausgegangen werden, da Teile der qualifizierten Personen nicht in den Beruf einmünden. Konkrete Kennzahlen liegen für Baden-Württemberg nicht vor. In einer aktuellen Studie zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib Pflegenden in NRW konnten auf Basis einer Befragung von Berufseinmündenden Kennzahlen ermittelt werden. In NRW lag die Einmündungsquote der antwortenden Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege bei 83 Prozent (Isfort et al. 2022) . Legt man diesen Wert einer Schätzung für Baden-Württemberg zugrunde, so ergeben sich rund 1.660 einmündende Gesundheits- und Krankenpflegende.

## GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGE

Die Analyse der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden weist auf der Ebene der Regierungsbezirke die Absolventinnen und Absolventen der Jahre 2018/2019 bis 2020/2021 auf. Regional auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sind die Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr nach Schulstatistik 2020 abgebildet, die vor der Berufseinmündung bzw. der Qualifizierung stehen.

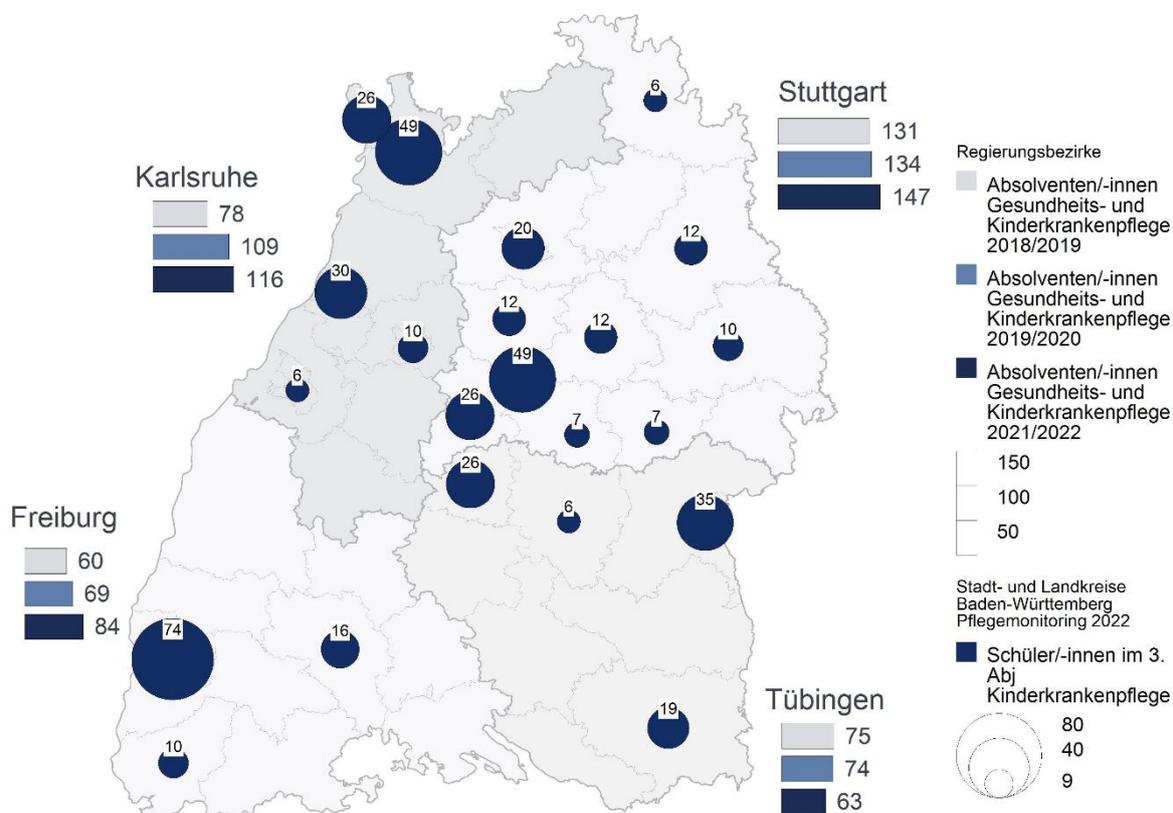


Abb. 52: Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

In der Betrachtung der Zeitreihe der Entwicklung der beruflichen Qualifikation der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lassen sich deutlich schwankende Kennzahlen ausmachen, die damit begründet werden können, dass nicht in allen Standorten der beruflichen Qualifizierung jährlich gestartet wird. In der Gesamtheit der Betrachtung kann von einer tendenziellen Stabilität der Schülerinnen- und Schülerzahlen ausgegangen werden. Hier lassen sich keine nennenswerten Steigerungen in der Qualifizierung ausmachen.

Korrespondierend zur methodischen Vorgehensweise der Analyse der Gesundheits- und Krankenpflege wurde auch bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eine Zeitreihenbetrachtung vorgenommen. Insgesamt liegt die durchschnittliche Erfolgsquote der beobachteten Jahrgänge bei 84,4 Prozent. Nimmt man diesen Wert als Ausgangspunkt einer Absolventinnen- und Absolventenschätzung für die kommenden Jahre, so ergeben sich insgesamt in den kommenden Jahren rund 400 qualifizierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die erfolgreich die Qualifizierung abschließen.

Legt man den Schätzwert der Daten aus NRW zur Berufseinmündung zugrunde (in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt dieser bei rund 75 Prozent), so ergibt sich ein einmündendes Fachkräftepotenzial von 300 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden in den kommenden Jahren.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGSANFÄNGER/INNEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2010/2011	398	330	-68	82,9 %
2011/2012	385	318	-67	82,6 %
2012/2013	384	310	-74	80,7 %
2013/2014	372	288	-84	77,4 %
2014/2015	370	336	-34	90,8 %
2015/2016	426	344	-82	80,8 %
2016/2017	416	386	-30	92,8 %
2017/2018	470	410	-60	87,2 %
Geschätzte Absolvent(innen-)Anzahl für die kommenden zwei Jahre				
2018/2019	482	Abs. in 2021/2022	407	(MW 84,4 %)
2019/2020	478	Abs. in 2022/2023	403	(MW 84,4 %)

Tab. 14: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bezogen auf eine Gesamtbetrachtung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erfolgt eine zusammenfassende Analyse der Qualifizierungsquote.

In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit wird die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden (inklusive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden) für den Juni 2021 mit 94.402 angegeben. Da keine getrennte Ausweisung

der Gesundheits- und Krankenpflegenden und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden erfolgt, kann lediglich eine summierte Einschätzung zur Ausbildungsquote für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege vorgenommen werden.

Addiert man die rund 2.000 Gesundheits- und Krankenpflegenden zu den 400 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden für die Jahre 2021/2022, so ergibt sich kalkulatorisch ein Gesamtvolumen von 2.400 neu qualifizierten Pflegenden im Jahr.

Gemessen an der Gesamtzahl der Beschäftigten entspricht dies einem Qualifizierungsanteil Anteil von rund 2,5 Prozent bezogen auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten.

In der korrigierten Einmündung kann von insgesamt 1.960 einmündenden Pflegenden ausgehen. Damit ergibt sich rechnerisch die korrigierte Qualifizierungsquote von 2,1 Prozent für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in Baden-Württemberg.

## ALTENPFLEGE

Für die Altenpflege lassen sich auf Basis der Schulstatistik des Landes sowie der Sonderauswertungen zu den Absolventinnen und Absolventen der vorangegangenen Jahrgänge die nachfolgenden Kennzahlen beschreiben. In den Regierungsbezirken ist die Anzahl der jeweiligen Absolventinnen und Absolventen zwischen 2018/2019 und 2020/2021 dargelegt. Hier ergeben sich insbesondere in 2020/2021 für Freiburg und Stuttgart leichte Steigerungen; in Tübingen sind die Kennzahlen über die Jahre in der Tendenz stabil, in Karlsruhe sind sie leicht schwankend. Auf der Ebene der Kreise Landkreise und kreisfreien Städte sind die Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr nach Schulstatistik 2020 abgebildet.

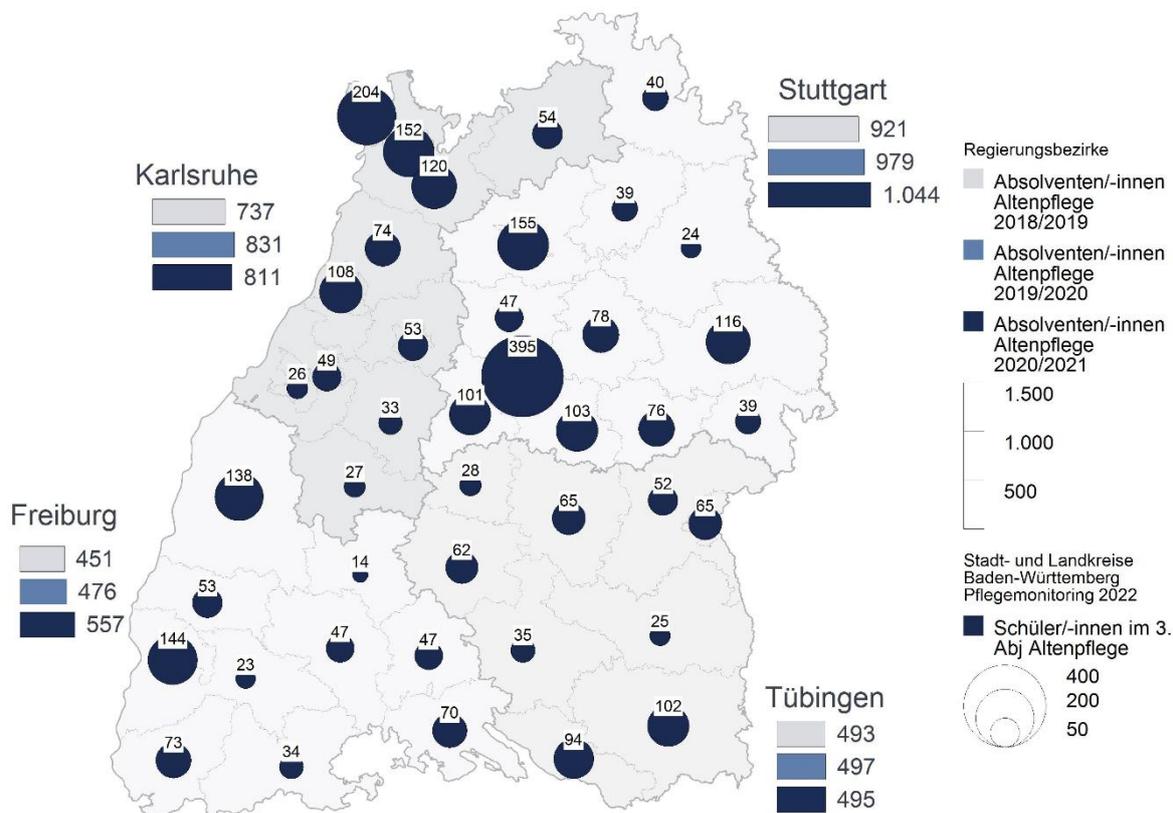


Abb. 53: Ausbildung Altenpflege

## AUSBILDUNG IN PFLEGEBERUFEN

Über die Fläche finden sich zahlreiche Ausbildungsstätten, die in den Landkreisen sehr hohe Varianzen an Ausbildungskennzahlen eines Jahrgangs aufweisen.

In der Zeitreihenbetrachtung sieht man in der Altenpflege einen leichten Anstieg der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler. Insbesondere ab 2014/2015 ist ein Zuwachs zu verzeichnen, der sich nachfolgend auch in einer steigenden Anzahl an Absolventinnen und Absolventen auswirkt. Die Schwankungsbreite der Erfolgsquote ist auch in der Altenpflege sichtbar. Rechnerisch ergibt sich ein Mittelwert von 76,4 Prozent erfolgreicher Berufsabschlüsse in der Regelzeit gemessen an der Anzahl der in einem Jahr aufgenommenen Schülerinnen und Schüler.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGSANFÄNGER/INNEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH DREI JAHREN REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2010/2011	3.246	2.357	-889	72,6 %
2011/2012	3.228	2.419	-809	74,9 %
2012/2013	3.213	2.556	-657	79,6 %
2013/2014	3.382	2.452	-930	72,5 %
2014/2015	3.342	2.595	-747	77,6 %
2015/2016	3.492	2.602	-890	74,5 %
2016/2017	3.503	2.783	-720	79,4 %
2017/2018	3.625	2.907	-718	80,2 %
Geschätzte Absolvent(innen-)Anzahl für die kommenden zwei Jahre				
2018/2019	3.503	Abs. in 2021/2022	2.676	(MW 76,4 %)
2019/2020	3.770	Abs. in 2022/2023	2.880	(MW 76,4 %)

Tab. 15: Ausbildungskennzahlen Altenpflege

Legt man die durchschnittliche Erfolgsquote der vergangenen Jahre zugrunde, so ergeben sich geschätzte Absolventinnen- und Absolventenzahlen, die auch für die kommenden Jahre um die 2.700 kalkuliert werden können.

In Relation zu den 41.839 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in 2021 entspricht die Qualifizierungsquote aktuell einem Wert von 6,5 Prozent.

Auch für die vorliegende Kalkulation gilt, dass sie in der Realität geringer ausfallen wird, da nicht alle, die einen beruflichen Abschluss erwerben, in den Beruf einmünden. Legt man die Einmündungsquote aus NRW zugrunde (92 Prozent), so kann bei rund 2.700 Absolventinnen und Absolventen mit rund 2.480 Berufseinmündenden der Altenpflege gerechnet werden. Die korrigierte Qualifizierungsquote liegt in diesem Falle rechnerisch bei 5,9 Prozent. Damit ist die Ausbildungsquote in der Altenpflege deutlich höher als in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege).

### GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Die beschriebenen Analysen zu den differenzierten Berufsabschlüssen sind bezogen auf die Zukunftsperspektive von untergeordneter Bedeutung, da mit der generalistischen Ausbildung eine Zusammenführung der bisherigen Ausbildungsgänge ab dem Schuljahr 2020/2021 vorliegt.

Zur Anzahl der Schülerinnen und Schüler bestehen aktuell noch widersprüchliche Datenbestände.

- In der Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020 waren am 31.12.2020 insgesamt 6.204 Schülerinnen und Schüler an Pflegeschulen in Baden-Württemberg verzeichnet (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021b). Im Jahr 2021 begann ein neues Ausbildungsjahr und die Zahl der gemeldeten Auszubildenden stieg auf 13.639 Personen. Den Angaben des Statistischen Landesamtes folgend lösten 1.292 Auszubildende ihre Ausbildung in 2021. Damit verblieben zum 31. 12. 2021 12.347 Personen in der Pflegeausbildung insgesamt. Von diesen befanden sich 6.480 Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr und 5.867 Auszubildende im 2. Ausbildungsjahr.
- Die Schulstatistik des Landes Baden-Württemberg 2020 weist an 72 Standorten in der Klassifizierung der „Schulen für Integrierte Pflegeausbildung“ (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege) im ersten Ausbildungsjahr 3.443 Schülerinnen und Schüler aus (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 15.01.2020).
- In einer Landtags-Drucksache werden zunächst 6.585 Eintritte in die Ausbildung in 2020/2021 berichtet (Krebs 2021) und im weiteren Verlauf (Stichtag 23. August) 6.456 Schülerinnen und Schüler angeführt.

Die an dieser Stelle aufgezeigten unterschiedlichen Datennennungen ergeben sich einerseits aus unterschiedlichen Betrachtungszeiten; sie können jedoch nicht vollumfänglich aufgeklärt und verifiziert werden.

Betrachtet man die Anzahl nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020/2021 und vergleicht diese mit den Kennzahlen der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler der bislang getrennten Berufe, so ergibt sich insgesamt ein Rückgang der Pflegeausbildung in Baden-Württemberg, das in etwa auf dem Niveau der Ausbildungskennzahlen von 2014/2015 liegt. Dies wird bereits im politischen Raum diskutiert (Krebs 2021).

Ausgehend von rund 5.800 Schülerinnen und Schülern und unter Berücksichtigung einer möglichen Erfolgsquote von ca. 75 Prozent, würden aus dem ersten Jahr der generalistischen Ausbildung rund 4.350 Absolventinnen und Absolventen qualifiziert werden können. Bei einer angenommenen Berufseinmündungsquote von 85 Prozent (vgl. NRW) kann kalkulatorisch von rund 3.700 Pflegenden ausgegangen werden, die perspektivisch als neues Fachkräftepotenzial zur Verfügung stehen und in den Beruf einmünden. Dies ist ein Schätzwert mit einigen Unsicherheiten, soll jedoch nachfolgend für eine prognostische Kapazitätseinschätzung verwendet werden.

### KAPAZITÄTSSCHÄTZUNG UND BERUFSDEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Im Rahmen der vorliegenden Studie soll für die Gesamtgruppe der dreijährig qualifizierten Pflegenden für Baden-Württemberg eine prognostische Einschätzung der Entwicklung vorgenommen werden.

Die nachfolgende Schätzung verbindet zwei zentrale Perspektiven miteinander. Einerseits werden die zu erwartenden Abgänge aus dem Beruf (durch Verrentung mit 65 Jahren) für die kommenden Jahre erfasst. Diese markieren die gesicherten Berufsaustritte. Ausgangspunkt der Berechnung ist eine Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit zu berufsdemografischen Kennzahlen für Baden-Württemberg. Die Annahme, dass ein Berufsaustritt mit 65 Jahren erfolgt, muss dabei als ein optimistisches Szenario betrachtet werden.

Den Daten zu den Berufsaustritten gegenübergestellt werden prognostische Entwicklungen der Berufseinmündenden. Auch hierbei ergeben sich Unsicherheiten. So wird für den Zeitraum 2024 bis 2029 von einer stabilen Ausbildungskapazität von jährlich 5.800 Personen ausgegangen. Berücksichtigt werden ferner die bisherigen Erfolgsquoten (durchschnittlich 75 Prozent über alle dreijährig Qualifizierten) sowie Erkenntnisse zu Berufseinmündungsquoten aus anderen Studien und Projekten (NRW), die für Baden-Württemberg bislang nicht vorliegen und geschätzt werden müssen. Dem Modell liegen demnach zahlreiche Annahmen zugrunde, die empirisch begründet sind, aber nicht prognostisch stabil sein müssen.

Aktuell kann bezüglich einer Stabilisierung der Ausbildungsaufnahme und der Einmündung nach erfolgter Ausbildung keine Prognose gestützt werden. Die Generalistik ist weiterhin in einer frühen Phase der Umsetzung und zahlreiche Einflussfaktoren (nicht zuletzt die Pandemie, die Umsetzungsschwierigkeiten und Anpassungen in Praxisbetrieben und Pflegebildungseinrichtungen) können ebenso zu Schwankungen beitragen wie betriebliche, ökonomische und gesellschaftspolitische Änderungen (z.B. eine Attraktivitätserhöhung der Pflegeberufe als „sichere“ Berufe mit einem Zustrom an Auszubildenden oder aber die Verringerung von Krankenhäusern mit erheblichen Verringerungen der Möglichkeiten einer Pflegeausbildung).

Unberücksichtigt bleiben hier ferner regionale sowie sektorielle Unterschiede zwischen Krankenhäusern, ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen sowie Teilzeitquoten.<sup>54</sup> All diese Einflüsse können aktuell und perspektivisch auch in den kommenden zwei oder drei Jahren nicht gesichert berechnet werden, sodass das vorliegende Modell vor diesem Hintergrund diskutiert werden muss und einen wichtigen Orientierungsrahmen geben kann.

Die kommenden Jahre der Generalistik werden zunächst auch Ausdruck einer „Irritation und Anpassung“ sein und erst nach Erreichen einer stabilen Umsetzung können Rückschlüsse über die konkreten Wirkungen sicherer beschrieben werden. Insgesamt handelt es sich um ein „konservatives“ Modell, dem zahlreiche positive oder zumindest stabile Einflüsse zugrunde liegen (Status-Quo-Szenarien). Trotz dieser Limitierungen zeigt das prognostische Modell zentrale Entwicklungen deutlich auf:

---

<sup>54</sup> Erhöht sich der Anteil an Pflegenden, die in Teilzeit arbeiten, weiter, so steigt der Bedarf an Zugängen zusätzlich an, da mehr Personen benötigt werden, um die vakanten Stellen besetzen und ausgleichen zu können.

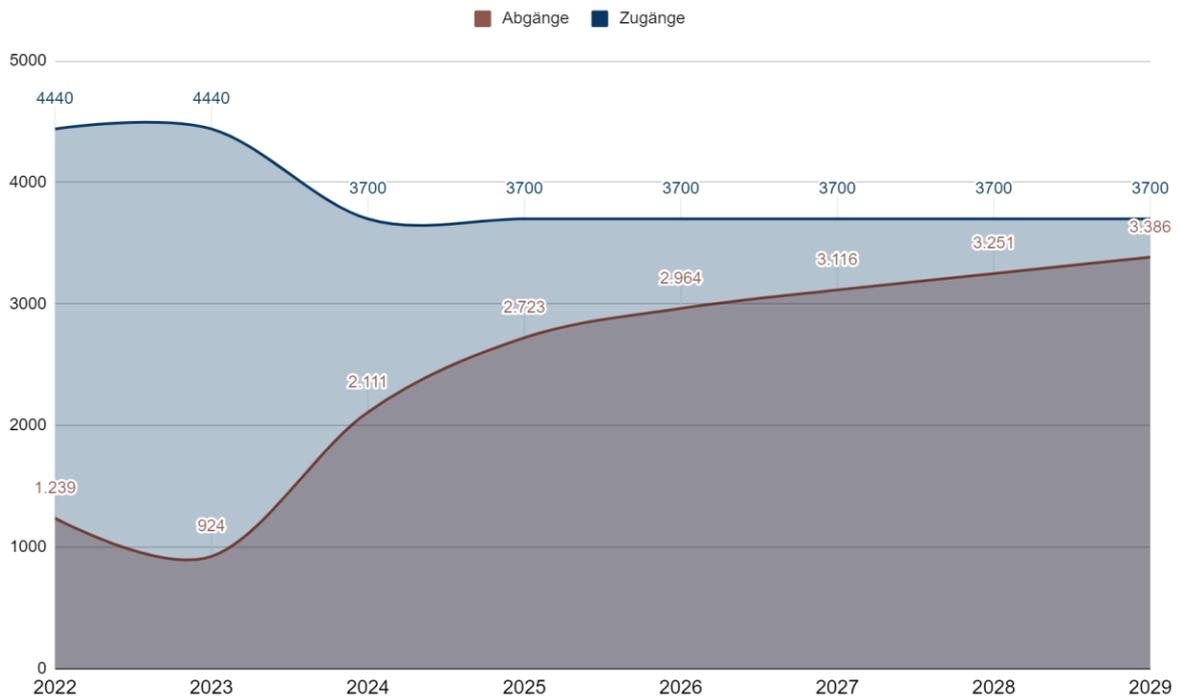


Abb. 54: Entwicklungseinschätzung Berufseintritte versus Berufsaustritte

In den kommenden Jahren und bereits absehbar steigt der berufsdemografische Druck massiv an. Bestehen in den kommenden zwei bis drei Jahren den Berechnungen folgend noch Kapazitäten, um in Einrichtungen einen Personalzuwachs zu generieren und ggf. auch die Arbeitsbedingungen der Pflegenden vor Ort zu verbessern oder auch weiterhin in der Planung befindliche neu gegründete Pflegeeinrichtungen mit Pflegepersonal auszustatten, so verringern sich diese Möglichkeiten bereits ab 2025 deutlich.

Die als gesichert geltenden Berufsaustritte nähern sich nachfolgend der Kapazitätseinschätzung möglicher Zugänge zum Berufsfeld immer weiter an und werden nahezu deckungsgleich. Bestehen darüber hinaus auch in anderen Sektoren der Beschäftigung (z.B. in medizinischen Zentren, in Praxen, bei Kommunen, in der Industrie etc.) zusätzliche Bedarfe an Pflegenden, so werden die Zugänge nicht ausreichen, um den Bestand in den Kernversorgungssektoren (Krankenhaus, ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen) zu erhalten. Es muss mit einer negativen Entwicklung und einem Realverlust an Kapazitäten gerechnet werden.

Der Fachkräftemangel in der Pflege wird demnach weiter zunehmen und zu einem verstärkten Konkurrenzdruck zwischen den Sektoren und innerhalb der Sektoren führen.

Bereits kleinere Veränderungen im Modell im Rahmen der beobachteten Schwankungsbreiten (z.B. durch niedrigere Erfolgsquoten/eine geringere Berufseinmündungsquote/eine geringere Aufnahme von Schülerinnen und Schülern) können im Modell zu einer Negativbilanz führen und damit zu einem realen Verlust an Pflegenden im Jahr. Nicht auszuschließen ist dabei, dass dies regional betrachtet bereits dort früher der Fall sein kann, wo geringe Ausbildungskapazitäten und höhere Beschäftigungskennzahlen vorliegen.

In der Konsequenz zeigt das Modell eine zentrale Problematik auf: die berufsdemografische Entwicklung wird früher zu Konsequenzen der Versorgungssicherheit führen als die demografische Entwicklung der Bevölkerung, die erst in mittelbarer Zukunft zu einem erhöhten Druck

führen wird. Der strukturierte Aufbau weiterer Versorgungskapazitäten (z.B. Ausbau teil-/vollstationärer Pflegeeinrichtungen) wird zentral über den Faktor Mensch begrenzt werden, unabhängig von der wirtschaftlichen Möglichkeit oder der bautechnischen Realisierung.

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEHILFE

Neben der Qualifikation der Fachkräfte (dreijährig) ist auch die der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe zu fokussieren.

Einerseits ergibt sich die Notwendigkeit aus der Tatsache einer geringer werdenden Gesamtbilanz der Abgänge aus dem Beruf und der Neuzugänge in der Fachqualifizierung, die zu Personallücken führen kann, die durch Hilfs- bzw. Assistenzkräfte in Teilen geschlossen werden könnten. Andererseits sind sowohl im Krankenhausbereich als auch in den ambulanten Diensten in den vergangenen Jahren zunehmende Beschäftigtenkennzahlen der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe zu beobachten, die die Bedeutung der Hilfs- bzw. Assistenzkräfte untermauern.

Nachfolgend werden die Kennzahlen in der Zeitreihe von 2011/2012 an vorgestellt. Basis ist auch für diesen Berufsbereich der jeweilige Datenbestand der Schulstatistik der Berufsschulen.

Die Zeitreihe der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe weist insgesamt eine Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme auf.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGS-ANFÄNGER/INNEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH EINEM JAHR REGELZEIT	VERLUST (ANFÄNGER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2011/2012	288	215	-73	74,7 %
2012/2013	327	292	-35	89,3 %
2013/2014	298	246	-52	82,6 %
2014/2015	341	329	-12	96,5 %
2015/2016	378	309	-69	81,7 %
2016/2017	459	334	-125	72,8 %
2017/2018	483	365	-118	75,6 %
2018/2019	506	482	-24	95,3 %
2019/2020	657	549 (geschätzt)		MW = 83,5 %

Tab. 16: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

Trotz einer lediglich einjährigen Laufzeit der Qualifizierung ist die Varianz der Erfolgsquote sehr hoch und weist starke Schwankungsbreiten auf. Durchschnittlich liegt die Erfolgsquote in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe bei 83,5 Prozent. Die Sonderauswertung endet mit dem Berichtsjahr 2019/2020. Hier wurde anhand der durchschnittlichen Erfolgsquote für 2020/2021 von einem Potenzial von rund 550 Personen ausgegangen, wobei die Unsicherheiten hier größer sind als in den anderen betrachteten Berufsgruppen.

Da Hilfskräfte deutlich weniger als offene Stellen bei der BA gemeldet werden und die Einrichtungen sich auf die Fachkräfte fokussieren, kann keine valide Aussage darüber getroffen werden, ob die vorliegende Qualifizierung in der Ausprägung dem Bedarf entspricht. Perspektivisch muss für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe von einem zunehmenden Bedarf ausgegangen werden, da sich z.B. Skill-Mix-Modelle mit Aufgabenteilungen zunehmend etablieren und insbesondere im ambulanten Pflegebereich zusätzliche Bedarfe bestehen.

### ALTENPFLEGEHILFE

Das Ausbildungspotenzial der Altenpflegehilfe liegt deutlich oberhalb der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe. Eine Berechnung, wie sie für die anderen Berufe vorgenommen wurde, kann an dieser Stelle nicht erfolgen, da die zur Verfügung stehenden Daten starke Abweichungen bezogen auf die Anzahl der Schülerinnen und Schüler und der Absolventinnen und Absolventen aufweisen.<sup>55</sup> Ausgangspunkt der vorliegenden Darlegung ist die Anzahl der erfassten Absolventinnen und Absolventen in den Jahrgängen (insgesamt und nach Regierungsbezirken differenziert).

SCHULJAHR	ABSOLVENT(INN)EN INSGESAMT	REGIERUNGSBEZIRK STUTT GART	REGIERUNGSBEZIRK KARLSRUHE	REGIERUNGSBEZIRK FREIBURG	REGIERUNGSBEZIRK TÜBINGEN
2011/2012	1.259	361	374	282	242
2012/2013	1.237	356	374	263	244
2013/2014	1.166	346	316	231	273
2014/2015	1.414	389	445	332	248
2015/2016	1.368	411	398	316	243
2016/2017	1.344	390	403	270	281
2017/2018	1.570	521	482	291	276
2018/2019	1.849	593	623	328	305
2019/2020	1.985	623	594	360	408

Tab. 17: Ausbildungskennzahlen Altenpflegehilfe

Mit einer Qualifizierung von fast 2.000 Altenpflegehelferinnen und -helfern in 2019/2020 wird ein bisheriger Höchststand deutlich und die Dynamik der Qualifizierungszunahme über den Betrachtungszeitraum ist in allen vier Regierungsbezirken zu beobachten. Angesichts der zu erwartenden Steigerung der Beschäftigung von Hilfskräften, die mit der Einführung des Personalbemessungsinstrumentes in der Altenpflege verbunden werden (Teigeler 07.08.2020; Rothgang 2020), sind hier weitere Analysen erforderlich, um eine bedarfsdeckende Qualifizierung zu sichern.

<sup>55</sup> So werden in der Angabe der Absolventinnen und Absolventen in jedem Jahrgang höhere Kennzahlen ausgewiesen, als an Schülerinnen und Schülern im Vorjahr erfasst wurden.

## Fachpflegerische Versorgungssicherung

Die Daten zu demografischen Veränderungen, der Fachkräftebindung vor Ort sowie der Ausbildung in den Regionen erlauben Diskussionen zu Einzelpunkten.

Für eine Gesamtbetrachtung jedoch sind die Einzelbefunde zu komplex, um Regionen miteinander direkt zu vergleichen. Vor dem Hintergrund der weiteren Nutzung in kommunalen Räumen und zur Strukturierung von Fördermaßnahmen und regionalen Entwicklungen bedarf es einer zusammenfassenden Bewertung der Einzelperspektiven. Diese soll nachfolgend in Form eines Indexwertes vorgenommen werden. Zielsetzung ist die vereinfachte Darstellung eines zusammengeführten Wertes, um

- aus der Perspektive die Sicherheit der regionalen Versorgung mit Fachpflegenden (dreijährig examiniert) zu beschreiben
- regionale Unterschiede quantifizierbar und standardisiert vergleichend betrachten zu können
- Messpunkte zu finden, die bei einer kontinuierlichen Nutzung (im Rahmen eines Monitorings) Veränderungen deutlich machen können

### INDEX FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSSICHERUNG

Der Gegenstand der Betrachtung, die fachpflegerische Versorgungssicherheit, kann nicht endgültig quantifiziert werden (als messbarer Endpunkt). Daher lassen sich keine statistischen Modelle berechnen, die den Einflussgrad der jeweiligen Indikatoren auf den Endpunkt erlauben und überprüfbar aus der Vergangenheit darlegen können.

Das nachfolgend beschriebene Modell wurde normativ entwickelt und dient einer beschreibenden und vergleichenden Analyse. Es basiert auf plausiblen, beobachtbaren Zusammenhängen, die in ein Indexmodell einbezogen wurden.

Ansatzpunkt dieser Analyse ist, unterschiedliche Faktoren aus dem Bericht zu einem Modell zusammenzufassen, die sich als Gesamtindex der fachpflegerischen Versorgungssicherung zusammenfassen lassen. Die Landkreise und kreisfreien Städte werden dabei innerhalb eines Werteraums zueinander in Beziehung gesetzt.

Für Baden-Württemberg kann ein Durchschnittswert berechnet werden und es lassen sich die Abweichungen der betrachteten regionalen Räume vom Durchschnittswert des Landes darstellen.

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

Diese Indikatoren lassen sich wie folgt benennen:

- Bedarfskennzahlen im jeweiligen Kreis, die pflegerische Potenziale auf der Ebene der Fachkräfte binden (dazu zählen z.B. die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen in 2019, die Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen in 2019 sowie die Anzahl der Betten in den Krankenhäusern in 2019). Diese Werte wurden in Beziehung gesetzt zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden, die im Kreis selbst wohnen

und dort arbeiten. Sie decken in einer kalkulierten Relation (Anzahl der Pflegenden pro Pflegebedürftigem oder Pflegebedürftiger und Bettenzahl) die im Kreis vorliegenden Bedarfe der pflegerischen Versorgung ab. Die berechneten Bedarfsrelationen wurden auf einer Skala bis zum Wert 50 standardisiert.

- Als prognostisches Element im Index wird die Bevölkerungsentwicklung der über 75-Jährigen bis zum Jahr 2030 aufgenommen. Damit drückt sich ein prognostischer Bedarf aus, der positiv sowie negativ sein kann. Negative Werte können dazu führen, dass ein regionaler Fachkräftebedarf sinken kann, und stark steigende Werte werden in der Tendenz eher zu einem Mehrbedarf an Pflegenden führen. Auch diese Werte wurden auf einer Skala standardisiert.
- Als dritter Wert fließt die aktuelle regionale Ausbildungsaktivität im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt in den Indexwert mit ein. Diese wird im vorliegenden Falle<sup>56</sup> ermittelt, indem die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr der qualifizierten dreijährigen Pflegeausbildung in Relation zu der Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden, die im Kreis wohnen und arbeiten, gesetzt wird. Die regionale Ausbildungsaktivität wurde auf einer Skala standardisiert.

Die einzelnen Subindexwerte der kreisbezogenen Skalenwerte wurden in der Folge summiert und durch die Anzahl der Indexgruppen 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.

Der Index weist ein potenzielles Wertespektrum zwischen 0 und 50 aus, wobei niedrige Werte eine höhere Stabilität der pflegerischen Versorgungssicherung beschreiben und hohe Werte eine geringe Stabilität erfassen. In der Summe weisen die zueinander in Beziehung gesetzten Merkmale darauf hin, dass in Landkreisen und kreisfreien Städten mit hohen Indexwerten eine fachpflegerische Versorgungssicherung angesichts des Nachfragedrucks, der prognostischen Entwicklung der Demografie sowie der bestehenden Ausbildungsaktivität im Vergleich zu anderen Landkreisen und kreisfreien Städten mit niedrigeren Werten deutlich erschwert ist.

Eine Eichung liegt nicht vor. Somit kann kein „kritischer“ Wert definiert oder ein Skalenwert bestimmt werden, der erreicht werden müsste, um eine Sicherung als stabil zu klassifizieren.

Die in der Grafik zum Modell abgebildeten Diagramme mit ihrer Richtung weisen die Faktoren aus, die als Herausforderungen für eine Versorgungssicherheit betrachtet werden können. Hohe zukünftige Bedarfe (Bevölkerungsprognostik), hohe bestehende Bindungen des pflegerischen Personals und die Nachfrage in den ambulanten Diensten, den stationären Einrichtungen und den Krankenhäusern können in der Ausprägung als eine bestehende Herausforderung betrachtet werden. Bei den Pflegenden 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.

---

<sup>56</sup> Abweichend zum Index, wie er in NRW, Bayern oder in Niedersachsen angewendet wird, kann die exakte Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler im Rahmen des ersten Jahres der generalistischen Pflegeausbildung aufgrund unterschiedlicher Kennzahlen nicht bewertet werden. Alternativ wurde daher die summierte Anzahl der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr in den drei Ausbildungsgängen dreijähriger Qualifizierungen verwendet.



Abb. 55: Faktoren der Vulnerabilität der fachpflegerischen Versorgungssicherheit

Im Enzkreis kann keine Ausbildungsaktivität berechnet werden, da keine Ausbildungsstätte für eine dreijährige Qualifizierung zur Verfügung steht. Im Index ist dies gleichbedeutend mit der höchsten Kennzahl von 50 im Wertebereich zwischen 0 und 50, da eine Stabilisierung der pflegerischen Versorgung nicht auf der Basis der in den Kreisen vorliegenden Strukturen alleine bewältigt werden kann.

Da eine Zusammenführung von Landkreisen und kreisfreien Städten ohne ein konkretes Modell nicht ableitbar erscheint, können einzelne kreisfreie Städte nicht den namentlich gleichen Landkreisen zugeordnet werden. In der nachfolgenden kreisbezogenen Analyse muss dies in der Interpretation mit berücksichtigt werden<sup>57</sup>.

Vergleiche zu anderen Bundesländern liegen bislang nicht vollumfänglich vor; daher kann kein Vergleichswert zu anderen Bundesländern oder zu Regionen in anderen Bundesländern vorgenommen werden. Der jeweilige Indexwert entspricht den im Bundesland bestehenden Vergleichswerten innerhalb der Werte und erlaubt keine vergleichende Aussage zu anderen Ländern. Dies könnte nur bei einer gemeinsamen Kodierung und Bemessung aller Landkreise und kreisfreien Städte vorgenommen werden.

## FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERUNG REGIONAL

Für die Berechnung des pflegerischen Versorgungsindex werden in Baden-Württemberg die Landkreisgrenzen und die der kreisfreien Städte verwendet.

Die Spannweite des ermittelten Gesamtindex ist hoch und reicht von 3,0 (SK Stuttgart) bis 39,8 (Landkreis Heilbronn). Dabei weisen hohe Werte auf eine höhere Vulnerabilität hin.

<sup>57</sup> Grenzen der Aussagekraft ergeben sich u.a. daraus, dass die zu betrachtenden regionalen Räume üblicherweise die der Kreisgrenzen sind und ggf. sinnvoll zusammenfassende Regionsdaten zu anderen Ergebnissen führen können. So könnte beispielsweise die kreisfreie Stadt Heilbronn mit dem Landkreis Heilbronn zusammengeführt werden oder die kreisfreie Stadt Heidelberg mit dem Landkreis Rhein-Neckar-Kreis, da die Landkreise die kreisfreien Städte umschließen. Für andere Kreise, in denen die Städte nicht von einem Landkreis eingeschlossen werden (kreisfreie Stadt Freiburg), sondern an weitere Kreise grenzen, ist eine eindeutige Zuordnung erschwert und lässt sich nicht widerspruchsfrei räumlich zuordnen.

Durch die Standardisierung sind die Abstände zwischen den Werten gleich und skaliert, sodass gleiche Abweichungen nach oben wie nach unten bestehen.

In Landkreisen und kreisfreien Städten mit hohen Werten ist die fachpflegerische Versorgung deutlich schwieriger sicherzustellen. Der Mittelwert des Gesamtindex

liegt für Baden-Württemberg bei 18,9, der Median, der die Gruppe in zwei gleich große Hälften teilt, liegt bei 17,2.

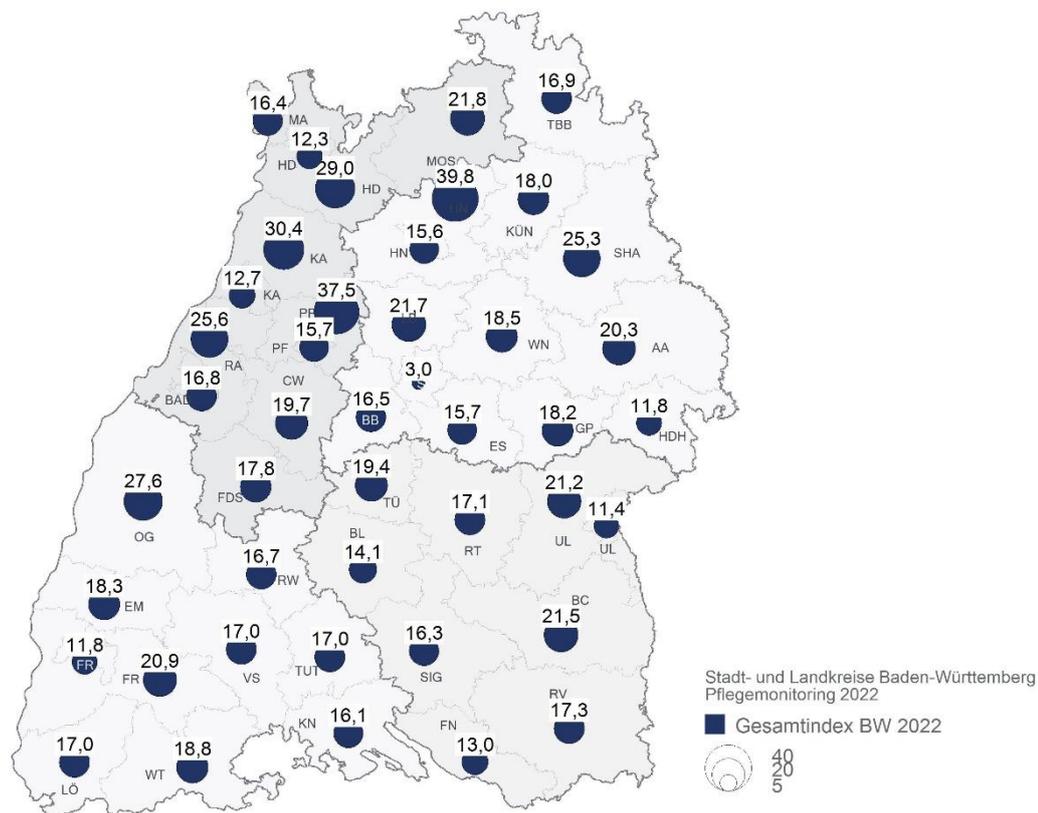


Abb. 56: Index fachpflegerische Versorgungssicherung in Baden-Württemberg 2020

Betrachtet man die beiden Extremwerte inhaltlich bezogen auf die Einzeldaten der Indexwerte vergleichend, so ergeben sich folgende Gegenüberstellungen:

Im Landkreis Heilbronn werden zusammen 5.550 Pflegebedürftige im Jahr 2019 betreut. In vier Krankenhäusern sind rund 1.120 Betten der Krankenhausversorgung durch Pflegende zu betreuen. Es besteht ein Potenzial von 2.131 Pflegenden, die vor Ort wohnen und auch arbeiten (ohne Pendlerinnen und Pendler). Perspektivisch werden zwischen 2021 und 2030 rund 5.000 zusätzliche Personen in der Altersgruppe 75+ im Landkreis leben. Demnach ist mit einer Zunahme der Versorgungsanforderung für die ambulante sowie teil-/vollstationäre Versorgung zu rechnen. Eine Ausbildungsaktivität ist im Landkreis nur geringfügig vorhanden. In der Schulstatistik werden im dritten Jahr der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung lediglich 31 Schülerinnen und Schüler geführt. Somit ist eine eigene nachhaltige Qualifizierung im Landkreis kaum möglich. Die Schulstandorte liegen in der benachbarten kreisfreien Stadt Heilbronn, was zu der statistischen Verschiebung zwischen der Stadt und dem Landkreis führt. Dies ist jedoch für den Landkreis nicht zwingend als problematisch zu beschreiben. Gelingt es, die in der Stadt ausgebildeten Pflegekräfte in den eigenen Einrichtungen im Landkreis zu halten,

so bestehen ggf. geringere Problematiken der Versorgung, als es im Indexwert in der Ausprägung erscheint.

Wandern die Pflegenden jedoch in die Stadt ein und orientieren sie sich an den Arbeitsangeboten in den städtischen Einrichtungen, so verstärkt dies den Handlungsdruck. Eine differenzierte Analyse der Bedingungen und Einschätzungen, inwieweit der Indexwert eine Problematik für den Landkreis darstellt, kann nur vor Ort valide eingeschätzt werden. Die demografischen Entwicklungen jedoch bleiben von der Qualifizierungsfrage unbetroffen bestehen.

Im Gegensatz zu den Entwicklungen im Landkreis Heilbronn sind in Stuttgart andere Bedingungen zu beobachten. Insgesamt werden mit rund 8.960 Pflegebedürftigen weitaus mehr Personen betreut und in den 20 Krankenhäusern werden 4.760 Betten vorgehalten, sodass eine hohe regionale Versorgung besteht. Dies bindet auch hohe Personalanteile der Pflege in der aktuellen Versorgung. Vor Ort aber leben und wohnen 5.930 Pflegende, was trotz der hohen Versorgungsintensität zu einer besseren Relation führt, als sie im Landkreis Heilbronn zu beobachten ist. Demografisch wird in Stuttgart mit einer Absenkung der Menschen über 75 Jahre im Zeitraum von 2020 bis 2030 gerechnet. Die Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass rund 2.290 weniger Menschen in der Altersgruppe in Stuttgart wohnen werden. Damit existiert eine negative demografische Entwicklung, die eher zu einer Entlastung als zu einer zusätzlichen Belastung führen kann. Die Qualifizierung junger Pflegender vor Ort ist hoch. Es werden in der Schulstatistik 694 Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr in der Stadt ausgewiesen, was zu einer vergleichsweise hohen Ausbildungsquote bezogen auf die vor Ort arbeitenden und lebenden Pflegenden führt. Somit sind zentrale Indikatoren in der Summe positiver zu betrachten, als dies im Landkreis Heilbronn festgestellt werden kann. In der Summe kann daher davon ausgegangen werden, dass die bestehenden Strukturen in Stuttgart eine weitaus günstigere Möglichkeit der Kompensation aufweisen, als dies im Landkreis Heilbronn der Fall ist.

In der räumlichen Markierung der Landkreise und kreisfreien Städte nach Indexwerten lassen sich die regionalen Unterschiede zwischen den Regionen farblich verdeutlichen.

Dabei fällt auf, dass im Regierungsbezirk Karlsruhe mehr Landkreise einen hohen Indexwert aufweisen als z.B. im Regierungsbezirk Freiburg oder Tübingen.

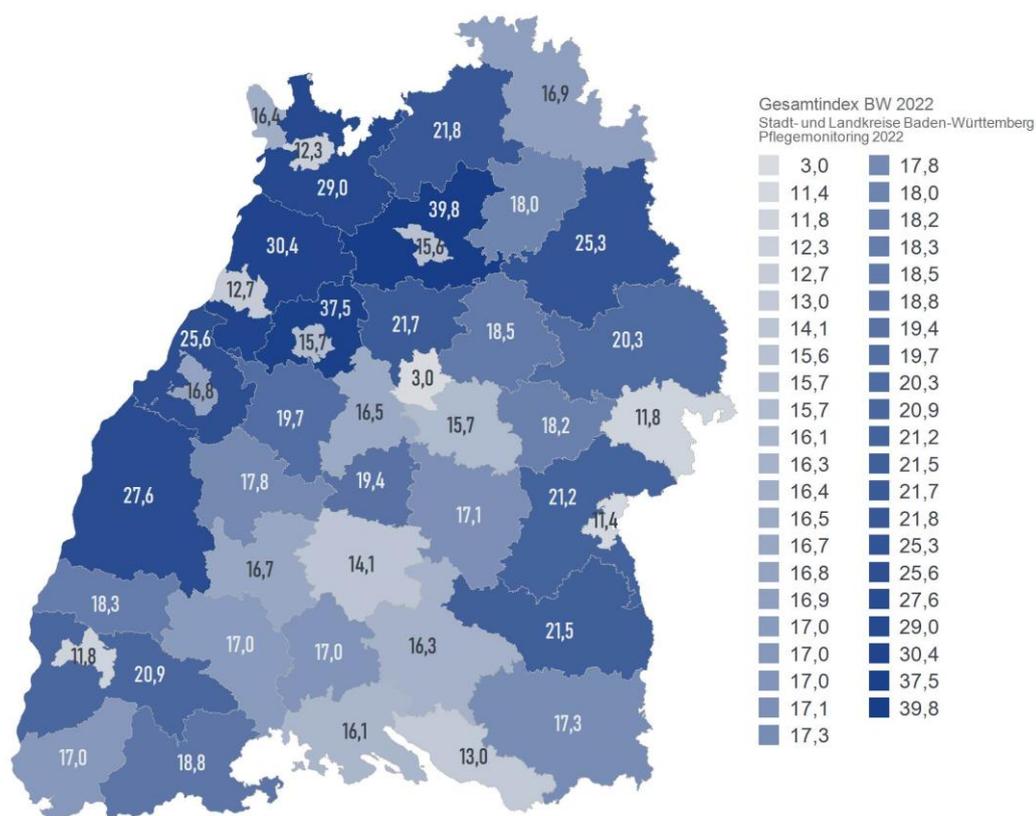


Abb. 57: Indexwerte in der regionalen Übersicht nach Werten

In den mittleren Regionen sowie im Süden in Baden-Württemberg erscheinen tendenziell niedrigere Werte im Index, die unterhalb des Durchschnitts von Baden-Württemberg liegen. In den Randgebieten im Regierungsbezirk Stuttgart und Freiburg und auch in Tübingen sind höhere Werte zu identifizieren. Von den 15 Landkreisen, die oberhalb des Durchschnittswertes in Baden-Württemberg liegen, entfallen 2 in den Regierungsbezirk Freiburg (Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis Ortenaukreis), 3 in den Regierungsbezirk Tübingen (Landkreis Tübingen, Landkreis Alb-Donau-Kreis, Landkreis Biberach), 4 in den Regierungsbezirk Stuttgart (Landkreis Heilbronn, Landkreis Schwäbisch-Hall, Landkreis Ludwigsburg, Landkreis Ostalbkreis) und 6 in den Regierungsbezirk Karlsruhe (Landkreis Enzkreis, Landkreis Karlsruhe, Landkreis Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis Rastatt, Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis Calw).

Nachfolgend werden sowohl die Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit den niedrigsten Werten als auch die Top mit den höchsten Werten ausgewiesen. Aufgenommen ist eine Linie, die den Mittelwert darstellt, und die jeweilige Abweichung vom Mittelwert.

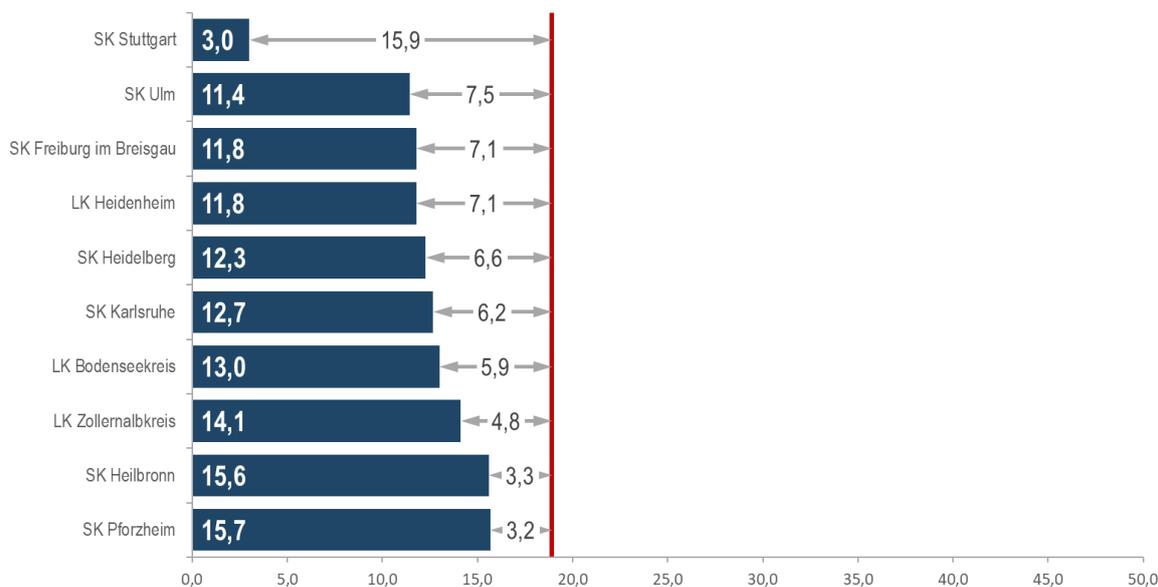


Abb. 58: Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit niedrigen Indexwerten

Auffallend ist, dass Stuttgart als Standort heraussticht und sich innerhalb der Landkreise bzw. kreisfreien Städte deutlich absetzt. Zentral hierfür sind die oben benannten demografischen Entwicklungen sowie die hohe Ausbildungsintensität, wobei davon auszugehen ist, dass in Stuttgart auch Auszubildende der umliegenden Landkreise qualifiziert werden. Die anderen Städte bzw. Landkreise liegen in der jeweiligen Distanz zum Mittelwert abgestuft zueinander, wobei die Spannweite sich in kleinen Schritten vollzieht.

Ferner ist auffallend, dass unter den Top Ten mit den niedrigeren Indexwerten sieben kreisfreie Städte zu verzeichnen sind. Hier sind oftmals deutlich niedrigere Werte bei der demografischen Entwicklung zu verzeichnen als in den Landkreisen und ländlichen Regionen. Ebenso sind die Ausbildungszentren häufig in den städtischen Zentren verortet, was kalkulatorisch zu einer hohen Ausbildungsquote und einem niedrigen Teilindexwert führt.

Auch bei der Listung der Top Ten der Landkreise mit hohen Indexwerten fällt die Spreizung zwischen den Werten auf. Der Landkreis Heilbronn und der Enzkreis liegen deutlich höher als die nachfolgenden Landkreise. Die drei letztgenannten Landkreise in der Grafik (Neckar-Odenwald-Kreis, Ludwigsburg, Biberach) liegen sehr nah beieinander und bereits in der Nähe des Durchschnittswertes der Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg.

Zur regionalen Analyse und Deutung bedarf es neben der Betrachtung der Indexwerte auch einer Bewertung der Strukturen und Kennzahlen durch die Akteure vor Ort, um einschätzen zu können, wie die Bedingungen konkret beurteilt und aktuell erfahren werden. Zur Validierung der Ergebnisse werden u.a. regionale Konferenzen durchgeführt, die diese Perspektive mit aufnehmen und diskutiert werden.

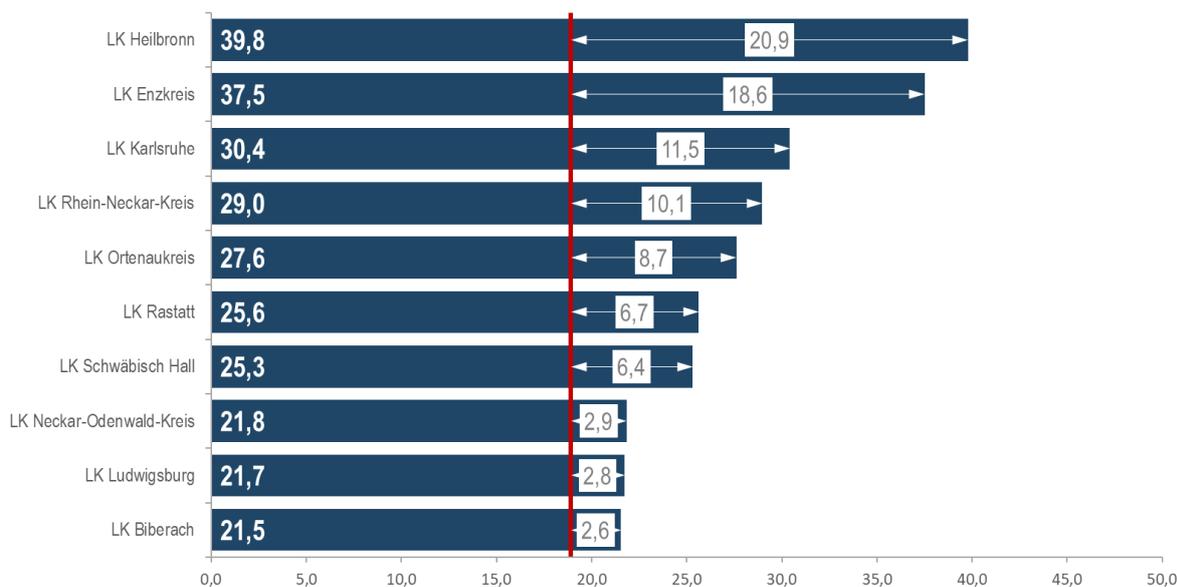


Abb. 59: Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit hohen Indexwerten

## DISKUSSION DES INDEXWERTES

Der Indexwert kann für eine Veränderungsmessung im Rahmen einer kontinuierlichen Beobachtung (Monitoring) verwendet werden. Ändern sich Ausbildungskennzahlen oder auch regionale Versorgungsangebote, existieren neue demografische Prognosen, wird sich dies verändert auf den Indexwert auswirken.

Aus den genannten Indexwerten sowie den Einzelanalysen zentraler Werte ergeben sich für die Regionen unterschiedliche Ansatzpunkte einer Diskussion zu Handlungsoptionen und Möglichkeiten der Steigerung der Versorgungssicherheit. Diese zu nutzen und in regionale Diskussionen vor Ort einzutreten, Verbünde zwischen den Trägern zu initiieren und Zielvereinbarungen zu schließen, scheint ein gangbarer und wichtiger Weg, um die Versorgungssicherung regional zu stärken. Darüber hinaus können auch die Kommunen aus den vorliegenden Analysen einen Nutzen ziehen und bezogen auf die eigenen kommunalen Planungen Kennzahlen aus dem Bericht oder dem Index nutzen. In Betracht gezogen werden können auch regionale Strukturförderungen oder auch die Etablierung neuer Versorgungsmodelle und -konzepte, um dort, wo eine absehbare Schwierigkeit entstehen wird, entgegenzuwirken.

Der Index weist in seiner Struktur auch Limitierungen auf, die kritisch diskutiert werden müssen. Niedrige Werte deuten nicht auf eine vorliegende Versorgungssicherheit hin; dazu fehlt die Möglichkeit, einen empirischen Normwert zu stabilisieren.

Aufgrund der kleinräumigen Analyse auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (im Gegensatz zu Bayern, wo größere Regionen zusammengefasst analysiert wurden) bestehen in der Aussagekraft Limitierungen. So kann z.B. die Situation im Landkreis Heilbronn aufgrund der Schulstandorte in der Stadt Heilbronn eine zu negative Ausprägung bedeuten, wenn die Auszubildenden lediglich für den theoretischen Unterricht einpendeln, aber ihrem Arbeitgeber im Landkreis später als Arbeitskräfte verbunden bleiben. Eine Zusammenführung von Stadt und Landkreis würden hier zu einer gemeinsamen veränderten Bewertung führen.

Für das Beispiel Heilbronn könnte eine Zusammenführung argumentativ gestützt werden, da der Landkreis die Stadt umschließt. Ähnliche Möglichkeiten würden auch für Baden-Baden und den Landkreis Rastatt bestehen oder für Heidelberg und den Landkreis Rhein-Neckar-Kreis sowie für den Landkreis und die Stadt Karlsruhe. Ebenso könnte man Ulm und Landkreis Alb-Donau-Kreis gemeinsam betrachten.

Eine eindeutige Zuordnung ist allerdings nicht in jedem Falle möglich, sodass die regionale Differenzierung im vorliegenden Bericht beibehalten wurde. So grenzt Pforzheim sowohl an den Enzkreis als auch an den Landkreis Calw an und Ausbildungsstrukturen vor Ort in der Stadt können nicht eindeutig einem der Landkreise zugerechnet werden. An die kreisfreie Stadt Freiburg grenzen sowohl der Landkreis Emmendingen als auch der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald an und an Stuttgart grenzen die Landkreise Ludwigsburg, der Rems-Murr-Kreis, Esslingen sowie Böblingen. Eine Zuordnung der Ausbildungskapazitäten kann hier nur unzureichend differenziert werden.

Eine Neuzuschneidung der Raumgrenzen und eine Veränderung der Aggregation der Daten auf andere Raumordnungen bedarf einer theoretischen Fundierung oder aber dem Vorhandensein von etablierten Raumordnungsmodellen, wie sie für Baden-Württemberg aktuell nicht vorgeschlagen wurden. Eine Analyse auf Basis der 12 Regionen, wie sie in Baden-Württemberg beschrieben werden<sup>58</sup>, wurde nach Prüfung und Abwägung mit dem Ministerium und zugunsten der kleinräumigen Analyse nicht durchgeführt.

---

<sup>58</sup> Vgl. Verwaltungsgliederung in Baden-Württemberg, Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (<https://www.landeskunde-baden-wuerttemberg.de/regierungsbezirke>)

## Ergebnisse der Befragung der Versorgungseinrichtungen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung der Versorgungseinrichtungen (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) vorgestellt. Wie eingangs beschrieben, werden aufgrund der Anzahl der in die Auswertung einbezogenen Einrichtungen keine regionalen Differenzierungen erfolgen (können). Die Auswertungen werden als Gesamteindruck verstanden, der keinen Anspruch auf Repräsentativität oder auf Regionalität erhebt.

Die Ergebnisse werden überwiegend zusammenfassend beschrieben. Bei prägnanten Unterschieden zwischen den Versorgungsbereichen werden auch die spezifischen Ergebnisse der Sektoren hervorgehoben. Dabei werden Interpretationsangebote vorgestellt, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Insbesondere werden dazu mögliche, allerdings nicht alle denkbaren Deutungen abgedeckt. Vielmehr sollen die Ergebnisinterpretationen im Rahmen der gutachterlichen Beschreibung eine praxisnahe, relevante Perspektive aufgreifen. In anschließenden Regionalkonferenzen zur Ergebnispräsentation im Jahr 2023 sollen die Ergebnisse mit den Akteurinnen und Akteuren diskutiert und ergänzend eingeordnet werden.

EINRICHTUNGEN	FREIBURG	KARLSRUHE	STUTTGART	TÜBINGEN
Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen (n =74)	23	14	28	9
Ambulante Dienste (n = 134)	24 (17,9)	33 (24,6)	54 (40,3)	23 (17,2)
Teil-/vollstationäre Einrichtungen (n = 131)	32 (24,4)	20 (15,3)	61 (46,6)	18 (13,7)
SUMME (n = 339)	79 (23,3)	67 (19,8)	143 (42,2)	50 (14,7)

Angabe in n (%). Bei Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausschließlich absolute Angaben. Gültige Angaben ausgewiesen.

Tab. 18: Teilnehmende Einrichtungen in den Regierungsbezirken

### STICHPROBENBESCHREIBUNG DER EINRICHTUNGEN

Nachfolgend werden für die Sektoren getrennt Kennzahlen der Leistungen und der Versorgungsangebote vorgestellt.

In der Gesamtheit konnten bei den ambulanten Diensten (n=135), den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen (n=131) sowie den Krankenhäusern/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (n=75) 341 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

Bezogen auf die Trägerschaft aller teilnehmenden Einrichtungen zeigt sich die folgende Verteilung: Insgesamt sind die freigemeinnützigen (48,4 Prozent) und privaten Träger (33,8 Prozent) am häufigsten in der Stichprobe vertreten. 17,8 Prozenten der befragten Versorgungseinrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Vier Einrichtungen machten keine Angabe zur Trägerschaft.

In der sektorenspezifischen Betrachtung zeigt sich ebenfalls eine heterogene Verteilung. Die freigemeinnützige Trägerschaft wurde auch hier von den antwortenden ambulanten Diensten (47 Prozent) sowie von den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen (62 Prozent) am häufigsten angegeben<sup>59</sup>. Dagegen ist die öffentlich-rechtliche Trägerschaft bei den ambulanten Diensten (11,2 Prozent) und den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen (14 Prozent) am geringsten vertreten. Im Krankenhausbereich zeigt sich in der Stichprobe ein ausgewogeneres Verhältnis der Trägerschaften. Hier dominieren die private und öffentlich-rechtliche Trägerschaft mit jeweils 27 von 74 Nennungen.

EINRICHTUNGEN	FREIGEMEINNÜTZIG	PRIVAT	ÖFFENTLICH-RECHTLICH
Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen (n =74)	20	27	27
Ambulante Dienste (n = 134)	63 (47,0)	56 (41,8)	15 (11,2)
Teil-/vollstationäre Einrichtungen (n = 129)	80 (62,0)	31 (24,0)	18 (14,0)
SUMME (n = 337)	163 (48,4)	114 (33,8)	60 (17,8)

Angabe in n (%). Bei Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausschließlich absolute Angaben. Gültige Angaben ausgewiesen.

Tab. 19: Teilnehmende Einrichtungen nach Trägerschaft

## VERSORGUNGSSPEKTRUM DER EINRICHTUNGEN UND AMBULANTEN DIENSTE

### Ambulante Pflegedienste

Die ambulanten Pflegedienste und die teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen bieten unterschiedliche Dienstleistungsangebote und damit ein breites Versorgungsspektrum an.

Die ambulanten Pflegedienste in der Stichprobe nannten am häufigsten (98,5 Prozent) die Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1(a) und 2 SGB V als Leistungsangebot. 97 Prozent der ambulanten Pflegedienste bieten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI als Teil ihres Versorgungsangebotes an. Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI werden den Angaben zufolge von rund 95 Prozent der ambulanten Pflegedienste angeboten sowie hauswirtschaftliche Leistungen von knapp 81 Prozent. Spezialisierte Versorgungsangebote werden seltener vorgehalten. Bei der Befragung haben rund 35 Prozent der teilnehmenden ambulanten Pflegedienste sonstige ambulante Hilfeleistungen (z.B. Mobiler Sozialer Dienst oder Mahlzeitendienst) angegeben. Leistungen nach SGB IX für Menschen mit Behinderung werden von den wenigsten innerhalb der Stichprobe (12,6 Prozent) angeboten.

Insgesamt werden von den teilnehmenden ambulanten Diensten 19.055 (n=101) Personen versorgt. Hierbei werden für diese Personen unterschiedliche Versorgungsangebote differenziert nach Leistungsrecht sichergestellt. So erhalten die Klienten und Klientinnen der befragten

<sup>59</sup> Dabei zeigen sich bereits Abweichungen von bundesweiten Verteilungen. So sind in der ambulanten Pflege bundesweit 67 Prozent privat, 32 Prozent freigemeinnützig und nur ein Prozent öffentlich organisiert.

ambulanten Pflegedienste sowohl Kombileistungen nach SGB V und SGB XI als auch ausschließlich behandlungspflegerische Leistungen nach SGB V oder Leistungen nur nach SGB XI. Nur Leistungen zur Haushaltshilfe nach SGB V werden kaum angeboten. Entlastungsleistungen nach SGB XI erhalten insgesamt 6.352 Klienten und Klientinnen (n=84).

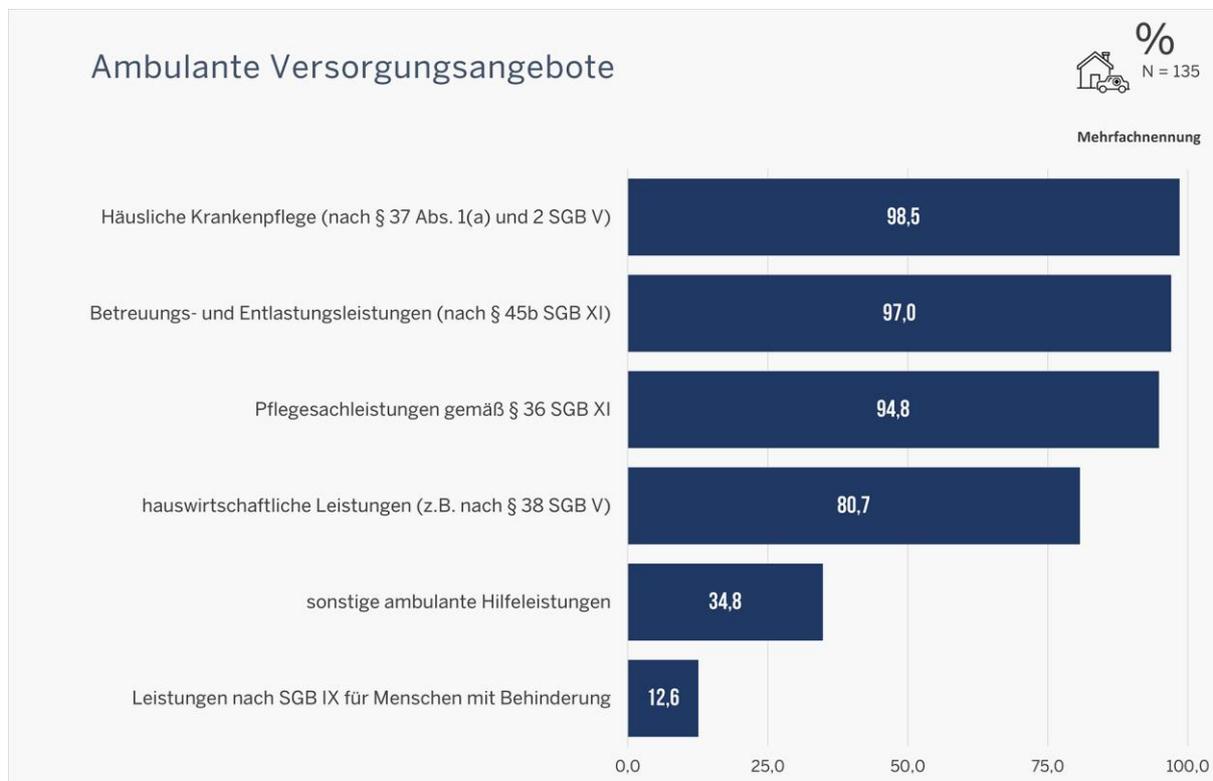


Abb. 60: Versorgungsangebote der ambulanten Dienste

## Teil-/vollstationäre Einrichtungen

Die teil-/vollstationären Einrichtungen in der Stichprobe (n=131) nannten am häufigsten (74 Prozent) Versorgungsangebote der vollstationären Dauerpflege ohne Spezifikation gerontopsychiatrischer Spezialversorgung. 55 Prozent bieten Angebote der Kurzzeitpflege an und 31,3 Prozent nennen Tagespflegeangebote als Teil des Leistungsspektrums.

Insgesamt werden von den teilnehmenden teil-/vollstationären Einrichtungen 8.084 Pflegeplätze der vollstationären Dauerpflege (n=105) vorgehalten. 354 Plätze (n=58) werden als eingestreute Kurzzeitpflege- und 78 als solitäre Kurzzeitpflegeplätze (n=25) in der Summe erfasst. Die Tagespflegeplätze der teilnehmenden Einrichtungen umfassen 697 Plätze (n=39) insgesamt.

Im Durchschnitt werden in den Einrichtungen 77 Plätze der vollstationären Dauerpflege angeboten<sup>60</sup>. Die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze sind in einer geringen Ausprägung vorhanden. Die unteren 25 Prozent der Einrichtungen nennen dabei bis zu drei Plätze, die Hälfte der Einrichtungen stellt bis zu fünf Plätze zur Verfügung. Über mehr als 10 Plätze verfügen nur 25 Prozent der Einrichtungen. Bei der Tagespflege liegen die Quartile bei 13 Plätzen für die ersten

<sup>60</sup> Die unteren 25 Prozent weisen eine Größe von bis zu 50 Plätzen aus, der Median liegt bei bis zu 76 Plätzen und 75 Prozent der Einrichtungen verfügen über bis zu 99 Pflegeplätze. Demnach existieren darüber hinausreichend 25 Prozent der Einrichtungen, die über eine Bettenkapazität von über 100 Betten verfügen. Der Maximalwert lag bei 280 Pflegeplätzen.

25 Prozent, bis zu 15 Plätzen für 50 Prozent der Einrichtungen und bis zu 20 Plätzen bei 75 Prozent aller teilnehmenden Einrichtungen.

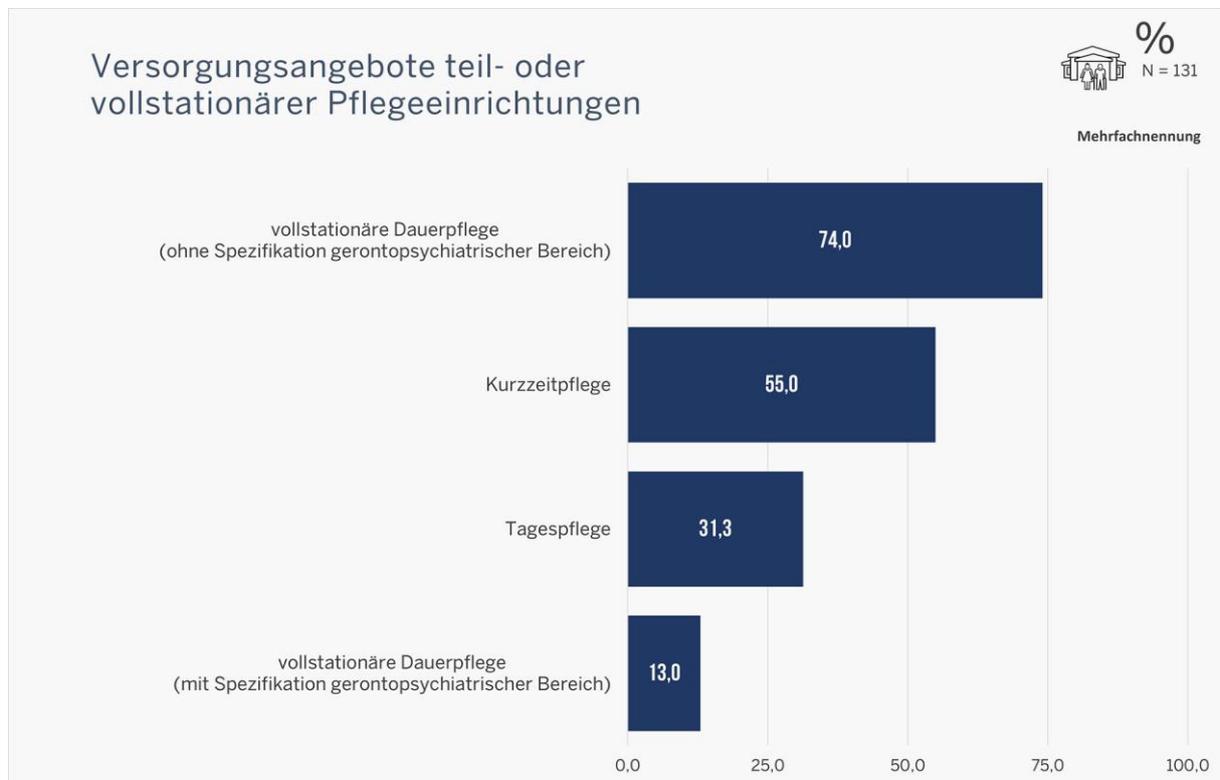


Abb. 61: Versorgungsangebote der teil- oder vollstationären Einrichtungen

### Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Die Stichprobe besteht aus 43 Krankenhäusern und 32 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Krankenhausart wurde differenziert abgefragt. Unter den Teilnehmenden sind 23 allgemeine Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken/Universitätsklinika), 17 sonstige Krankenhäuser sowie drei Hochschulkliniken/Universitätsklinika<sup>61</sup>.

Den größten Anteil (n=27) an der Stichprobe machen Einrichtungen mit einer Planbettenkapazität von 200 bis 499 Betten aus. Unter 100 Bettenplätze verfügen 19 der befragten Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und 15 Einrichtungen haben zwischen 100 bis 199 Planbetten. Am wenigsten (n=13) sind Einrichtungen mit 500 und mehr Planbettenplätze in der Stichprobe vertreten. Eines der sonstigen Krankenhäuser hat hierzu keine Angabe gemacht.

### PERSONALBESTAND UND -BEDARF

Der Schwerpunkt der Online-Befragungen bezieht sich auf die Analyse der personellen Ausstattung in den versorgenden Sektoren, der offenen und aktuell zu besetzenden Stellen sowie

<sup>61</sup> Unter allgemeinen Krankenhäusern werden Krankenhäuser verstanden, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patient\*innen vorgehalten werden. Sonstige Krankenhäuser umfassen somit Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten; Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten; Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten; reine Tages- oder Nachtkliniken.

des geplanten Personalstellenaufbaus bzw. -abbaus. Ergänzend wurden Einschätzungen zu unterschiedlichen Aspekten der Personalsituation und -entwicklung etc. erfragt.

### Personalausstattung

In den unterschiedlichen Versorgungssektoren der teilnehmenden Einrichtungen sind insgesamt 13.079 Vollzeitstellen mit Pflegefachpersonen<sup>62</sup> besetzt. Mit 9.087 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ist die Gesundheits- und Krankenpflege die am stärksten vertretene Berufsgruppe innerhalb der Stichprobe. Den geringsten Anteil macht die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit 1.576 VZÄ aus. Der hauptsächliche Beschäftigungsbereich für die beiden Berufsgruppen ist der Krankenhaussektor. Die befragten Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben derzeit 683 VZÄ (n=36) mit Altenpflegenden besetzt. In den ambulanten Pflegediensten besteht tendenziell ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflegenden, wobei die Altenpflege mit 606 VZÄ (n=92) im Beschäftigungsvolumen dominiert. Den mit Abstand größten Beschäftigungsanteil nehmen Altenpflegende erwartungsgemäß (1.127 VZÄ; n=87) in den befragten teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen ein.

Daneben umfasst die Personalausstattung der befragten Einrichtungen aktuell ein Beschäftigungsvolumen von insgesamt 1.022 Vollzeitstellen für Pflegehilfspersonal<sup>63</sup>. Hierbei sind Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und -helferinnen vorwiegend im Krankenhaussektor beschäftigt und die Altenpflegehelfer und -helferinnen sind mit 458 VZÄ hauptsächlich auf die ambulanten Dienste sowie teil-/vollstationären Einrichtungen verteilt.

Bei den Krankenhäusern wurden darüber hinaus die VZÄ des Pflegefachpersonals mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie<sup>64</sup> erhoben. Nach Angaben von 26 Krankenhäusern verfügen 363 VZÄ des Pflegefachpersonals zusätzlich über eine spezifische abgeschlossene Fachweiterbildung. Daneben wurde auch nach Pflegefachpersonal gefragt, die ergänzend eine akademische Qualifikation (z.B. Diplom-, Bachelor- oder Masterabschluss im Pflegebereich) haben und in der patientennahen Versorgung tätig sind. In der Stichprobe beträgt die Akademisierungsquote gegenüber der Gesamtbeschäftigtenzahl des Pflegefachpersonals (10.653 VZÄ; n=37) rund 2,2 Prozent (238 VZÄ; n=39). Damit wird deutlich, dass eine Akademisierung in der Pflege in den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aktuell nur in geringem Umfang realisiert ist. An dieser Stelle ist jedoch auf die geringe Teilnahmequote der Hochschulkliniken/Universitätsklinika (n=3) zu verweisen. Denn im hochspezialisierten Bereich der Hochschulkliniken/Universitätsklinika sind die Tendenzen einer Akademisierung in der Pflege bereits fortgeschrittener. Die Akademisierungsquote in den ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen wurde hingegen in dieser Befragung nicht erfasst, da insgesamt noch deutlich geringere Ausprägungen erwartbar sind und entsprechende Hinweise hierfür vorliegen.

---

<sup>62</sup> Pflegefachpersonen mit mindestens dreijährig abgeschlossener Ausbildung

<sup>63</sup> Unter Pflegehilfspersonal werden Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegehelfer und -helferinnen mit mindestens einjährig abgeschlossener Ausbildung verstanden.

<sup>64</sup> Fachweiterbildung mit mindestens zweijähriger Dauer

Personalausstattung in den versorgenden Einrichtungen				
Angaben in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	Insgesamt			
Altenpfleger*innen	2.416	606 (n = 92)	1127 (n = 87)	683 (n = 36)
Gesundheits- und Kinderkrankengpfeleger*innen	1.576	57 (n = 64)	15 (n = 57)	1504 (n = 35)
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	9.087	444 (n = 83)	177 (n = 67)	8466 (n = 36)
<b>SUMME Pflegefachpersonal</b>	<b>13.079</b>	<b>1.107</b> (n = 93)	<b>1.319</b> (n = 87)	<b>10.653</b> (n = 37)
Altenpflegehelfer*innen	458	126 (n = 83)	255 (n = 69)	77 (n = 37)
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer*innen	564	26 (n = 64)	29 (n = 48)	509 (n = 42)
<b>SUMME Pflegehilfpersonal</b>	<b>1.022</b>	<b>152</b> (n = 87)	<b>284</b> (n = 70)	<b>586</b> (n = 42)

Tab. 20: Personalausstattung der teilnehmenden Einrichtungen

### Aktueller Personalbedarf

Die teilnehmenden Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben einen summierten Pflegefachpersonalbedarf von 1.100 VZÄ (n=61) für Pflegefachpersonen, was befragungsüberbergreifend dem größten Personalbedarf entspricht<sup>65</sup>. Die unteren 25 Prozent weisen einen aktuellen Personalbedarf von bis zu 4,5 VZÄ aus, der Median liegt bei zehn VZÄ und 75 Prozent der Einrichtungen haben bis zu 16 VZÄ als offene aktuell zu besetzende Stellen angegeben. Folglich haben 25 Prozent der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mehr offene aktuell zu besetzende Stellen. Der Maximalwert lag bei 136 VZÄ.

Die ambulanten Dienste gaben in Summe einen aktuellen Pflegefachpersonalbedarf von 440 VZÄ (n=108) an. Ein ambulanter Dienst hat den Maximalwert von 18 offenen aktuell zu besetzenden Stellen angegeben. Die unteren 25 Prozent dagegen haben lediglich bis zu eine VZÄ und 75 Prozent der ambulanten Dienste bis zu 5,75 VZÄ als offene aktuell zu besetzende Stellen für Pflegefachpersonal ausgewiesen. Somit hat ein weiteres Viertel der ambulanten Dienste mehr aktuell zu besetzende Stellen. Der Median liegt bei zwei.

<sup>65</sup> Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen wurde nach vereinbarten Personalmengen nach Vergütungsverhandlungen gefragt, was dem aktuellen Soll-Stand entspricht. Aufgrund der Häufung an fehlenden Angaben zu dieser spezifischen Abfrage kann keine Differenz zwischen dem Ist- und Soll-Personalstand (offene aktuell zu besetzende Stellen) ausgewiesen werden. Dies betrifft die Angaben zu Pflegefach- und Pflegehilfpersonal.

Bezogen auf das Pflegehilfpersonal besteht bei den befragten Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ein summierter Personalbedarf von 185 VZÄ (n=53)<sup>66</sup>. In ähnlicher Höhe (168 VZÄ) haben 90 der teilnehmenden ambulanten Dienste ihre derzeit offenen aktuell zu besetzenden Stellen angegeben<sup>67</sup>. In Summe besteht demnach ein deutlich geringerer Bedarf an Pflegehilfpersonal gegenüber Pflegefachpersonal.

### Prospektiver Personalbedarf

Neben dem aktuellen Personalbedarf hat der prospektive Personalbedarf im Pflegebereich ebenfalls eine große Bedeutung. Die befragten Versorgungseinrichtungen sollten hierzu Angaben machen, wie viel Pflegefach- oder Pflegehilfpersonal in VZÄ sie im Jahr 2023 auf- bzw. abbauen werden, um ihre Planung (z.B. betriebliche Ziele) zu erreichen.

89,5 Prozent der darauf antwortenden ambulanten Dienste (n=133) und 72,8 Prozent (n=125) von den teil-/vollstationären Einrichtungen (n=125) wollen ihren Pflegefachpersonalbestand weiter aufbauen. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen möchte jedoch auch jede Vierte Einrichtung (25,6 Prozent) keine Veränderung im Jahr 2023 vornehmen. Ein nennenswerter Abbau ist weder bei den ambulanten Diensten noch bei den teil-/vollstationären Einrichtungen geplant. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Von den antwortenden 73 Einrichtungen visieren 66 den Aufbau von zusätzlichem Pflegefachpersonal an und nur sieben planen keine Veränderung.

Bezogen auf die geplante Veränderung der Anzahl von Pflegehilfpersonal im Jahr 2023 lässt sich ein heterogener Bedarf feststellen. Zwar ist auch hier der Abbau sektorenübergreifend (insgesamt sechs Nennungen) die Ausnahme, jedoch ist der Anteil derer, die keine Veränderung planen, vergleichsweise höher als beim Pflegefachpersonal. So planen 28,7 Prozent der antwortenden ambulanten Dienste (n=122), 18 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen (n=122) sowie 36 von 67 Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen keine Veränderung im Jahr 2023.

Insgesamt gaben die teilnehmenden Versorgungseinrichtungen einen prospektiven zusätzlichen Bedarf an Pflegefachpersonal von 1.722 VZÄ (n=246) an. Der größte Veränderungsbedarf besteht mit 1.056 VZÄ (n=59) in der Stichprobe der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Der in Summe geringste geplante Stellenaufbau von Pflegefachpersonal wird von den teil-/vollstationären Einrichtungen mit 287 VZÄ (n=79) angeführt. Die befragten ambulanten Dienste liegen somit mit 379 VZÄ (n=108) auf dem zweiten Rang. Der Median liegt bei den ambulanten Diensten sowie teil-/vollstationären Einrichtungen bei drei und bei den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bei zehn.

Der summierte geplante Personalstellenaufbau von Pflegehilfpersonal beträgt sektorenübergreifend 733 VZÄ (n=184). Der größte prospektive Veränderungsbedarf wird hier von den teil-/vollstationären Einrichtungen mit 337 VZÄ (n=87) angegeben. In der Stichprobe besteht für die unteren 25 Prozent ein Bedarf von bis zu zwei VZÄ und für 75 Prozent der Einrichtungen bis zu fünf VZÄ. Der Maximalwert liegt bei 12 VZÄ und der Median entspricht drei. Insgesamt

<sup>66</sup> Die unteren 25 Prozent weisen einen Pflegehilfpersonalbedarf von null VZÄ aus und der Median liegt auch bei null. 75 Prozent der Krankenhäuser/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben bis zu fünf offene zu besetzende Stellen in VZÄ. Der Maximalwert beträgt 27 VZÄ.

<sup>67</sup> Die unteren 25 Prozent haben einen Personalbedarf von 0,75 VZÄ gegenüber Pflegehilfpersonal. Der Median knapp darüber bei eins. 75 Prozent der Krankenhäuser/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben bis zu zwei offene zu besetzende Stellen in VZÄ. Der Maximalwert liegt bei zehn VZÄ.

kann daher von einem überschaubaren prospektiven Personalbedarf gegenüber Pflegehilfspersonal für das Jahr 2023 ausgegangen werden.

Die Anzahl der in VZÄ ausgedrückten Stellen beschreibt den Status Quo (aktueller Ist- und Soll-Stand) sowie das Gesamtvolumen des Potenzials der Beschäftigung in der Pflege in den Stichproben. Dies ist nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der Personen. Wie im Bericht beschrieben, sind in der Pflege insgesamt hohe Teilzeitbeschäftigungsquoten zu beobachten. Eine Teilzeitstelle kann freiwillig sein (z. B. durch zusätzliche familiäre Rollenübernahme der Pflegenden) oder aber unfreiwillig, wenn der Arbeitgeber keine Vollzeitstelle zur Verfügung stellt<sup>68</sup>. Die Anzahl der bereits beschäftigten und benötigten Personen liegt daher wesentlich höher als die aufgeführten Personal- und Bedarfskennzahlen. In diesem Zusammenhang wird als eine Lösung des Fachpersonalmangels auch die höhergradige Beschäftigung vorhandenen Personals diskutiert.

### Personalfluktuations

Neben offenen aktuell zu besetzenden Stellen ist auch die Wiederbesetzung von Stellen, die durch Personalfluktuations frei werden, eine organisatorische Herausforderung für die Versorgungseinrichtungen. Denn mit einer Neubesetzung wird eine Einarbeitung in die Organisationsstrukturen und -standards notwendig, die i.d.R. personelle Ressourcen bindet und somit auch ökonomische Folgen hat. Die Personalfluktuations ist meist begründet durch den Eintritt in die Elternzeit, Renteneintritt, ein Ausscheiden aus dem Beruf aufgrund einer beruflichen Neuorientierung oder durch eine Berufsunfähigkeit.

Die Versorgungseinrichtungen wurden gebeten, den Anteil ihres Pflegepersonals einzuschätzen, das im Jahr 2022 aus der Versorgungseinrichtung ausgeschieden und zu ersetzen ist. Hierzu haben insgesamt 329 Einrichtungen eine Angabe gemacht. Die meisten Einrichtungen haben die Fluktuations auf sechs bis zehn Prozent (n=86) und auf null bis fünf Prozent (n=77) eingeschätzt. Fast die Hälfte der Angaben (49,5 Prozent) verteilt sich auf die Intervalle elf bis 15 Prozent, 16 bis 20 Prozent, 21 bis 25 Prozent und über 25 Prozent, was einem ausgeprägten Ersatzbedarf entspricht. Besonders die Personalfluktuations im Bereich von 21 bis 25 Prozent und darüber hinaus ist mit insgesamt 48 Nennungen ausgeprägt. Im Krankenhausbereich wird, mit Ausnahme bei den Intervallen elf bis 15 Prozent und 21 bis 25 Prozent, die geringste absolute Personalfluktuations angeben. Dies ist jedoch auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass nur 72 Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf diese Frage geantwortet haben und die Anzahl der befragten teil-/vollstationären Einrichtungen und ambulanten Diensten insgesamt größer ist. Hier ergeben sich ggf. Verzerrungen und die bisherigen sowie nachfolgenden Angaben sind daher mit einer Einschränkung in der Bewertung zu versehen.

Bezogen auf die einzelnen Sektoren gibt es dennoch Tendenzen (Top-Nennungen) zur Personalfluktuations im Jahr 2022 festzustellen: knapp jeder dritte ambulante Dienst (30,8 Prozent) weist eine Personalfluktuations von null bis 5 Prozent aus, jede dritte teil-/vollstationäre Einrichtung (33,9 Prozent) von sechs bis zehn Prozent und ca. jede dritte Einrichtung im Krankenhausbereich (31,9 Prozent) schätzt die Höhe bei elf bis 15 Prozent ein. Bei den ambulanten Diensten sinkt tendenziell die Häufigkeit der Nennungen mit höheren Prozentintervallen, wohingegen bei den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zunächst

<sup>68</sup> Die ambulanten Dienste sollten die als notwendig erachtete Teilzeitquote beziffern, um Dienstpläne und Tourenpläne zu stabilisieren zu können bzw. ausreichend flexibel die Versorgung zu sichern. Gefragt wurde an nach dem notwendigen Anteil der Teilzeitstellen in Prozent im Verhältnis zu den Vollzeitstellen. Der Median liegt bei 75 Prozent (n=119).

ein Anstieg der Nennungen bis zum Intervall elf bis 15 Prozent zu beobachten ist und anschließend erst die Häufigkeit der Nennungen sinkt. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen flachen die Nennungen ab dem Intervall sechs bis 10 Prozent ab. Diesen jeweiligen Trends folgend lässt sich ein Peak mit je 12 Nennungen für die ambulanten und teil-/vollstationären Einrichtungen bei über 25 Prozent Personalfuktuation feststellen, d.h. bei diesen Versorgungseinrichtungen ist über ein Viertel des Personals zu ersetzen. Der Anteil des zu ersetzenden Pflegepersonals in den Einrichtungen im Jahr 2022 ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

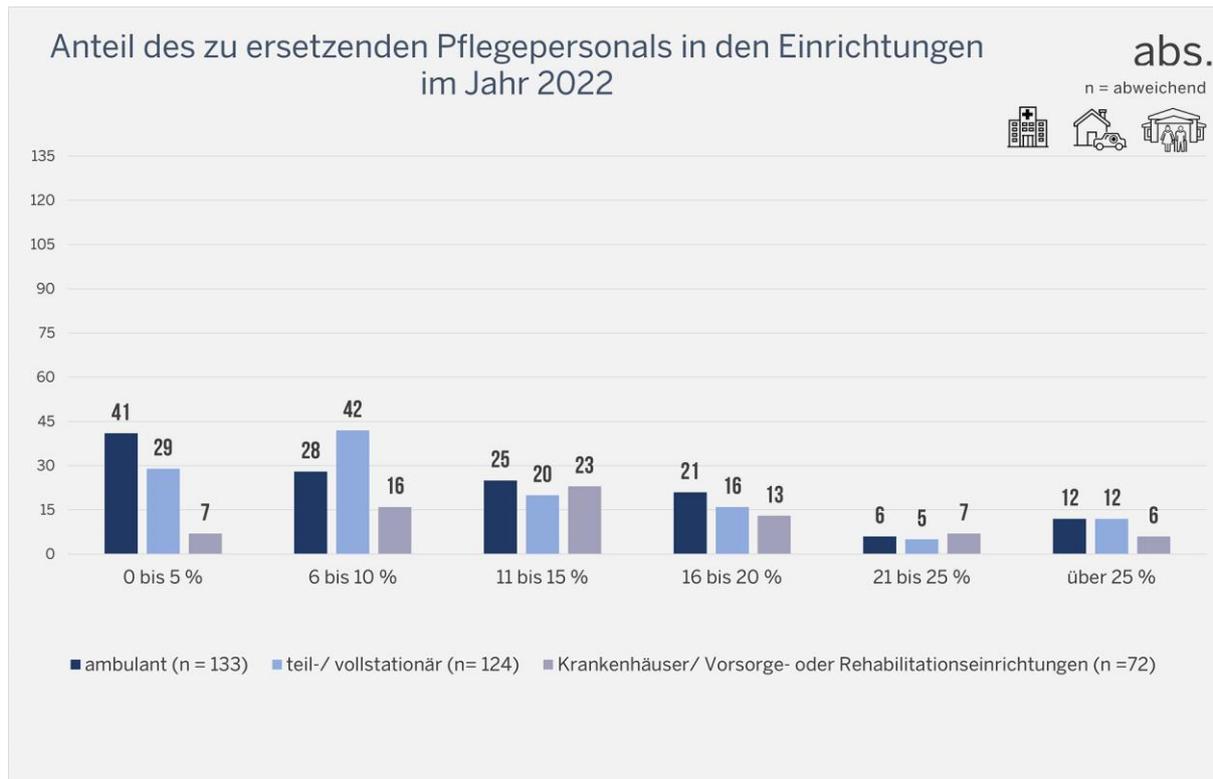


Abb. 62: Anteil des durch Fluktuation zu ersetzenden Personals

Die Versorgungseinrichtungen wurden zudem befragt, in welchen Tätigkeitsbereichen oder Aufgabenfeldern sie spezifische Personalbedarfe ausweisen. Dabei konnten Sie Angaben zwischen eins und vier machen, wobei die eins für einen nicht dringlichen Bedarf steht und die vier einen dringlichen Bedarf anzeigt. Zusätzlich konnten die Einrichtungen angeben, dass sie keinerlei Bedarf für den spezifischen Personalbereich haben. Diese Auswahl konnten beispielsweise Versorgungseinrichtungen vornehmen, die den jeweiligen Bereich nicht in ihrer Einrichtung vorhalten (z. B. Fachabteilungen im Krankenhausbereich) oder tatsächlich keinerlei Bedarf haben, da alle Personalstellen besetzt sind. Für die Angaben wurden Mittelwerte berechnet und diese sind in den nachfolgenden Tabellen abgebildet<sup>69</sup>.

<sup>69</sup> In der Berechnung der Mittelwerte wurden die Angaben „kein Bedarf“ ausgeschlossen, um den Bedarf nur für diejenigen Einrichtungen auszuweisen, die einen tatsächlichen spezifischen Personalbedarf haben, und um statistische Verzerrungen zu vermeiden. Das neutrale Mittel liegt demnach bei 2,5. Die Reihenfolge der Nennungen in den Tabellen orientiert sich hingegen absteigend an der Anzahl der Nennungen „kein Bedarf“, d.h. die in den Tabellen weiter unten aufgeführten Personalbereiche oder Aufgabenfelder entsprechen zunächst einem geringeren Bedarf.

### Spezifischer Personalbedarf in den ambulanten Pflegediensten

Bei den ambulanten Pflegediensten wurde nach den unterschiedlichen Leistungs- und Tätigkeitsbereichen gefragt. Die Anhaben reichen im Durchschnitt von 3,4 für behandlungspflegerische Leistungen (höchster Bedarf) bis zu 1,7 für spezifische Tätigkeiten (geringster Bedarf), die für Pflegefachpersonal mit einer ergänzenden akademischen Qualifikation vorgesehen sind (z. B. pflegewissenschaftliche Fundierung).

Ein tendenziell dringlicher Bedarf besteht hingegen auch für grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Leistungen (MW = jeweils 3,3). In fast allen abgefragten Bereichen geht die Tendenz in Richtung eines dringlichen Bedarfs. Einzig für Leitungsaufgaben (MW = 2,4) und spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal gehen die Einschätzungen in Richtung eines nicht dringlichen Bedarfs. Ins Auge fällt auch, dass 32 ambulante Dienste keinen Bedarf für Leitungsaufgaben und 46 Dienste kein akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal für spezifische Tätigkeiten benötigen. Hervorzuheben ist jedoch, dass für diese spezifischen Bereiche, aufgrund der im Verhältnis geringen Anzahl an benötigten Personen, auch weniger Personal gesucht und ersetzt werden muss. Für die Bereiche Praxisanleitung haben 13,5 Prozent, niedrigschwellige Betreuungsleistungen/Alltagsbegleitung 19,7 Prozent und für spezialisierte fachpflegerische Leistungen 23,7 Prozent angegeben, keinerlei Personal zu suchen. Wird allerdings in diesen Bereichen geeignetes Personal gesucht, so bewegt sich der Bedarf ungefähr im mittleren Bereich (MW = 2,6 bis 2,9).

Personalbedarf in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen						
MW		1	2	3	4	kein Bedarf (n)
behandlungspflegerische Leistungen (n = 133)	nicht dringlich			3,4		4
hauswirtschaftliche Leistungen (n = 133)	nicht dringlich			3,3		7
grundpflegerische Leistungen (n = 134)	nicht dringlich			3,3		8
Praxisanleitung für Auszubildende der Pflegeausbildung (n = 133)	nicht dringlich			2,7		18
Niedrigschwellige Betreuungsleistungen/Alltagsbegleitung (n = 127)	nicht dringlich			2,6		25
spezialisierte fachpflegerische Leistungen (n = 135)	nicht dringlich			2,9		32
Leitungsaufgaben (n = 131)	nicht dringlich			2,4		32
spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal (n = 132)	nicht dringlich	1,7				46

Tab. 21: Spezifischer Personalbedarf der ambulanten Pflegedienste

### Spezifischer Personalbedarf in den teil-/vollstationären Einrichtungen

Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen wurde der Bedarf in den jeweiligen Personalgruppen abgefragt. Zusätzlich wurde der explizite Bedarf an Pflegefachpersonal und Pflegehilfspersonal für den Bereich Pflege und Betreuung erhoben sowie für die Tätigkeitsfelder Praxisanleitung als auch spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal.

Bei den jeweiligen Personalgruppen liegt ein deutlicher Bedarf (MW = 3,4) im Bereich Pflege und Betreuung vor. In diesem Bereich besteht auch insgesamt der dringlichste Bedarf. Dabei besteht im Durchschnitt gegenüber Pflegefachpersonal (MW = 3,4) und Pflegehilfspersonal (MW = 3,3) ein annähernd gleich großer Bedarf. Für den hauswirtschaftlichen Bereich wird auch tendenziell dringlich (MW: 2,9) nach Personal gesucht, wobei hier auch 21 Einrichtungen keinen Bedarf haben. Für alle anderen Personalgruppen liegt in der Tendenz ein kein dringlicher Bedarf vor (MW zwischen 1,9 und 2,0). Weiterhin bezogen auf die Personalgruppen wurde der geringste Bedarf gegenüber der Pflegedienstleitung angegeben: 52 Einrichtungen suchen hier zudem kein entsprechendes Personal. Insgesamt besteht auch bei den teil-/vollstationären Einrichtungen der geringste Bedarf (MW = 1,8) bei spezifischen Aufgabenfeldern für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. 48 Einrichtungen suchen nicht explizit hierfür entsprechend qualifiziertes Personal.

Personalbedarf nach Personalgruppen und Aufgabenfeldern						
MW		1	2	3	4	kein Bedarf (n)
Pflege und Betreuung (n = 130)	nicht dringlich			3,4		dringlich 8
Hauswirtschaft (n = 130)	nicht dringlich			2,9		dringlich 21
Leitung und Verwaltung (n = 129)	nicht dringlich		2,0			dringlich 44
QM und Hygiene (n = 129)	nicht dringlich		2,0			dringlich 42
Pflegedienstleitung (n = 130)	nicht dringlich	1,9				dringlich 52
expliziter Bedarf an Pflegehilfspersonal für Pflege und Betreuung (n = 130)	nicht dringlich			3,3		dringlich 11
expliziter Bedarf an Pflegefachpersonal für Pflege und Betreuung (n = 127)	nicht dringlich			3,4		dringlich 12
Praxisanleitung für Auszubildende der Pflegeausbildung (n = 130)	nicht dringlich			2,6		dringlich 26
spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal (n = 128)	nicht dringlich	1,8				dringlich 48

Tab. 22: Spezifischer Personalbedarf der teil- oder vollstationären Einrichtungen

### Spezifischer Personalbedarf im Krankenhausbereich

In den Krankenhäusern<sup>70</sup> wurde der Personalbedarf in den sogenannten pflegesensitiven Bereichen in Anlehnung an die bis dato bestehende Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV) erfragt<sup>71</sup>. Zusätzlich wurde der Bedarf für die Notaufnahme und auch hier gegenüber spezifischen Tätigkeitsfeldern wie Leitungsaufgaben, Praxisanleitung etc. erhoben.

Im Krankensektor besteht innerhalb der Stichprobe in allen Fachbereichen ein dringlicher Personalbedarf. Im Schnitt wird der Bedarf von 2,9 für die Geburtshilfe (geringster Bedarf) bis 3,8 in der (pädiatrischen) Intensivpflege (größter Bedarf) als dringlich eingeschätzt. Neben dem Bereich der Intensivversorgung besteht eine hohe Dringlichkeit (MW = 3,6) in den folgenden Fachbereichen: Innere Medizin, Notaufnahme, Geriatrie, Neurologische Schlaganfallereinheit und Spezielle Pädiatrie. Die Neonatologische Pädiatrie ist ebenfalls mit 3,7 ein Bereich, in dem Personal sehr dringlich benötigt wird. Insgesamt ist die Antwortkategorie „kein Bedarf“ deutlich ausgeprägter, v.a. in Hinblick auf die Anzahl möglichen Angaben der Einrichtungen (n=43). Dies könnte u.a. darin begründet sein, dass viele der spezifischen Fachabteilungen in den befragten Krankenhäusern nicht vorgehalten werden. Zur Erinnerung: Es haben nur drei Hochschulkliniken/Universitätskliniken teilgenommen und ein verhältnismäßig hoher Anteil fällt auf die sonstigen Krankenhäuser (n=17). Die allgemeinen Krankenhäuser sind mit 23 Einrichtungen vertreten und haben i.d.R. nicht so einen hohen Spezialisierungsgrad wie es beispielsweise in Hochschulkliniken/Universitätskliniken anzutreffen ist. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse auch zu verstehen und zeigen somit nicht zwangsläufig auf, dass die Einrichtungen jeweils ihre Personalstellen vollständig besetzt hätten (z. B. für die Herzchirurgie suchen 28 Krankenhäuser kein Pflegefachpersonal). Eine weitere Erklärung könnte auch sein, dass die Personalbesetzung im Rahmen der PpUGV überwiegend bereits abgeschlossen ist.

Im Vergleich zu den Angaben zu den Fachabteilungen sind die Personalbedarfe für Leitungsaufgaben und spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal mit 2,7 geringer ausgeprägt, jedoch oberhalb des neutralen Mittelpunkts. Hingegen beträgt der Bedarf für Praxisanleitung im Mittel 2,5.

Der Bedarf gegenüber dem Pflegefachpersonal für die Praxisanleitung bewegt sich befragungsübergreifend in einer ähnlichen Höhe (MW = 2,5 bis 2,7). Für den Leitungsbereich kann bei den ambulanten Diensten und Krankenhäusern ebenfalls eine ähnlich hohe Dringlichkeit beobachtet werden (MW = 2,4 bis 2,7). Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen dagegen weicht der Bedarf für die Personalgruppen Leitung und Verwaltung sowie Qualitätsmanagement und Hygiene mit 2,0 bzw. für die Pflegedienstleitung mit 1,9 deutlicher nach unten ab. Für den Bereich der spezifischen Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal ist innerhalb der Stichproben nur im Krankenhausbereich tendenziell ein dringlicherer Bedarf vorhanden. Nur neun Einrichtungen suchen hier keinerlei entsprechend qualifiziertes Personal. Vor dem Hintergrund der geringen Beteiligung der Hochschulkliniken/Universitätskliniken könnte der reelle Bedarf größer sein.

<sup>70</sup> Es erfolgt keine Abfrage bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

<sup>71</sup> Hierfür wurden die zunächst für 2023 angedachten pflegesensitiven Bereiche abgefragt. Am 09.11.2022 wurde die Verordnung geändert und die Personaluntergrenzen zusätzlich für die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Rheumatologie und Urologie als verbindlich vorgegeben. Die Änderung erfolgte nach Abschluss der Befragung, weshalb diese spezifischen Fachbereiche nicht abgefragt wurden.

## ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

Personalbedarf in unterschiedlichen Fachbereichen und Aufgabenfeldern (gefilterte Frage)						
MW		1	2	3	4	kein Bedarf (n)
Intensivmedizin (n = 38)	nicht dringlich				3,8	7
Innere Medizin (n = 39)	nicht dringlich				3,6	11
Notaufnahme (n = 36)	nicht dringlich				3,6	11
Allgemeine Chirurgie (n = 36)	nicht dringlich				3,2	13
Unfallchirurgie (n = 35)	nicht dringlich				3,4	13
Orthopädie (n = 34)	nicht dringlich				3,1	14
Gynäkologie und Geburtshilfe (n = 36)	nicht dringlich				2,9	15
Neurologie (n = 37)	nicht dringlich				3,4	16
Kardiologie (n = 36)	nicht dringlich				3,2	17
Geriatric (n = 36)	nicht dringlich				3,6	17
Neurologische Schlaganfallereinheit (n = 35)	nicht dringlich				3,6	17
Pädiatrische Intensivmedizin (n = 34)	nicht dringlich				3,8	18
Allgemeine Pädiatrie (n = 35)	nicht dringlich				3,5	19
Neonatologische Pädiatrie (n = 35)	nicht dringlich				3,7	20
Spezielle Pädiatrie (n = 34)	nicht dringlich				3,6	21
Neurologische Frührehabilitation (n = 34)	nicht dringlich				3,5	24
Herzchirurgie (n = 33)	nicht dringlich				3,4	28
Leitungsaufgaben (n = 41)	nicht dringlich				2,7	0
Praxisanleitung für Auszubildende der Pflegefachausbildung (n = 41)	nicht dringlich				2,5	2
spezifische Tätigkeiten für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal (n = 39)	nicht dringlich				2,7	9

Tab. 23: Spezifischer Personalbedarf der Krankenhäuser

## EINSCHÄTZUNGEN ZUR PERSONALSITUATION

Den teilnehmenden Versorgungseinrichtungen wurden unterschiedliche Aussagen zur Einschätzung vorgestellt. Sie konnten diese Aussagen mit „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“ bewerten. Eine weitere Antwortkategorie „nicht beurteilbar“ wurde den Einrichtungen in der Auswahl angeboten. Im Folgenden werden positive bzw. negative Antworttendenzen überwiegend zusammenfassend beschrieben. Die genaue Zuordnung gemäß der Likert-Skala sind den zugehörigen Abbildungen zu entnehmen.

Fast die Hälfte (41,3 Prozent) der teilnehmenden Einrichtungen gaben an, dass sie generell spürbare Schwierigkeiten in der Personalausstattung hätten, da das Pflegefachpersonal ihren Stellenumfang reduziert hat. Damit korrespondierend haben auch nur 6,5 Prozent (volle Zustimmung) der Einrichtungen erfolgreich die Stellenanteile von teilzeitbeschäftigten Pflegefachpersonen im Jahr 2022 erhöhen können. Insgesamt sind rund 81,3 Prozent der befragten Einrichtungen in 2022 von einem Personalmangel in der Pflege betroffen gewesen. Sektorenspezifische Unterschiede gibt diesbezüglich nicht.

Der Personalmangel in der Pflege drückt sich ebenfalls in der Bewerber- bzw. Bewerberinnenlage im Jahr 2022 aus. So konnten zwar immerhin noch 16,1 Prozent der Einrichtungen offene Stellen in der Pflege zeitnah ersetzen, jedoch konnten zeitgleich 93,8 Prozent der Einrichtungen keine Personalauswahl vornehmen, da die geringe Anzahl der Bewerbungen auf freie Stellen in der Pflege dies nicht erlaubte. Auch diese Ergebnisse sind trotz der geringfügigen sektorenspezifischen Abweichungen in sich konsistent.

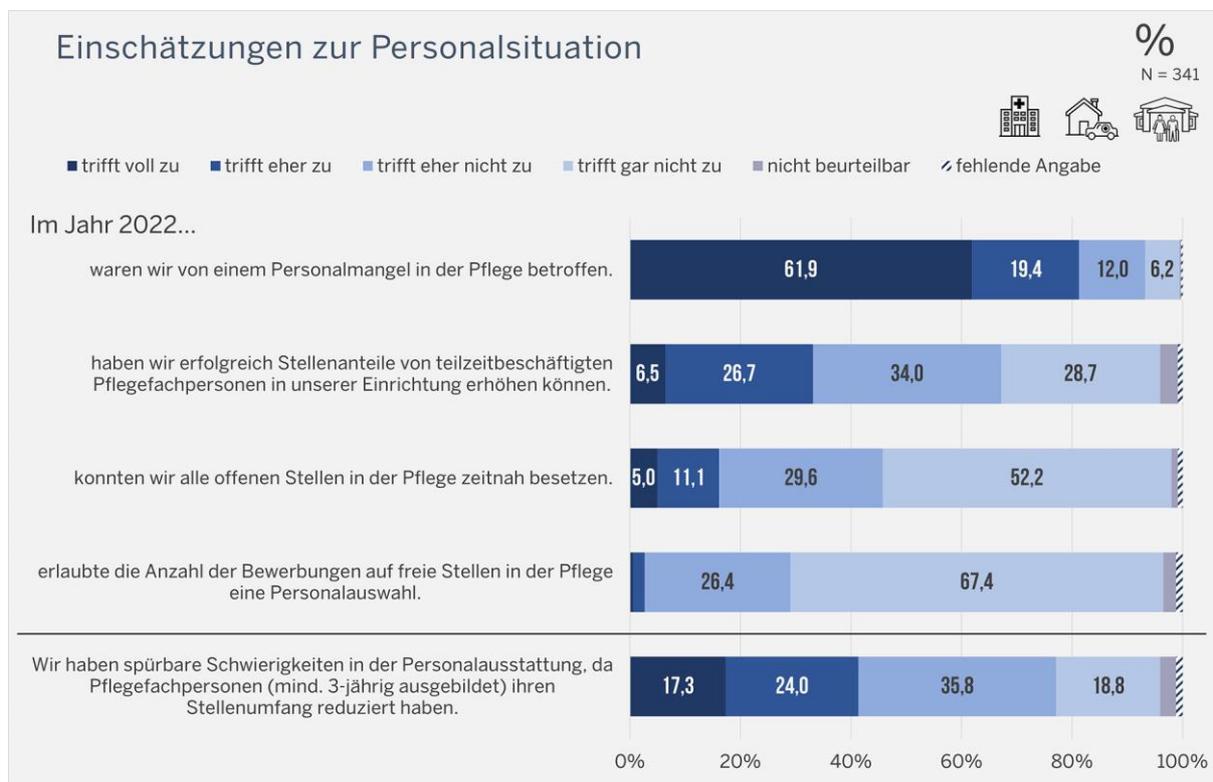


Abb. 63: Einschätzungen zur Personalsituation der Versorgungseinrichtungen

Direkte Folgen des Fachpersonalmangels waren u.a., dass 75,6 Prozent (davon 59,3 Prozent volle Zustimmung) der befragten ambulanten Dienste vermehrt Versorgungsanfragen von Kli-

entinnen und Klienten gegenüber dem Vorjahr 2021 ablehnen mussten. Fast jeder fünfte ambulante Dienst (19,3 Prozent) musste sogar aufgrund des Fachpersonalmangels im Jahr 2022 bestehende Versorgungsverträge mit den Klientinnen und Klienten kündigen. Auf der anderen Seite trifft dies auf 60 Prozent gar nicht zu.

Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen musste fast jede dritte Einrichtung (30,6 Prozent) aus demselben Grund im Jahr 2022 vermehrt Anfragen auf vollstationäre Dauerpflegeplätze ablehnen. Ähnlich sieht es bei Anfragen für die Kurzzeitpflege aus. 32,1 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen mussten aufgrund des Fachpersonalmangels mehr Anfragen als im Jahr 2021 ablehnen. Hingegen trifft die Aussage auf jeweils mehr als ein Drittel der Einrichtungen für die vollstationäre Dauerpflege (38,2 Prozent) und für die Kurzzeitpflege (37,4 Prozent) gar nicht zu. Anfragen zur Tagespflege mussten nur 6,9 Prozent der befragten Einrichtungen wegen des Fachpersonalmangels vermehrt ablehnen.

Die Strategie, kurzfristige Personalbedarfe in der Pflege durch die Beauftragung von Personaldienstleistern zu decken, wurde von dem überwiegenden Anteil der Versorgungseinrichtungen (65,6 Prozent) im Jahr 2022 nicht vermehrt verfolgt. Knapp jede dritte Einrichtung (31,7 Prozent) nutzte diese Möglichkeit jedoch häufiger gegenüber 2021. Die befragten ambulanten Dienste widersprachen dieser Aussage tendenziell häufiger (81,5 Prozent). Dies könnte mit hoher Wahrscheinlichkeit mit den zusätzlichen Kosten für das Pflegepersonal zusammenhängen.

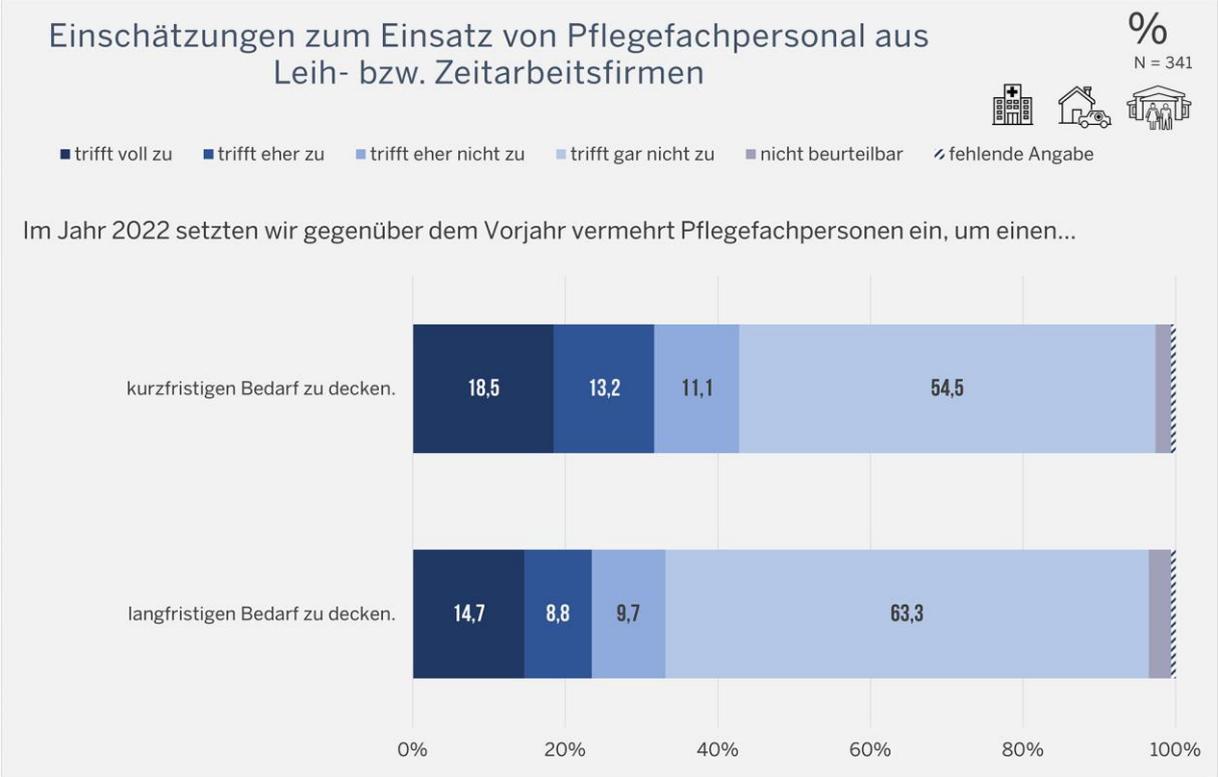


Abb. 64: Einsatz von Pflegefachpersonal aus Zeit- bzw. Leiharbeitsfirmen

Der Aussage, „in 2022 langfristige Bedarfe vermehrt durch Pflegefachpersonal aus Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen zu decken“, widersprachen sektorenübergreifend 73 Prozent der Versorgungseinrichtungen. Allerdings machte fast jede vierte Versorgungseinrichtung (23,5 Prozent) davon gegenüber 2021 vermehrt Gebrauch. Hier können sektorenspezifische Unterschiede festgestellt werden: vor allem im Krankenhausbereich (25 von 75 Nennungen) und im teil-/vollstationären Sektor (30,5 Prozent) wurden Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen zunehmend genutzt,

um langfristige Bedarfe zu kompensieren. Wohingegen nur ca. jeder zehnte ambulante Dienst (11,1 Prozent) der Aussage zustimmte. Festhalten lässt sich, dass im Sektor der ambulanten Dienste sowohl zur kurzfristigen als auch zur langfristigen Bedarfsabdeckung die Nutzung von Personaldienstleistern im Jahr 2022 gegenüber 2021 weniger zugenommen hat als in den anderen Sektoren.

Die Krankenhäuser und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden zusätzlich um Einschätzungen zum prospektiven Personalbedarf in 2023 gebeten, die sich aus neuen gesetzlichen Vorgaben ergeben könnten. Vor dem Hintergrund der geplanten Einführung der PPR 2.0 erwarten 45 der befragten Krankenhäuser ab 2023 einen weiteren erhöhten Bedarf an Pflegefachpersonen. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen wurde nach den potenziellen Veränderungsbedarfen durch die Einführung der Personalbemessung in der Altenhilfe gefragt. Auf dieser Grundlage rechnen 55,8 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen mit einem erhöhten Bedarf an Pflegefachpersonal ab dem Jahr 2023. Fast die Hälfte der Einrichtungen (41,9 Prozent) geht zudem von einem erhöhten Bedarf an Pflegeassistenten und -assistentinnen aus. Der größte Bedarf (68,7 Prozent) wird hingegen gegenüber den mindestens einjährig qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen/-helfern sowie Altenpflegehelferinnen/-helfern eingeplant. Unabhängig von der Personalbemessung planen auch über die Hälfte (65,2 Prozent) der ambulanten Dienste für 2023 ein, mehr Personen aus den Bereich der Helferinnen und Helferberufe in der Versorgung einzusetzen. Hingegen ist in den Krankenhäusern dies nur in 27 Einrichtungen geplant.

Alle Versorgungseinrichtungen wurden nach dem zukünftigen Einsatz (ab 2023) von Pflegefachpersonal mit akademischer Qualifikation in der direkten Versorgungspraxis gefragt. Die Angaben sind sektorenübergreifend weitestgehend konsistent. Gegenüber 2022 planen demnach 64,1 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen, 52,6 Prozent der ambulanten Dienste und 36 von 75 Krankenhäusern nicht explizit einen Ausbau von Pflegefachpersonal mit akademischer Qualifikation in der unmittelbaren Versorgung.

### EINSCHÄTZUNGEN ZUR PERSONALGEWINNUNG UND -BINDUNG

Die Möglichkeiten und Limitierungen der Personalakquise sind von zentraler Bedeutung bezüglich der Personalplanung und der Entwicklung einer langfristigen Strategie im Personalmanagement. Dies bezieht sich sowohl auf die Gewinnung von Pflegefachpersonal als auch auf Personen mit einer Pflegehilfsausbildung. Wie zuvor dargestellt, planen hierfür die Versorgungseinrichtungen für 2023 einen erhöhten Bedarf ein. Insgesamt stellt ein Qualifikationsmix und somit die Akquise von Personal aus den Pflegehilfsberufen eine relevante Perspektive bei der Versorgungssicherung dar. Es wird demnach auf allen Ebenen der Qualifikation nach zusätzlichem Personal gesucht.

Die Bewerbungslage in 2022 wird von den teilnehmenden Versorgungseinrichtungen für den Bereich „Pflege“ überwiegend kritisch bewertet. Dabei konnten wie bereits verdeutlicht 81,8 Prozent der Einrichtungen offene Stellen nicht zeitnah ersetzen; über die Hälfte (52,2 Prozent) der Einrichtungen bewertete die zeitnahe Besetzung von offenen Stellen sogar mit „trifft gar nicht zu“. Die zentrale Problematik besteht dabei in der geringen Anzahl der Bewerbungen. Gerade einmal 2,7 Prozent der Einrichtungen erhielten in 2022 so viele Bewerbungen auf freie Stellen in der Pflege, dass es ihnen eine Personalauswahl erlaubte.

Da sich auf dem Arbeitslosenmarkt keine hinreichenden Ressourcen befinden, stehen den Einrichtungen bzw. dem Personalmanagement hauptsächlich folgende Strategien für die Personalsicherung und -gewinnung zur Verfügung: Maßnahmen zur Bindung des vorhandenen Pflegepersonals; interne Qualifikation von Pflegefach- und -hilfspersonal; An- und Abwerbung der Absolventen und Absolventinnen; Rekrutierung aus anderen Einrichtungen oder Versorgungssektoren; Rückgewinnung von Berufsrückkehrern und Berufsrückkehrerinnen; Personalakquise von Pflegenden aus dem Ausland (z.B. Drittstaaten).

### **Personalgewinnung und intra- und intersektorielle Bewegungen**

Für die nachfolgende Analyse wurden die Versorgungseinrichtungen zur Personalgewinnung für das Jahr 2022 befragt. Konkret ging es um die Fragestellung, woher das neu eingestellte Pflegefachpersonal überwiegend stammte. Hierfür wurden spezifische Versorgungssektoren, die Übernahme von Auszubildenden der Pflegefachausbildung und die „stille Reserve“ (Berufsrückkehrer/Berufsrückkehrerinnen) zur Mehrfachauswahl gestellt. Bei den folgenden Ergebnissen handelt es sich allerdings nicht um Kennzahlen in Form von Vollzeitäquivalenten oder einer konkreten Personenanzahl (quantifizierte Wanderungsbewegungen), sondern um Prozentangaben, die sich auf das Antwortverhalten der befragten Einrichtungen beziehen. In jeder Teilbefragung wurde erfasst, wie viele der jeweiligen Versorgungseinrichtungen angaben, aus den genannten Bereichen Pflegefachpersonal gewonnen zu haben. Die erhobenen Daten wurden anschließend als prozentuale Anteile der Nennungen in einer Matrix zusammengeführt.

In dem nachfolgenden Sankey-Diagramm wird die Wechselbeziehung bzw. Fluktuation dargestellt, um Personalströmungen intra- und intersektoriell zu erfassen und zu diskutieren<sup>72</sup>. Erhoben wurde aus der Perspektive der Einrichtungen, aus welchen Sektoren und Betriebsstätten sie im vergangenen Jahr Personal eingestellt haben. Dazu wurden Mehrfachnennungen ermöglicht und die prozentualen Nennungen der jeweiligen Sektoren und Bewegungen ermittelt. Bei der Personalgewinnung aus der Pflegefachausbildung sowie bei den Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen kann ausschließlich ein einseitiger Personalstrom in Richtung des jeweiligen Versorgungssektors ausgewiesen werden.

Das Diagramm kann folgendermaßen interpretiert werden: bei der Betrachtung jedes einzelnen Versorgungssektors gibt es jeweils zwei Strömungen, die in einen anderen Versorgungsbereich münden (z.B. von den ambulanten Pflegediensten zu den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen oder von den ambulanten Pflegediensten zu den Krankenhäusern/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen). Dies tritt ein, wenn Einrichtungen anderer Sektoren Personal, das vorher in der ambulanten Pflege gearbeitet hat, anwerben konnten, und verdeutlicht einen intersektoriellen Wechsel der Pflegenden. Ein dritter Strom gibt an, wie sich Pflegepersonal intrasektoriell bewegt (von den ambulanten Pflegediensten zu anderen ambulanten Pflegediensten). Bei den Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen sowie bei der Übernahme der Auszubildenden aus der Pflegefachausbildung führen die Strömungen zu den einzelnen Versorgungssektoren (ambulante Pflegedienste, teil-/ vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern/Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen). Damit wird verdeutlicht,

<sup>72</sup> Im Rahmen der Befragung fand eine differenzierte Abfrage gemäß den unterschiedlichen Krankenhausarten „allgemeine Krankenhäuser“, „sonstige Krankenhäuser“ und „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ statt. Aufgrund der Stichprobengröße war jedoch keine derart kleinteilige Subgruppenanalyse möglich, da es deutliche prozentuale Verzerrungseffekte zur Folge gehabt hätte. Daher wurden die differenzierten Ergebnisse je Krankenhausart in den einzelnen Teilbefragungen zusammengefasst analysiert und befragungsübergreifend gegenübergestellt.

in welchem Umfang Einrichtungen aus diesen Bereichen eine Personalgewinnung für ihren Betrieb realisieren konnten.

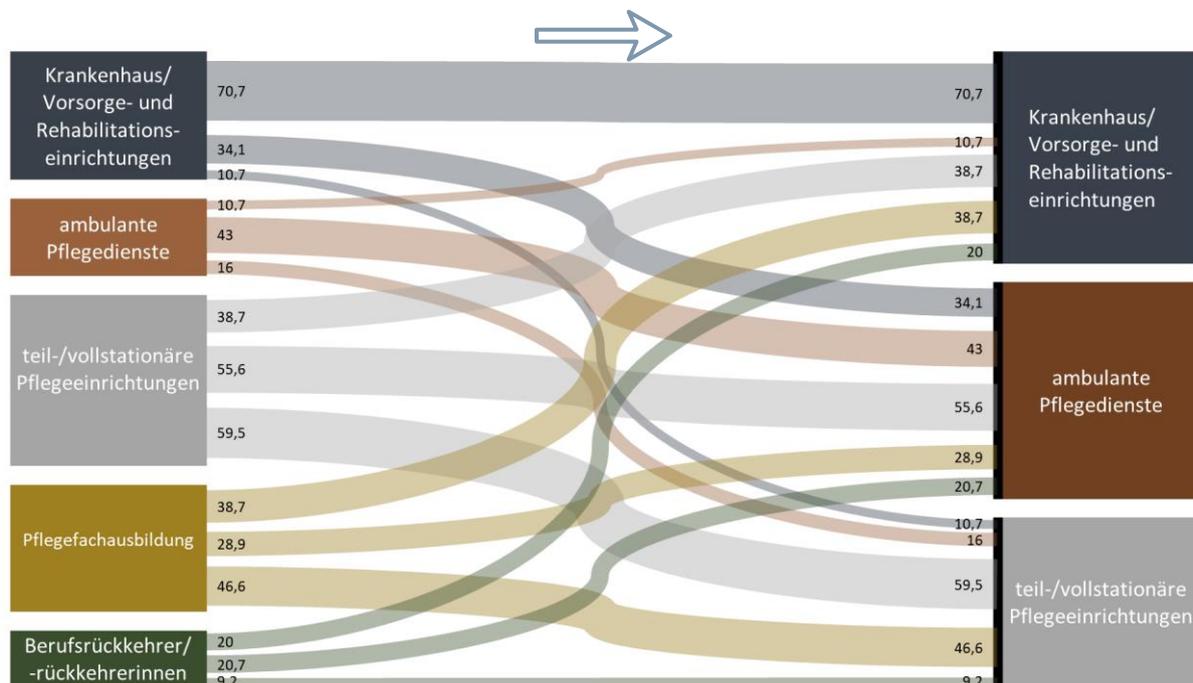


Abb. 65: Personalströme nach Sektoren

Bei der Betrachtung des Krankenhausesektors, einschließlich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, lassen sich insgesamt vor allem intrasektorielle Bewegungen (70,7 Prozent) feststellen. Die geringste intersektorielle Bewegung erfolgt aus dem Krankenhausesektor in Richtung der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen (10,7 Prozent). Im Gegenstrom gelingt es den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, von einem Wechsel des Pflegepersonals aus den teil-/vollstationären Einrichtungen deutlicher zu profitieren (38,7 Prozent). Die größte Fluktuation aus dem Krankenhausbereich (34,1 Prozent) heraus verläuft in Richtung der ambulanten Pflegedienste. Im Verhältnis dazu deutlich geringer ausgeprägt ist für die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die Gewinnung von Pflegepersonal aus den ambulanten Pflegediensten (10,7 Prozent). Die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen profitieren in hohem Maße von der Übernahme der Auszubildenden aus der Pflegefachausbildung (38,7 Prozent<sup>73</sup>) und 20 Prozent der antwortenden Einrichtungen aus diesem Sektor ist auch die Gewinnung von Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen gelungen.

Auch bei den ambulanten Pflegediensten ist die intrasektorielle Bewegung am größten (43,0 Prozent). Die intersektorielle Wanderung ist bei den ambulanten Pflegediensten im Vergleich zu den anderen Versorgungssektoren am geringsten ausgeprägt, denn bei den teil-/vollstationären Einrichtungen geben nur 16 Prozent an, Pflegende aus diesem Sektor gewonnen zu haben. Die Personalgewinnung aus ambulanten Diensten war dabei auch für die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Verhältnis zu den übrigen Sektoren nur sehr gering ausgeprägt (10,7 Prozent). Ähnlich wie die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen profitieren auch die ambulanten Dienste von der Gewinnung von

<sup>73</sup> Zu beachten ist bei diesem Wert, dass auch die Nennungen von Rehabilitationseinrichtungen mit einfließen, die nicht getrennt betrachtet wurden und die keine eigene Ausbildungsstruktur vorhalten.

Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen (20,7 Prozent). Die Übernahme von Absolventinnen und Absolventen der Pflegefachausbildung ist im Verhältnis zu den anderen Sektoren am geringsten ausgeprägt. Sie erscheint zwar mit 28,9 Prozent als bedeutsam, erreicht aber nicht das Potenzial der anderen Sektoren. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsaktivitäten bei den ambulanten Diensten grundsätzlich geringer ausgeprägt sind und ein großer Teil der befragten ambulanten Dienste ausschließlich Kooperationspartner für die praktische Ausbildung (33,3 Prozent) ist und keine eigenen Ausbildungsmöglichkeiten anbietet.

Bei den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen ist der intrasektorielle Wechsel, wie in den anderen Sektoren auch, am stärksten ausgeprägt (59,5 Prozent). Es zeigt sich hier jedoch ein differenzierteres Bild. Denn fast in gleicher Ausprägung (55,6 Prozent) konnten Pflegefachpersonen der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen von ambulanten Diensten gewonnen werden. Auch die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konnten Pflegefachpersonal aus den teil-/vollstationären Einrichtungen gewinnen (38,7 Prozent). Die Gegenströme, also hin zu den teil-/vollstationären Einrichtungen, sind, wie zuvor dargestellt, weniger zu beobachten. Auch die „stille Reserve“ kann von den teil-/vollstationären Einrichtungen insgesamt nur in geringerem Umfang genutzt werden (9,2 Prozent). Dagegen zeichnet sich eine zentrale Personalgewinnung ab: die Übernahme von Auszubildenden aus der Pflegefachausbildung. Mit 46,6 Prozent gelingt es den teil-/vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu den anderen Versorgungssektoren am besten, von der Einstellung der Absolventinnen und Absolventen zu profitieren, und die eigene Ausbildung erscheint als relevanteste Quelle für die Personalgewinnung.

Dies muss vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung weiter beobachtet werden. Sollten sich im Zuge der generalistischen Ausbildung und der breiteren Aufstellung der Absolventinnen und Absolventen z.B. Personalströme zu Gunsten der Krankenhäuser ergeben, so verstärkt dies in hohem Maße den Personaldruck in den teil-/vollstationären Einrichtungen, die aus den anderen Sektoren nur in geringem Maße Personal gewinnen können. Hinweise dazu können aktuell noch nicht gegeben werden, da mit dem ersten Jahrgang auf dem Arbeitsmarkt erst im Nachgang der vorliegenden Untersuchung gerechnet werden kann.

Zusammengefasst lässt sich für alle Versorgungssektoren beobachten, dass der intrasektorielle Wechsel des Pflegefachpersonals in 2022 am deutlichsten ausgeprägt war, d.h. es kann eine Tendenz zur „Sektorentreue“ bei den Pflegenden festgestellt werden. Bei den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen kann allerdings ein stärkerer intersektorieller Wechsel zugunsten anderer Versorgungssektoren identifiziert werden. Daher nimmt auch die Pflegefachausbildung für die teil-/vollstationären Einrichtungen die bedeutendste Rolle für die Personalgewinnung ein. Bei den ambulanten Diensten ist die Sektorentreue am deutlichsten ausgeprägt. Die Befürchtung, dass ambulante Versorgungsbereiche durch einen erhöhten Personalaufwuchs im Krankenhaussektor substanziell geschwächt werden könnten, lässt sich auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen nicht bestätigen.

### **Gewinnung von Pflegefachpersonal aus Drittstaaten**

Vor dem Hintergrund eines Personalmangels in der Pflege wird die Rekrutierung ausländischer Pflegefachpersonen breit diskutiert. Wie die Auswertung der Sekundärdaten der Bundesagentur für Arbeit für die Zuwanderung aus nicht EU-Ländern (Drittstaaten) zeigt, ist in Baden-Württemberg, im Gegensatz zu anderen Bundesländern, eine hohe Aktivität der Personalgewinnung zu beobachten; im bundesweiten Vergleich ist Baden-Württemberg Spitzenreiter.

Dennoch sind die Personalkennzahlen, im Verhältnis zur Gesamtbeschäftigung von Pflegefachpersonal, gering und die Akquise von Pflegefachpersonal aus Drittstaaten spielt für eine Sicherung der Flächenversorgung noch kaum eine Rolle.

Mit der Befragung der Versorgungseinrichtungen sollte untersucht werden, welche Bedeutung dieser Themenbereich für die Einrichtungen hat, und welche Erfahrungen vorliegen. Bei den Befragungsergebnissen lässt sich feststellen, dass die Anwerbung von Pflegefachpersonen aus Drittstaaten noch kein zentraler Fokus der Einrichtungen ist. Den Angaben zufolge wird dies im Jahr 2022 nur von einem Teil der Einrichtungen realisiert und als Chance der Personalgewinnung genutzt. Nur ca. jeder fünften Einrichtung (21,7 Prozent) ist in 2022 die Akquise von Pflegefachpersonal gelungen bzw. haben diese Personal aktiv angeworben. Für mehr als die Hälfte (57,2 Prozent) trifft dies insgesamt gar nicht zu. Betrachtet man die Sektoren getrennt, so fällt auf, dass vor allem die ambulanten Dienste nur geringfügig aktiv sind, denn nur 6,6 Prozent der 135 ambulanten Dienste hat Pflegefachpersonal aus Drittstaaten erfolgreich angeworben. Bei den Krankenhäusern zeigt sich ein anderes Bild: 31 von 75 Krankenhäusern ist die Anwerbung in 2022 geglückt. In diesem Sektor spielt die Systematisierung der Personalgewinnung aus dem Ausland eine deutlich größere Rolle.

Neben der Anwerbung ist die Integration und Bindung von Pflegenden aus Drittstaaten ein zentrales Kriterium. Zahlreiche der befragten Einrichtungen (29,1 Prozent) haben ein spezifisches Integrationskonzept für Pflegefachpersonen aus Drittstaaten. Auch hier lässt sich ein sektorenspezifischer Unterschied feststellen, da lediglich 5,2 Prozent der ambulanten Dienste dem voll zustimmen. In den teil-/vollstationären Einrichtungen und Krankenhäusern liegen häufiger spezifische Integrationskonzepte vor.

Trotz vorhandener Konzepte ist nur rund jede vierte Einrichtung (23,2 Prozent) der Ansicht, dass die Integration bei ihnen problemlos erfolgt. Hier reichen die Zustimmungsraten von 12,5 Prozent (ambulante Dienste) bis zu 29 Prozent (teil-/vollstationäre Einrichtungen). Zudem schätzen nur 24 von 75 Krankenhäusern die Integration als problemlos ein.

Gelingt die Integration nicht, so resultieren als Konsequenz daraus Herausforderungen in der Bindung von ausländischem Pflegefachpersonal an die jeweilige Einrichtung. Dies wird auch in den Befragungsergebnissen deutlich, denn nur ca. jede vierte Einrichtung (24 Prozent) stimmte zu, Pflegefachpersonal aus Drittstaaten, welches sie in 2020 eingestellt hatten, nach der Berufsankennung in der Einrichtung halten zu können.

Demnach scheinen eine erfolgreiche Integration und Bindung von Pflegefachpersonal aus Drittstaaten in der Stichprobe nicht die Regel darzustellen. Vielmehr zeigt der Befund, dass neben der Anwerbung hauptsächlich die Integration und Bindung zentrale Herausforderungen darstellen. Entwicklungsbedarfe können in allen Versorgungssektoren festgestellt werden, jedoch zeichnen sich hier tendenziell vermehrt Optimierungspotenziale im Versorgungsbereich der ambulanten Dienste ab. Mit einer Förderung der Integration ist grundsätzlich ein Aufwand für die Versorgungseinrichtungen verbunden, der sich vor allem erst in einer längerfristigen Bindung an die Einrichtung rentiert. Vorwiegend für kleinere Einrichtungen wird dieser Aufwand eine große Herausforderung darstellen und mit einem größeren Risiko behaftet sein.

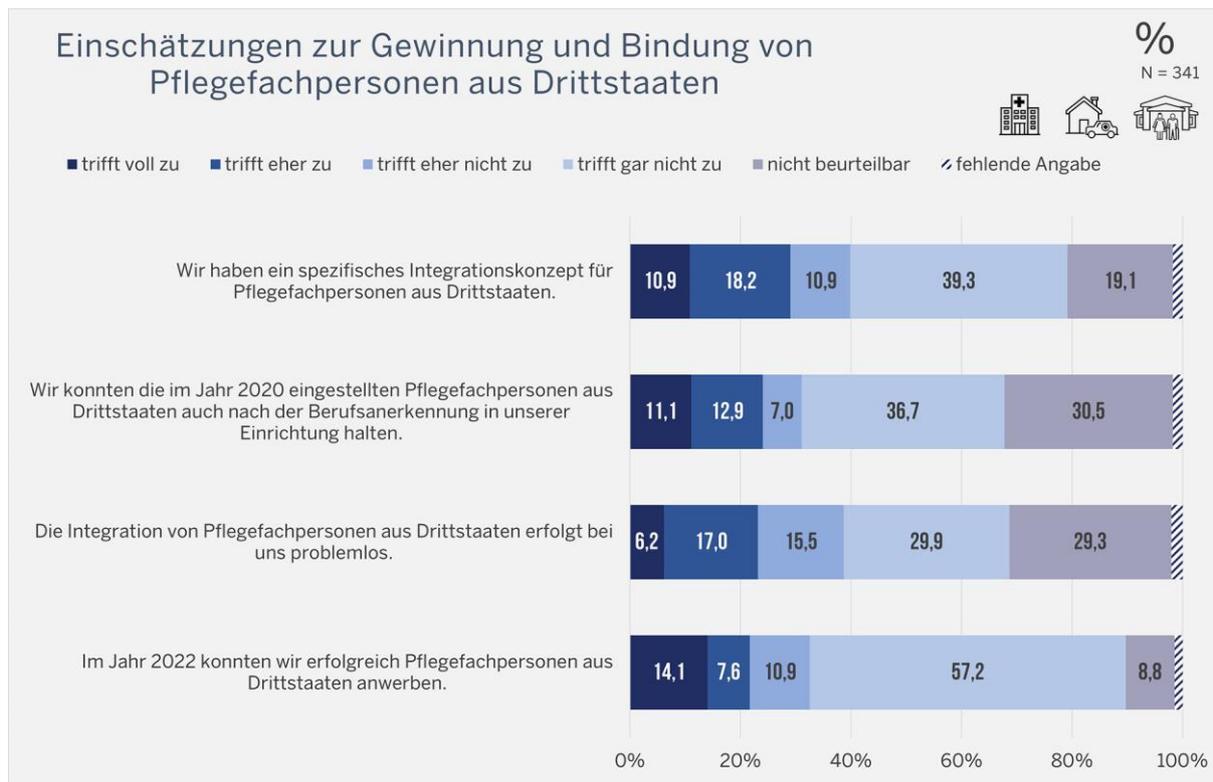


Abb. 66: Einschätzungen zur Akquisition von Pflegepersonal aus Drittstaaten

### Bindungsmaßnahmen

Die Versorgungseinrichtungen wurden gebeten, Maßnahmen zur Bindung von Pflegenden in ihrer Einrichtung zu benennen. Bei der Auswahl waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Gewährleistung und Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsangeboten wurde am häufigsten als Maßnahme genannt und fast von allen Einrichtungen (96,5 Prozent) angegeben. Dies ist nicht überraschend, weil die Einrichtungen von dem Wissenszuwachs ihrer Mitarbeitenden in den Arbeitsprozessen profitieren.

An zweiter Stelle steht die flexible Arbeitszeitgestaltung (77,1 Prozent). Darunter sind zum Beispiel Arbeitszeitkonten oder variable Schichtzeiten zu verstehen. Größere sektorenspezifische Unterschiede liegen für das Angebot flexibler Arbeitszeitgestaltung oder Unterstützungsangebote für Familien nicht vor.

Unter den Top-3-Nennungen ist zudem die betriebliche Gesundheitsförderung mit 71 Prozent angegeben worden, die aufgrund des § 20b SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen gefördert wird, jedoch für Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht verpflichtend ist. In der sektorenspezifischen Betrachtung fällt auf, dass die ambulanten Dienste die betriebliche Gesundheitsförderung nur in 60,7 Prozent der Fälle nannten. Dahingegen wurde diese Maßnahme von 61 der 75 befragten Krankenhäuser angegeben. Von den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen bieten 75,6 Prozent Unterstützungen an.

Als relevant wurden auch Zulagen außerhalb der regulären Vergütung für besondere Leistungen, z.B. einspringen oder Praxisanleitung, genannt (66,3 Prozent). Im Gegensatz dazu stellt eine generell übertarifliche Bezahlung die am geringsten (16,7 Prozent) angebotene Bindungsmaßnahme dar. Zu diesen Befunden lassen sich keine nennenswerten sektorenspezifischen Unterschiede feststellen.

An fünfter Stelle stehen Beratungs- oder Hilfsangebote bei psychischen Erkrankungen (51,9 Prozent). Alle weiteren Maßnahmen wurden von weniger als der Hälfte der Versorgungseinrichtungen genannt. Diese Maßnahmen bzw. Konzepte haben noch keine flächendeckende Verbreitung gefunden, bieten jedoch dadurch auch ein Potenzial, sich von anderen Einrichtungen abzuheben und in Folge Mitarbeitende für den Pflegebereich eher anzuwerben oder aufgrund attraktiver Angebote vorhandenes Potenzial tendenziell in der eigenen Einrichtung zu halten.



Abb. 67: Maßnahmen zur Personalsicherung

## EINSCHÄTZUNGEN ZUR REGIONALEN VERSORGUNGSSICHERUNG

Im Rahmen der Befragung wurden Einschätzungen zur Versorgungssicherung in der eigenen Region erhoben. Die Versorgungseinrichtungen wurden gebeten einzuschätzen, wie sie die regional vorhandenen Kapazitäten in den unterschiedlichen Sektoren bewerten. Hintergrund der Bewertung ist die Annahme, dass die Akteure vor Ort Expertinnen und Experten sind und einen Überblick über die regionalen Versorgungsstrukturen haben.

Die Einschätzung erfolgte auf einer vierstufigen Likert-Skala und alternativ konnte die Antwortkategorie „nicht beurteilbar“ ausgewählt werden<sup>74</sup>. In der Auswertung entsprechen niedrigere Werte einer tendenziell bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung und höhere Werte weisen auf kritische Einschätzung und eine fehlende bedarfsgerechte Versorgungssicherung hin. Die Angaben der teilnehmenden Einrichtungen werden zusammengefasst in den nachfolgenden Grafiken dargestellt.

<sup>74</sup> Für die Berechnung der Mittelwerte wurden diejenigen Einrichtungen herausgefiltert, die „nicht beurteilbar“ ausgewählt hatten. Die Skala geht somit von den Polen 1 („sichergestellt“) bis 4 („nicht sichergestellt“). Die Anzahl der berücksichtigten Angaben wird in den Grafiken ausgewiesen.

## Regionale Kapazitäten in den Versorgungssektoren und besonderen Wohnformen

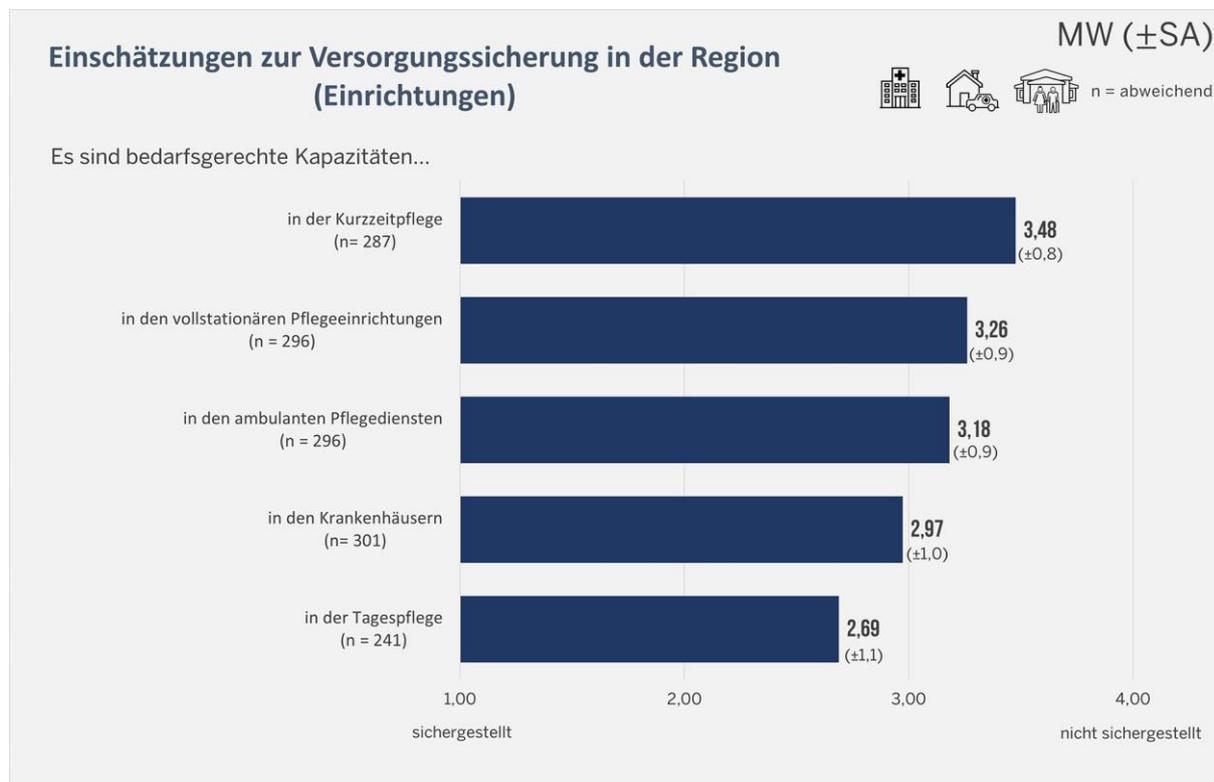


Abb. 68: Einschätzungen zur regionalen Versorgungssicherheit

Bei der standardisierten Befragung dominiert die Beobachtung, dass eine unzulängliche Versorgungsabsicherung vorliegt. Für alle Versorgungssektoren liegen die Angaben oberhalb des neutralen Punktes (2,5) und demnach im negativen Bewertungsbereich. Vor allem wird von den Einrichtungen eingeschätzt, dass für die Kurzzeitpflege (MW = 3,48) die bedarfsgerechten Kapazitäten überwiegend nicht sichergestellt sind. Auch in den Versorgungsbereichen der vollstationären Einrichtungen (MW = 3,26), den ambulanten Pflegediensten (MW = 3,18) und im Krankenhausbereich (MW=2,97) wird tendenziell eine unzureichende regionale Versorgungssicherstellung festgestellt. Hingegen werden die regionalen Kapazitäten in der Tagespflege nur leicht negativ (MW = 2,69) bewertet und weisen somit auf eine mittlere Abdeckung hin. Bei der sektorenspezifischen Analyse lassen sich keine relevanten Unterschiede zur Gesamtbewertung feststellen, wenngleich die Rangfolge je Teilbefragung geringfügig variiert.

Neben diesen Einschätzungen wurden die Einrichtungen auch zu den regionalen Kapazitäten besonderer Wohnformen befragt. Dabei wurde um eine Einschätzung zu den Kapazitäten und Bedarfen bei Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege- oder Betreuungsbedarf sowie für Mehrgenerationenhäuser gebeten, wie sie z.B. im Rahmen von Quartiersentwicklungskonzepten vorgeschlagen werden. Für diesen sehr spezifischen Bereich wird eine ähnlich unzureichende Abdeckung bedarfsgerechter Kapazitäten eingeschätzt<sup>75</sup>. Auch hier wird auf Handlungsbedarfe hingewiesen, um strukturelle Bedingungen einer Versorgung zu verbessern.

<sup>75</sup> Mehrgenerationenhäuser (MW = 3,4); Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege- oder Betreuungsbedarf (MW = 3,31)

## Einschätzungen zur regionalen personellen Abdeckung

Die Einschätzungen zu den regionalen Kapazitäten deuten darauf hin, dass diese durchweg als nicht bedarfsgerecht empfunden werden und einen Ausbau erfordern. Daneben spielt jedoch auch die personelle Abdeckung mit Pflegenden eine zentrale Rolle.

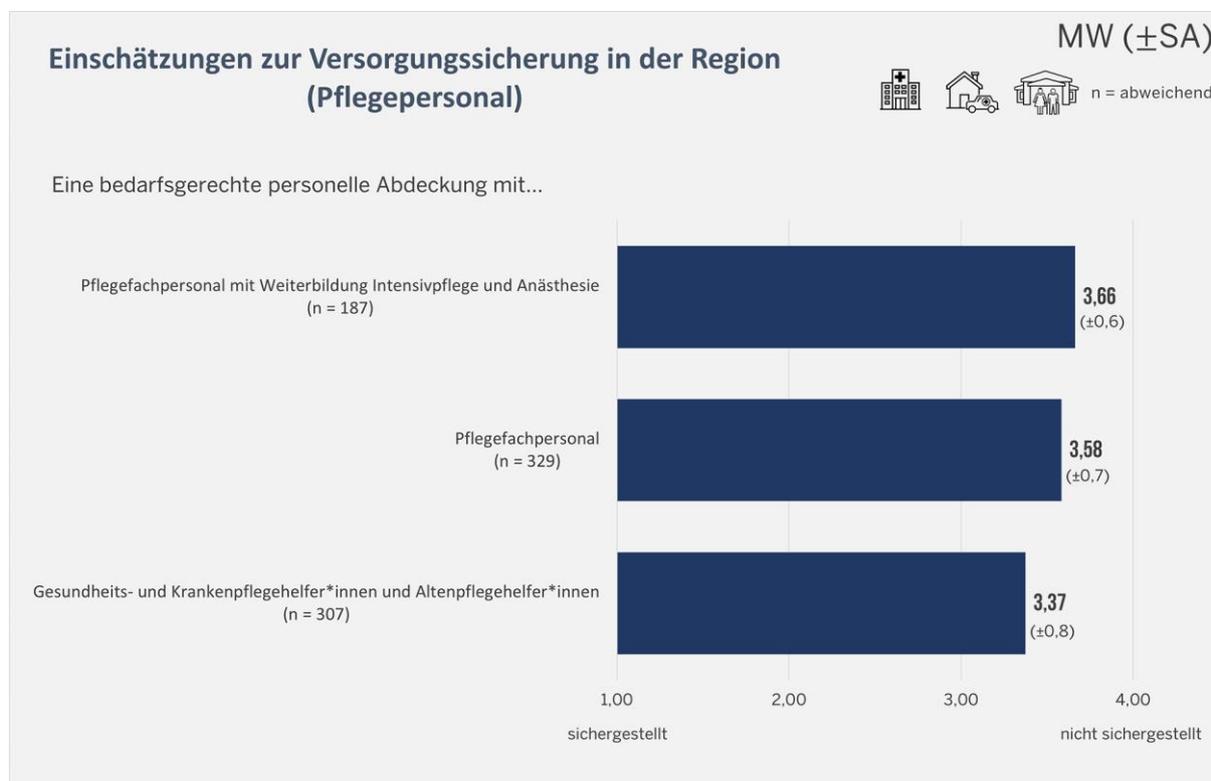


Abb. 69: Einschätzungen zur personellen Versorgungssicherung in der Region

Bei der Frage nach einer bedarfsgerechten regionalen Abdeckung mit Pflegefachpersonal und Pflegehilfpersonal lässt sich ein noch deutlicherer Handlungsbedarf feststellen, denn die Mittelwerte befinden sich im deutlich negativen Bereich, was auf eine unzureichende Sicherstellung hindeutet. Insgesamt sticht bei der Betrachtung der Qualifikationsniveaus der Bedarf an Pflegefachpersonen, explizit auch mit einer hohen Fachexpertise, heraus. So beobachten die Einrichtungen, dass eine bedarfsgerechte regionale Abdeckung mit Fachpflegenden der Intensivpflege und Anästhesie nicht sichergestellt ist (MW = 3,66). Der Bedarf an Pflegefachpersonal ist ebenfalls, mit einem Mittelwert von 3,58, als nicht sichergestellt einzuordnen. Nachfolgend wird auch für die Helferberufe eine fehlende bedarfsgerechte Sicherstellung innerhalb der Region beobachtet (MW = 3,37).

## Regionale Personalgewinnung und Personalstruktur

Bei der regionalen Versorgungssicherung ist der durchschnittlich aufgewendete Anfahrtsweg und der mögliche Rekrutierungsraum ein wichtiger und zu berücksichtigender Aspekt. Daher wurde in der Befragung erhoben, aus welchem Umkreis die meisten der in der Pflege tätigen Personen stammen und wie weit die Einrichtungen den eigenen regionalen Raum einschätzen, aus dem sie Personal für die Arbeit in ihrer Einrichtung gewinnen können.

Das größte Einzugsgebiet verzeichnen in der Befragung die Krankenhäuser. Im Mittel geben diese einen durchschnittlichen Anfahrtsweg von 18 Kilometern für ihre Mitarbeitenden in der Pflege an. Der häufigste genannte Wert liegt hier bei 20 Kilometern. Die Einschätzungen der

ambulanten Dienste und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen fallen niedriger aus. So geben die ambulanten Dienste einen mittleren Anfahrtsweg vom Wohnort zum Stützpunkt von 11,6 Kilometern an. Der eingeschätzte durchschnittliche Anfahrtsweg zu den teil-/vollstationären Einrichtungen liegt mit 12,5 Kilometern nur knapp darüber. In beiden Versorgungssektoren wird die Angabe 10 Kilometer am häufigsten genannt. Neben der Distanz spielt auch der Zeitaufwand eine relevante Rolle. Von allen Einrichtungen beträgt der eingeschätzte maximale Anfahrtsweg, der als tolerable/zumutbare Grenze gilt, 45 Minuten. Die ambulanten Dienste verzeichnen im Durchschnitt den geringsten Zeitaufwand für den Anfahrtsweg zum Stützpunkt (MW = 16,3). Auch zeitlich betrachtet wird der höchste Durchschnittswert im Krankenhausbereich beobachtet (MW = 24,7).

Im Rahmen der regionalen Versorgungssicherung ist bei der Personalsuche der mögliche Regionalraum der Gewinnung ein wichtiger Faktor. Die Einrichtungen sollten hierzu angeben, welchen Anfahrtsweg Pflegepersonal im Durchschnitt akzeptieren würde, um in der Einrichtung zu arbeiten. Im Mittel werden nur rund 23 Kilometer angegeben. Abweichend davon schätzen die Antwortenden aus dem Krankenhausbereich weiter ein. Hier liegt der maximal tolerierte Regionalraum im Mittel bei 34,5 Kilometern. Nach Einschätzung aller Einrichtungen umfasst die maximale Anfahrtszeit, die Mitarbeitende für eine Arbeitsaufnahme in der Einrichtung oder beim ambulanten Dienst tolerieren würden, ca. 28 bis 38 Minuten.

Diese vorliegenden Befragungsergebnisse korrespondieren auch mit den Ergebnissen der umfassenden Pendlerinnen- und Pendleranalyse. Insgesamt können die Pflegenden in Baden-Württemberg in hohem Maße als „ortstreu“ bezeichnet werden. Dies stellt nicht nur eine erhebliche Limitierung für die Personalsuche dar, sondern verdeutlicht gleichermaßen die Notwendigkeit einer möglichst flächendeckenden Ausbildungsstruktur und Anbindung an Pflegebildungseinrichtungen. Der Befund untermauert die grundsätzliche Einschätzung, dass Pflegearbeit als kleinräumig und regional strukturiert zu bewerten ist.

ANFAHRTSWEG UND REKRUTIERUNGSRaum						
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
durchschnittlicher Anfahrtsweg (Kilometer)	3	35	3	30	4	35
	MW (SA)		MW (SA)		MW (SA)	
	11,6 (±6,5)		12,5 (±5,9)		18,0 (±6,7)	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
durchschnittlicher Anfahrtsweg (Minuten)	5	45	5	45	10	45
	MW (SA)		MW (SA)		MW (SA)	
	16,3 (±7,3)		20,6 (±8,3)		24,7 (±7,9)	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
maximaler Rekrutierungsraum (Kilometer)	5	60	5	70	10	150
	MW (SA)		MW (SA)		MW (SA)	
	23,0 (±9,9)		23,6 (±9,8)		34,5 (±18,2)	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
maximaler Rekrutierungsraum (Minuten)	10	60	10	90	15	60
	MW (SA)		MW (SA)		MW (SA)	
	27,8 (±10,1)		33,0 (±12,5)		37,9 (±10,9)	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.

Angaben: Min = Minimum; Max. = Maximum; MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung.

Tab. 24: Durchschnittlicher Anfahrtsweg der Pflegenden und Rekrutierungsraum

### Einschätzung zur regionalen Kapazität der Pflegeausbildung

Aufgrund des hohen Bedarfs an Pflegepersonal und des limitierten Einzugsgebiets kommt der Pflegeausbildung innerhalb der Region eine besondere Bedeutung zu. Daneben verdeutlicht die Darstellung der Personalströme, dass die Pflegeausbildung die zentrale Strategie der Personalsicherung darstellt und dass durch alleinig intra- oder intersektorielle Fluktuationsbewegungen Personallücken entstehen. Vor allem im ländlichen Bereich kann dies eine unzureichende Versorgungssicherung zur Folge haben.

Daher sollten die Versorgungs- und Bildungseinrichtungen den Umfang der Pflegeausbildung in ihrer Region einschätzen. Darunter lassen sich sowohl die Ausbildungskapazitäten der örtlichen Pflegebildungseinrichtungen, die Ausbildungsbereitschaft der Praxiseinrichtungen als auch die Nachfrage der Absolventen und Absolventinnen aus allgemeinbildenden Schulen nach Ausbildungsplätzen in der Region zusammenfassen. Die Einschätzungen wurden auf einer vierstufigen Skala mit den Polen „bedarfsgerecht vorhanden“ und „nicht bedarfsgerecht vorhanden“ vorgenommen. Die Einrichtungen konnten alternativ die Antwortkategorie „nicht beurteilbar“ angeben.

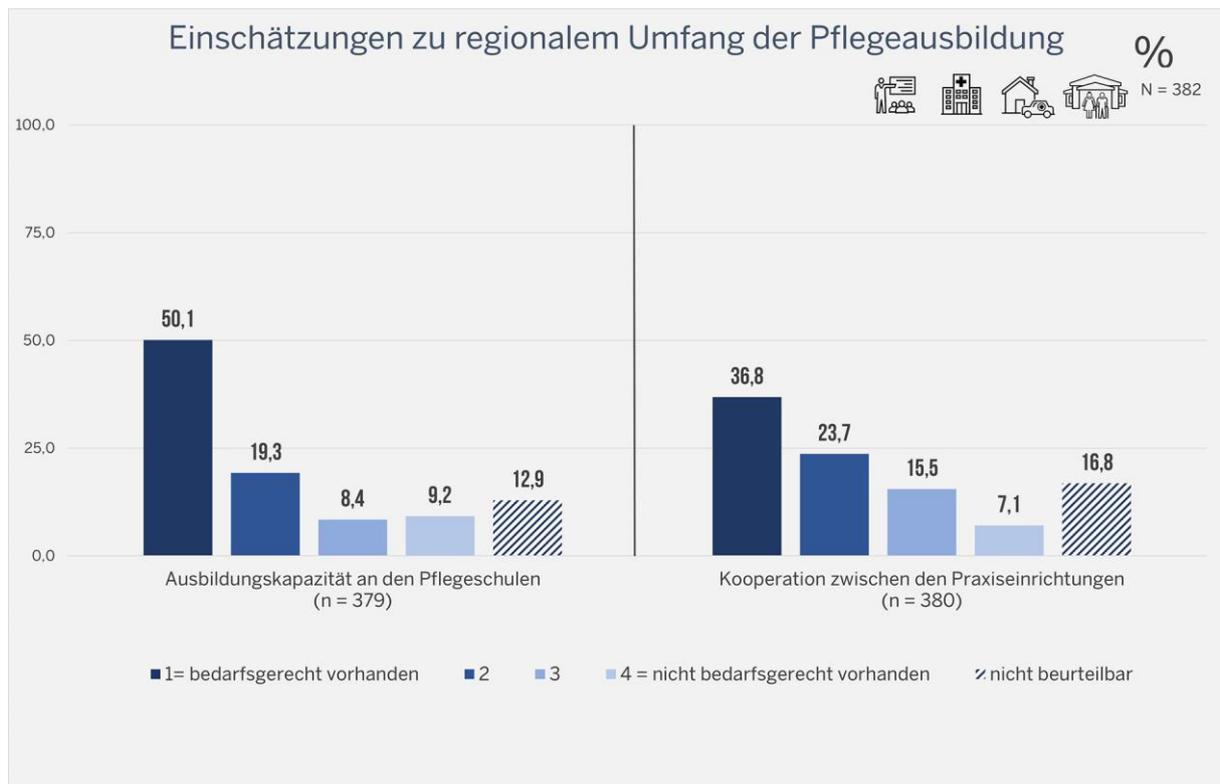


Abb. 70: Einschätzungen zur strukturellen Ausbildungssicherung in der Region

In der standardisierten Befragung der Versorgungs- und Bildungseinrichtungen beurteilen insgesamt nur 69,4 Prozent der Einrichtungen die Ausbildungskapazität in der Region als bedarfsgerecht. Lediglich jede zweite Einrichtung (50,1 Prozent) schätzt die regionalen Kapazitäten an den Pflegeschulen als absolut bedarfsgerecht ein. Fast jede fünfte Einrichtung (17,6 Prozent) bewertet diese als eher oder gar nicht bedarfsgerecht. 12,9 Prozent der Einrichtungen konnten hierzu keine Einschätzung vornehmen. Bei der Betrachtung der sektorenspezifischen Einschätzungen, also den Ergebnissen der Teilbefragungen, fallen keine nennenswerten Unterschiede auf.

Neben den bedarfsgerechten Ausbildungskapazitäten sind zur Gewährleistung eines ausreichenden Ausbildungsvolumens innerhalb der Region auch Kooperationen zwischen den Praxiseinrichtungen essenziell, um beispielsweise die geforderten Einsatzstellen nach dem Pflegeberufegesetz realisieren zu können. Hierzu fallen die Befragungsergebnisse noch geringer in der Zustimmung einer bedarfsgerechten Sicherstellung aus.

Insgesamt schätzen lediglich 60,5 Prozent der Einrichtungen ein, dass eine hinreichende Kooperationsmöglichkeit zwischen den Praxiseinrichtungen in der Region vorhanden ist. Ungefähr jede fünfte Einrichtung (22,6 Prozent) sieht die Kooperation der Praxiseinrichtungen als eher oder gar nicht bedarfsgerecht an. 16,8 Prozent der Einrichtungen war hierzu keine Beurteilung möglich. Bei der sektorenspezifischen Analyse fällt auf, dass die teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen die Kooperation tendenziell leicht positiver einschätzen (68,7 Prozent Zustimmung). Wohingegen die Krankenhäuser die Kooperation als weniger bedarfsgerecht empfinden; 32 von 75 Krankenhäusern bewerteten die Kooperation in der Region als negativ.

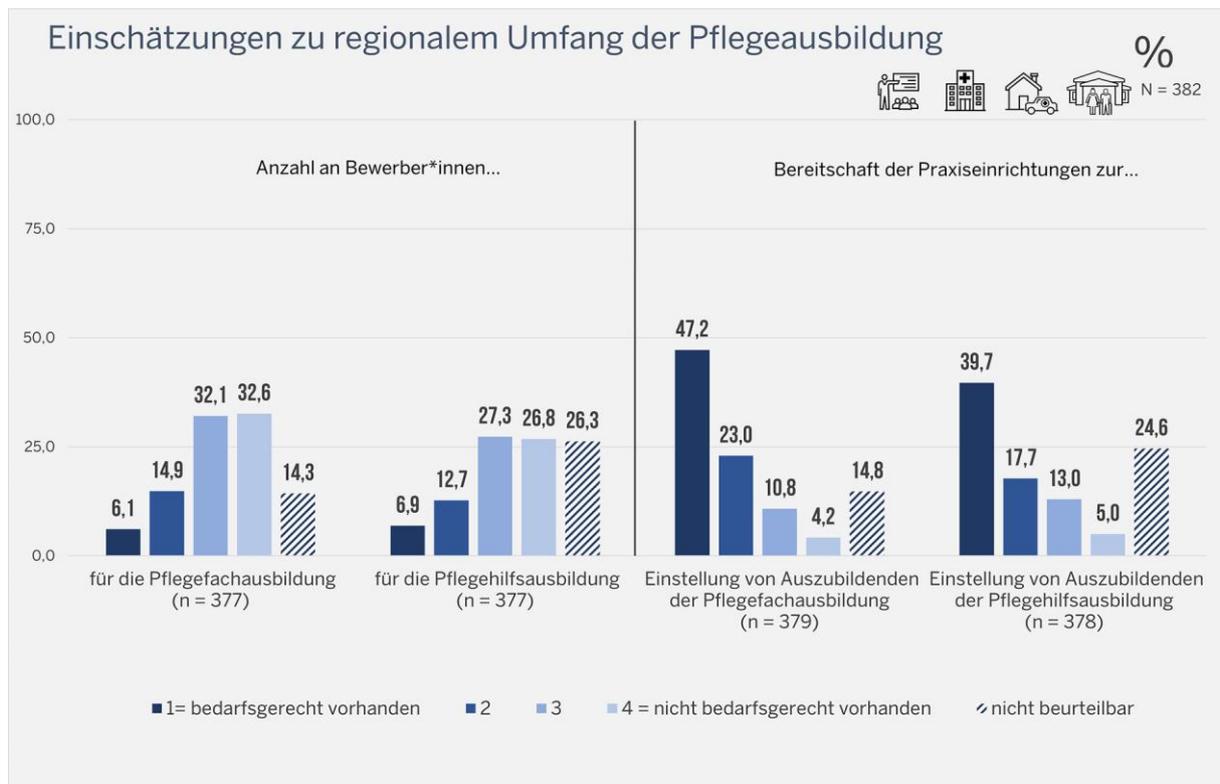


Abb. 71: Angebot und Nachfrage bei regionalen Ausbildungsangeboten

Die Problematik der Qualifizierung zeigt sich jedoch vorwiegend in den Bewerberpotenzialen. Nur 21 Prozent der 382 befragten Einrichtungen geht von einer bedarfsgerechten Bewerberlage aus. Fast zwei von drei Einrichtungen (64,7 Prozent) gehen von einer eher bzw. gar nicht bedarfsgerechten Bewerbernachfrage aus. Dabei werden kaum nennenswerte Unterschiede zwischen den Bewerberpotenzialen der Fachausbildung und der Helferinnen- und Helferausbildung deutlich. Denn auch für die Pflegehilfsausbildung schätzen lediglich 19,6 Prozent der Einrichtungen ein, dass ein ausreichendes Potenzial bezüglich der Bewerberlage vorliegt. Ob die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber in der Region bedarfsgerecht ist, konnten für die Pflegefachausbildung 14,3 Prozent der Einrichtungen nicht beurteilen und für die Pflegehilfsausbildung sogar jede Vierte (26,3 Prozent) nicht. Bei der sektorenspezifischen Betrachtung zeigt sich bei der Einschätzung der Nachfragesituation ein ähnliches Bild.

Dies scheint hingegen nicht primär an der Bereitschaft für Ausbildungsangebote seitens der Betriebe zu liegen. Bezogen auf die Ausbildungsbereitschaft der Praxiseinrichtungen in der Region gaben 70,2 Prozent der befragten Einrichtungen an, dass die Ausbildungsplätze für eine Pflegefachausbildung bedarfsgerecht angeboten werden. Auch für die Pflegehilfsausbildung geht mehr als die Hälfte (57,4 Prozent) von einer bedarfsgerechten Bereitschaft der Praxiseinrichtungen aus. Für die Pflegefachausbildung haben 14,8 Prozent der Einrichtungen keine Beurteilung vorgenommen und bezogen auf die Pflegehilfsausbildung hat jede vierte Einrichtung (24,6 Prozent) keine Bewertung abgegeben. Insgesamt scheint eine hohe Bereitschaft der Praxiseinrichtungen vorzuliegen, die auf eine Qualifizierung von Bewerberinnen und Bewerbern der Pflegefach- sowie Pflegehilfsausbildung zur Absicherung der Einrichtungsbedarfe abzielt. In der sektorenspezifischen Betrachtung schätzen die teil-/vollstationären Einrichtungen die Bereitschaft tendenziell positiver ein (79,4 Prozent Zustimmung) als die ambulanten Dienste (60 Prozent Zustimmung) oder Krankenhäuser (46 von 75 Einrichtungen zustimmend).

## ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

AUSBILDUNGSSTATUS			
	n = 135	n = 127	n = 74
Träger der praktischen und theoretischen Ausbildung	11 (8,1)	7 (5,5)	21
ausschließlich Träger der praktischen Ausbildung	61 (45,2)	95 (74,8)	13
ausschließlich Kooperationspartner für die praktische Ausbildung	45 (33,3)	14 (11,0)	19
keine Ausbildungsaktivitäten in der Einrichtung/ Dienst	18 (13,3)	11 (8,7)	21

Angabe in n (%). Bei Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausschließlich absolute Angaben. Gültige Angaben ausgewiesen.

Tab. 25: Ausbildungsstatus der Einrichtungen nach Pflegeberufegesetz

Die meisten der befragten Versorgungseinrichtungen sind in die Pflegeausbildung involviert, indem diese Träger der praktischen Ausbildung, Träger der praktischen und theoretischen Ausbildung oder ausschließlich Kooperationspartner sind. Keine Ausbildungsaktivitäten finden in den wenigsten Einrichtungen statt. Auffällig ist, dass 21 von 75 befragten Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen keine Beteiligung an der Pflegeausbildung vorweisen. Dies kommt durch die hohe Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen an der Teilbefragung zustande.

Korrespondierend zu den Ergebnissen der regionalen Angebots- und Nachfragesituation, verdeutlichen auch die einrichtungsbezogenen Angaben zur Realisierung der angestrebten Anzahl an Ausbildungsplätzen eine mangelnde Bewerberlage. So wurden die Einrichtungen, die gemäß Pflegeberufegesetz den Ausbildungsstatus „Träger der praktischen und theoretischen Ausbildung“ und „Träger der praktischen Ausbildung“ haben, befragt, ob diese in 2022 die angestrebte Anzahl an besetzten Ausbildungsplätzen erreichen konnten. Nur 37 von 72 ambulanten Diensten, 42 von 102 teil-/vollstationären Einrichtungen und 19 von 34 Krankenhäusern konnte in 2022 die geplante Anzahl an Ausbildungsplätzen besetzen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass geplante Ausbildungskapazitäten nicht vollumfänglich genutzt werden konnten.

Teils sind für das Jahr 2023 Veränderungen zur Anzahl an Ausbildungsplätzen für die Pflegefach- und Pflegehilfsausbildung vorgesehen. Von den 72 ambulanten Diensten wollen 27 die Ausbildungskapazität für die Pflegefachausbildung und 20 für die Pflegehilfsausbildung verändern. Bei den 102 teil-/vollstationären Einrichtung planen dies 35 Einrichtungen für die Pflegefachausbildung und 34 für die Pflegehilfsausbildung. Seitens der 34 Krankenhäuser ist von 15 Einrichtungen eine Veränderung der Ausbildungskapazitäten für die Pflegefachausbildung und nur von 7 für die Pflegehilfsausbildung anvisiert. Ist jeweils eine Veränderung geplant, so

wollen die Einrichtungen fast ausschließlich die Anzahl an Ausbildungsplätzen für die Pflegefach- und Pflegehilfsausbildung erhöhen. In der sektorenübergreifenden Betrachtung wird deutlich, dass nur ein geringfügiger Anteil der Versorgungseinrichtungen plant, das Ausbildungsplatzangebot für das Jahr 2023 zu reduzieren. Eine Ausweitung des Ausbildungsplatzangebotes für die Pflegefachausbildung wurde hingegen von 67 der 77 Einrichtungen angegeben. Für die Pflegehilfsausbildung wollen von den 61 Einrichtungen insgesamt 54 die Anzahl an Ausbildungsplätzen ausweiten.

Dem gegenüber steht der hohe Bedarf an Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, wie sie durch die gesetzliche Praxisbetreuung für Auszubildende gemäß Pflegeberufegesetz gefordert werden. Nur 15,1 Prozent von insgesamt 304 einschätzenden Versorgungseinrichtungen hat den Bedarf an Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern gedeckt oder benötigt keine, da bei ihnen keine Ausbildung stattfindet. Ist ein Bedarf vorhanden, so liegt dieser im mittleren Dringlichkeitsbereich zwischen 2,5 und 2,7. Da dies eine zentrale Herausforderung für die Versorgungseinrichtungen darstellen kann, wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie die Ausbildungskapazitäten aus Gründen einer fehlenden Sicherstellung der geforderten Praxisanleitung nicht erhöhen wollen bzw. können.

Sektorenübergreifend würde jede dritte Versorgungseinrichtung (32,8 Prozent) die Ausbildungskapazität für die Pflegeausbildung erhöhen wollen, jedoch verfügen sie nicht über genügend Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, um die gesetzlich geforderte Praxisbetreuung erfüllen zu können. Für nur 57 Prozent ist dies nicht oder eher nicht zutreffend. Sektorenspezifische Unterschiede lassen sich dabei in der Subgruppenanalyse nicht beobachten, d.h. in allen Versorgungsbereichen besteht eine Limitierung durch fehlendes Personal für die Praxisanleitung.

Die Einschätzungen zur Pflegeausbildung machen deutlich, dass sowohl die Kapazitäten an den Pflegebildungseinrichtungen als auch die Kooperationsmöglichkeiten der Praxiseinrichtungen noch weiter regional gefördert werden müssen. Die Ausbildungsbereitschaft der Praxiseinrichtungen ist als positiv zu bewerten, wie auch die Bestrebungen, die Ausbildungsplatzkapazitäten in den Einrichtungen erhöhen zu wollen. Das Nadelöhr und die größte Herausforderung liegt allerdings in der mangelnden Bewerberlage, denn bei der Betrachtung der regionalen Angebots- und Nachfragesituation fällt eine deutliche Diskrepanz auf. Eine relative Mehrheit der Versorgungseinrichtungen weist mit ihren Angaben darauf hin, dass die Anzahl der Ausbildungsbewerberinnen und -bewerber unzureichend ist und eine Bedarfssicherung unter den aktuellen, regionalen Bedingungen als nicht gesichert verstanden werden kann. Das Problem eines quantitativ mangelnden Ausbildungsumfanges von Pflegefach- und Pflegehilfspersonen in der Region wird weniger auf struktureller Ebene, also in der eigenen Ausbildungsbereitschaft der Praxiseinrichtungen oder den Kapazitäten der Pflegebildungseinrichtungen, gesehen als in der zu geringen Anzahl an Ausbildungsinteressenten und -interessentinnen der allgemeinbildenden Schulen.

## Ergebnisse der Befragung der Bildungseinrichtungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der standardisierten Online-Befragung der Bildungseinrichtungen dargestellt. Insgesamt haben 41 Bildungseinrichtungen, an denen eine Pflegeausbildung absolviert werden kann, an der Befragung teilgenommen. Aufgrund der Stichprobengröße werden die Ergebnisse als absolute Zahlen dargestellt, um Verzerrungen durch prozentuale Werte in der kleinen Stichprobe zu vermeiden. Auch in den zugehörigen Grafiken werden ausschließlich absolute Angaben dargestellt.

Die befragten Bildungseinrichtungen befinden sich überwiegend in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (n=20) und nachrangig in privater Trägerschaft (n=13). Die restlichen Einrichtungen lassen sich einer freigemeinnützigen Trägerschaft zuordnen.

Damit einhergehend lassen sich auch die Schularten der teilnehmenden Bildungseinrichtungen beschreiben. So sind die Berufsfachschulen in staatlicher Trägerschaft (n=19) am stärksten in der Stichprobe vertreten. 10 Bildungseinrichtungen sind Pflegeschulen in Trägerschaft eines Krankenhauses und 8 Pflegeschulen in Trägerschaft anderer Organisationen. In Trägerschaft eines Wohlfahrtsvereins befinden sich nur 4 Pflegeschulen.

Bezogen auf die örtliche Lage der Bildungseinrichtungen haben vorwiegend Bildungseinrichtungen teilgenommen, die sich dem Stadttyp „Mittelstadt“ zuordnen lassen (n=16). Auch Bildungseinrichtungen aus Großstädten (n=12) und Kleinstädten (n=10) haben an der Befragung teilgenommen. In der Stichprobe sind hingegen Bildungseinrichtungen, die sich einer Landgemeinde zuordnen lassen, kaum vertreten<sup>76</sup>.

### BILDUNGSANGEBOTE DER EINRICHTUNGEN

Die teilnehmenden Bildungseinrichtungen wurden dazu befragt, welche Berufsabschlüsse auslaufend und aktuell bei ihnen angeboten werden. Alle befragten Bildungseinrichtungen bieten den generalistischen Ausbildungsabschluss „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ gemäß Pflegeberufegesetz an. Dagegen ist der „gesonderte Abschluss Altenpflege“ (n=5) und „gesonderte Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ (n=3) die Ausnahme.

Die Bildungseinrichtungen sollten zudem angeben, wie viele Auszubildende die Bildungseinrichtung oder den praktischen Ausbildungsträger wechseln müssen, um für 2023 einen sogenannten gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anzustreben. Dabei fällt auf, dass kaum bis keine Wechselnotwendigkeiten angegeben werden. Da die Bildungseinrichtungen selbst die „gesonderten Abschlüsse“ kaum anbieten, ist nach diesen Befunden von einer geringen Nachfrage auszugehen.

Auslaufende Berufsabschlüsse zur/zum Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Teilzeitausbildungen) werden kaum bis gar nicht mehr angeboten<sup>77</sup>.

<sup>76</sup> Nach dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung lassen sich Städte u.a. nach der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner klassifizieren. Daneben gibt es noch weitere Typisierungsmerkmale. Die örtliche Einordnung der Bildungseinrichtungen in Stadttypen erfolgte in der Befragung nach folgender Definition: Großstadt  $\geq 100.000$  Einwohner/innen; Mittelstadt  $\geq 20.000$  bis  $< 100.000$  Einwohner/innen; Kleinstadt  $\geq 5.000$  bis  $< 20.000$  Einwohner/innen; Landgemeinde  $< 5.000$  Einwohner/innen.

<sup>77</sup> Theoretisch wären entsprechende Abschlüsse noch für diejenigen möglich, welche die vorherige Pflegeausbildung als Teilzeitausbildung absolvieren.

Zusätzlich zur Pflegefachausbildung bieten auch einige der teilnehmenden Bildungseinrichtungen unterschiedliche Arten der Pflegehilfsausbildung an.

So kann an 25 Bildungseinrichtungen die Ausbildung zur/zum Altenpflegehelfer/Altenpflegehelfer und an 7 Schulen eine Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/Gesundheits- und Krankenpflegehelfer absolviert werden. Auch die „Altenpflegehilfsausbildung mit intensiver Deutschförderung für Migrantinnen und Migranten“ wird an 8 von 41 Bildungseinrichtungen angeboten. Neben der Pflegefach- oder Pflegehilfsausbildung bieten 25 Bildungseinrichtungen weitere Berufsausbildungen an.

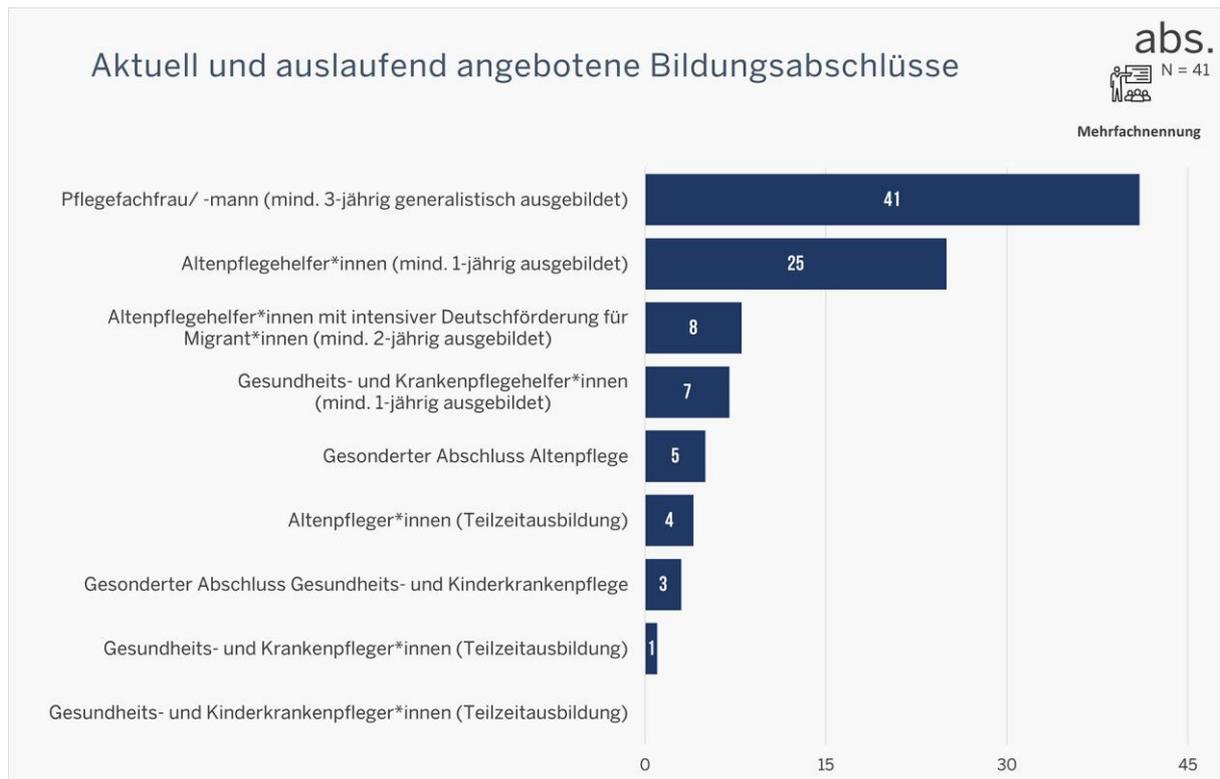


Abb. 72: Bildungsangebote der Schulen

Zusätzlich zur Primärqualifizierung bieten die Bildungseinrichtungen weitere Arten der Qualifizierung bzw. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pflegeausbildung an. Die Top-3-Nennungen sind diesbezüglich Fort- und Weiterbildungen (n=27), Bildungsmaßnahmen nach der Akkreditierung und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (n=24) und Kooperationen mit Hochschulen (n=17).

Schulungsprogramme, die sich an Migrantinnen und Migranten vor der Berufsanerkennung oder an ausländische ausbildungsinteressierte vor der Berufsausbildung richten, werden nur in geringem Umfang in der Stichprobe angeboten (n=3). Gleichermassen sind Programme zur Lernförderung (n=3) unterrepräsentiert. Dagegen werden Programme mit einer Kombination von Sprachförderung und Pflegeausbildung von 13 der befragten Bildungseinrichtungen vorgehalten.

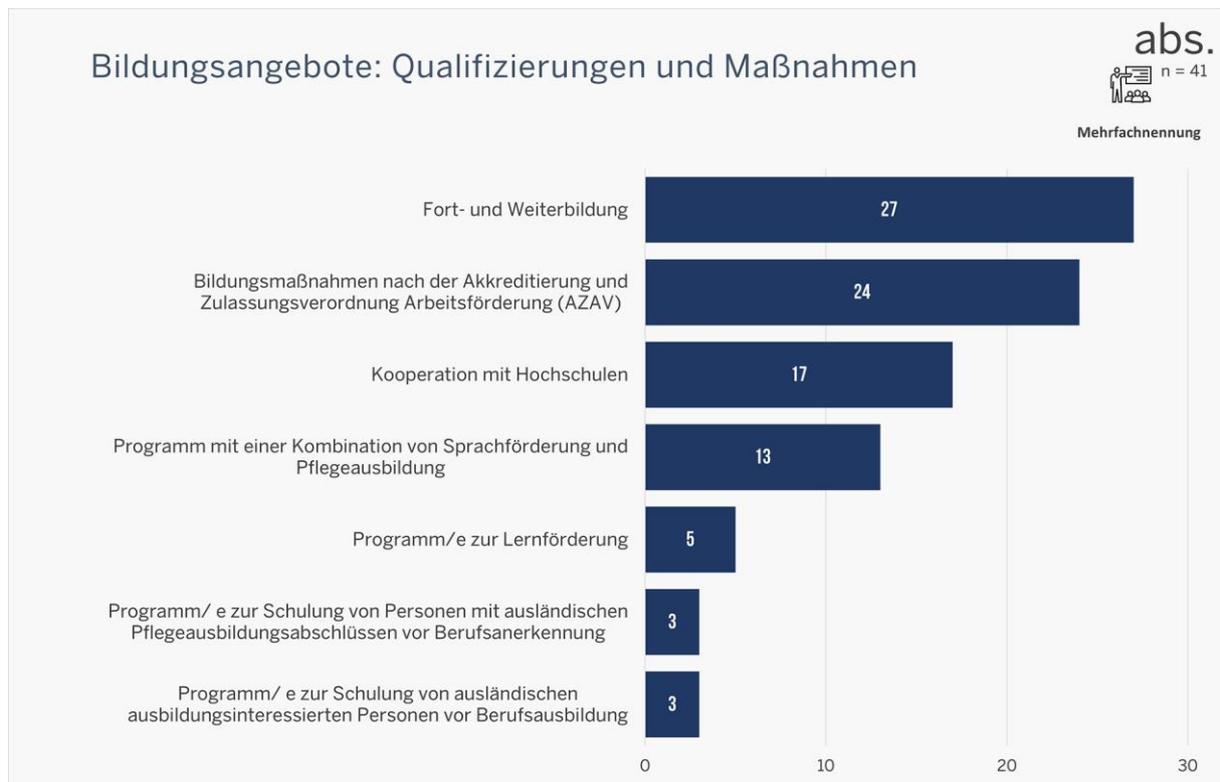


Abb. 73: Weitere Qualifizierungsmaßnahmen an den Bildungseinrichtungen

## AUSBILDUNGS- UND BEWERBUNGSSITUATION

Wie im vorherigen Berichtsteil zu den Versorgungseinrichtungen dargestellt, ist vor dem Hintergrund der empirischen Befragung vor allem die Bewerberlage für die Pflegeausbildung als kritisch einzuschätzen. Bei der Betrachtung der Einzelergebnisse aus der Befragung der Bildungseinrichtungen können keine substanziellen Unterschiede im Vergleich zu den Versorgungseinrichtungen festgestellt werden, auch wenn die Bildungseinrichtung eine leicht positivere Tendenz einschätzen. Trotzdem liegt die Problematik weniger in den Ausbildungskapazitäten der Pflegeschulen, Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Praxiseinrichtungen oder der Bereitschaft der Praxiseinrichtungen bedarfsgerecht Ausbildungsplätze für eine Pflegeausbildung anzubieten, sondern vorzugsweise in der Quantität der Bewerbungen.

### Umfang und Qualität der Bewerbungen zur Pflegeausbildung

Von den befragten Bildungseinrichtungen sind die meisten (n=33) an Entscheidungsprozessen zur Bewerberinnen- und Bewerberauswahl beteiligt und von diesen wird die Empfehlung in der Regel (n=26) auch von den Praxiseinrichtungen umgesetzt. Darüber hinaus wurden alle Bildungseinrichtungen um Einschätzungen zum Umfang und der Qualität der Bewerberlage gebeten. Zunächst lässt sich herausstellen, dass der überwiegende Teil der befragten Bildungseinrichtungen kaum Spielraum bei der Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber hat; denn 28 von 41 Bildungseinrichtungen widersprachen der Aussage „Die Anzahl an Bewerbungen auf freie Schulplätze ermöglicht eine Auswahl“.

Vor diesen Hintergründen ist auch die Entwicklung seit Einführung der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann von Interesse. Mehr als die Hälfte der Bildungseinrichtungen (n=26) beobachtet seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung keine steigende Anzahl der Bewerbungen.

Jede zweite Bildungseinrichtung (n=22) beobachtet eine aktuell sinkende Anzahl an Bewerberinnen und Bewerbern. Zeitgleich werden weitere Gründe beobachtet, die eine gewünschte Schulplatzbesetzung verhindern. So äußern die meisten Bildungseinrichtungen (n=29), dass sie die Schulplätze nicht im gedachten Umfang besetzen konnten, da die Bewerberinnen und Bewerber trotz eines abgeschlossenen Ausbildungsvertrags die Ausbildung nicht begonnen haben. 18 Bildungseinrichtungen beobachteten, dass die Bewerberinnen und Bewerber nicht zum Vorstellungsgespräch erschienen sind.

Nur für 11 von 41 Bildungseinrichtungen ist es vollumfänglich möglich gewesen, die Schulplätze wie gewünscht zu besetzen oder weiter ausbauen zu können. Dies führt allerdings nach Angaben von 32 Bildungseinrichtungen nicht dazu, dass sie aktiv Ausbildungsinteressierte aus dem Ausland anwerben, wenn sie die Schulplätze nicht anderweitig besetzt bekommen. Somit bleibt auch nach Angaben der Bildungseinrichtungen der Umfang der Bewerberlage ein zentrales Handlungsfeld. Diese Einschätzungen korrespondieren und ergänzen die Beurteilungen der Versorgungseinrichtungen.

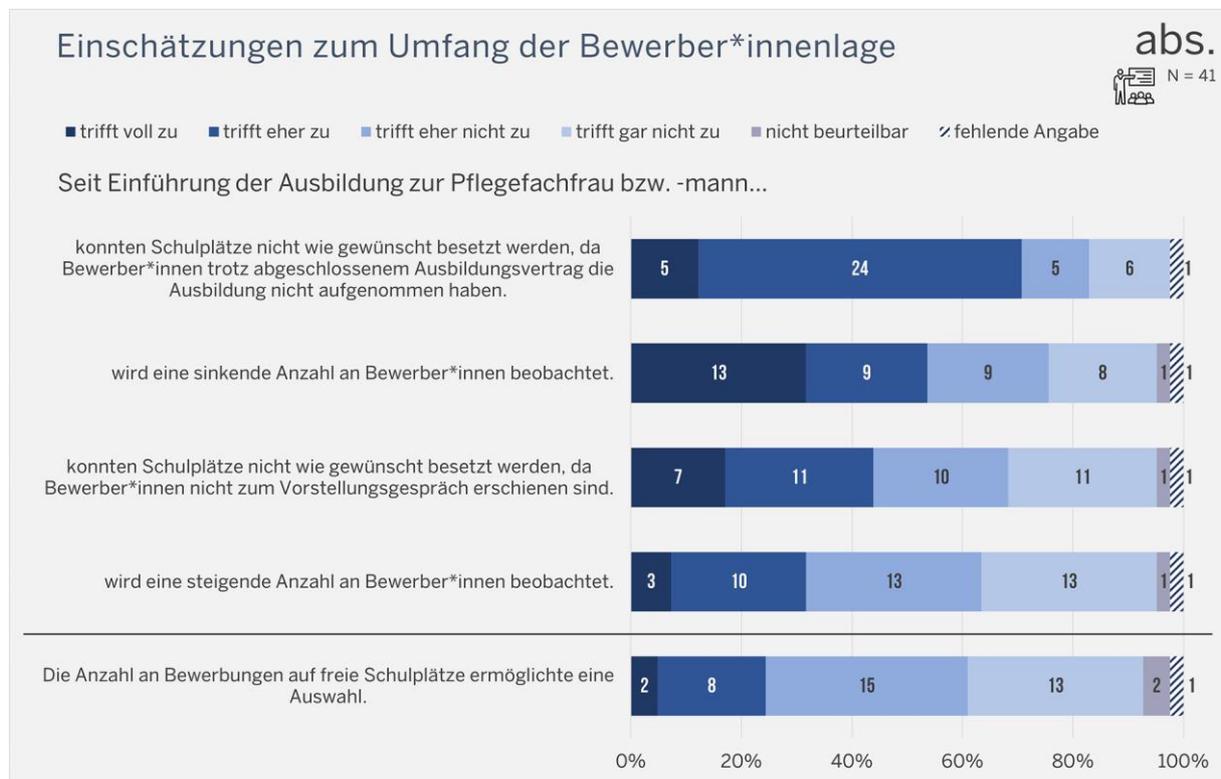


Abb. 74: Einschätzungen zu Ausbildungsbewerbungen

Bezogen auf die Qualität der Bewerberlage wird seitens der Bildungseinrichtungen ein unterschiedlicheres Niveau seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wahrgenommen. So stimmen die meisten Bildungseinrichtungen (n=30) zu, dass sie vermehrt Bewerberinnen und Bewerber mit heterogenen Ausbildungsvoraussetzungen beobachten. Einer Zunahme an Bewerberinnen und Bewerbern mit höheren Bildungsabschlüssen stimmten die wenigsten zu (n=8). Hingegen zeigt sich eine ambivalente Einschätzung zur Abnahme an Bewerberinnen und Bewerbern mit höheren Bildungsabschlüssen: knapp die Hälfte der Bildungseinrichtungen hat den Eindruck, diese hätte abgenommen (n=19), und wiederum die andere Hälfte widersprach dieser Einschätzung (n=20).

Ein Indikator für den Lernstand der Schülerinnen und Schüler ist die erste Zwischenprüfung. Daher wurden die Bildungseinrichtungen um eine Einschätzung gebeten, wie hoch der Anteil der Schülerinnen und Schüler ist, welche die Zwischenprüfung nicht bestanden haben. 29 von 41 Bildungseinrichtungen schätzen den Anteil auf zwischen 0 und 10 Prozent, 9 Einrichtungen auf 11 bis 20 Prozent. Nur 2 Einrichtungen gehen von einer höheren Quote von 21 bis 25 Prozent aus und lediglich eine Einrichtung berichtet über 25 Prozent.

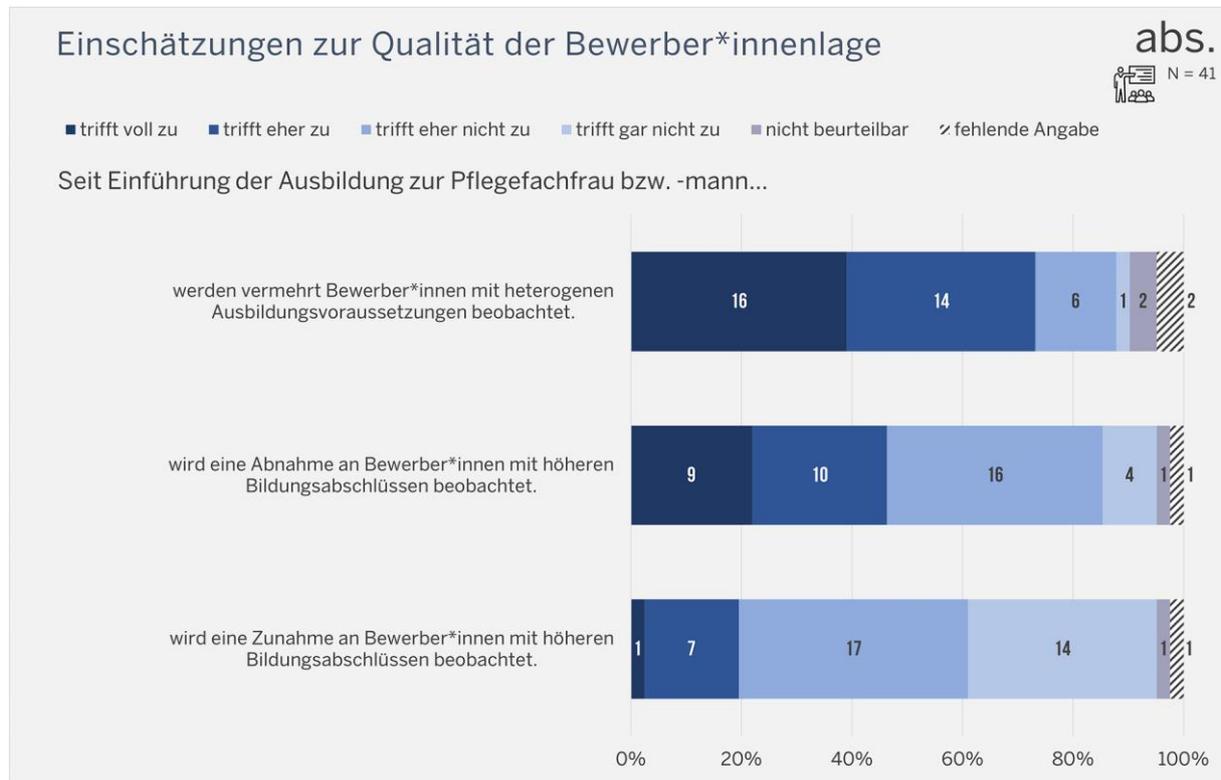


Abb. 75: Einschätzungen zur Qualität der Ausbildungsbewerbungen

### Besetzung von Schulplätzen und Expansionsmöglichkeiten

Wie bereits verdeutlicht, ist es 30 von 41 Bildungseinrichtungen nicht möglich, ihre Schulplätze wie gewünscht zu besetzen und die Plätze auszubauen.

Die Bildungseinrichtungen wurden nach limitierenden Gründen (Mehrfachnennungen) gefragt, weshalb sie die Kapazitäten an Schulplätzen nicht erhöhen können. Auch vor diesem Hintergrund stellt der Umfang der Bewerberlage die zentrale Herausforderung dar. Mit 23 Nennungen von 30 Bildungseinrichtungen stellt die mangelnde Bewerberlage den Hauptgrund dar. Am zweithäufigsten werden die fehlende Anzahl an hauptberuflich Lehrenden (n=15) und am dritthäufigsten die räumliche Ausstattung (n=10) als limitierende Gründe genannt. Ähnlich häufig (n=9) sind es fehlende Kooperationspartner, um z.B. fachpraktische Ausbildungsplätze sicherzustellen. Die gesetzlichen Voraussetzungen und die technische Ausstattung werden kaum als relevante Kriterien (n=3) angeführt. Letztgenannte Gründe scheinen daher eine nachrangige Rolle zu spielen. Nichtsdestotrotz wird neben der defizitären Bewerberlage deutlich, dass ein flächendeckender Anstieg der Qualifizierung nur dann erfolgreich initiiert werden kann, wenn auch Ausstattungs- und Finanzierungsfragen der Bildungseinrichtungen mitgedacht und bedarfsgerecht beantwortet werden.

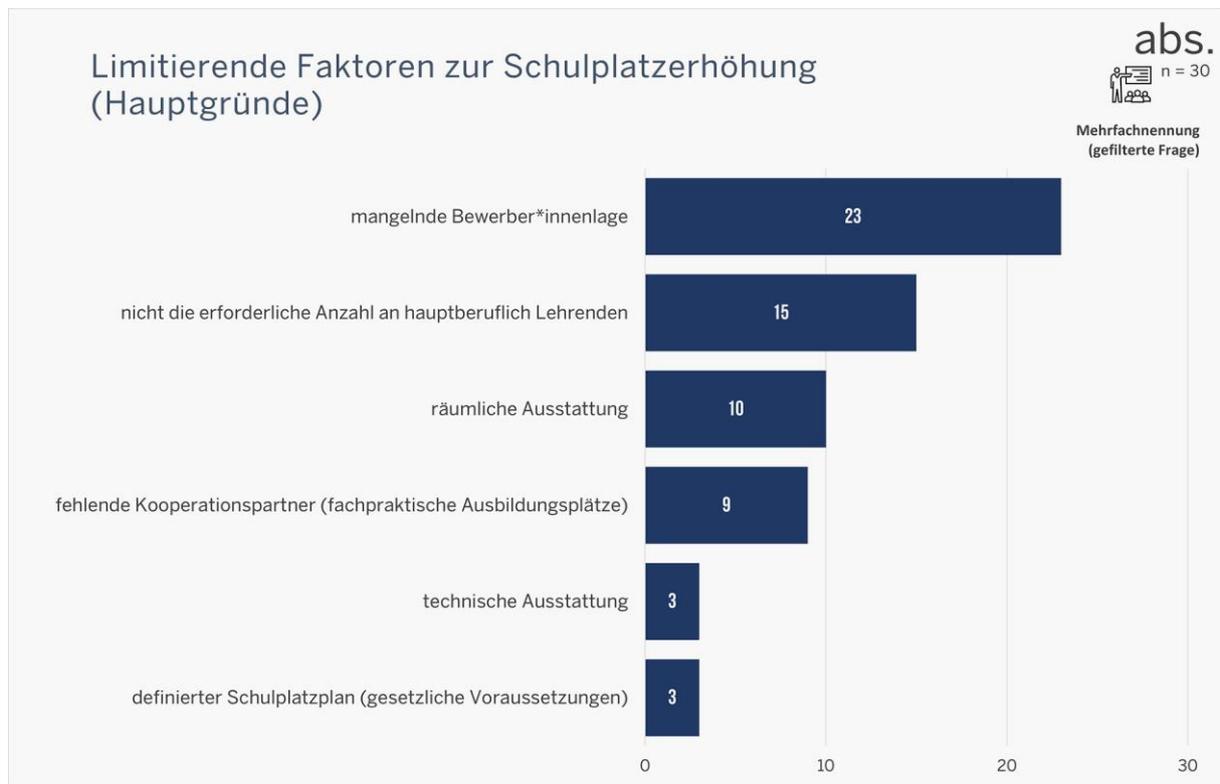


Abb. 76: Limitierende Gründe für die Schulplatzerhöhung an Bildungseinrichtungen

### Anfahrtsweg und Rekrutierungsraum der Schülerinnen und Schüler

Die befragten Bildungseinrichtungen sollten angeben, wie weit bzw. wie zeitaufwendig für die meisten Schülerinnen und Schüler der durchschnittliche Anfahrtsweg zur Bildungseinrichtung in Kilometern und Minuten ist. Darüber hinaus wurde gefragt, wie weit der maximale Regionalraum eingeschätzt wird, aus dem Ausbildungsinteressentinnen und Ausbildungsinteressenten für eine Berufsausbildung in der eigenen Bildungseinrichtung gewonnen werden könnten.

Den Auswertungen zufolge haben die Schülerinnen und Schüler einen durchschnittlichen Anreiseweg von rund 17 Kilometern zur Bildungseinrichtung. Der häufigste angegebene Wert liegt bei 20 Kilometern. Bei der Betrachtung von 75 Prozent aller antwortenden Bildungseinrichtungen wird deutlich, dass der regionale Raum gleichsam auf 20 Kilometer begrenzt ist. Die Angaben reichen von 3 bis maximal 35 Kilometer. Insgesamt ist der Umkreis damit lokal eher als eingeschränkt zu beurteilen und korrespondiert stark mit den Auswertungen der regionalen Personalgewinnung der Versorgungseinrichtungen.

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch im zeitlichen Aufwand für den Anfahrtsweg wider. Durchschnittlich dauert der Anfahrtsweg zur Bildungseinrichtung 28,7 Minuten. Der kürzeste Anfahrtsweg wurde mit 3 Minuten und die längste Wegstrecke mit 60 Minuten angegeben. 75 Prozent der Einrichtungen haben die Dauer auf maximal 35 Minuten eingeschätzt. Die häufigste Angabe beträgt 20 Minuten und weist somit auch auf einen deutlich limitierten zeitlichen Rahmen für die Wegstrecke zur jeweiligen Bildungseinrichtung hin.

Hingegen weicht der maximale Regionalraum der Bildungseinrichtungen in leichter Tendenz nach oben ab. Die Bildungseinrichtungen schätzen im Durchschnitt ein, dass Schülerinnen und Schüler maximal 31,8 Kilometer auf sich nehmen würden, um bei ihnen eine Ausbildung aufzunehmen. Der häufigste Wert entspricht einer Distanz von 30 Kilometern. Betrachtet man 75

Prozent der Einschätzungen, so sind nach Angaben der Bildungseinrichtungen maximal 40 Kilometer möglich. Der Trend in den Einschätzungen macht deutlich, dass auch der Regionalraum Schülerinnen und Schüler der Bildungseinrichtungen als örtlich und regional begrenzt einzuordnen ist. Damit ist die flächendeckende und regional erreichbare Ausbildung als bedeutsam zu betrachten, um die bestehenden Kapazitäten vor Ort zu nutzen und auch die Versorgungseinrichtungen mit qualifiziertem Personal stützen zu können. Werden z.B. im Rahmen von Zentralisierungen regionale Bildungsmöglichkeiten eingeschränkt, so steht zu befürchten, dass die Versorgungseinrichtungen in der näheren Umgebung keinen oder einen nur sehr eingeschränkten Zugang zur Qualifizierung haben, da Schülerinnen und Schüler mit unverhältnismäßig weiten Distanzen zum Schulstandort rechnen müssten.

### **Berufseinmündung der Absolventinnen und Absolventen**

Die befragten Bildungseinrichtungen haben ebenso Einschätzungen zur Berufseinmündungsquote der Absolventinnen und Absolventen der Pflegefach- und Pflegehilfsausbildung vorgenommen. D.h. diese sollten einschätzen, wie hoch der Anteil derer ist, die nach einem erfolgreichen Abschluss der Pflegeausbildung auch tatsächlich eine Beschäftigung im Pflegeberuf aufgenommen haben. Eine Systematisierung solcher zentralen Daten liegt nicht vor.

Für die Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege ergibt sich aus den Einschätzungen der Bildungseinrichtungen ein Mittelwert von 85,3 Prozent. In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beträgt der Mittelwert 91,3 Prozent und in der Altenpflege 90 Prozent. Damit liegen die Einschätzungen in der Stichprobe oberhalb der benannten Werte aus den breiteren Studienergebnissen in NRW. Bei den Pflegehilfsausbildungen geben die teilnehmenden Bildungseinrichtungen für die Altenpflegehilfe im Schnitt eine Berufseinmündungsquote von 83,3 Prozent und für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe von 87,1 Prozent an. Die Kennzahlen verdeutlichen jedoch, dass die Befürchtung, Pflegenden würden nach der Ausbildung nicht einmünden, sich empirisch nicht bestätigen lässt.

## **PERSONALBESTAND UND PERSONALBEDARF**

Analog zu den Versorgungseinrichtungen wurden auch die Bildungseinrichtungen zu ihrer personellen Ausstattung, der Personalsituation und -entwicklungen befragt. Bei den teilnehmenden Bildungseinrichtungen sind in Summe 415 hauptamtlich Lehrende (Angabe von 32 Bildungseinrichtungen) für den Bildungsbereich Pflege angestellt. Nach Angaben von 29 Bildungseinrichtungen umfasst der Beschäftigungsumfang 260 umgerechnete Vollzeitstellen (VZÄ). Dies weist auf einen hohen Teilzeitstellenanteil der Lehrenden hin.

Neben dem derzeitigen Personalbestand wurden auch die offenen aktuell zu besetzenden Stellen für hauptberuflich Lehrende in Personenanzahl und umgerechneten Vollzeitstellen an den teilnehmenden Bildungseinrichtungen erfragt. Den Auswertungen folgend wird ein Personalbedarf von 46 Lehrenden angegeben (Angabe von 32 Bildungseinrichtungen) und in Stellen umgerechnet entsprechen die offenen Stellen 34 Vollzeitstellen (Angabe von 31 Bildungseinrichtungen). Damit ist in der Stichprobe eine Vakanz von 13 Prozent der Stellen vorhanden.

Neben diesen Kennzahlen wurden analog zur Befragung der Versorgungseinrichtungen auch Einschätzungen zu Personalsituation und -entwicklung erhoben. Lediglich 12 von 41 Bildungseinrichtungen konnten alle offenen Stellen für hauptberuflich Lehrende zeitnah ersetzen. Auch bei der Anzahl der Bewerbungen auf freie Stellen wird deutlich, dass der Bewerbungsumfang

keine Möglichkeiten einer Personalauswahl offenlässt; für 24 trifft dies gar nicht und für 9 Bildungseinrichtungen eher nicht zu. Damit zeigt sich korrespondierend zum Versorgungsbereich auch im Bildungsbereich der Pflege ein Fachkräftemangel.

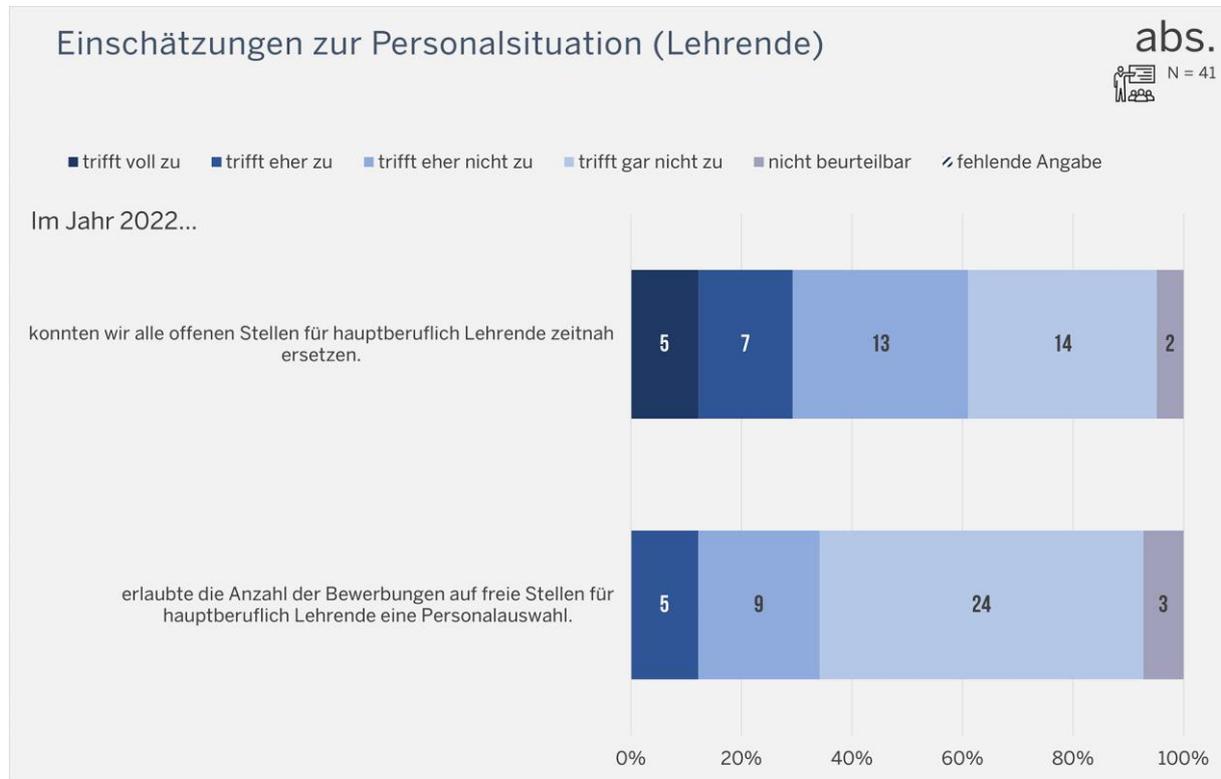


Abb. 77: Einschätzungen zur Personalsituation in den Bildungseinrichtungen

Neben dem aktuellen Bestand haben für 2023 die Bildungseinrichtungen einen zusätzlichen Bedarf an Personalstellen für hauptberuflich Lehrende im Ausbildungsbereich der Pflege angegeben, die zum Erreichen der Planung (z.B. betriebliche Ziele) notwendig erscheinen. 34 von 41 Bildungseinrichtungen planen hierfür, die Personalstellen weiter aufzubauen. Nur 7 Bildungseinrichtungen gehen von einer stabilen Personalbesetzung auch im kommenden Jahr aus. Keine der Bildungseinrichtungen plant einen Abbau an Personalstellen. Der Veränderungsbedarf bzw. Aufbau der Personalstellen beträgt durchschnittlich 1,9 Stellen, umgerechnet in Vollzeitäquivalente. Die Spannweite liegt zwischen 1 und 4 Vollzeitstellen, wobei die häufigsten Angaben 1 bis 2 Stellen entsprechen. In Summe würden die einschätzenden Bildungseinrichtungen<sup>78</sup> in 2023 insgesamt weitere 56 Stellen aufbauen, um ihre Planung für das Jahr zu erreichen. Damit liegt der prospektive Personalbedarf noch einmal höher als die bereits aktuell offenen Stellen.

Zeitgleich dazu muss an den Bildungseinrichtungen auch die Personalfuktuation im Lehrbereich der Pflege einkalkuliert werden. Gründe hierfür könnten u.a. Berentungen und Kündigung sein. Die Bildungseinrichtungen schätzten ein, wie hoch der Anteil an ausscheidenden Lehrerinnen und Lehrern im Jahr 2022 war und wie hoch dieser in den kommenden fünf Jahren sein wird. Dafür konnte zwischen sechs definierten Wertebereichen gewählt werden.

<sup>78</sup> Die Frage wurde gefiltert nach Planungen zum Aufbau- und Abbau der Personalstellen im Jahr 2023. Von den hier theoretisch möglichen 34 Auskünften haben insgesamt 30 Bildungseinrichtungen eine Kennzahl eingetragen.

Für das Jahr 2022 bewegt sich der Fluktuationsanteil weitestgehend zwischen 0 und 5 Prozent ( $n=20$ ) und 6 und 10 Prozent ( $n=11$ ). Höhere Fluktuationsstendenzen werden nur vereinzelt von den teilnehmenden Bildungseinrichtungen beobachtet. Anders sieht es für die Kalkulation der kommenden fünf Jahre aus. Denn bis zum Jahr 2028 werden deutlich höhere Anteile des Lehrpersonals eingeschätzt, welches es zu ersetzen gilt. Hier verteilen sich die prospektiven Einschätzungen eher homogen auf die abgefragten Intervalle, auch im Vergleich zum Ersatzbedarf in 2022. Zwar gehen bei dieser Kalkulation 8 Bildungseinrichtungen von einem Fluktuationsanteil von 0 bis Prozent aus, jedoch sind die Ersatzquoten von 16 bis 20 Prozent ( $n=10$ ) und 21 bis 25 Prozent ( $n=8$ ) dominant. Einen Ersatzbedarf von über 25 Prozent, d.h. jeder vierten Lehrperson, schätzen 5 Bildungseinrichtungen ein.

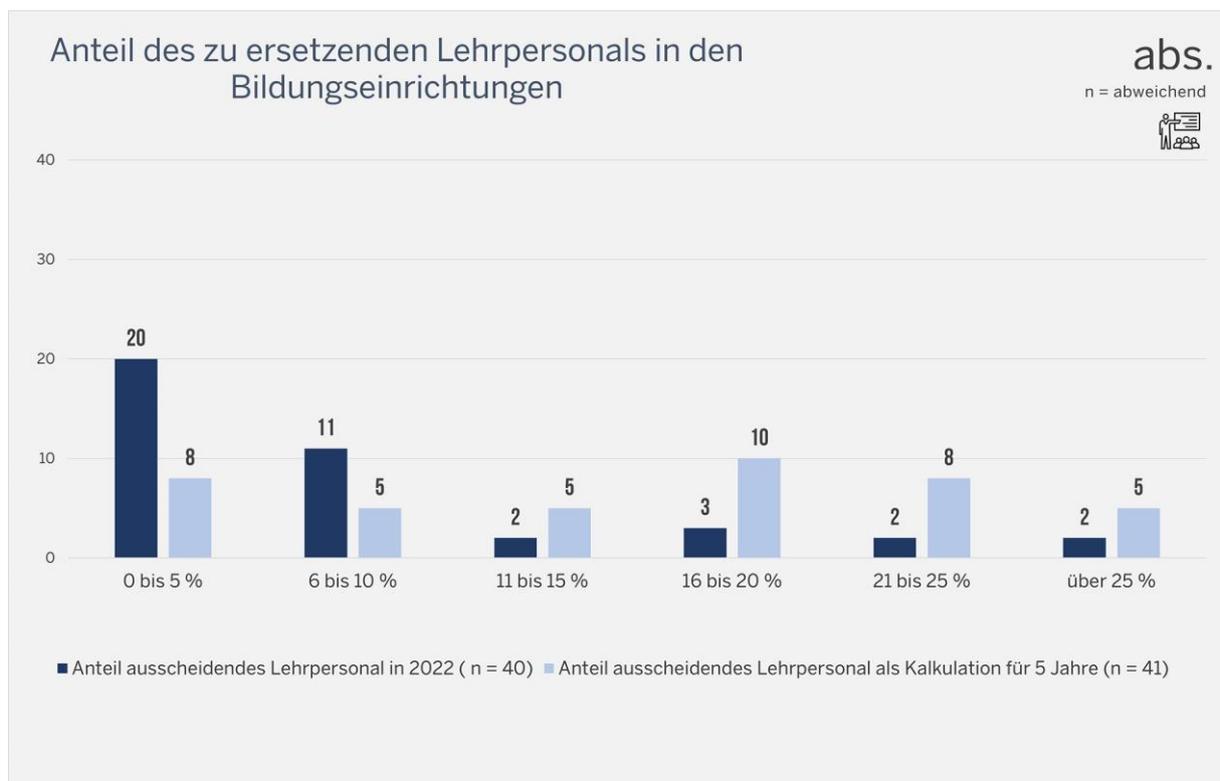


Abb. 78: Anteil des durch Fluktuation zu ersetzenden Lehrpersonals

Die Ausprägung weist darauf hin, dass der Personalbedarf an hauptamtlichen Lehrenden in naher Zukunft für die Bildungseinrichtungen in der Stichprobe deutlich ansteigen wird und auch die Lehrenden einem berufsdemografischen Druck unterliegen. Insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Bewerberlage könnte sich der Ersatzbedarf schwierig kompensieren lassen, was einen Ausbau der Ausbildungskapazitäten auch von dieser Seite limitiert.

Auch bei der Personalgewinnung und -bindung von hauptamtlichem Lehrpersonal ist die Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort ein relevanter Aspekt. Im Mittel umfasst der Beschäftigungsradius einer Bildungseinrichtung 22,8 Kilometer. Die Angaben reichen dabei von 5 bis maximal 55 Kilometer und die häufigste Distanz zwischen Wohnort und Bildungseinrichtung liegt bei 20 Kilometer. Damit ist die Distanz, die Lehrende im Durchschnitt zur Bildungseinrichtung zurücklegen, größer als der Raum, der für die Schülerinnen und Schüler beschrieben wurde. Denn 75 Prozent der Bildungseinrichtungen geben einen Beschäftigungsradius von bis zu 29,5 Kilometern an. Im Mittel haben die Lehrenden eine Anfahrtsdauer von 29,2 Minuten zur Bildungseinrichtung, in der sie beschäftigt sind.

Die Spannweite beträgt 7 bis 45 Minuten und die häufigste durchschnittliche Anfahrtszeit liegt bei 20 Minuten. Betrachtet man 75 Prozent der Einschätzungen, so wird ein zeitlicher Aufwand von bis zu 35 Minuten aufgebracht. Der Maximalwert aller Angaben beträgt 45 Minuten.

Daran anschließend stellt sich die Frage nach dem potenziellen Regionalraum der Personalgewinnung für hauptberuflich Lehrende. Die teilnehmenden Bildungseinrichtungen schätzten ein, aus welchem maximalen Umkreis Lehrpersonal für die Bildungseinrichtung angeworben werden kann. Durchschnittlich beträgt der maximale Umkreis 42,2 Kilometer und reicht von 15 bis 90 Kilometer. Die meisten der antwortenden Einrichtungen gehen von einem möglichen Umkreis von 50 Kilometern aus. Der Zeitfaktor ist auch relevanter Aspekt, wenn es sich um die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses handelt. Die meisten Bildungseinrichtungen gehen davon aus, dass der Anfahrtsweg maximal 60 Minuten betragen darf, damit der Zeitaufwand von den Lehrenden noch als akzeptabel bewertet wird. Der Beschäftigungsradius und die Mobilität der Lehrenden liegen damit insgesamt höher als die der klinisch tätigen Pflegenden.

Für die Gewinnung qualifizierter Lehrender ist die Distanz zum nächstgelegenen Ort einer hochschulischen Qualifizierungsmöglichkeit für Lehrende relevant. eingeschätzt werden sollten Distanzen zu Hochschulstandorten, die auf einen spezifischen Abschluss abzielen, die zur Durchführung der Pflegeausbildung qualifizieren (z.B. Pflegepädagogik). Durchschnittlich liegen entsprechende Fachhochschulen oder Universitäten rund 57 Kilometer entfernt von der jeweiligen Bildungseinrichtung. Die maximale Distanz liegt bei 212 Kilometern, was eine Kooperation als Praxispartner erschwert. 7 Bildungseinrichtungen gaben Entfernungen von über 100 Kilometern an. Teils werden jedoch auch geringe Distanzen angegeben (z.B. 1 bis 8 Kilometer), was vorzugsweise auf Bildungseinrichtungen in Großstädten zutrifft. Die besonders hohen Distanzen von über 100 Kilometern wurden entweder von Bildungseinrichtungen aus Kleinstädten oder nachrangig von Städten mit einer mittelhohen Einwohneranzahl ( $\geq 20.000$  bis  $< 100.000$  Einwohnerinnen/Einwohner) angegeben. Die Angaben von Bildungseinrichtungen aus Landgemeinden liegen tendenziell im mittleren Distanzspektrum, sodass von einer örtlichen Nähe zu Großstädten ausgegangen werden kann. Die Hochschulstandorte sind für knapp über die Hälfte der Bildungseinrichtungen ( $n=22$ ) außerhalb des durchschnittlich eingeschätzten Beschäftigungsradius von Lehrenden. Die Personalgewinnung in den Bildungseinrichtungen kann demnach häufig nicht regional oder lokal erfolgen, denn überwiegend sind die Hochschulen außerhalb des direkten Umfelds und Einzugsgebietes verortet.

## Strukturen und Perspektiven der Langzeitpflege

### EINLEITUNG

Der Personalbedarf in der Langzeitpflege verdient eine besondere Betrachtung. Die Aufgaben der Langzeitpflege werden in Deutschland immer noch und wohl auch in Zukunft (Klie 2021) als Aufgabe der Familie verstanden. Entsprechend dominant ist die überwiegend allein familiär eingelöste Verantwortung für die Pflege und Sorge auf Pflege angewiesener Menschen. Wie die Pflegestatistik 2019 ausweist, nehmen 51 Prozent aller Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, keinerlei professionelle Hilfe im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch. Die Inanspruchnahme von vollstationären Einrichtungen variiert auch in Baden-Württemberg von Region zu Region. Insofern ist der tatsächliche Pflegepersonalbedarf in der Langzeitpflege auf der regionalen Ebene keineswegs einheitlich zu bestimmen. Das gilt für die aktuelle Situation. Das gilt aber auch für die Zukunft. Der zukünftige Pflegepersonalbedarf wird von der Verteilung der Pflegearrangements abhängen.

Im Folgenden werden vertiefte regionale Analysen zu für den Personalbedarf in der Langzeitpflege Baden-Württembergs relevanten Faktoren vorgestellt. Sie verweisen auf regionale Profile der Langzeitpflege, die für alle Stadt- und Landkreise erstellt wurden und ab Seite 195 dargestellt sind. Im darauffolgenden Kapitel wurden exemplarisch vier Stadt- bzw. Landkreise in Regionalstudien genauer in ihren Strukturen und relevanter Governance-Ansätze für den Personalbedarf vor Ort in den Blick genommen.

### ERSTELLUNG VON KREISPROFILIEN ZUR KOMPAKTEN VISUALISIERUNG REGIONALER UNTERSCHIEDE IN DER LANGZEITPFLEGE

Das folgende Kapitel greift die vorangegangenen Analysen der Strukturgleichungsmodelle auf und ergänzt sie um weitere vertiefte Analysen zu regionalen Strukturen in der Langzeitpflege. Aufgrund der Datenlage konnten die Analysen zur Langzeitpflege kleinräumig für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg erstellt werden und wurden in entsprechende Kurzprofile pro Region überführt. Diese finden sich zum Ende des vorliegenden Berichtes ab Seite 195. Es handelt sich dabei um Profile mit Kurzcharakteristika zu folgenden Themen:

- Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen
- Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix (vgl. vorheriges Kapitel)
- Daten zum regionalen Pflegeaufwand unterschieden nach:
  - beruflich Pflegenden
  - informell Pflegenden
- Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 auf Basis der Vorausberechnungen des KVJS (Ghiorghita und Rapp 2021)

Die Profile bieten eine primär grafische und damit schnelle und einheitliche Darstellung der regionalen Spezifika in der Langzeitpflege – im Vergleich zum landesweiten Schnitt. Die Daten basieren – soweit nicht anders genannt – auf der Pflegestatistik 2019 und der amtlichen Statistik zu Ende 2019 (Bevölkerung etc.). Im Folgenden werden die vier Bereiche inhaltlich erläutert, summarisch vorgestellt und eingeordnet.

## Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen

Als grundlegende Daten wurden zunächst Bevölkerungszahl, die Zahl der Pflegebedürftigen sowie die daraus errechnete Pflegequote in Prozent aufgeführt. Darüber hinaus wurde die prozentuale Verteilung der Leistungsarten in der Pflege, basierend auf den Daten der Pflegestatistik 2019, abgebildet – wie in Abb. 90 beispielhaft dargestellt.

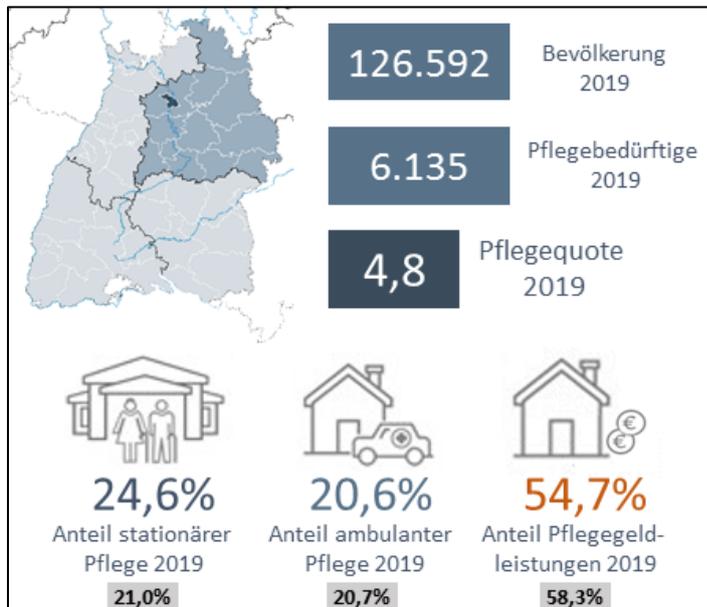
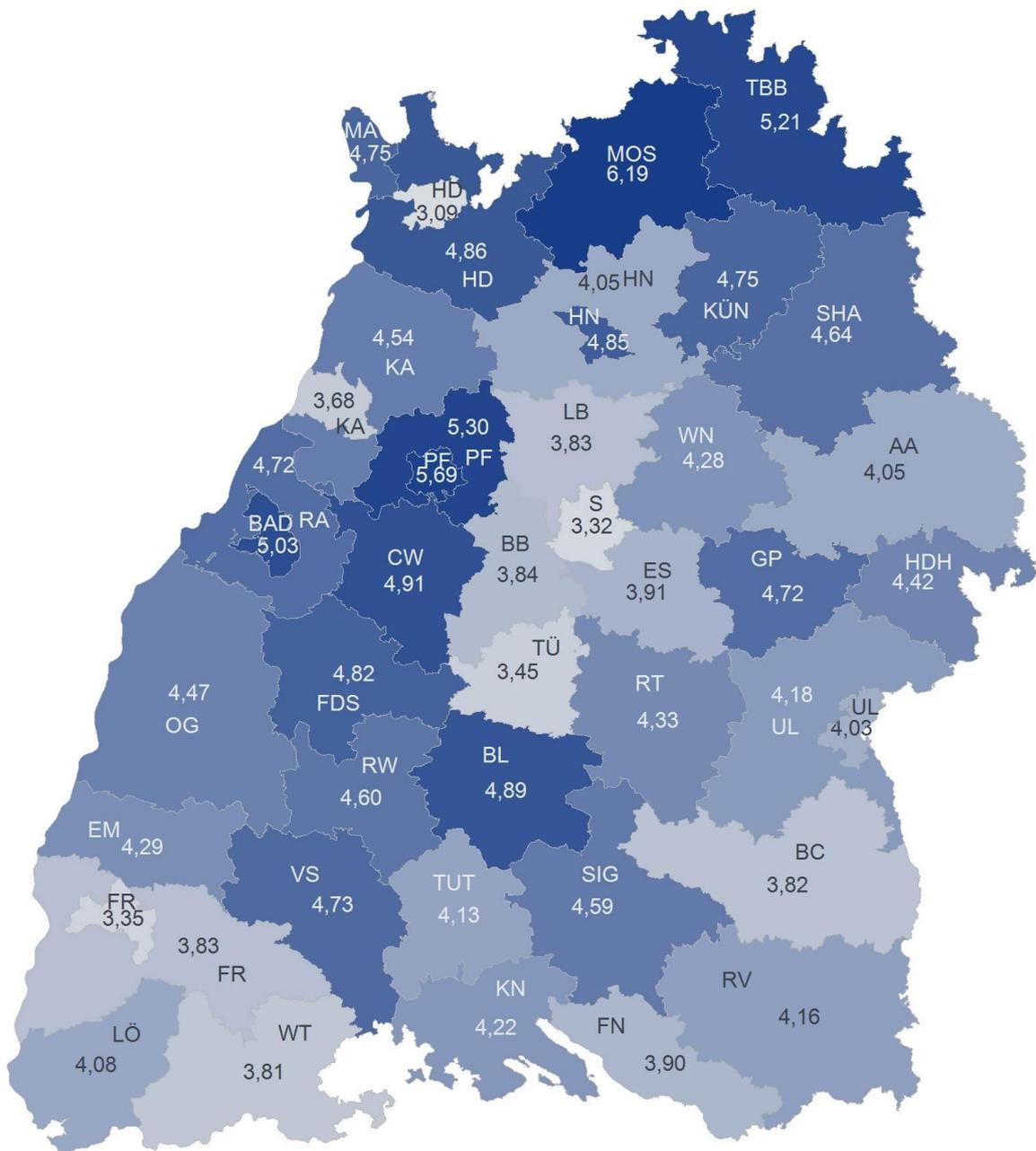


Abb. 79: Basisdaten – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege

Bereits bei der Pflegequote zeigen sich in Baden-Württemberg enorme Unterschiede zwischen den Regionen. Landesweit liegt die Pflegequote 2019 bei 4,3 Prozent der Bevölkerung. Zugleich zeigen sich in einigen Regionen in Baden-Württemberg besonders niedrige Pflegequoten von etwas über 3 Prozent – z. B. in Stadtkreisen wie Stuttgart, Freiburg oder Heidelberg. Andere Regionen weisen z. T. einen deutlich höheren Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung auf, von um die 5 Prozent und mehr (vgl. Abb. 91 und Tab. 36). Diese höchsten Pflegequoten sind dabei insbesondere in ländlicheren Regionen im Norden Baden-Württembergs und im Regierungsbezirk Karlsruhe zu beobachten. Die großen Unterschiede bei den Pflegequoten wirken sich entsprechend auf den regionalen Bedarf an Pflegepersonal aus.

# STRUKTUREN UND PERSPEKTIVEN DER LANGZEITPFLEGE



**Pflegequote 2019**  
 Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg Pflegemonitoring 2022

3,09	3,83	4,13	4,42	4,73	5,03
3,32	3,84	4,16	4,47	4,75	5,21
3,35	3,90	4,18	4,54	4,82	5,30
3,45	3,91	4,22	4,59	4,85	5,69
3,68	4,03	4,28	4,60	4,86	6,19
3,81	4,05	4,29	4,64	4,89	
3,82	4,08	4,33	4,72	4,91	

Abb. 80: Pflegequote in den Stadt- und Landkreisen von Baden-Württemberg 2019 (Prozent)

STADT-/LANDKREISE (AUSWAHL, MIN/MAX)	REGIERUNGSBEZIRKE	PFLEGEQUOTE IN PROZENT
SK Heidelberg	Karlsruhe	3,1
SK Stuttgart	Stuttgart	3,3
SK Freiburg	Freiburg	3,3
Tübingen	Tübingen	3,4
SK Karlsruhe	Karlsruhe	3,7
[...]	[...]	[...]
<b>Ø Baden-Württemberg</b>		<b>4,3</b>
[...]	[...]	[...]
SK Baden-Baden	Karlsruhe	5,0
Main-Tauber-Kreis	Stuttgart	5,2
Enzkreis	Karlsruhe	5,3
SK Pforzheim	Karlsruhe	5,7
Neckar-Odenwald-Kreis	Karlsruhe	6,2

Tab. 26: Regionen in Baden-Württemberg mit den höchsten und niedrigsten Pflegequoten

Neben den Pflegequoten stellen die Anteile der Leistungsarten die zentrale, ebenfalls regional sehr differente Grundcharakteristik in der Langzeitpflege dar (vgl. Tab. 37). Im Folgenden wird zwischen drei zentralen Leistungsbereichen unterschieden:

1. Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden
1. Anteil der Pflegebedürftigen, die (unter anderem) durch ambulante Pflegedienste versorgt werden
2. Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und somit die Versorgung eigenständig organisieren

(vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Anfang der Strukturgleichungsmodelle).

Alle drei Anteile unterscheiden sich dabei jeweils um 10-20 Prozentpunkte zwischen der Region mit dem höchsten und der Region mit den niedrigsten Anteilen der jeweiligen Versorgungsform. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen liegt der niedrigste Anteil beispielsweise bei 16,8 Prozent im Landkreis Sigmaringen; der höchste mit 26,6 Prozent in Stadtkreis Freiburg. Ähnlich sieht die Spannbreite bei der ambulanten Pflege und beim Pflegegeld aus: Während im Landkreis Waldshut im Jahr 2019 nur 10,6 Prozent der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, waren es im Enzkreis 29,4 Prozent. Pflegegeld bezogen im Stadtkreis Baden-Baden 51,0 Prozent der von Pflege Betroffenen – sehr viel mehr waren es im Kreis Tübingen mit 65,3 Prozent.

In Tab. 37 sind jeweils die drei höchsten (Max) und drei niedrigsten (Min) Werte pro Versorgungsform dargestellt. Eher typisch für einige Stadtkreise in Baden-Württemberg sind niedrige Anteile beim Pflegegeldbezug und zugleich hohe Werte in der stationären Versorgung.

STADT-/LANDKREISE (AUSWAHL, MIN/MAX)	STATIONÄRE PFLEGE (%)	AMBULANTE PFLEGE (%)	PFLEGEGELD (%)
Sigmaringen	<b>16,8 (Min)</b>	20,5	<b>62,7</b>
Zollernalbkreis	<b>17,3 (Min)</b>	18,5	<b>64,2</b>
Rastatt	<b>17,7 (Min)</b>	17,7	64,6
Waldshut	24,7 (Max)	<b>10,6 (Min)</b>	64,7 (Max)
Tuttlingen	21,1	<b>14,4 (Min)</b>	64,5
Biberach	20,1	<b>14,9 (Min)</b>	65,0 (Max)
Tübingen	18,6	<b>16,2</b>	<b>65,3 (Max)</b>
[...]	[...]	[...]	[...]
Ø Baden-Württemberg	21,0	20,7	<b>58,3</b>
[...]	[...]	[...]	[...]
<b>Neckar-Odenwald-Kreis</b>	<b>18,8</b>	<b>26,0 (Max)</b>	<b>55,2</b>
Schwäbisch Hall	20,0	28,3 (Max)	51,7 (Min)
Enzkreis	17,7	29,4 (Max)	<b>52,9</b>
SK Baden-Baden	23,4	<b>25,6</b>	51,0 (Min)
SK Stuttgart	<b>24,7 (Max)</b>	20,6	54,7
SK Freiburg	<b>26,6 (Max)</b>	21,1	52,3 (Min)

Tab. 27: Regionen Baden-Württembergs mit den drei niedrigsten (Min) und höchsten (Max) Anteilen je Versorgungsart

## Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

In einer Vorstudie zu diesem Bericht hat AGP Sozialforschung in Zusammenarbeit mit dem Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaften (FIFAS) ein Erklärmodell entwickelt, das die Hintergründe für die Differenzen auf regionaler und kommunaler Ebene zum Gegenstand hat. Hierfür wurden mithilfe von Strukturgleichungsmodellen relevante strukturelle Einflussfaktoren auf den Versorgungsmix in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs untersucht.

Für die Erstellung der Kreisprofile wurde eine vereinfachte Darstellung der Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle vorgenommen. Dabei wurden die direkten und indirekten Effekte auf den regionalen Pflegemix anhand der einzelnen Kriterien zusammengefasst:

- Bevölkerungsanteil 30-69 Jahre i.V. zu den Pflegebedürftigen
- Bevölkerungsanteil 75 Jahre und älter
- Anteil Pflegegrade IV und V
- Mittleres Haushaltseinkommen pro Einwohnerin/Einwohner
- Anteil der Bevölkerung mit modernen Wertvorstellungen

Die im Strukturgleichungsmodell identifizierten Netto-Effekte (direkte und indirekte Effekte verrechnet) sind mitsamt ihrer Wirkrichtung in den Langzeitpflege-Profilen anhand von farbigen Pfeilen dargestellt (vgl. Abb. 92). Dunkelblaue Pfeile bedeuten, dass der jeweilige Faktor

auf den Anteil stationärer Pflege, hellblaue auf die ambulante Pflege und rote auf den Anteil an Pflegegeldbezug wirkt. Die Stärke der Effekte wurden der Einfachheit halber nur zwischen positiv (Effekt > 0,1) und negativ (Effekt < -0,1) sowie stark positiv (Effekt > 0,3) bzw. negativ (Effekt < -0,3) unterschieden. Die Effektstärken im Detail können bei den Ausführungen zu den Strukturgleichungsmodellen entnommen werden.

Bis auf den Bevölkerungsanteil 75+ weisen alle Merkmale der Regionen in mindestens einem Punkt eine hohe Wirkkraft auf. Beispielsweise zeigt das Modell, dass der Anteil der 30-69-Jährigen zu den Pflegebedürftigen in einem Stadt- oder Landkreis (das informelle Pflegepotenzial) stark negativ mit der Inanspruchnahme von ambulanter Pflege und positiv mit der Inanspruchnahme von Pflegegeld zusammenhängt.

Im Beispiel von Abb. 92 könnte deshalb ein etwas höherer Anteil an 30-69-Jährigen als im landesweiten Schnitt (+1,7 Prozentpunkte) somit ggf. dämpfend auf die Nachfrage nach ambulanter Pflege und leicht positiv auf den Anteil an Pflegegeldbezug auswirken. Damit bieten diese Abbildungen einen Einblick in strukturelle Einflussfaktoren und wie diese je Region Wirkkraft entfalten können. Es gilt zugleich zu betonen, dass die Einflussfaktoren für sich genommen nicht überinterpretiert werden dürfen. So ergeben sich nur in der Summe aller Faktoren und über alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg die beschriebenen Effekte. In einzelnen Regionen können sich auch mal gegenteilige Ergebnisse zu den landesweit gültigen Effektrichtungen zeigen. Diese Darstellung bietet somit ein Deutungsangebot an, das im Einzelfall noch überprüft werden muss.

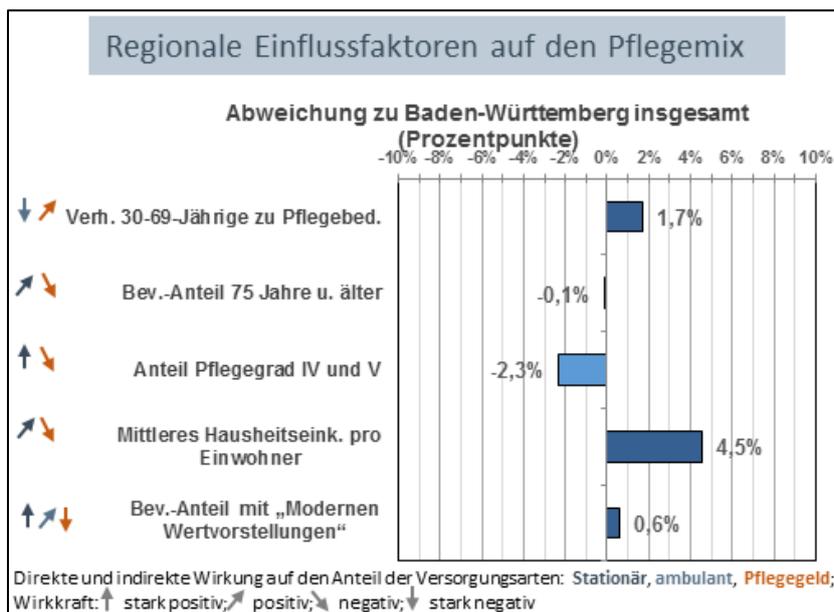


Abb. 81: Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege

## Formelle und informelle Pflege in den Regionen

Der regionale Versorgungsmix wirkt sich stark darauf aus, wer in welchem Umfang vor Ort Sorge und Pflegearbeit leistet. Dies wurden im Abschnitt zur formellen und informellen Pflege vergleichend aufbereitet. Hierfür wurde zunächst im Bereich der beruflich Pflegenden auf Grundlage der Pflegestatistik 2019 der regionale Personalfaktor pro 100 pflegebedürftigen Personen berechnet. Dies umfasst rechnerisch das notwendige Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, in Abhängigkeit vom regionalen Versorgungsmix (d. h. exklusive Verwaltung etc.). Zugrunde liegt dieser Rechnung, dass landesweit in der stationären

Pflege pro pflegebedürftiger Person Personal in Höhe von 0,99 VZÄ beschäftigt ist. In der ambulanten Pflege liegt dieser Personalfaktor bei 0,38 VZÄ pro Klientin oder Klient. Je nach regionalen Anteilen von ambulanter, stationärer Pflege und Pflegegeldbezug ergibt sich somit ein anderer regionaler Personalfaktor. Zudem wurde errechnet, welche Arbeitsstunden die beruflich Pflegenden in etwa pro Woche leisten.<sup>79</sup>

Gleiches erfolgte approximativ für die informell Pflegenden. Die hierfür errechneten Werte dienen einer groben Gegenüberstellung zu den wöchentlichen Arbeitsstunden der beruflich Pflegenden und stellen in diesem Sinne eher eine Illustration des für die Betroffenen, aber auch für das Pflegesystem, bedeutsamen und häufig wenig gewürdigten Engagements von Angehörigen dar. Dabei wurden in einer einfachen Modellrechnung erhobene Werte aus entsprechenden Studien zur Sorge- und Pflegearbeit von Angehörigen verwendet, differenziert nach Großstädten einerseits und eher kleinstädtisch und ländlich geprägten Regionen andererseits.<sup>80</sup>

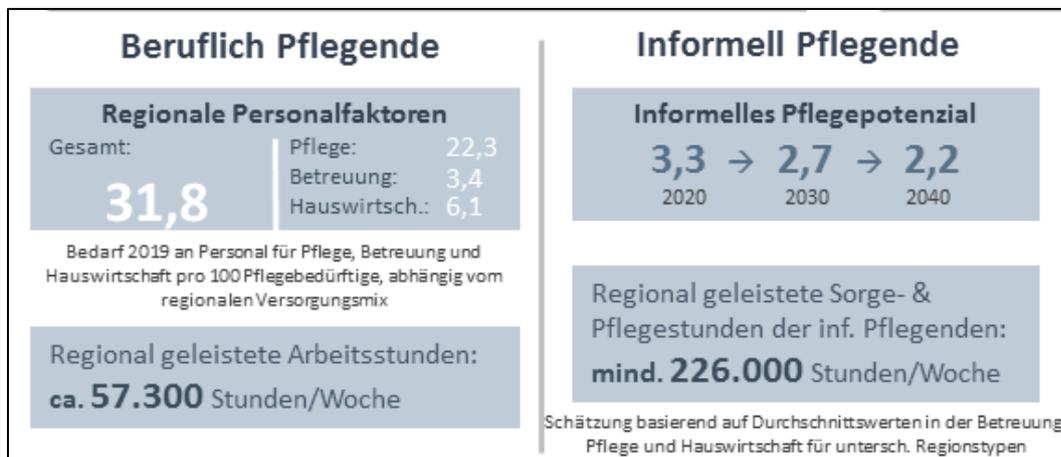


Abb. 82: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege

Das hohe Engagement von Angehörigen im privaten Umfeld – immerhin übernehmen sie bei mehr als der Hälfte der Pflegebedürftigen im Land die Pflege – kennt zunehmend Grenzen. Aufgrund des demografischen und sozialen Wandels ist es fraglich, ob Angehörige in gleicher Weise wie bisher auch in Zukunft die Pflege übernehmen werden. Ein Gradmesser hierfür stellt das sogenannte "informelle Pflegepotenzial" dar: Es ist ein Wert, der das Potenzial familiärer Angehörigenpflege beschreibt und hierbei insbesondere als Kennziffer im Zeitverlauf bedeutsam ist. Der Indikator drückt aus, wie viele Personen im Alter von 30 bis 69 Jahren als potenziell informell Pflegende einer Person im Alter von 75 Jahren oder älter (potenziell Pflegebedürftige) gegenüberstehen. In allen Regionen in Baden-Württemberg geht das informelle Pflegepotenzial in den kommenden 20 Jahren zurück, allerdings auf sehr unterschiedlichem Niveau und verschieden stark (siehe Bsp. in Abb. 93). Für die Planung zum zukünftigen regionalen

<sup>79</sup> Diese Berechnung stellt lediglich eine grobe Schätzung auf Basis der verfügbaren Daten der Pflegestatistik 2019 zum regionalen Versorgungsmix, zur Anzahl an Beschäftigten und verfügbaren VZÄ in ambulanter und stationärer Pflege dar. Abgezogen wurde zudem ein üblicher Overhead von 20 % (Urlaub, Krankheit, Fortbildungen etc.), um eine realistische Nettoarbeitszeit zu erhalten. Nicht einbezogen werden konnten Überstunden o.ä.

<sup>80</sup> Für die acht kreisfreien Großstädte in Bayern sind dies 13 Stunden/Woche; für ländliche Kreise wurden 45 Stunden/Woche angelegt. Vgl. hierzu z. B. Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2006): Die Zeiten der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (3), S. 202–210 oder aktueller: Raker, Miriam; Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 65–95.

Bedarf an professionell Pflegenden sollte das informelle Pflegepotenzial deshalb in entsprechende Überlegungen mit einbezogen werden.

## Entwicklung der Pflegebedürftigen

Als letzter Faktor in der regionalen Betrachtung der Langzeitpflege muss die zu erwartende demografische Entwicklung auch hinsichtlich des zunehmenden Bedarfs an Pflege berücksichtigt werden. Hierfür wurden die Ergebnisse der KVJS-Berechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2030 mit in die Regionalprofile aufgenommen. Abb. 94 zeigt die prognostizierte Entwicklung bis 2030 für Baden-Württemberg in zwei Varianten auf – zum einen mit einem Status-Quo-Szenario (SQ), zum anderen in einer Variante mit einem geringeren Anstieg stationärer Pflege (Var). Dabei sind aufgrund der Datenbasis (Pfleigestatistik 2019) die Gesamtzahlen voraussichtlich zu niedrig angesetzt, da Nachholeffekte der Pflegereformen weiterhin zu stark steigenden Zahlen an Pflegebedürftigen führen.

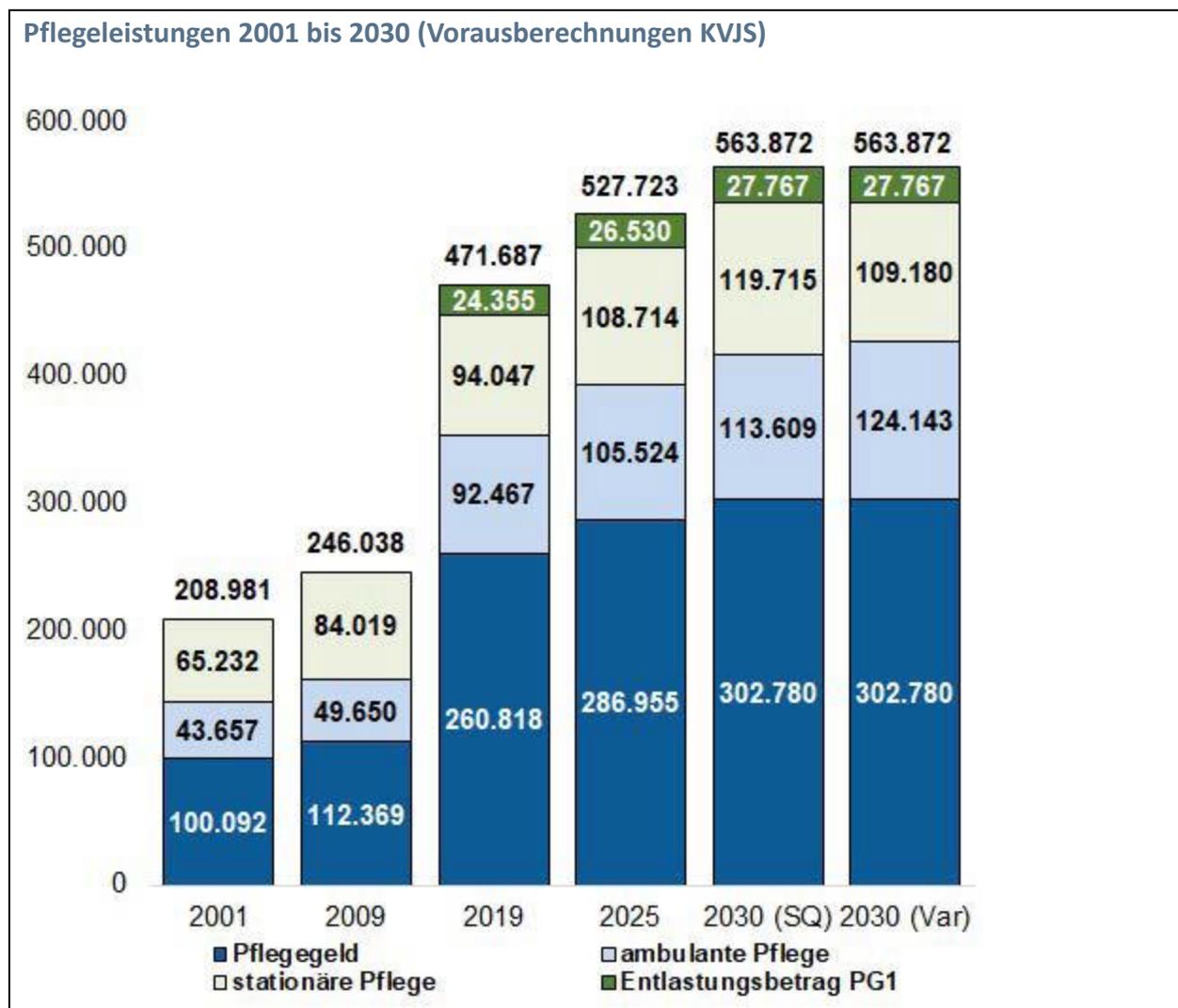


Abb. 83: Zunahme der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg von 2001 – 2030 in zwei Varianten

Dennoch ist die relative Entwicklung aufgrund des demografischen Wandels auch anhand dieser Daten gut abzulesen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohnerinnen

und Einwohner ist in den Kreisprofilen – jeweils im Vergleich zum landesweiten Schnitt – anhand eines Diagramms wie in Abb. 95 dargestellt. Es lässt sich somit ebenfalls auf einen Blick ablesen, inwieweit die demografische Entwicklung in den Landkreisen und kreisfreien Städten in den kommenden Jahren einen Zuwachs an Pflegebedürftigen mit sich bringen wird.

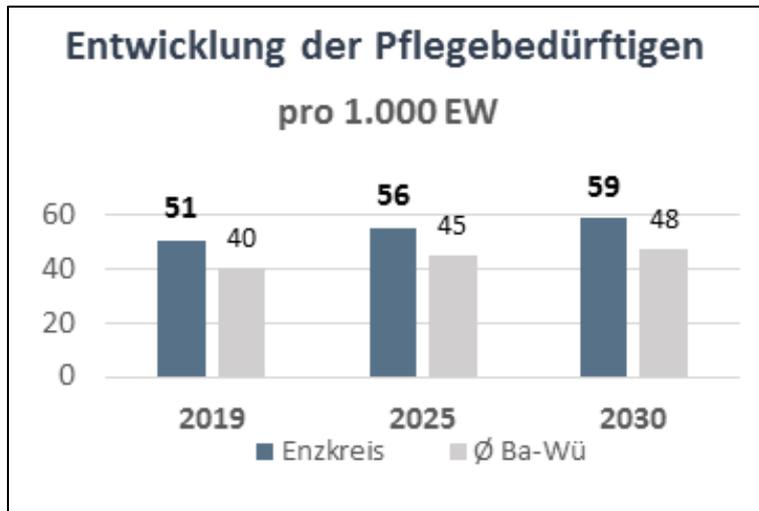


Abb. 84: Entwicklung der Pflegebedürftigen – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege

## Exemplarische Analyse von 4 Regionen

### ANLAGE DER REGIONALSTUDIEN

Das *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* ist einerseits sektorenübergreifend angelegt und andererseits konsequent auf regionale Spezifika und Versorgungslagen fokussiert. Das gilt generell, das gilt in besonderer Weise für Fragen der Langzeitpflege. Für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg liegen Profile für die Pflegearrangements der Landkreise vor. Wie erklären sich diese? Welche infrastrukturellen und soziodemografischen Hintergründe kennen diese Profile? Welchen Einfluss haben Kulturen und Traditionen der Sorge und Versorgung? Lassen sich Effekte von Planung und Governance erkennen? Diesen Fragen wird bezogen auf vier, gemeinsam mit dem Sozialministerium ausgewählten Land- und Stadtkreisen in Baden-Württemberg nachgegangen und das auf der Basis vorliegender Unterlagen, so verfügbar aus der Altenhilfe und Pflegeplanung. Jeweils wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Stadt- und Landkreisen geführt, die ihrerseits eine wesentliche Grundlage für die vorsichtigen Einschätzungen in den vier Regionalstudien bilden. Die Analysen nehmen nicht für sich in Anspruch, präzise und in jeder Hinsicht zutreffend zu sein, sie arbeiten aber mögliche Einflussfaktoren einerseits und Handlungsoptionen andererseits für eine zukunftsorientierte Gestaltung der Langzeitpflege heraus. Sie sind auch insofern exemplarisch, als sie das im *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* aufbereitete Material für regionale und kommunalpolitische Diskussionen nutzen. Genau dazu soll das Monitoring dienen: Die Antworten auf die Herausforderungen der Langzeitpflege sind regional und kommunal zu finden und zu erarbeiten. Dabei gilt es sowohl die Datenlage zu berücksichtigen als auch vorhandene (Infra-)Strukturen, Traditionslinien und kommunalpolitische Dynamiken in den Blick zu nehmen und zu nutzen. Ursula Krämer-Preiß hat den Gedanken der Demokratisierung der Pflege in der Veröffentlichung *Wohnen 6.0* aufgegriffen (Krämer-Preiß 2021). Die Frage der künftigen Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen zwischen Familie, Markt und Staat sowie Zivilgesellschaft bedarf der demokratischen Aushandlung sowohl auf Kreis- als auch auf Gemeinde- und Quartiersebene. Das Thema Pflege geht alle (Bürgerinnen und Bürger) an. Angesichts der künftigen Herausforderungen wird man im Sinne von *Caring Communities* (Klie und Büscher 2022) darum ringen müssen, tragfähige Antworten zu finden, die immer auch mit regionalen Bildungsprozessen und den Entwicklungen einer neuen Sorgeskultur verbunden sein werden. Weder Familie noch der Markt allein sind in der Lage, Antworten auf den künftigen Pflegebedarf zu geben.

## AUSGEWÄHLTE LANDKREISE

### Stadtkreis Mannheim

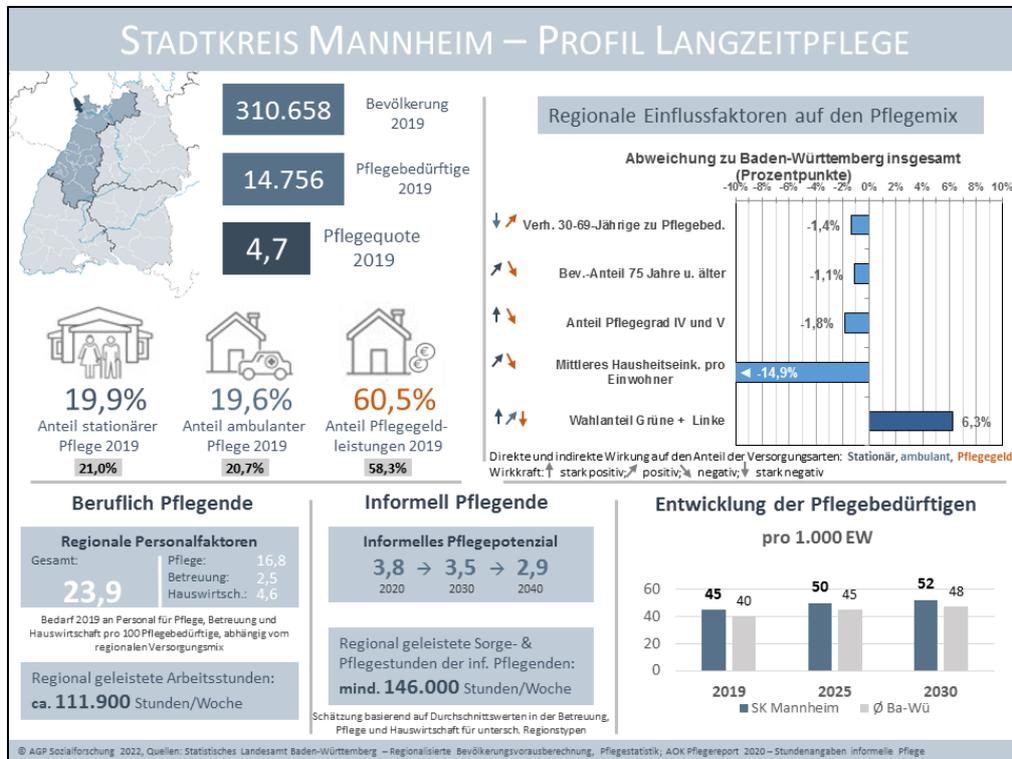


Abb. 85: Profil Langzeitpflege Stadtkreis Mannheim

### Zentrale Profilerkmale des Stadtkreises Mannheim

#### - Auswahlkriterien für die Regionalstudie -

- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Großstadt
- Pflegemix entspricht weitgehend dem Durchschnitt in Baden-Württemberg
- Von allen Stadtkreisen mit Abstand der geringste Anteil an stationärer Pflege (insbesondere existieren in allen anderen Großstädten überdurchschnittliche Werte bei stationärer Pflege, hier leicht unterdurchschnittlich)
- Eher hohe Pflegequote und überdurchschnittlicher Anstieg an Pflegebedürftigen

Mannheim ist die zweitgrößte Stadt Baden-Württembergs, dicht gefolgt von Karlsruhe. Auch wenn Mannheim in den letzten Jahrzehnten einen durchgreifenden Strukturwandel hinsichtlich der bislang prägenden Gewerbe (Metallindustrie) durchlaufen hat, gehört Mannheim gleichwohl zu den deutschen Städten mit sehr guten Zukunftsperspektiven. Die Arbeitslosenquote Mannheims liegt allerdings über dem Landesdurchschnitt von Baden-Württemberg. Über eine Migrationsgeschichte verfügen 43,6 Prozent der Bevölkerung, der Anteil ausländische Staatsbürgerinnen und -bürger bei 25,2 Prozent.

Mit Blick auf das Profil Langzeitpflege weist sich Mannheim als eine Stadt mit einer überdurchschnittlich hohen Pflegequote aus. Der Pflegemix, das heißt, die Verteilung zwischen häuslich versorgten, auf Pflege angewiesenen Menschen und in Heimen lebenden Personen entspricht

weitgehend dem Durchschnitt von Baden-Württemberg. Mannheim verfügt damit über den höchsten Anteil informell Gepflegter unter den baden-württembergischen Großstädten. Von allen Stadtkreisen in Baden-Württemberg hat Mannheim den weitaus geringsten Anteil an stationärer Pflege.

Was sind die möglichen Hintergründe für diesen für eine Großstadt untypischen "Pfleagemix"? Spricht doch die insgesamt hohe Zahl von Einpersonenhaushalten in Mannheim, die im Sozialatlas auch für die Hochbetagten ausgewiesen wird, sowie eher moderne Lebensentwürfe der Bürgerinnen und Bürger, die sich auch in den Parteienpräferenzen widerspiegeln, eher für professionell gestützte Pflegearrangements und stationäre Versorgungsformen. In Mannheim wird man – und das ist auch eines der Grundsätze der in Mannheim verfolgten Sozialplanung – nach Stadtteilen und Quartieren unterscheiden müssen. Der Sozialatlas differenziert hinsichtlich der Stadtteile nach soziostrukturell unauffälligen bis zu soziostrukturell auffälligen Stadtteilen. Die Sozialstruktur von Quartieren ist maßgeblich für die vorfindlichen Pflegearrangements. Insofern ist davon auszugehen, ohne dass hier exakte Zahlen vorliegen, dass der Pfleagemix von Stadtteil zu Stadtteil, je nach soziostrukturellen Merkmalen sehr unterschiedlich ausfällt. Als Erklärungsansätze wurden – von den Expertinnen und Experten bestätigt – folgende Ursachen identifiziert:

- In Mannheim ist die Zahl der Transferleistungsempfänger vergleichsweise hoch. Auch im Alter verfügen Bürgerinnen und Bürger in Mannheim häufig über geringe Einkommen. Sie begünstigen, insbesondere dann, wenn Familienzusammenhänge bestehen, die Inanspruchnahme von Pflegegeld. Dabei spielen nicht zuletzt haushaltsökonomische Gesichtspunkte eine wichtige Rolle. Das Pflegegeld wird für die Existenzsicherung eingesetzt. Dies bestätigt etwa auch der DAK-Pflegereport 2022 (Klie 2023).
- Ein weiterer Hintergrund für die hohe Quote selbstorganisierter Pflege mit Inanspruchnahme des Pflegegeldes, ist der Anteil von Haushalten mit Migrationsgeschichte. In den Haushalten von Spätaussiedlern und auch in denen der größten Gruppe von Migrantinnen und Migranten (Türkei) ist der Familienzusammenhalt sehr ausgeprägt und die Inanspruchnahme von professionellen Diensten kulturell weniger akzeptiert. Es finden sich in Mannheim Pflegedienste, die speziell für die dominanten Gruppen von Migrantinnen und Migranten geeignetes Personal vorhalten. An der hohen Quote selbstorganisierter Pflege ändert dies nichts.
- Ob und in welchem Umfang sich hinter der großen Zahl von selbstorganisierten Pflegearrangements auch osteuropäische Haushaltshilfen finden, ist in Mannheim unbekannt. Eine systematische Inblicknahme von Live-Ins findet nicht statt. Osteuropäische Haushaltshilfen sind eher im Mittelschichtsmilieu verbreitet. Von etwa 700.000 (Petermann et al. 2020) geht man in Deutschland aus.

Die Expert\*innen, mit denen in Mannheim ein ausführliches Gespräch geführt werden konnte, verdeutlichten, dass die hohe Pflegegeldquote und die Quote selbstorganisierter Pflege vor dem Hintergrund der städtischen Zielsetzung einer Stärkung ambulanter Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen zu begrüßen ist. Ob und inwieweit allerdings die Versorgungssituation in den Haushalten befriedigend ist, darüber liegt wie generell für die häusliche Pflege in Deutschland kein systematisches Wissen vor. Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes aus den Begutachtungen werden (noch) nicht ausgewertet (Klie und Büscher 2022). Im Sinne subjektiver Qualitätssicherung wären hier Initiativen und ggf. eine Weiterentwicklung der

rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich (Klie 2023). Durchaus vorbildlich werden in Mannheim die Bezieher von den Leistungen der Hilfe zur Pflege – etwa 1.100 Personen finden sich in stationärer Versorgung, etwa 360 in ambulanter Pflege – durch ein „Pflegemanagement“ begleitet, das Case Management-basiert vorgeht und für den speziellen Personenkreis der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege auch aufsuchende Beratung durchführt. Seitens der Pflegekassen, aber auch der Pflegestützpunkte findet diese zumindest nicht systematisch statt, so dass eine belastbare Aussage über die Versorgungsqualität, die Wahrung von Menschenrechten, die Belastung von pflegenden Angehörigen in den Haushalten mit selbstorganisierter Pflege nicht formuliert werden kann.

Für die Zukunft wird auch ausweislich des Profils Langzeitpflege für die Stadt Mannheim von einem deutlichen Rückgang des informellen Pflegepotentials ausgegangen werden müssen. Auch steigt der Anteil der Einpersonenhaushalte hochaltriger Bürgerinnen und Bürger in Mannheim stetig – nach Stadtteilen resp. Quartieren durchaus unterschiedlich. Hierin sieht die Stadt Mannheim eine der zentralen Herausforderung. Einzelne Initiativen wie etwa 'Mannheim gegen Einsamkeit', initiiert von Hausärztinnen und Hausärzten, reagieren auf das jetzt schon sichtbare Problem alleinlebender älterer und auf Pflege angewiesener Menschen. Konzeptionell und strategisch wird das Thema häusliche Pflege und ihre Stabilisierung angesichts des demografischen Wandels in den Pflegekonferenzen der Stadt Mannheim aufgegriffen und dort nicht zuletzt durch die Entwicklung und Vorstellung des sog. Mannheimer Modells, das sich am „Bielefelder Modell“ orientiert, weiter vorangetrieben. Es sieht fünf Bausteine vor:

- Barrierefreies Wohnen für ältere und auf Pflege angewiesene Menschen,
- in den Stadtteil integrierte ambulante Dienste mit quartiersbezogenen Versorgungsbereichen,
- dezentrale Pflegestützpunkte,
- Stadtteilzentrum resp. Seniorencafé als Begegnungsmöglichkeit und
- Unterstützung ehrenamtlicher Strukturen insbesondere über Einzelhilfen, die gem. § 45b SGB XI abrechenbar sind resp. sein sollen.

Das Mannheimer Modell soll zunächst in einem Stadtteil, dem Stadtteil Vogelstang, der zu den mit einem sehr hohen Anteil an älteren Bürger\*innen zählt, erprobt werden. Nicht zuletzt coronabedingt wurde die Umsetzung des Mannheimer Modells verzögert. Die Konzeptidee soll zeitnah auf weitere Statteile (z. B. Rheinau-Mitte und Neckarstadt-West) übertragen werden.

Dreimal fanden bislang – vom Land geförderte – städtische Pflegekonferenzen statt, zunächst als der Information und dem Austausch dienende Großveranstaltungen mit namhaften Expertinnen und Experten. Vorgesehen ist, sie eher in einen Workshop-Charakter weiterzuentwickeln. Man befindet sich in Mannheim noch am Anfang einer Etablierung von städtischen Pflegekonferenzen, die dann auch als Grundlage für Infrastrukturentwicklung dienen können. Als ein bewährtes Format hat sich der Stadtpflegeausschuss erwiesen, in dem zweimal pro Jahr mit Fachvertreter/innen der ambulanten und stationären Pflege sowie Bürgervertretungen und sonstigen einschlägigen Akteuren aktuelle Entwicklungen und der Handlungsbedarf in der Pflege beraten werden. Mit Blick auf die Zukunft weist nicht zuletzt der Sozialatlas aus, dass auf eine stärkere dezentrale und wohnortnähere Versorgungskonzeption für auf Pflege angewiesene Menschen gesetzt wird. Pflegestützpunkte, Tagespflegeeinrichtungen, von denen es aktuell 16 mit 256 Plätzen gibt, sollen konsequenter sozialraumorientiert angeboten werden.

Auch die 19 Mannheimer Seniorentreffs dienen der Stabilisierung häuslicher Wohn- und Lebenssituationen.

Vier der insgesamt 32 Pflegeheime befinden sich in Trägerschaft der städtischen Wohnungsbaugesellschaft. Vorrangiges Ziel ist es, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren, um einen Anstieg stationärer Versorgungsarrangements zu begrenzen. Ein Desiderat der pflegerischen Infrastruktur besteht in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Kurzzeitpflege gibt es bislang nur eingestreut – mit der Folge, dass die meist aus den Krankenhäusern kommenden Kurzzeitpflegegäste dauerhaft in den stationären Pflegeeinrichtungen verbleiben. Die Errichtung einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung in einem ehemaligen Krankenhaus ist in Planung. Neue, innovative Wohnformen, etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften gibt es in Mannheim für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, nicht aber für hochbetagte und Menschen mit Demenz. Entsprechende bürgerschaftliche Initiativen sind nicht bekannt. Als Grund wird angegeben, dass Träger ambulant betreute Wohngemeinschaften als nicht ausfinanziert ansehen. Beim Thema ambulant betreute Wohngemeinschaften für auf Pflege angewiesene Menschen zeigt sich die Stadt Mannheim eher zurückhaltend, wenn man Mannheim mit anderen baden-württembergischen Großstädten vergleicht.

Auch in Mannheim gibt es einen Nachfrageüberhang nach Pflegefachkräften, der aber noch nicht zu Einschränkungen des Versorgungsumfanges der Dienste und Einrichtungen führt. Nach Einführung der generalistischen Ausbildung wurde in Mannheim eine Koordinationsstelle für die Pflegeausbildung eingerichtet. Probleme bestehen insbesondere in der Gewinnung von Einsatzplätzen insbesondere im Bereich der Pädiatrie, aber auch der ambulanten Pflege. Das Fehlen von Pflegepädagogen behindert den Ausbau von Ausbildungskapazitäten.

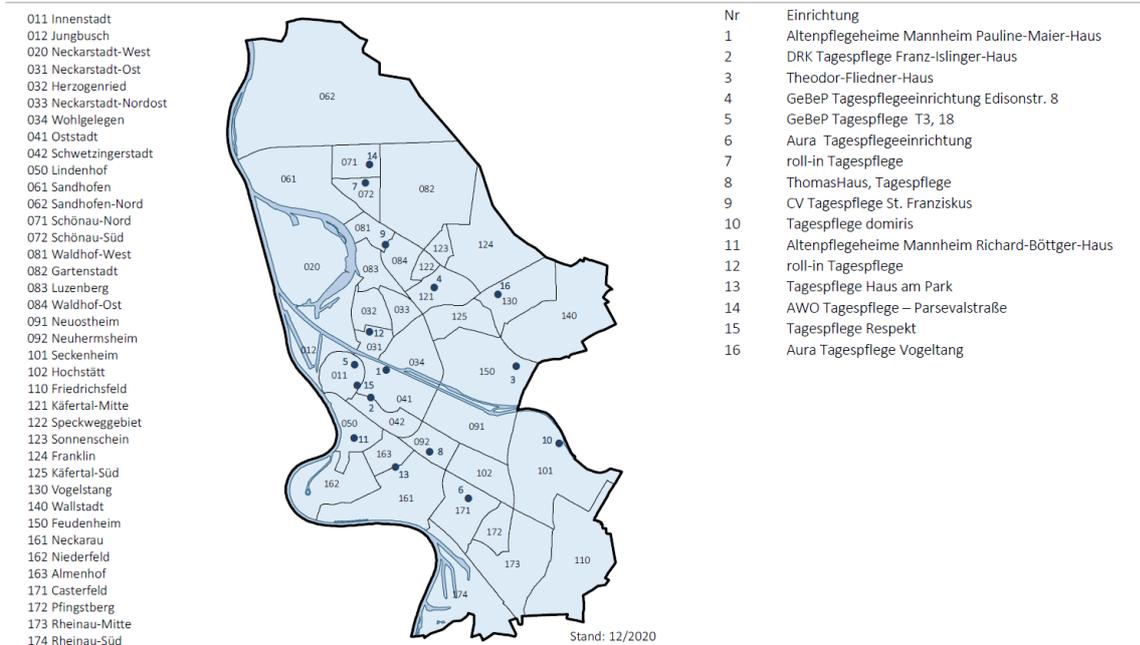
Kommunalpolitisch ist das Thema Pflege nicht zuletzt auf der Dezernentenebene eines, das mit Priorität verfolgt wird. Das Thema Alter und Pflege ist in dem Konzept der lokalen Stadterneuerung fest verankert. Gleichwohl steht man im Sinne einer städtischen und kommunalen Performance in Sachen Altenhilfe und Pflegeplanung angesichts der sozialen und demografischen Wandlungsprozesse vor großen Herausforderungen, die aktuell eher konzeptionell aufgegriffen und angenommen werden und weniger im Sinne einer konsequenten Implementation. Diese dürfte aber gefragt sein, wenn man die Aufgaben der Pflege sozialraumbezogen für die Zukunft meistern möchte. Die städtischen Expertinnen und Experten wünschen sich mehr Kompetenzen für die Stadt, auch im Sinne von Planungskompetenzen, über die sie bislang nicht verfügen. Bisher sehen sie sich letztlich den Leistungserbringern überantworteten Infrastrukturentwicklungen gegenüber – mit geringen Einflussmöglichkeiten und einer eher zurückhaltenden kommunalwirtschaftlichen Aktivität der Stadt Mannheim. Um Infrastrukturdefizite entgegenzuwirken und innovative Versorgungsangebote zu etablieren, werden Überlegungen zur Unterbringung und Versorgung besonders vulnerabler Gruppen angestellt.

Mit der konsequent sozialräumlich orientierten Stadtentwicklung bietet die Stadt Mannheim gute Voraussetzungen dafür, quartiersbezogene Versorgungsstrukturen und -konzepte zu entwickeln. Dies wird allerdings nur im Sinne des Welfare Mixes, das heißt auch unter Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Ressourcen und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, gelingen. Das Langzeitpflegeprofil des Stadtkreises Mannheim kennt spezifische soziostrukturelle Hintergründe. Sie sind aber keineswegs stabil: Der Rückgang des informellen Pflegepotenziales, die Zunahme von Einpersonenhaushalten – auch der über 80-Jährigen – soziale Wandlungs-

## EXEMPLARISCHE ANALYSE VON 4 REGIONEN

prozesse auch in migrantischen Milieus verlangen eine wesentlich stärkere kommunale Governance in Sachen Altenhilfe und Pflege. Die Ausgangssituation ist vergleichsweise günstig, der Handlungsbedarf aber unabweisbar.

Abbildung 5-6: Tagespflege in Mannheim



Quelle: Fachbereich Arbeit und Soziales / Sozialplanung

Abb. 86: Tagespflege in Mannheim 2020

Abbildung 5-4: Seniorentreffs, Seniorenberatungsstellen und Pflegestützpunkte im Stadtgebiet

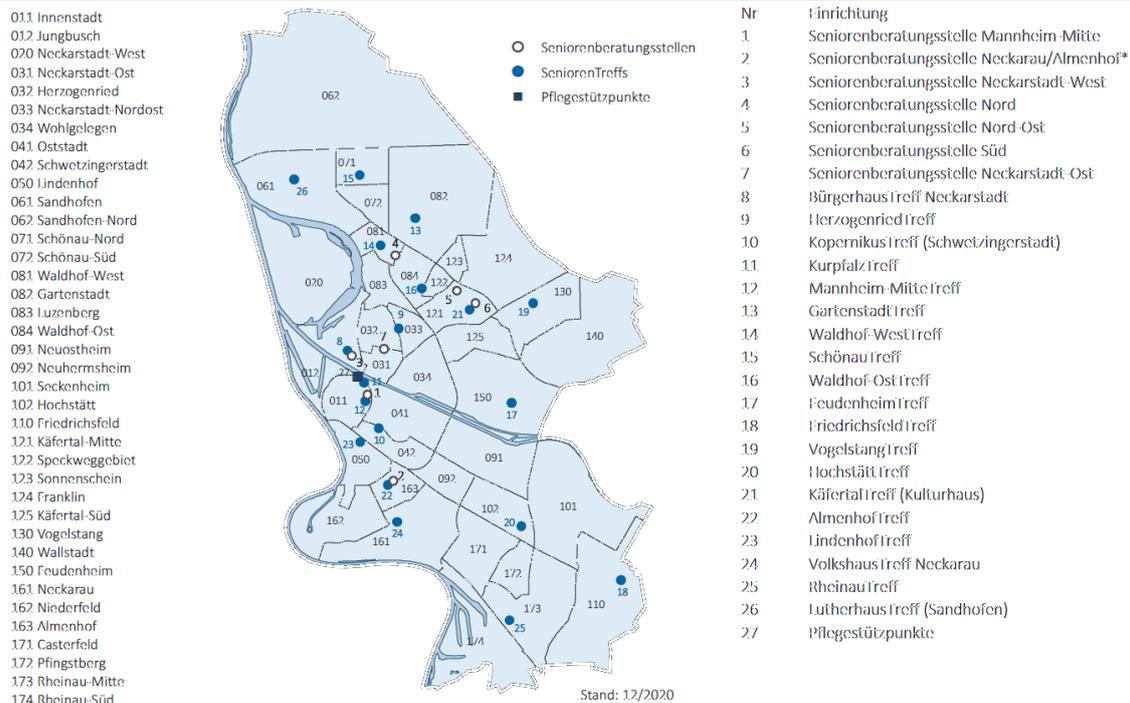


Abb. 87: Seniorentreffs, Seniorenberatungsstellen und Pflegestützpunkte im Stadtgebiet Mannheims

## Landkreis Schwäbisch Hall

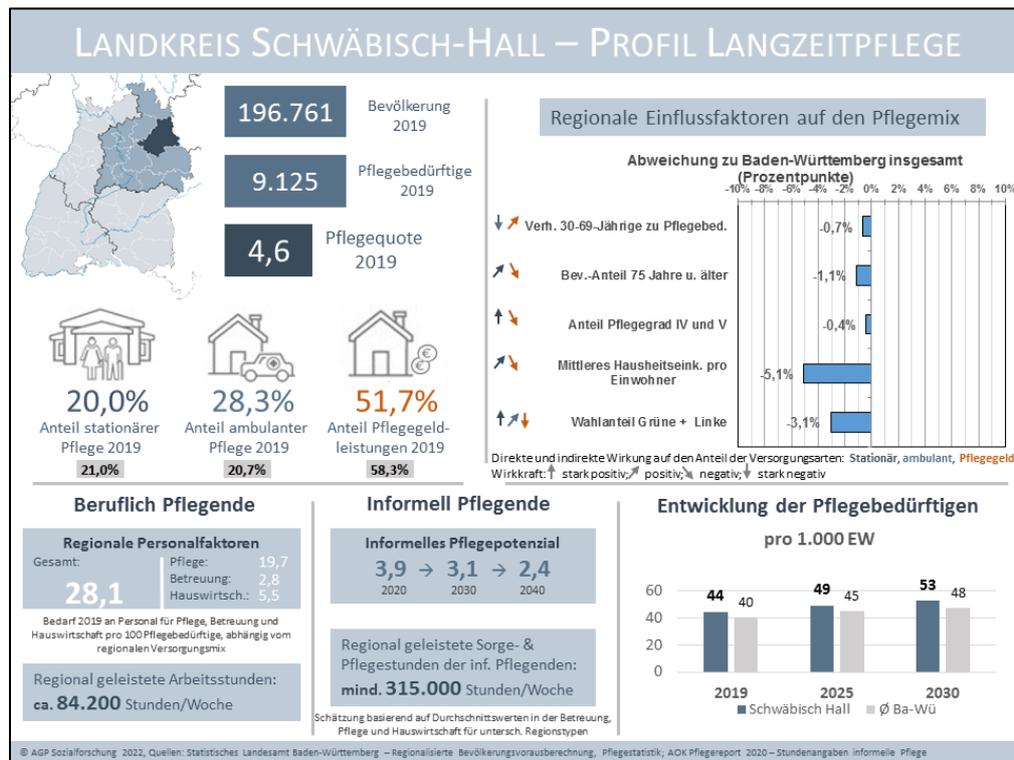


Abb. 88: Profil Langzeitpflege Landkreis Schwäbisch Hall

### Zentrale Profilvermerkmale des Landkreises Schwäbisch-Hall

#### - Auswahlkriterien für die Regionalstudie -

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Eher ländlich geprägt
- Hohe Pflegequote und überdurchschnittlicher Anstieg an Pflegebedürftigen bis 2030
- Deutlicher Rückgang des informellen Pflegepotenzials
- Geringer Pflegegeld-Anteil
- Hoher Anteil ambulanter Pflege

Schwäbisch Hall ist ein Landkreis mit etwa 200.000 Einwohnerinnen und Einwohnern mit insgesamt 30 kreisangehörigen Gemeinden. Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es einen Pflegestützpunkt mit zwei Standorten: Crailsheim und Schwäbisch Hall sowie regelmäßig Außensprechstunden in zwei weiteren Gemeinden. Die Infrastruktur, Bedarfsentwicklung und Aktivitäten im Landkreis Schwäbisch Hall in Sachen Alter und Pflege werden in dem zuletzt 2020 aktualisierten Seniorenplan zusammengefasst und mit entsprechenden Empfehlungen und Umsetzungsvorschlägen hinterlegt. Er ist ein Beispiel für eine qualifizierte Sozialplanung, die auf einer recht fundierten Datenbasis die künftigen Entwicklungen in Fragen der Altenhilfe und Pflege antizipiert. Dem Seniorenbüro obliegen auch die Aufgaben der Altenhilfefachberatung, Aufgaben der Sozialplanung inkl. Altenhilfe werden von einer 50 Prozent-Stelle verantwortet.

Das Profil Langzeitpflege des Landkreises Schwäbisch Hall ist geprägt durch eine recht hohe Pflegequote und einen im Vergleich zu anderen Landkreisen vergleichsweise geringen Anteil von reinem Pflegegeldbezug. Dafür liegt der Anteil der Pflegehaushalte, die ambulante Dienste

in Anspruch nehmen, deutlich über dem Landesschnitt und schon gar über dem Durchschnitt anderer Landkreise. Die Quote der stationär Versorgten liegt etwa im Landesdurchschnitt, das informelle Pflegepotential ist für die nächsten Jahre und Jahrzehnte rückläufig.

Wie erklärt sich im Landkreis Schwäbisch Hall die ausgeprägte Inanspruchnahme von ambulanten Diensten? Sie wird von den Expertinnen und Experten, mit denen im Rahmen der Regionalanalyse gesprochen werden konnte, positiv bewertet. Tragen ambulante Dienste doch zur Qualifizierung der häuslichen Pflege und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements bei. Ambulante Dienste sind im Landkreis auch in der Fläche noch vergleichsweise gut vertreten. Allein die Verfügbarkeit ist ein Faktor und eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme ambulanter Dienste. Die Akzeptanz von ambulanten Pflegediensten, die keineswegs überall in gleicher Weise vorhanden ist, hat möglicherweise auch etwas mit der Tradition der Gemeindegemeinschaften im Landkreis zu tun, die bei vielen Bürgerinnen und Bürger noch bekannt sind, auch persönlich, auch wenn sie inzwischen nicht mehr als die Gemeindegemeinschaft, sondern als Mitarbeiterin eines (frei gemeinnützigen) Pflegedienstes tätig sind. Die Inanspruchnahme von fachpflegerischer Unterstützung ist vergleichsweise selbstverständlich. Dazu tragen möglicherweise auch die zahlreichen Krankenpflegefördervereine bei, die es in einer ganzen Reihe von Gemeinden (immer noch) gibt. Auch einige engagierte Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, die traditionell qua Amt oft Vorsitzende der Krankenpflegefördervereine sind, leisten ihren Beitrag, dass die häusliche Pflege nicht allein als eine Privatangelegenheit, sondern auch als eine der örtlichen Gemeinschaft verstanden wird. Diese weiterwirkenden Traditionen und im Hintergrund noch wirksamen Strukturen und Kulturen haben möglicherweise Einfluss auf die Pflegearrangements und damit auch auf die Inanspruchnahme von Pflegediensten, insbesondere solche in freigemeinnütziger Verantwortung.

Neben den Krankenpflegefördervereinen existieren weitere Unterstützungsstrukturen in kreisangehörigen Gemeinden, zu denen etwa Maschinenringe, aber auch in der zurückliegenden Dekade neu gegründete Bürgerhilfevereine gehören. Es sind weniger Angebote gem. § 45b SGB XI, die im ländlichen Bereich verbreitet sind. Für ihre Etablierung und Gründung werden die bürokratischen Hürden als zu hoch angesehen. Sie sind eher im städtischen Bereich verfügbar. In ländlich geprägten kreisangehörigen Gemeinden und Dörfern spielen die genannten traditionsreichen Unterstützungsnetzwerke ebenso eine Rolle wie eher modernere wie die erwähnten Bürgerhilfen und wie Seniorengenossenschaften, die immerhin in acht Gemeinden vorhanden sind. Ob diese traditionellen Strukturen zukunftsfest sind, ist offen. Es fehlt in vielen dieser Organisationen an Nachwuchs für die Verantwortungsrollen in den entsprechenden Strukturen. Eine aktive Verantwortungsübernahme der Kommunen selbst, eine offensive Performance wird eher nicht wahrgenommen, obwohl auch seitens der Expertinnen und Experten auf der Landkreisebene hierfür großer Bedarf gesehen wird: Es bräuchte Kümmererfunktionen, die den Aufbau von bürgerschaftlichen Netzwerken und den Erhalt bestehender Strukturen unterstützen.

Es finden sich im Kreissenorenplan gut dokumentierte modellhafte Ansätze örtlicher Unterstützungsnetzwerke, die allerdings nicht in der Fläche verfügbar und auch nicht in Planung seien. Eine einheitliche, kreisübergreifende, alle kreisangehörigen Gemeinden integrierende Strategie für die Beantwortung der Unterstützungs- und Pflegebedarfe insbesondere auch unter Einbeziehung sozialräumlicher und bürgerschaftlicher Ansätze gäbe es im Landkreis nicht. Eine dieser Aufgabe dienende kommunale Pflegekonferenz wurde bislang nicht eingerichtet.

Dafür existiert eine kommunale Gesundheitskonferenz, die sich etwa dem Thema gesundes Älterwerden annimmt.

Die Infrastrukturentwicklung im Landkreis, insbesondere hinsichtlich stationärer Angebote, liegt faktisch in der Hand von Investoren. So lässt sich entlang der Autobahn eine Reihe von investorenbetriebener Heimentwicklung nachvollziehen, die allerdings kaum rückgebunden ist in Stadt- und Regionalentwicklung. Innovative Wohnformen wie etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften gibt es eine respektive keine, die die systematische Einbeziehung von An- und Zugehörigen und bürgerschaftlich Engagierten vorsehen würden. Vermisst wird ein integriertes Care und Case Management auf Landkreisebene unter Beteiligung aller mit den Aufgaben der Pflegeberatung betrauten Pflegekassen. Der Pflegestützpunkt übernimmt die ihm zugedachte Care Management-Funktion, im Einzelfall aber durchaus auch neben Beratungsaufgaben Case Management-Aufgaben jenseits der Zuständigkeitsverteilung nach Landesrecht. Die Pflegekassen, sie sind in aller Regel örtlich nicht vertreten. Insofern findet eine abgestimmte Pflegeberatung mit Rückbindung in die Pflegestützpunkte nicht oder nur mit ausgewählten Kassen, insbesondere der AOK, statt. Kompensiert werden fehlende Pflegeberatungsangebote auch durch private Anbieter, die Pflegeberatung kostenpflichtig anbieten. Das Fehlen von suffizienten Case Management-Strukturen führt zu Effizienzdefiziten, insbesondere auch in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern. Positiv hervorzuheben sei das systematische Entlassmanagement, das in der akutergeriatrischen Station des kreiseigenen Klinikums mit insgesamt 27 Betten praktiziert wird.

Was die Personalsituation anbelangt, wurde diese bislang als noch vergleichsweise beruhigt angesehen: Es gäbe ausreichend Ausbildungskapazitäten im Landkreis, sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Assistenzberufe und Pflegehilfskräfte. Engagierte Träger von Pflegeschulen seien vorhanden. Die Gewinnung von Auszubildenden ist allerdings im Zusammenhang mit der generalistischen Ausbildung schwieriger geworden. Es fehlt u.a. an ÖPNV-Anbindungen für die Schülerinnen und Schüler sowie an Einsatzplätzen. Aktuell mehren sich offenbar Hinweise auf Personalengpässe, die zum Stopp von Planungen stationärer Einrichtungen führten. Besonders eklatant sind Engpässe auf dem „Markt“ haushaltsnaher Dienstleistungen. Infrastrukturdesiderate werden insbesondere in der solitären Kurzzeitpflege gesehen. Offenbar überlegen Kliniken auf dem Kreisgebiet solche zu schaffen. Auch die inzwischen besser nachgefragten Tagespflegeeinrichtungen sollten ausweislich des Seniorenplans für alle Bürgerinnen und Bürger besser verfügbar, das heißt wohnortnäher, angesiedelt werden. Das verlangt allerdings nach einer deutlich stärkeren Planungskompetenz des Landkreises, über die er bislang nicht verfügt, die aber gewünscht werden.

Das Langzeitpflegeprofil des Landkreises Schwäbisch Hall entspricht in Teilen einem Zielfoto künftiger pflegerischer Versorgung, nicht zuletzt durch den vergleichsweise hohen Versorgungsanteil ambulanter Dienste. Die Versorgungsstrukturen und -traditionen, die immer auch noch von landwirtschaftlichen Wohnrechtsbedingungen und sie tragenden Kulturen beeinflusst werden, haben eine vergleichsweise gute lokal verankerte Unterstützungsstruktur erhalten oder geschaffen, die für die Zukunft allerdings kommunalpolitischer Investitionen, sowohl auf gemeindlicher, als auch auf Landkreisebene bedarf. Die alten Traditionen der bürgerschaftlich und mitgliedschaftlich mitgetragenen Krankenpflegefördervereine sind ebenso wertvoll wie moderne Formen solidarischer Unterstützungsnetzwerke wie die neuen Bürgerhilfevereine und Seniorengenossenschaften. Man wird in der Zukunft allerdings nicht mehr darauf setzen können, dass es diese so weiter gibt und aus sich selbst heraus erhalten. Insofern wäre es

wünschenswert, die kreisangehörigen Gemeinden würden sich stärker dem Thema Pflege stellen – koordiniert und eingebettet in einer beim Kreis angesiedelten Pflegekonferenz. Das Thema Gewinnung von jungen Menschen für die Pflege und die Gewährleistung ihrer Mobilität gehört gerade in den ländlich geprägten Gemeinden mit auf die Agenda. Sinnvoll erscheint es überdies, die Probleme in der hausärztlichen Versorgung, den Einsatz von ärztlichem Assistenzpersonal systematisch mit den Qualifizierungsstrategien in der Pflege zu verbinden. Ein weiterer wichtiger Baustein für die zukunftsorientierte Stabilisierung des Pflegemixes im Landkreis Schwäbisch Hall dürfte der Aufbau eines integrierten, sektorenübergreifenden Care und Case Managements sein.

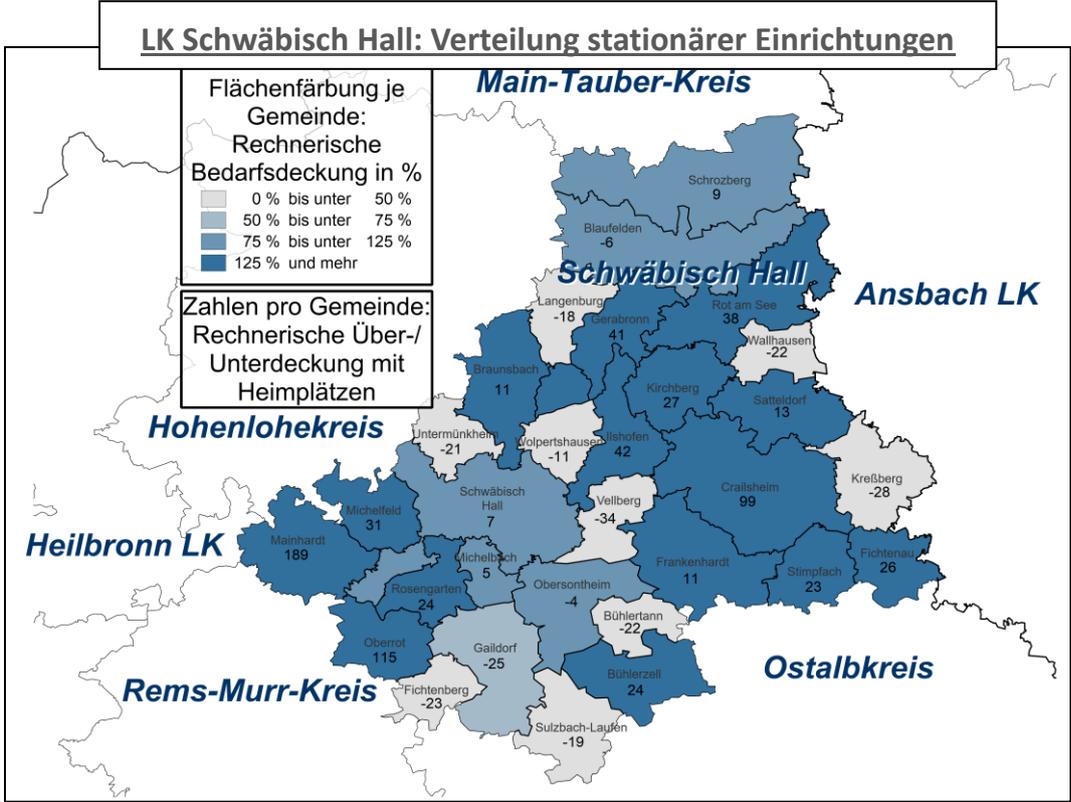


Abb. 89: Verteilung stationärer Einrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall

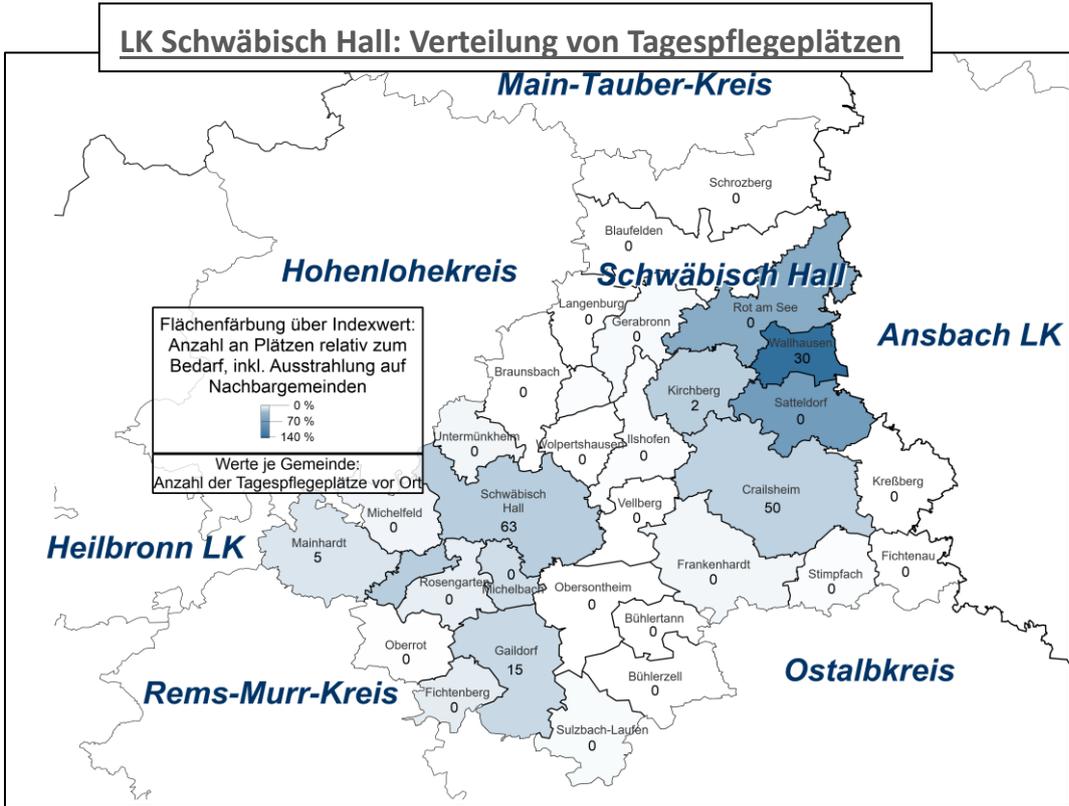


Abb. 90: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Schwäbisch Hall

## Landkreis Tübingen

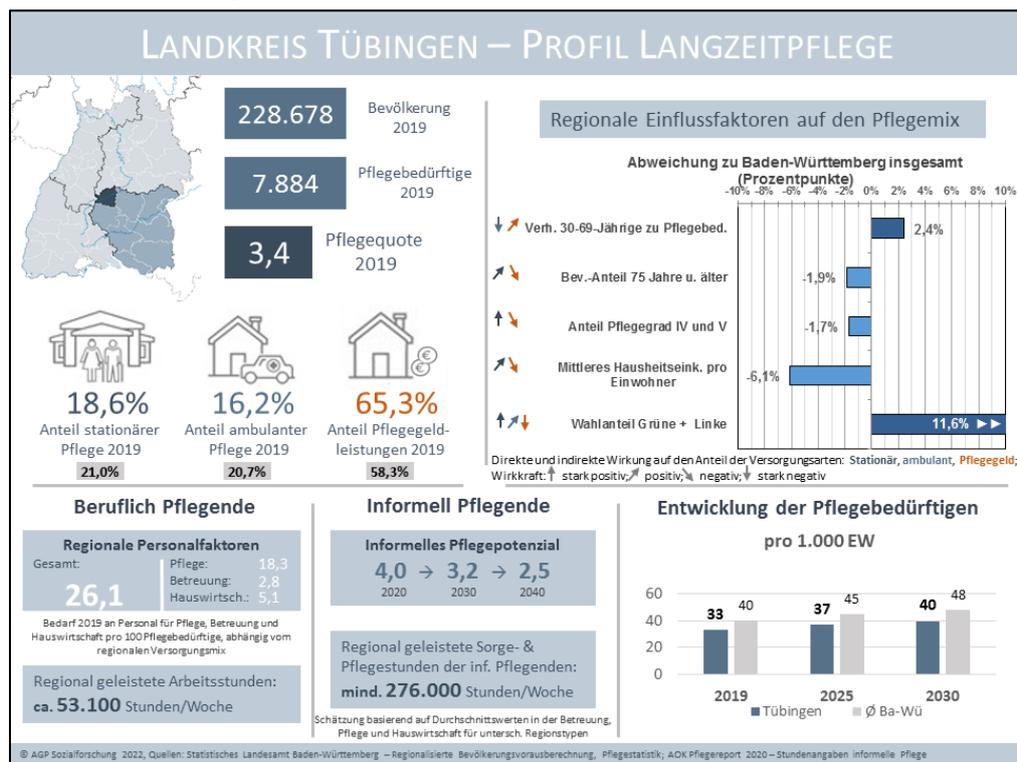


Abb. 91: Profil Langzeitpflege Landkreis Tübingen

### Zentrale Profilmeregkmale des Landkreises Tübingen

#### - Auswahlkriterien für die Regionalstudie -

- Regierungsbezirk Tübingen
- Eher städtisch geprägter Landkreis
- Hoher Rückgang des informellen Pflegepotenzials
- Überdurchschnittlicher Anteil an Pflegegeldempfängern und unterdurchschnittlicher Anteil an professioneller Pflege (ambulant und stationär)

Im Landkreis Tübingen leben knapp 230.000 Einwohnerinnen und Einwohner, darunter etwa 8.000 pflegebedürftige Menschen. Die Pflegequote ist aktuell vergleichsweise niedrig, der Anteil an selbstorganisierten Pflegearrangements, von Pflegegeldbeziehern sehr hoch. Dies überrascht mit Blick auf den in Teilen städtisch geprägten Landkreis. Der Landkreis Tübingen, der auch infrastrukturell eng mit der Stadt Tübingen verschränkt ist, verfügt über eine vielfältige Infrastruktur für auf Pflege angewiesene Menschen. Sie reicht von Pflegestützpunkten in den Städten Tübingen, Mössingen und Rottenburg mit Außenstellen über eine landkreisweite Beratung, 25 Pflegediensten, 17 Tagespflegeeinrichtungen, 31 Pflegeheimen bis hin zu Wohngemeinschaften. Auch eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung – eine Seltenheit in Baden-Württemberg – mit 55 Plätzen ist im Landkreis vorhanden. Bemerkenswert ist die Verfügbarkeit von Dauerpflegeplätzen in allen Städten und Gemeinden des Landkreises mit einer Platzzahl von 15 bis 542.

Prognosen lassen einen großen Handlungsbedarf für den Landkreis erkennen: Das informelle Pflegepotential wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich schrumpfen, die Zahl

der Pflegebedürftigen moderat steigen. Die größten Probleme bestehen in der Gewinnung von Beschäftigten für die Langzeitpflege, die ambulanten Dienste und die Kliniken – sowohl bei Fachkräften als auch Assistenzkräften.

Der Landkreis stellt sich den aktuellen und vor allen Dingen auch künftigen Herausforderungen und dies in Zusammenarbeit mit den Kommunen im Landkreis: Eine Förderrichtlinie zur Unterstützung ambulant betreuter Wohngemeinschaften mit einer entsprechenden Beratungsstelle unterstützt den weiteren, wohnortnahen Ausbau von ambulant betreuten Wohnformen. Über Bürgerbeteiligungsprozesse, die in vielen Gemeinden stattfinden, werden Bürgerinnen und Bürger mit den Versorgungsfragen in der Pflege konfrontiert und dies auch unter dem Stichwort der sorgenden Gemeinschaften, die für eine breite Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an Sorgeaufgaben und ihrer Diskussion stehen. In dem Experteninterview wurde die Resonanzfähigkeit des Themas sorgender Gemeinschaften ebenso betont wie die Notwendigkeit, die Suche nach örtlichen Antworten auf den Pflege- und Sorgebedarf vom Landkreis zu unterstützen.

Insgesamt 34 Entlastungs- und Unterstützungsangebote nach der UstA-VO konnten 2022 vom Landkreis finanziell unterstützt werden und somit stattfinden. Beklagt werden allerdings die hohen bürokratischen Hürden. Die Coronapandemie hat mit dazu beigetragen, dass manche Initiativen ihre Arbeit eingestellt haben. Die Aktivierung der Bürgerschaft in den kreisangehörigen Gemeinden für das Thema Sorge und Pflege stelle sich als eine Daueraufgabe dar. Das gilt auch für den "Betrieb" von selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Der geringe Versorgungsanteil von ambulanten Diensten, der sich aus dem Langzeitpflegeprofil des Landkreises ergibt, wird vor allen Dingen mit fehlenden Kapazitäten begründet. Die ambulanten Dienste signalisieren offenbar, dass sie am Limit seien. Ökonomisch lohnen sich ambulante Pflegedienste nicht. Pflegedienste konkurrieren mit Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die attraktivere Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten bieten können. Auch gäbe es einen möglichen Sogeffekt von den Unikliniken in der Stadt Tübingen, die eine ganz andere Bezahlung anbieten könnten. Insofern zeigt sich am Landkreis Tübingen in exemplarischer Weise, wie die Personalbedarfssituation in Regionen eine sektorenübergreifende Betrachtung verlangt. Da auch in den Kliniken Personalmangel herrscht, stellt sich das Thema Fachkräftemangel als ein sektorenübergreifendes Problem dar. Ist aufgrund des Fachkräftemangels keine ausreichende und zeitlich verfügbare Pflege möglich, wird der informelle Pflegesektor weiter belastet. Dieser stellt aber das Rückgrat der pflegerischen Versorgung dar. Kollabiert dieser, werden möglicherweise Krankenhauseinweisungen und Heimübertritte, die an sich vermeidbar wären, provoziert.

Heimübersiedlungen können offenbar auch dadurch verursacht werden, dass keine kurzfristig verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze vorhanden sind. Das gilt insbesondere bei poststationärer Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt. Im Landkreis Tübingen gibt es derzeit insgesamt 55 solitäre Kurzzeitpflegeplätze – mit einer konzeptionell allein auf solitäre Kurzzeitpflege ausgerichtete Einrichtung. Die Platzzahl ist jedoch nicht bedarfsdeckend. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen könnten eine wichtige Scharnierfunktion nachstationärer Versorgung einnehmen. Entfällt diese, kommt es verbreitet zu Fehlversorgungen. Aber auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen rechnen sich in der Regel nicht. Insofern beklagt auch der Landkreis Tübingen hier Infrastrukturdesiderate mit deutlich spürbaren Folgen.

Auch das vergleichsweise entfaltete Case Management im Landkreis Tübingen – mit den Pflegestützpunkten, der Pflegeberatung und der landkreisweiten Beratung in Altenhilfe und Pflege, kann an der Infrastrukturproblematik kurzfristig nichts ändern. Immerhin wird sie durch das Case Management sichtbar.

Sowohl in der kommunalen Pflegekonferenz als auch in regionalen Pflegeforen werden aktuelle und konkrete Themen diskutiert und bearbeitet. Grundlage sind die Bedarfe aus dem Kreisplan für Seniorinnen und Senioren. Das Format habe sich sehr bewährt. Auf den Pflegekonferenzen und Pflegeforen werde informiert, beraten und diskutiert. Durch die Bearbeitung konkreter Themen aus den Städten und Gemeinden sowie ausgewählter Inhalte aus dem Kreisplan wurden auch die auf der Basis des vorliegenden Kreisplans ausgearbeiteten Maßnahmen mit abgedeckt. Zudem ist es gelungen in der Kreispflegekonferenz alle Bürgermeisterinnen und Bürgermeister einzubeziehen. Die regionalen Pflegeforen würden durch diese gut besucht. Inzwischen gehöre es zum guten Ton, dass in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden das Thema Alter und Pflege prominent behandelt wird: Die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister würden das Thema sehr ernst nehmen. Wichtig sei es, die Städte und Gemeinden zu motivieren und zu unterstützen, die ihnen auch rechtlich zustehenden Spielräume für die Gestaltung von Aufgaben in der Altenhilfe und Pflege zu nutzen. Abstimmungen zwischen den Gemeinden und mit dem Landkreis seien wichtig und die Kooperationen laufen vielerorts gut. Eine koordinierte Planung auf Landkreisebene bleibe weiterhin eine wichtige und noch nicht in jeder Hinsicht umgesetzte Aufgabe.

Die Bedeutung von osteuropäischen Haushaltshilfen steige. Genauere Zahlen seien nicht bekannt. Man wisse aber im Landkreis darum, dass ohne osteuropäische Haushaltshilfen die ambulante Pflegeversorgung – wie insgesamt in Deutschland – vielfach nicht aufrechterhalten werden könnte. Eine aktive Steuerung dieser vielfach im Graubereich tätigen Haushaltshilfen finde aber im Landkreis so nicht statt.

Das Thema Personalmangel ist eines der zentralen Themen im Landkreis und der Universitätsstadt Tübingen. Es wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich dem Thema Personalgewinnung widmet. Ein Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist ein Imagefilm in Kooperation mit verschiedenen Trägern der Altenhilfe, der Stadt Tübingen und dem Landkreis, der die generalistische Pflegeausbildung promoten soll. Das Thema Personalmangel – auch im Assistenzbereich – stellt eine Art Grundton in den Diskussionen in den unterschiedlichen Zusammenhängen in der Altenhilfe und Pflege dar.

Das Thema Care und Case Management ist im Landkreis virulent. In den Pflegestützpunkten findet auch eine durchaus konstruktive Zusammenarbeit mit Pflegeberatungen einiger Kassen statt. Vorbildlich sei das systematische Entlassmanagement im Sinne des Case Managements die Reha-Klinik in Bad Sebastiansweiler – im Rahmen eines vom Land geförderten Projektes. In dieser Klinik werde auf eine weitere solitäre Kurzzeitpflege aufgebaut. Ansonsten ist das Thema Entlassmanagement im Sinne von Case Management und einer systematischen Bearbeitung der Schnittstellenproblematik zwischen Akut- und Dauerpflege ausbaufähig.

Der Landkreis Tübingen weist einige Besonderheiten auf, die sich zum einen aus der Nähe zur Hochleistungsmedizin in den Unikliniken in Tübingen ergibt: Die Kliniken entfalten – gerade im Zusammenhang mit der generalistischen Ausbildung – einen möglichen Sogeffekt hinsichtlich der Pflegefachkräfte. Dies fordert in besonderer Weise die Träger ambulanter Dienste und stationärer Altenhilfeeinrichtungen heraus, aber letztlich auch die Kassen mit ihrem Sicherstellungsauftrag und den Landkreis in seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge in der Pflege.

Besonders bemerkenswert erscheint die Offenheit des Landkreises und der kreisangehörigen Städte und Gemeinden für innovative Formen der pflegerischen Versorgung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften als Lernfelder für eine neue Pflegekultur bis hin zu sorgenden Gemeinschaften auf örtlicher Ebene. Ein linearer Zusammenhang zwischen der hohen Pflegegeldquote und der Quote selbstorganisierter Pflegearrangements und diesen eher neuen Formen der Vergesellschaftung von Pflege- und Sorgeaufgaben lässt sich nicht erkennen. Dass es allerdings gelungen ist, die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisangehörigen Gemeinden und Städte für das Thema Pflege zu gewinnen, dass an vielen Orten bürgerschaftlich getragene Initiativen entstanden sind, die sich dem Thema jenseits von professionellen Angeboten widmen, lässt sich als ein besonderes Profil des Landkreises benennen. Dies hat einerseits mit der Governance des Landkreises und der Stadt Tübingen zu tun hat, andererseits sicherlich auch mit der besonderen Bevölkerungszusammensetzung und den in der Region innovationsgeneigten Milieus, die sich aus dem Profil Langzeitpflege des Landkreises Tübingen ablesen lässt. Eine koordinierte Planung der Aktivitäten insbesondere im stationären Sektor zwischen den kreisangehörigen Städten und Gemeinden findet noch nicht statt. Hier zeigt sich auch – bestätigt durch die Experten des Landkreises Tübingen – wie wichtig der Einfluss der Kommunen auf die Infrastrukturentwicklung und -planung in der Pflege ist.

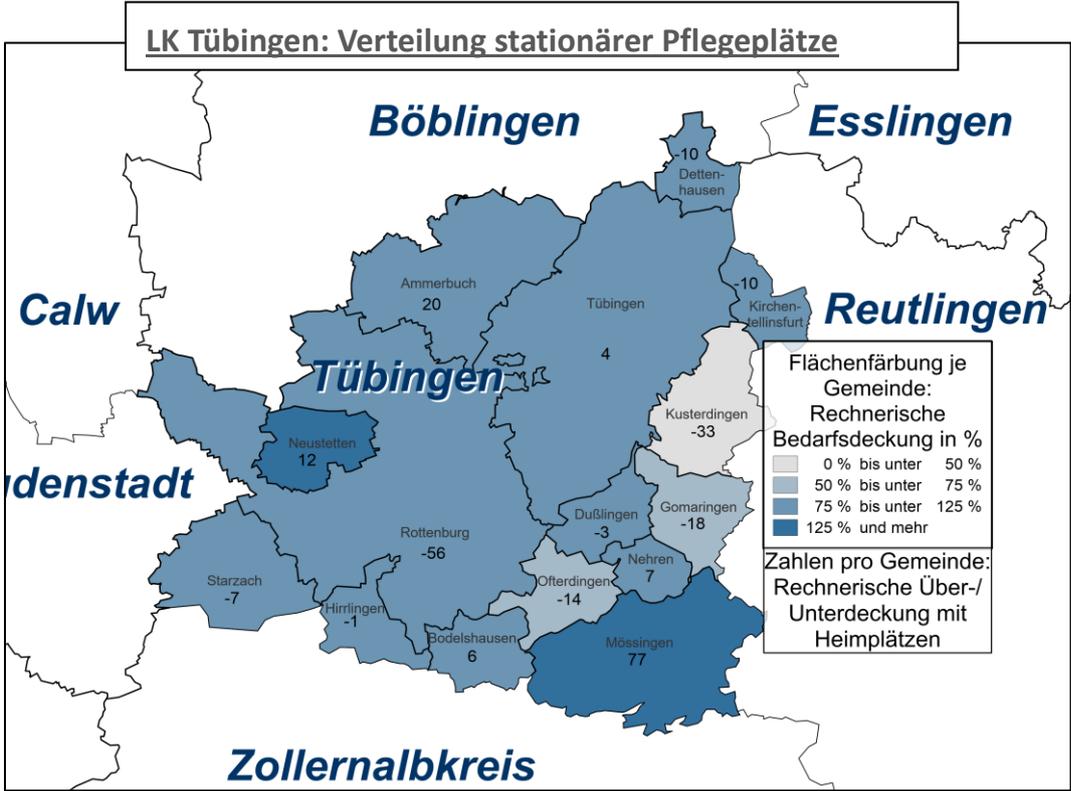


Abb. 92: Verteilung stationärer Pflegeplätze im Landkreis Tübingen

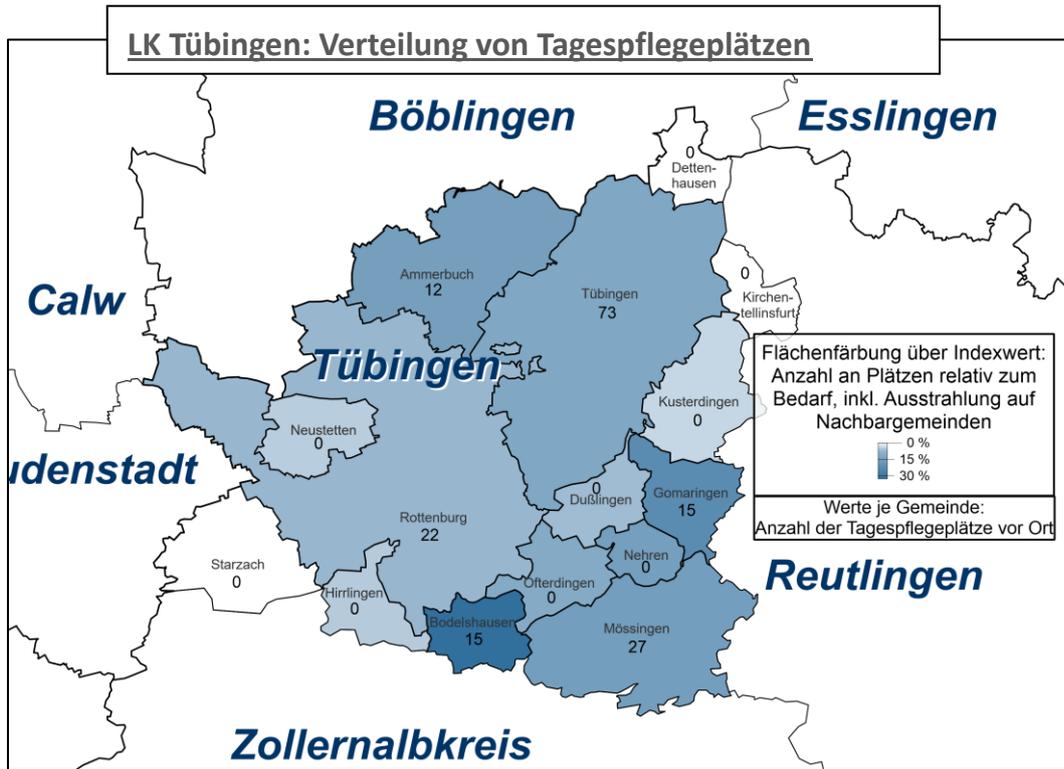


Abb. 93: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Tübingen

## Landkreis Waldshut

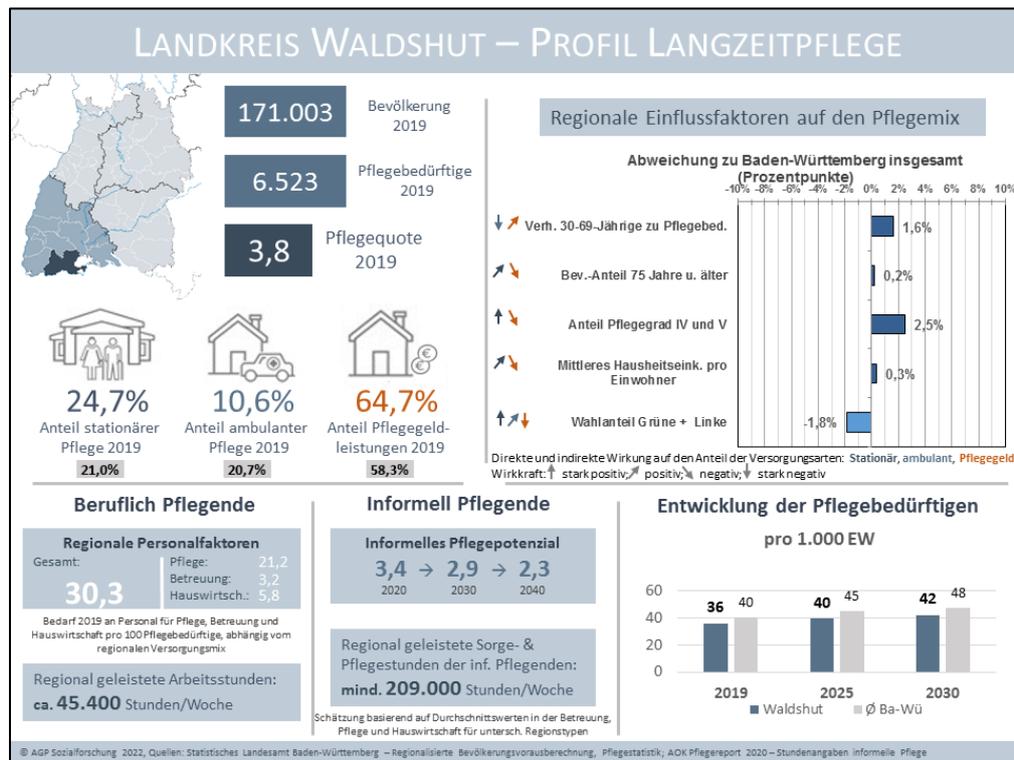


Abb. 94: Profil Langzeitpflege Landkreis Waldshut

### Zentrale Profilm Merkmale des Landkreises Waldshut

#### - Auswahlkriterien für die Regionalstudie -

- Regierungsbezirk Freiburg
- Niedrigste Pflegequote in einem Landkreis
- Landesweit geringster Anteil ambulanter Pflege und höchster Anteil stationärer Pflege aller Landkreise
- Effekte durch die Nähe zur Schweiz zu vermuten

Der Landkreis Waldshut hat gut 170.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Er grenzt an die Schweiz und kennt zwei unterschiedlich geprägte Regionen: Den Hochschwarzwald und die "Rhein-Schiene". Das Profil Langzeitpflege des Landkreises Waldshut ist in zweierlei Hinsicht besonders: Der Landkreis verfügt über die niedrigste Pflegequote sowie den geringsten Anteil ambulanter Pflege verbunden mit dem höchsten Anteil stationärer Pflege der Landkreise in Baden-Württemberg. Wie lässt sich dieses Profil erklären?

Hierfür gibt es auch nach Meinung der Expertinnen und Experten unterschiedliche Ansätze. Der hohe Pflegegeldanteil hat offenbar zum einen mit der traditionell landwirtschaftlichen Struktur im Hochschwarzwald zu tun. Hier ist der Familienzusammenhalt noch vergleichsweise ausgeprägt, bestehen Pflegeverpflichtungen, die auch kulturell weiterwirken, insbesondere in landwirtschaftlichen Haushalten. Auch wird so lange wie möglich auf fremde Hilfe verzichtet und die Inanspruchnahme von beruflichen und professionellen Unterstützungsformen eher als Ingerenz und Eingriff in die Autonomie von Haushalten erlebt. Nur wenn es gar nicht mehr

anders gehe, werde und dann auch nur in sehr begrenztem Umfang auf professionelle Hilfe und auf Pflegedienste zurückgegriffen. Ergänzend gab und gibt es noch vereinzelt Formen lokal verankerter Solidaritätsstrukturen, die über die Familienzusammenhänge hinausgehen – sei es aus den Strukturen der Landfrauen oder aus Kirchengemeinden. Diese traditionellen Solidaritätsstrukturen nehmen allerdings insgesamt deutlich an Breitenwirkung und Leistungsfähigkeit ab. Den Kirchengemeinden kommt nicht mehr die Sorgefunktion für die Parochie zu, wie dies in der Vergangenheit der Fall war. Die Kirchengemeinden konzentrieren sich offenbar stärker "auf sich selbst". Moderne Formen der Sorge, wie sie etwa in ambulant betreuten Wohngemeinschaften angeboten werden, passen kulturell offenbar nicht recht in die Region.

Drei ambulant betreute Wohngemeinschaften wurden in den letzten Jahren im Landkreis eröffnet, keine dieser Wohngemeinschaften konnte vollständig "belegt" werden. Das hatte einerseits mit der Coronapandemie zu tun, andererseits aber auch mit kulturellen Vorbehalten der örtlichen Bevölkerung gegenüber neuen Formen der Vergesellschaftung von Pflege und Sorge. Auch die hohen Kosten stellen sich als Barriere dar. Die niedrige Inanspruchnahmequote von ambulanten Diensten erklärt sich auch daraus, dass es keine leistungsfähige Infrastruktur mit ambulanten Diensten gibt. Dabei sind hier auch Wechselwirkungen zu vermuten: keine Nachfrage, wenig Angebote. Auch ist der Einsatz von ambulanten Diensten im Hochschwarzwald angesichts der langen Wegezeiten auch ökonomisch wenig attraktiv. Der Personalnotstand in der ambulanten Pflege ist überdies besonders ausgeprägt.

Das Thema Pflege hatte in den vergangenen Jahren unterschiedlich hohe Priorität bei den Gemeinden. Zum Teil wurde davon ausgegangen, dass die Familie für die Sorge und Pflege einsteht. Das Thema rückt aber immer mehr in den Blick aller Gemeinden. Als Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt es zehn Tagespflegeeinrichtungen, die über den Landkreis verstreut sind. Die meisten finden sich allerdings in der Rhein-Schiene. Das gilt auch für die stationären Einrichtungen, die kaum wohnortnah angesiedelt sind. Neue Einrichtungen, die von Investoren eröffnet werden, werden dort angesiedelt, wo Personal einfacher zu gewinnen ist und es gegebenenfalls auch Nachfrage aus der naheliegenden Schweiz gibt. Von einer irgendwie gearteten Planung einer pflegerischen Infrastruktur kann im Landkreis Waldshut bisher nicht die Rede sein. Es bestand auch in der Vergangenheit kein Interesse an einer Altenhilfe- und Pflegeplanung auf Kreisebene. Der Handlungsspielraum des Landkreises sei zu gering, als dass sich Planungsaktivitäten lohnen würden – so die Einschätzung bis vor kurzem. Durch einen Generationenwechsel auf der Leitungsebene des Sozial- und Gesundheitsdezernates zeichnet sich eine Neuorientierung ab: Ein planerischer Handlungsbedarf wird inzwischen explizit anerkannt – die Möglichkeiten des Landkreises blieben gleichwohl begrenzt. Es werden in Einrichtungen solitäre Kurzzeitpflegeplätze freigehalten. Eine eigene, vollständig mit Kurzzeitpflegeplätzen betriebene Einrichtung besteht nicht mehr. Ansonsten wird beklagt, dass die insuffizienten Infrastrukturen in der Pflege, insbesondere auch im Hochschwarzwald verbunden mit einer häufig auch nicht mehr sichergestellten hausärztlichen Versorgung zu vermehrten Klinikeinweisungen führen und dies in vielen Fällen, ohne dass es eine entsprechende Indikation für einen Klinikaufenthalt gäbe. Die Defizite der pflegerischen Infrastrukturen führen zur Inanspruchnahme und vergleichsweise hohen Kosten in den Kliniken im Landkreis – ein Phänomen, das im Landkreis Waldshut verschärft auftritt, aber auch ansonsten landes- und bundesweit bekannt ist.

Über ein bewährtes und umfassendes Entlassmanagement und über etablierte Care und Case Management-Strukturen verfügt der Landkreis nicht. Der Pflegestützpunkt, mit dreieinhalb

Vollzeitstellen ausgestattet, arbeitet eng mit der AOK zusammen. Auch führe man selbst Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gem. § 7a SGB XI durch, auch mit Hausbesuchen. Alle anderen Kassen außer der AOK sind im Landkreis Waldshut in Sachen Pflegeberatung nicht vertreten. Verbunden mit einer zurückhaltenden Performance der Krankenhäuser in Sachen Entlassmanagement führt dies zu deutlichen Defiziten im Care und Case Management und damit auch zu Fehlversorgungen.

Die Grenzlage zur Schweiz stellt sich auch unter dem Gesichtspunkt der Personalgewinnung und -bindung als besondere Herausforderung dar. Viele Pflegefachkräfte, die im Landkreis wohnen, arbeiten in der Schweiz – entweder unmittelbar jenseits der Grenze oder auch, per S-Bahn erreichbar, in Zürich. Es ist nicht nur die Bezahlung, die deutlich besser ist. Es seien vor allen Dingen die Arbeitsbedingungen in der Schweiz, die Attraktivität und Bindungswirkung entfalten. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Landkreis selbst werden nicht als vergleichbar angesehen. Dies provoziert Anstrengungen der Träger von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Diensten, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen zu erhöhen. Das gilt in besonderer Weise für die ambulanten Dienste. Hier werden teilautonome Arbeitsansätze verfolgt, teilautonome Teams eingerichtet. Hierdurch konnten die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität von Arbeitsplätzen im Landkreis in Einzelfällen deutlich verbessert werden. Letztlich bleibe man aber einer Personalknappheitssituation gegenübergestellt, die in der Zukunft noch deutlich zunehmen werde.

Die generalistische Ausbildung ist im Landkreis mit Blick auf fehlende Einsatzstellen insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege problematisch. Das Landratsamt hat im Rahmen der kommunalen Pflegekonferenz eine Erhebung zum Personalbestand im Landkreis durchgeführt, an der sich weit über 50 Prozent der Einrichtungen beteiligt haben. Die Erhebung macht deutlich, dass die Einrichtungen und Dienste im Landkreis im hohen Maße mit berufsdemografischen Dynamiken konfrontiert sind und sein werden. Das gilt im stationären Bereich vor allen Dingen für die Pflegehelfer, im ambulanten Bereich sind es auch die Pflegefachkräfte, die ein hohes Durchschnittsalter aufweisen. Gerade die älteren Pflegefachkräfte, so die Experteneinschätzung, arbeiten häufiger noch mit dem Berufsleitbild einer Gemeindegemeinschaft. Die jüngeren Pflegegenerationen, auch die jetzt in die Ausbildung eintretenden, bringen eine andere und stärker an Work-Life-Blending-Leitbildern orientierte Motivation mit. Hier wird die Pflege nicht gerade als besonders attraktives und mit anderen Lebenszielen kompatibles Arbeitsfeld angesehen. Möglicherweise auch vor diesem Hintergrund können die Ausbildungsplätze im Landkreis nicht alle besetzt werden. Im Landkreis wurden auch Bemühungen angestellt, transnationale Pflegekräfte zu gewinnen. Hier wird beklagt, dass das Anerkennungsverfahren viel zu lange dauere und zudem auch entmutigend und demütigend wirke. Man behelfe sich damit, dass auch vor Anerkennung den transnationalen Pflegekräften Verantwortungsrollen in den Einrichtungen und Diensten übertragen werden.

Mit Blick auf die begrenzte Leistungsfähigkeit ambulanter Dienste, dem Rückgang traditioneller Solidaritätsstrukturen wird die Bedeutung neuer Organisationsformen ehrenamtlicher Tätigkeit, aber auch nebenberuflicher Engagementformen betont. In insgesamt 13 Vereinen haben sich nach der UstA-VO anerkennen lassen. Das Anerkennungsverfahren wird allerdings als viel zu bürokratisch angesehen. Die Hilfen aus den 13 Vereinen reichen mitnichten aus, um den Unterstützungsbedarf zu decken. Auch sehen sich die Ehrenamtlichen und nebenberuflich Tätigen mit Anfragen und Aufträgen der Pflegehaushalte konfrontiert, die sie nicht bereit sind

(dauerhaft) zu übernehmen. Sie fühlen sich bisweilen zu Putzhilfen degradiert. Auch an den haushaltsnahen Dienstleistungen fehlt es.

Ob das Thema Alter und Pflege kommunalpolitisch aufgegriffen wird oder nicht, hänge sehr stark von den jeweiligen Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern ab. In der Vergangenheit wurden die Themen eher defensiv behandelt, man ließ die Fragen auf sich zukommen. Bürgerbeteiligungsprozesse wurden weder auf Kreis- noch auf Gemeindeebene initiiert. Inzwischen wird die Notwendigkeit einer proaktiven und gestalterischen Rolle des Kreises und der Gemeinden gesehen. Allerdings sind die Bedingungen im Landkreis Waldshut in vielerlei Hinsicht besonders herausfordernd. Der Fachkräftemangel betrifft alle Bereiche, auch die Kommunalverwaltung selbst. Die bekannten Effekte des demografischen Wandels waren und sind zwar hinlänglich bekannt, wurden in der Vergangenheit allerdings nicht mit entsprechenden Handlungs- und Gestaltungsaufgaben verbunden.

Im Landkreis Waldshut zeigt sich exemplarisch, wie die Langzeitpflege mit der klinischen und hausärztlichen Versorgung, die auch zunehmend notleidend wird, verschränkt ist, dass unzureichende Strukturen in der Langzeitpflege Kosten im Gesundheitswesen verursachen und Kapazitäten binden, die gegebenenfalls für andere Gruppen von Patientinnen und Patienten benötigt werden. Auch erscheint unter derartigen Bedingungen der Umbau des Kliniksektors schwer möglich, da auch unter im engeren Sinne Bedarfsgesichtspunkten erforderlichen Krankenhäuser kompensatorisch Versorgungsaufgaben aus der Langzeitpflege übernehmen und insofern unverzichtbar sind.

Der Landkreis Waldshut zeigt auch die Problematik einer investorengetriebenen Infrastrukturentwicklung im Heimbereich, die nicht zu einer wohnortnahen Versorgungsinfrastruktur beiträgt. In der Tagespflege ist es allerdings gelungen, wohnortnahe Versorgungsangebote aufzubauen. Besonders anschaulich kann im Landkreis Waldshut beobachtet werden, wie sich ein kultureller und sozialer Wandel vollzieht respektive vollziehen muss, um aus rein traditionellen Bewältigungsstrategien zu neuen und verträglicheren und effizienteren Formen zu gelangen. Der Weg erscheint auch als einer, der mit kulturellen Aneignungs- und Lernprozessen verbunden ist. Insofern ist die Auseinandersetzung mit Fragen der Pflege und Sorge vor Ort und damit Strategien der Demokratisierung von Aufgaben der Langzeitpflege ein potentiell geeigneter Weg, der allerdings abhängig ist von der Bereitschaft und Kompetenz der jeweiligen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sowie der kommunalen Governance. Die Problematik des Fachkräftemangels, aber auch des Mangels an anderen in der beruflichen Assistenz Tätigen zeigt sich im Landkreis Waldshut mit unterschiedlichen Gesichtern: In der Rhein-Schiene stellt sich das Problem der attraktiven Arbeitsbedingungen und besseren Bezahlung in der Schweiz; im Hochschwarzwald die Problematik, dass Nachwuchs für die generalistische Pflegeausbildung schwer zu gewinnen ist. Die Experten des Landkreises sprechen davon, es sei bereits fünf nach zwölf. Die Aussage wird man als Weckruf für eine aktive Altenhilfe- und Pflegeplanung verstehen können.

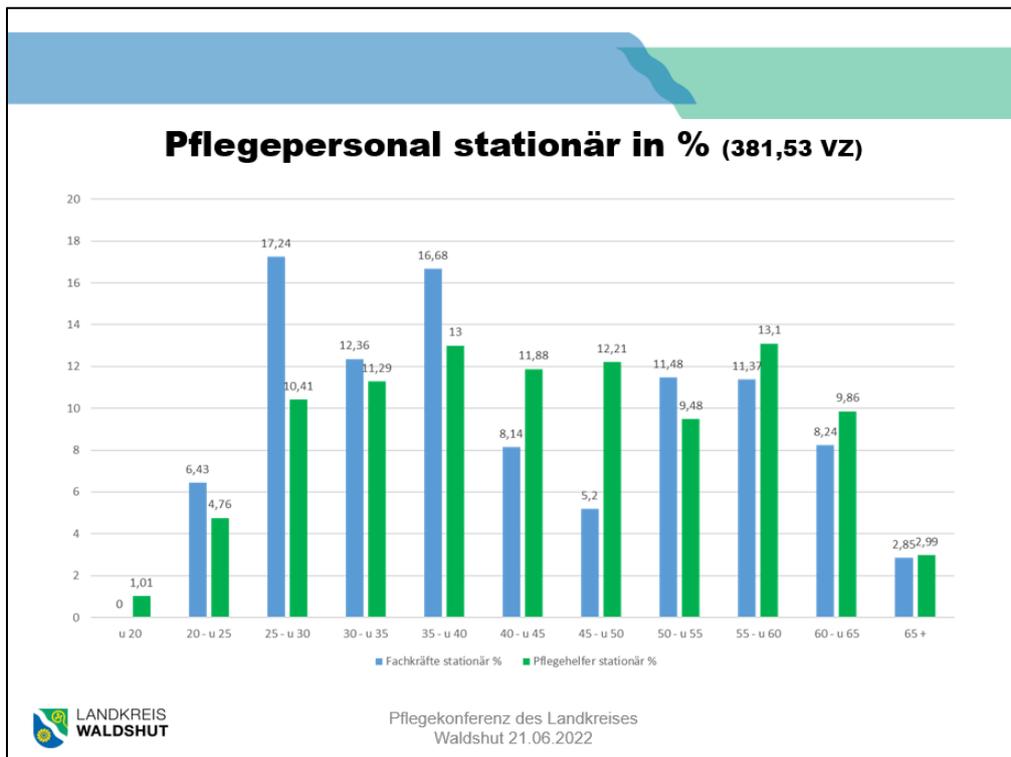


Abb. 95: Pflegepersonal stationär in Prozent

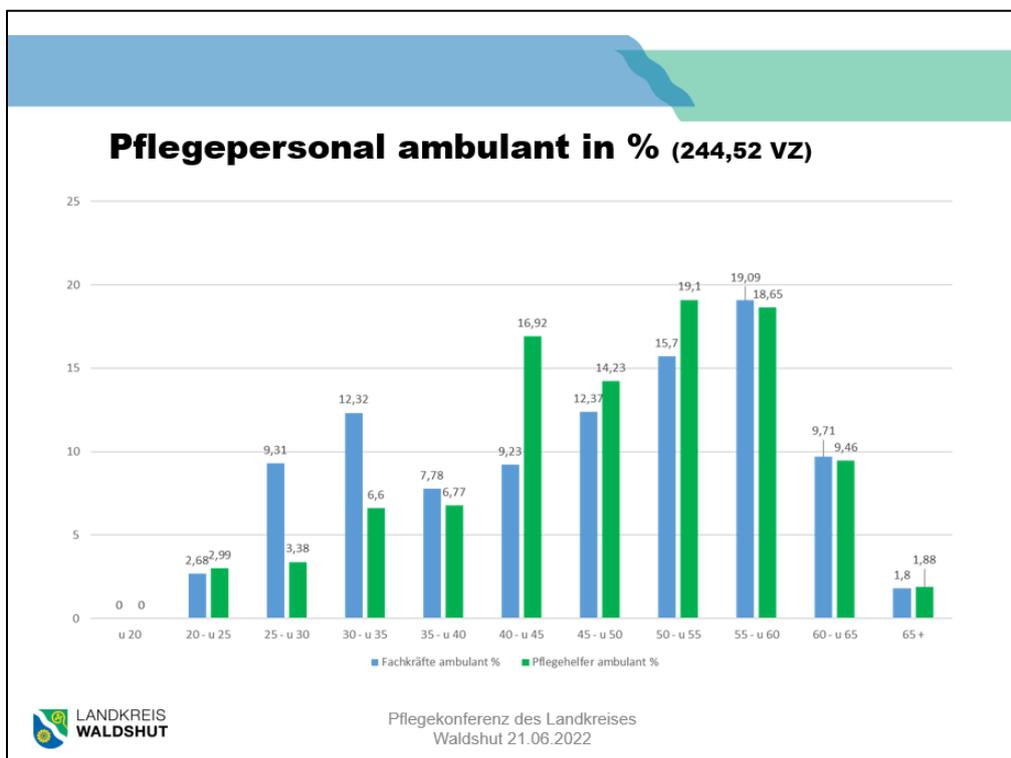


Abb. 96: Pflegepersonal ambulant in Prozent



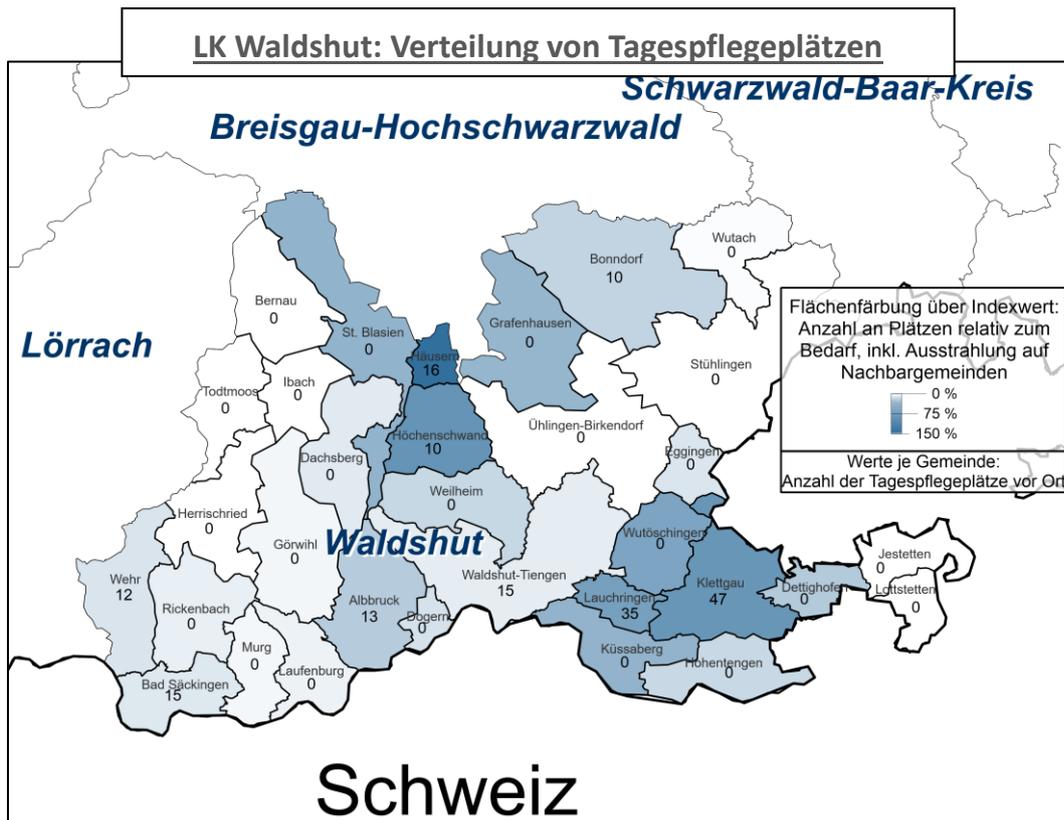


Abb. 98: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Waldshut

## ZUSAMMENFASSUNG

Vier Kreisprofile zur Langzeitpflege geben einen Einblick in sehr unterschiedliche Wirklichkeiten und Strukturen der Pflege in den drei Landkreisen und einem Stadtkreis in Baden-Württemberg. Die Unterschiede sind markant. Sie kennen kulturelle und soziodemografische Hintergründe. Sie haben viel mit Infrastrukturen zu tun, aber auch mit der Governance der Akteure vor Ort. Nur andeutungsweise wurde sichtbar, aber das sehr prägnant, dass nicht nur die Kreisebene, sondern vor allen Dingen auch die Gemeindeebene und zum Teil sublokale Einheiten insbesondere in städtischen Regionen einer besonderen Betrachtung bedürfen. Insofern erscheinen die quartiers- und dorfbezogenen Förderansätze des Landes Baden-Württemberg von ihrer Anlage her angemessen. Es zeigt sich auch eine sehr unterschiedliche Governance auf der kommunalen Ebene, sowohl was die Kreis- als auch was die Gemeindeebene angeht. Hier finden sich verlässliche Datengrundlagen für die aktuelle und künftige Situation, die durch das *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022* ergänzt werden, dort klare Planungsaussagen mit einer gemeindlichen Differenzierung. Andernorts wird Planung respektive wurde Planung als überflüssig oder nicht zielführend angesehen, da die Handlungsspielräume der Kommunen zu gering seien. Hier zeigt sich, dass die indifferente Adressierung des Sicherstellungsauftrages in der Langzeitpflege seine Wirkungen entfaltet. Es zeigt sich aber eben auch, dass eine proaktive Aufnahme der Verantwortung und der Governance-Potentiale auf kommunaler Ebene Wirkungen zeitigen kann, wie etwa an den Landkreisen Tübingen und Schwäbisch Hall deutlich wird. Der Markt allein richtet es nicht, das wird aus allen vier Landkreisanalysen sichtbar. Einhellig wird eine stärker steuernde und mit Planungskompetenzen ausgestattete Rolle der kommunalen Handlungsebene für erforderlich gehalten. In allen vier Landkreisen wurde deutlich, dass die Care und Case Management-Strukturen noch in keiner

Weise zufriedenstellend sind. Das gilt auch und gerade für den klinischen Sektor, aber auch für die Pflegeberatung. Der Verzicht auf suffiziente Care und Case Management-Strukturen ist mit Effizienzdefiziten und Fehlversorgungen verbunden. Sie zeigen sich exemplarisch im Landkreis Waldshut: Unzureichende pflegerische Infrastrukturen führen zu Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Insofern wird evident: Eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise und auch Planung sind vonnöten. Desiderate der pflegerischen Infrastruktur zeigen sich überall. Sie kumulieren in fehlenden solitären Kurzzeitpflegeplätzen und in wohnortnahen Versorgungsformen, die aber auch jeweils Akzeptanz benötigen, wie die Wohngemeinschaften und ihre fehlende Nachfrage im Landkreis Waldshut zeigen.

Planungsaktivitäten sind mit Partizipationsprozessen verbunden und zu verbinden. Wo auf sie verzichtet wird, sind Transformationen und ist ein Kulturwandel in der Pflege, der immer auch mit Einstellungen und Wissensbeständen der Bürgerinnen und Bürger zu tun hat, schwer zu vollziehen. Auch hier bietet der Landkreis Tübingen gute Anregungen, wie Partizipationsprozesse mit Planungsprozessen verbunden respektive in sie integriert werden können. Überall finden sich Good Practice-Ansätze, ob im Mannheimer Modell, in dem bürgerschaftlich initiierten "Mannheim gegen Einsamkeit", ob in der aktuellen Altenhilfe- und Pflegeplanung im Landkreis Schwäbisch Hall mit entsprechenden Empfehlungen oder in den vielfältigen konzentrierten Bemühungen, die sich auf die Personalgewinnung beziehen.

Das Thema Personalbedarf in der Langzeitpflege, Kernthema des Monitorings Pflegepersonalbedarf in Baden-Württemberg, ist in allen vier Landkreisen ein wichtiges Thema, wobei sich die Ausgangssituationen, die Ausbildungsstrukturen, die möglichen Einsatzorte für Pflegeschülerinnen und -schüler jeweils unterschiedlich darstellen. Konzentrierte Anstrengungen sind gefragt: sowohl für die Personalgewinnung, für die Attraktivität des Berufsfeldes, aber auch für die gezielte Infrastrukturentwicklung inklusive zivilgesellschaftlicher Solidaritätsformen, die ebenfalls auch unter Modernisierungsdruck stehen.

Zu lange, das lässt sich an den vier Kreisprofilen belegen, hat man zumindest in vielen Land- und Stadtkreisen das Thema Pflege defensiv behandelt. Das rächt sich nun bzw. produziert einen großen Handlungsdruck, der auch eine andere Kompetenzausstattung der kommunalen Handlungsebene als notwendig erscheinen lässt.

## Regionale Steckbriefe Pflegesektor – 4 Regierungsbezirke

Im Folgenden werden für die vier Regierungsbezirke regionale Steckbriefe in Form von Infografiken mit zentralen Kennzahlen vorgestellt. Diese dienen der Übersicht und einer vereinfachten Gegenüberstellung von Kennzahlen aus den Regierungsbezirken.

Sie beinhalten auf der Ebene der vorliegenden aktuellen Daten die nachfolgend genannten Kennzahlen der Beobachtung:

- Anzahl der ambulanten Dienste 2019
- Anzahl der pflegerischen Mitarbeitenden (Auswahl) 2019
- Anzahl der stationären Einrichtungen 2019
- Anzahl der Krankenhäuser nach Krankenhausplan 2020 mit Plätzen oder Betten
- Entwicklung der Pflegebedürftigen ambulant 2009 bis 2019
- Entwicklung der Pflegebedürftigen stationär 2009 bis 2019
- Entwicklung der Pflegebedürftigen Pflegegeld 2009 bis 2019
- Bettplätze für die vollstationäre Versorgung 2019
- Planbetten der Krankenhäuser nach Krankenhausplan 2020
- offene Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit mit Zielberuf Altenpflegerin/Altenpfleger im Jahresdurchschnitt 2021
- Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflegerinnen/Altenpfleger Juni 2021
- offene Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit mit Zielberuf Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Jahresdurchschnitt 2021
- Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und -pfleger Juni 2021
- Relation der Anzahl der offen gemeldeten Arbeitsstellen zu arbeitslos gemeldeten Personen Fachkraft Altenpflege im Jahresdurchschnitt 2021
- Relation der Anzahl der offen gemeldeten Arbeitsstellen zu arbeitslos gemeldeten Personen Fachkraft Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Jahresdurchschnitt 2021



Stuttgart

427



Ambulante  
Pflegedienste  
2019

Alten-  
pflegende  
3.605

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
3.767

684



Stationäre  
Einrichtungen  
2019

Alten-  
pflegende  
9.080

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
2.629

67



Krankenhäuser/  
Belegkrkh. 2020

X

Personal im  
Pflegedienst 2020



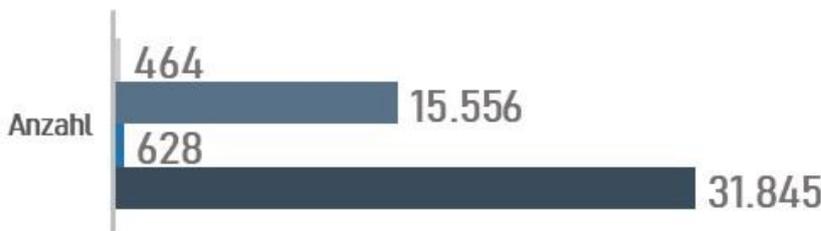
36.558

Pflegeplätze für die  
vollstationäre  
Dauerpflege 2019

17.718

Betten in  
Krankenhäusern  
2020

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



- Offene Stellen Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Jahresdurchschnitt 2021)
- Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Juni 2021)
- Offene Stellen Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege (Jahresdurchschnitt 2021)
- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegende (Juni 2021)

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Altenpflege im Jahr 2021 kommen  
3,3 offen gemeldete Arbeitsstellen

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Krankenpflege im Jahr 2021 kommen  
3,5 offen gemeldete Arbeitsstellen



Abb. 99: Regionalsteckbrief Stuttgart



Karlsruhe

353



Ambulante  
Pflegedienste  
2019

Alten-  
pflegende  
2.665

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
2.182

487



Stationäre  
Einrichtungen  
2019

Alten-  
pflegende  
6.312

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
1.636

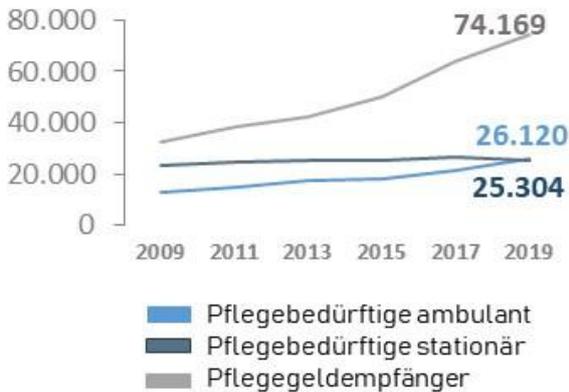
62



Krankenhäuser/  
Belegkrkh. 2020

X

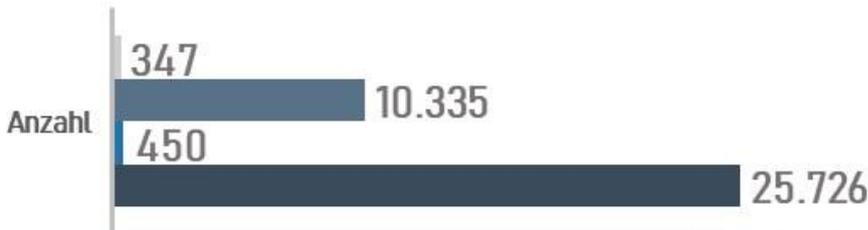
Personal im  
Pflegedienst 2020



Pflegeplätze für die  
vollstationäre  
Dauerpflege 2019

Betten in  
Krankenhäusern  
2020

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



- Offene Stellen Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Jahresdurchschnitt 2021)
- Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Juni 2021)
- offene Stellen Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege (Jahresdurchschnitt 2021)
- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegende (Juni 2021)

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Altenpflege im Jahr 2021 kommen  
**3,1** offen gemeldete Arbeitsstellen

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Krankenpflege im Jahr 2021 kommen  
**3,5** offen gemeldete Arbeitsstellen



Abb. 100: Regionalsteckbrief Karlsruhe



227



Ambulante  
Pflegedienste  
2019

Alten-  
pflegende  
2.031

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
1.659

403



Stationäre  
Einrichtungen  
2019

Alten-  
pflegende  
5.273

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
1.469

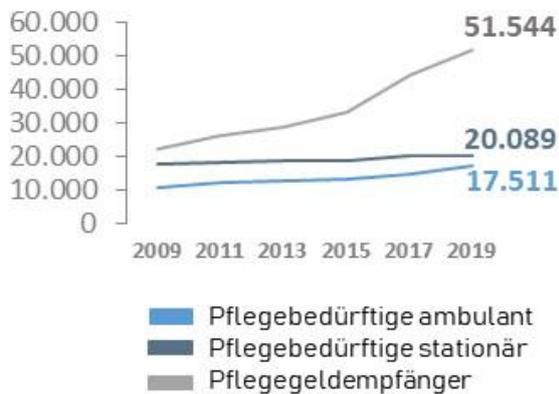
75



Krankenhäuser/  
Belegkrkh. 2020

X

Personal im  
Pflegedienst 2020



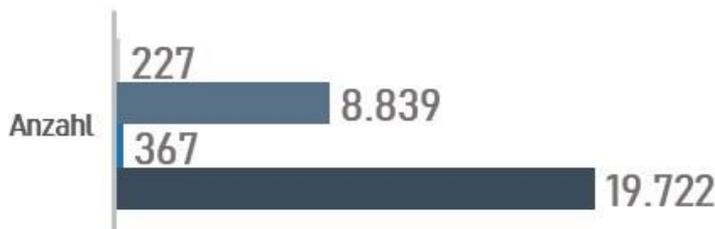
21.108

Pflegeplätze für die  
vollstationäre  
Dauerpflege 2019

12.022

Betten in  
Krankenhäusern  
2020

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



- Offene Stellen Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Jahres durchschnitt 2021)
- Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Juni 2021)
- offene Stellen Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege (Jahresdurchschnitt 2021)
- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegende (Juni 2021)

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Altenpflege im Jahr 2021 kommen  
**3,0** offen gemeldete Arbeitsstellen

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Krankenpflege im Jahr 2021 kommen  
**3,1** offen gemeldete Arbeitsstellen



Abb. 101: Regionalsteckbrief Freiburg



**196**

Ambulante  
Pflegerdienste  
2019

Alten-  
pflegende  
1.627

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
1.630

**338**

Stationäre  
Einrichtungen  
2019

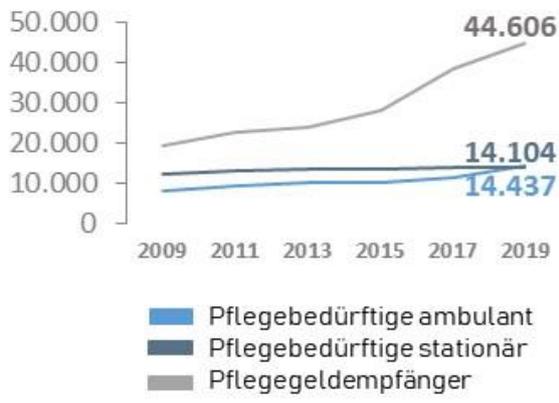
Alten-  
pflegende  
3.945

Gesundheits-  
und Kranken-  
pflegende  
1.090

**45**

Krankenhäuser/  
Belegkrkh. 2020

**X**  
Personal im  
Pflegerdienst 2020



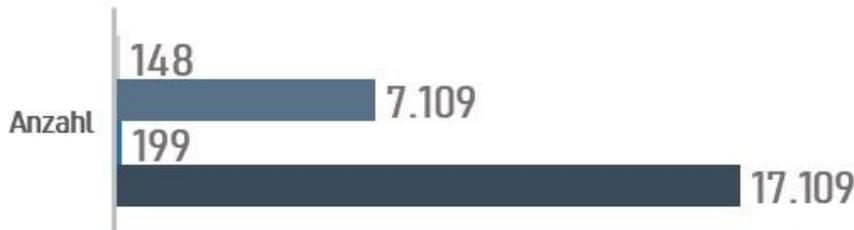
**14.738**

**9.411**

Pflegeplätze für die  
vollstationäre  
Dauerpflege 2019

Betten in  
Krankenhäusern  
2020

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und offene Stellen



- Offene Stellen Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Jahres durchschnitt 2021)
- Altenpflegerinnen/ Altenpfleger (Juni 2021)
- offene Stellen Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege (Jahresdurchschnitt 2021)
- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegende (Juni 2021)

auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Altenpflege im Jahr 2021 kommen  
**2,7** offen gemeldete Arbeitsstellen



auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft  
Krankenpflege im Jahr 2021 kommen  
**3,2** offen gemeldete Arbeitsstellen



Abb. 102: Regionalsteckbrief Tübingen

## Regionale Profile Langzeitpflege - 44 Stadt- und Landkreise

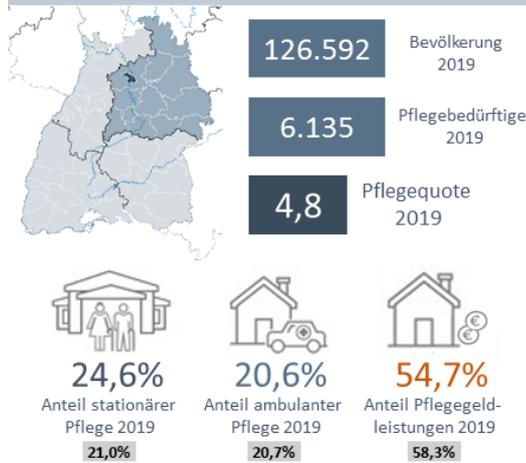
Abschließend werden im Folgenden für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg regionale Profile zur Langzeitpflege angefügt. Sie geben anhand verschiedener Kennziffern einen Überblick zum regionalen Pflegemix in der Langzeitpflege, zu Einflussfaktoren und Konsequenzen für den (zukünftigen) Personalbedarf. Sie können damit als kompakte, wissensbasierte Grundlage für regionale Planungen dienen.

Die zugrundeliegenden Daten stammen aus dem Jahr 2019. Für die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials wie auch für die Entwicklung zur Anzahl der Pflegebedürftigen sind zudem Prognosen für zehn bzw. 20 Jahre ausgewiesen. Im Einzelnen sind folgende Kennziffern in den Profilen aufgeführt:

- Bevölkerungszahl 2019
- Anzahl der Pflegebedürftigen 2019
- Die regionale Pflegequote 2019
- Daten zum regionalen Pflegemix:
  - Anteil stationärer Pflege 2019
  - Anteil ambulanter Pflege 2019
  - Anteil an Pflegegeldleistungen 2019
- Eine kompakte Darstellung der regionalen Einflussfaktoren auf den Pflegemix anhand folgender Merkmale:
  - Verhältnis der 30-69-Jährigen zu den Pflegebedürftigen
  - Bevölkerungsanteil 75 Jahre und älter
  - Anteil der Pflegegrade IV und V
  - Mittleres Haushaltseinkommen pro Einwohnerin/Einwohner
  - Anteil der Bevölkerung mit modernen Wertvorstellungen
- Beruflich Pflegende:
  - Regionaler Personalfaktor 2019
  - Regional geleistete Arbeitsstunden pro Woche (2019)
- Informelle Pflege:
  - Pflegepotenzial 2020 und Prognose für 2030, 2040
  - Schätzung zu regional geleisteten Sorge- und Pflegestunden pro Woche (2019)
- Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2019 und Prognose für 2025, 2030

## REGIERUNGSBEZIRK STUTTGART

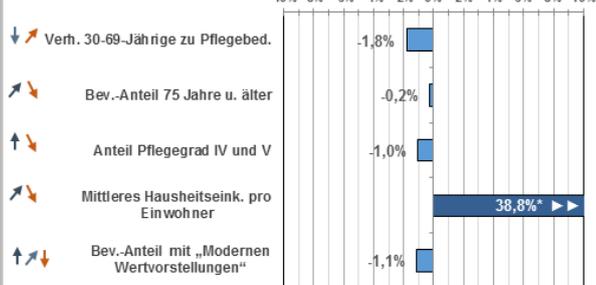
### STADTKREIS HEILBRONN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



\* Mittleres Haushaltseinkommen aufgrund eines Extremwerts nicht aussagekräftig

#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

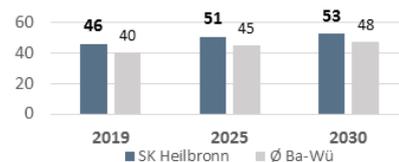


#### Informell Pflegende



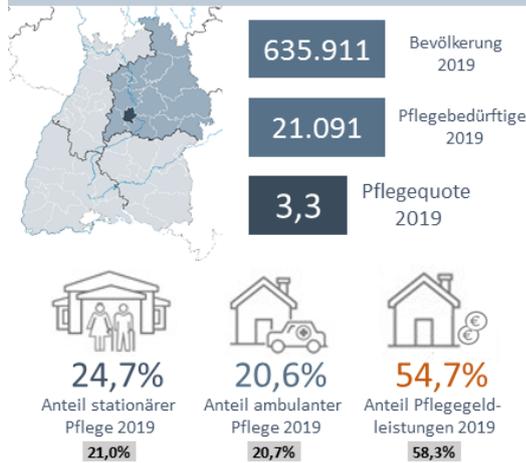
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

#### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



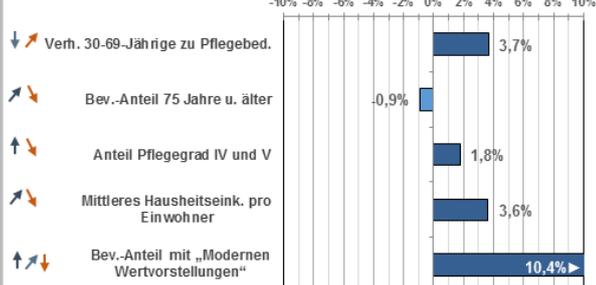
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

### STADTKREIS STUTTGART – PROFIL LANGZEITPFLEGE



#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

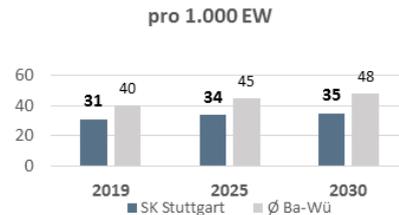


#### Informell Pflegende



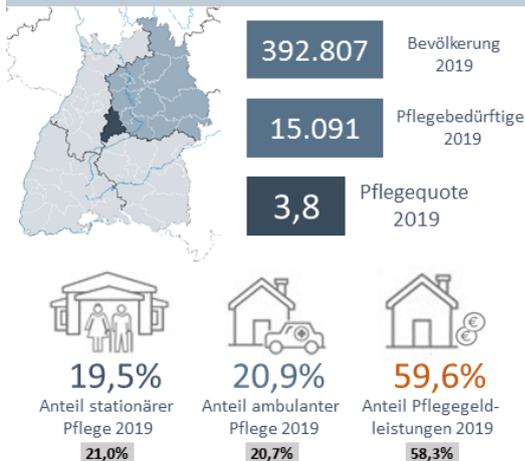
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

#### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



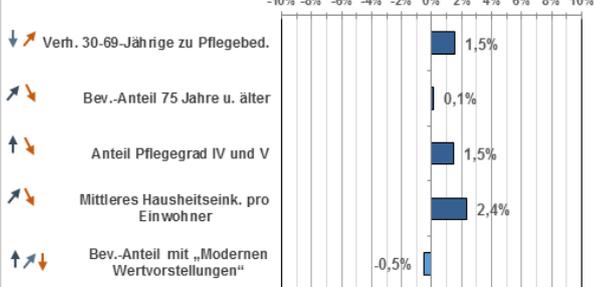
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS BÖBLINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

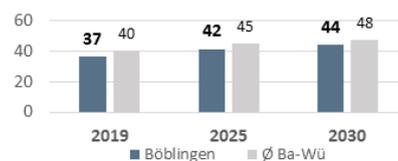
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

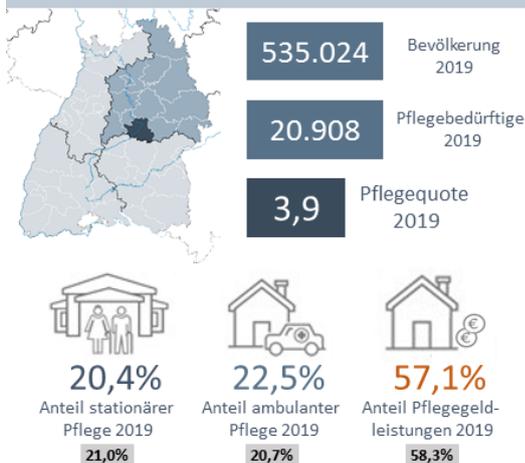


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



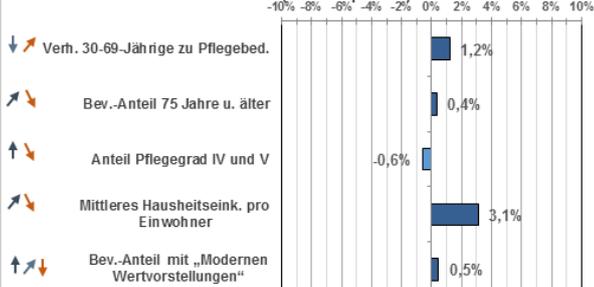
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ESSLINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

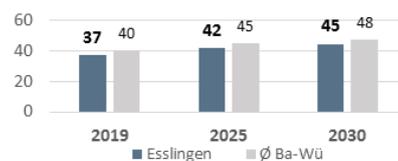
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

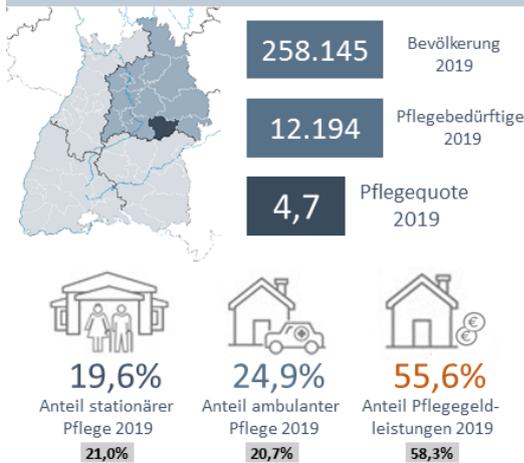


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



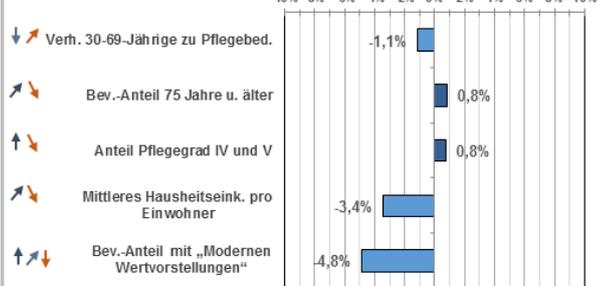
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS GÖPPINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

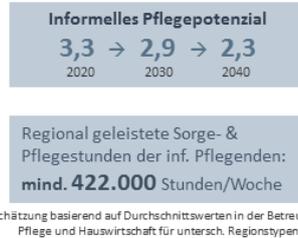


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

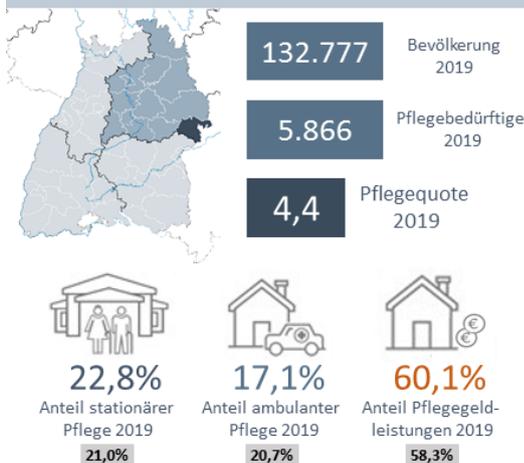


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



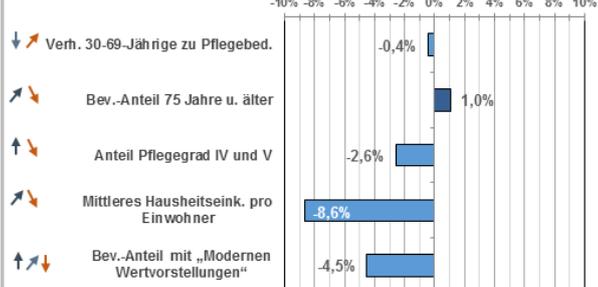
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS HEIDENHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

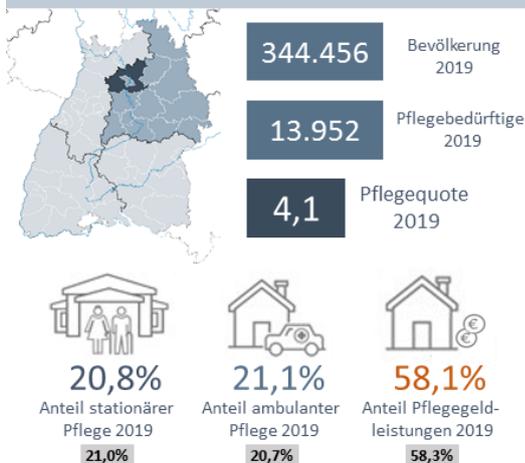


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



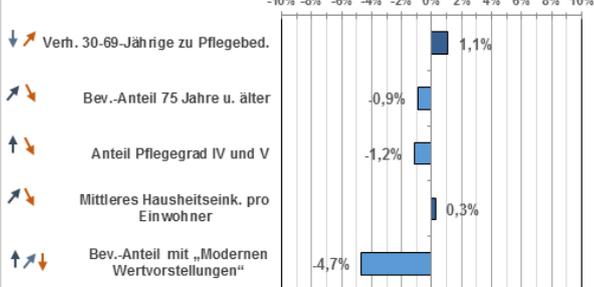
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS HEILBRONN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

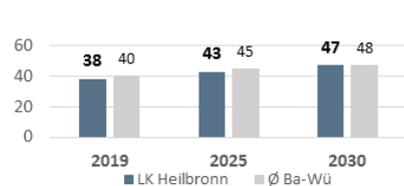
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

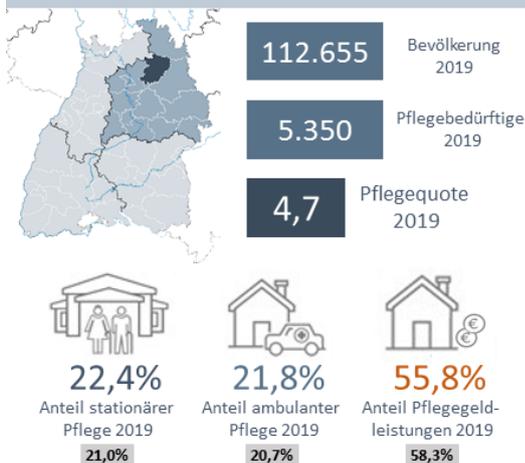


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



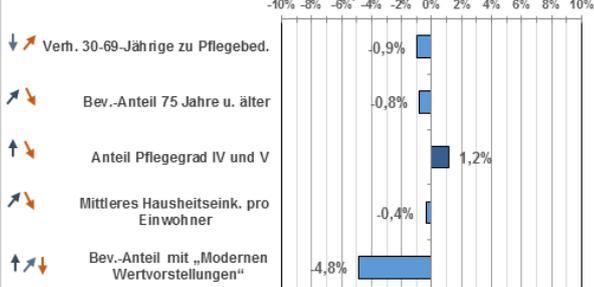
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS HOHENLOHEKREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

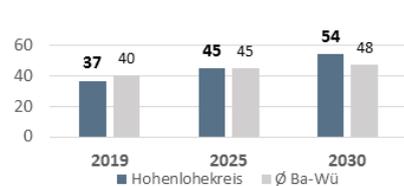
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

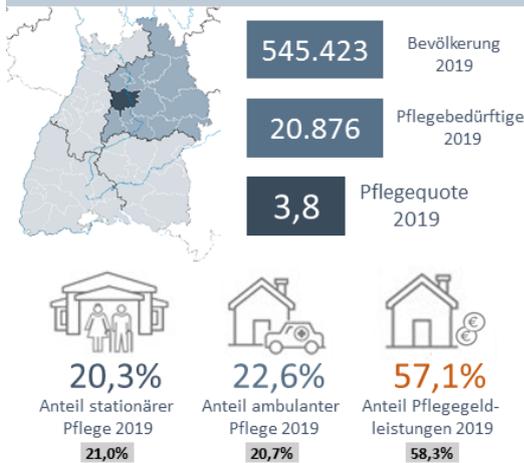


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



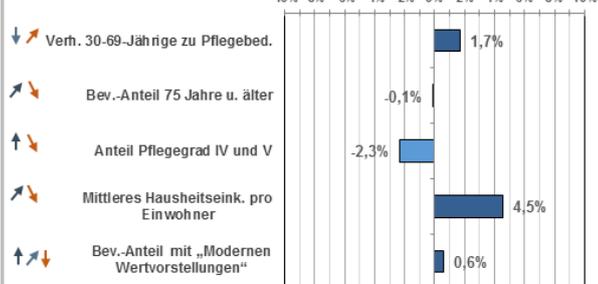
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS LUDWIGSBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

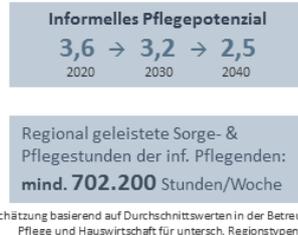


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

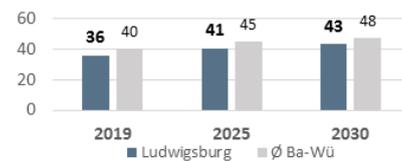
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

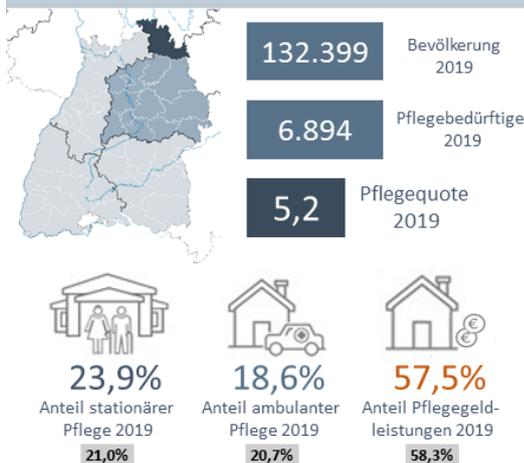


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



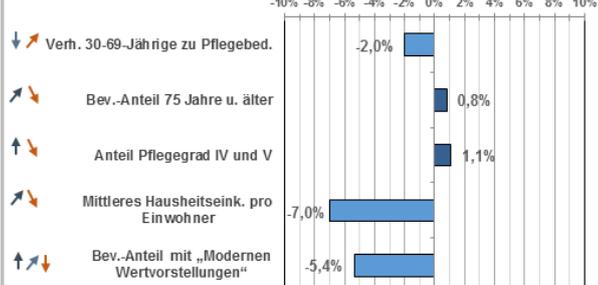
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS MAIN-TAUBER-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

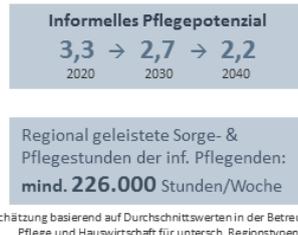


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

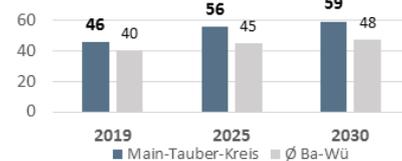
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

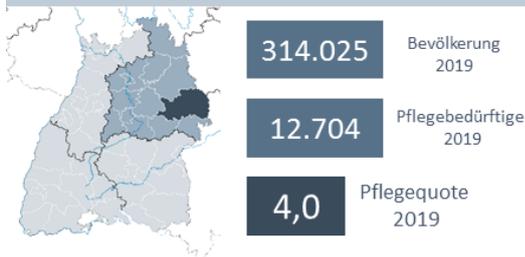


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



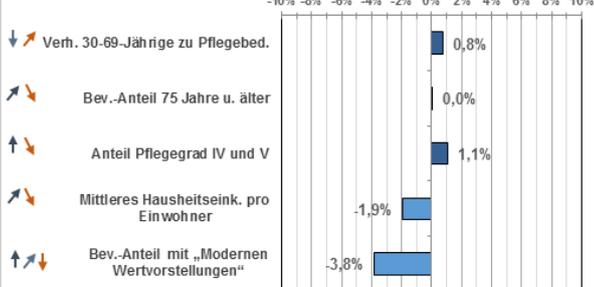
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS OSTALBKREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

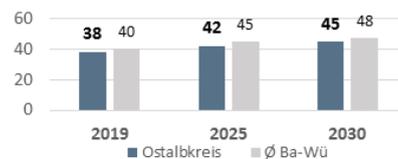
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

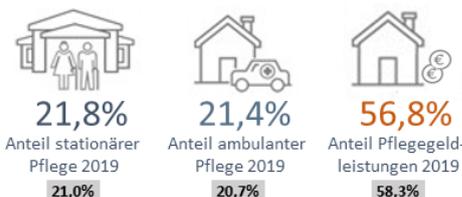
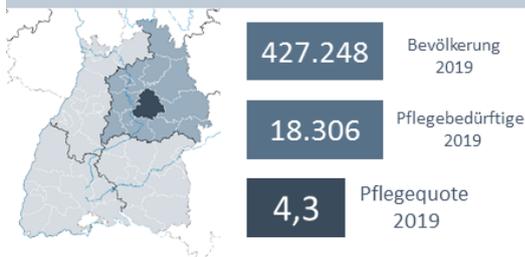


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



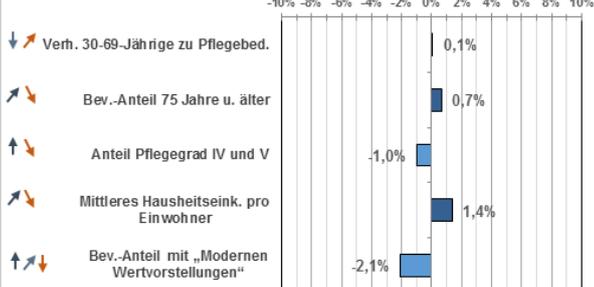
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS REMS-MURR-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

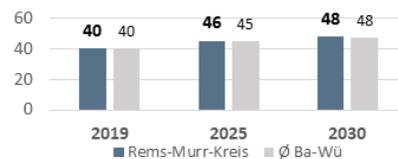
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW

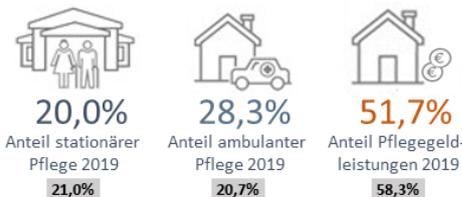


© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS SCHWÄBISCH-HALL – PROFIL LANGZEITPFLEGE

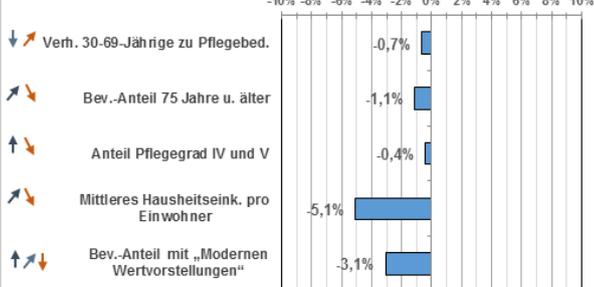


**196.761** Bevölkerung 2019  
**9.125** Pflegebedürftige 2019  
**4,6** Pflegequote 2019



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

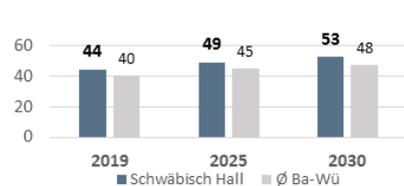
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## REGIERUNGSBEZIRK TÜBINGEN

## STADTKREIS ULM – PROFIL LANGZEITPFLEGE

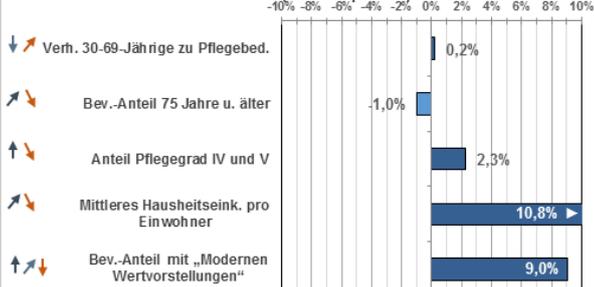


**126.790** Bevölkerung 2019  
**5.113** Pflegebedürftige 2019  
**4,0** Pflegequote 2019



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

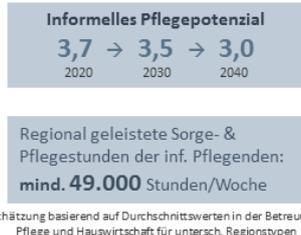


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

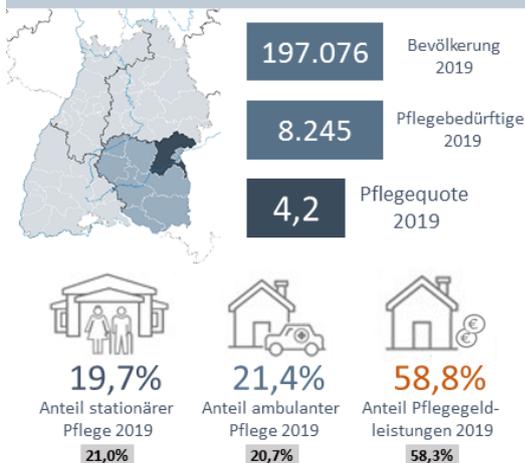


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



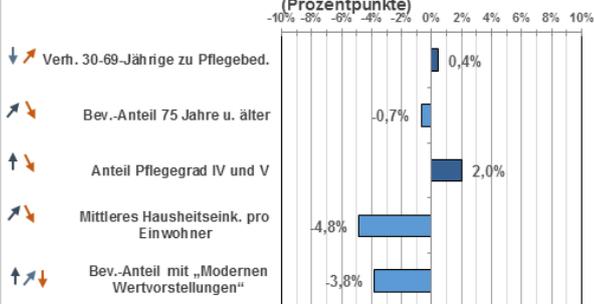
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ALB-DONAU-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

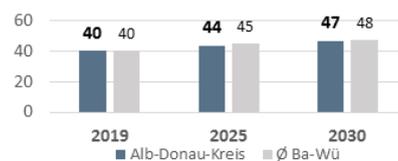


### Informell Pflegende



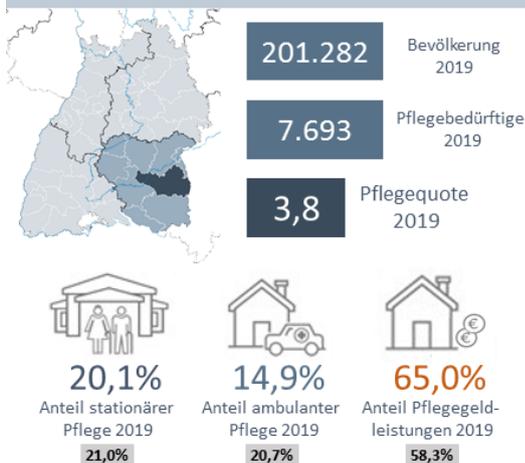
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



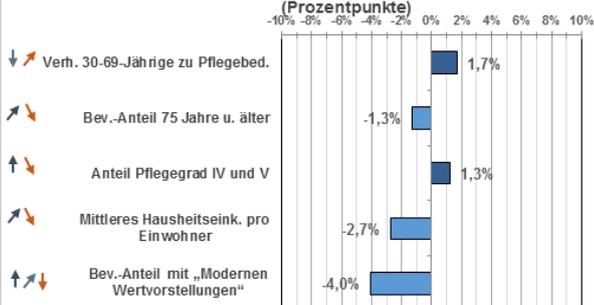
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS BIBERACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

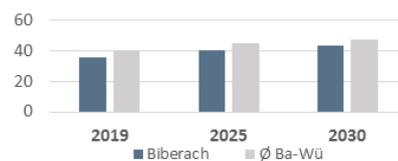


### Informell Pflegende



Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



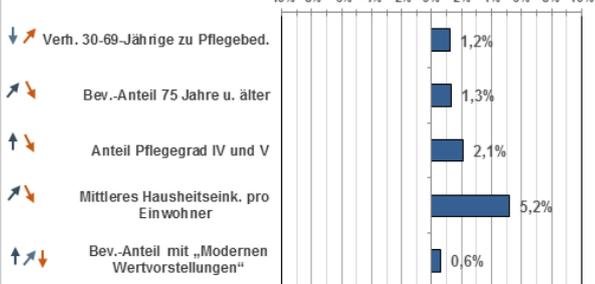
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS BODENSEEKREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

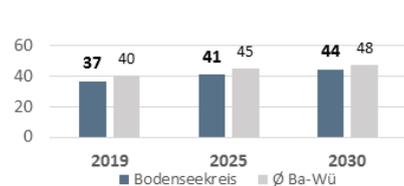
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

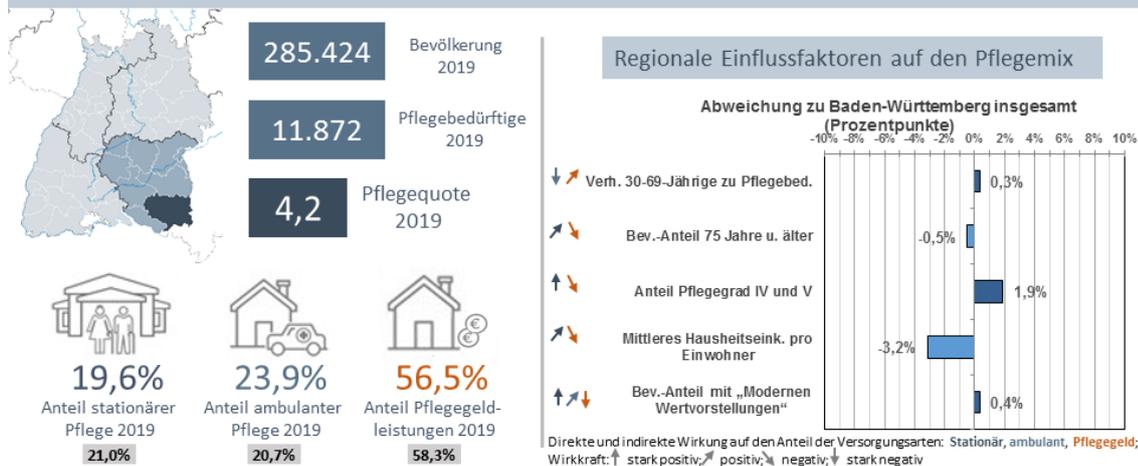


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



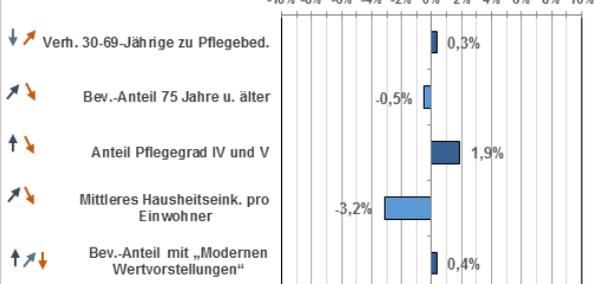
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS RAVENSBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

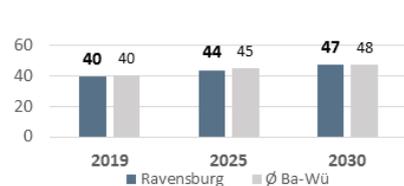
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

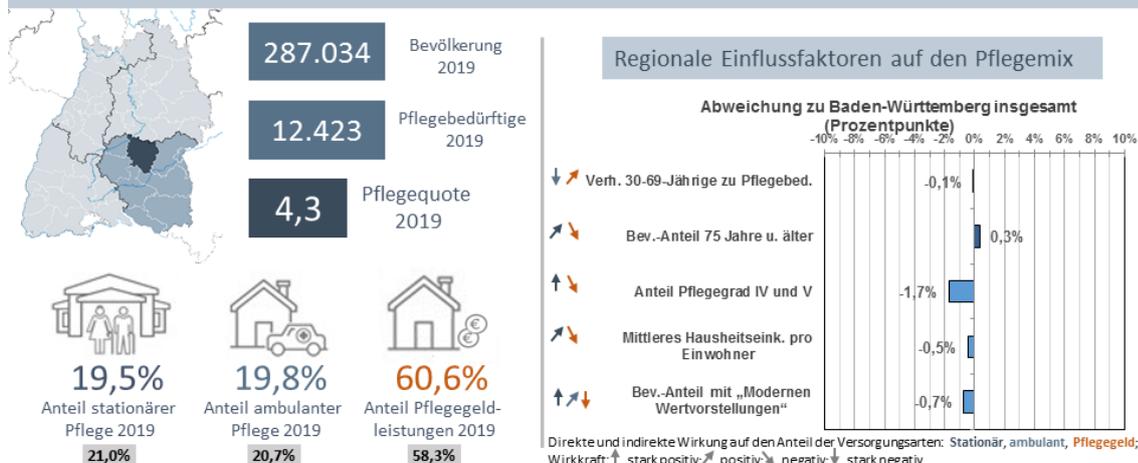


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



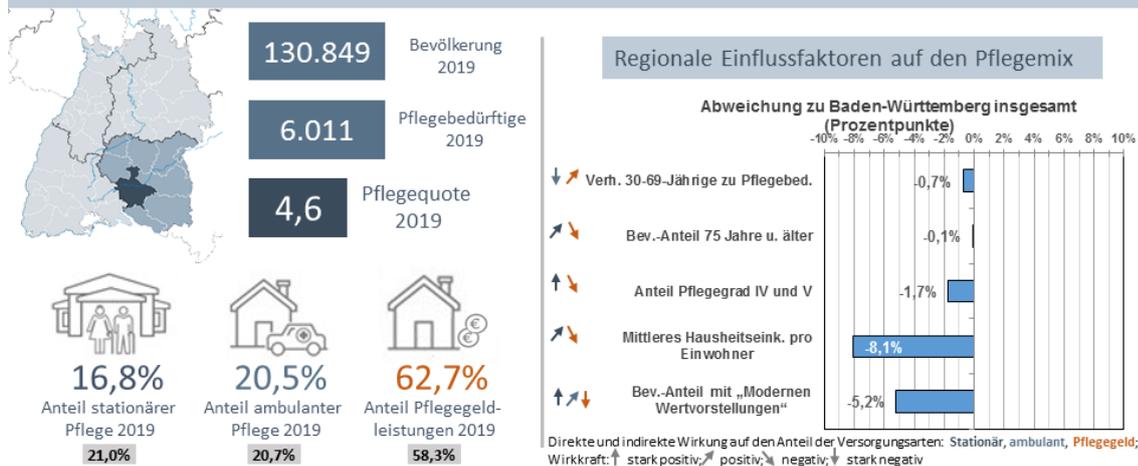
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS REUTLINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



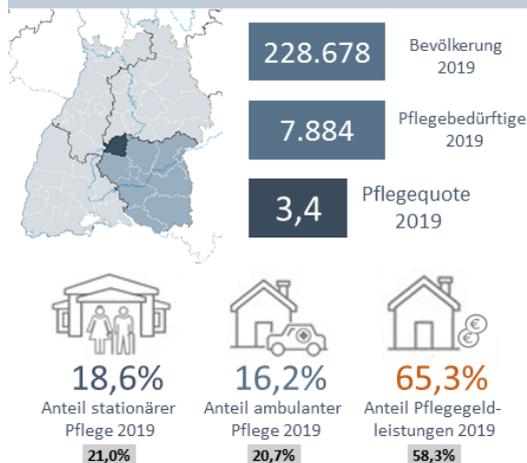
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS SIGMARINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



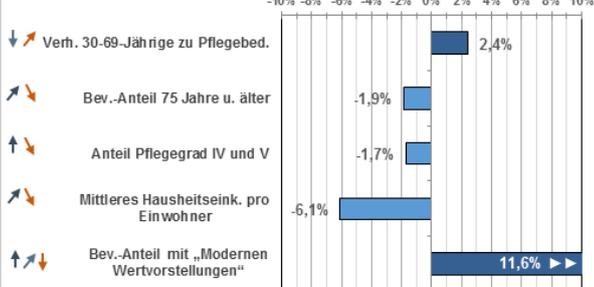
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS TÜBINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

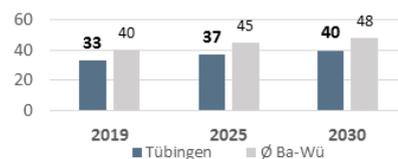
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

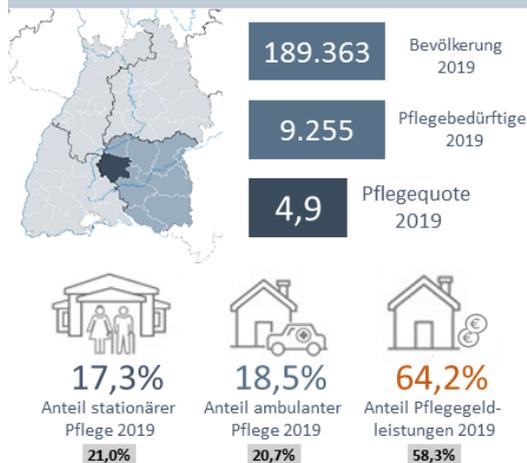


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



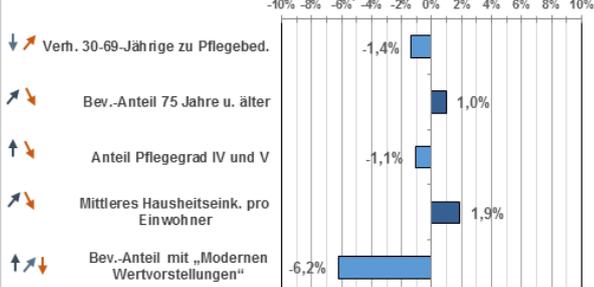
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ZOLLERNALBKREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

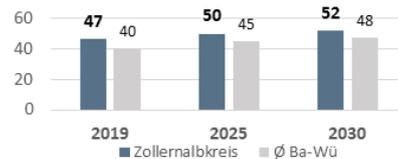
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



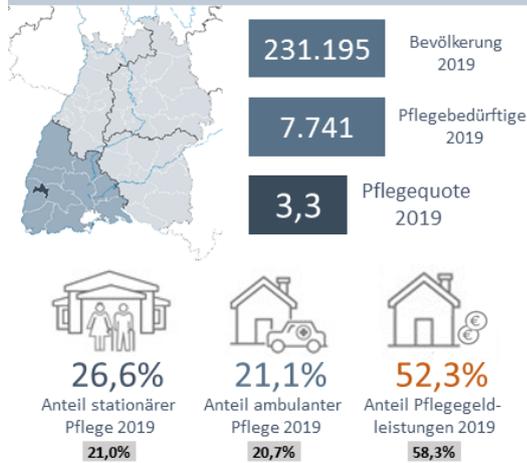
### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

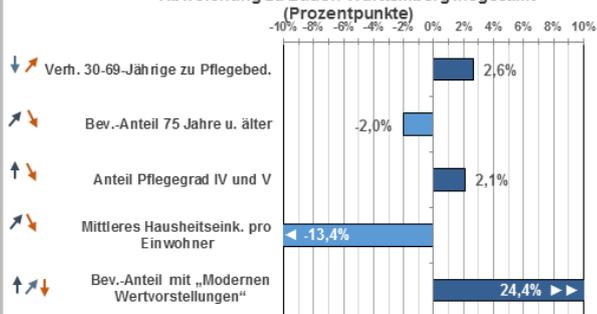
## REGIERUNGSBEZIRK FREIBURG

### STADTKREIS FREIBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

##### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

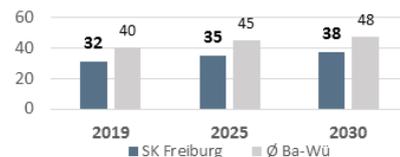


#### Informell Pflegende



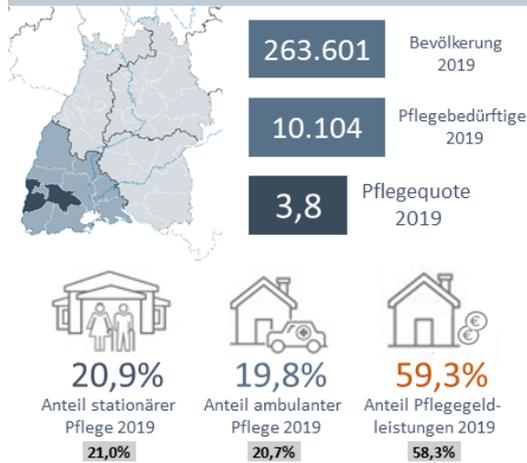
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

#### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



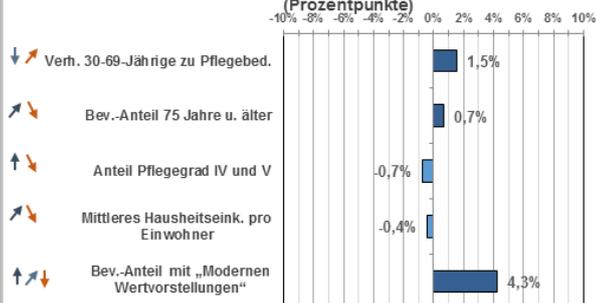
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS BREISGAU-HOCHSCHWARZWALD – PROFIL LANGZEITPFLEGE



#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

##### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

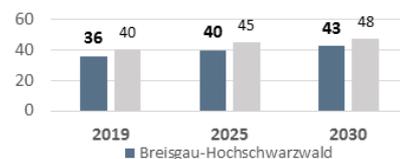


#### Informell Pflegende



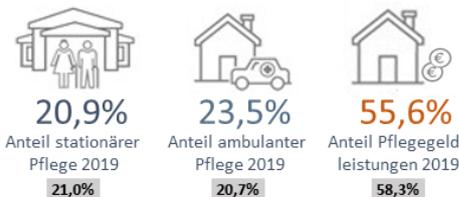
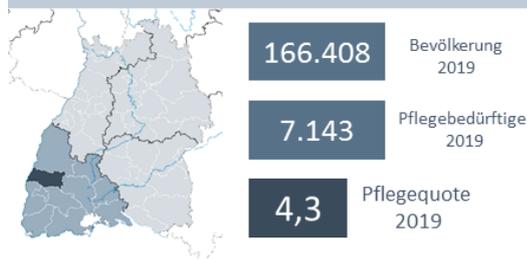
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

#### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



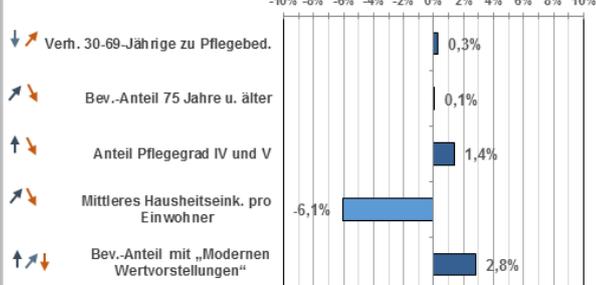
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS EMMENDINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

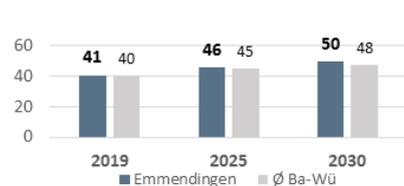
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

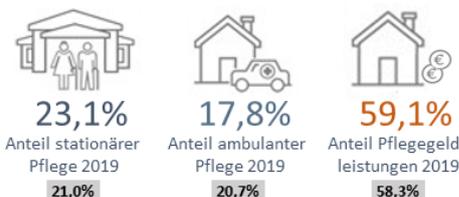
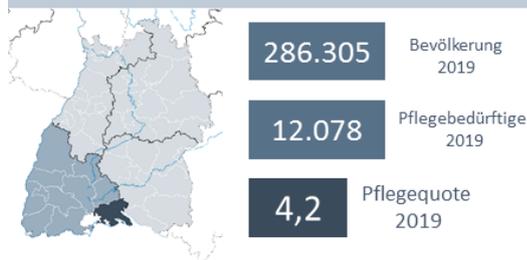


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



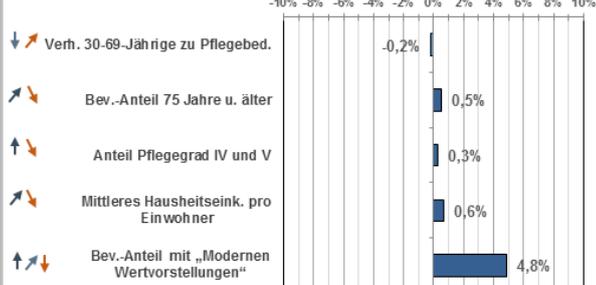
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS KONSTANZ – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

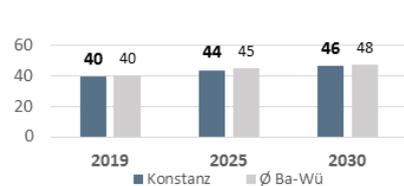
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

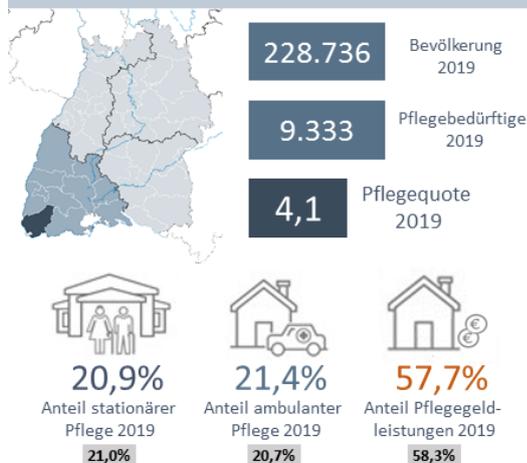


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



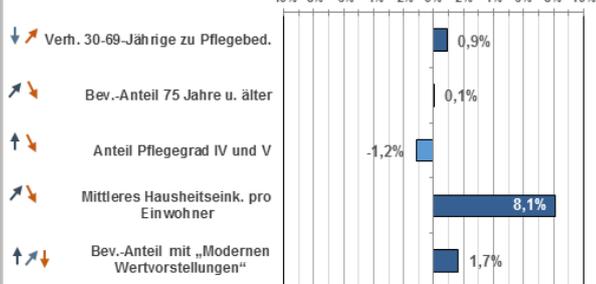
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS LÖRRACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

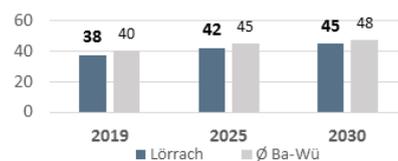


### Informell Pflegende



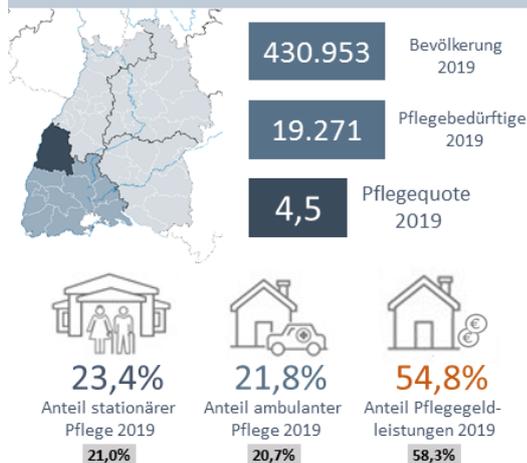
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



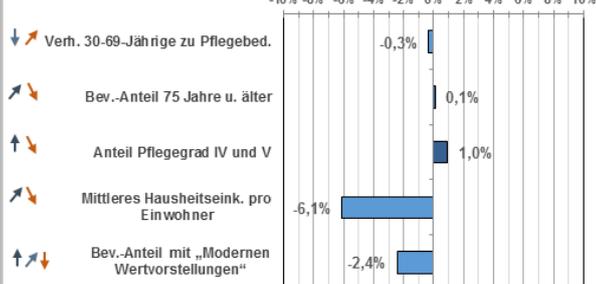
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ORTENAUKEIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

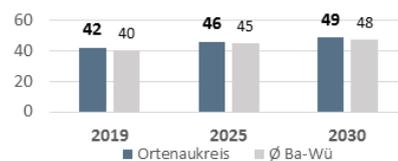


### Informell Pflegende



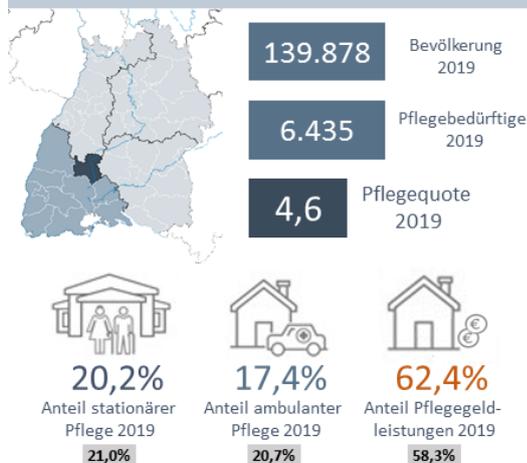
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



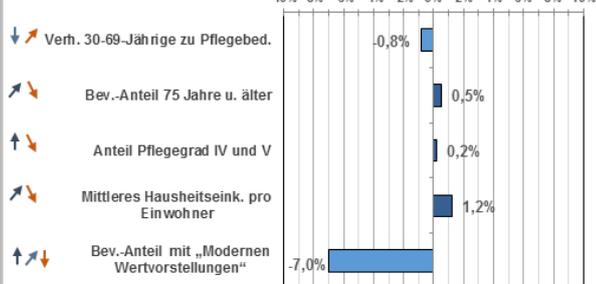
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ROTTWEIL – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

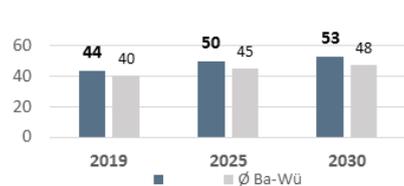


### Informell Pflegende



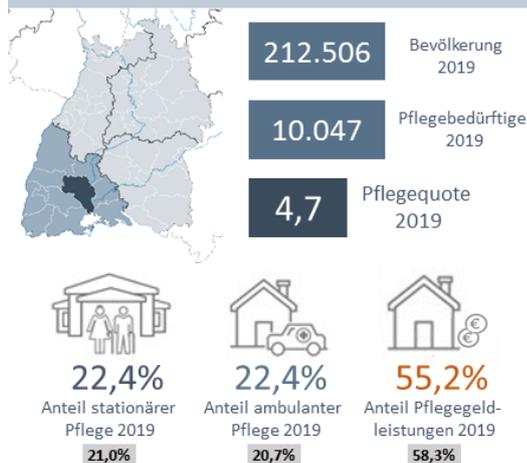
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



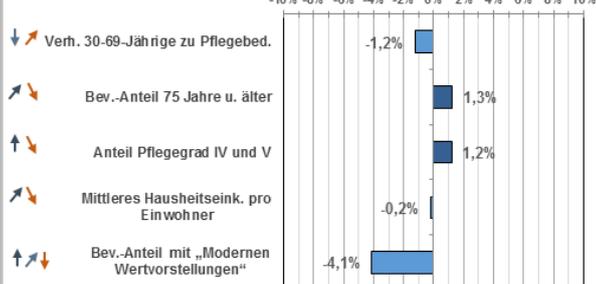
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS SCHWARZWALD-BAAR-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

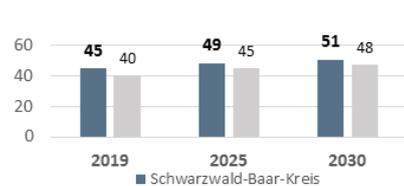


### Informell Pflegende



Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS TUTTLINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**140.766** Bevölkerung 2019

**5.809** Pflegebedürftige 2019

**4,1** Pflegequote 2019



**21,1%**  
Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**



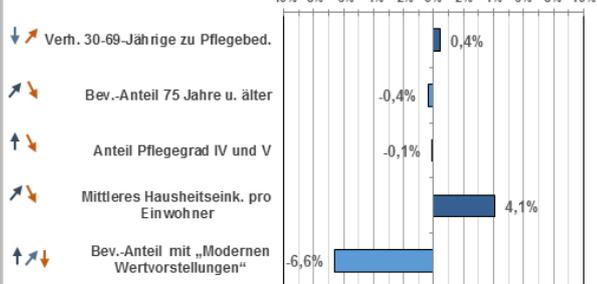
**14,4%**  
Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**



**64,5%**  
Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

**Regionale Personalfaktoren**

Gesamt: **28,1**

Pflege: 19,6  
Betreuung: 3,1  
Hauswirtsch.: 5,3

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 39.900** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

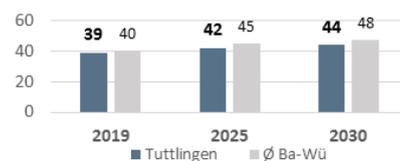
**Informelles Pflegepotenzial**

**3,7 → 3,1 → 2,5**  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 195.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS WALDSHUT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**171.003** Bevölkerung 2019

**6.523** Pflegebedürftige 2019

**3,8** Pflegequote 2019



**24,7%**  
Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**



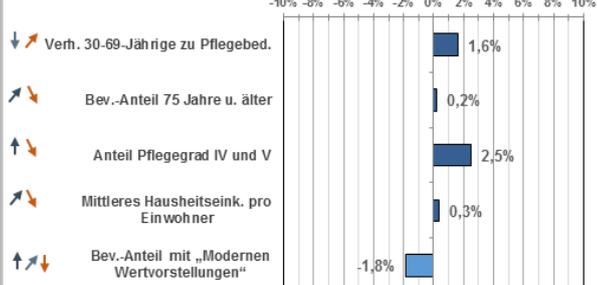
**10,6%**  
Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**



**64,7%**  
Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

**Regionale Personalfaktoren**

Gesamt: **30,3**

Pflege: 21,2  
Betreuung: 3,2  
Hauswirtsch.: 5,8

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 45.400** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

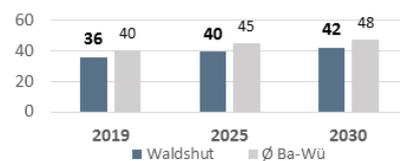
**Informelles Pflegepotenzial**

**3,4 → 2,9 → 2,3**  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 209.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## REGIERUNGSBEZIRK KARLSRUHE

### STADTKREIS BADEN-BADEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**55.185** Bevölkerung 2019

**2.774** Pflegebedürftige 2019

**5,0** Pflegequote 2019

**23,4%** Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**

**25,6%** Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**

**51,0%** Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

Verh. 30-69-Jährige zu Pflegebed.	-1,8%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter	3,7%
Anteil Pflegegrad IV und V	-0,5%
Mittleres Haushaltseink. pro Einwohner	13,1%
Bev.-Anteil mit „Modernen Wertvorstellungen“	0,3%

Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

##### Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	36,5
Pflege:	25,7
Betreuung:	3,6
Hauswirtschaft:	7,2

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 26.100** Stunden/Woche

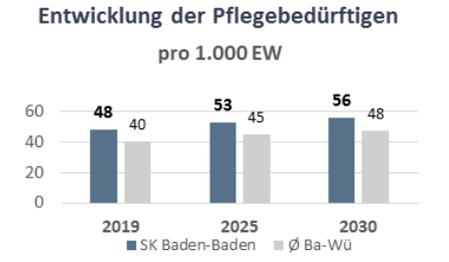
#### Informell Pflegende

##### Informelles Pflegepotenzial

2,7 → 2,5 → 2,1  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 91.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

### STADTKREIS HEIDELBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**161.485** Bevölkerung 2019

**4.992** Pflegebedürftige 2019

**3,1** Pflegequote 2019

**23,9%** Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**

**17,7%** Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**

**58,3%** Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

#### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

Verh. 30-69-Jährige zu Pflegebed.	3,7%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter	-2,0%
Anteil Pflegegrad IV und V	0,7%
Mittleres Haushaltseink. pro Einwohner	-6,6%
Bev.-Anteil mit „Modernen Wertvorstellungen“	19,6%

Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

#### Beruflich Pflegende

##### Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	36,5
Pflege:	25,8
Betreuung:	3,5
Hauswirtschaft:	7,2

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 40.600** Stunden/Woche

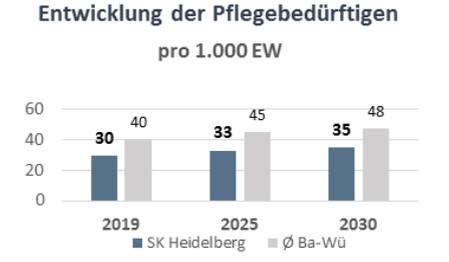
#### Informell Pflegende

##### Informelles Pflegepotenzial

3,9 → 3,6 → 3,0  
2020 2030 2040

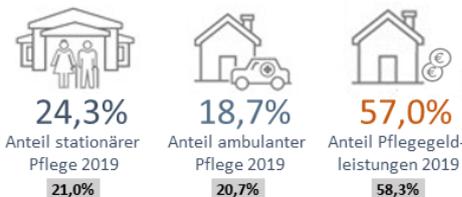
Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 47.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen



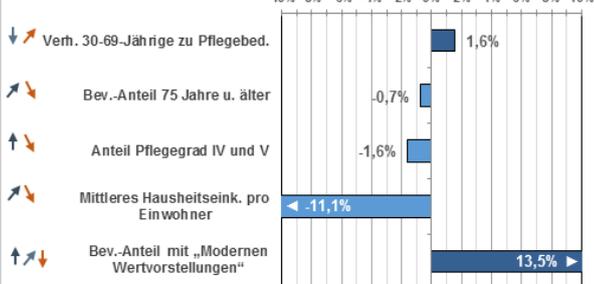
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## STADTKREIS KARLSRUHE – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

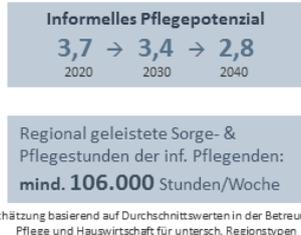


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

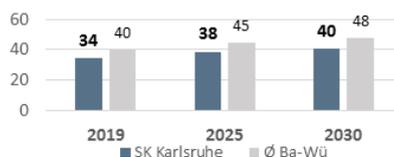
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

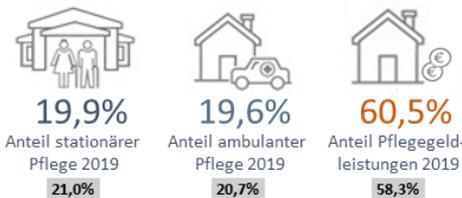
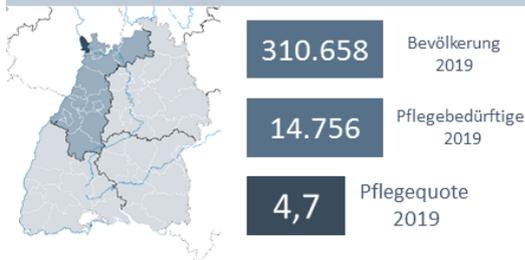


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



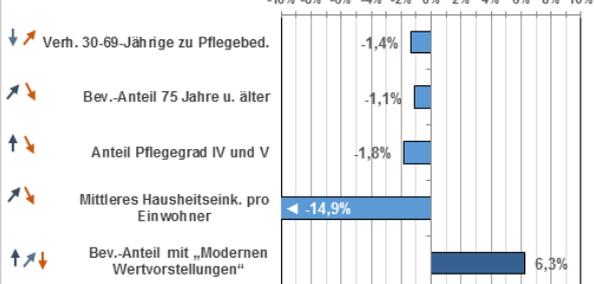
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## STADTKREIS MANNHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

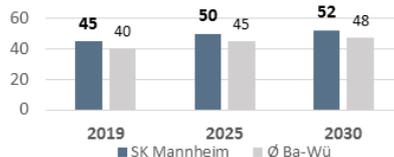
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

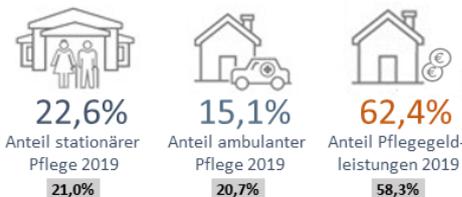


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



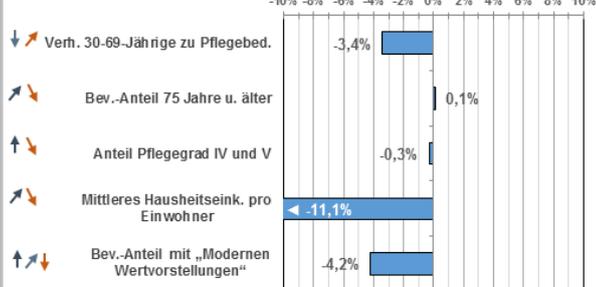
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## STADTKREIS PFORZHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



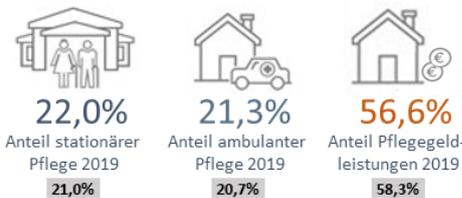
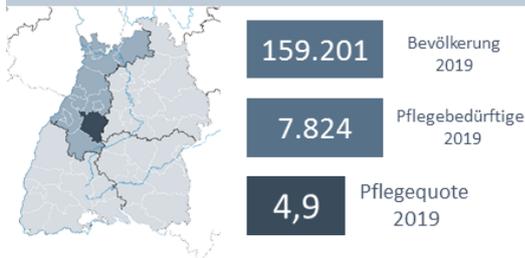
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



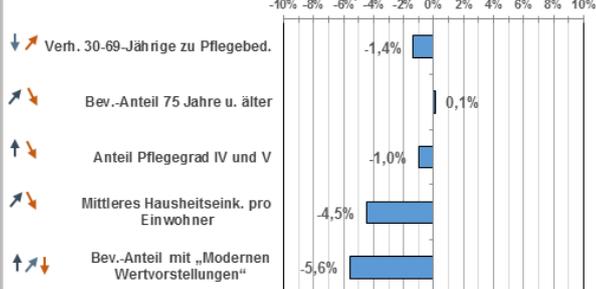
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS CALW – PROFIL LANGZEITPFLEGE



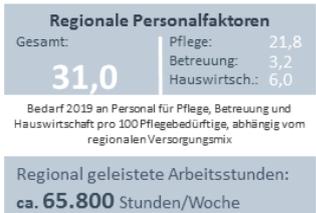
### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



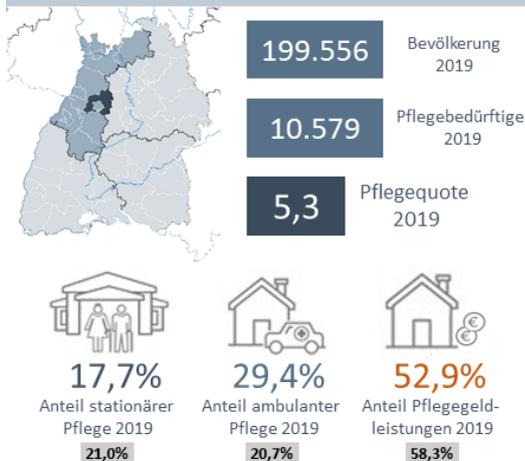
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



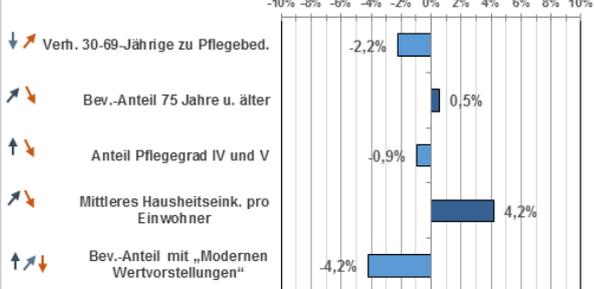
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS ENZKREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

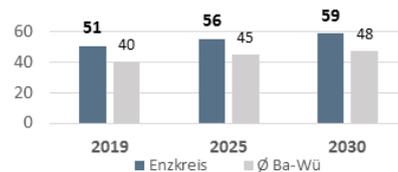
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende

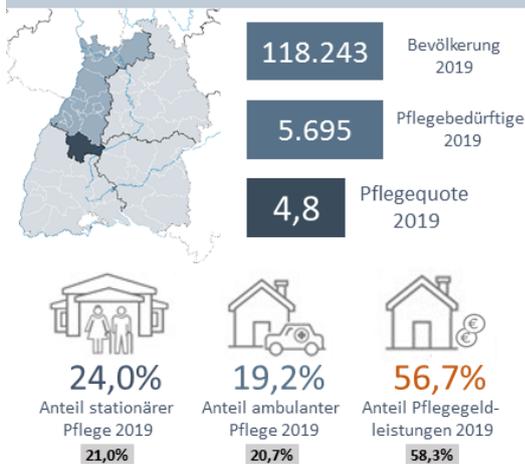


### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



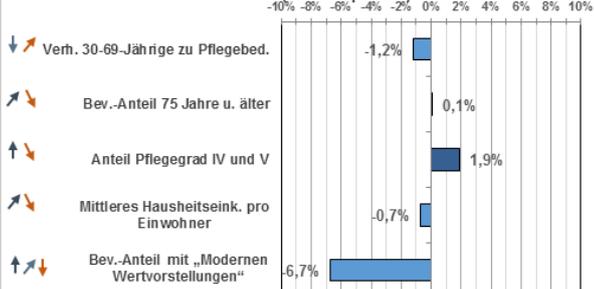
© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS FREUDENSTADT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)

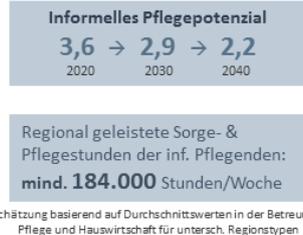


Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

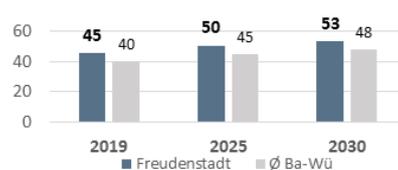
### Beruflich Pflegende



### Informell Pflegende



### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS KARLSRUHE – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**445.101** Bevölkerung 2019

**20.228** Pflegebedürftige 2019

**4,5** Pflegequote 2019

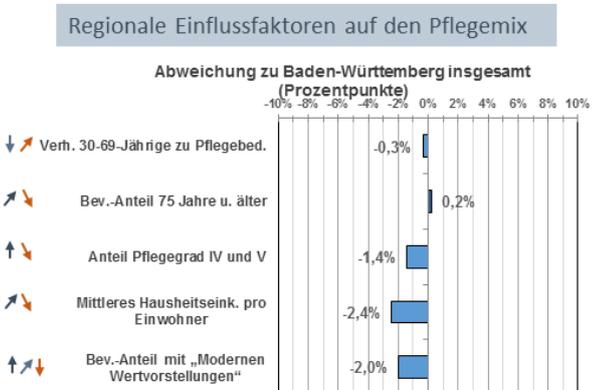
**20,1%** Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**

**19,7%** Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**

**60,2%** Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Faktor	Abweichung (Prozentpunkte)
Verh. 30-69-Jährige zu Pflegebed.	-0,3%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter	0,2%
Anteil Pflegegrad IV und V	-1,4%
Mittleres Haushaltseink. pro Einwohner	-2,4%
Bev.-Anteil mit „Modernen Wertvorstellungen“	-2,0%

Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

#### Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	26,1
Pflege:	18,3
Betreuung:	2,7
Hauswirtsch.:	5,1

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 155.100** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

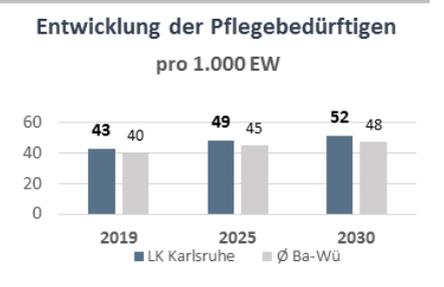
#### Informelles Pflegepotenzial

3,5 → 2,9 → 2,3  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 692.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



Jahr	LK Karlsruhe	Ø Ba-Wü
2019	43	40
2025	49	45
2030	52	48

© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS NECKAR-ODENWALD-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**143.633** Bevölkerung 2019

**8.884** Pflegebedürftige 2019

**6,2** Pflegequote 2019

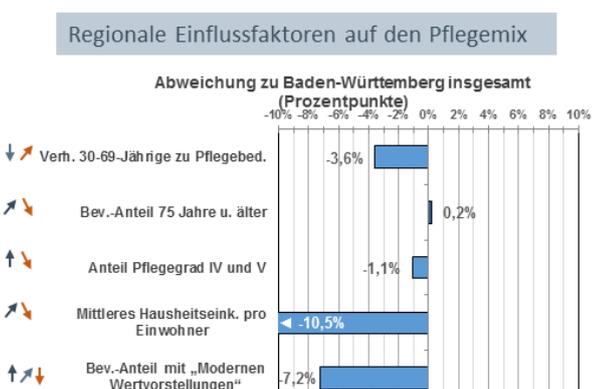
**18,8%** Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**

**26,0%** Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**

**55,2%** Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Faktor	Abweichung (Prozentpunkte)
Verh. 30-69-Jährige zu Pflegebed.	-3,6%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter	0,2%
Anteil Pflegegrad IV und V	-1,1%
Mittleres Haushaltseink. pro Einwohner	-10,5%
Bev.-Anteil mit „Modernen Wertvorstellungen“	7,2%

Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

#### Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	27,0
Pflege:	18,9
Betreuung:	2,8
Hauswirtsch.:	5,3

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 76.500** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

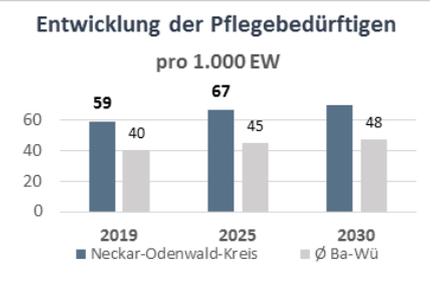
#### Informelles Pflegepotenzial

3,5 → 2,7 → 2,1  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 312.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



Jahr	Neckar-Odenwald-Kreis	Ø Ba-Wü
2019	59	40
2025	67	45
2030	68	48

© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS RASTATT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**231.420** Bevölkerung 2019

**10.919** Pflegebedürftige 2019

**4,7** Pflegequote 2019



**17,7%**  
Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**



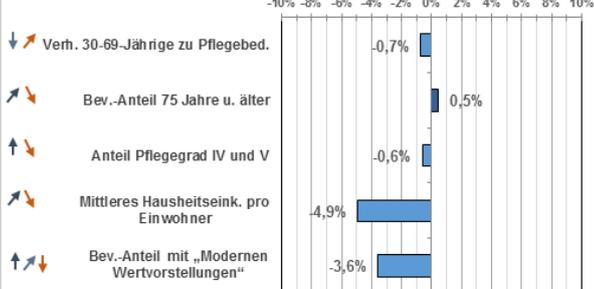
**17,7%**  
Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**



**64,6%**  
Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

**Regionale Personalfaktoren**

Gesamt: **22,5**

Pflege: 15,8  
Betreuung: 2,3  
Hauswirtsch.: 4,4

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:  
**ca. 74.400** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

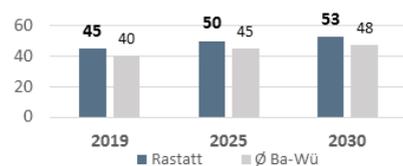
**Informelles Pflegepotenzial**

**3,5 → 2,8 → 2,2**  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:  
**mind. 385.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## LANDKREIS RHEIN-NECKAR-KREIS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



**548.355** Bevölkerung 2019

**26.669** Pflegebedürftige 2019

**4,9** Pflegequote 2019



**18,0%**  
Anteil stationärer Pflege 2019  
**21,0%**



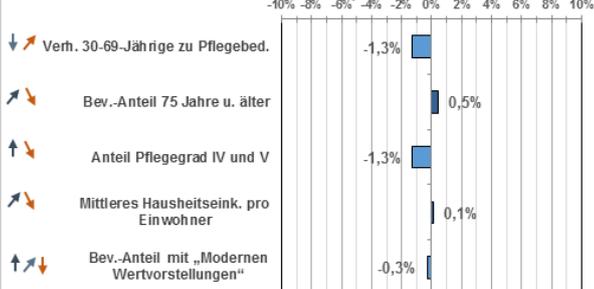
**21,0%**  
Anteil ambulanter Pflege 2019  
**20,7%**



**61,0%**  
Anteil Pflegegeldleistungen 2019  
**58,3%**

### Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix

#### Abweichung zu Baden-Württemberg insgesamt (Prozentpunkte)



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↑ positiv; ↓ negativ; ↓ stark negativ

### Beruflich Pflegende

**Regionale Personalfaktoren**

Gesamt: **24,0**

Pflege: 16,8  
Betreuung: 2,4  
Hauswirtsch.: 4,7

Bedarf 2019 an Personal für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:  
**ca. 199.200** Stunden/Woche

### Informell Pflegende

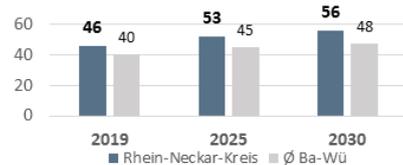
**Informelles Pflegepotenzial**

**3,4 → 2,9 → 2,3**  
2020 2030 2040

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:  
**mind. 939.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft für untersch. Regionstypen

### Entwicklung der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW



© AGP Sozialforschung 2022, Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik, AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

## Anhang

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Multidimensionales Angebots- und Nachfrage-Modell.....	23
Abb. 2: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre in 2020.....	29
Abb. 3: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre in 2021.....	30
Abb. 4: Prognostische demografische Entwicklung 75+ 2021 bis 2040.....	31
Abb. 5: Prognostische demografische Entwicklung 30 bis <70 Jahre 2021 bis 2040.....	32
Abb. 6: Pflegestatistik 2019.....	34
Abb. 7: Altersverteilung und Leistungsformen Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2019.....	35
Abb. 8: Pflegebedürftige in Regierungsbezirken 2009-2019.....	36
Abb. 9: Heimversorgungsquote in 2017 und 2019.....	38
Abb. 10: Pflegebedürftige ambulant nach Pflegegraden in 2019.....	39
Abb. 11: Entwicklung Anzahl ambulanter Dienste und betreute pflegebedürftige Menschen 2009-2019.....	40
Abb. 12: Regionale Verteilung der ambulanten Dienste 2019.....	41
Abb. 13: Zusammenhang zwischen Anzahl ambulanter Dienste und ambulant betreuter Pflegebedürftiger in 2019.....	42
Abb. 14: Personal je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege 2009 bis 2019.....	43
Abb. 15: Pflegebedürftige stationär nach Pflegegraden in 2019.....	44
Abb. 16: Entwicklung Anzahl stationärer Einrichtungen 2009-2019.....	45
Abb. 17: Vollstationäre Einrichtungen und Pflegeplätze Pflegestatistik 2019.....	46
Abb. 18: Regionale Verteilung der teil-/vollstationären Einrichtungen 2019.....	47
Abb. 19: Zusammenhang zwischen Anzahl stationärer Einrichtungen und stationär betreuter Pflegebedürftiger 2019.....	48
Abb. 20: Plätze in stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 75+.....	49
Abb. 21: Personal je 100 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen 2009 bis 2019.....	50
Abb. 22: Krankenhäuser und Bettenzahl je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2012 bis 2020.....	52
Abb. 23: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2012 bis 2020.....	53
Abb. 24: Bildungsstandorte Pflegeausbildung 2019/2020.....	55
Abb. 25: Ausbildungskennzahlen generalistische Pflegeausbildung 1. Jahr 2019/2020.....	56
Abb. 26: Bildungsstandorte Pflegeassistenzberufe.....	58
Abb. 27: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen 2020.....	60
Abb. 28: Regionale Anteile an Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife.....	61
Abb. 29: Anteil Pflegeschülerinnen und -schüler 3. Ausbildungsjahr an Absolventinnen und Absolventen allg. Schulen.....	62
Abb. 30: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	65
Abb. 31: Arbeitslose und Arbeitsstellen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Feb 2022.....	69
Abb. 32: Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende nach Altersklassen (Juni 2021).....	70
Abb. 33: Beschäftigungsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Stichtag Juni 2021.....	72
Abb. 34: Anteil der ortstreuen Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2021.....	74
Abb. 35: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Stuttgart.....	76
Abb. 36: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Karlsruhe.....	77
Abb. 37: Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Freiburg.....	78
Abb.: 38 Regionale Pendleranalyse Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Regierungsbezirk Tübingen.....	79
Abb. 39: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger (Kinder-)Krankenpflege 2013-2020.....	81

Abb. 40: Entwicklung sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Altenpflege .....	83
Abb. 41: Altenpflegende und Altenpflegehelfende nach Sektoren regional 2019 .....	85
Abb. 42: Übersicht Arbeitslose und Arbeitsstellen Altenpflege Feb 2022 .....	86
Abb. 43: Altenpflegende nach Altersklassen (Juni 2021) .....	87
Abb. 44: Mittlere Berufsversverweildauer Altenpflege Stichtag Juni 2021 .....	88
Abb. 45: Anteil der ortstreuen Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2021 .....	89
Abb. 46 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Stuttgart .....	91
Abb. 47 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Karlsruhe .....	92
Abb. 48 Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Freiburg .....	93
Abb. 49: Regionale Pendleranalyse Altenpflege Regierungsbezirk Tübingen .....	94
Abb. 50: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Altenpflege 2013-2020 .....	95
Abb. 51: Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege.....	97
Abb. 52: Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege .....	99
Abb. 53: Ausbildung Altenpflege .....	101
Abb. 54: Entwicklungseinschätzung Berufseintritte versus Berufsaustritte .....	105
Abb. 55: Faktoren der Vulnerabilität der fachpflegerischen Versorgungssicherheit .....	110
Abb. 56: Index fachpflegerische Versorgungssicherung in Baden-Württemberg 2020 .....	111
Abb. 57: Indexwerte in der regionalen Übersicht nach Werten .....	113
Abb. 58: Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit niedrigen Indexwerten.....	114
Abb. 59: Top Ten der Landkreise und kreisfreien Städte mit hohen Indexwerten.....	115
Abb. 60: Versorgungsangebote der ambulanten Dienste .....	119
Abb. 61: Versorgungsangebote der teil- oder vollstationären Einrichtungen.....	120
Abb. 62: Anteil des durch Fluktuation zu ersetzenden Personals .....	125
Abb. 63: Einschätzungen zur Personalsituation der Versorgungseinrichtungen .....	130
Abb. 64: Einsatz von Pflegefachpersonal aus Zeit- bzw. Leiharbeitsfirmen .....	131
Abb. 65: Personalströme nach Sektoren .....	134
Abb. 66: Einschätzungen zur Akquisition von Pflegepersonal aus Drittstaaten .....	137
Abb. 67: Maßnahmen zur Personalsicherung .....	138
Abb. 68: Einschätzungen zur regionalen Versorgungssicherheit .....	139
Abb. 69: Einschätzungen zur personellen Versorgungssicherung in der Region .....	140
Abb. 70: Einschätzungen zur strukturellen Ausbildungssicherung in der Region .....	143
Abb. 71: Angebot und Nachfrage bei regionalen Ausbildungsangeboten .....	144
Abb. 72: Bildungsangebote der Schulen .....	148
Abb. 73: Weitere Qualifizierungsmaßnahmen an den Bildungseinrichtungen .....	149
Abb. 74: Einschätzungen zu Ausbildungsbewerbungen.....	150
Abb. 75: Einschätzungen zur Qualität der Ausbildungsbewerbungen .....	151
Abb. 76: Limitierende Gründe für die Schulplatzerhöhung an Bildungseinrichtungen .....	152
Abb. 77: Einschätzungen zur Personalsituation in den Bildungseinrichtungen .....	154
Abb. 78: Anteil des durch Fluktuation zu ersetzenden Lehrpersonals .....	155
Abb. 79: Basisdaten – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege .....	158
Abb. 80: Pflegequote in den Stadt- und Landkreisen von Baden-Württemberg 2019 (Prozent) .....	159
Abb. 81: Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege .....	162

Abb. 82: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege .....	163
Abb. 83: Zunahme der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg von 2001 – 2030 in zwei Varianten.....	164
Abb. 84: Entwicklung der Pflegebedürftigen – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege .....	165
Abb. 85: Profil Langzeitpflege Stadtkreis Mannheim .....	167
Abb. 86: Tagespflege in Mannheim 2020 .....	171
Abb. 87: Seniorentreffs, Seniorenberatungsstellen und Pflegestützpunkte im Stadtgebiet Mannheims.....	171
Abb. 88: Profil Langzeitpflege Landkreis Schwäbisch Hall.....	172
Abb. 89: Verteilung stationärer Einrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall.....	175
Abb. 90: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Schwäbisch Hall .....	176
Abb. 91: Profil Langzeitpflege Landkreis Tübingen .....	177
Abb. 92: Verteilung stationärer Pflegeplätze im Landkreis Tübingen .....	180
Abb. 93: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Tübingen .....	181
Abb. 94: Profil Langzeitpflege Landkreis Waldshut.....	182
Abb. 95: Pflegepersonal stationär in Prozent .....	186
Abb. 96: Pflegepersonal ambulant in Prozent .....	186
Abb. 97: Verteilung stationärer Pflegeplätze im Landkreis Waldshut.....	187
Abb. 98: Verteilung von Tagespflegeplätzen im Landkreis Waldshut .....	188
Abb. 99: Regionalsteckbrief Stuttgart .....	191
Abb. 100: Regionalsteckbrief Karlsruhe .....	192
Abb. 101: Regionalsteckbrief Freiburg.....	193
Abb. 102: Regionalsteckbrief Tübingen .....	194

## TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Quellen der Sekundärdatenanalyse .....	26
Tab. 2: Stichprobe und Rücklauf der Einrichtungsbefragung .....	27
Tab. 3: Top Ten Spannweiten der Bevölkerungsveränderung 2021 bis 2040 .....	33
Tab. 4: Top Ten der Kreise mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit 2017 bis 2019 .....	37
Tab. 5: Top Ten Landkreise und kreisfreie Städte mit den Heimplätzen je 1.000 EW 75+ .....	50
Tab. 6: Schulstatistik - Schulen des Gesundheitswesens 2019/2020 .....	54
Tab. 7: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegeassistenz .....	66
Tab. 8: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Krankenhäusern .....	66
Tab. 9: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen .....	68
Tab. 10: Top Ten Landkreise mit ortstreuen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden Juni 2021 .....	75
Tab. 11: Beschäftigte der Altenpflege und Altenpflegehilfe in Baden-Württemberg .....	84
Tab. 12: Top Ten Landkreise mit ortstreuen Altenpflegenden Juni 2021 .....	90
Tab. 13: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege .....	98
Tab. 14: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege .....	100
Tab. 15: Ausbildungskennzahlen Altenpflege .....	102
Tab. 16: Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflegehilfe .....	106
Tab. 17: Ausbildungskennzahlen Altenpflegehilfe .....	107
Tab. 18: Teilnehmende Einrichtungen in den Regierungsbezirken .....	117
Tab. 19: Teilnehmende Einrichtungen nach Trägerschaft .....	118
Tab. 20: Personalausstattung der teilnehmenden Einrichtungen .....	122
Tab. 21: Spezifischer Personalbedarf der ambulanten Pflegedienste .....	126
Tab. 22: Spezifischer Personalbedarf der teil- oder vollstationären Einrichtungen .....	127
Tab. 23: Spezifischer Personalbedarf der Krankenhäuser .....	129
Tab. 24: Durchschnittlicher Anfahrtsweg der Pflegenden und Rekrutierungsraum .....	142
Tab. 25: Ausbildungsstatus der Einrichtungen nach Pflegeberufegesetz .....	145
Tab. 26: Regionen in Baden-Württemberg mit den höchsten und niedrigsten Pflegequoten .....	160
Tab. 27: Regionen Baden-Württembergs mit den drei niedrigsten (Min) und höchsten (Max) Anteilen je Versorgungsart .....	161

## LITERATURVERZEICHNIS

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: (3), S. 173–180. In: *Wirtschaft und Statistik* 3, 2014, S. 173–180.
- Arend, Stefan; Klie, Thomas (Hg.) (2017): Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte - Analysen, Erfahrungen, Konzepte. Hannover: Vincentz (Reihe Management Tools).
- Boscher, Claudia; Raiber, Lea; Fischer, Florian; Winter, Maik H-J (2021): Einsatz und Erfolg gesundheitsbezogener Maßnahmen zur Personalbindung in der Pflege: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Führungskräften aus der Region Bodensee-Oberschwaben. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (8-09), S. 611–618. DOI: 10.1055/a-1173-9555.
- Braeseke, Grit; Hernández, Jessica; Hofmann, Esther; Peters, Verena; Richter, Tobias; Augurzky, Boris et al. (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Berlin, Essen.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2022a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt).
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2022b): Berufliche Mobilität von Beschäftigten. Nürnberg.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Ebbinghaus, Margit (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen... Zum Berufsimago von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB Report, 1).
- Ehrentraut, Oliver (2012): Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. München.
- Fuchs, Michaela; Richter, Bernd; Sujata, Uwe; Weyh, Antje; (Keine Angabe) (2018): Der Pflegearbeitsmarkt in Sachsen. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (IAB-Regional, 2/2018).
- Ghiorghita, Bettina; Rapp, Cora (2021): Planungsperspektiven für die Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg. 2019 - 2030. 2. aktualisierte Auflage. Hg. v. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS). Stuttgart (Fokus Pflege). Online verfügbar unter [https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2021-06-08-Fokus-Pflege\\_Internet.pdf](https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2021-06-08-Fokus-Pflege_Internet.pdf).
- 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 (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Hg. v. Forschungszentrum Generationenverträge (FZG). Freiburg (Working Paper, 40).
- Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln.
- Kaiser, Monika (2022): Steigender Personalbedarf in der Pflege. In: *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (10), S. 3–9.
- Klie, Thomas (2021): Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35). Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2501938.pdf>, zuletzt geprüft am 13.10.2021.

- Klie, Thomas (2023): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2022): Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. Forschungsprojekt "Subjektorientierte Qualitätssicherung" (10). Online verfügbar unter <https://www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html>, zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Krebs, Petra (2021): Umsetzung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) in Baden-Württemberg. Landtag von Baden-Württemberg (Drucksache, 17/707).
- Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. Mehr gemeinsam entscheiden, verantworten, gestalten. In: *ProAlter* 53 (3), S. 8–12.
- Lauxen, Oliver; Blattert, Barbara (2020): Ausländisches Fachpersonal besser integrieren. In: *Pflegezeitschrift*, 2020 (5). Online verfügbar unter <https://www.springerpflege.de/auslaendisches-fachpersonal-besser-integrieren/17880432?fulltextView=true&doi=10.1007%2Fs41906-020-0671-5>.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2019): Handreichung „Solitäre Kurzzeitpflege. Anlagen: Gemeinsame Erklärung Aktionsbündnis Kurzzeitpflege Ausschreibung Förderprogramm Kurzzeitpflege Merkblatt „Investive Förderung von Angeboten der Kurzzeitpflege“, 30.01.2019, zuletzt geprüft am 29.06.2020.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (15.01.2020): Aktionsbündnis Kurzzeitpflege: Fördermittel in Höhe von 7,6 Millionen Euro voll ausgeschöpft, zuletzt geprüft am 29.06.2020.
- Mohr, Jutta; Boscher, Claudia; Steinle, Johannes; Höß, Tanja (2019): Ringen um Pflegefachpersonal. In: *Die Schwester Der Pfleger* (4), S. 62–66.
- 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.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2021): Landespflegebericht Niedersachsen 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hannover. Online verfügbar unter [https://www.ms.niedersachsen.de/download/170841/Landespflegebericht\\_2020.pdf](https://www.ms.niedersachsen.de/download/170841/Landespflegebericht_2020.pdf).
- Petermann, Arne; Jolly, Giorgio; Schrader, Katharina (2020): Fairness und Autonomie für Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Christine Haberstumpf-Münchow, Jasmin Kiekert, Barbara Städtler-Mach, Nausikaa Schirilla, Irena Schreyer, Damian Ostermann et al.: *Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte*. [1. Auflage]. Hg. v. Barbara Städtler-Mach und Helene Ignatzi. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 99–121.
- Peters, Verena; Braeseke, Grit (2016): Pflegekräfte aus Vietnam. In: *Pflege* 29 (6), S. 315–321. DOI: 10.1024/1012-5302/a000516.
- Raiber, Lea; Fischer, Florian; Boscher, Claudia; Steinle, Johannes; Winter, Maik H-J (2022): Wer kann sich vorstellen, von Angehörigen gepflegt zu werden? : Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 65- bis 75-Jähriger in der Region Bodensee-Oberschwaben. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-022-02073-z.
- Rand, Sigrid; Larsen, Christa (2019): Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis. Working paper Forschungsförderung. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
- Renn, Sandra; Rinn, Maren (2016): Die Dauer von Beschäftigungsverhältnissen. Methodenbericht. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit, zuletzt geprüft am 16.11.2021.
- Robert Koch-Institut (2016): *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*.
- Rothgang, Heinz (2020): Zweiter Zwischenbericht. -Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber. im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Hg. v. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Bremen. Online verfügbar unter <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>, zuletzt geprüft am 13.08.2020.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Unter Mitarbeit von Thomas Klie, Anne Göhner und Birgit Schuhmacher. Hg. v. Bertelsmann-Stiftung. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh.

Simon, Michael: Prognosen zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“: Limitationen amtlicher Statistiken und methodische Probleme bisheriger Studien (2-3).

Slotala, Lukas (2016): Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Deutschland. In: *Pflege* 29 (6), S. 281–288. DOI: 10.1024/1012-5302/a000513.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2021a): Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Datenreport 2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020. Wiesbaden.

Teigeler, Brigitte (07.08.2020): Die Fachkraftquote geht, der Personalmix kommt. Interview mit Heinz Rothgang. [pflegen-online.de](https://www.pflegen-online.de).

Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) (Hg.) (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2020. München. Online verfügbar unter [https://www.vdPB-bayern.de/wp-content/uploads/2021/10/210929\\_Pflegemonitoring\\_Bayern.pdf](https://www.vdPB-bayern.de/wp-content/uploads/2021/10/210929_Pflegemonitoring_Bayern.pdf).

Wrobel, Martin; Fuchs, Michaela; Weyh, Antje; Althoff, Jörg (2019): Der Pflegearbeitsmarkt in Niedersachsen. Eine Bestandsaufnahme. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (IAB-Regional, 3/2019).