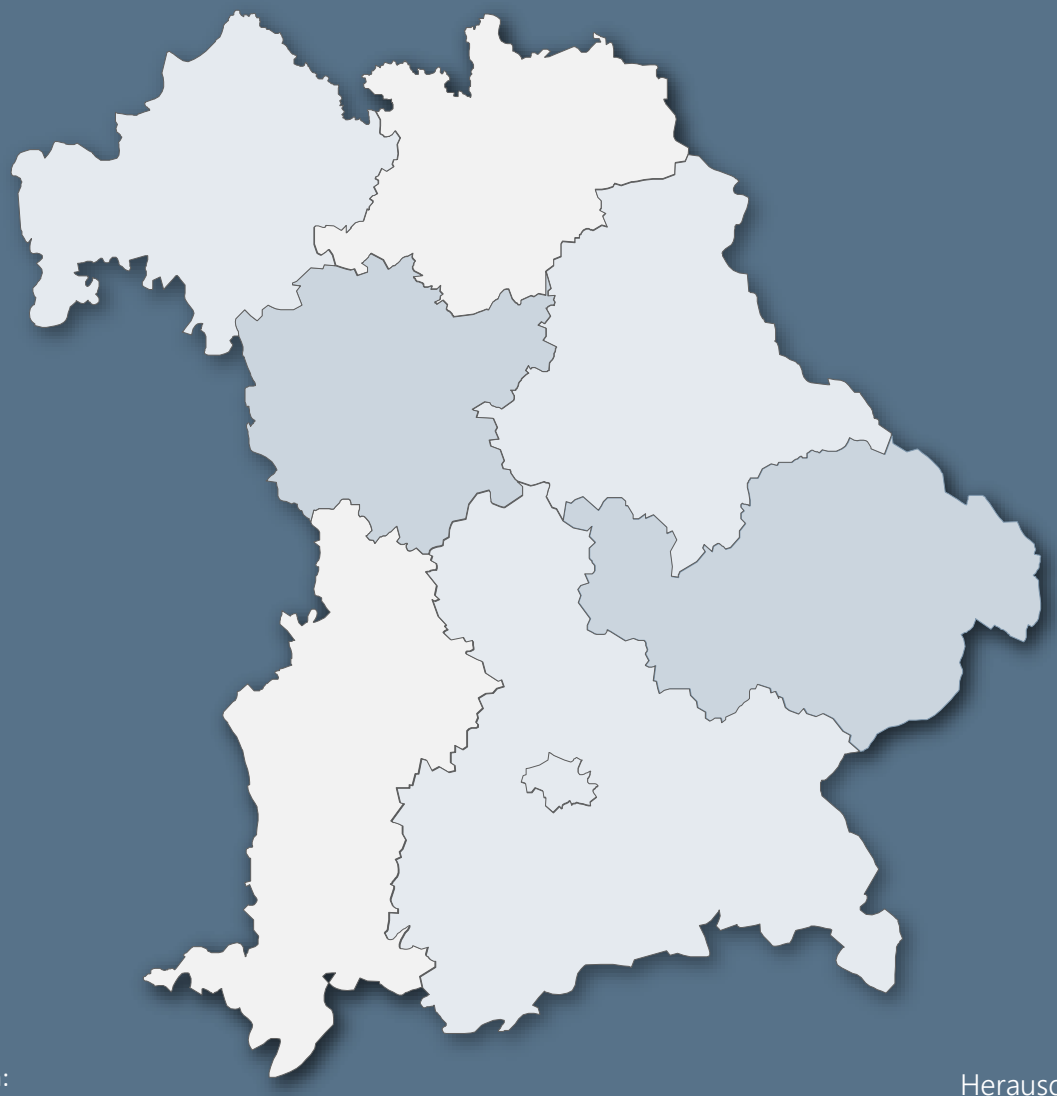
MONITORING PFLEGEPERSONALBEDARF BAYERN 2023



Autoren:

Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Thomas Klie

Unter Mitarbeit von:

Pablo Rischard und Daniel Tucman

Herausgeber:
Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)
Prinzregentenstraße 24
80538 München

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 1
Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern: Pflege- und gesundheitspolitischer Kontext 4
Zusammenfassung 8
Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit 8
Entwicklung der Versorgungsstrukturen 9
Fachkräfteentwicklung 11
Bedarfsentwicklung und Qualifizierung 12
Fachpflegerische Versorgungssicherung 13
Langzeitpflegeprofile der Landkreise und kreisfreien Städte 14
Monitoring Pflegepersonal Bayern 16
Hintergrund und Ziele des Monitorings 17
Methodische Hinweise 17
Theoretischer Rahmen 17
Sekundärdatenanalyse 19
Primärdatenanalyse 20
Literaturanalyse 21
Dissemination 21
Entwicklungen in Bayern 23
Demografie 23
Bevölkerung in Bayern 23
Prognostische Entwicklung 26
Pflegebedürftigkeit 29
Prognostische Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 39
Menschen mit Demenz 42
Einrichtungen der Versorgung 43
Ambulante Pflegedienste 44
Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen 47
Tagespflegeeinrichtungen 53
Krankenhäuser 55
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 58
Einrichtungen der Pflegebildung 60
Standorte der Qualifizierung Pflegefachmann/Pflegefachfrau 60
Standorte der Qualifizierung Fachpflegehilfe 63
Standorte der akademischen Qualifizierung der Pflege 64
Strukturen und Perspektiven der Langzeitpflege 66
Regionalisierte Daten für die 96 Stadt- und Landkreise Bayerns 66
Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen 67
Formelle und informelle Pflege in den Regionen 70
Demografische Entwicklung in den Regionen 72
Vertiefungsstudien in drei Regionen 73
Landkreis Kulmbach 74
Landkreis Landsberg am Lech 78

INHALTSVERZEICHNIS

Landkreis Rosenheim ... 83
Zusammenfassung ... 87

Arbeits- und Beschäftigungsmarkt ... 89
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Fachpflegehilfe ... 89
Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ... 90
Arbeitslosigkeit der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ... 94
Vollzeitbeschäftigung in der der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ... 95
Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ... 98
Ortsgebundene Beschäftigung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ... 100
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege aus Drittstaaten ... 101
Altenpflege und Fachpflegehilfe Altenpflege ... 103
Beschäftigung in der Altenpflege ... 103
Arbeitslosigkeit in der Altenpflege ... 107
Vollzeitbeschäftigung in der Altenpflege ... 108
Beschäftigungsdauer in der Altenpflege ... 109
Ortsgebundene Beschäftigung in der Altenpflege ... 110
Altenpflegende aus Drittstaaten ... 112

Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen ... 114

Ausbildung in Pflegeberufen ... 118
Pflegefachmann/ Pflegefachfrau ... 119
Fachpflegehilfe Krankenpflege ... 123
Fachpflegehilfe Altenpflege ... 125
Prognose der Zugänge und Abgänge der Fachpflege ... 127

Intra- und intersektorielle Mobilität in Pflegeberufen ... 131

Fachpflegerische Versorgungsicherung ... 134
Index fachpflegerischer Versorgungssicherung ... 134
Fachpflegerische Versorgungssicherung in der regionalen Betrachtung ... 136

Stichprobenbeschreibung der Befragung ... 141

Ergebnisse der Befragung der Versorgungseinrichtungen ... 144
Angebote der Versorgungseinrichtungen ... 144
Personalbestand und -bedarf der Versorgungseinrichtungen ... 145
Einschätzungen zum Personalbedarf ... 146
Einschätzungen zu Auswirkungen des Fachkräftemangels ... 147
Einschätzungen zur Personalgewinnung aus Drittstaaten ... 148
Einschätzungen zur Personalbemessung (PeBeM stationäre Einrichtungen) ... 150
Einschätzungen zur Personalbemessung (PPR 2.0 Krankenhäuser) ... 152
Generalistische Pflegeausbildung ... 156
Formen der Partizipation an der Ausbildung ... 157
Ausbildung und Übernahme von Auszubildenden ... 159
Ausbildung, Kompetenzen und Akzeptanz von Auszubildenden ... 162
Akademische Pflegeausbildung ... 166

Ergebnisse der Befragung der Bildungseinrichtungen ... 170
Bildungsangebote der Einrichtungen ... 170

INHALTSVERZEICHNIS

Auslastung und Bewerberqualifikation 170
Schulentwicklung 175
Ausbildungsverbünde 179
Praxisanleitung 183
Generalistische Pflegeausbildung 185
Regionale Profile Langzeitpflege - 96 Regionen 189
Regierungsbezirk Oberbayern 190
Regierungsbezirk Niederbayern 202
Regierungsbezirk Oberpfalz 208
Regierungsbezirk Oberfranken 213
Regierungsbezirk Mittelfranken 220
Regierungsbezirk Unterfranken 226
Regierungsbezirk Schwaben 232
Anhang 239
Abbildungsverzeichnis 239
Tabellenverzeichnis 241
Literaturverzeichnis 243
Impressum 248

Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern: Pflege- und gesundheitspolitischer Kontext

In das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist (politische) Bewegung gekommen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat eine ambitionierte Krankenhausreform auf den Weg gebracht. Sollte sie umgesetzt werden, wird dies auch für den Freistaat Bayern erhebliche Konsequenzen für die medizinisch-pflegerische Grundversorgung in den Regionen haben. Dies gilt auch für das Thema „Gesundheitskioske" – ein weiterer, allerdings umstrittener Reformansatz aus Berlin, der auf die gesundheitliche Versorgung in strukturschwachen Regionen abzielt. Das Thema Personalausstattung – auch im Monitoring ein zentrales Thema – wird durch die PPR 2.0 für den klinischen Sektor und PeBeM für den Bereich der stationären Langzeitpflege nach jahrzehntelangem Zuwarten verbindlicher geregelt – zu spät? Auch das macht das Monitoring deutlich: Die mit dem Personalbemessungssystem verbundenen Erwartungen können angesichts der Personalsituation wohl kaum eingelöst werden. Ebenfalls kurz vor Weihnachten 2023 von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angestoßen wurde ein Pflegekompetenzgesetz, das den beruflich Pflegenden (endlich) einen kompetenzgerechteren und ihren Qualifikationen und Qualifikationsperspektiven angemessenen Platz im Gesundheits- und Pflegewesen einräumen soll. Die Akademisierung der Pflege wurde – wenn auch nicht entschieden, aber doch unterstützt – in den Fragen der Ausbildungsvergütung geregelt. Demgegenüber blieb die Reform der Pflegeversicherung in den fiskalischen Untiefen der Bundespolitik hängen. Von einer häufig geforderten „Revolution in der Pflege" ist wenig zu spüren. Immerhin nähern sich die Positionen der Parteien – auch in Bayern an: Mehr Kompetenz für die berufliche Pflege wird gefordert.

In die Zeit dieser zum Teil zuversichtlich stimmenden Reformen, aber auch der vertagten oder aufgegebenen, mit denen die Ampelregierung durchaus vielversprechend im Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik gestartet ist, fällt das 2. Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern. Zunehmende Engpässe kennzeichnen das nur begrenzt ausbaufähige Pflege- und Gesundheitssystem. Sie bestehen zunächst in personeller Hinsicht: das zentrale Thema des Monitorings. Eine Pflegeberichterstattung gibt es in Deutschland immer noch nicht flächendeckend. Wir wissen nicht, wie viele Pflegefachpersonen wo mit welchen Weiterbildungen, Zusatzqualifikationen und Funktionen arbeiten. Pflegefachkräfte in der Intensivmedizin sind auch nach Corona ein Dunkelfeld. Zumindest für Bayern und die anderen Bundesländer, in denen das DIP und AGP Sozialforschung Studien zum Pflegepersonalbedarf durchführen konnten, soll diesem Befund entgegengewirkt werden. Die Personalengpässe sind eklatant. Dies gilt für die Pflegefachpersonen, dies gilt aber auch für die zunehmend an Bedeutung gewinnenden Pflegeassistenzberufe.

Auch für Bayern gilt – so ein Befund des Monitorings – dass insbesondere viele stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund des Personalmangels nicht alle Pflegeplätze belegen können. Auch die in Bayern immer noch vergleichsweise gut und flächendeckend verteilten Pflegedienste müssen angesichts des Personalmangels Anfragen von Klientinnen und Klienten ablehnen. Die Mangelsituation betrifft nahezu alle Einrichtungen im Gesundheitswesen und zunehmend sind auch andere Care-Berufe vom Personalmangel betroffen: die Kindertagesstätten und zunehmend die Eingliederungshilfe. Diese Engpasssituation trifft Deutschland als ein Land, das bei der Relation von Pflegekräften zur Bevölkerung nicht schlecht dasteht: Mit 6,0 Pflegekräften

pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt es im oberen Drittel der OECD-Staaten.[1] Zudem ist seit der Jahrtausendwende ein bemerkenswerter Zuwachs von Beschäftigten im Gesundheitswesen und auch der Langzeitpflege zu verzeichnen.[2]

Das deutsche Gesundheitssystem ist kompliziert, teuer, stark segmentiert und im internationalen Vergleich keineswegs kosteneffizient. Das liegt auch an dem versäulten System und der mitnichten gut strukturierten und gerahmten interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Berufliche Pflege macht einen wesentlichen Teil der gesundheitlichen Versorgung aus, die Berufsgruppe der Pflegenden ist die größte im Gesundheitswesen. Ihre eigenständige Kompetenz wurde nicht zuletzt durch die berufsrechtlich verankerten Vorbehaltsaufgaben, § 4 PflBG, anerkannt – ein Thema, dem sich die VdPB intensiv angenommen hat. Das eigenständige Profil der spezialisierten Pflege ist in der Praxis angekommen und strukturell verankert. Eine selbstverständliche multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen – auf Augenhöhe – ist es noch nicht, auch wenn sie vielfach „auf Station" und im Versorgungsalltag gelebt wird. Hieran muss sich etwas ändern, wenn das in Bewegung geratene Gesundheitssystem den künftigen Herausforderungen einigermaßen gewachsen sein will. Die Initiative von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für ein Pflegekompetenzgesetz ist in diesem Zusammenhang durchaus vielversprechend. Auch die VdPB hat sich mit einer Stellungnahme zu dem Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz geäußert.

Gefragt sind neben einer deutlich zu verstärkenden interprofessionellen Zusammenarbeit und Aufwertung der Pflegeberufe mit eigenen Kompetenzprofilen, mit eigenem Verordnungsrecht und eigenständiger Heilkundeausübung, eine sektorenübergreifende Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens. Die geplanten Krankenhäuser Level I*i* bieten insbesondere für die Grundversorgung einen interessanten Ansatz – mit vielen noch offenen Fragen. In der Langzeitpflege müssen sich sehr viel stärker sektorenübergreifende Angebote entwickeln – zwischen ambulant und stationär. Insgesamt werden die durch unterschiedliche Gesetze und Finanzierungsregelungen getrennten Sektoren Pflege und Gesundheit stärker zusammenwachsen müssen. Von zentraler Bedeutung wird es sein, regional attraktive Arbeits-, aber auch Ausbildungsbedingungen für Pflegeberufe und die Ausbildung zu erhalten bzw. zu schaffen. Die Pflege ist und bleibt ein sehr lokaler Arbeitsmarkt, dies bestätigt auch das Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Die Regionalität gilt es auch bei der „Bewegung", die ins Gesundheitswesen geraten ist, zu berücksichtigen: Ausbildungskapazitäten müssen vor Ort er- und vorgehalten werden, nicht nur in Ballungsräumen. Dies setzt voraus, dass auch in ländlichen Regionen Ausbildungskapazitäten im klinischen Bereich erhalten bleiben. Mit (fast) jeder

[1] „Im Vergleich mit den OECD-Mitgliedsstaaten, also den Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, lag Deutschland mit der Versorgungsdichte an Pflegefachkräften an achter Stelle und damit im oberen Drittel. Ein ähnliches Niveau hatte das Vereinigte Königreich (6,2) sowie der Nachbarstaat Frankreich (5,7). Besonders hoch war die Versorgungsdichte in Norwegen (9,1), besonders niedrig hingegen in Chile (1,0). In Belgien lag sie bei 7,3, in Österreich bei 7,0, in den Niederlanden bei 4,5, in Italien bei 4,4 und in Spanien bei 3,6. Für das Jahr 2018 hatten 28 OECD-Mitgliedsstaaten die Versorgungsdichte an Pflegefachkräften je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner ermittelt." [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_N072_212.html, Abruf vom 06.11.2023].

[2] Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist für den Zeitraum 2000 bis 2021 insgesamt einen Anstieg von knapp 4,0 Mio. Beschäftigten im Gesundheitsweisen auf 6,0 Mio. Beschäftigte aus – davon ist ein substanzieller Zuwachs in stationären und teilstationären Einrichtungen zu verzeichnen: von 1,6 Mio. auf 2,1 Mio. Beschäftigte in der ambulanten Langzeitpflege haben sich die Beschäftigtenzahlen in dem Zeitraum mehr als verdoppelt auf nunmehr 427.000 Beschäftigte im Jahr 2021 (vs. 185.000 im Jahr 2000). [vgl. Eckzahlen der Gesundheitspersonalrechnung unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/k?k=NE3372, Abruf vom 06.11.2023].

Klinikschließung gehen Ausbildungsplätze in der Pflege verloren. Insofern müssen sektorenübergreifende Arbeitsansätze in der Gesundheits- und Pflegepolitik immer auch darauf ausgerichtet sein, wie der künftig schwer zu deckende Bedarf an Pflegefachpersonen – zunehmend auch an Pflegeassistenzkräften, die im vorliegenden Monitoring besonders gewürdigt werden – gedeckt werden kann. Die berufsdemografische Entwicklung wird den aktuellen Bestand an Pflegefachkräften für die Zukunft nicht garantieren und sichern können. Selbst bei optimistischen Annahmen über die Zahl Zugewanderter, die in Deutschland für die Gesundheitsberufe qualifiziert werden können, ändert sich an diesem Befund nichts. In der Praxis spielen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte schon heute eine große Rolle, vor allem in der Ausbildungsrealität der bayerischen Pflegeschulen. Ohne sie, ohne örtliche Akzeptanz und Integrationsbemühungen wird es nicht gehen. Die undifferenzierte und tagespolitische Mobilmachung gegen das Thema Zuwanderung ist gerade für das Gesundheitswesen kontraproduktiv. Pflege ist aber auch ein Beruf, der für alle attraktiv sein und bleiben muss, auch für die Bevölkerung vor Ort – mit allen Aufstiegschancen, die in dem Arbeitsfeld existieren oder sich neu herausbilden.

Auch wenn all das gelingt, was zurecht immer wieder gefordert wird:

- gute Arbeitsbedingungen,
- Gesundheitsförderung
- Übereinstimmung von beruflicher Motivation, Werten und Praxis der Pflege
- angemessene Bezahlung,
- Attraktivität des Pflegeberufes für Schulabgängerinnen und -gänger,
- Integration von Zuwanderern in Gesundheitsberufe,
- Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und
- Durchlässigkeit des Bildungssystems,

wird sich an der demografisch bedingten Personalknappheit nichts ändern. Daher sind strukturelle und „systemische“ Anstrengungen notwendig, die auf ein effizientes Gesamtsystem abzielen, das die Kompetenzen aller, insbesondere auch der beruflich Pflegenden, nutzt.

Dabei spielen die Kommunen eine immer wichtigere Rolle. Hier findet Pflege statt – insbesondere im Bereich der Langzeitpflege. Hier suchen junge Menschen nach Ausbildungsperspektiven. Hier ist die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auch demokratierelevant: Systemvertrauen hängt nicht zuletzt von der subjektiv empfundenen und objektiv bestehenden Sicherheit gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung vor Ort ab und ist auch eine Voraussetzung für die Attraktivität von Regionen. Insofern wird das Thema Gesundheit und Pflege verstärkt ein kommunales Thema werden. Das ist es häufig bereits in vielfältiger Weise, aber keineswegs einheitlich und nicht mit der Verbindlichkeit, die an sich zu erwarten wäre. Für den Freistaat Bayern ist dies eine besondere Herausforderung, da die Landkreise vergleichsweise klein sind und ihre Kompetenzen durch die Bezirke noch einmal begrenzt wurden. Gleichwohl führt kein Weg daran vorbei, den Pflegepersonalbedarf auf kommunaler Ebene zum Thema zu machen. Beeindruckend sind die konzertierten Bemühungen vieler Landkreise in Bayern, dies gemeinsam, entschieden, intelligent und kreativ anzugehen. Auch davon wird etwas in dem Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023 sichtbar.

Das Monitoring Pflegepersonalbedarf wurde von der Vereinigung der Pflegenden in Bayern zum zweiten Mal in Auftrag gegeben. Sie kommt damit ihrem Auftrag nach, sich systematisch

ein datengestütztes Bild über den Bestand und den zukünftigen Bedarf an beruflich Pflegenden in Bayern zu verschaffen. Das Monitoring Pflegepersonalbedarf bestätigt und präzisiert den schon 2020 herausgearbeiteten Befund, dass die Lücke zwischen Berufseinsteigern und -aussteigern deutlich zunehmen wird. Das hat allerdings nichts mit dem sogenannten „Pflexit" zu tun, der im Monitoring Pflegepersonalbedarf ebenso widerlegt werden kann wie andere Pflegemythen, z. B. die angeblich kurze Berufsverweildauer von Pflegenden. Es sind differenzierte Analysen zur Personalsituation erforderlich, keine apokalyptischen Narrative, die auch in den Medien immer wieder gern aufgegriffen werden. Richtig ist: Der Personalbedarf ist groß. Richtig ist aber auch, dass die Pflege mit seinen vielfältigen Arbeitsfeldern und Aufstiegschancen weiterhin ein ausgesprochen attraktiver Beruf ist. Ein Höchststand an erfolgreich Ausgebildeten in der Pflege wurde im Jahr 2021 erreicht. Niemals zu vor wurden – auch in Bayern – so viele Pflegefachkräfte ausgebildet. Gleichzeitig gilt – und auch das macht das Monitoring deutlich: Es bedarf erheblicher Anstrengungen, das Berufsbild der Pflege in der Öffentlichkeit noch attraktiver zu profilieren sowie die Berufsausbildung durchlässiger als bisher zu machen. Wir werden in der Gesellschaft mit weniger Pflegefachpersonen auskommen müssen und können, wenn sie kompetenzorientiert eingesetzt werden und ihnen die Kompetenzen entsprechend zugesprochen und zugeordnet werden. Wie ihr „Einsatz" erfolgt, ist in erster Linie Sache der professionell Pflegenden selbst bzw. muss es in Zukunft sein.

Gerade vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Eigenständigkeit der professionellen Pflege im deutschen Gesundheitswesen alternativlos ist. Die Berufsgruppe Pflege hat den Auftrag, einen eigenständigen Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu leisten. Sie muss nicht nur innerhalb des bestehenden Systems der klinischen und Langzeitpflegeversorgung Verantwortung übernehmen, sondern auch darüber hinaus. Eigene Vorstellungen und Strategien sind gefragt, mit welchen Aufgaben und Verantwortungsrollen einerseits und Versorgungsstrukturen andererseits sie ihren gesamtgesellschaftlichen Auftrag umsetzen und gestalten kann. Mit diesem Mandat verbunden ist die Notwendigkeit, Aufgaben und Verantwortungsrollen der Pflege noch stärker zu profilieren. Dies gilt für die Vorbehaltsaufgaben, dies gilt für die bundeseinheitlich zu konzeptionierende und auf Landesebene zu regelnde Weiterbildung, aber auch für die an Bedeutung gewinnenden akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen. Um die (noch) anspruchsvoller werdende gesundheitliche und pflegerische Versorgung angesichts der demografischen Dynamik gewährleisten zu können, bedarf es, wie schon angedeutet, eines effizienten, sektorenübergreifenden Gesamtsystems. Der Einsatz von Pflegefachkräften darf nicht von betriebswirtschaftlichen Refinanzierungslogiken geprägt sein. Insofern sind Public-Health-orientierte Ansätze wie etwa Community Health Nursing für die Zukunft – gerade auch auf kommunaler Ebene – von größter Bedeutung.

Das Monitoring bietet Stoff für Debatten um die Weiterentwicklung einer zukunftsfesten Pflege – und zwar auf allen Ebenen: in Berufsvertretungen und Berufsverbänden – nicht nur der Pflege –, in Pflegeschulen und Hochschulen, bei Leistungsträger- und -erbringerverbänden, auf landespolitischer, aber auch auf kommunaler Ebene. Es lädt darüber hinaus dazu ein, eine ganze Reihe von Fehlannahmen über die empirische Wirklichkeit der Pflege zu korrigieren. Gerade hier sind auch die Medien gefordert, ihre Berichterstattung über die Pflege in Teilen zu korrigieren bzw. der aktuellen Datenlage anzupassen.

Zusammenfassung

Dem professionellen Pflegesektor kommt bezogen auf die Versorgungssicherung der Bevölkerung eine tragende Rolle zu. Mit dem vorliegenden Bericht wird die Aktualisierung der Ergebnisse des Monitorings Pflegepersonalbedarf in Bayern vorgestellt, das 2021 erstmals für Bayern einen umfassenden und sektoriellen Überblick zur Beschäftigung und zum Arbeitsmarkt in der Pflege lieferte. Einführend werden ausgewählte zentrale Ergebnisse dargelegt, die im weiteren Verlauf mit konkreten Kennzahlen, Grafiken und Analysen näher ausgeführt werden. Die an dieser Stelle vorgelegten Ergebnisse stellen eine Kurzform dar und dienen einer ersten Orientierung über wesentliche Befunde.

BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Für die Langzeitpflege und die ambulante Versorgung von älteren Menschen relevant ist die Bevölkerungsentwicklung insbesondere in der Altersgruppe ab 75 Jahren, da bis 2017 die Pflegequote, also der Anteil an Pflegebedürftigen in der Altersgruppe unter 75 Jahre, lediglich bei einem Prozent lag und erst mit zunehmendem Alter ein höheres Risiko auf Pflegebedürftigkeit besteht.

Die Anteile der älteren Bevölkerung in dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung liegen in 2022 zwischen 9,8 Prozent in der Oberpfalz und 11,1 Prozent in Oberfranken; sie sind in der langfristigen Entwicklung zwischen 2010 und 2022 eher graduell um ca. ein bis zwei Prozent in den Regierungsbezirken gestiegen. In der kurzfristigen Entwicklung zwischen 2017 und 2021 sind sogar sinkende Kennzahlen der Anzahl an Menschen über 75 Jahre in den meisten kreisfreien Städten und Landkreisen zu beobachten, die primär auf die zahlenmäßig kleiner ausfallenden Jahrgänge 1945-1949 zurückzuführen sind (niedrigere Geburtenzahlen in den ersten Jahren nach dem 2. Weltkrieg) und die nun in die Altersgruppen 75+ eintraten. In insgesamt 58 Landkreisen und kreisfreien Städten findet sich ein leichter bis mäßiger Rückgang bei der Anzahl der Menschen in der Altersgruppe über 75 Jahre. Deutlich ist dies im Landkreis Ansbach. Hier sank die Anzahl der Personen in der Altersgruppe 75+ um 1.242.

Die längerfristige Prognostik zur Entwicklung der Personen über 75 Jahre weist überwiegend auf deutlich steigende Zahlen hin. Dabei liegt in Bayern eine sehr heterogene Verteilung vor. Während in der kreisfreien Stadt München bis 2040 mit lediglich 7,8 Prozent mehr Menschen in der Altersgruppe gerechnet wird, liegt die prozentuale Zunahme im Landkreis Bamberg bei 63,6 Prozent. Insgesamt werden in 24 von 96 Kreisregionen Zunahmen von über 50 Prozent prognostiziert. Dabei handelt es sich ausschließlich um Landkreise.

Bezogen auf die Veränderung der Bevölkerung in der Gruppe der 30 bis 75-Jährigen, die die Hauptgruppe der pflegenden Angehörigen einschließt, liegen bei den Bevölkerungsvorausberechnungen für Bayern für das Jahr 2040 sehr unterschiedliche Entwicklungen vor. Während in Oberbayern eine Zunahme von 3,7 Prozent erwartet wird und in Schwaben eine Zunahme um 2,2 Prozent prognostiziert wird, weisen die anderen Regierungsbezirke negative Entwicklungen und damit eine Abnahme der Kapazität auf. In Niederbayern werden nur geringe Änderungen erwartet (0,8 Prozent Abnahme), in Mittelfranken sinkt die Anzahl um 2,6 Prozent und in der Oberpfalz um 4,1 Prozent. Noch deutlichere Rückgänge werden in Unterfranken (7,7

Prozent) und in Oberfranken (9,4 Prozent) prognostiziert. Insgesamt kann damit davon ausgegangen werden, dass sich längerfristig familiale Pflegepotenziale reduzieren werden und die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko weiter zunehmen werden.

Die beschriebenen tendenziell nur moderat steigenden oder auch sinkenden Kennzahlen der Personen über 75 Jahre spiegeln sich in der Entwicklung der Pflegebedürftigen in der kurzfristigen zeitlichen Beobachtung nicht wider.

Mit 578.147 Pflegebedürftigen im Jahr 2021 liegt die bislang höchste Zahl an Pflegebedürftigen vor. Dies liegt u.a. an der Einführung der Bemessungsgrundlage im Rahmen des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die seit 2017 zugrunde liegt. Zwischen 2017 und 2021 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen um 178.790 Personen an.

Nicht immer liegt hier eine Entwicklung vor, die auch eine professionelle Pflege auslöst. Der Anteil der im Pflegegrad 1 eingestuften Personen entspricht bei den neu klassifizierten Personen einem Anteil von 43,6 Prozent. 31,1 Prozent der zusätzlichen Pflegebedürftigen ist im Pflegegrad 2 eingestuft worden und 22,5 Prozent im Pflegegrad 3. Keine nennenswerten Erhöhungen finden sich im Pflegegrad 4 (3 Prozent) und im Pflegegrad 5 (0,03 Prozent). Für 101.533 mehr Pflegebedürftige sind zwischen 2017 und 2021 Möglichkeiten eröffnet worden, Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombileistungen zu beanspruchen. Beobachtet werden kann eine deutliche Steigerung der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Altersgruppen ab 75 Jahre und somit eine Verdichtung. In der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen stieg die Pflegequote in der Gesamtgruppe von 12,7 Prozent auf 18,8 Prozent. Deutliche Zunahmen der Pflegequoten zeigen sich auch in den beiden weiteren Altersgruppen der 85- bis unter 90-Jährigen (von 36,9 auf 46,5 Prozent) und in der Altersgruppe 90+ (von 62,6 auf 74,7 Prozent). Dies kann u.a. auf „Nachholeffekte“ bei der Einstufung zurückgeführt werden oder auf eine verbesserte Beratung und eine höhere Bereitschaft der Inanspruchnahme der Pflegeeinstufung. Ob sich dieser Trend weiter fortsetzt oder in 2021 ein Plateau erreicht wurde, bezogen auf die Einstufung, kann aktuell nicht sicher eingeschätzt werden.

Mit der Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer, Berichtszeitraum 2022-2070 – wurde im April 2023 durch das Statistische Bundesamt eine Fallzahlschätzung zur weiteren Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger auf Basis der Daten der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes vorgestellt. Für Bayern wird dabei ein stetiger und bis 2055 dauernder Zuwachs an Pflegebedürftigkeit prognostiziert. Gegenüber dem Jahr 2021 wird bis 2055 insgesamt ein Zuwachs von fast 300.000 zusätzlichen Pflegebedürftigen erwartet, die sich als Steigerung in allen Versorgungsbereichen und Leistungsarten darstellt. Erst ab 2055 wird mit einer Konsolidierung der Anzahl gerechnet und es wird für den Zeitraum bis 2065 tendenziell eine Plateauphase auf der Basis der Daten von 2055 beschrieben, bevor in 2070 ein erneuter Anstieg prognostiziert wird.

ENTWICKLUNG DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN

In der Pflegestatistik 2021 des Landes werden 2.140 ambulante Dienste geführt und damit ein leichter Anstieg gegenüber 2019 (2.077) ausgewiesen. Dabei zeigt eine Analyse der Distanzen zwischen den Einrichtungen ein flächendeckendes Netzwerk. Für 2,6 Prozent der ambulanten Dienste existiert im Radius von 10 Kilometern keine korrespondierende Einrichtung. Die Flächenversorgung und Distanzanalyse erlaubt jedoch keine Aussage bezogen auf die Realisierung von Anfragen und Versorgungskapazitäten.

Zusammenfassung

Für Bayern weist die Pflegestatistik für das Jahr 2021 insgesamt 1.504 vollstationäre Einrichtungen für eine Dauerpflege aus. Dabei wird in der Pflegestatistik 2021 eine Auslastung der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege von 84,6 Prozent angegeben. Einrichtungen, in denen ausschließlich eine vollstationäre Dauerpflege angeboten wird, verfügen durchschnittlich über 83,6 Plätze. Gegenüber dem Ausgangsjahr 2011 sind die verfügbaren Plätze der vollstationären Dauerpflege überwiegend nur geringfügig gestiegen. In Niederbayern sowie in Oberfranken sind diese im Vergleich von vor zehn Jahren sogar gesunken. In Relation zur demografischen Entwicklung der letzten zehn Jahre (Plätze je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen über 75 Jahre) sieht man in allen Regierungsbezirken eine Verringerung der Angebotsstruktur. Zwischen 2017 und 2021 finden überwiegend keine substanziellen Änderungen statt. Gemessen an der Relation der älteren Bevölkerung zum Heimplatzangebot sind in Oberbayern die geringsten Kapazitäten vorhanden.

Insgesamt lässt sich in Bayern weiterhin eine hohe flächenbezogene Dichte an Einrichtungen der stationären Versorgung beobachten. Damit steht potenziell eine wohnortnahe Erreichbarkeit zur Verfügung. Hohe Kumulierungen lassen sich, wie bei den ambulanten Diensten, in den dicht bevölkerten Ballungszentren beobachten. Die Distanzanalyse weist auf eine breite und flächendeckende Versorgungsstruktur hin. Für 3,6 Prozent der stationären Einrichtungen findet sich im Umkreis von 10 Kilometern kein korrespondierendes Angebot. Auch bei den stationären Einrichtungen gilt, dass daraus keine Rückschlüsse zu regionalen Versorgungsengpässen gezogen werden kann, da die Anzahl der Anfragen an eine Heimversorgung nicht bekannt ist.

Die Krankenhausstatistik des Landes weist für Bayern insgesamt 351 Krankenhäuser aus, darunter 60 sonstige Krankenhäuser mit psychiatrischer oder neurologischer Fachrichtung sowie 10 sonstige Krankenhäuser (reine Tageskliniken/ Nachtkliniken). Während die Anzahl der Krankenhäuser in Oberfranken sowie in der Oberpfalz zwischen 2011 und 2021 eher konstant blieb, sank sie in den anderen Regierungsbezirken geringfügig ab. Eine Ausnahme bildet hier Oberbayern. Als einziger Regierungsbezirk ist in dem analysierten Zeitraum eine leichte Zunahme an Krankenhäusern zu verzeichnen. Bezogen auf die zur Verfügung stehenden Betten in den Krankenhäusern wurde die nachfolgende Auswertung vorgenommen:

In der kurzzeitigen Betrachtung im Zeitraum der Pandemie (zwischen 2019 und 2022) sind in Mittelfranken (-224) und in Oberbayern (-503) sowie in Schwaben (-285) relevante Reduzierungen der Bettplätze erfolgt. In der Oberpfalz (-11) sowie in Unterfranken (6) sind eher stabile Versorgungen zu beobachten und in Oberfranken erfolgte mit 90 Betten ebenso wie in Niederbayern (91) ein weiterer Aufbau der Versorgungsstrukturen.

Eine detaillierte Distanzanalyse wurde für den Krankenhausbereich nicht vorgenommen. Einerseits sind durch die angestrebte Krankenhausreform mit Veränderungen zu rechnen, die aktuell nicht valide eingeschätzt werden können. Andererseits bedarf es einer Analyse, die die unterschiedlichen Fachdisziplinen und Strukturen berücksichtigt; hier fehlt eine Grundlage einer Bedarfseinschätzung, um dies vornehmen zu können.

In der Krankenhausstatistik des Landes Bayern werden mit Stand 2022 insgesamt 235 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgewiesen. In der längerfristigen Betrachtung zwischen 2011 und 2022 sank die Anzahl von 289 auf 235. Dabei sind regional in allen Regierungsbezirken Rückgänge in der Versorgung zu beobachten. Eine Ausnahme bildet hier

Mittelfranken, wo ein geringfügiger Aufbau erfolgte. Bezüglich der Verteilung fällt bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf, dass sich insbesondere in Schwaben und in Oberbayern (in Alpennähe) höhere Konzentrationen ergeben. In der Oberpfalz hingegen ist eine geringe Abdeckung und Anzahl an Einrichtungen zu verzeichnen.

FACHKRÄFTEENTWICKLUNG

Für Bayern werden zum Juni 2022 insgesamt 121.500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Zielberufen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege geführt. Ausgehend vom vorpandemischen Jahr 2019 kann ein Beschäftigungszuwachs beschrieben werden. Lag die Anzahl im Jahr 2019 insgesamt bei 117.384, so sind zum Berichtsjahr 2022 insgesamt 4.116 zusätzliche Pflegende in der Zielqualifikation erfasst. In Bayern insgesamt waren im Jahresdurchschnitt 604 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende arbeitslos gemeldet. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig gemeldeten Pflegenden mit der beruflichen Qualifikation, ergibt sich eine Arbeitslosenquote in Höhe von 0,49 Prozent. Damit kann für 2022 von einer Vollbeschäftigung ausgegangen werden, da sich keine Arbeitsmarktreserve darstellt, die oberhalb einer „natürlichen“ Arbeitslosigkeit liegt. Die Anzahl der offen gemeldeten Stellen im Jahresdurchschnitt summieren sich 2022 auf 2.999 in Bayern. In allen Regionen in Bayern übersteigen die offen gemeldeten Stellen deutlich die der arbeitslos gemeldeten für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Für Bayern werden für 2022 insgesamt 4.676 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme Pflegender aus Drittstaaten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erfasst. Insgesamt gewinnt dies an Bedeutung und auch in den Zeiten der Pandemie konnten die Zulassungszahlen in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege ausgebaut werden. Bayern nimmt dabei eine führende Position ein (Baden-Württemberg: 4.513; Nordrhein-Westfalen: 3.751; Hessen: 2.712). Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in 2022 (121.500), entspricht dies einem Anteil von 3,8 Prozent.

Für das Jahr 2022 (Stand Juni) werden bei der Bundesagentur für Arbeit insgesamt 41.497 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege auf Fachkräfteniveau ausgewiesen. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege weist über die Zeitreihe von 2013 an in allen Regierungsbezirken in Bayern ein Wachstum auf, das jedoch in 2020 in einigen Regierungsbezirken leicht rückläufig erscheint (Unterfranken, Oberfranken, Mittelfranken, Oberbayern) bzw. stagniert. Dies korrespondiert mit der Stagnation bei der vollstationären Versorgung. Krankenhäuser beschäftigen demgegenüber in zunehmendem Umfang auch Altenpflegende. In 2019 werden in der Krankenhausstatistik Bayern für die Krankenhäuser 1.520 Altenpflegende (Altenpfleger/-innen mit 3-jähriger oder gleichwertiger Ausbildung) ausgewiesen. 2020 stieg die Anzahl bereits auf 1.999 Altenpflegende an und im Jahr 2021 waren es 2.478 Berufsangehörige der Altenpflege, die in Krankenhäusern arbeiten; in 2022 sind es 2.866. Damit kann der Krankenhaussektor als ein für Altenpflegende dynamisch wachsender Bereich betrachtet werden; in den ambulanten Diensten und den stationären Einrichtungen nahm die Anzahl in den Jahren der Pandemie geringfügig ab. Auch in der qualifizierten Altenpflege liegt eine sehr geringe Anzahl an arbeitslos gemeldeten Personen im Jahresdurchschnitt vor. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Altenpflege in den Regierungsbezirken ergeben sich regional keine Arbeitsmarktressourcen, die

bestehen. Es ist von einer flächendeckenden Vollbeschäftigung auszugehen. In allen Regierungsbezirken übersteigt die Anzahl der offen gemeldeten Stellen die der Arbeitslosen deutlich.

Mit insgesamt 1.152 aus Drittstaaten stammenden Zulassungen werden weniger als 25 Prozent der Kennzahlen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erreicht. Gemessen am Gesamtpotenzial der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege stellen die aus Drittstaaten zugelassenen Pflegenden einen Anteil von 2,7 Prozent in 2022 dar. Anders als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, sieht man über die Jahre 2019 bis 2022 keinen Aufbau in der Fachkräftegewinnung. In Teilen gehen die Zahlen zurück (was auch durch die Corona-Pandemie bedingt sein kann), oder aber sie stagnieren (z.B. in Niederbayern) auf einem geringen Niveau. Deutlich ist auch ein Rückgang in Oberbayern zu beobachten, dem stärksten Bereich der Zuwanderung.

BEDARFSENTWICKLUNG UND QUALIFIZIERUNG

Dass weiterhin ein deutlicher Fachkräftemangel besteht, zeigt sich nicht nur in den hohen Kennzahlen der offen gemeldeten Stellen, sondern wird auch in den Ergebnissen der Befragung der Einrichtungen deutlich. 44 Prozent der antwortenden Einrichtungen aller Sektoren (n=342) geben an, dass die aktuelle Personalausstattung an Pflegefachkräften nicht dem tatsächlichen Personalbedarf entspricht. Über alle Sektoren hinweg wurde die Aussage, dass die Bewerberanzahl eine Personalauswahl ermöglicht, mehrheitlich als unzutreffend eingeschätzt. Die Einrichtungen haben offensichtlich kaum nennenswerte Optionen einer individuellen Personalauswahl. Der Fachkräftebedarf hat dabei auch direkte Auswirkungen auf die Versorgung. 79,8 Prozent der ambulanten Dienste stimmen der Aussage tendenziell zu, dass sie aufgrund von fehlendem Personal Versorgungsanfragen von Klientinnen und Klienten ablehnen mussten. Der Anteil, der dies mit „voll zutreffend“ bewertet, ist mit 61,9 Prozent prominent. In der teil-/vollstationären Pflege ist dies ebenso ein deutliches Problem. 51,6 Prozent bewerteten die Aussage zustimmend, wobei der Anteil der vollen Zustimmung bei 40,8 Prozent liegt. 30,6 Prozent der ambulanten Dienste gaben zustimmend an, dass sie im Jahr 2023 aufgrund von fehlenden Ressourcen beim Pflegepersonal bestehende Versorgungsverträge auflösen mussten.

Perspektivisch wird in den stationären Einrichtungen mit einem deutlichen Anstieg an Personal gerechnet; insbesondere bei der Pflegefachassistenz. 84 Prozent stimmten zu, dass eine Steigerung des Personalbedarfs insbesondere bei den Pflegefachhelferinnen und -helfern erwartet wird. Eine mit der Einführung des PeBeM verbundene Bedarfssteigerung an Pflegefachpersonen wird von 58,1 Prozent erwartet.

Der Schlüssel der Fachkräftesicherung ist die Pflegeausbildung und damit die Qualifizierung. Die Ausbildungskennzahlen der Pflege (generalistisch) übertreffen in den Jahren 2020 und 2021 die der drei getrennten Berufsausbildungen (in der Summe). In 2022 wird mit 6.615 Auszubildenden im ersten Jahr das Niveau von 2018/2019 erreicht (6.682). Die Kennzahlen bleiben damit in etwa stabil, auch wenn der Höchststand von 2020 (7.137) aktuell nicht erreicht wird. Die Entwicklungen der Ausbildungen müssen im Kontext der Entwicklungen der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen diskutiert werden. Zwischen 2011 und 2021 erfolgte insgesamt eine Reduzierung der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss von 128.372 auf 91.042 und damit ein Rückgang um

29,1 Prozent. Diesen Einbruch oder Rückgang vollzieht die Pflegeausbildung nicht und zeigt sich gegenüber den sinkenden Potenzialen aus den allgemeinbildenden Schulen als robust. Die Altersstruktur der Auszubildenden verweist darauf, dass relevante Anteile der Auszubildenden den Pflegeberuf erst später wählen. Der Anteil der jüngeren Auszubildenden bis 25 Jahre liegt insgesamt bei 65,1 Prozent.

Trotz dieser Entwicklungen muss in Bayern mit einer zunehmenden Verschärfung der Fachkräfteproblematik gerechnet werden. Begründet ist dies vor allem in der berufsdemografischen Entwicklung der Pflegenden. Werden in 2024 rund 2.650 Pflegende ausscheiden und über die Qualifizierung zu ersetzen sein, so steigt die Anzahl bereits in 2025 auf 3.300 an und nachfolgend bis 2030 auf ein Niveau von jährlich 4.160 Pflegenden, die ersetzt werden müssen. Ausgehend von den aktuellen Ausbildungskennzahlen aus 2022 wurde auf Basis bestehender Annahmen (z.B. zu Abbruchquote und zu Anzahl berufseinmündender Pflegender) das erwartbare Potenzial an neu qualifizierten Pflegenden berechnet.

Aus der Pflegeausbildung können in 2024 rund 3.910 Pflegende erwartet werden, die real in den Arbeitsmarkt einmünden. Damit liegt in der Gegenüberstellung rein rechnerisch – ohne Berücksichtigung von Stellenanteilen o.ä. – eine Kapazitätsreserve von rund 1.260 Pflegenden vor, die zusätzlich auf den Arbeitsmarkt kommen. Dieses Potenzial kann dazu beitragen, die Personalsituation in den Einrichtungen zu verbessern (Erhöhung der Personalkennzahlen) oder aber bestehende Versorgungsangebote zu stabilisieren. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Fachpflegenden in 2022 (summiert 163.000), entspricht dies einer Kapazität von 0,8 Prozent. Bereits in 2026 wird, ausgehend von dem Modell, von einer Kapazitätsreserve von lediglich 590 Personen ausgegangen und 2028 sind es kalkulatorisch lediglich 100 Personen, sodass davon ausgegangen werden muss, dass die zur Verfügung stehende Anzahl an Pflegenden aus der Qualifizierung spätestens ab diesem Zeitpunkt vollumfänglich für den Ersatz der ausscheidenden Personen aufgewendet werden muss und keine Kapazitäten bestehen, um auf der Ebene der Fachpflegenden weitere Potenziale in den Einrichtungen zu generieren. 2029 und 2030 wird sich das Verhältnis kalkulatorisch umkehren und es werden mehr Personen aus der Pflege ausscheiden, als über die Qualifizierung (ausgehend von den Kennzahlen aus 2022) gewonnen werden können.

FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERUNG

Der beschriebene Befund ist vor dem Hintergrund der regionalen Entwicklungen zu betrachten und zu diskutieren. Im Monitoring in 2021 wurde erstmals ein fachpflegerischere Versorgungsindex ermittelt und für Bayern berechnet. Die konkrete Methodenbeschreibung erfolgt im entsprechenden Kapitel und wird an dieser Stelle nicht näher ausgeführt.

Für die Berechnung des pflegerischen Versorgungsindexes für Bayern wurde eine Berechnung auf der Ebene der 18 Planungsregionen vorgenommen, um kleinräumige Verzerrungen zu vermeiden. Insgesamt sind 18 Regionen in Bayern im Werteindex zueinander in Beziehung gesetzt. Für Bayern wurde ein durchschnittlicher Indexwert von 32,1 auf der Skala von 0 bis 50 festgestellt.

Ein hoher Indexwert verweist auf eine in dem Bericht kalkulierte größere Problematik hin, die regionale Sicherung vornehmen und stabilisieren zu können. Der Wertebereich für die Regionen in Bayern liegt zwischen 28,5 (Westmittelfranken) und 41,9 (München). Sieben der 18 Regionen liegen oberhalb des mittleren Wertes; die Abweichung ist in der Region München am

stärksten. Dieser Wert erklärt sich insbesondere aus einem starken prognostischen Zuwachs der älteren Bevölkerung und einer im Vergleich zur hohen Beschäftigtenzahl niedrigen regionalen Ausbildungsquote.

Der Indexwert kann für die regionalen Verbünde und kommunalen Diskussionen verwendet werden. Die im Bericht beschriebenen Einzelindizes (Bevölkerungsentwicklung, Relation des Bedarfs und Bestands an Fachpflegenden und die regionale Ausbildungskapazität) sollten dazu näher betrachtet werden.

LANGZEITPFLEGEPROFILE DER LANDKREISE UND KREISFREIEN STÄDTE

Einem pflegerischen Versorgungssektor, der zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt: der Langzeitpflege. Für alle 96 Landkreise und kreisfreien Städte wurden Langzeitpflegeprofile erstellt, die nicht zuletzt für Planungszwecke und die Erstellung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte, die nach dem bayerischen Ausführungsgesetz zum SGB XI vorgesehen sind und die damit verbundenen fachlichen und kommunalpolitischen Diskussionen schon beim ersten Monitoring ihren Nutzen unter Beweis gestellt haben. Sie enthalten neben bereits an anderer Stelle im Monitoring berichteten Zahlen über die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit, die Zahl Pflegebedürftiger und ihre prognostische Entwicklung Zahlen über die informelle Pflege und ihre künftige Entwicklung. Sie weisen in grafisch kompakter Form sowohl den Anteil der Pflegebedürftigen in den unterschiedlichen Pflegearrangements als die regionale Pflegequote aus – das heißt den Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerung. Diese variiert zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten deutlich. Sie liegt zwischen 3 Prozent, etwa in den Landkreisen Freising und Erding und 7,5 Prozent in den Landkreisen Wunsiedel im Fichtelgebirge und der Stadt Passau. Die drei in den Langzeitpflegeprofilen berücksichtigten Pflegearrangements – stationäre Versorgung, Settings häuslich versorgter Pflegebedürftiger mit Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste sowie häuslich Versorgter in selbstorganisierter Pflege, ohne Pflegesachleistungen, mit ausschließlichem Pflegegeldbezug[3] – sind ebenfalls zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten höchst unterschiedlich vertreten. Sie variieren mit rund 25 bis 35 Prozentpunkten Unterschied zwischen der Region mit den höchsten und der mit den niedrigsten Anteilen in sehr hohem Maße. Der niedrigste Anteil stationär Versorgter findet sich im Landkreis Straubing-Bogen mit 11,4 Prozent, der höchste mit 36,0 Prozent in der Stadt Landshut. Eine noch größere Spannbreite zeigt sich bei der ambulanten Pflege und beim Pflegegeld. Während im Landkreis Erding im Jahr 2021 nur 13,6 Prozent der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, waren es in der Stadt Passau 47,3 Prozent. Dort bezogen auch lediglich 33 Prozent der auf Pflege angewiesenen Menschen Pflegegeld – der niedrigste Wert landesweit – gegenüber dem Landkreis Straubing-Bogen mit 70,2 Prozent. Auch in den Langzeitpflegeprofilen bilden sich Dynamiken ab. So sind deutliche Verschiebungen zwischen den Leistungsarten im Vergleich zu 2017 zu verzeichnen. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich gestiegen und das primär im Pflegegeldbezug. Es finden sich – wie etwa im Landkreis Rosenheim – regional auch deutliche Absenkungen des Anteils stationär versorgter Pflegebedürftiger. Maßgeblich für die Frage des Personalbedarfs auf regionaler Ebene ist der ebenfalls für jeden Landkreis berechnete Personalfaktor. Er weist das rechnerisch erforderliche Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft in Abhängigkeit

[3] Pflegearrangements mit osteuropäischen Hilfen konnten mangels Daten nicht gesondert berücksichtigt werden.

vom regionalen Versorgungsmix aus – x:100 – Einsatz von Personal für 100 Pflegebedürftige. Auch der Personalfaktor, der stark mit der Verteilung der Pflegesettings korreliert, weist erwartbar deutliche Unterschiede auf. Der Landkreis Freyung-Grafenau liegt mit 19,4 auf dem niedrigsten Niveau, die kreisfreie Stadt Regensburg mit 41,8 auf dem höchsten. Fragen der Pflegebedarfsplanung gewinnen ebenso an Bedeutung wie Maßnahmen zur Stärkung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. In drei Landkreisen wurden exemplarisch vertiefende Analysen auf der Basis von Gesprächen mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Sie dokumentieren die Vielfalt und unterschiedliche Nutzung von Landesprogrammen im Rahmen der jeweiligen kommunalen Governance in Fragen der Langzeitpflege.

Monitoring Pflegepersonal Bayern

Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) wurde auf Basis des 2017 vom bayerischen Landtag beschlossenen Pflegendenvereinigungsgesetzes gegründet (Landtag des Freistaates Bayern 2017). Die Vereinigung übernimmt die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben einer berufsständischen Vertretung und Selbstorganisation der beruflich Pflegenden in Bayern, ähnlich einer Pflegekammer. Der bayerische Weg der beruflichen Selbstverwaltung der Pflege zielt auf eine Stärkung der Pflege in Bayern. Zu ihren zentralen Aufgabenfeldern gehört vor diesem Hintergrund auch die Beobachtung der weiteren Entwicklung der Pflege in Bayern. In der Aufgabenbeschreibung der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) im Art. 2 (PflVG) wird aufgeführt, dass Erhebungen zum Arbeitskräftebedarf in der Pflege und zur Arbeitssituation von Angehörigen der Pflegeberufe durchzuführen sind. Sie sind zentraler Bestandteil der Weiterentwicklung der Pflege in Bayern und können mittelfristig einen Beitrag zur Stabilität der Versorgungssicherheit leisten.

Mit dem Monitoring Pflegepersonal 2020 wurde erstmalig eine umfassende Analyse zur Versorgungssituation, zur Arbeits- und Beschäftigungssituation Pflegender sowie zur Einschätzung der Versorgungssicherheit aus der Perspektive von Einrichtungen in Bayern vorgestellt. Begleitend zum Bericht wurden im Oktober und November 2021 insgesamt acht regionale Konferenzen durchgeführt und die Ergebnisse mit Akteurinnen und Akteuren aus Bildung, Pflege, Politik, Kommunen und Agenturen für Arbeit diskutiert.

Das Monitoring Pflegepersonal Bayern 2023 greift die Konzeption des ersten Berichts auf und stellt eine Fortführung und Aktualisierung dar. Ein inhaltlicher Schwerpunkt des vorliegenden Berichts ist neben der Analyse zur Situation der dreijährig ausgebildeten Pflegenden auch die Berücksichtigung der Pflegefachassistentinnen und -assistenten. Inhaltlich und methodisch wird das Monitoring weiterentwickelt.

Durch die DIP GmbH wurden Datenanalysen zur Verteilung und räumlichen Strukturierung der Versorgungsangebote, zum Beschäftigungsumfang sowie zu den Arbeitsmarkt- und Ausbildungskennzahlen der pflegerischen Berufe vorgenommen. Inkludiert wurden Analysen zur Gewinnung von Pflegenden aus Drittstaaten, zur regionalen Pendlerstruktur der Pflegenden sowie zur Berufsverweildauer in der Pflege und intra- und intersektoriellen Bewegungen neu aufgenommener Beschäftigungsverhältnisse. Neu aufgenommen wurden „Heatmaps“ der regionalen Erreichbarkeit von Einrichtungen. In einem Folgeschritt erfolgte eine systematische Primärdatenerhebung zu ausgewählten Fragen in den Betriebsstätten der pflegerischen Versorgung sowie in den Ausbildungsstätten. Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte dabei kooperativ mit der Vereinigung der Pflegenden in Bayern; diese übernahm auch die Aufgabe, die Einrichtungen zu informieren und um eine Teilnahme zu werben.

Für die Durchführung der Auswertung vorliegender Strukturmerkmale für die Landkreise und kreisfreien Städte wurde wieder mit dem Team der AGP Sozialforschung im FIVE e.V. unter Federführung von Prof. Dr. Thomas Klie zusammengearbeitet. AGP Sozialforschung bringt ihre Erfahrungen in regionalen Bedarfsanalysen ein. Analysiert wurden durch den Forschungspartner Indikatoren, die potenziell auf Angebot und Nachfrage der Langzeitpflege wirken. Auf Basis der Auswertungen wurden Kreistypen identifiziert, die die Grundlage für die Ausarbeitung regional differierender pflegekultureller Orientierungen bilden. Darüber hinaus werden

in drei Szenarien Bedarfsprofile entwickelt. Prof. Dr. Thomas Klie bringt überdies in einem Kapitel zur pflege- und gesundheitspolitischen Kontextualisierung des Monitorings seine politikwissenschaftliche Kompetenz ein.

HINTERGRUND UND ZIELE DES MONITORINGS

Ein zusammenhängendes und sektorenübergreifendes Monitoring kann als ein zentraler und innovativer Ansatz in einer Pflegeberichterstattung betrachtet werden, die es (immer noch) nicht für ganz Deutschland gibt.

In der Leistungsbeschreibung zum Projekt werden zentrale Ziele und Inhalte definiert, die handlungsleitend für die Durchführung sind. Der vorliegende Bericht soll demnach Informationen bündeln und systematisieren, die

- eine Berechnung/Prognose des Fach- und Hilfskräftebedarfs in der Pflege erlauben,
- eine Differenzierung und Beschreibung der regionalen Unterschiede sowie
- eine sektorenübergreifende Betrachtung ermöglichen.

Mit dem Monitoring sollen Daten systematisiert und in einer verständlichen Berichtsform so aufbereitet werden, dass sie für die Akteure in den Einrichtungen, auf Trägerebene, auf der Ebene der Kommunen und der Landespolitik relevante Anhaltspunkte zur Ausgestaltung der Angebotsstrukturen bieten. Darüber hinaus sind insbesondere Kennzahlen aus dem Bereich der Pflegebildung mit in den Fokus zu nehmen, um Anhaltspunkte für die Ausrichtung der Qualifikationsbereiche zu ermöglichen. Hierbei werden regionale Datenbestände der Beschäftigung, der Ausbildung sowie der Versorgungsdichte miteinander zusammenhängend diskutiert.

Bezüglich der zeitlichen Spannen der Entwicklungsbeschreibung werden rückwirkend für einzelne Auswertungen mindestens die Betrachtungsräume ab 2010 mit aufgenommen. Ältere Daten (z.B. aus den Pflegestatistiken/der Krankenhausstatistik) werden im vorliegenden Bericht lediglich dort berücksichtigt, wo sie als Zeitreihe von Bedeutung erscheinen (z.B. bei der Entwicklung der Anzahl der Versorgungseinrichtungen). Als prognostische Fenster sollen im Bericht Aussagen bis zum Jahr 2040 entwickelt und berechnet werden.

METHODISCHE HINWEISE

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

Als Hintergrund soll einführend der theoretische Rahmen des Gesamtkonzeptes erläutert werden.

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 (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes

Nordrhein-Westfalen 2010). Es ist neben dem vorliegenden Bericht auch Grundlage des aktuellen Landespflegeberichts Niedersachsen 2020 sowie der aktuellen Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019.

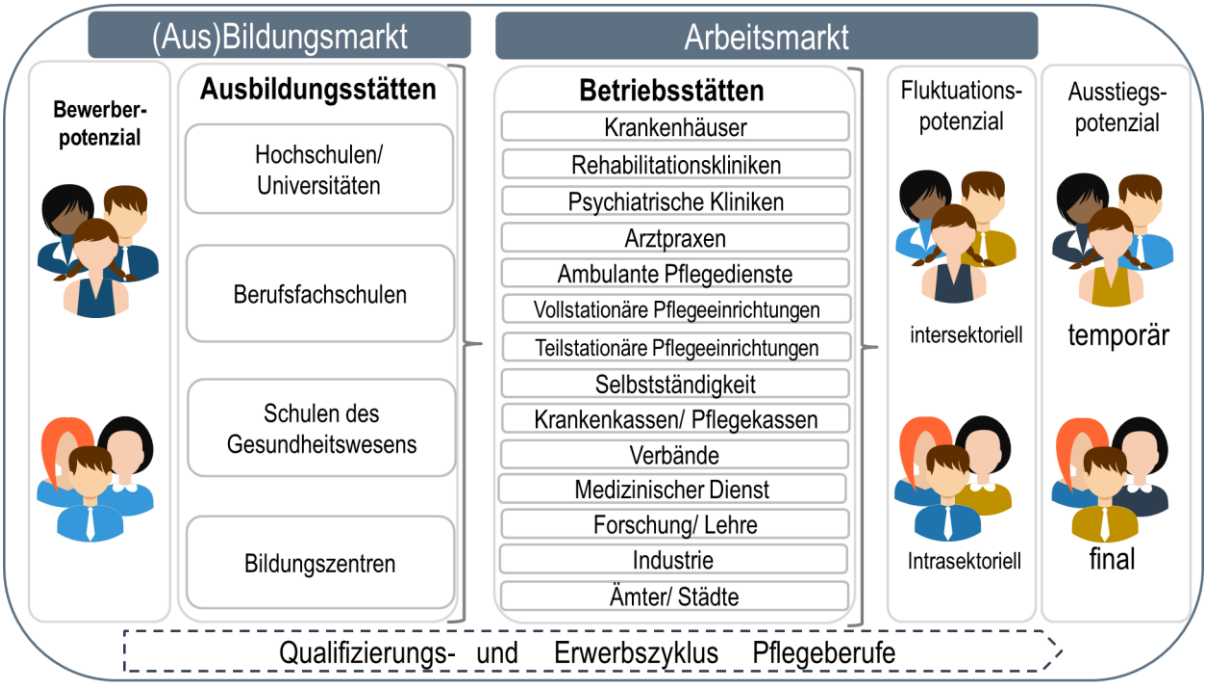


Abb. 1: Multidimensionales Angebots- und Nachfrage-Modell

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. Entsprechend ist hier beispielsweise die Expertise vor Ort vorhanden bezüglich der Fragestellungen:

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

Diese wichtigen Perspektiven können Stellschrauben darstellen, um z.B. gezielte Angebote zu entwickeln oder durch Ausweitungen der Ausbildungskapazitäten zusätzliche Schülerinnen und Schüler zu gewinnen.

Potenziell stehen die in den Bildungseinrichtungen qualifizierten Personen den unterschiedlichen Berufsfeldern zur Verfügung, in die sie einmünden können. Zwischen den Sektoren kann es dabei 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. 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 beispielsweise Expertisen vor bezüglich der Fragestellungen:

- 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

Diese und andere Fragen können aufgenommen werden und spielen im Modell eine zentrale Rolle, da sich die Analysen und Ergebnisse nicht nur auf die Basis der Bestandsdaten (Sekundärdatenanalyse) beziehen sollen, sondern auch Einschätzungsfragen und Hinweise aus dem Feld in den Monitoring-Ansatz (Primärdatenanalyse) mit überführt werden sollen.

Zentrales Merkmal des Gesamtkonzeptes ist demnach die zeitgleiche Befragung der Bildungseinrichtungen sowie der Betriebsstätten (in den Kernsektoren der pflegerischen Versorg: 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 (Naegele und Schmidt 2014; Braeseke et al. 2020a). Der Krankenhaussektor wird aber oftmals nicht einbezogen, weil er einem anderen ordnungsrechtlichen Rahmen unterliegt (Hackmann 2009b; Schulz 2012; Enste und Pimpertz 2008; Rothgang et al. 2012).

Analysen, die nur eines oder zwei der Tätigkeitsfelder der Pflege betrachten, bleiben damit unvollständig in der Einschätzung und Gesamtbewertung. Eine Beschreibung der Wechselwirkungen zwischen den Sektoren (z.B. Anwerbung von Pflegepersonal aus ambulanten Diensten durch Krankenhäuser) 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. Prognosen mit einer solchen Ungenauigkeit lassen demnach keine konkreten Ableitungen für den Fachkräftebedarf zu (Simon 2012). 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. Eine bundeseinheitliche oder bundesweite Aufbereitung von Daten im Rahmen einer bundesdeutschen Pflegeberichterstattung existiert trotz der Bedeutung des Berufes bislang nicht.

Im Kontext der umfassenden Sekundärdatenanalysen im Projekt werden nicht nur zentrale Quellen und Datenbestände erschlossen und vorgestellt. Sie wurden auch im Rahmen von Sonderabfragen bei bundes- und landesstatistischen Ämtern – soweit sie zugänglich waren – ergänzend erschlossen, um regionale Unterschiede sichtbar zu machen. 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 über die Analyse von Einzelstatistiken hinausgehen.

Die Grafiken im nachfolgenden Bericht wurden mit Excel (Office 360), die kartografischen Darstellungen mit Gfk Regiograph Planung 2021 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	Bundesagentur für Arbeit (BA), Sonderabfragen Statistik-Service Südwest BA: Fachkräfteengpassanalyse
Schulstandorte und Schülerzahlen	www.statistik.bayern.de: Berufsfachschulen des Gesundheitswesens in Bayern (B21306), Zeitreihen sowie Sonderabfrage Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2
Krankenhäuser und Planbetten der Krankenhäuser, Beschäftigte in den Krankenhäusern	Verzeichnis der Krankenhäuser Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.): Krankenhausstatistik. Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis. Krankenhausplan Bayern, Stand 2021
Pflegebedürftige in ambulanten Diensten, teil-/vollstationären Einrichtungen, Bettplätze	Bayerisches Landesamt für Statistik: Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. (Statistische Berichte, K VIII 3 2j). Pflege-Navigator der AOK, Stand März 2022 Sonderabfragen Bayerisches Landesamt für Statistik Statistisches Bundesamt (Destatis)
Pendlerbewegungen (Ein- und Auspendler, Pendlersaldo) Intra- und intersektorielle Wanderungen Pflegender	Bundesagentur für Arbeit (BA), Statistik-Service Südost (Sonderabfragen)
Demografische Entwicklung und Wanderungsbewegung	https://www-genesis.destatis.de/genesis/online www.statistik.bayern.de (Z4100G 201900) www.statistik.bayern.de/produkte/datenbanken_karten/statistikatlas/index.html

Tab. 1: Quellen der Sekundärdatenanalyse

Primärdatenanalyse

Zentraler Ansatz im Monitoring ist es, die Expertise der Akteure vor Ort mit einzubinden und die Analysen auf der Basis von Befragungen der Einrichtungen abzusichern.

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 Rekrutierungsstrategie darstellt und offene Stellen über andere Wege (z.B. Stellenanzeigen, Werbung durch eigene Mitarbeitende) kommuniziert werden. Der tatsächliche Bedarf vor Ort kann somit nur auf der Basis einer konkreten Befragung eingeschätzt werden.

Für die unterschiedlichen Felder der Befragung wurden jeweils spezifische Fragebögen entwickelt, die eine zeitgleiche Befragung im Feld der Ausbildung sowie der Betriebsstätten ermöglichen sollte. Die Befragungsinstrumente wurden im Forschungsausschuss des VdPB vorgestellt und abgestimmt. Sie wurden nachfolgend als Online-Befragungen umgesetzt und die Teilnehmenden bekamen entsprechende Informationen bezüglich des Datenschutzes, der Zusicherung der Anonymisierung der Daten und des ausschließlichen Zwecks der Datennutzung. Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 22.09.2023 bis zum 15.10.2023.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der auswertbaren Befragungsbögen nach Einrichtungsart sowie die prozentuale Angabe des Rücklaufs im Vergleich zur Grundgesamtheit der Einrichtungen.

EINRICHTUNGEN	AUSWERTBAR TEILGENOMMEN	GRUNDGESAMTHEIT (ANGESCHRIEBEN)	ANTEIL AN DER GRUND-GESAMTHEIT
Krankenhäuser/ Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	51	646	7,9%
Ambulante Dienste	134	2.140	5,6%
Teil-/vollstationäre Einrichtungen	157	2.143	7,3%
Bildungseinrichtungen	75	176	42,6%

Tab. 2: Stichprobe und Rücklauf der Einrichtungsbefragung

Literaturanalyse

Für das Projekt wurden zentrale Literaturquellen aus unterschiedlichen Bereichen der Publikationen erschlossen (Bücher, Zeitschriften, Berichte, Online-Quellen, Gesetze). Sie werden, wo dienlich, im Text mit aufgenommen und am Ende des Berichts ausgewiesen. Die Literatureinbindung dient dabei der Herstellung einer Anschlussfähigkeit der Berichterstattung mit orientierendem und erörterndem Charakter. Sie dient den interessierten Lesern, wichtige Dokumente und Quellen einbeziehen zu können. Eine systematische, wissenschaftlich orientierte Literaturrecherche zu den zahlreichen Einzelthemen und Befunden erfolgte nicht und ist nicht Gegenstand der Beauftragung.

Dissemination

Zum Gesamtkonzept des Monitorings gehören nicht nur die benannten Verfahren der Analyse und Einbindung der Akteure vor Ort im Rahmen einer Befragung, sondern auch die Überlegung, wie die Befunde in einen gemeinsamen Diskussionsprozess eingebunden werden können.

Ziel ist, dass die Akteure vor Ort die Daten bewerten, diskutieren und nutzbar machen. Konzeptionell sollen durch das wissenschaftliche Konsortium primär Daten aufbereitet und so zusammengestellt werden, dass sie in Handlungsüberlegungen einfließen können. Die Analysen und Ableitungen stellen dabei Interpretationsangebote dar, die einer Bewertung der Experten vor Ort unterzogen werden sollen. Im Abgleich der Perspektiven und Einschätzungen lassen sich dabei u.a. auch Hinweise auf weitere noch offene Fragestellungen generieren, die zur Fortentwicklung des Monitorings nutzbar gemacht werden können.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden für die bayerischen Regierungsbezirke Konferenzen geplant. In diesen Regionalkonferenzen werden erweiterte Datenanalysen vorgestellt, die insbesondere die kleinräumige Betrachtung auf der Kreisebene aufnehmen.

Insgesamt wurden fünf Konferenzen für die Präsentationen eingeplant. Eine Regionalkonferenz umfasste die Gesamtergebnisse für Bayern, in vier weiteren Regionalkonferenzen wurden die regionalen Analysen zu Regierungsbezirken vorgestellt.

Im Bericht selbst werden primär Daten auf der Ebene der Regierungsbezirke und Regionen vorgestellt. Darüber hinaus werden auch Listen für besonders bedeutsame Entwicklungen (Top-Ten-Listen) erstellt. Um Grafiken übersichtlich und lesbar zu halten, sind nicht alle Analysen auf der Ebene der Kreisregionen in dem vorliegenden Bericht nutzbar. Die Regionalkonferenzen ergänzen diese Lücke mit den ortsgebundenen regionalen Kennzahlen und bieten so die Möglichkeit, Kennzahlen kleinräumig zu diskutieren. Für die Regionalkonferenzen werden gesonderte Regionaldossiers erzeugt. Diese sind als ergänzende Grafikauswertungen zu dem Bericht zu verstehen. Eine vollständige Diskussion ergibt sich demnach erst unter Einbezug der zwei unterschiedlichen Berichtsteile.

Entwicklungen in Bayern

Im einführenden Kapitel werden Aspekte der Entwicklung zentraler Kennzahlen in der zeitlichen Betrachtung analysiert. Die regionale Auswertung erfolgt überwiegend auf der Ebene der sieben Regierungsbezirke in Bayern.

DEMOGRAFIE

Die demografische Entwicklung spielt im Rahmen der pflegerischen Versorgung eine zentrale Rolle. Mit höherem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden an. Bis zum Alter von 60 Jahren sind unter zwei Prozent der Menschen in der jeweiligen Altersgruppe in Bayern als pflegebedürftig eingestuft (Pflegequote), auch wenn es insgesamt in Bayern insgesamt rund 90.000 jüngere Pflegebedürftige (bis 60 Jahre) gibt. Die Pflegequoten steigen ab 70 deutlich an (6,85 Prozent) und nehmen in der Folge mit zunehmendem Alter kontinuierlich weiter zu.

Deutschlandweit liegt der Anteil der Pflegebedürftigen (in einer Bevölkerungsgruppe) gemessen an der Gesamtbevölkerung (in dieser Bevölkerungsgruppe) für 2021 bei den unter 75-Jährigen bei 2,3 Prozent, bei den 75- 85-Jährigen bei 23,9 Prozent, bei den 85-90-Jährigen bereits bei 54,1 Prozent und bei den >90-Jährigen bei 81,6 Prozent (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).[4] Vor diesem Hintergrund ist die Betrachtung der älteren Bevölkerung in Bayern insbesondere mit Blick auf die Bedeutung für die pflegerische Infrastruktur und die pflegerische Versorgung relevant.

Darüber hinaus ist auch die Betrachtung jüngerer Altersgruppen relevant. Insbesondere ist dies die Gruppe der Menschen zwischen 30 und unter 75 Jahren, die in den Familien überwiegend die Sorgearbeit bei bestehender Pflegebedürftigkeit übernehmen. Werden hier gegenläufige Entwicklungen beobachtet, also eine Abnahme der jüngeren Bevölkerungsanteile und eine deutliche Zunahme der älteren Menschen, so steigt aller Voraussicht nach auch der Bedarf an professioneller Unterstützung und damit auch der Bedarf an Pflegenden und an institutionellen Versorgungsmöglichkeiten.

Bevölkerung in Bayern

Die nachfolgende Grafik basiert auf den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und weist die Anzahl der Bevölkerung in der Altersgruppe der über 75-Jährigen aus (Fortschreibung des Bevölkerungsstandes).[5] Aufgenommen sind die jeweiligen Bestandszahlen der Bevölkerung in der Altersgruppe 75+ zwischen 2019 und 2022 in den Balkendiagrammen sowie eine Gesamtveränderung (im konzentrischen Kreis) für den Beobachtungszeitraum (Bayerisches Landesamt für Statistik 2023).

Die kurzfristige Entwicklung seit 2019 zeigt auf, dass lediglich in Oberbayern eine Zunahme der Menschen in der Altersgruppe 75+ zu verzeichnen ist. In allen anderen Regierungsbezirken hat sich in den vergangenen Jahren die Anzahl der älteren Personen leicht reduziert.

[4] Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist ein Statistikportal mit Tabellenauswertungen, die konfigurierbar nach Merkmalen sind. Erreichbar ist dieses unter https://www.gbe-bund.de. Die Kennzahlen beziehen sich auf die Tabelle: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht

[5] Die Fortschreibung erfolgt dabei auf den Berechnungen des Zensus von 2011

Damit kann aktuell nicht von einer substanziellen Veränderung im Sinne einer demografischen Entwicklung in der Gruppe der älteren Menschen in Bayern ausgegangen werden.

Diese Beobachtung wird auch durch die relative Entwicklung der Anteile der Gruppe der älteren Menschen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung gestützt. Die Anteile liegen im Jahr 2022 zwischen 9,8 Prozent (Oberpfalz) und 11,1 Prozent (Oberfranken) und haben sich in diesem Zeitraum nur marginal verändert.

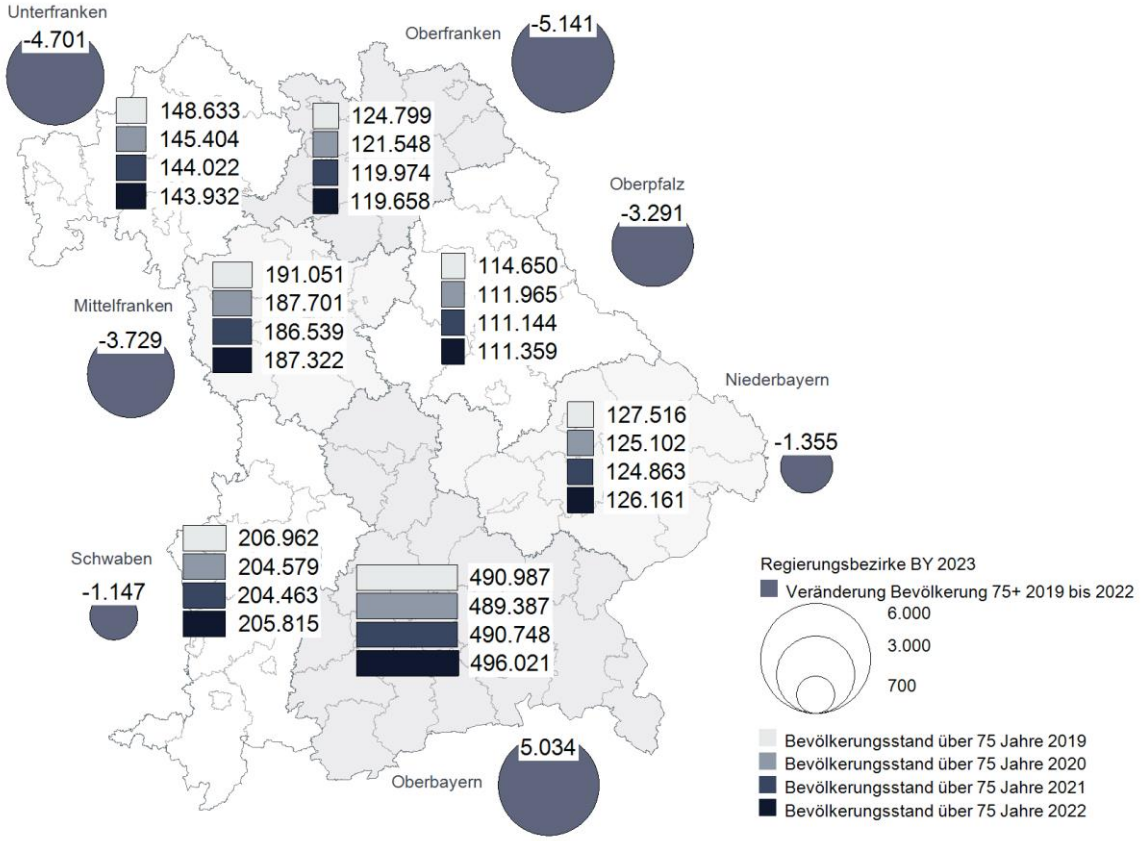


*Abb. 2: Anzahl Einwohner*innen über 75 Jahre 2019 bis 2022*

Auch in der langfristigen Betrachtung[6] zeigt die demografische Entwicklung der Vergangenheit eine eher moderate Zunahme der älteren Bevölkerungsanteile von jeweils rund einem bis zwei Prozent (Oberbayern) für den Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2022.

REGIERUNGSBEZIRKE	ANTEIL 75+ IN 2010	ANTEIL 75+ IN 2015	ANTEIL 75+ IN 2022
Oberbayern	8,1 %	9,6%	10,3%
Niederbayern	8,9 %	10,1%	9,9%
Oberpfalz	8,9 %	10,3%	9,8%
Oberfranken	10,0 %	11,7%	11,1%
Mittelfranken	9,1 %	10,5%	10,8%

[6] Die Angaben der Anteile aus 2010 und 2015 wurden den regionalen Datenanalysen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung entnommen (INKAR - Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung). Die Daten von 2022 sind eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik.

Unterfranken	9,4 %	11,1%	10,4%
Schwaben	8,9 %	10,4%	10,6%

Tab. 3: Bevölkerungsanteile 75+ in der Zeitreihe von 2010 bis 2022

Die in der öffentlichen Diskussion vielfach beschriebene demografische Entwicklung wird sich, bezogen auf die Zunahme der älteren Personengruppen ab 75 Jahren, erst in den kommenden Jahren deutlicher darstellen und verweist auf eine zukünftig zu erwartende Zunahme, die Herausforderungen auch für den Versorgungsbereich darstellt.

Neben professionellen Versorgungsmöglichkeiten spielt insbesondere die familiäre Versorgung eine zentrale Rolle im Rahmen der Sorgearbeit. Eine systematische Erfassung der versorgenden Angehörigen erfolgt dabei nicht. Im Rahmen der Pflegestatistik wird die Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger erfasst, die ausschließlich Geldleistungen erhalten und keinen Kontakt zur professionellen Versorgung durch Fachpersonal haben (außer im Rahmen der Beratungsbesuche durch ambulante Pflegedienste).

Der Bundesverband wir pflegen e.V., eine bundesweit organisierte Interessensvertretung pflegender Angehöriger, geht bundesweit von rund 7,65 Millionen pflegenden Angehörigen aus, die eine häusliche Versorgung sicherstellen (Bundesverband wir pflegen e.V. 2022). Rothgang schätzt im Barmer-Pflegereport 2022 auf Basis vorliegender Studien und Grunddaten des sozioökonomischen Panels (SOEP) die Anzahl der in häuslicher Pflege und Betreuung eingebundenen Personen bundesweit auf rund 8 Millionen (Rothgang und Müller 2022). Überwiegend kann dabei davon ausgegangen werden, dass insbesondere nächste Angehörige (in häuslicher Gemeinschaft oder nah verortet) die Versorgung übernehmen.

Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der demografischen Betrachtung relevant, wie sich die Kapazitäten der Versorgungsmöglichkeiten verändern. Dabei kann auf Basis von bestehenden Bevölkerungskennzahlen nur annäherungsweise eine Einschätzung zur möglichen Kapazität vorgenommen werden.

Die Leistungen der Betreuung älterer Pflegebedürftiger[7] werden von Kindern oder nicht pflegebedürftigen Partnerinnen und Partnern übernommen. Angenommen werden kann, dass diese sich zentral in den Altersgruppen von 30 Jahren bis unter 75 Jahren finden. Analysiert wurden die Daten der Fortschreibung des Bevölkerungsstands für 2022 mit der entsprechenden Summierung der Anzahl der Personen im Altersklassenbereich. Aktuell sind in allen Regierungsbezirken Relationen von eins zu fünf bzw. eins zu sechs zu beobachten. Konkret bedeutet dies, dass auf eine Person in der Altersklasse 75+ in Oberbayern 5,6 Personen in der Altersgruppe 30 bis 75 Jahre kommen. In Niederbayern liegt die Relation bei eins zu 6,1. Dieser Wert wird auch identisch in der Oberpfalz erreicht. In Oberfranken ergibt sich eine Relation von eins zu 5,4, in Unterfranken und in Schwaben von eins zu 5,5 und in Mittelfranken von eins zu 5,7.

[7] Eine Besonderheit stellt die Versorgung von pflegebedürftigen Kindern dar. Hier sind überwiegend die Eltern in die Betreuung und Pflege mit eingebunden.

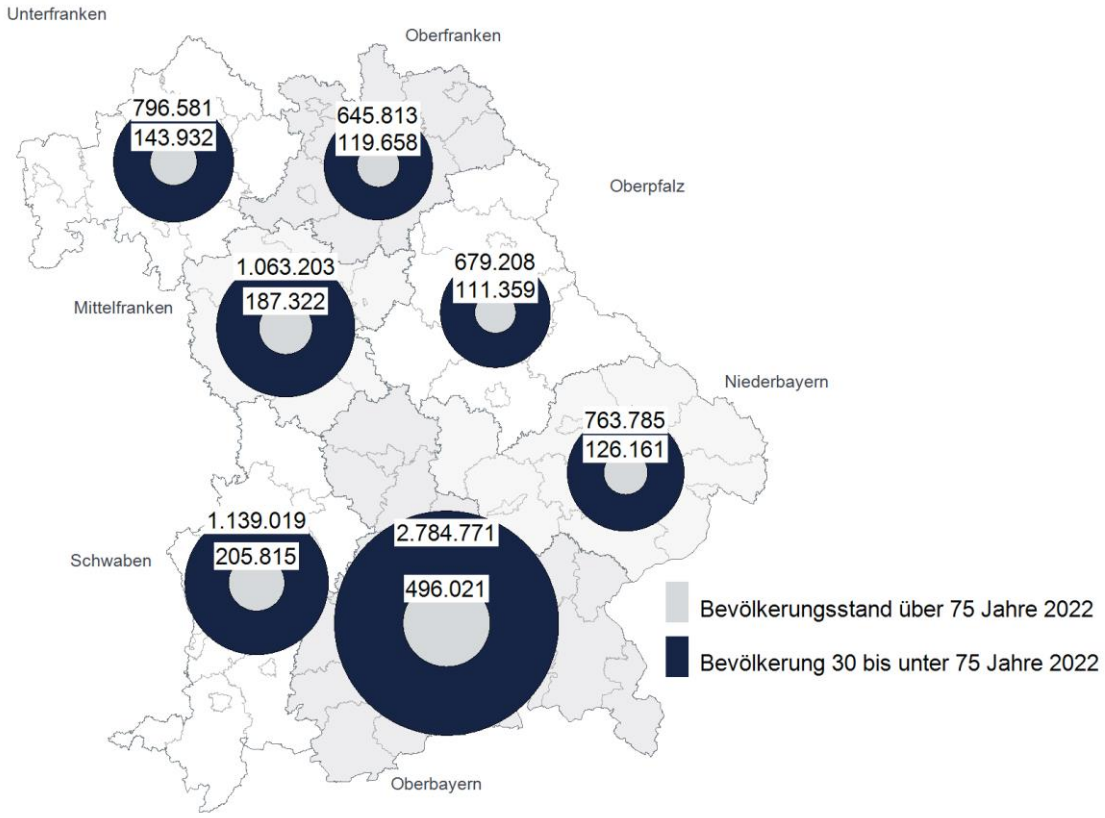


Abb. 3: Bevölkerung nach Altersklassen 30-75 Jahre und 75+ in 2022

Prognostische Entwicklung

Im Rahmen der prognostischen Entwicklungen, liegen für Bayern Bevölkerungsvorausberechnungen des Bayerischen Landesamtes für Statistik vor. Die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung erfolgt dabei auf der Ebene der Regierungsbezirke, der kreisfreien Städte und Landkreise sowie der Gemeinden bis 2041 (https://www.statistik.bayern.de/statistik/gebiet_bevoelkerung/demographischer_wandel/index.html).

Für die nachfolgende Analyse wurden die Bevölkerungsvorausberechnungen (bis 2040) sowie die Fortschreibung des Bevölkerungsstands (2022) verwendet (Bayerisches Landesamt für Statistik, Fürth 2023 | Stand: 18.09.2023).[8]

Die Kreise innerhalb der Regierungsbezirke weisen die jeweilige Anzahl der älteren Bevölkerung für die Jahre 2022 und 2040 auf; neben den Regierungsbezirken werden die berechneten prozentualen Entwicklungen zwischen den Zeiträumen mit aufgenommen.

[8] Reg. Vorausberechnung: Kreise, Bevölkerung, Geschlecht, Altersgruppen, Stichtag (12421-004r). https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon

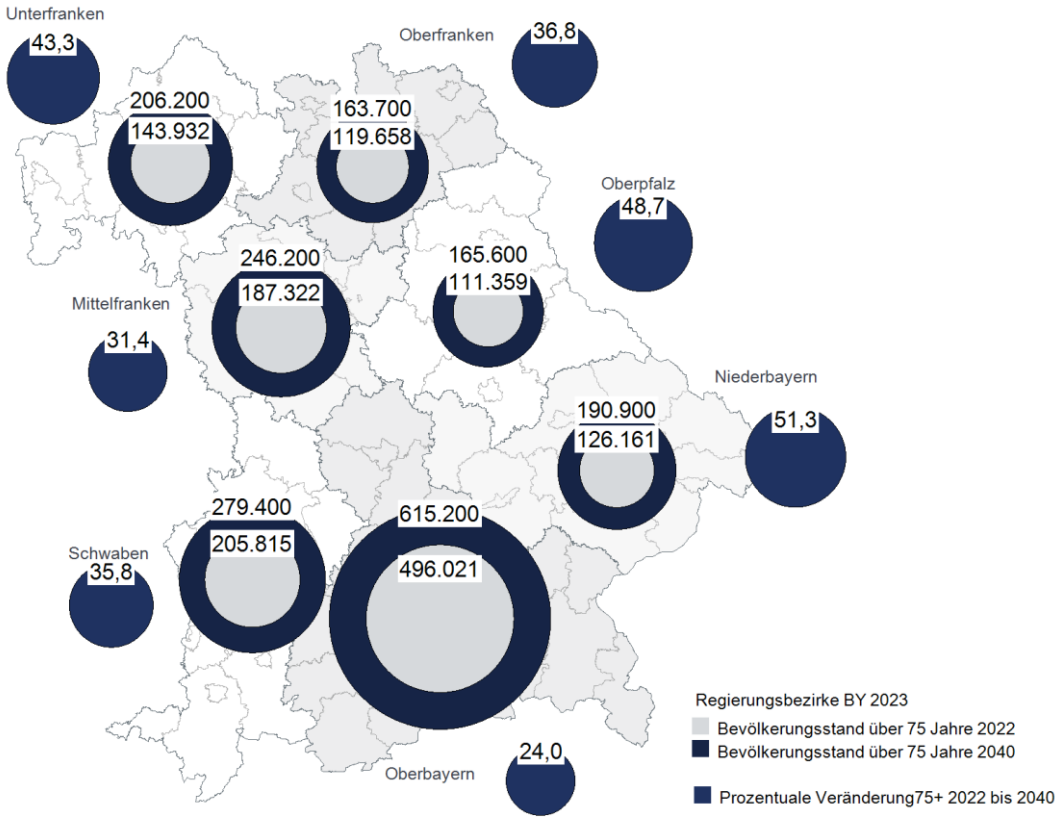


Abb. 4: Entwicklung der Anzahl und der prozentualen Veränderung Personen 75+ 2022 bis 2040

Es zeigt sich ein sehr heterogenes Bild der Entwicklung für Bayern. Während in Oberbayern relativ moderate Zuwächse zu erwarten sind, werden für Niederbayern mit einer Zunahme von über 50 Prozent stärkere Entwicklungen bei der Zunahme der älteren Bevölkerung prognostiziert. Betrachtet man die vom Bayerischen Landesamt für Statistik durchgeführten Prognosen regional, so ergeben sich in der relativen Entwicklung der Zunahme älterer Personen in der Altersgruppe 75+ auf den ersten 10 Plätzen die folgenden Landkreise:

STADT- ODER LANDKREIS	BEVÖLKERUNGSSTAND 75 + IN 2022	VERÄNDERUNG 75+ 2022 BIS 2040 ABSOLUT	RELATIV IN %
LK Bamberg	13.508	8.592	63,6%
LK Neumarkt i.d.OPf.	12.606	7.994	63,4%
LK Freyung-Grafenau	8.085	5.015	62,0%
LK Haßberge	8.486	5.114	60,3%
LK Landshut	14.805	8.595	58,1%
LK Straubing-Bogen	9.652	5.548	57,5%
LK Dingolfing-Landau	8.898	5.102	57,3%
LK Erding	11.886	6.814	57,3%
LK Regensburg	18.566	10.534	56,7%

LK Cham	13.153	7.447	56,6%

Tab. 4: Top Ten relative Zunahme älterer Bevölkerung 75 + von 2022 bis 2040

Insgesamt werden in 24 von 96 Kreisregionen Zunahmen von über 50 Prozent prognostiziert. Dabei handelt es sich ausschließlich um Landkreise; keine kreisfreie Stadt weist so hohe prozentuale Zuwächse auf. Mit der kreisfreien Stadt Fürth (Zunahme von 40,4 Prozent) wird die erste Stadt auf Rang 48 von 96 geführt.

Die Landeshauptstadt München stellt mit einem Zuwachs von lediglich 7,8 Prozent die niedrigste relative Zunahme in Bayern dar. Für München werden insgesamt 10.680 mehr Personen in der Altersgruppe 75+ erwartet. Damit werden vergleichbare Werte im absoluten Zuwachs wie im Landkreis Regensburg prognostiziert. Auch wenn in München mit 285 ambulanten Pflegediensten, 77 Pflegeheimen und insgesamt 7.714 verfügbaren Plätzen für eine vollstationäre Dauerpflege die Versorgungsinfrastruktur eine gänzlich andere als im Landkreis Regensburg ist (28 ambulante Pflegedienste, 35 Pflegeheime, 1.866 verfügbare Plätze für eine vollstationäre Dauerpflege), so werden dennoch im Landkreis Regensburg mit 102,9 verfügbaren Plätzen in vollstationären Einrichtungen pro 1.000 Personen 75+ höhere Angebotsstrukturen vorgehalten als in München (55,3 verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen pro 1.000 Personen 75+). Die jeweiligen regionalen Versorgungskapazitäten müssen mit einbezogen werden, um mögliche Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf die Pflege einschätzen zu können.

Bezogen auf die Veränderung der Bevölkerung in der Gruppe der 30 bis 75-Jährigen, die die Hauptgruppe der pflegenden Angehörigen einschließt, liegen bei den Bevölkerungsvorausberechnungen für Bayern für das Jahr 2040 sehr unterschiedliche Entwicklungen vor.

Während in Oberbayern eine Zunahme von 3,7 Prozent erwartet wird und in Schwaben eine Zunahme um 2,2 Prozent prognostiziert wird, weisen die anderen Regierungsbezirke negativen Entwicklungen und damit eine Abnahme der Kapazität auf. In Niederbayern werden nur geringe Änderungen erwartet (0,8 Prozent Abnahme), in Mittelfranken sinkt die Anzahl um 2,6 Prozent und in der Oberpfalz um 4,1 Prozent. Noch deutlichere Rückgänge werden in Unterfranken (7,7 Prozent) und in Oberfranken (9,4 Prozent) prognostiziert. Damit kann regional von sehr unterschiedlichen Bedingungen und demografischen Änderungen ausgegangen werden.

Die nachfolgende Grafik zeigt für die Regierungsbezirke in der Gegenüberstellung die absolute Veränderung der Personen in der Altersgruppe 30 bis 75 Jahre und kontrastierend die der Personen in der Altersgruppe 75+ auf. Insbesondere in Unterfranken sieht man eine deutliche gegenläufige Entwicklung, die auch verbunden sein kann mit einer Zunahme an professioneller pflegerischer Unterstützung.

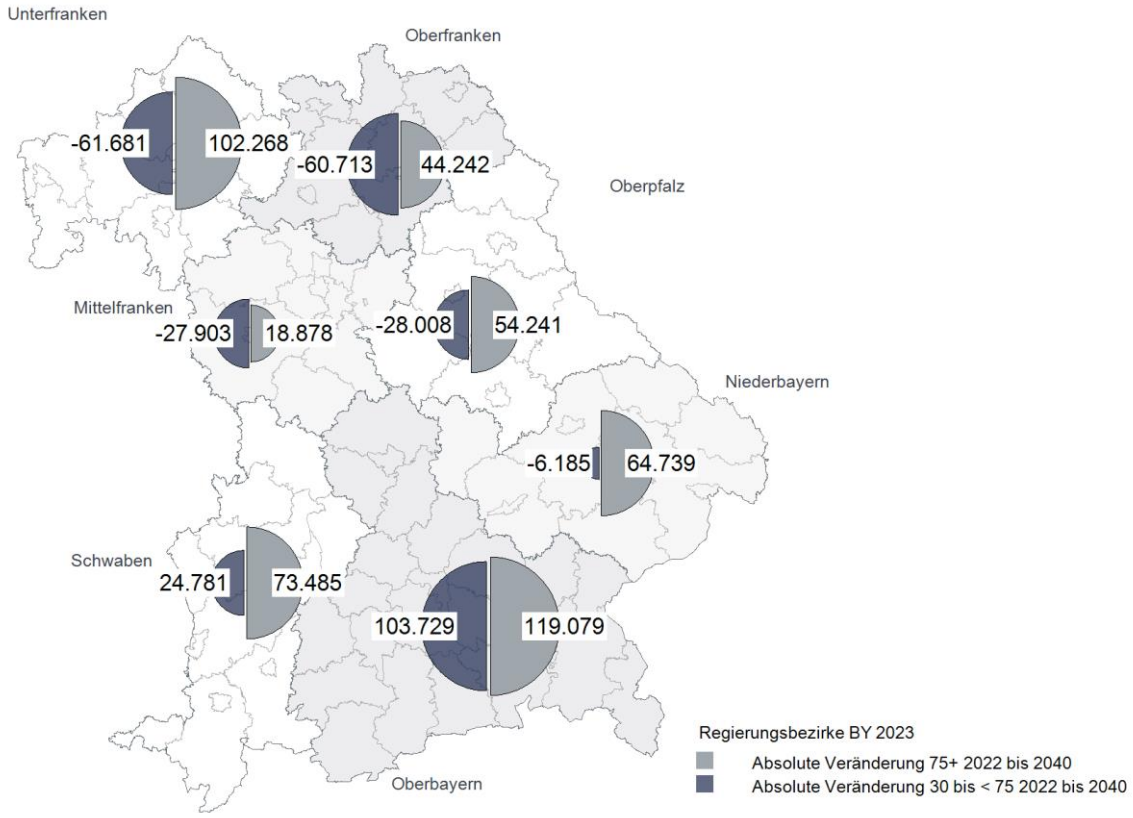


Abb. 5: Absolute Veränderung 30 bis 75 Jahre und 75+ zwischen 2022 und 2040

Mit der Entwicklung verbunden ist auch eine starke Veränderung der Relationen zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen. Konkret bedeutet dies, dass auf eine Person in der Altersklasse 75+ in Oberbayern nicht mehr 5,6 Personen in der Altersgruppe 30 bis 75 Jahre kommen (in 2022), sondern 4,7. In Niederbayern sinkt die Relation von eins zu 6,1 auf eins zu 4,0 und in der Oberpfalz von eins zu 6,1 auf eins zu 3,9. Hier ist der größte Rückgang der Relationen zu beobachten. In Oberfranken ergibt sich eine neue Relation von eins zu 3,6 (vorher eins zu 5,4). Die gleiche Relation von eins zu 3,6 wird auch in Unterfranken kalkuliert (vorher eins zu 5,5). In Mittelfranken verändern sich die Werte von eins zu 5,7 auf eins zu 4,2. Die gleiche Relation wird auch für Schwaben berechnet (vorher eins zu 5,5).

Regional, auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte werden in 12 Landkreisen und kreisfreien Städten (SK Hof) Rückgänge der Bevölkerung in der Altersgruppe 30 bis 75 Jahre von 10 Prozent oder mehr prognostiziert. Besonders stark wird ein Rückgang im Landkreis Kronach (16,8 Prozent), im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge (15,4 Prozent) und im Landkreis Tirschenreuth (13,6 Prozent) prognostiziert.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Die Pflegestatistiken werden in einem zweijährigen Zyklus erhoben und in Berichten sowie in Online-Datenbanken zur Verfügung gestellt. Aktuell steht die Pflegestatistik 2021 mit dem Stichtag 31.12.2021 zur Verfügung (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022b).

In der nachfolgenden Übersicht werden überwiegend die aktuellen Kennzahlen berichtet bzw. wird die Gesamtübersicht zur Pflegebedürftigkeit hergestellt.

Die jeweiligen Entwicklungen (auf der Ebene der Regierungsbezirke und differenziert nach den Leistungsbereichen der ambulanten Pflege sowie der teil-/vollstationären Pflege) werden in den Kapiteln zu den Einrichtungen mit zugeordnet.

Die nachfolgenden Daten fassen die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 15.12.2021 zusammen. Für die stationäre Versorgung sowie die ambulante Pflege werden auch die gerundeten prozentualen Verteilungen der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden aufgenommen. Ferner fließen Auswertungen zu den regionalen Daten der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen der Pflegestatistik mit Stand 15. bzw. 31.12.2021 mit ein.

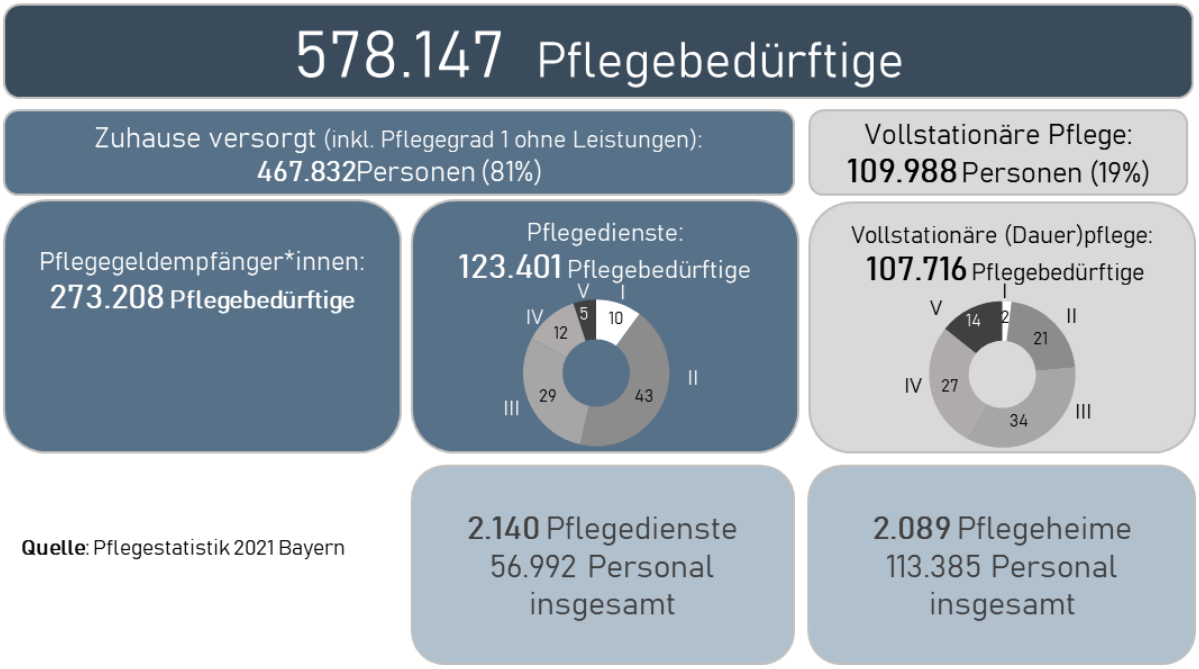


Abb. 6: Pflegestatistik 2021

Die Daten der Pflegestatistik zeigen auf, dass der größte Teil der Pflegebedürftigen weiterhin in der eigenen Häuslichkeit mit oder ohne Zuhilfenahme der ambulanten Pflegedienste betreut wird. Dieser Anteil steigt weiter an. Insbesondere steigt dabei die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger in den vergangenen Jahren deutlich an. Erwartungsgemäß zeigt sich auch, dass mit einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit (im Sinne höherer Pflegegrade) eine Verschiebung von der ambulanten und häuslichen Versorgung hin zur institutionalisierten stationären Versorgung erfolgt.

Insgesamt ist eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (ab 2017) stieg die Anzahl der als pflegebedürftig eingruppierten Personen in Bayern von insgesamt 399.357 auf die benannten 578.147 Personen - das entspricht 44,7 Prozent Zuwachs. Nicht für alle Pflegebedürftigen stehen Bedarfe im Vordergrund, die durch professionell Pflegende zu beantworten sind. Dies wird deutlich bei der Betrachtung der Veränderung der Anteile der Pflegebedürftigen in den Pflegegraden.

In Bayern ist relational insbesondere eine Zunahme der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 zu erkennen. Hier stieg der Anteil der Pflegebedürftigen von 2,2 Prozent im Jahr 2017 auf 15 Pro-

zent im Jahr 2021. Numerisch entspricht dies einer Zunahme um 78.014 Personen. Der Gesamtanstieg der Pflegebedürftigkeit in Bayern zwischen 2017 und 2021 entspricht einer Zunahme um 178.790 Pflegebedürftigen. Der Anteil der im Pflegegrad 1 eingestuften Personen entspricht bei den neu klassifizierten Personen einem Anteil von 43,6 Prozent. 31,1 Prozent der zusätzlichen Pflegebedürftigen ist im Pflegegrad 2 eingestuft worden und 22,5 Prozent im Pflegegrad 3. Keine nennenswerten Erhöhungen finden sich im Pflegegrad 4 (3 Prozent und im Pflegegrad 5 (0,03 Prozent).

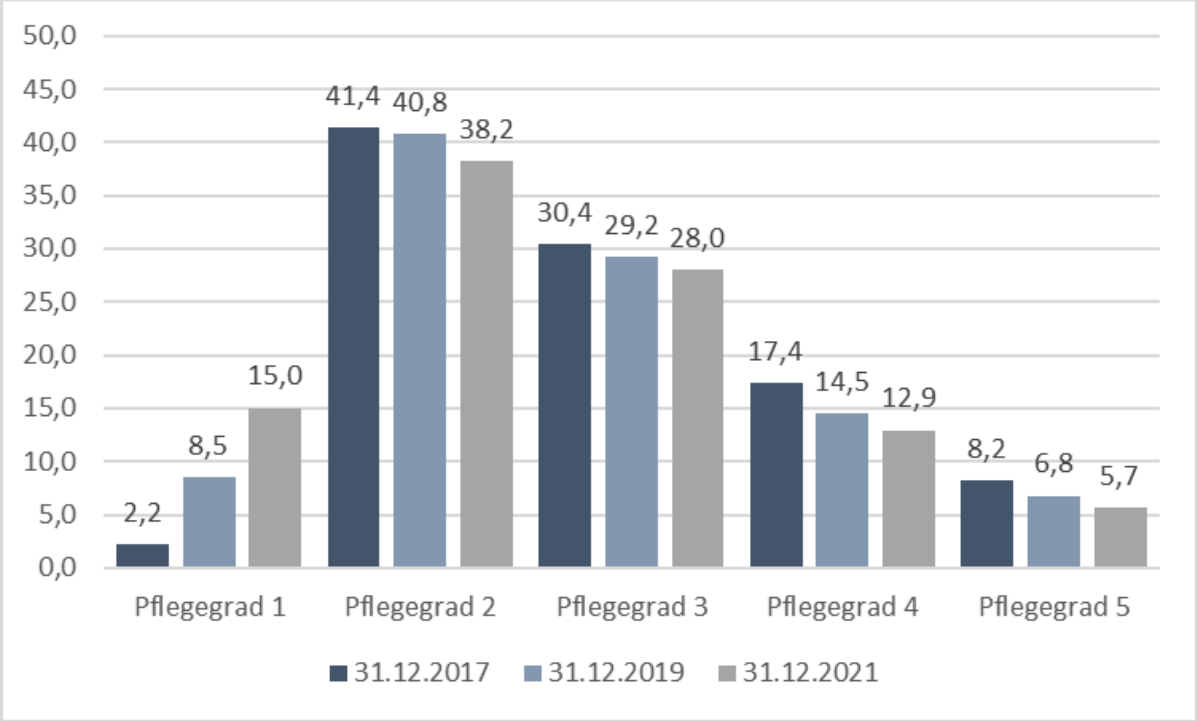


Abb. 7: Entwicklungen der Anteile der Pflegegrade an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2017-2021

Im Pflegegrad 1 besteht keine Berechtigung, Pflegegeld zu beziehen oder Beiträge für eine vollstationäre Pflegeversorgung abzurufen. Es werden primär Ansprüche auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingeräumt, die im Wert von 125 Euro (monatlich) eingelöst werden können – wenn denn vor Ort entsprechende Angebote zur Verfügung stehen.[9] Sie dürfen nur von zertifizierte Dienstleister angeboten werden; professionelle Pflegeversorgung ist hier jedoch nicht eingeschlossen, sondern Begleitdienste oder hauswirtschaftliche Assistenz, sodass die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in diesem Bereich nicht in Verbindung steht mit einer pflegerischen Versorgungsanpassung.

Betrachtet man die Steigerung der Pflegegrade und der Pflegebedürftigkeit zusammenfassend, so sind für rund 56 Prozent der zusätzlichen Pflegebedürftigen Leistungen ab dem Pflegegrad 2 zugeordnet. Für weitere 101.533 Pflegebedürftige sind demnach zwischen 2017 und 2021 Möglichkeiten eröffnet worden, Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombileistungen zu beanspruchen.

[9] Weitere Leistungen sind Wohnraumanpassungen, Zuschüsse zu verbrauchsmitteln, Zuschüsse für einen Hausnotruf oder Zuschüsse für eine Wohngruppe.

Wie einführend beschrieben, korreliert die Pflegebedürftigkeit in hohem Masse mit dem Alter, bzw. ergeben sich in den höheren Altersgruppen auch höhere Wahrscheinlichkeiten, pflegebedürftig zu werden (Pflegequote steigt in den Altersgruppen). Dennoch sind auch jüngere Personengruppen von Pflegebedürftigkeit betroffen. Dies beinhaltet die Gruppe der Menschen, die z.B. durch Infektionen, Unfälle oder bereits ab Geburt neurologische, kardiale, pneumologische oder andere gravierende Grunderkrankungen aufweisen, die zu erheblichen Alltagseinschränkungen und zu einer Pflegebedürftigkeit führen. In Bayern sind in der Altersgruppe Pflegebedürftige bis 30 Jahre lediglich 98 Personen in einer stationären Betreuung, 1.590 Personen in Bayern nutzen ambulante Pflegedienste und 38.520 Personen beziehen Pflegegeld.

Die nachfolgende Grafik zeigt auf, dass es einen aktuellen „Entkopplungseffekt“ bezüglich der Entwicklung der Menschen über 75 Jahre und der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit insgesamt gibt. Dabei wird nicht differenziert zwischen den Pflegegraden. Aus der vorherigen Beschreibung zur Veränderung der Pflegebedürftigkeit muss mitbedacht werden, dass für einen relevanten Anteil der zusätzlichen Pflegebedürftigen (43,6 Prozent) aus der Zunahme der Pflegebedürftigkeit insgesamt kein pflegeprofessioneller zusätzlicher Bedarf entsteht. Dennoch sind die nachfolgenden Entwicklungen relevant bezogen auf eine Veränderung der Pflegequoten in den Altersgruppen und bei der regionalen Betrachtung der altersdemografischen Entwicklung.

Ausgangspunkt der Analyse sind die Entwicklungen zwischen 2017 und 2021, die unter gleichen sozialrechtlichen Bedingungen der Bemessung von Pflegebedürftigkeit vorliegen. Die Entwicklungen wurden jeweils als Differenz von 2021 bis 2017 ermittelt.

Ausgehend von einer Vier-Felder-Tafel sind folgende Zusammenhänge und Entwicklungen denkbar:

- Abnahme der Bevölkerung 75+ und Abnahme der Pflegebedürftigen
- Abnahme der Bevölkerung 75+ und Zunahme der Pflegebedürftigen
- Zunahme der Bevölkerung 75+ und Abnahme der Pflegebedürftigen
- Zunahme der Bevölkerung 75+ und Zunahme der Pflegebedürftigen

Wie in der nachfolgenden Grafik[10] deutlich wird, existiert in Bayern kein Landkreis oder keine kreisfreie Stadt (Punkte), in denen es eine Reduzierung bei der Anzahl der Pflegebedürftigen gegeben hat. Die Y-Achse weist hier keine negativen Werte aus (vgl. auch die nachfolgende Abbildung als Violinplot). Somit entfallen zwei der möglichen Felder. Bemerkenswert ist jedoch, dass es eine Teilung zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten gibt, in denen ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen ist. Hier sind sowohl Landkreise und kreisfreie Städte zu beobachten, bei denen trotz eines Rückgangs der älteren Bevölkerung ein Anstieg zu verzeichnen ist als auch Landkreise und kreisfreie Städte, bei denen beide Marker eine positive Entwicklung aufzeigen.

[10] Auf der Y-Achse werden die 1.000 Distanzen im englischen Format (k) ausgewiesen. 6k entspricht demnach der Anzahl 6.000.

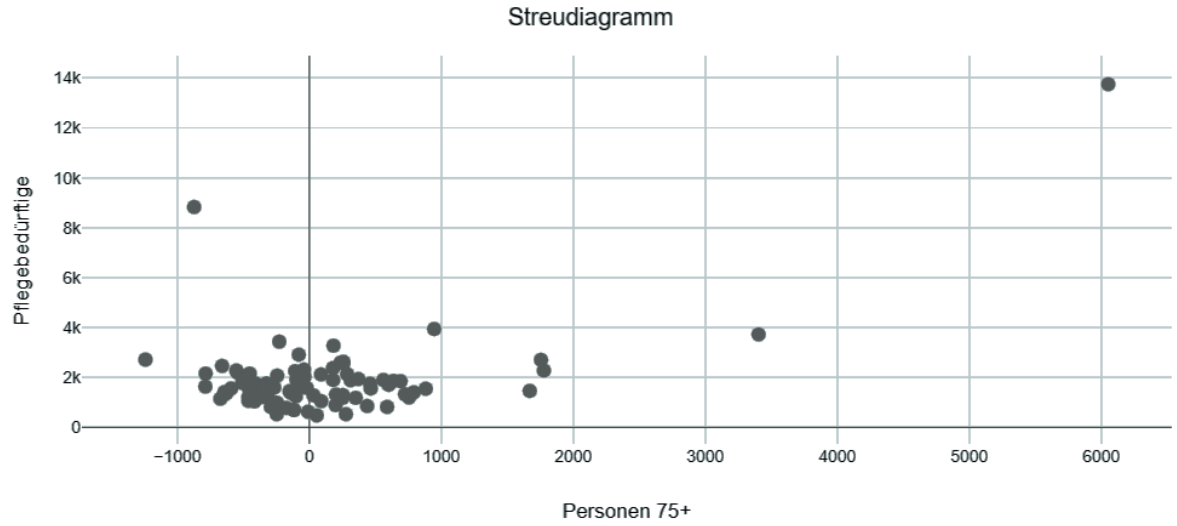


Abb. 8: Entwicklung ältere Personen und Pflegebedürftige 2017 bis 2021 in Landkreisen und kreisfreien Städten

In insgesamt 58 Landkreisen und kreisfreien Städten findet sich ein leichter bis mäßiger Rückgang bei der Anzahl der Menschen in der Altersgruppe über 75 Jahre. Deutlich ist dies im Landkreis Ansbach. Hier sank die Anzahl der Personen in der Altersgruppe 75+ um 1.242; zugleich stieg die Anzahl der als pflegebedürftig klassifizierten Personen um 2.717 an. Auch in städtischen Bereichen sind ähnliche Entwicklungen sichtbar. In Nürnberg sank die Anzahl der älteren Personen um 873, zugleich stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen um 8.828 insgesamt an. In der Stadt München findet eine parallelisierte Entwicklung statt. Hier sind deutliche Zunahmen von 6.053 älteren Menschen zu beobachten und zugleich ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit um 13.750 Personen zwischen 2017 und 2021. Im benachbarten Landkreis München stieg die Anzahl der älteren Personen (3.404) sowie die Anzahl der Pflegebedürftigen (3.722) in einem synchroneren Verhältnis zueinander an.

Die Gegenüberstellung der beiden Variablen im Violinplot visualisiert die Verteilungen der Entwicklungen dieser beiden Marker. Linksseitig ist die Verteilung als Punktstreuung zu sehen. Das Violinplot verweist auf die Breite und Verteilung der Marker innerhalb der 96 Landkreise und kreisfreien Städte. Innerhalb der Violin wird ein Boxplot mit den Werten abgebildet.

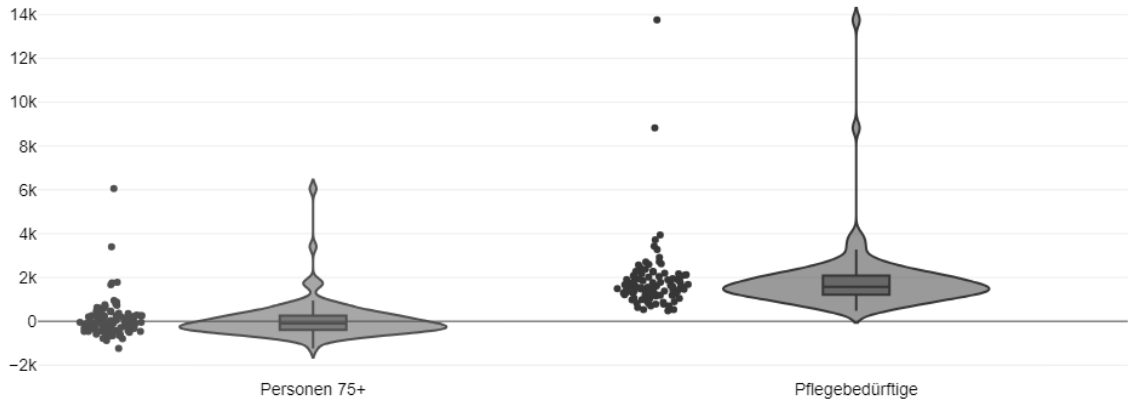


Abb. 9: Entwicklung ältere Personen und Pflegebedürftige 2017 bis 2021

Auch wenn sich aktuell eine „Entkopplung“ der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen von der reinen mengenmäßigen Altersentwicklung zeigt, bleibt das Alter eine entscheidende Kennzahl bezogen auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Es ist eine deutliche Zunahme der Pflegequoten innerhalb der höheren Altersgruppen zu beobachten.

Die Grafik visualisiert die Veränderung der Pflegequoten im Verlauf der bestehenden unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit. Hier ist der Effekt der deutlichen Zunahme insbesondere ab 2017 (mit der Einführung der Pflegegrade und der Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten) zu sehen, sodass die Zunahme der Pflegebedürftigen nicht mehr mit einer Zunahme der Anzahl älterer Personen insgesamt erklärt werden kann, sondern sich als Leistungsintensivierung und Bewertung der Anerkennung innerhalb der höheren Altersgruppen darstellt.

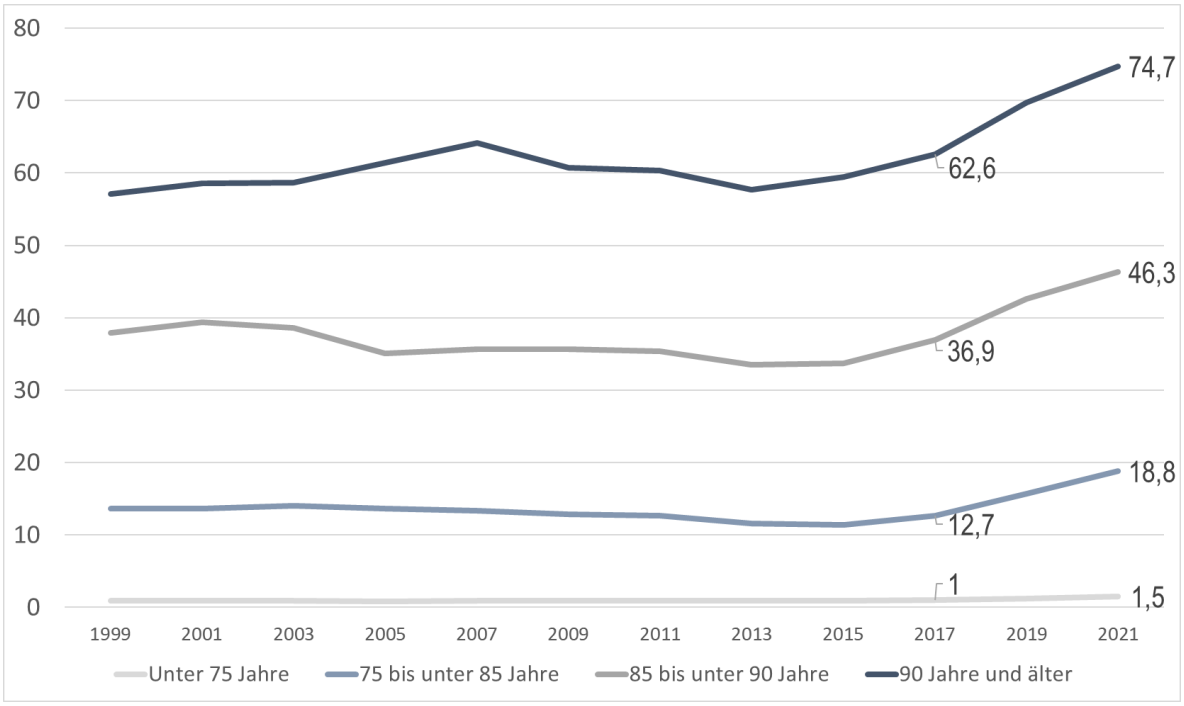


Abb. 10: Veränderung der Pflegequoten in Bayern nach Altersklassen im Zeitverlauf

Die Pflegequote der Altersgruppe bis 75 Jahre stieg in Bayern zwischen 2017 und 2021 moderat von 1,0 Prozent auf 1,5 Prozent an. In der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen stieg die Pflegequote in der Gesamtgruppe von 12,7 Prozent auf 18,8 Prozent. Deutliche Zunahmen der Pflegequoten zeigen sich auch in den beiden weiteren Altersgruppen der 85- bis unter 90-Jährigen (von 36,9 auf 46,5 Prozent) und in der Altersgruppe 90+ (von 62,6 auf 74,7 Prozent).[11]

Die Zunahme an Pflegebedürftigen, die zwischen 2017 und 2021 bei 178.790 liegt, stellt sich überwiegend als eine Steigerung der Pflegebedürftigen im Pflegegrad eins dar. Lag der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in 2017 bei 2,2 Prozent, so liegt er in 2021 bei 15 Prozent der Pflegebedürftigen des jeweiligen Jahres. Gemessen am Anstieg der Pflegebedürftigen zwischen 2017 und 2021 sind 44 Prozent der zusätzlichen Pflegebedürftigen im Pflegegrad eins zu finden[12].

Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Leistungen in den jeweiligen Altersgruppen. Für die unteren Altersgruppen sind die Pflegebedürftigen in der stationären und der ambulanten Versorgung nicht mit ausgewiesen, da die Werte grafisch nicht dargestellt werden können und sich überlagern.

[11] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Tabelle: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht

[12] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Tabelle: Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung

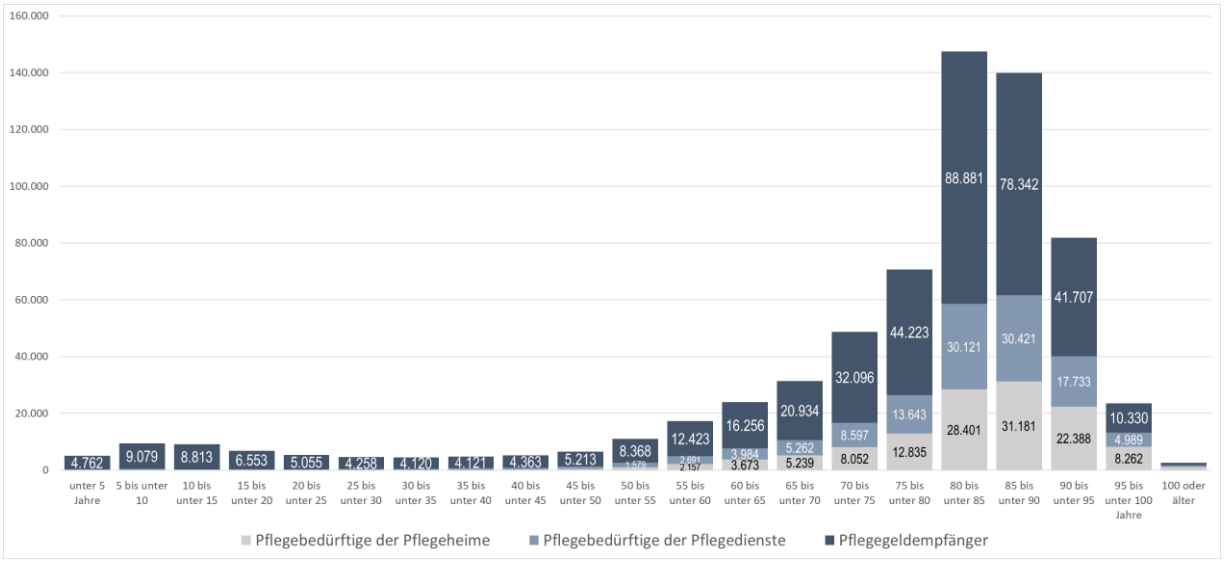


Abb. 11: Altersverteilung und Leistungsformen Pflegebedürftige in Bayern 2021

Von den Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich der teilstationären Versorgung) sind 83, 2 Prozent in der Altersgruppe 75+. Bei der ambulanten Versorgung sind es 79 Prozent der betreuten Pflegebedürftigen und unter den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern stellen sie einen Anteil von 64,4 Prozent.

Nachfolgend werden auf der Ebene der Regierungsbezirke die Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit in einer Zeitreihe von 2011 bis 2021 für Bayern abgebildet werden.

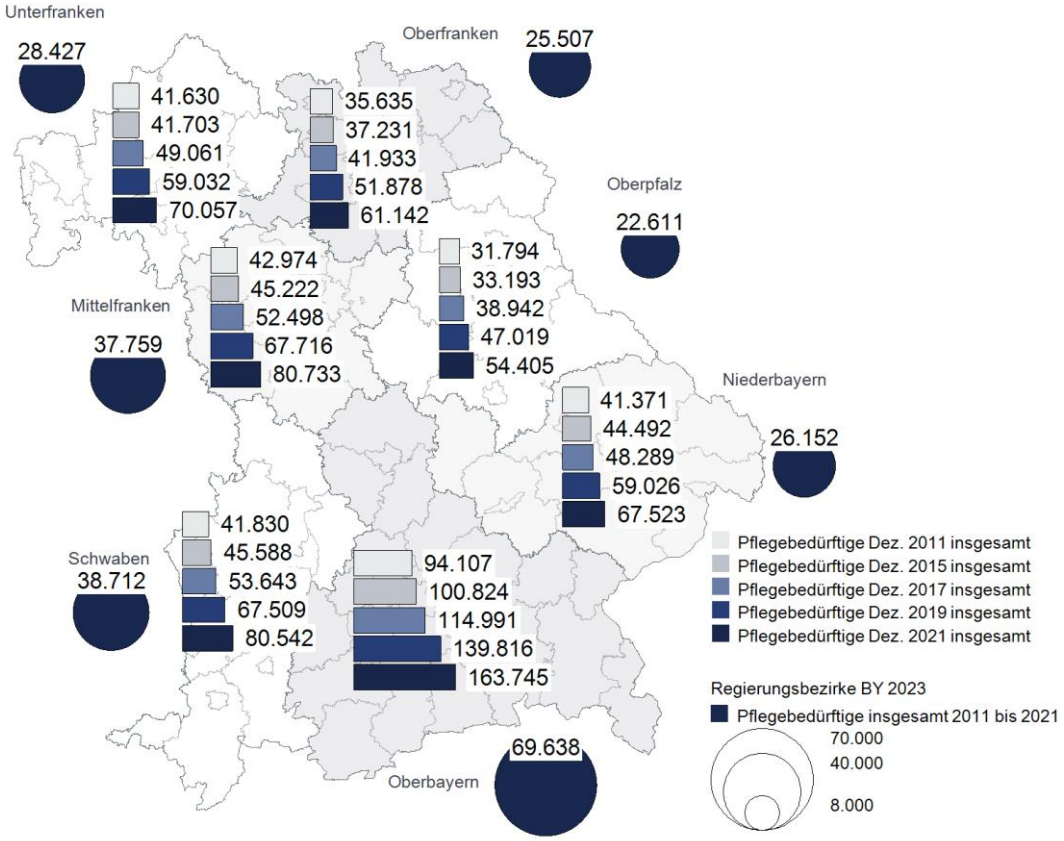


Abb. 12: Pflegebedürftige in Regierungsbezirken 2011-2021

In allen sieben Regierungsbezirken zeigt sich eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit über die Betrachtung des 10-Jahres-Zeitraumes. So sind in 2021 in Oberbayern 69.638 zusätzliche Personen gegenüber dem Jahr 2011 als pflegebedürftig eingestuft worden. In anderen Regionen sind ebenso deutliche Zunahmen der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen zu verzeichnen. Deutlich zu erkennen ist auch die starke Zunahme, die seit 2017 zu verzeichnen ist.

Neben der regionalen Differenzierung auf der Ebene der Regierungsbezirke erfolgt auch eine Analyse auf der Ebene der Kreise, da in der örtlichen Betrachtung die Varianz der Entwicklung besonders deutlich wird. Dabei ist zu beobachten, dass insgesamt überwiegend hohe Steigerungen im 10-Jahreszeitraum beschrieben werden können. Lediglich in vier von 96 Landkreisen oder kreisfreien Städten finden sich moderate Entwicklungen mit einer Zunahme von unter 50 Prozent. In der kreisfreien Stadt Ansbach stieg die Anzahl von 1.582 auf 2.098 (32,6 Prozent). In der kreisfreien Stadt Aschaffenburg ist eine Steigerung von 45,5 Prozent zu beobachten (von 2.718 auf 3.954), in Freyung-Grafenau wird eine Steigerung von 45,7 Prozent berechnet (von 3.952 auf 5.757), im Landkreis Kitzungen von 47,3 Prozent (2.918 auf 4.297) und im Landkreis Rottal-Inn von 48,5 Prozent (4.531 auf 6.728). In allen anderen Landkreisen und kreisfreien Städten sind größere Entwicklungen zu sehen.

Eine besonders hohe Veränderung mit einer Verdopplung der Anzahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 10 Jahren haben die nachfolgenden 10 Kreise aufzuweisen. In tabellarischer Form werden sowohl die jeweilige Anzahl der Pflegebedürftigen in 2011 und 2021 als auch die prozentualen Zuwächse ausgewiesen.

STADT- ODER LANDKREIS	PFLEGEBEDÜRFTIGE DEZ. 2011 INSGESAMT	PFLEGEBEDÜRFTIGE DEZ. 2021 INSGESAMT	% ENTWICKLUNG PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT 2021 ZU 2011
LK Neu-Ulm	3.239	7.149	120,7%
LK Günzburg	2.694	5.831	116,4%
SK Erlangen	2.023	4.327	113,9%
SK Fürth	2.545	5.408	112,5%
LK Erlangen-Höchstadt	2.546	5.402	112,2%
LK Fürth	2.719	5.760	111,8%
SK Kempten (Allgäu)	1.489	3.131	110,3%
LK Augsburg	5.422	11.195	106,5%
LK Schweinfurt	2.841	5.640	98,5%
LK Forchheim	2.756	5.466	98,3%

Tab. 5: Top Ten der Kreise mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit 2011 bis 2021

Bezogen auf die Leistungsarten dominieren in 2021 in allen Regierungsbezirken die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger.

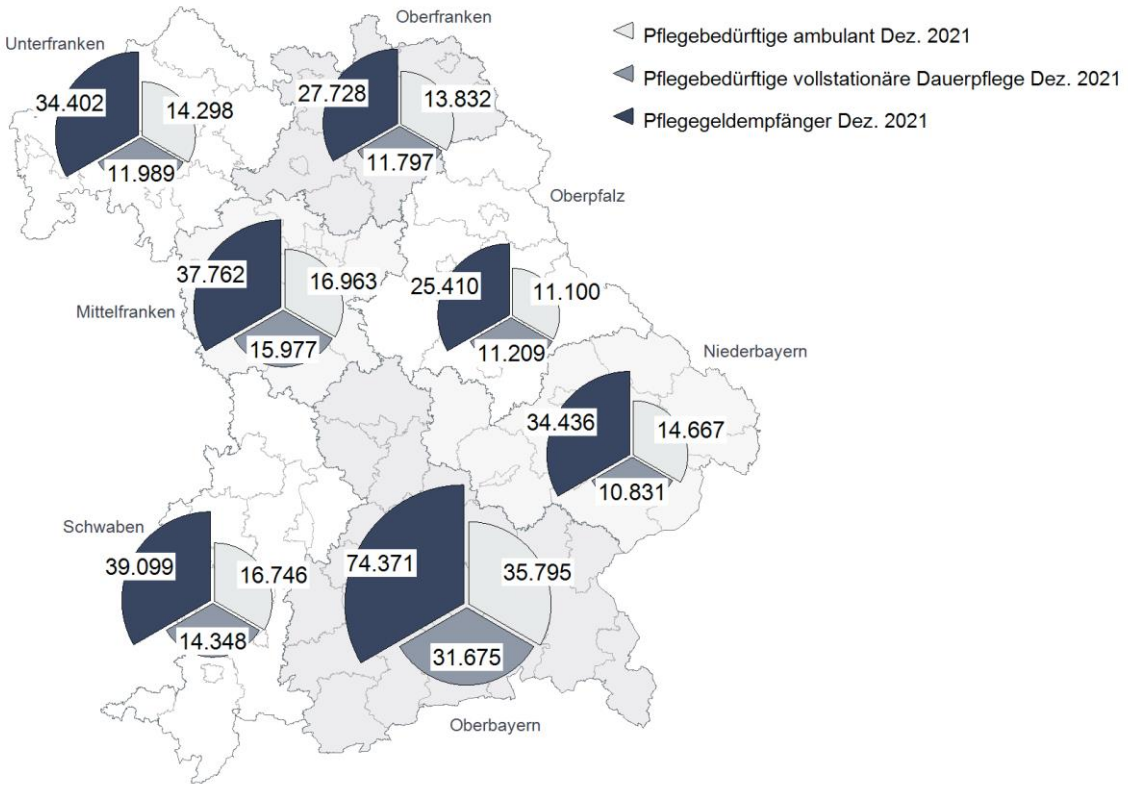


Abb. 13: Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach Art und Regierungsbezirken 2021

Bezogen auf die Anteile der jeweiligen Leistungsbezieherinnen und -bezieher[13] ergeben sich für Oberbayern 45,4 Prozent an Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger. In Niederbayern sind es mit 51 Prozent mehr als die Hälfte. In der Oberpfalz entspricht der Anteil 46,7 Prozent der Leistungsbezieherinnen und -bezieher und in Oberfranken sind es 45,4 Prozent. Für Unterfranken wird ein Anteil von 49,1 Prozent errechnet und in Mittelfranken sind es 46,8 Prozent. In Schwaben liegt der Anteil bei 48,5 Prozent.

Neben den Leistungsbezieherinnen und -beziehern der Leistungsarten ist ein weiterer Aspekt für die aktuelle Diskussion von Bedeutung: Die soziale Pflegeversicherung sichert das Pflegerisiko nicht vollumfänglich ab. Sind Personen nicht pflegeversichert, so kann bei einer Pflegebedürftigkeit und einer nicht vorhandenen eigenen Finanzierungsmöglichkeit ein Bedarf entstehen, der nicht durch die Pflegeversicherung gedeckt wird. Darüber hinaus können zusätzliche Bedarfe (zum Beispiel bei Schwerstpflegebedürftigkeit) bestehen, die prinzipiell durch zusätzliche Kosten und Eigenaufwendungen aufgebracht werden müssen. Kann dies nicht erbracht werden, beteiligen sich unter bestimmten Umständen die Sozialämter an den bestehenden Kosten.

Im Rahmen der steigenden Kosten für die vollstationäre Betreuung (Eigenanteile) und die zunehmende finanzielle Belastung, die Bewohnerinnen und Bewohner zu tragen haben, spielen

[13] Zu berücksichtigen ist, dass die Summen der Flügelsegmente nicht die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den Regierungsbezirken ergeben, da mit der Gruppe der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung eine Subgruppe der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen ausgewählt wurde.

daher auch die Entwicklungen der Übernahme der Kosten durch die Kommunen im Rahmen der Gewährung von „Hilfen zur Pflege“ durch den Sozialhilfeträger eine zentrale Rolle.

KENNUNG	ANZAHL PERSONEN MIT HILFEN ZUR PFLEGE 2011	ANZAHL PERSONEN MIT HILFEN ZUR PFLEGE 2017	ANZAHL PERSONEN MIT HILFEN ZUR PFLEGE 2019	ANZAHL PERSONEN MIT HILFEN ZUR PFLEGE 2021	VERÄNDERUNG 2011 BIS 2021 IN %
Oberbayern	13.576	13.021	12.436	12.795	-5,8%
Niederbayern	3.630	3.542	3.205	3.155	-13,1%
Oberpfalz	3.840	4.028	3.728	3.960	3,1%
Oberfranken	3.535	3.018	3.787	4.000	13,2%
Unterfranken	3.513	3.548	3.236	3.530	0,5%
Mittelfranken	5.924	5.609	5.487	5.205	-12,1%
Schwaben	5.093	4.812	4.634	4.870	-4,4%

Tab. 6: Entwicklung der Anzahl an Personen mit Hilfen zur Pflege

Die Tabelle macht deutlich, dass sich die Anzahl der leistungsberechtigten Personen unterschiedlich verändert. Liegen in Oberbayern, Niederbayern, Mittelfranken und Schwaben im 10-Jahresvergleich Reduzierungen der Anzahl der Leistungsberechtigten vor, so stiege die Anzahl in der Oberpfalz geringfügig und in Oberfranken sogar deutlich an. In der kurzfristigen Beobachtung zwischen 2017 und 2021 sticht vor allem die progressive Entwicklung in Oberfranken heraus, während in den übrigen Regierungsbezirken die Anzahl überwiegend rückläufig ist oder (wie in Schwaben und der Oberpfalz) tendenziell stabil bleibt.

Die aktuellen Entwicklungen der Preissteigerungen (bedingt durch Tariferhöhungen der Beschäftigten und Steigerungen bei Lebensmittelpreisen und Energie) werden jedoch in der Erfassung bis 2021 nicht eingepreist und erst in den kommenden Erfassungen deutlich werden. Ob diese zu substanziellen Änderungen führen und die Anzahl der Leistungsbezieherinnen deutlich anstiegt, bleibt daher abzuwarten und kann aktuell nicht valide eingeschätzt werden.

Prognostische Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Mit der Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer, Berichtszeitraum 2022-2070 – wurde im April 2023 durch das Statistische Bundesamt eine Fallzahlschätzung zur weiteren Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger auf Basis der Daten der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes vorgestellt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023a). Die zur Verfügung stehenden Prognosen reichen dabei bis zum Jahr 2070 und weisen somit einen langfristigen Betrachtungszeitraum auf, der von zahlreichen Bedingungen abhängig ist und somit auch hohe prognostische Unsicherheiten beinhaltet[14].

Insgesamt sind für die bundesweite Entwicklung neun unterschiedliche Varianten, bzw. Szenarien, berechnet worden. Hier wirken sowohl demografische Effekte als auch Wanderungsszenarien sowie Entwicklungen der Pflegequoten auf die Szenarien in unterschiedlicher

[14] Für die Pflegevorausberechnung für Deutschland wurden die Varianten mit moderater demografischer Entwicklung bei unterschiedlichen Wanderungsannahmen (Varianten 1 bis 5) sowie geringem und starkem Anstieg der Lebenserwartung (Varianten 8 und 9) verwendet und für die einzelnen Bundesländer die Variante mit moderater demografischer Entwicklung und Wanderung (Variante 2).

Graduierung ein. Für die länderbezogenen Fallschätzungen wurde die Variante „V2 - Status quo“ gewählt. Diese geht von einer moderaten demografischen Entwicklung und einer moderaten Wanderung aus. Darüber hinaus werden für die Kalkulation die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten aus dem Jahr 2021 zugrunde gelegt und bis 2070 fortgeschrieben.

Für Bayern wird dabei ein stetiger und bis 2055 dauernder Zuwachs an Pflegebedürftigkeit prognostiziert. Gegenüber dem Jahr 2021 wird bis 2055 insgesamt ein Zuwachs von fast 300.000 zusätzlichen Pflegebedürftigen erwartet, die sich als Steigerung in allen Versorgungsbereichen und Leistungsarten darstellt. Erst ab 2055 wird mit einer Konsolidierung der Anzahl gerechnet und es wird für den Zeitraum bis 2065 tendenziell eine Plateauphase auf der Basis der Daten von 2055 beschrieben, bevor in 2070 ein erneuter Anstieg prognostiziert wird.

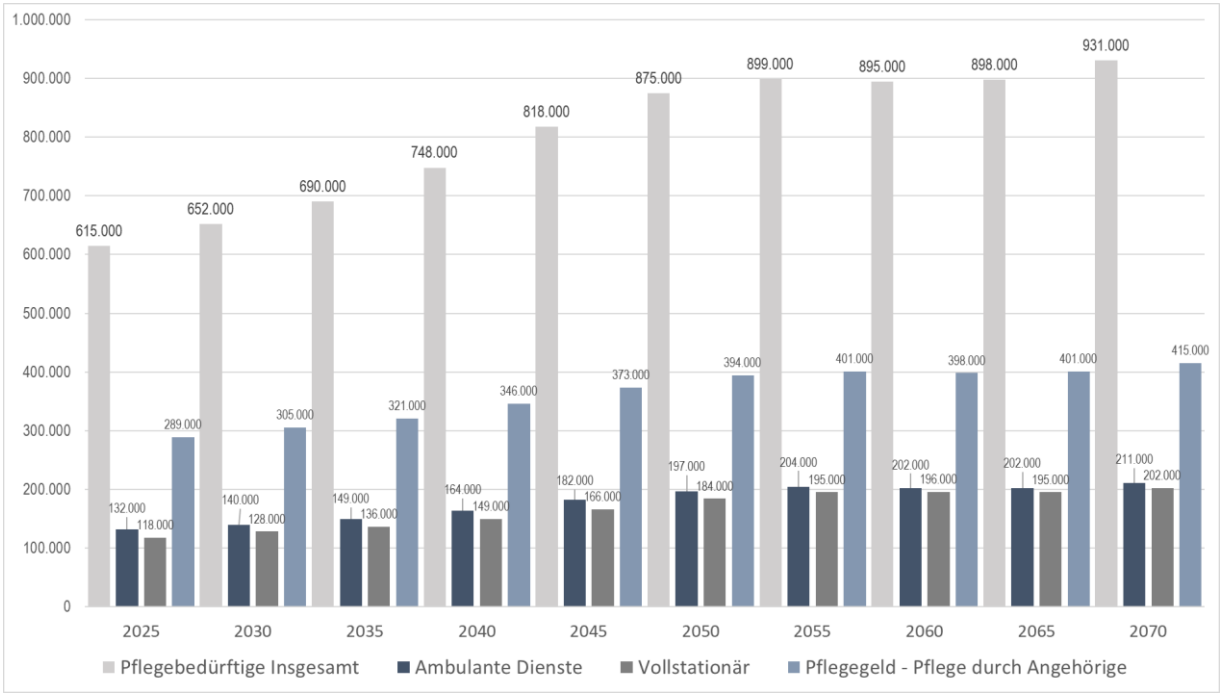


Abb. 14: Prognostik Entwicklung Pflegebedürftige 2025-2070 (Quelle: Destatis)

Das neu eingerichtete Portal (https://www.pflegebedarf2050.bayern.de/) visualisiert regionale Entwicklungen zur Pflegebedürftigkeit auf der Ebene des Bundeslands, der Regierungsbezirke sowie der Planungsregionen und der Landkreise und kreisfreien Städte.

Berichtet werden Daten auf Basis der Prognosen, die das IGES-Institut für Bayern in 2020 erstmals vorgenommen hat (Braeseke et al. 2020). Mit der angepassten und aktualisierten Berechnung der werden auch veränderte regionalisierte Daten zur Verfügung gestellt (Braeseke et al. 2021). Auf dem Portal werden in den Tabellenbereichen und Landkarten auch die Leistungsarten differenziert und erlauben eine Prognose bezogen auf Veränderungen in den Sektoren, so die Modellrechnungen bis 2050 eintreten. Berücksichtigt werden in den Tabellen im Gutachten

auch die Anzahl der notwendigen Platzangebote sowie die Auswirkungen auf Personalbedarfe in den Sektoren[15].

In der Gesamtheit wird für Bayern im Gutachten ein Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2050 auf rund 873.000 Personen prognostiziert. Damit weichen die Schätzungen nur geringfügig ab von den Daten der Schätzungen von Destatis (875.000). In der Binnendifferenzierung nach Leistungsarten hingegen ergeben sich Unterschiede. So werden summiert in der Berechnung vom IGES in 2030 mit 190.000 ambulant versorgten Personen gerechnet; in der Schätzung vom Bundesamt für Statistik sind es 197.000. Im Bereich der stationären Versorgung (Dauerpflege) werden bei der IGES-Prognose rund 176.000 Pflegebedürftige berechnet, bei der Pflegevorausberechnung des Bundes 184.000. Die Unterschiede liegen u.a. darin begründet, dass beim Gutachten vom IGES eine tiefere Gliederung einfließt und z.B. Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug stärker kalkuliert werden.

Die nachfolgende Grafik weist die vier größten Leistungsbereiche im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsentwicklung auf. Nicht berücksichtigt werden die zusätzlichen Pflegebedürftigen in der stationären Kurzzeitpflege, sowie der teilstationären Pflege, die numerisch deutlich geringer ausfallen und aus Gründen der Lesbarkeit der Grafik nicht aufgenommen werden.

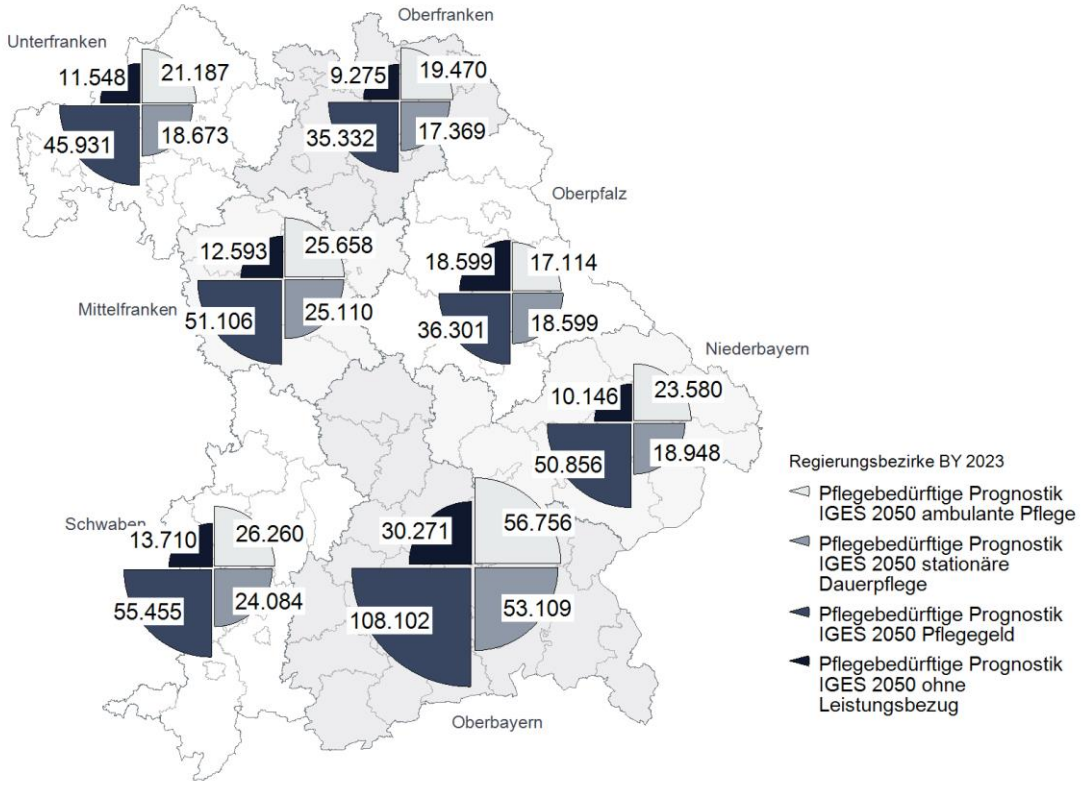


Abb. 15: Prognostik regionale Pflegebedürftigkeit nach Leistungsarten 2050 (Quelle: IGES)

[15] Im Methodenbericht zum Prognosemodell wird erörtert: Es (das Modell) basiert auf den nach Alter bzw. Altersgruppe, Geschlecht und Kreis stratifizierten Häufigkeiten von Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5 sowie Personen, die noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind) in Verbindung mit demografischen Angaben zu Bevölkerungsgröße und Bevölkerungsstruktur. Berücksichtigt werden in dem Modell die Daten bis zum Jahr 2019 (als Berechnungsgrundlage). Die Daten von 2021 sind abrufbar, liegen aber nicht den Berechnungen zugrunde.

Vor dem Hintergrund der hohen Unsicherheit, die mit langfristigen Prognosen verbunden sind, kann die aktuelle Berechnung nicht als eine gesicherte Einschätzung gelten; zugleich aber verdeutlicht sie auf Basis der aktuellen Entwicklungen, den pflegerischen Versorgungsbereich als einen langfristig gesellschaftlich relevanten Aufgabenbereich zu verstehen, der einer umfassende und konzeptionell durchdachten Bearbeitung bedarf.

Menschen mit Demenz

Eine Besonderheit in der Versorgung und Betreuung stellt auch die Anzahl der Menschen mit einer demenziellen Veränderung dar. Die Erkrankung ist nicht selten verbunden mit herausfordernden Verhaltensweisen (Halek und Reuther 2014) und mit intensiven Begleitungs- und Betreuungsprozessen, die auch für pflegende Angehörige eine hohe Belastung darstellen können (Grünzig et al. 2020).

Insbesondere Einrichtungen in der Tagespflege sind für Angehörige eine Möglichkeit, die Sorgearbeit zu teilen und Entlastungen für sich zu organisieren, so ein regional zugängliches Angebot besteht und Kapazitäten der Betreuung vorgehalten werden können. Die Erarbeitung sinnvoller und helfender Strukturen ist auch im Fokus der Politik (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Konkrete Kennzahlen zur Verteilung und zur Anzahl von Menschen, die eine demenzielle Erkrankung aufweisen, liegen nicht vor und sind angesichts des hohen diagnostischen Aufwands in der Identifizierung und differentialdiagnostischen Abklärung aktuell nicht zu erwarten. Ein Register liegt dabei ebenso wenig vor wie der Zugang zu Krankenkassendaten.

Das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) berechnete auf der Grundlage von Studien und Bevölkerungsdaten eine Fallzahlschätzung zur Prävalenz für das Jahr 2020 (Thyrian et al. 2020).

Diese Daten können als eine aktuelle und orientierende Einschätzung zur Bestimmung der Prävalenz für die Regierungsbezirke in Bayern genutzt werden und wurden für den vorliegenden Bericht berechnet.

Die Kennzahlen in den jeweiligen Regierungsbezirken verdeutlichen die Notwendigkeit, spezifische Versorgungsbereiche zu schaffen, demenzsensible Strukturen in allen Einrichtungen der Versorgung und Betreuung (einschließlich der Krankenhäuser) zu implementieren und insbesondere für pflegende Angehörige Zugänge der Beratung und der konkreten Unterstützung zu organisieren und weiter auszubauen.

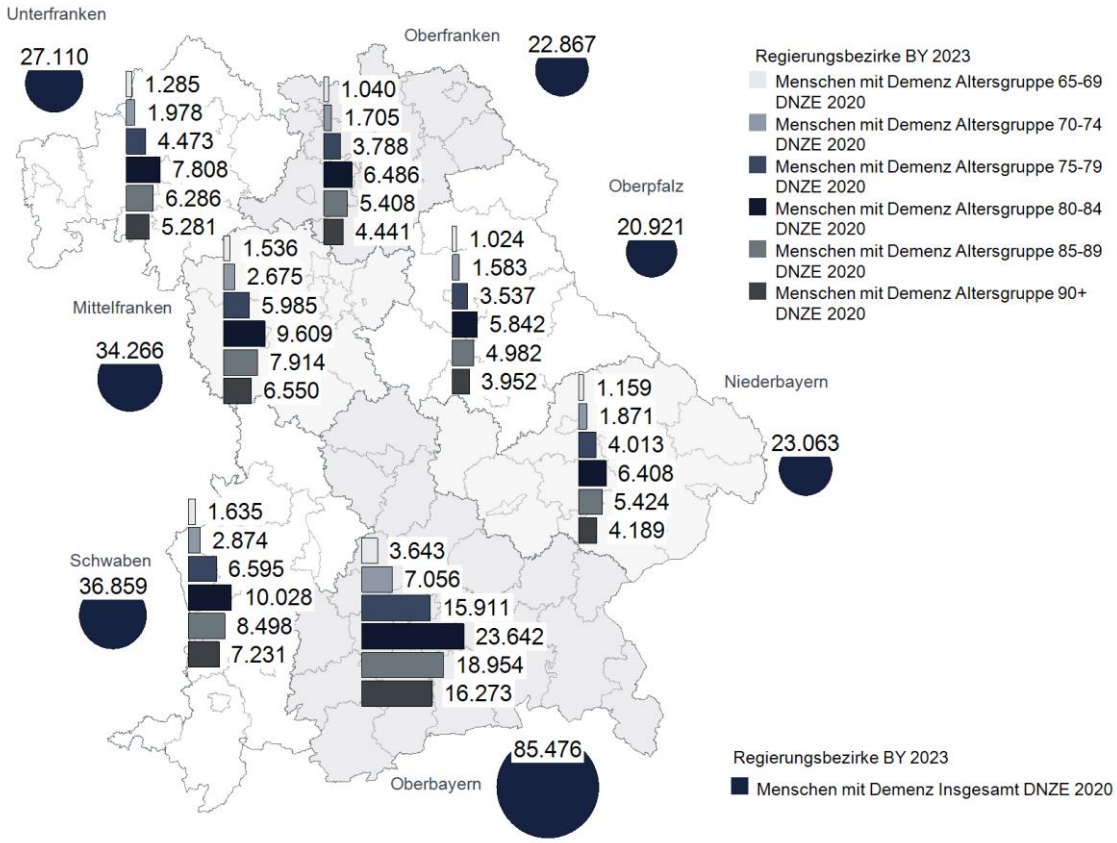


Abb. 16: Fallzahlschätzung Menschen mit Demenz in Bayern 2020

Da die Prävalenzschätzung eng verbunden ist mit der Entwicklung der Personen in höheren Altersgruppen, könnten ggf. auf Basis der aktualisierten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Szenarien zur Zunahme der Prävalenz für die kommenden Jahre berechnet werden, um auch hier eine Konkretisierung der Entwicklungen und Prognosen vornehmen zu können. Dies ist jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts und kann aber als Impuls zur Entwicklung verstanden werden.

EINRICHTUNGEN DER VERSORGUNG

Im nachfolgenden Kapitel sollen die bestehenden Versorgungskapazitäten und -angebote in Bayern betrachtet in der zeitlichen Entwicklung und der gegenwärtigen Ausprägung vorgestellt werden. Neben den Daten der Pflegestatistik (regionalisiert) wird dazu auch Datenbestand des AOK Pflegenavigators mit dem Stand März 2022 verwendet[16].

Betrachtet werden die unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen, die ein hohes Beschäftigungsvolumen für beruflich Pflegende aufweisen. Dies sind die ambulanten Dienste, die teil- und vollstationären Einrichtungen, Krankenhäuser sowie Rehabilitationskliniken. Analysiert werden die Flächenabdeckung sowie Kapazitätskennzahlen, so diese einbezogen und berechnet werden können. Die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen wird in einem gesonderten Kapitel beschrieben.

[16] Die Daten des Pflege-Navigators ermöglichen eine Kartierung der Einrichtungen. Bei den ambulanten Diensten können jedoch keine spezifischen Subgruppen identifiziert werden (z.B. Wohngruppen). Bei den stationären Einrichtungen handelt es sich um die Gesamtdarstellung der teil- sowie der vollstationären Pflegeeinrichtungen, sodass auch Tagespflegeeinrichtungen mit inkludiert sind.

Neben den genannten Betriebsstätten arbeiten Pflegekräfte auch in der Industrie, bei den Krankenkassen, beim Medizinischen Dienst, in ärztlichen Praxen und anderen Einrichtungen und Betriebsstätten. Kennzahlen zur Beschäftigung von Pflegenden liegen für diese Einrichtungen jedoch nicht vor, sodass in der Berichterstattung keine Analyse vorgenommen wird.

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste sind zentraler Akteur bei der Versorgung chronisch Kranker, Pflegebedürftiger sowie aus Krankenhäusern entlassener Patienten und Patientinnen mit nachversorgenden Bedarfen. Sie bilden als zentraler Sektor der Versorgung auch einen maßgeblichen Beschäftigungsraum für Pflegende.

In der Betrachtung des Zeitraums von zehn Jahren ist in den Regierungsbezirken ein deutlicher Zuwachs der ambulant betreuten Pflegebedürftigen zu beobachten. Die Zunahme ist auch zwischen dem Zeitraum vor der Corona-Pandemie und im Zeitraum der Corona-Pandemie zu beobachten. Hier fällt jedoch auf, dass die Steigerung deutlich geringer ausfällt als zwischen 2017 und 2019. Sehr deutliche relative Zunahmen sind insbesondere im Regierungsbezirk Oberfranken und in Schwaben zu beobachten.

KENNUNG	PFLEGEBEDÜRFTIGE AMBULANT DEZ. 2011	PFLEGEBEDÜRFTIGE AMBULANT DEZ. 2017	PFLEGEBEDÜRFTIGE AMBULANT DEZ. 2019	PFLEGEBEDÜRFTIGE AMBULANT DEZ. 2021	ZUNAHME 2011 BIS 2021 IN %
Oberbayern	22.418	28.300	33.576	35.795	59,7%
Niederbayern	9.187	11.823	14.352	14.667	59,6%
Oberpfalz	6.590	9.626	11.195	11.100	68,4%
Oberfranken	7.210	10.422	12.942	13.832	91,8%
Unterfranken	9.553	12.334	13.584	14.298	49,7%
Mittelfranken	9.472	12.239	16.110	16.963	79,1%
Schwaben	9.029	12.847	15.623	16.746	85,5%

Tab. 7: Entwicklung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen 2011 bis 2021

Die deutliche Zunahme in der Versorgung zeigt sich nicht flächendeckend in Bayern in Bezug auf eine parallel ansteigende Anzahl an Einrichtungen. Betrachtet man die Entwicklungen über den 10-Jahreszeitraum, so sind in allen Regierungsbezirken Neugründungen erfolgt und die Anzahl der Dienste ist gestiegen. In Unterfranken, in der Oberpfalz sowie in Oberfranken sind jedoch nur geringe Entwicklungen zu sehen. Auch in den anderen Regierungsbezirken erfolgte kein Zuwachs, der mit den hohen Prozentwerten der betreuten Pflegebedürftigen in Zusammenhang gebracht werden kann. Hier besteht demnach seit längerer Zeit die Tendenz, dass pro Pflegedienst mehr Pflegebedürftige versorgt werden und die bestehenden Einrichtungen die Kapazitäten erhöhen und größer werden.

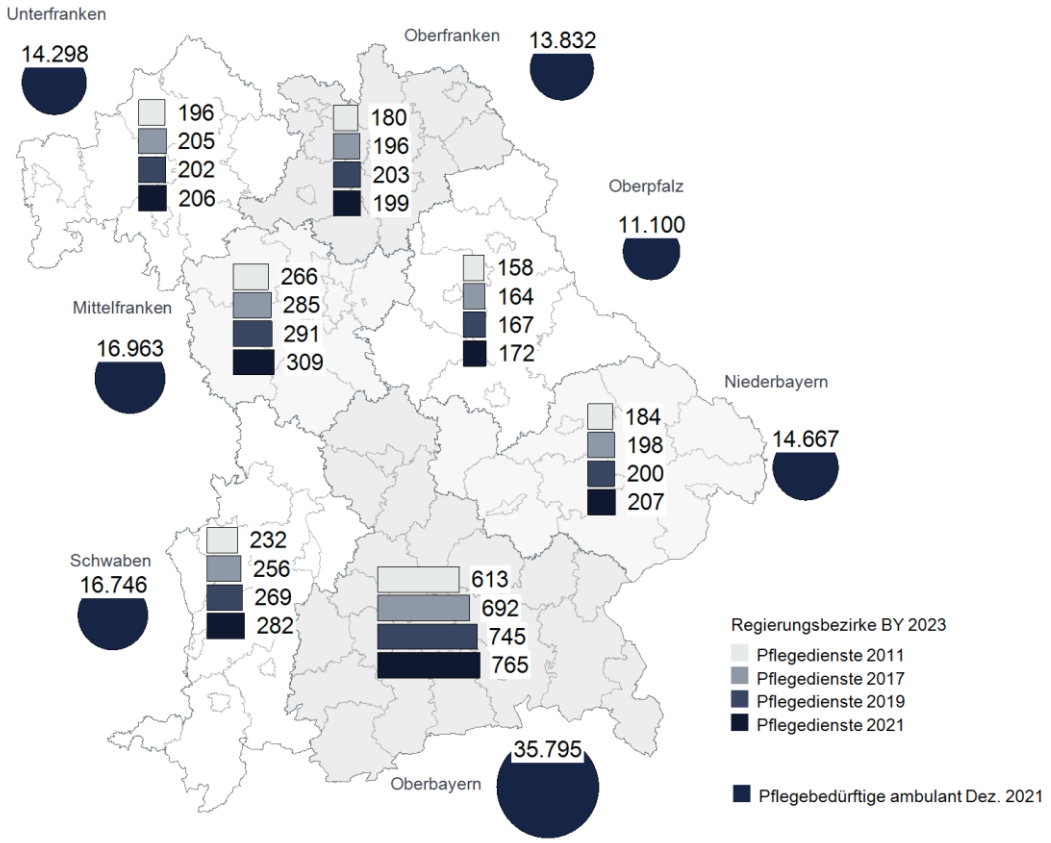


Abb. 17: Entwicklung Anzahl ambulanter Dienste 2011-2021

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Flächenverteilung der ambulanten Dienste in Bayern auf der Basis der Standortdaten des AOK Pflegenavigators mit Stand März 2023. In den Regierungsbezirken ist die Anzahl der in der Pflegestatistik 2021 geführten ambulanten Dienste für 2021 in blauen Kreisen ausgewiesen. Insgesamt werden im AOK-Pflegenavigator 2.192 identifizierbare Standorte der ambulanten Dienste (inkl. Wohngruppen) mit Verträgen geführt. Wie beschrieben, können hier auch Tagespflegeangebote (unter ambulanter Trägerschaft) und Angebote von Wohngruppen mit inkludiert sein. In der Pflegestatistik 2021 des Landes werden 2.140 ambulante Dienste geführt und damit ein leichter Anstieg gegenüber 2019 (2.077).

In der Gesamtschau zeigt die Landkarte eine breite Verteilung der ambulanten Pflegedienste in Bayern auf, was eine regionale Versorgung insgesamt ermöglicht. Dabei sind in den Ballungsräumen deutliche Kumulierungen zu erkennen.

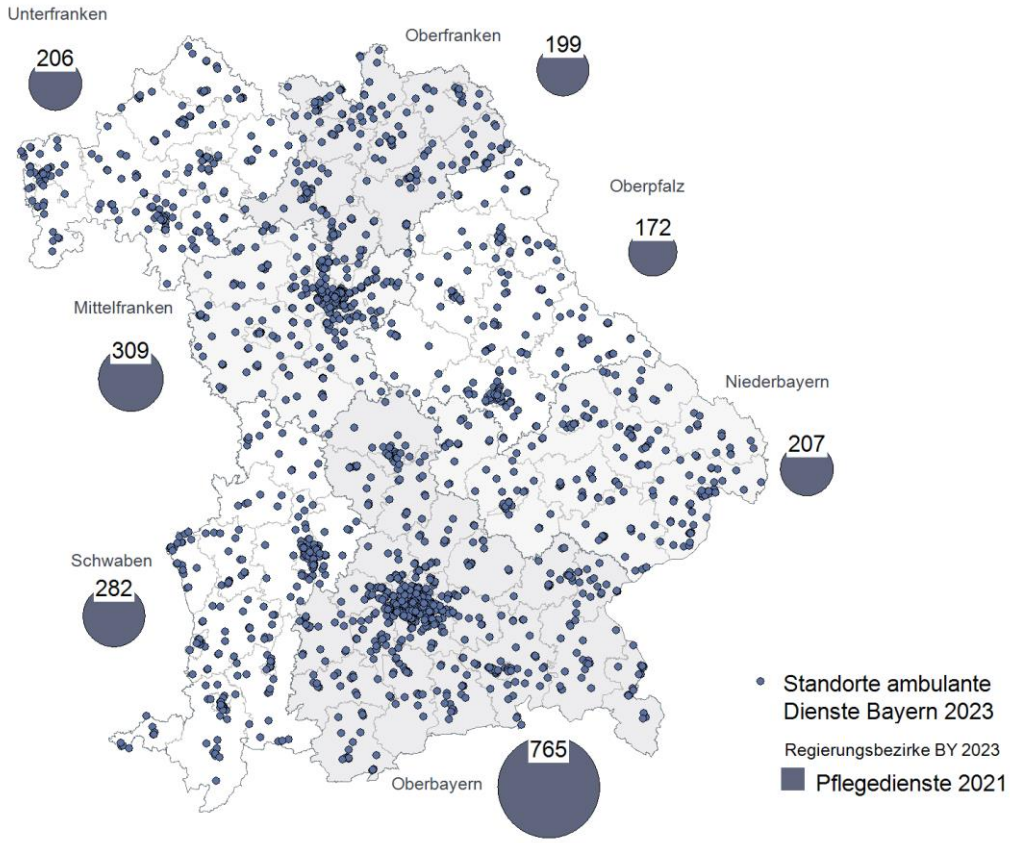


Abb. 18: Standorte ambulante Dienste 2023

Neu aufgenommen wird in diesem Monitoring für das Jahr 2023 eine Distanzanalyse zwischen den Standorten. Berechnet wurden dazu die Entfernungen von einem Standort eines ambulanten Pflegedienstes zum nächstgelegenen Standort auf dem Straßennetz in Kilometerangaben. Damit soll eine Einschätzung zur Flächenversorgung ermöglicht werden. Diese entspricht jedoch nicht einer Kapazitätsmessung im Sinne einer Bewertung der Angemessenheit der Versorgungsmöglichkeit.

Insgesamt sind für die große Breite der ambulanten Pflegedienste ein vergleichbarer Anbieter in der engeren Umgebung zu finden. Nur für 56 ambulante Pflegedienste besteht im Umkreis von 10 Kilometern kein korrespondierendes Angebot. Dies entspricht einem Anteil von 2,6 Prozent der ambulanten Pflegedienste, die im genannten Radius von 10 Kilometern ein Alleinstellungsmerkmal in der Versorgung aufweisen.

Verringert man den Radius auf fünf Kilometer, so erhöht sich die Anzahl der ambulanten Dienste auf 306 Einrichtungen, die keinen direkten weiteren Akteur in der direkten Nachbarschaft aufweisen. Das entspricht einem Anteil von 14 Prozent der Einrichtungen. Im Umkehrschluss liegen 86 Prozent der ambulanten Dienste so, dass ein oder mehrere korrespondierende Angebote in der Umgebung von fünf Kilometern bestehen.

Die nachfolgende Grafik als „Heatmap“ verdeutlicht die dichte bestehende Flächenabdeckung der ambulanten Versorgung in Bayern auf Basis der Analyse der Erreichbarkeit[17]. Aufgenommen wurden zur Visualisierung fünf unterschiedliche Entfernungsklassen der Verteilung.

Zur regionalen Orientierung wurden dabei Städte mit einer Einwohnerinnen- und Einwohnerzahl ab 100.000 mit in die Grafik aufgenommen. Lediglich in Teilgebieten in den Landkreisen Würzburg, Main-Spessart, Coburg, Neumarkt in der Oberpfalz, Eichstätt und Augsburg sind geringe Dichten zu erkennen.

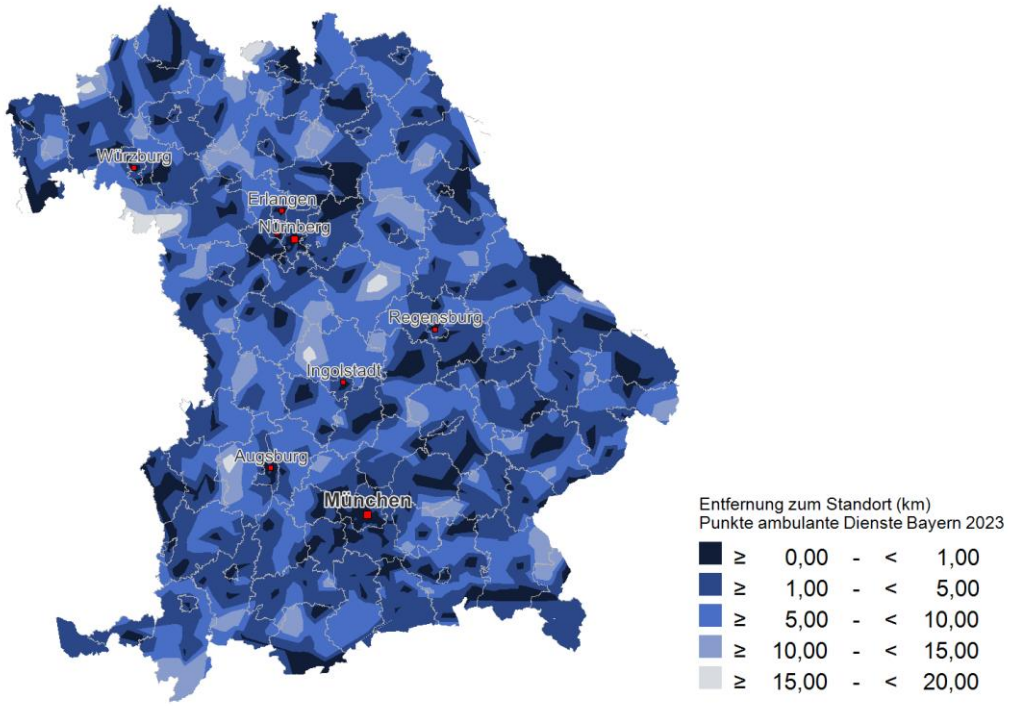


Abb. 19: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit ambulanter Pflegedienste in Bayern

Die Ergebnisse verdeutlichen die hohe Flächenabdeckung des bestehenden Angebotes, sodass davon ausgegangen werden kann, dass eine wohnortnahe Betreuung potenziell möglich erscheint, so die ambulanten Dienste über hinreichend Personal verfügen, um die Betreuungsanfragen vollumfänglich realisieren zu können. Eine prinzipielle Unterversorgung im ländlichen Raum kann allein aus der Lage und regionalen Verteilung der Pflegedienste nicht abgeleitet werden. Diese ist, so sie besteht, nicht auf ein fehlendes Angebot zurückzuführen, sondern überwiegend durch einen Fachkraftmangel begründet.

Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen in Bayern lässt sich, analog zur Entwicklung der ambulanten Dienste, insgesamt ein Wachstum beobachten, wobei eine Differenzierung zwischen der vollstationären Dauerpflege sowie der Tagespflege und Kurzzeitpflege vorzunehmen ist.

[17] Für die Heatmap wurden fünf Klassen der Erreichbarkeit definiert. Die Erreichbarkeitsgrenze wurde dabei auf eine maximale Datenreichweite von 20 Kilometer gesetzt.

In der Betrachtung des Zeitraums von zehn Jahren ist in den Regierungsbezirken ein moderater Zuwachs der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen insgesamt zu beobachten. Die Entwicklung ist jedoch, anders als im ambulanten Bereich, zwischen dem Zeitraum vor der Corona-Pandemie und im Zeitraum der Corona-Pandemie eine gegenläufige. Hier sind insgesamt sinkende Kennzahlen zu beobachten. In allen Regierungsbezirken nimmt die Anzahl der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen zwischen 2019 (vor der Pandemie) und 2021 (im Zeitraum der Pandemie) ab.

KENNUNG	PFLEGEBEDÜRFTIGE VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE DEZ. 2011	PFLEGEBEDÜRFTIGE VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE DEZ. 2017	PFLEGEBEDÜRFTIGE VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE DEZ. 2019	PFLEGEBEDÜRFTIGE VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE DEZ. 2021	ZUNAHME 2011 BIS 2021 IN %
Oberbayern	29.309	33.007	32.981	31.675	8,1%
Niederbayern	10.470	11.544	11.483	10.831	3,4%
Oberpfalz	10.207	11.810	11.775	11.209	9,8%
Oberfranken	11.688	12.283	12.331	11.797	0,9%
Unterfranken	11.159	12.099	12.157	11.989	7,4%
Mittelfranken	15.312	16.682	16.751	15.977	4,3%
Schwaben	13.646	15.016	15.085	14.348	5,1%

Tab. 8: Entwicklung der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen in Dauerpflege 2011 bis 2021

Im Kontrast zur ambulanten Pflege ist auch in der längerfristigen Betrachtung nur eine geringe Zunahme der vollstationär in Dauerpflege betreuten Pflegebedürftigen zu erkennen. Hier werden auch regionale Unterschiede deutlich: so bleibt die Anzahl in Oberfranken nahezu stabil, in der Oberpfalz werden mit einer Zunahme von 9,8 Prozent die größten Entwicklungen sichtbar.

Zu betrachten sind im Kontext der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen dabei weitere Kennzahlen. Einerseits muss die Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen selbst beleuchtet werden. Andererseits muss die Veränderung der Einrichtungen und der Angebote in den Einrichtungen in den Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung gestellt werden, damit eingeschätzt werden kann, wie sich Änderungen des Platzangebotes in der Relation zur Bevölkerungsentwicklung darstellen.

Zunächst wird die Entwicklung der stationären Einrichtungen insgesamt betrachtet. Die Gesamtzahl der stationären Pflegeeinrichtungen (nach Pflegestatistik) zeigt dabei in der langfristigen Zeitreihenbetrachtung von zehn Jahren in allen Regierungsbezirken einen deutlichen Zuwachs.

Dieser ist auch zwischen 2019 und 2021 zu verzeichnen, auch wenn sich hier nur sehr moderate Entwicklungen zeigen, die eher auf eine Konsolidierung als auch einen weiteren Ausbau hindeuten. In Oberfranken, der Oberpfalz, Mittelfranken sowie in Niederbayern sind innerhalb von zwei Jahren nur geringfügige Änderungen sichtbar. Hier sind jeweils unter zehn neue Einrichtungen innerhalb von zwei Jahren zu verzeichnen. In Schwaben werden 21 zusätzliche stationäre Pflegeeinrichtungen verzeichnet, in Unterfranken 15 und in Oberbayern zehn.

In der Grafik werden die stationären Einrichtungen insgesamt in der Entwicklung zwischen 2011 und 2021 aufgenommen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Regierungsbezirken (in den Kreisen) inkludiert dabei für das Jahr 2021 auch die Personen, die stationär insgesamt betreut werden. Sie übersteigt daher die Anzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege.

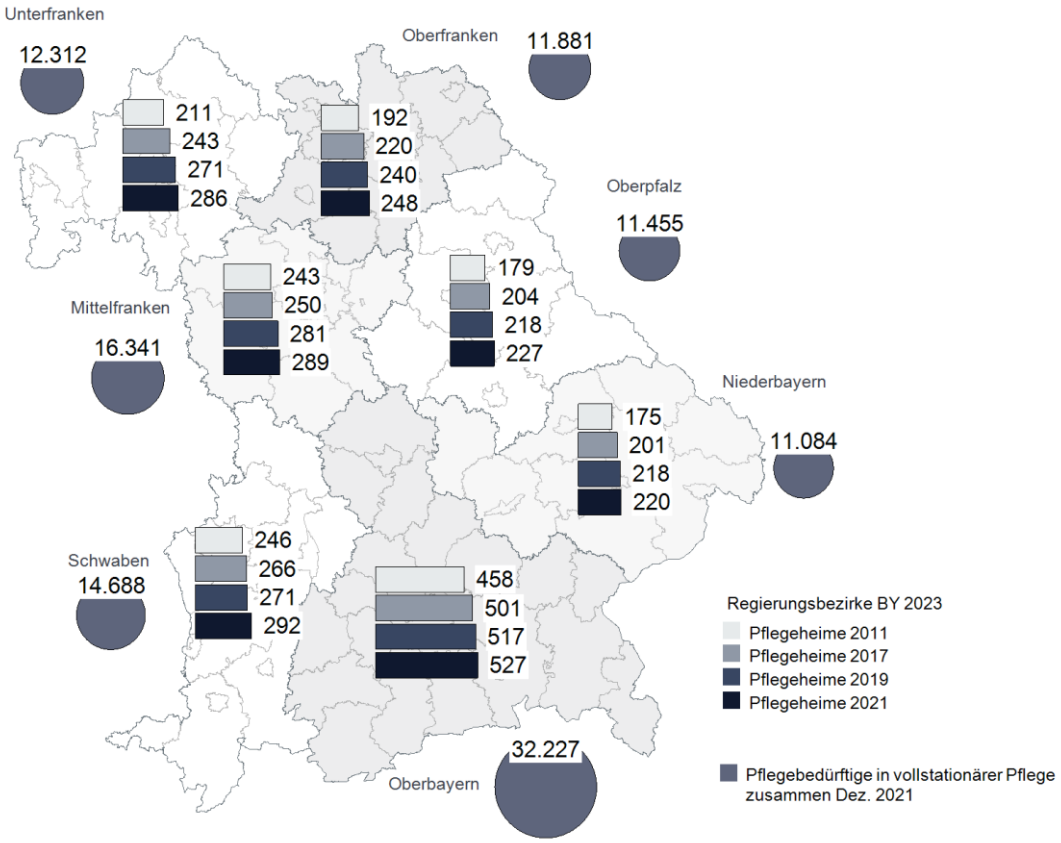


Abb. 20: Entwicklung Anzahl stationärer Einrichtungen 2011-2021

Für Bayern insgesamt weist die Pflegestatistik für das Jahr 2021 insgesamt 1.504 vollstationäre Einrichtungen für eine Dauerpflege aus. Dabei wird in der Pflegestatistik 2021 eine Auslastung der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege von 84,6 Prozent angegeben. Einrichtungen, in denen ausschließlich eine vollstationäre Dauerpflege angeboten wird, verfügen durchschnittlich über 83,6 Plätze. Bei Einrichtungen, in denen neben der vollstationären Dauerpflege auch Kurzzeitpflege mit angeboten wird, liegt die durchschnittliche Größe bei 101,1 Plätzen (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022b).

Betrachtet man die Entwicklung der verfügbaren Plätze in Pflegeheimen für die vollstationäre Dauerpflege in Bayern, so zeigen sich die nachfolgenden Entwicklungen:

KENNUNG	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGEHEIMEN FÜR VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE 2011	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGEHEIMEN FÜR VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE 2017	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGEHEIMEN FÜR VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE 2019	VERFÜGBARE PLÄTZE IN PFLEGEHEIMEN FÜR VOLLSTATIONÄRE DAUERPFLEGE 2021	VERÄNDERUNG 2011 BIS 2021 IN %
Oberbayern	36.096	37.698	37.548	37.264	3,2%

Niederbayern	13.197	13.727	13.550	12.607	-4,5%
Oberpfalz	12.514	13.558	13.542	13.242	5,8%
Oberfranken	13.627	13.653	13.493	13.468	-1,2%
Unterfranken	13.433	13.745	14.079	14.110	5,0%
Mittelfranken	18.658	18.543	18.746	18.752	0,5%
Schwaben	16.926	17.209	17.169	16.953	0,2%

Tab. 9: Entwicklung der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege 2011 bis 2021

Gegenüber dem Ausgangsjahr 2011 sind die verfügbaren Plätze der vollstationären Dauerpflege überwiegend nur geringfügig gestiegen. In Niederbayern sowie in Oberfranken sind diese im Vergleich von vor zehn Jahren sogar gesunken.

Für die Analyse wurden die Daten der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege in Relation zur Entwicklung der Anzahl der Personen in der Altersgruppe 75+ gestellt. Damit wird deutlich, wie sich die Platzangebote (berechnet auf 1.000 Personen in der Altersgruppe) für die Hauptnutzergruppen regional entwickeln. Die Grafik nimmt dabei die Entwicklung von 2011 bis 2021 in den Blickpunkt. In den Kreisen ist die jeweilige Gesamtzahl der verfügbaren Plätze in für die vollstationäre Dauerpflege in stationären Einrichtungen in 2021 aufgenommen, wie sie in der Tabelle verdeutlicht wurde.

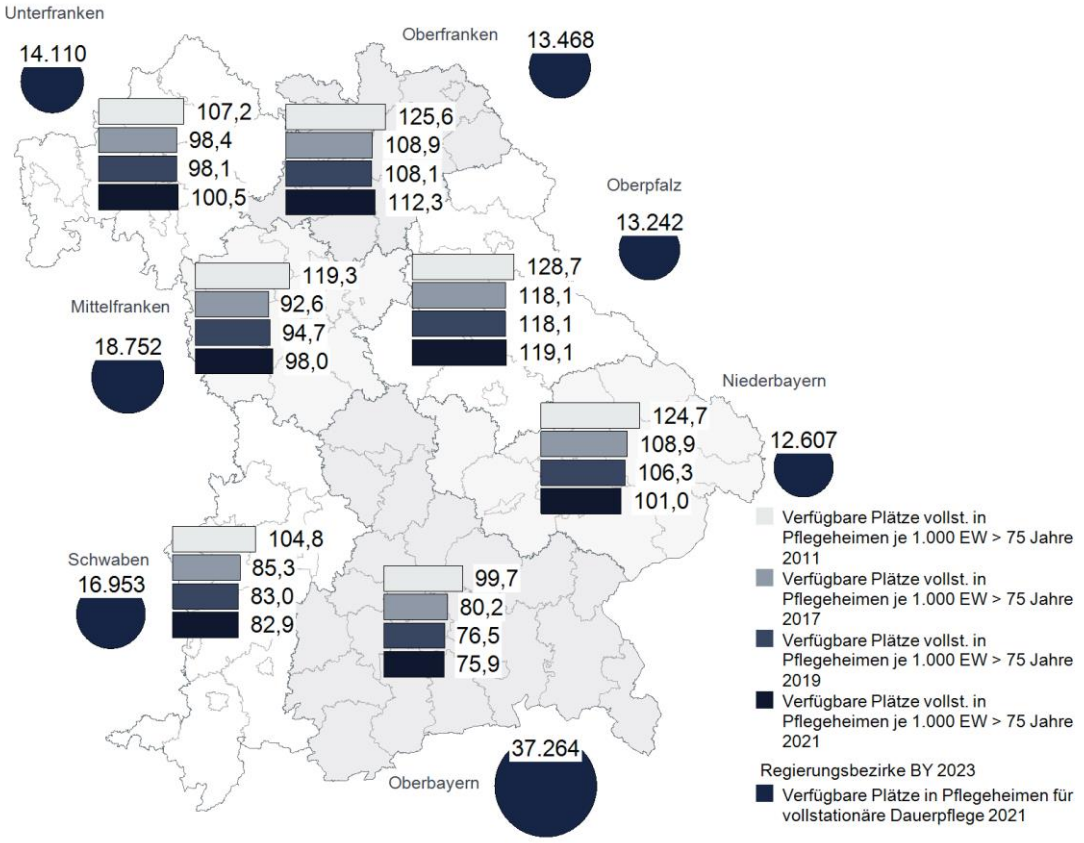


Abb. 21: Entwicklung der verfügbaren Plätze der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen 75+

In Relation zur demografischen Entwicklung der letzten zehn Jahre sieht man in allen Regierungsbezirken eine Verringerung der Angebotsstruktur. Zwischen 2017 und 2021 finden hier überwiegend keine substanziellen Änderungen statt. Insbesondere in Oberbayern werden dabei konstant geringere Werte zwischen den Jahren ausgewiesen als in den anderen Regierungsbezirken. Die Analyse kann ggf. regional ein Erklärungsansatz sein, wenn ein zunehmender Aufwand von Angehörigen bei der Suche nach einem Heimplatz für die vollstationäre Pflege Dauerpflege beobachtet wird.

Deutlich wird damit in diesem Teil der Analyse, dass trotz einer durchweg beobachteten Zunahme der stationären Einrichtungen in den vergangenen zehn Jahren die Kapazitäten der vollstationären Dauerpflege überwiegend nur geringfügig gestiegen sind.

In Teilen sind sie sogar gesunken, wie verdeutlicht wurde. In Relation zur Hauptnutzergruppe der 75+-Jährigen zeigen sich insgesamt sinkende Versorgungspotenziale. Strukturell relevante Zuwächse können hier weder kurzfristig (zwischen 2017 und 2021) noch langfristig (im Zeitraum von zehn Jahren) beschrieben werden. Angesichts der weiter oben beschriebenen Prognostik der Personen in der Altersgruppe 75+ ist mit einer weiteren Verringerung der relativen Kapazität zu rechnen. Somit wird für pflegende Angehörige der Aufwand größer werden bzw. werden sich Wartezeiten verlängern, wenn regional ein Heimplatz benötigt wird.

In der nachfolgenden Grafik sind die regionalen Abdeckungen der stationären Einrichtungen in Bayern aufgenommen. Grundlage sind dabei die Daten des AOK-Pflegenavigators mit Stand März 2023. Inkludiert sind hier auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege sowie Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Tagespflege. Alles in allem werden 2.143 Einrichtungen geführt. Für die Übersicht wurden alle Einrichtungen exkludiert, die den Zusatz „Tagespflege“ (auch Tagestreff, Tagesstrukturierung etc.) enthielten. Aufgenommen werden konnten so 1.572 Einrichtungen, von denen ausgegangen werden kann, dass es sich um Altenpflegeeinrichtungen mit stationärem Charakter handelt. Die Pflegestatistik 2021 weist mit 1.504 vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege einen etwas geringeren Wert aus, sodass auch für den Zeitraum bis 2023 mit einem leichten Zuwachs gerechnet werden kann, der jedoch keine substanzielle Entwicklung darstellt. In den blauen Kreisen ist die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen, den Angaben der Pflegestatistik 2021 insgesamt folgend, abgebildet.

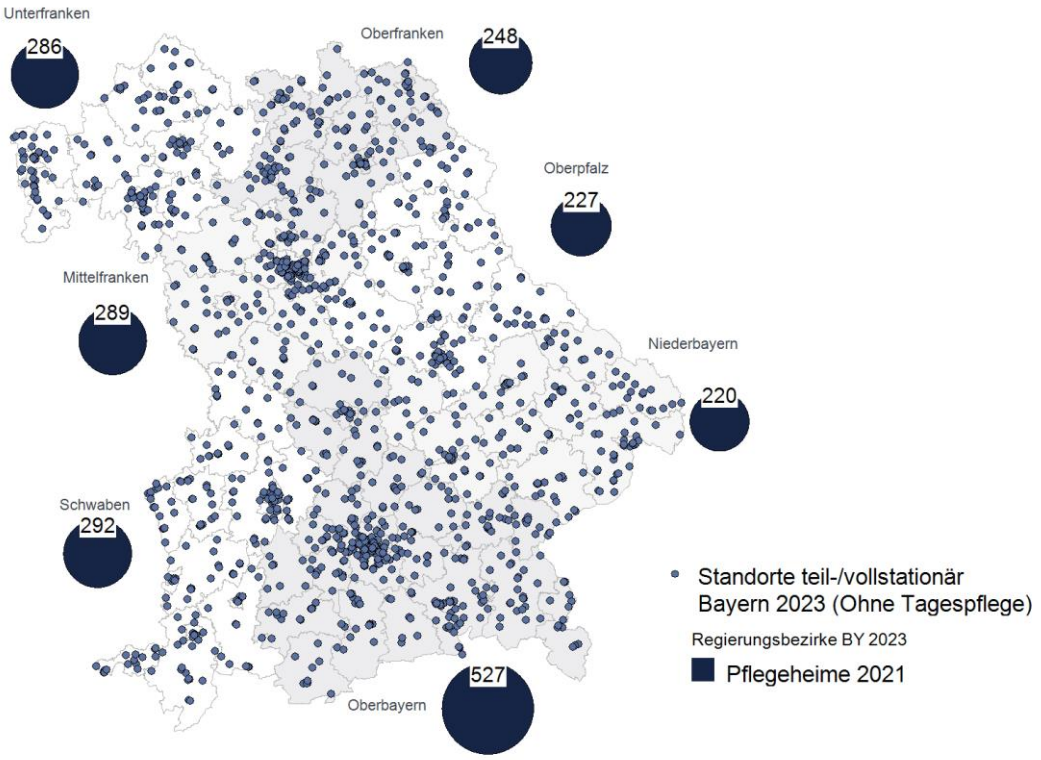


Abb. 22: Standorte stationäre Einrichtungen 2023

Generell lässt sich in Bayern weiterhin eine hohe flächenbezogene Dichte an Einrichtungen der stationären Versorgung beobachten. Damit steht potenziell eine wohnortnahe Erreichbarkeit zur Verfügung. Hohe Kumulierungen lassen sich, wie bei den ambulanten Diensten, in den dicht bevölkerten Ballungszentren beobachten.

In der in dieser Form erstmalig durchgeführten Erreichbarkeitsanalyse ergeben sich die folgenden Befunde:

Für stationären Einrichtungen sind in fast allen Regionen vergleichbare Angebote in der engeren Umgebung zu finden. Nur für 56 stationäre Einrichtungen besteht im Umkreis von 10 Kilometern kein korrespondierendes Angebot. Damit wird eine identische Anzahl an Einrichtungen errechnet wie bei den ambulanten Pflegediensten. Dies entspricht einem Anteil von 3,6 Prozent der Einrichtungen, die im genannten Radius von 10 Kilometern ein Alleinstellungsmerkmal in der Versorgung aufweisen.

Verringert man den Radius auf fünf Kilometer, so erhöht sich die Anzahl der stationären Einrichtungen auf 404 Einrichtungen, die keinen direkten weiteren Akteur in der direkten Nachbarschaft aufweisen. Das entspricht einem Anteil von 31,8 Prozent der Einrichtungen. Im Umkehrschluss liegen 68,2 Prozent der stationären Einrichtungen so, dass ein oder mehrere korrespondierende Angebote in der Umgebung von fünf Kilometern aufzufinden sind. Dies verdeutlich die hohe Flächenabdeckung, die jedoch keine Aussage bezüglich der quantitativen Angemessenheit der Versorgung ermöglicht.

Auch für die stationäre Versorgung wurde eine Heatmap der Verteilung und Erreichbarkeit in Kilometern erstellt[18].

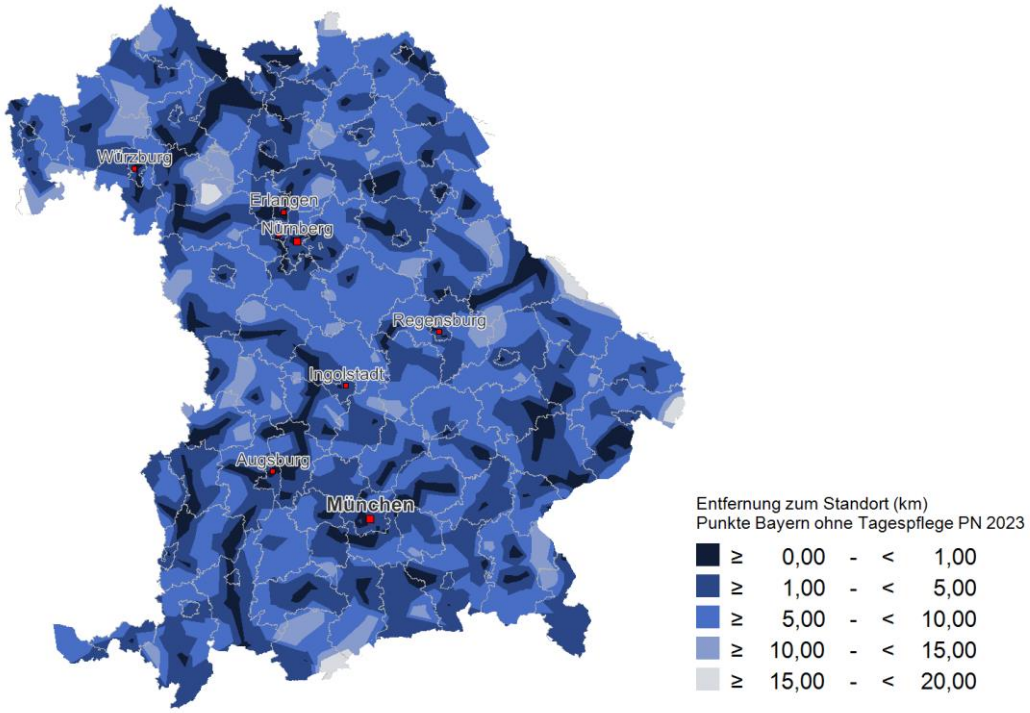


Abb. 23: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit stationärer Einrichtungen in Bayern

Eine fast vollständige Abdeckung ist bei der Grenze zu 15 Kilometern erreicht. Nur vereinzelt (und in Randgebieten) einzelner Landkreise ergeben sich hier größere Distanzen, so z.B. in den Landkreisen Kronach, Neustadt an der Aisch, im Landkreis Passau und in Garmisch-Partenkirchen. Hierbei handelt es sich jedoch überwiegend um gering besiedelte Gebiete.

Angesichts des zunehmenden Personalmangels in der stationären Pflege schöpfen zahlreiche Träger von vollstationären Einrichtungen die genehmigte Platzzahl nicht aus und kommt es zu Leerständen. Die im Wesentlichen aktuellen – und bundesweit zu beobachtenden –Entwicklungen können an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden.

Tagespflegeeinrichtungen

Die Pflegestatistik des Landes erfasst in 2021 insgesamt 803 Einrichtungen der Tagespflege. Damit steht, den Angaben zufolge, ein Angebot von 11.452 Tagespflegeplätzen zur Verfügung. In 2019 lag die Anzahl der Tagespflegeplätze bei 9.209, sodass für diesen Sektor eine substanzielle Anpassung und Verbesserung der Angebotsstruktur berichtet wird.

Tagespflegeeinrichtungen hatten insbesondere im Rahmen der Lockdowns zur Reduzierung der Inzidenzen der SARS-CoV-2-Infektionen mit strukturellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Eine

[18] Für die Heatmap wurden fünf Klassen der Erreichbarkeit definiert. Die Erreichbarkeitsgrenze wurde dabei auf eine maximale Datenreichweite von 20 Kilometer gesetzt.

konkrete Kennzahl über die Anzahl an Tagespflegeeinrichtungen, die durch die Pandemie wirtschaftlich in der Existenz bedroht waren oder die Arbeit eingestellt und nach den Beschränkungen nicht wieder aufgenommen haben, liegt nicht vor, sodass die konkreten Auswirkungen auf diesen Sektor der Versorgung nicht eingeschätzt werden können.

Aus der Gruppe der stationären Einrichtungen bei der Liste des Pflege-Navigators der AOK mit Stand März 2023 konnten insgesamt 589 Einrichtungen ermittelt werden, die explizit den Zusatz „Tagespflege“, „Begegnungstreff“, „Tagesbetreuung“ und wortverwandte Inhalte enthielten, die auf eine Einrichtung der Tagespflege hindeuten. In den Regionaltabellen der Pflegestatistik werden die Anzahl der Einrichtungen der Tagespflege, bezogen auf die Landkreise und kreisfreien Städte, sowie die regional zur Verfügung stehende Platzzahl nicht dargestellt, sodass an dieser Stelle die Daten des AOK Pflegenavigators als Grundlage der Analyse der regionalen Verteilung verwendet werden. Die summierten Werte der Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen in der Grafik werden für die Regierungsbezirke in blauen Kreisen dargestellt.

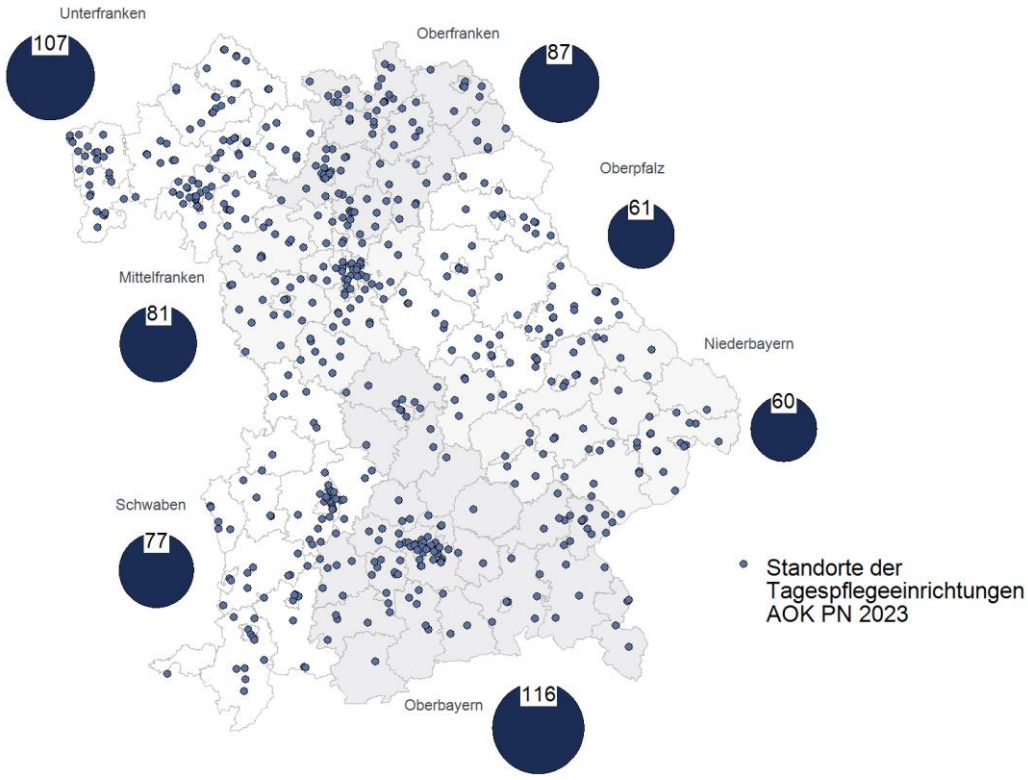


Abb. 24: Standorte Tagespflegeeinrichtungen AOK Pflege-Navigator 2023

Im Gegensatz zur Verteilung der ambulanten Pflege sowie der stationären Einrichtungen liegen bei den Tagespflegeeinrichtungen keine flächendeckenden Angebotsstrukturen vor. So kann angenommen werden, dass nicht für alle Menschen, für die eine Tagespflege relevant erscheint, ein Zugang in der Umgebung zu einem Angebot besteht und dieses zu realisieren ist.

Bei der Analyse der Angebotsstruktur auf Basis der Verteilungsdaten aus dem Pflege-Navigator 2023 liegen 116 Einrichtungen im Umkreis von 10 Kilometern oder weiter entfernt. Das entspricht einem Anteil von 19,7 Prozent der Einrichtungen, die im Umfeld dieses Einzugsgebietes kein weiteres korrespondierendes Angebot aufweisen.

Die nachfolgende „Heatmap“ der Erreichbarkeit zeigt die im Unterschied zur ambulanten und stationären entsprechend höheren Mobilitätsgebiete auf[19].

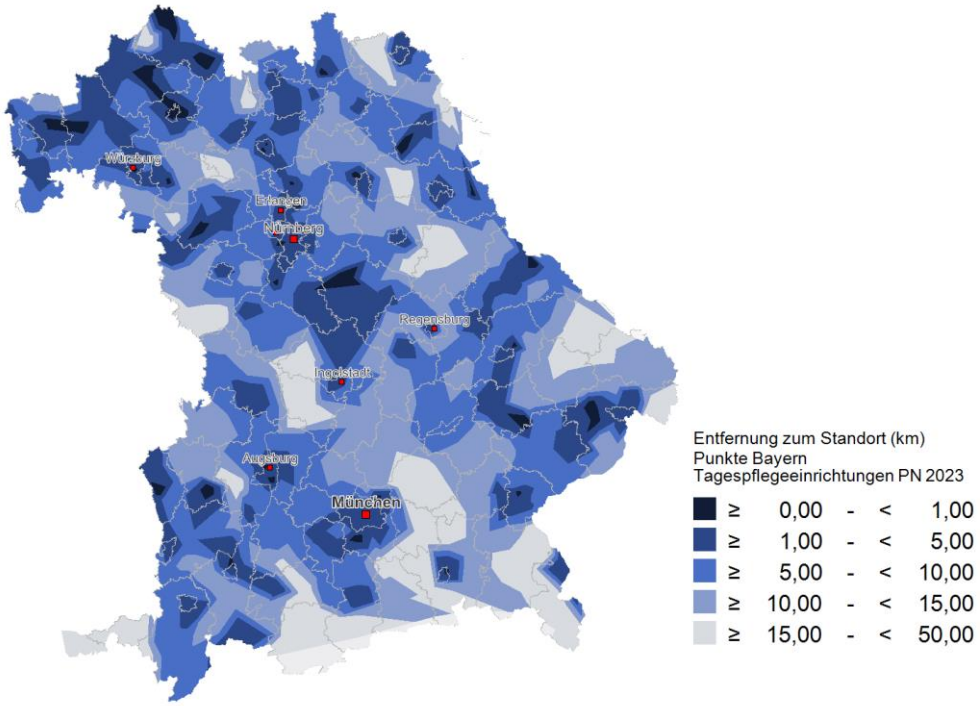


Abb. 25: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit von Tagespflegeeinrichtungen in Bayern

Krankenhäuser

Die Krankenhauslandschaft in Bayern stellt sich als sehr differenziert dar. Es liegen unterschiedliche Kennzahlen und Adresslisten vor. Das Deutsche Krankenhausverzeichnis mit dem Stand 31.12.2021 weist für das Bundesland Bayern insgesamt 450 Adressen aus. Dabei handelt es sich jedoch in Teilen um unterschiedliche eigenständige Abteilungen oder Kliniken am gleichen Klinikstandort. Darüber hinaus werden auch Privatkliniken sowie Kliniken ohne bettenführende Abteilung (Tageskliniken) mit inkludiert. Die Krankenhausstatistik des Landes weist für Bayern insgesamt 351 Krankenhäuser aus, darunter 60 sonstige Krankenhäuser mit psychiatrischer oder neurologischer Fachrichtung sowie 10 sonstige Krankenhäuser – d.h. reine Tageskliniken/ Nachtkliniken (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022a).

In der Betrachtung der Zeitreihe lassen sich unterschiedliche Entwicklungen aufzeigen. Während die Anzahl der Krankenhäuser in Oberfranken sowie in der Oberpfalz eher konstant blieb,

[19] Für die Heatmap wurden fünf Klassen der Erreichbarkeit definiert. Die Erreichbarkeitsgrenze wurde dabei (abweichend von den Heatmaps der ambulanten sowie der stationären Einrichtungen) auf eine maximale Datenreichweite von 25 Kilometer gesetzt.

sank sie in den anderen Regierungsbezirken geringfügig ab. Eine Ausnahme bildet hier Oberbayern. Als einziger Regierungsbezirk ist in dem analysierten Zeitraum eine leichte Zunahme an Krankenhäusern zu verzeichnen.

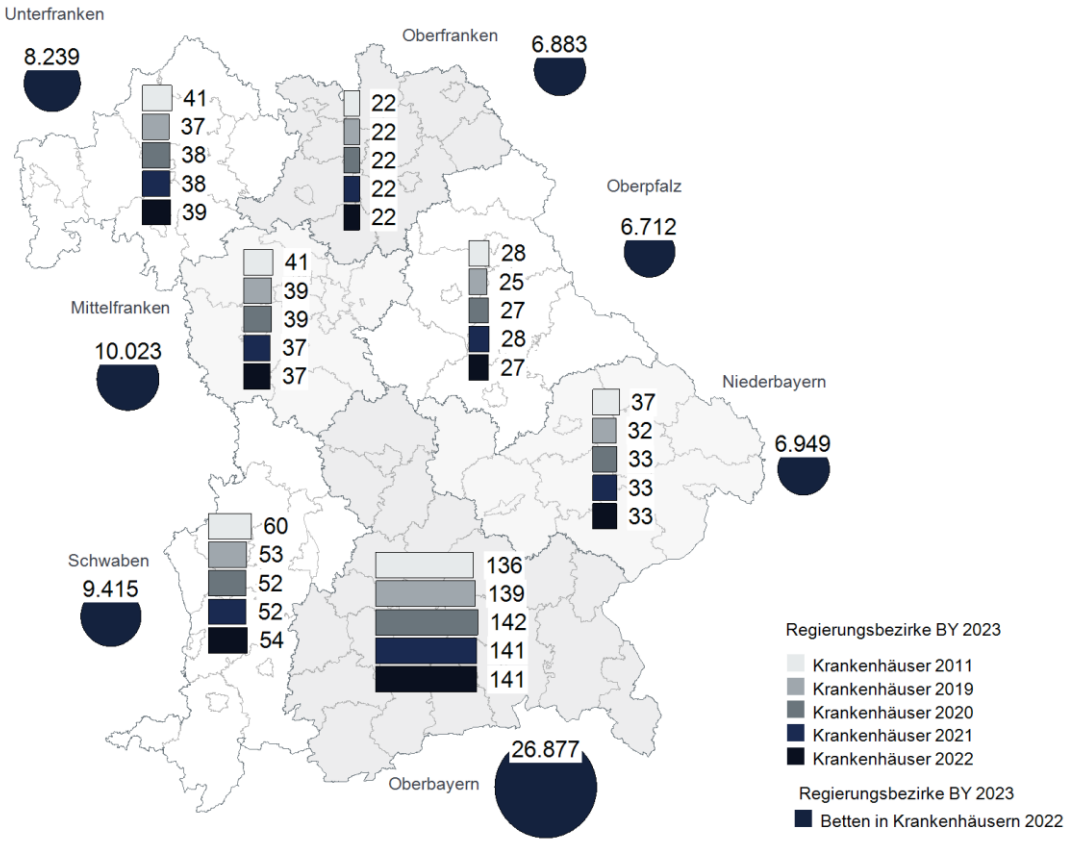


Abb. 26: Entwicklung Anzahl Krankenhäuser 2011-2022

Die Anzahl der Krankenhäuser allein gibt jedoch keinen hinreichenden Hinweis auf Entwicklungslinien. Neben der Anzahl der zur Verfügung gestellten Betten im Jahresdurchschnitt bedarf es einer näheren Betrachtung der unterschiedlichen Angebote auf der Ebene der Fachabteilungen, um Aussagen zur Versorgungssicherheit und zur regionalen Erreichbarkeit der Versorgungsangebote treffen zu können. Angesichts der aktuellen Entwicklungen im Rahmen der angestrebten Krankenhausreformen und der komplexen Zusammenhänge wird an dieser Stelle nur auf die Notwendigkeit verwiesen, dies zu betrachten. Eine gutachterliche Betrachtung und Einordnung kann und soll im Rahmen des vorliegenden Monitorings nicht geleistet werden.

Betrachtet werden können die Entwicklungen der aufgestellten Betten zur stationären Versorgung im Bereich der Krankenhäuser. Dazu werden die Daten aus 2011 in den Vergleich gesetzt zu der kurzfristigen Betrachtung zum Zeitpunkt der Corona-Pandemie.

KENNUNG	BETTEN IN KRANKENHÄUSERN 2011	BETTEN IN KRANKENHÄUSERN 2019	BETTEN IN KRANKENHÄUSERN 2020	BETTEN IN KRANKENHÄUSERN 2022	VERÄNDERUNG 2011 BIS 2021 ABSOLUT
Oberbayern	27.309	27.380	27.448	26.877	-432

Niederbayern	6.618	6.858	6.873	6.949	331
Oberpfalz	6.889	6.723	6.708	6.712	-177
Oberfranken	6.493	6.793	6.847	6.883	390
Unterfranken	8.266	8.233	8.314	8.239	-27
Mittelfranken	10.281	10.247	10.143	10.023	-258
Schwaben	9.736	9.700	9.698	9.415	-321

Tab. 10: Entwicklung der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt Krankenhäuser 2011 bis 2022

In der längerfristigen Betrachtung ist ein Aufbau an Krankenhausbetten in Niederbayern sowie in Oberfranken zu beobachten. In den anderen Regierungsbezirken sank die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt. In der kurzzeitigen Betrachtung im Zeitraum der Pandemie (zwischen 2019 und 2022) sind in Mittelfranken (-224) und in Oberbayern (-503) sowie in Schwaben (-285) relevante Reduzierungen erfolgt. In der Oberpfalz (-11) sowie in Unterfranken (6) sind eher stabile Versorgungen zu beobachten und in Oberfranken erfolgte mit 90 Betten ebenso wie in Niederbayern (91) ein weiterer Aufbau der Versorgungsstrukturen.

Krankenhäuser stellen für den Pflegebereich nicht nur den personalintensivsten Versorgungsbereich dar. Sie sind insbesondere auch im Rahmen der Ausbildung als Träger von Ausbildung (direkt) oder als Kooperationspartner für Ausbildungsträger der ambulanten und der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen relevant. Auszubildende müssen Praxiseinsätze in allen Sektoren der pflegerischen Versorgung leisten, darunter auch 400h im Bereich der Akutversorgung. Damit ist für die regionale Ausbildungssicherung der Pflege der Zugang zu ortsnahen Krankenhäusern von herausgehobener Bedeutung.

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Verteilung der Standorte der Krankenhäuser in Bayern auf Basis des Krankenhausadressverzeichnisses mit Stand 2021. Zur Visualisierung wurden Standorte ausgewählt, das heißt, dass doppelte Adressen mit unterschiedlichen Kliniken auf dem gleichen Campus nur einmal ausgewiesen werden. Im Adressverzeichnis finden sich zahlreiche Doppelungen, z.B., wenn innerhalb einer Klinik zugleich eine Privatklinik geführt wird oder unterschiedliche Fachabteilungen als eigenständige Rechtsformen aufgeführt werden. In der Summe wurden 410 Adressen der 450 gelisteten Adressen aufgenommen.

Eine Differenzierung zur Abteilungsstruktur wird dabei nicht vorgenommen, sodass gleichermaßen Fachkliniken sowie private, sonstige und psychiatrische/psychosomatische und neurologische Standorte erscheinen.

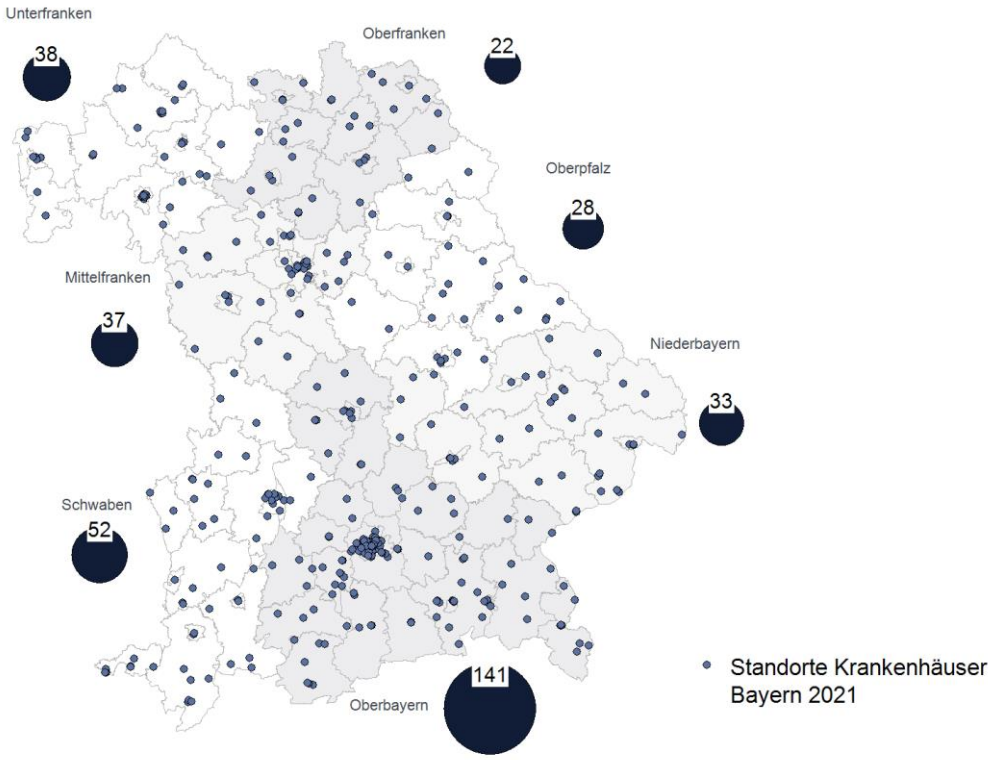


Abb. 27: Standorte Krankenhäuser 2021

Die Grafik zeigt, dass in den allen Landkreisen und kreisfreien Städten Kliniken zu finden sind. Die Krankenhausstatistik des Landes (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022a) weist lediglich den Landkreis Fürth aus, in dem kein Krankenhaus existiert. In 28 Landkreisen und kreisfreien Städten wird in der Krankenhausstatistik des Landes jeweils ein Krankenhaus angegeben. Die größte Krankenhausdichte weist München mit 57 Krankenhäusern auf, gefolgt von Nürnberg mit 16 und dem Landkreis Rosenheim mit 15 Krankenhäusern in 2021. Auf eine Erreichbarkeitsanalyse wird angesichts der Dynamik im Rahmen der Krankenhausreformen an dieser Stelle verzichtet.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

In der Krankenhausstatistik des Landes Bayern werden mit Stand 2022 insgesamt 235 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgewiesen. In der längerfristigen Betrachtung zwischen 2011 und 2022 sank die Anzahl von 289 auf 235. Dabei sind regional in allen Regierungsbezirken Rückgänge in der Versorgung zu beobachten. Eine Ausnahme bildet hier Mittelfranken, wo ein geringfügiger Aufbau erfolgte.

Anzumerken ist dabei, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in besonderem Maße von den Maßnahmen im Rahmen der Lockdowns während der Sars-Vor-2-Ausbreitung betroffen waren und in zahlreichen Einrichtungen die Angebote und elektiven Aufnahmen begrenzt oder gänzlich ausgesetzt wurden. Auswirkungen auf den aktuellen Bestand der Einrichtungen bilden sich in den Kennzahlen bis 2021 nur mittelbar ab und müssen auf Basis der nachfolgenden Kennzahlen weiter betrachtet werden.

Die Grafik visualisiert die Verteilung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der regionalen Differenzierung nach Regierungsbezirken für die Betrachtung seit 2011 und die kurzfristige Entwicklung im Zeitraum der Corona-Pandemie. In den Kreisen ist die Gesamtzahl der aufgestellten Betten nach Krankenhausstatistik für Bayern 2021 aufgenommen.

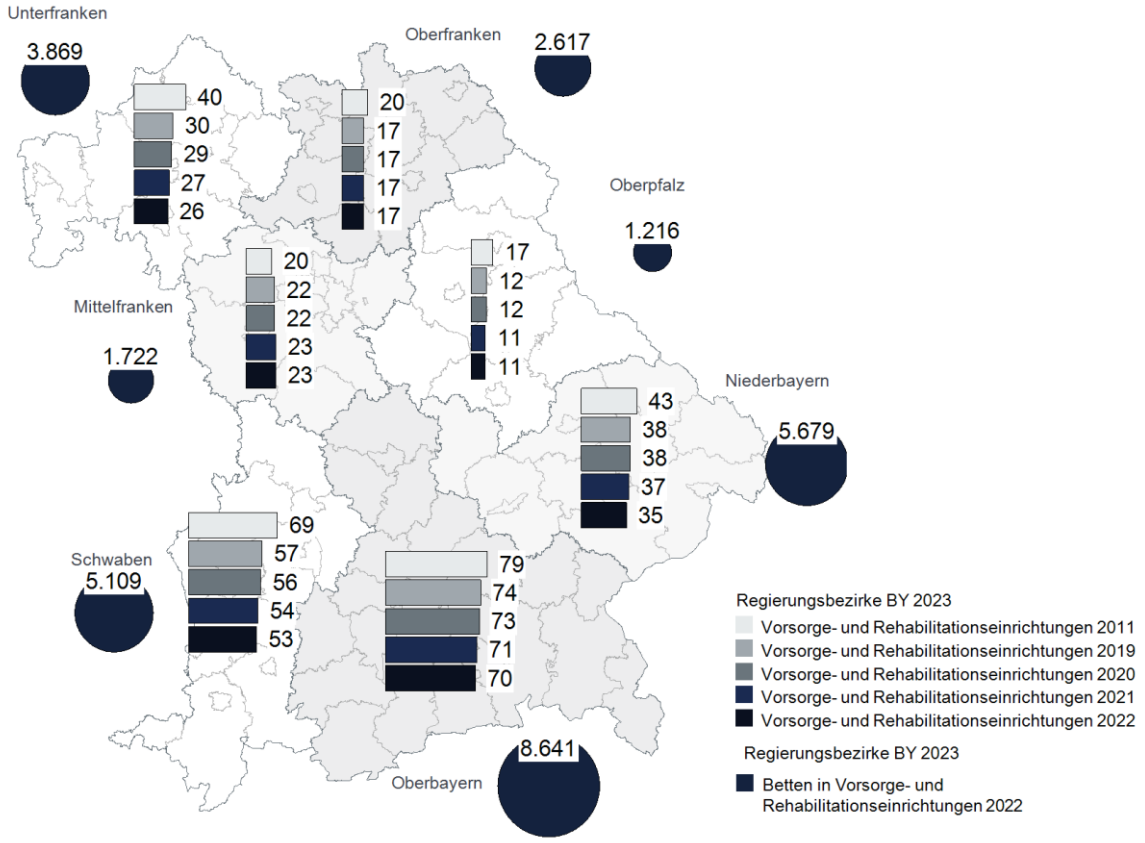


Abb. 28: Entwicklung Anzahl Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2011 bis 2021

Bezüglich der Verteilung fällt bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf, dass sich insbesondere in Schwaben und in Oberbayern (in Alpennähe) höhere Konzentrationen ergeben. In der Oberpfalz hingegen ist eine geringe Abdeckung und Anzahl an Einrichtungen zu verzeichnen. Die Konzentrationen der Einrichtungen weichen damit deutlich ab von der Verteilung der anderen Versorgungssektoren und liegen in höherer Dichte in den überwiegend schwächer besiedelten Räumen, die oftmals mit Naturnähe verbunden sind. In der nachfolgenden Grafik sind die Siedlungsflächen in Bayern mit aufgenommen und verdeutlichen die geografisch abweichende Verteilung gegenüber den anderen Versorgungssektoren.

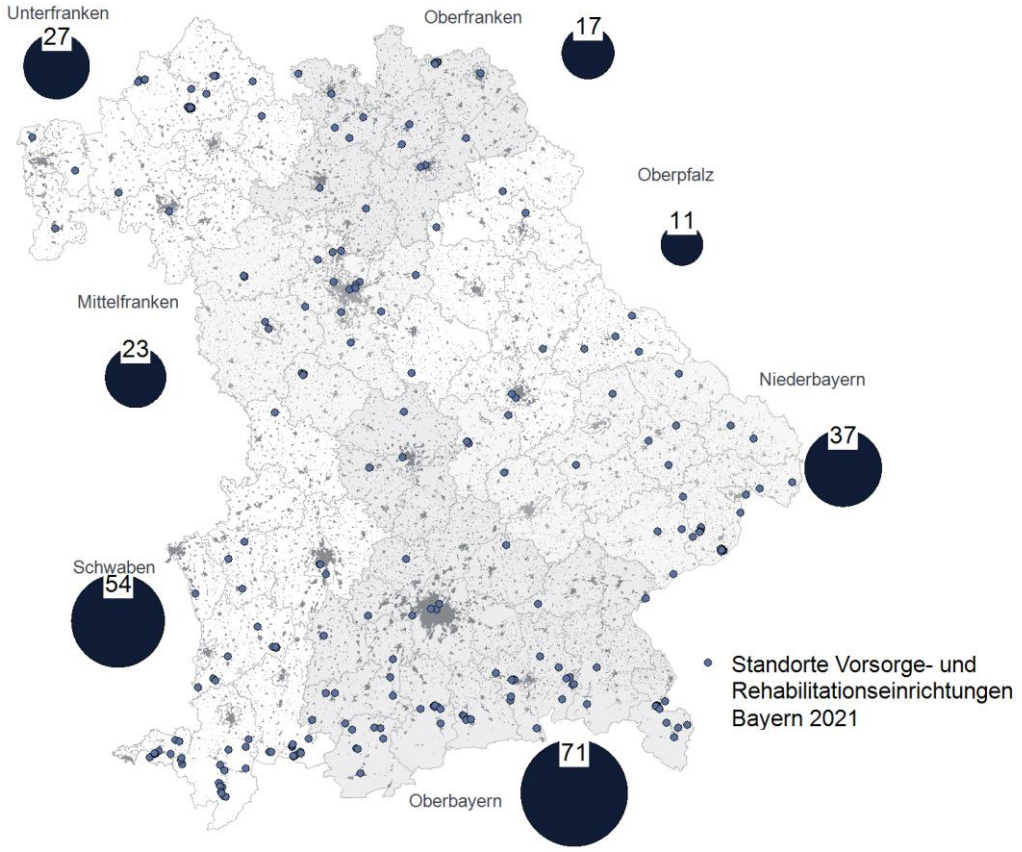


Abb. 29: Standorte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2021

EINRICHTUNGEN DER PFLEGEBILDUNG

Im nachfolgenden Kapitel erfolgt eine Analyse und Darstellung der regionalen Ausbildung in den Pflegeberufen. Mit der Einführung des Pflegeberufegesetzes aus 2017 (Deutscher Bundestag) zum Januar 2020 wurden das Altenpflegegesetz sowie das Krankenpflegegesetz außer Kraft gesetzt und die generalistische Qualifizierung in den Schulen eingeführt. Da es im Übergang lediglich vereinzelte Standorte gibt, in denen nach der alten Ausbildungsverordnung (noch) qualifiziert wird und kein Anschluss an eine neue Ausbildung zum Pflegefachmann/Pflegefachfrau besteht, werden im nachfolgenden Teil die Schulen betrachtet, die beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus in der Datenbank als Berufsfachschule des Gesundheitswesens mit dem Ausbildungsberuf „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“ geführt werden. In Bayern werden in der Differenzierung für das Jahr 2023 insgesamt 176 Standorte für die dreijährige Pflegeausbildung geführt[20].

Standorte der Qualifizierung Pflegefachmann/Pflegefachfrau

Die nachfolgende Grafik zeigt die regionale Verteilung der Schulstandorte für die dreijährige Qualifizierung in Bayern und die Summe der Standorte in den Regierungsbezirken.

[20] Ausgewiesen werden 189 Standorte, wobei hier Dubletten bei den Adressen zu verzeichnen sind, wenn es sich beispielsweise um vorherig getrennte Pflegebildungseinrichtungen der Altenpflege und der Krankenpflege handelt. Nach der Bereinigung der Dubletten bleiben 176 Standorte bestehen.

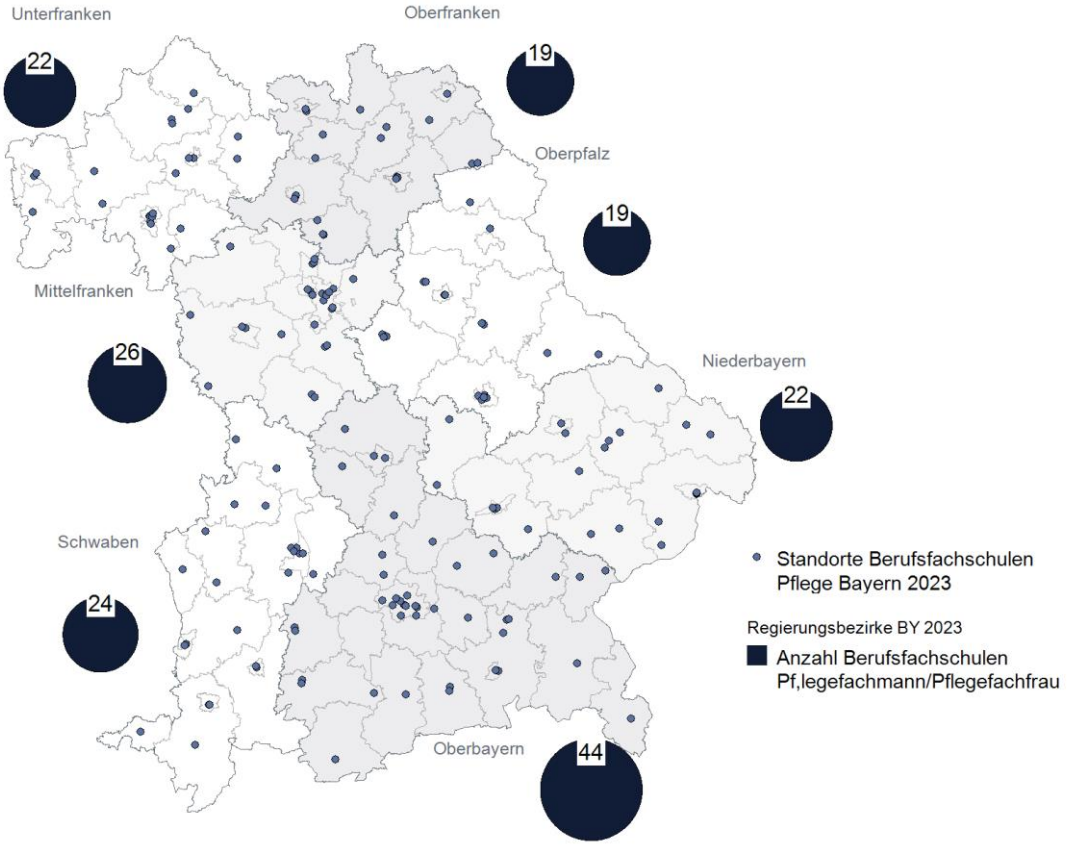


Abb. 30: Standorte Berufsfachschulen im Gesundheitswesen Pflegefachmann/Pflegefachfrau 2023

Bislang liegt in Bayern eine flächenmäßig dichte Abdeckung der Ausbildungsmöglichkeit vor. In allen Landkreisen oder kreisfreien Städten existiert mindestens ein Zugang zu einer Pflegeausbildung. Der Zugang zur regionalen und ortsnahen Ausbildung ist vor allem für die Fachkräftesicherung von herausgehobener Bedeutung. Aus den Befragungen sowie den Pendlerinnen- und Pendleranalysen der Pflegenden kann empirisch abgesichert beschrieben werden, dass Pflegende überwiegend ortsnah arbeiten. Besteht kein ortsnaher Zugang zu einer Berufsfachschule, so sind für die teil-/vollstationären Einrichtungen sowie die ambulanten Dienste und Krankenhäuser die Qualifizierung dringend benötigten Personals nur erschwert möglich, da sich die Wegstrecken für Auszubildende zur Pflegebildungseinrichtung deutlich erhöhen. Damit verliert die Ausbildung an Attraktivität für Schulabgängerinnen und -abgänger, die regional verankert sind. In der Folge muss damit gerechnet werden, dass Einrichtungen die Wirkungen der berufsdemografischen Entwicklung deutlicher und schneller spüren und sich die Möglichkeiten der regionalen Versorgung reduzieren werden.

Da zahlreiche der Pflegebildungseinrichtungen an Krankenhäuser angeschlossen sind, ist insbesondere im Rahmen einer Krankenhausreform und einer damit verbundenen Konzentrierung (und auch Schließung von Krankenhäusern) darauf zu achten, dass dies nicht zu einem Abbruch der regionalen Ausbildungsmöglichkeit und der regionalen Ausbildungskapazität insgesamt führt. Krankenhäuser, die eine angeschlossene Bildungseinrichtung betreiben, sind vor diesem Hintergrund im doppelten Sinne von zentraler Bedeutung. Einerseits sind sie regionale Versorger im Sinne einer Primärversorgung für Patientinnen und Patienten; sie sind jedoch

zugleich auch wichtige Kooperationspartner, ohne die eine generalistische Ausbildung für andere Sektoren im Umkreis nicht zu stabilisieren ist. Sie sind als Bildungspartner für alle im Umkreis liegenden ambulanten Dienste und teil-/vollstationären Einrichtungen der Garant für eine regionale Ausbildungsstruktur. Fallen sie aus, so liegen aktuell nicht näher zu quantifizierende Folgen vor. In Gutachten zur Auswirkung geplanter Krankenhausreformen wird der Bildungsaspekt bislang nicht explizit thematisiert und es liegen aktuell keine systematischen Folgenabschätzungen vor, die eine sektorenübergreifende Betrachtung und Berechnung einschließen würden.

Eine breite Abdeckung der Bildungseinrichtungen und der regionale Zugang zur Ausbildung ist damit ein wichtiges Instrument der Versorgungssicherung. Die Analyse im Rahmen der Distanzmessungen zeigt auf, dass 45 der Bildungseinrichtungen im Umkreis von 15 Kilometern oder darüber hinaus kein korrespondierendes Angebot aufweisen (gemessen auf dem Straßennetz). Für 25 Bildungseinrichtungen besteht im Umkreis von 20 oder mehr Kilometern keine weitere Berufsfachschule. Hohe Konzentrationen liegen erwartungsgemäß in den Ballungszentren vor. Hier könnten (theoretisch) durch den Wegfall von Krankenhäusern mit einer angeschlossenen Pflegebildungseinrichtung andere Einrichtungen die Ausfälle kompensieren. In den ländlichen Bereichen und dort, wo nur eine Pflegebildungseinrichtung existiert, ist dies anders zu bewerten. Die nachfolgende Heatmap zur regionalen Erreichbarkeit verdeutlicht die unterschiedlichen strukturellen Räume in Bayern.

Gebildet wurden fünf Klassen der räumlichen Distanz. Die maximale Erreichbarkeit wurde auf 50 Kilometer festgelegt.

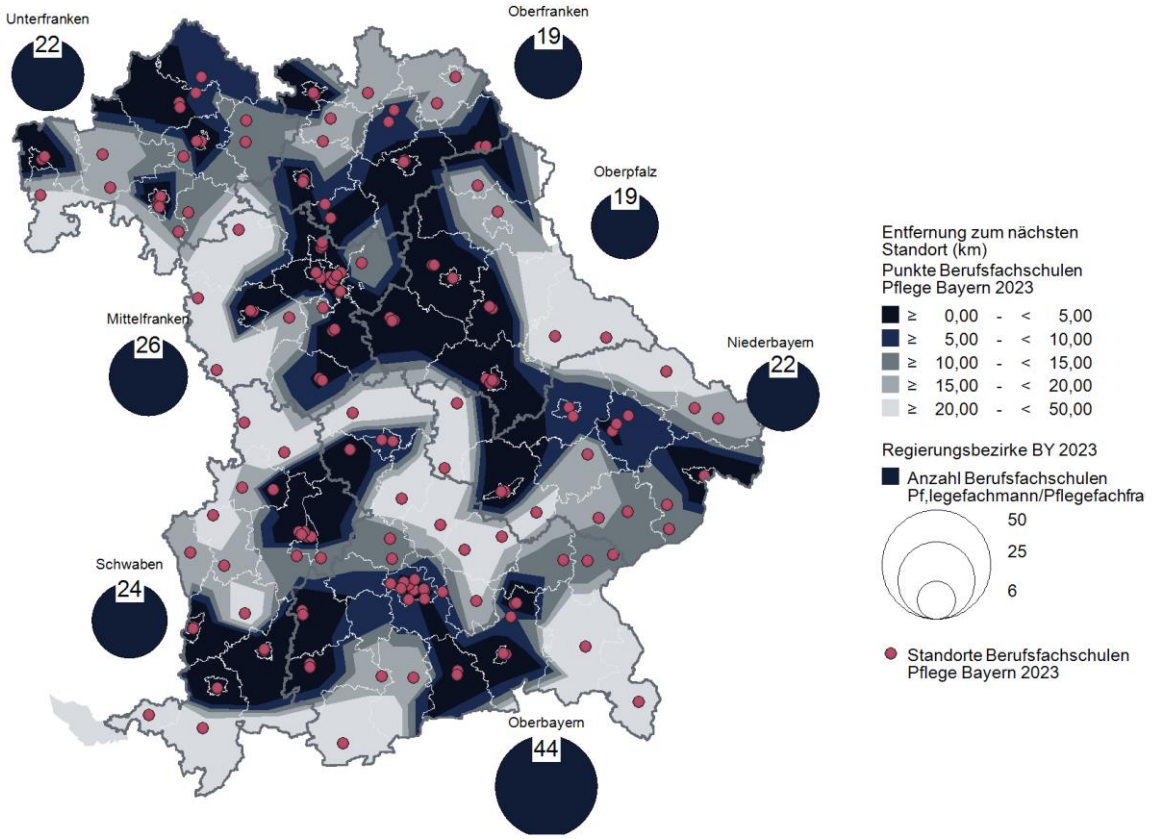


Abb. 31: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit von Pflegebildungseinrichtungen in Bayern

Überwiegend bestehen hier gute Möglichkeiten der Erreichbarkeit. Deutlich werden dabei auch die Standorte, die in besonderem Maße betrachtet werden müssen vor dem Hintergrund der regionalen Qualifizierung. Dies sind die Standorte, die im Umfeld der hellgrauen Bereiche in der Heatmap liegen. Ein Ausfall der Bildungseinrichtung würde hier die regionalen Distanzen deutlich erhöhen und die Ausbildungsmöglichkeit (wohnortnah) erschweren – mit allen Folgen für die regionale Fachkraftsicherung.

Standorte der Qualifizierung Fachpflegehilfe

Neben der dreijährigen Qualifizierung gewinnt auch die Qualifikation zur Pflegefachhilfe an Bedeutung (Wipp 2023). Nicht zuletzt wird mit dem Einstieg in die Personalbemessung in der Altenpflege (Rothgang 2020a) mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage bei der Pflegefachhilfe Altenpflege sowie der Pflegefachhilfe Krankenpflege gerechnet. Auch die Bereiche der ambulanten Versorgung sowie die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben hier Bedarfe. Im Kontext der Versorgung im Krankenhaus wird dies als ein Ansatz zu Skill-Mix-Modellen diskutiert (Schubert und Weidner 2022a)

An aktuell 43 aktiven Standorten in Bayern[21] kann die Qualifikation zur Pflegfachhilfe Krankenpflege erworben werden und an 77 aktiven Standorten können Interessierte die Qualifikation der Pflegefachhilfe Altenpflege erwerben. Die Anzahl der geführten Einrichtungen insgesamt liegt etwas oberhalb der Anzahl der aktiv gemeldeten Schulen.

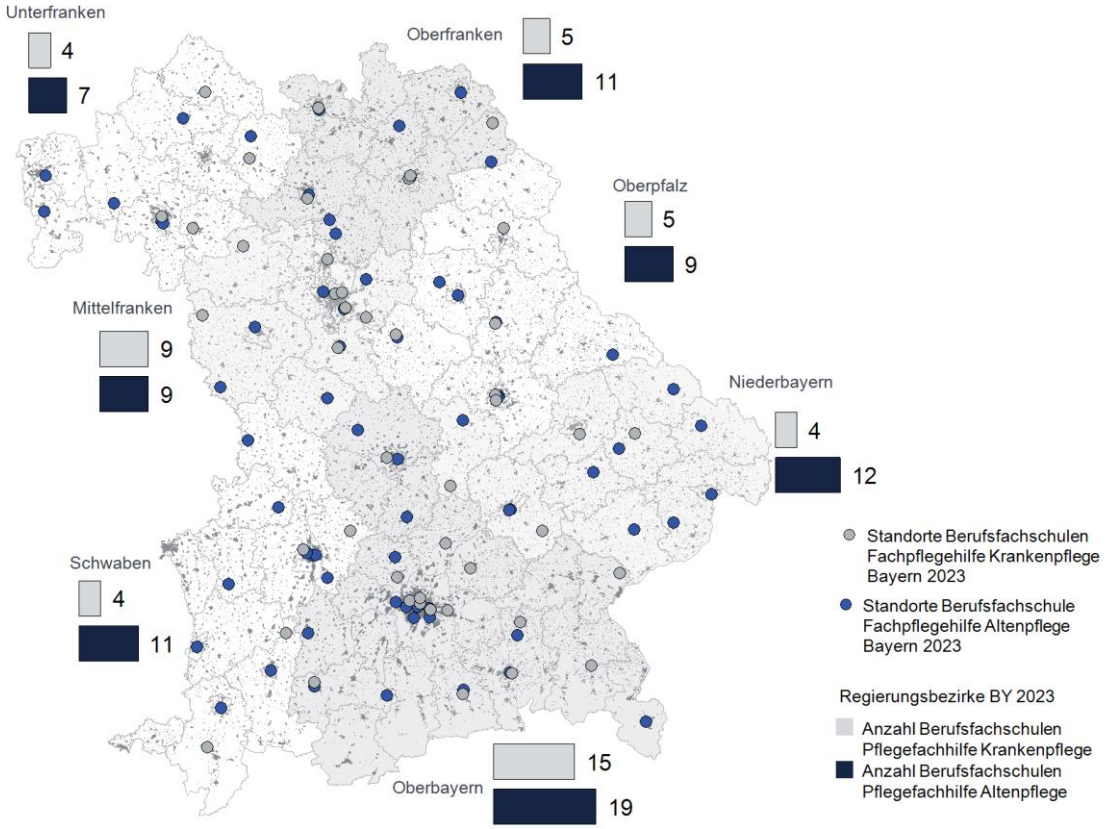


Abb. 32: Standorte Berufsfachschulen Fachpflegehilfe Altenpflege und Krankenpflege 2023

[21] Als aktiv werden an dieser Stelle Schulstandorte bezeichnet, die im Berichtsjahr 2022/2023 Auszubildende der Fachpflegeassistenz aufwiesen.

Standorte der akademischen Qualifizierung der Pflege

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland gestaltet sich weiter aus. Insbesondere finden sich Akademisierungsprozesse im Bereich der pflegepädagogischen Bildung sowie im managerriellen Bereich. Hierbei handelt es sich um aufbauende Studiengänge, für die eine abgeschlossene Berufsausbildung eine Eingangsqualifikation darstellt. Ziel dieser Studiengänge ist aus der Perspektive der Studierenden ein Berufsfeldwechsel innerhalb der Pflege (z.B. von der klinischen Versorgung hin zur Arbeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung) oder aber die Übernahme von Steuerungsprozessen und Leitungsverantwortung.

Neben diesen Bereichen findet auch der Anschluss an den Forschungsbereich statt und wird durch Studiengänge der Pflegeforschung/ Pflegewissenschaft realisiert. Bislang nur geringfügig aufgenommen sind Qualifizierungen für die klinisch-praktische Pflege in der klientennahen Versorgung. Studienprogramme, die dies realisieren sind z.B. Studiengänge der angewandten Pflegewissenschaft, der Primärqualifizierung oder duale Studienprogramme mit einer Verschränkung zwischen schulischen und hochschulischen Anteilen der Berufsqualifikation. International soll damit eine Anschlussfähigkeit an Programme und erweiterte Aufgabenbereiche der Nurse Practitioners sowie des Advanced Nursing geschaffen werden (Maier et al. 2017).

Mit Einführung des Pflegeberufegesetzes wurde die akademische Primärqualifizierung als eine zweite Säule der Qualifizierung gesetzlich verankert (§37 PflBG).

In einer Empfehlung des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 wurden 10 bis 20 Prozent des neu qualifizierten Personals als Zieldimension einer Akademisierungsquote beschrieben (Wissenschaftsrat 2012). Diesem Anspruch kann die aktuelle Akademisierung nicht standhalten; insbesondere fehlt es sowohl an Angeboten als auch an der Nutzung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten einer akademischen Primärqualifizierung für die Pflege (Wissenschaftsrat 2022). In einem aktualisierten Bericht mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung nimmt der Wissenschaftsrat in 2023 die Thematik erneut auf und beschreibt u.a. die Notwendigkeit einer Disziplinentwicklung für die unterschiedlichen Berufe. Hier besteht auch ein erhöhter Förderbedarf bei Hochschulen für angewandte Wissenschaft (HAW), um die Akademisierung weiter voranbringen zu können (Wissenschaftsrat 2023).

In einem Sondergutachten zu berufsqualifizierenden Studiengängen in der Pflege in Deutschland wurden 27 Standorte einer Primärqualifizierung identifiziert, die in der Inanspruchnahme sehr unterschiedlich erfasst wurden[22]. Bundesweit wurden zum Wintersemester 2021/2022 insgesamt 2.035 Studienplätze der Pflege (BSc.) angeboten, darunter n=1.109 in primärqualifizierenden Studiengängen. Die übrigen Studienplätze entfallen auf ausbildungsintegrierte, ausbildungsbegleitende oder additive Studienformate. Im Wintersemester 2021/2022 hatten sich 488 Studierende in primärqualifizierenden Hochschulen immatrikuliert (Meng et al. 2022).

Als eine vielfach diskutierte Barriere der akademischen Primärqualifizierung wurde u.a. die fehlende Finanzierung der praktischen Einsätze der Studierenden ausgemacht, die gegenüber den Auszubildenden in der Pflege keine Vergütung bekommen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2020).

[22] Die Auslastung der annäherungsweisen Kapazitätsgrenze primärqualifizierender Studiengänge liegt aktuell bei etwa 50 Prozent mit einer Spannweite von null bis 100 Prozent. In einem im Wintersemester 2021/2022 neu gestarteten Studiengang wurde keiner der verfügbaren Plätze besetzt, am anderen Ende des Spektrums hingegen liegen vier Studiengänge, die zwischen 85 Prozent und 100 Prozent Auslastung haben. (vgl. Meng et al. 2022 S. 13)

Entwicklungen in Bayern

Vor Einführung eines bundesweiten Vergütungsanspruchs mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) zum 1. Januar 2024 wurde seitens der Staatsregierung in Bayern bereits auf diese Problemlage mit einem Stipendiatinnen- und Stipendiatenprogramm reagiert. Die Förderung betrug monatlich 600 Euro für eine Laufzeit von bis zu 36 Monaten Studiendauer. Verbunden war die Förderung mit einer anschließenden vertraglichen Berufsdauer von mindestens drei Jahren in einem klinischen relevanten Versorgungsbereich. Förderungsfähig waren Studierende an den folgenden sechs Standorten der Primärqualifizierung hochschulischer Pflegeausbildung in Bayern:

- Evangelische Hochschule Nürnberg
- Hochschule Kempten
- Hochschule München
- Katholische Stiftungshochschule München
- Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
- Technische Hochschule Deggendorf

2023 wurden durch das Stipendienprogramm (nach einem Jahr des Inkrafttretens) in Bayern rund 60 Studienplätze finanziert (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) 14.08.2023).

Konkrete und aktuelle Kennzahlen zur Akademisierung in der Pflege liegen für Bayern nicht öffentlich zugänglich vor. In der Fächersystematik der Hochschulstatistiken weisen die pflegebezogenen Studiengänge keine eigene Klassifizierung (Schlüsselnummer) auf (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022a).

Gemessen an der Anzahl der beruflich qualifizierten Pflegenden in Bayern kann aktuell davon ausgegangen werden, dass die Studierenden in der Primärqualifizierung noch keine nennenswerte und versorgungsrelevante Größe in Bayern darstellen. Ausgehend von Standardkohortengrößen von rund 30 Studierenden an angewandten Hochschulen, ergeben sich rechnerisch rund 180 Studienplätze bei den sechs geförderten Hochschulen mit einer Stipendienberechtigung in Bayern. Gegenüber der Anzahl der 2022 in die berufliche Qualifikation einmündenden Auszubildenden (6.162) entspricht dies einem möglichen Anteil von rund 2,9 Prozent und liegt deutlich unterhalb einer 10 bis 20-prozentigen Akademisierungsquote. Da auch in Bayern nicht von einer vollumfänglichen Besetzung der Studienplätze ausgegangen werden kann und eine Kapazitätserfassung nicht vorliegt, muss mit einer deutlich niedrigeren Quote gerechnet werden.

Strukturen und Perspektiven der Langzeitpflege

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 2021 für Bayern ausweist, nehmen 51 Prozent aller Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können, keinerlei professionelle Hilfe im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch. Die Inanspruchnahme von vollstationären Einrichtungen variiert auch in Bayern 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 zunächst vertiefte regionale Analysen zu für den Personalbedarf in der Langzeitpflege Bayerns relevanten Faktoren vorgestellt. Sie verweisen auf regionale Profile der Langzeitpflege, die für alle Stadt- und Landkreise erstellt wurden und am Ende dieses Berichtes dargestellt sind. Im darauffolgenden Kapitel wurden exemplarisch drei Landkreise in kurzen Regionalstudien genauer in ihren Strukturen und relevanten Governance-Ansätzen für den Personalbedarf vor Ort in den Blick genommen.

REGIONALISIERTE DATEN FÜR DIE 96 STADT- UND LANDKREISE BAYERNS

Um möglichst präzise kleinräumige Strukturdaten für die Langzeitpflege aufzubereiten, wurden für alle 96 Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern (im Folgenden auch zusammenfassend „Regionen“ genannt) gesonderte Auswertungen erstellt bzw. die Auswertungen aus dem *1. Monitoring Pflegepersonalbedarf 2020* aktualisiert und erweitert. Die Auswertungen wurden in entsprechende Kurzprofile pro Region überführt, die am Ende des Berichts aufgeführt sind. Es handelt sich dabei um Profile mit Kurzcharakteristika zu folgenden Themen:

- Basisdaten zur Langzeitpflege in den 96 Regionen (NEU)
- Daten zum beruflichen und informellen Pflegeaufwand pro Region (NEU)
- Eine kompakte Darstellung der regionalen Einflussfaktoren auf den Pflegemix aus der Teilstudie zum 1. Monitoring 2020 mit Datenbasis von 2017 (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021)
- Demografische Entwicklung in den 96 Regionen (NEU)

Die Profile bieten eine primär grafische und damit schnell erfassbare und einheitliche Darstellung der regionalen Spezifika in der Langzeitpflege – im Vergleich zum landesweiten Schnitt. Die Daten basieren – soweit nicht anders angegeben – auf der Pflegestatistik 2021 und der amtlichen Statistik zu Jahresende 2021 (Bevölkerung etc.). Die Daten weichen zum Teil deutlich von den Auswertungen für das *1. Monitoring Pflegepersonalbedarf 2020* ab, da damals aufgrund der späten Veröffentlichung der Pflegestatistik 2019 Daten der Pflegestatistik 2017 verwendet wurden und sich seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die

Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung deutlich verändert hat. Im Folgenden werden die drei neu aufgenommenen Bereiche inhaltlich erläutert und überblicksartig dargestellt.

Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen

Als grundlegende Basisdaten für das Jahr 2021 wurden zunächst die Bevölkerungszahl, die Zahl der Pflegebedürftigen sowie die daraus errechnete Pflegequote in Prozent dargestellt, wie beispielhaft in Abb. 33 ersichtlich. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist der Anteil der Anspruchsberechtigten von Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017 deutlich angestiegen. Mit dem neu eingeführten Pflegegrad 1 sind auch Personen mit einer „geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ erstmals potenziell leistungsberechtigt. Ein Großteil von ihnen nimmt allerdings keine regelmäßigen Leistungen der stationären oder ambulanten Pflege in Anspruch, sondern allenfalls den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125€ pro Monat oder punktuelle Leistungen. Der Anteil dieser Personengruppe an den Pflegebedürftigen macht bayernweit in der Pflegestatistik 2021 rund 12,4 Prozent aus – dabei variieren die Anteile je nach Region zwischen 7,8 Prozent in der Stadt Passau und 15,0 Prozent in Ingolstadt. Da die Gruppe derjenigen, die primär im Pflegegrad 1 eingestuft sind und allenfalls den Entlastungsbetrag nutzen, für den Personalbedarf (noch) keine Rolle spielt, wurde ihr Anteil lediglich nachrichtlich ausgewiesen und in den weiteren Betrachtungen nicht berücksichtigt.

Für die restlichen Leistungsempfänger wurde die prozentuale Verteilung der Leistungsarten in der Pflege abgebildet. Die Anteile für stationäre Pflege, professionelle ambulante Pflege sowie Pflegegeldbezug ergeben zusammen 100 Prozent, da alle Personen ohne „klassischen“ Leistungsbezug wie beschrieben nicht einbezogen wurden.

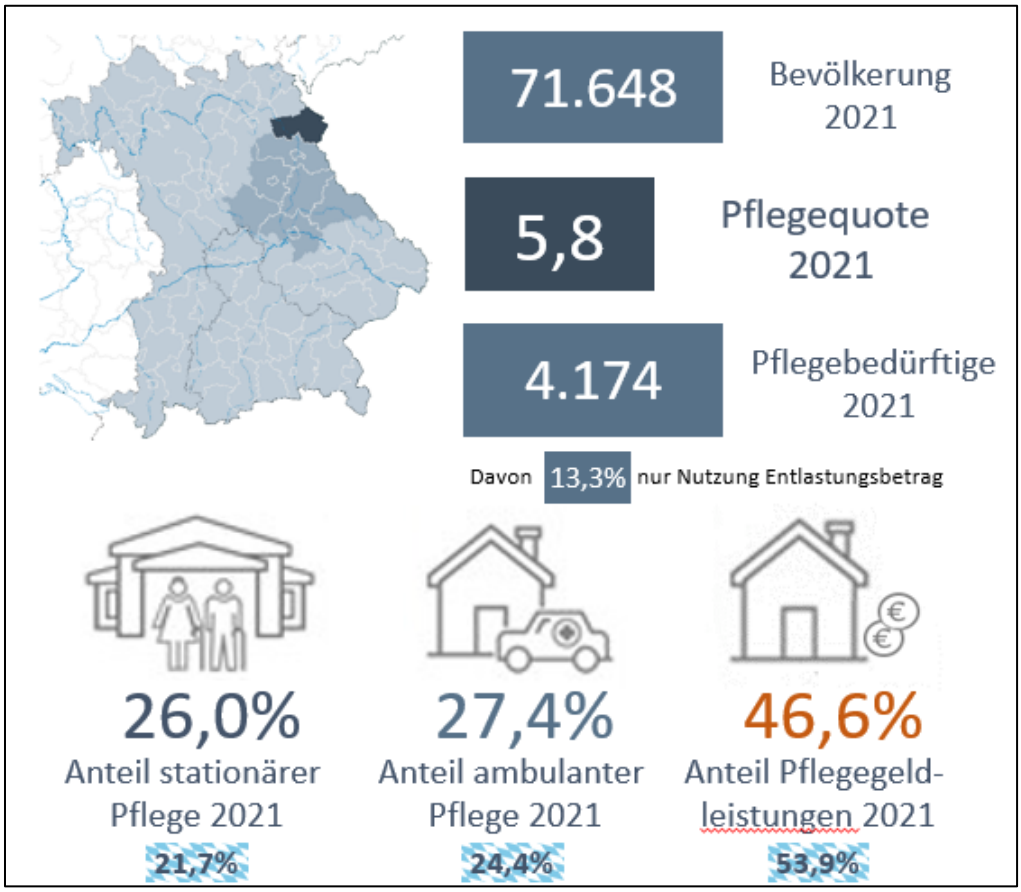


Abb. 33: Basisdaten – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (LKr. Tirschenreuth)

Bei der Pflegequote zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in Bayern. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und in Teilen auch durch den demografischen Wandel verursacht, ist ein deutlicher Anstieg der Pflegequoten im Vergleich zu den Daten von 2017 zu verzeichnen. Landesweit lag die Pflegequote im Jahr 2021 bei 4,4 Prozent der Bevölkerung (2017: 3,1 Prozent). Zugleich zeigen sich insbesondere in vielen Kreisen und Städten Oberbayerns niedrigere Pflegequoten von etwa 3 Prozent – so in den Landkreise Freising und Erding sowie in der Landeshauptstadt München. In Oberfranken und Niederbayern lassen sich viele besonders hohe Pflegequoten von über 7 Prozent beobachten. Die Landkreise Wunsiedel i. Fichtelgebirge und Kronach sowie die Stadt Passau weisen mit rund 7,5 Prozent und mehr die höchsten Anteile Pflegebedürftiger an der Bevölkerung auf. Die skizzierten Unterschiede in den Pflegequoten wirken sich entsprechend auf den regionalen Bedarf an Pflegekräften aus.

REGIONEN	PFLEGEQUOTE IN PROZENT
Freising (Lkr)	2,9
Erding (Lkr)	2,9
München, Landeshauptstadt	3,0
Ø Bayern	**4,4**
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	7,4

Kronach (Lkr)	7,6
Passau (Krfr.St)	7,9

Tab. 11: Pflegequoten der Regionen in Bayern bezogen auf die Gesamtbevölkerung

Neben den Pflegequoten stellen die Anteile der Leistungsarten die zentrale, regional sehr differente Grundcharakteristik in der Langzeitpflege dar. Dabei werden drei zentrale Leistungsbereiche unterschieden:

1. Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden
2. Anteil der Pflegebedürftigen, die (u. a.) durch ambulante Pflegedienste versorgt werden
3. Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und damit eigenständig die Versorgung organisieren

Alle drei Anteile variieren dabei in Bayern mit rund 25-35 Prozentpunkten Unterschied zwischen der Region mit dem höchsten und der Region mit den niedrigsten Anteilen in hohem Maße.

Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen liegt der niedrigste Anteil beispielsweise bei 11,4 Prozent im Landkreis Straubing-Bogen; der höchste mit 34,5 Prozent in der Stadt Bayreuth. Eine noch größere Spannbreite zeigt sich bei der ambulanten Pflege und beim Pflegegeld: Während im Landkreis Erding im Jahr 2021 nur 13,6 Prozent der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, waren es in der Stadt Passau 47,3 Prozent. Dort bezogen auch lediglich 33,0 Prozent der von Pflege Betroffenen Pflegegeld – um ein Vielfaches mehr waren es im Landkreis Straubing-Bogen mit 70,2 Prozent der Pflegebedürftigen. Insbesondere in einigen ländlicheren Regionen Bayerns zeigen sich geringere Anteile professioneller Pflegesettings – wobei der stationäre Teil in einzelnen Regionen dennoch höher ausfällt, vermutlich insbesondere dort, wo die stationäre Versorgung für benachbarte Regionen mit übernommen wird. In Schwaben, Unterfranken und Niederbayern liegen die Anteile an Pflegegeldbezug besonders häufig über dem Durchschnitt. Die Oberpfalz weist insgesamt besonders hohe Anteile in der stationären Pflege auf. Die ambulante Pflege ist in Oberfranken stärker ausgeprägt als in anderen Regionen Bayerns.

Beachtenswert sind die deutlichen Verschiebungen zwischen den Leistungsarten im Vergleich zu 2017: Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und teilweise durch den demografischen Wandel ist die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich gestiegen und das primär im Pflegegeldbezug. Nahmen 2017 noch 53,5 Prozent der Pflegebedürftigen professionelle Pflege in Anspruch (28,2 % stationär, 24,2 % ambulant) sank dieser Anteil in 2021 deutlich auf 41,7% (21,0 % stationär und 20,7 % ambulant). Insbesondere im stationären Bereich ist also relativ gesehen ein deutlicher Rückgang an Versorgungsarrangements zu beobachten.

STADT-/LANDKREISE	STATIONÄRE PFLEGE (%)	AMBULANTE PFLEGE (%)	PFLEGEGELD (%)
Straubing-Bogen (Lkr)	11,4% (Min)	**18,4%**	**70,2% (Max)**
Haßberge (Lkr)	**14,9% (Min)**	**19,9%**	65,3% (Max)
Freyung-Grafenau (Lkr)	15,0% (Min)	23,7%	61,3%
Erding (Lkr)	26,6%	13,6% (Min)	59,8%

Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	24,4%	15,4% (Min)	60,2%
Landshut (Lkr)	20,4%	15,7% (Min)	63,9%
Passau (Krfr.St)	19,7%	47,3% (Max)	33,0% (Min)
Weiden i.d.OPf. (Krfr.St)	**24,6%**	36,3% (Max)	39,1% (Min)
Landshut (Krfr.St)	36,0% (Max)	21,0%	**43,0% (Min)**
Rosenheim (Lkr)	33,4% (Max)	21,5%	45,0%
Bayreuth (Krfr.St)	34,5% (Max)	18,4%	47,1%
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	21,6%	33,4% (Max)	45,0%
Aschaffenburg (Lkr)	15,2%	19,9%	64,9% (Max)
Ø Bayern	21,0	20,7	58,3

Tab. 12: Anteile je Versorgungsart in den Regionen Bayerns

Formelle und informelle Pflege in den Regionen

Der regionale Versorgungsmix hat großen Einfluss darauf, wer in welchem Umfang vor Ort Sorge- und Pflegearbeit leistet. Dies wurde im Abschnitt zur formellen und informellen Pflege vergleichend aufbereitet. Dazu wurde zunächst für den Bereich der beruflich Pflegenden auf Grundlage der Pflegestatistik 2021 der regionale Personalfaktor pro 100 pflegebedürftige Personen berechnet. Dieser umfasst rechnerisch das notwendige Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, in Abhängigkeit vom regionalen Versorgungsmix (d. h. ohne Verwaltungspersonal etc.). Dieser Rechnung liegt zugrunde, dass laut Pflegestatistik 2021 landesweit in der stationären Pflege pro pflegebedürftige Person ein Personaleinsatz in Höhe von 0,92 (2017: 0,86) erfolgte. In der ambulanten Pflege liegt dieser Faktor bei einem Stellenanteil von 0,42 (2017: 0,48) pro versorgte Person. Zu beachten ist, dass die genannten Stellenanteile aufgrund von unzureichenden Daten zur exakten Berechnung der Verteilung von Stellenanteilen der Beschäftigten keine Vollzeitäquivalente darstellen. Zu beobachten ist weiterhin, dass der Personaleinsatz pro pflegebedürftige Person laut Pflegestatistik in der stationären Pflege seit 2017 leicht zugenommen hat, in der ambulanten Pflege hingegen etwas zurückgegangen ist. Neben Veränderungen im Anteil der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten können dabei für das Jahr 2021 ggf. auch Corona-Effekte eine Rolle spielen (z.B. ein hoher Krankenstand). Insgesamt ergeben sich durch die zum einen leicht veränderten Faktoren im Personalbereich sowie insbesondere durch die deutlichen Verschiebungen zwischen den Versorgungsarten durchweg höhere Personalfaktoren als 2017.

Je nach regionalen Anteilen von ambulanter, stationärer Pflege und Pflegegeldbezug zeigen sich sehr unterschiedliche regionale Personalfaktoren in den Regionen Bayerns.

REGIONEN	GESAMT	PFLEGE	BETREUUNG	HAUSWIRTSCHAFT
Freyung-Grafenau (Lkr)	19,4	14,1	2,1	3,2
Würzburg (Lkr)	20,5	15,0	2,1	3,4
Aschaffenburg (Lkr)	21,0	15,3	2,2	3,5

…				
Ø Bayern	30,1	22,1	3,1	4,9
…				
Kulmbach (Lkr)	40,0	29,8	3,8	6,3
Rosenheim (Lkr)	40,6	29,2	4,5	6,9
Regensburg (Krfr.St)	41,8	31,0	4,1	6,7

Tab. 13: Personalfaktoren 2021 in den Regionen Bayerns (Personal pro 100 Pflegebedürftige)

Auf Basis des regionalen Personalfaktors wurde zudem errechnet, wie hoch die ungefähre wöchentliche Arbeitszeit aller beruflich Pflegenden je Region ausfällt.[23] Gleiches wurde approximativ für die informell Pflegenden durchgeführt. Dazu wurden in einer einfachen Modellrechnung erhobene Werte aus entsprechenden Studien zur Sorge- und Pflegearbeit von Angehörigen verwendet.[24] Die jeweils ermittelten Werte dienen einem groben Vergleich der wöchentlich geleisteten Pflege- und Sorgearbeit zwischen beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen.

Sie stellen in diesem Sinne eher eine Illustration des für die Betroffenen, aber auch für das Pflegesystem insgesamt bedeutsamen und häufig wenig gewürdigten Engagements von Angehörigen dar.

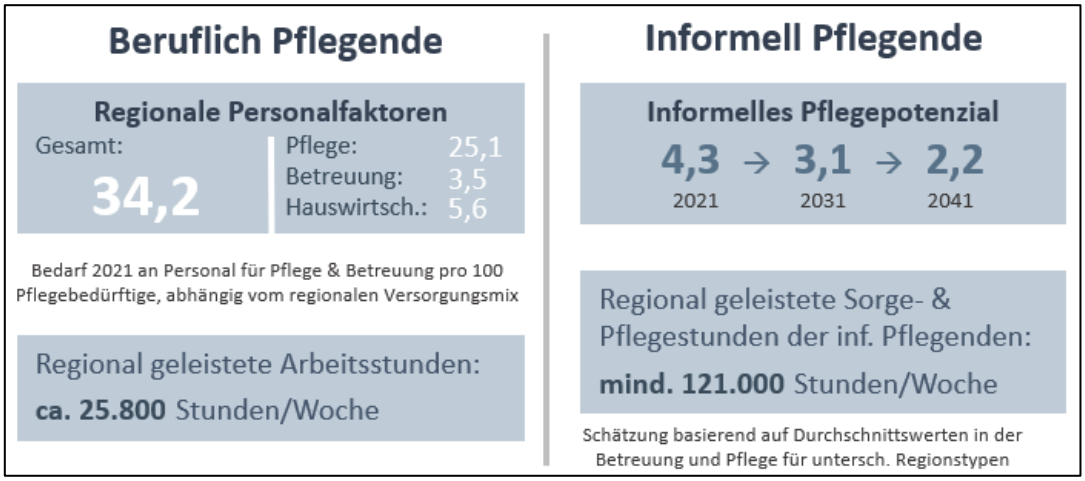


Abb. 34: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (LKr. Tirschenreuth)

Das hohe Engagement der Angehörigen im privaten Umfeld – immerhin versorgen sie nun mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen im Land – stößt mit Sicherheit in den kommenden Jahren immer mehr an seine Grenzen. Angesichts des demografischen und sozialen Wandels

[23] Diese Berechnung stellt lediglich eine grobe Schätzung auf Basis der verfügbaren Daten der Pflegestatistik 2021 zum regionalen Versorgungsmix, zur Anzahl an Beschäftigen und verfügbaren VZÄ in ambulanter und stationärer Pflege dar. Letztere können aufgrund ungenauer Angaben in der Pflegestatistik nur geschätzt werden. 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.

[24] Die Einstufung nach ländlichen und städtischen Regionen erfolgt entlang der Einstufung des BBSR in der Raumbeobachtung. Für die städtische Regionen wurden 13 Stunden/Woche, für ländliche Regionen 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: Räker, Miriam; Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 65–95.

ist es fraglich, ob Angehörige auch in Zukunft in gleicher Weise wie bisher die Pflege übernehmen werden. Ein Gradmesser für den Faktor Demografie stellt in diesem Zusammenhang 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 Bayerns geht das informelle Pflegepotenzial in den kommenden 20 Jahren zurück, allerdings auf unterschiedlichem Niveau und verschieden stark. In Garmisch-Partenkirchen oder der Stadt Schweinfurt lebten beispielsweise 2021 pro älterer Person 75+ lediglich 3,3 bzw. 3,5 Personen in der Altersgruppe 30-69. Dieses Verhältnis wird sich in beiden Regionen voraussichtlich auf 2,3:1 bis im Jahr 2041 reduzieren. Damit steht nochmals eine Person weniger aus der Kindergeneration der pflegenahen Jahrgänge 75+ zur Verfügung, um potenziell ihre Eltern zu pflegen oder diese zu organisieren. Bayernweit sind es fast zwei Personen, die als informell Pflegende wegfallen werden in den nächsten 20 Jahren und nochmals stärker fällt der Rückgang des informellen Pflegepotenzials in Regionen aus, die derzeit noch eine sehr „günstige“ Altersverteilung aufweisen: In den Landkreisen Erding und Freising werden fast drei Personen weniger in den Altersgruppen 30-69 für die informelle Pflege ihrer Eltern zur Verfügung stehen als noch in 2021. Für die Planung des zukünftigen regionalen Bedarfs an professionellen Pflegekräften sollte vor diesem Hintergrund das informelle Pflegepotenzial in entsprechende Überlegungen stets einbezogen werden.

REGIONEN	2021	2031	2041
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	3,3	2,8	2,3
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	3,5	2,7	2,1
Schweinfurt (Krfr.St)	3,5	2,8	2,3
…			
Ø Bayern	4,6	3,6	2,8
…			
Eichstätt (Lkr)	5,6	4,2	3,1
Erding (Lkr)	6,0	4,5	3,2
Freising (Lkr)	6,2	4,8	3,5

Tab. 14: Informelles Pflegepotential in den Regionen Bayerns

Demografische Entwicklung in den Regionen

In der demografischen Entwicklung in den Regionen Bayerns zeichnen sich mit dem Älterwerden der Boomer-Generation in den kommenden zehn bis zwanzig Jahren besonders deutliche Veränderungen ab. In der Anfang 2023 veröffentlichten neuesten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in Bayern (Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) zeigen sich deutliche Zunahmen insbesondere bei den Hochaltrigen von 75 Jahren und älter. Bis 2041 nimmt ihr Anteil landesweit um über drei Prozentpunkte zu. Dadurch, dass in der Altersgruppe 75+ der Anteil der Pflegebedürftigen besonders hoch ausfällt (2021 waren es bayernweit ca. 34 %), ist analog mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen.

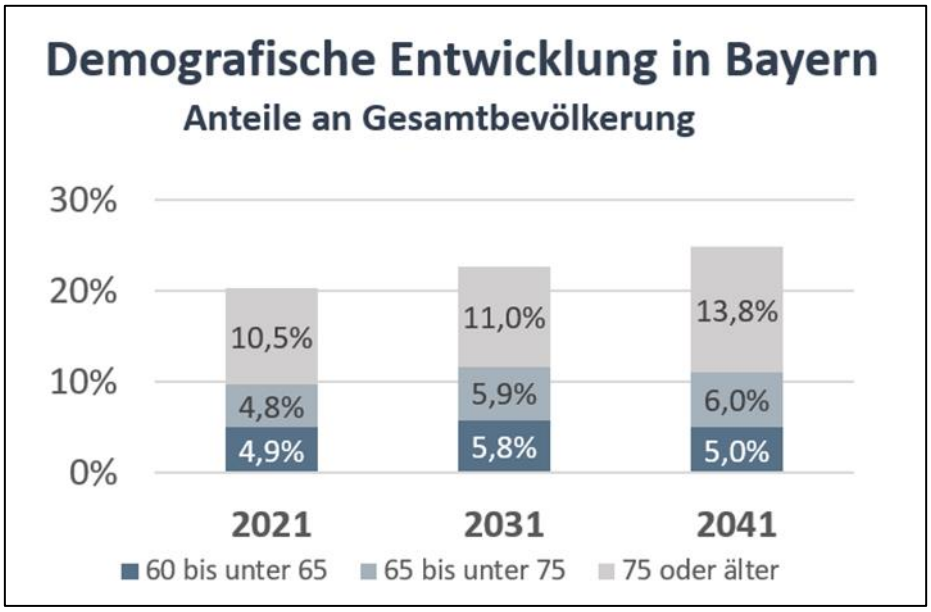


Abb. 35: Bevölkerungsvorausberechnung 2021-2041

Die relative Entwicklung aufgrund des demografischen Wandels lässt sich aus den Daten gut ablesen. Die Entwicklung der Generation 75+ in den Kreisprofilen – ggf. im Vergleich zum landesweiten Schnitt – sind dabei also von besonderem Interesse. So lässt sich zumindest mittelbar erkennen, inwieweit die demografische Entwicklung in den Regionen Bayerns in den kommenden Jahren zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen wird.

VERTIEFUNGSSTUDIEN IN DREI REGIONEN

Das *2. Monitoring Pflegepersonal in Bayern 2023* 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 96 Stadt- und Landkreise in Bayern liegen Profile für die Pflegearrangements der Regionen 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 drei ausgewählte Land- und Stadtkreise in Bayern nachgegangen und das auf der Basis durchgeführter Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Stadt- und Landkreisen sowie vorliegender Unterlagen. 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 Bayern 2023* 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 (Kremer-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 2022) darum ringen müssen, tragfähige Antworten zu finden, die immer auch mit regionalen Bildungsprozessen und den Entwicklungen einer neuen Sorgekultur verbunden sein werden. Weder Familie noch der Markt allein sind in der Lage, Antworten auf den künftigen Pflegebedarf zu geben.

Landkreis Kulmbach

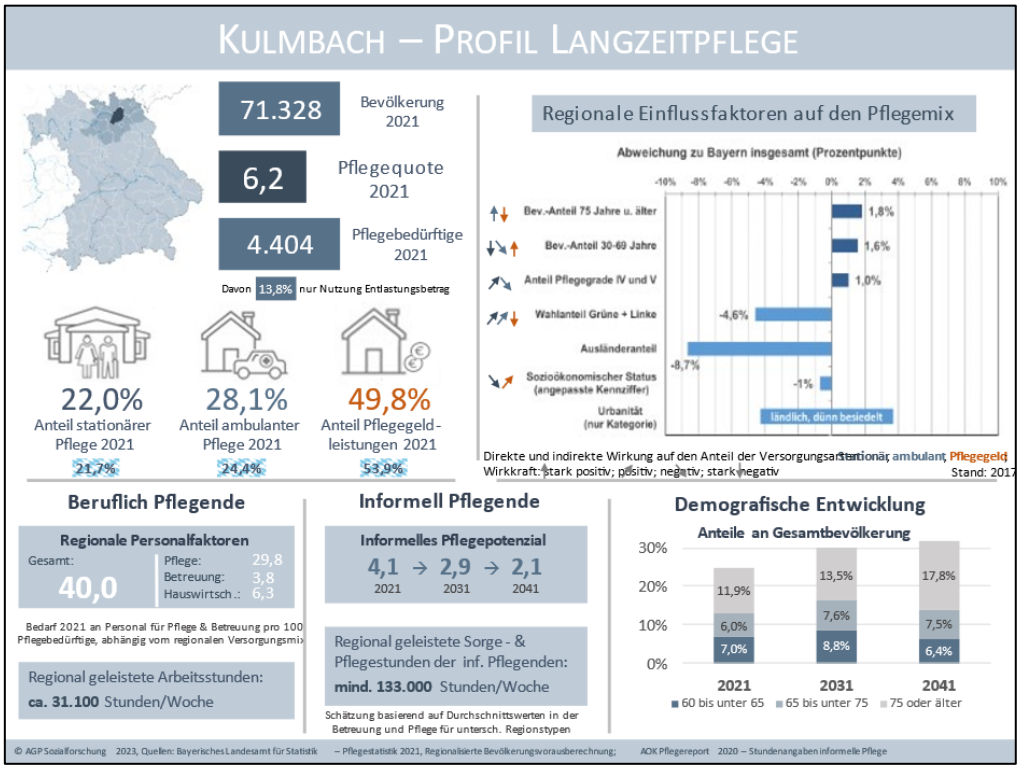


Abb. 36: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Kulmbach

Der Landkreis Kulmbach mit seinen etwa 71.300 Einwohnern, darunter ca. 4.400 Bürgerinnen und Bürger pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI, ist ein von der Größenordnung her überschaubarer Landkreis. In seinem Langzeitpflegeprofil weist Kulmbach insoweit Besonderheiten auf, als dass der Anteil der Pflegegeldleistungsbezieher – untypisch für einen ländlich geprägten Landkreis – etwas niedriger ausfällt als im Landesdurchschnitt. Dafür nehmen insbesondere mehr Menschen ambulante Dienste in Anspruch als in vielen anderen Regionen Bayerns. Bei der stationären Pflege liegt der Landkreis auf dem Durchschnittsniveau des Freistaates. Für Fragen der Langzeitpflege zeichnen im Landkreis neben dem Sachgebietsleiter Herrn Grau, der auch für die Sozialhilfeleistungen der *Altenhilfe* und die *Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes* zuständig ist, Frau Tauer von der Geschäftsstelle für die Gesundheitsregion^{plus} und Herr Oetter von der Heimaufsicht (FQA und die Betreuungsbehörde) verantwortlich. Frau Söllner koordiniert das bürgerschaftliche Engagement und Ehrenamt, sie konnte an dem Gespräch über die Langzeitpflege im Landkreis leider nicht teilnehmen.

In dem Landkreis haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Kooperationsstrukturen und -netzwerken entwickelt, die insbesondere aus der Gesundheitsregion^{plus} entstanden sind. Sie

wird vom Kreis und vom Kreistag als ausgesprochen wichtiger Ansatz gewürdigt und auch weiterhin finanziell unterstützt. Die kommunalpolitisch dem Thema gezollte Aufmerksamkeit zeigt sich auch darin, dass für die Aufgabe der integrierten Sozialraumplanung die Stelle von Frau Tauer aufgestockt wurde, um u.a. das seniorenpolitische Gesamtkonzept auf einen neuen Stand zu bringen, das aktuell mit Stand 2010 vorliegt.

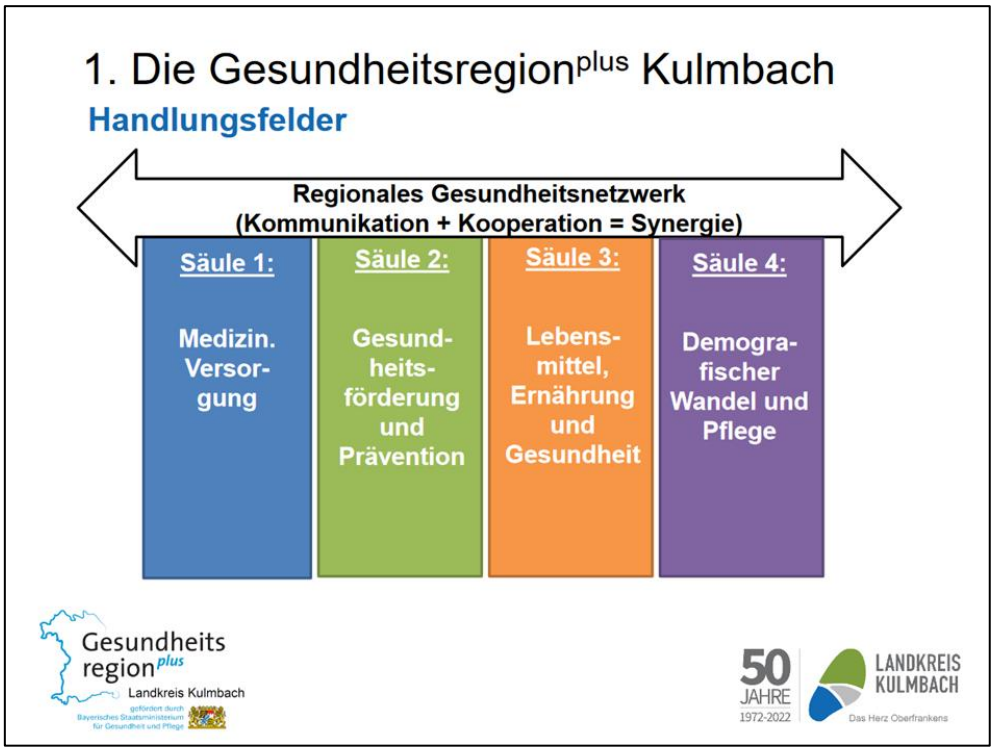


Abb. 37: Handlungsfelder der Gesundheitsregionplus im Landkreis Kulmbach

Aus Sicht der Teilnehmenden am Fachgespräch zeichnet sich der Landkreis Kulmbach durch einen ausgeprägten Familienzusammenhalt aus. Pflegedienste unterstützen diesen. Die meisten stationären Einrichtungen werden von freigemeinnützigen Trägern betrieben. Es zeigt sich auch im Landkreis Kulmbach, dass der Fachkräftemangel die verfügbaren Kapazitäten von stationären, aber auch ambulanten Diensten, reduziert: Nach einer aktuellen Befragung stehen etwa 10 Prozent der Heimplätze leer, überwiegend aufgrund von Personalmangel. Auch gibt es Konzentrationsbewegungen auf dem „Markt" der ambulanten Pflegedienste, von denen einige ebenfalls ihre Kapazitäten zurückfahren mussten. Man bemüht sich aktiv – auch gemeinsam mit den Schulen, die seit langem in einem Ausbildungsverbund zusammenarbeiten – die Attraktivität von Pflegeberufen zu steigern und auch gezielt Zugewanderte für die Ausbildung zu gewinnen. Ihr Anteil unter den Auszubildenden ist in den letzten Jahren gestiegen, liegt aber noch deutlich unter dem Landesschnitt. Mit einer erfolgreichen Veranstaltungstradition der „Nacht der Pflege", die von den Pflegeschulen, der Agentur für Arbeit und dem Kreis durchgeführt wird, werden junge Menschen angesprochen – mit einem sehr „hippen" Programm. In 2024 ist eine interkulturelle „Nacht der Pflege" geplant. Der Landkreis nimmt in diesem Zusammenhang auch teil an einem Pilotprogramm: Migrantinnen und Migranten in Gesundheitsberufen. Man ist konfrontiert mit dem im Wesentlichen berufsdemografischen Ausscheiden von Pflegekräften und versucht ihn zu kompensieren, was leidlich gelänge. „Viel mehr Schwund darf nicht sein", so lautete eine der Aussagen. Das aktuelle und in der Zukunft noch

bedeutsamer werdende Problem des Fachkräftemangels ist eine der großen Herausforderungen – auch im Landkreis Kulmbach.

Herr Oetter von der FQA beobachtet bei seinen Heimbegehungen, dass doch vergleichsweise viele Bürgerinnen und Bürger in Heimen leben, die lediglich über den Pflegegrad 2 verfügen. Bauliche Standards, fehlende Barrierefreiheit, aber auch der Rückgang der Kräfte und Kapazitäten pflegender Angehöriger seien mit verantwortlich dafür, dass es eher zu sozial indizierten Heimaufnahmen komme. Es gäbe das Potenzial, die Heimquote weiter abzusenken. Fehlbelegungen von Heimen aus Krankenhäusern – Entlassungsdruck in den Klinken, fehlendes Entlassmanagement – wurden nicht als besonders relevante Problemlage beschrieben. Man bemüht sich um eine qualifizierte Überleitung, hat in diesem Zusammenhang auch an einer Studie teilgenommen, die die Stärken und Schwächen der Überleitung aus dem klinischen Sektor zum Gegenstand hatte. Über explizite Care und Case Management-Strukturen in der Langezeitpflege verfügt der Landkreis nicht. Auch ein Pflegestützpunkt ist im Landkreis nicht ansässig. Wichtiges Austausch- und Koordinationsgremium im Sinne des Care Managements sei das *Gesundheitsforum* der Gesundheitsregion^{plus}. Hier arbeiten auch einige Kassen mit, vornehmlich die AOK. Von der Pflegberatung anderer Kassen, auch von compass, der Pflegeberatung der privaten Pflegeversicherungsunternehmen, bekomme man kaum etwas mit: Eine Koordination der Pflegeberatung und ein konsequenter und regelhafter Rückbezug auf den Landkreis fände hier nicht statt. Als sehr aktiv, auch innerhalb des Landkreises, nimmt man die Fachstelle für Demenz und Pflege Oberfranken wahr.

Recht intensiv und durchaus beeindruckend sind die Bemühungen und Aktivitäten des Landkreises, die kreisangehörigen Gemeinden in ihrer Sorgefähigkeit zu unterstützen. So geht man auf die Gemeinden zu, stärkt ihre Eigenverantwortung, berät sie etwa hinsichtlich des Erhalts von Arztsitzen. Seniorenbeauftragte finden sich in allen Gemeinden – und werden geschult. Sie sind ein wichtiger Teil einer örtlichen Sorgestruktur. So zeichnet sich der Landkreis, in dem „man sich kennt“, durch vielfältige Projekte und Aktivitäten aus. Man hat das *Forum Gesundheit* um Fragen der Demografie und Pflege erweitert und nutzt bestehende Netzwerkstrukturen, um sie auch auf das wichtiger werdende Thema Langzeitpflege zu beziehen. Man weiß sich hier gut unterstützt vom Landkreis und auch von den Kreistagsmitgliedern.

Die Performance der kreisangehörigen Gemeinden ist unterschiedlich, sie erkennen aber immer mehr die Bedeutung des Themas und werden durch Vortragsveranstaltung, Workshops und unterschiedliche Informationsformate sensibilisiert. Genutzt wird der fachliche Input des Demografie-Kompetenzzentrum Oberfranken. Man beteiligt sich am Partnerprozess „Gesundheit für alle“, um auf diese Weise auch den gern vernachlässigten Fragen der sozialen Ungleichheit zu widmen, sie mitzureflektieren und planerisch einzubeziehen. Eine Reihe von Gemeinden setzen vielfältige Aktivtäten auch mit Bezug auf die Lebenslagen von Älteren um. Hierzu gehören etwa mehrere Initiativen zur organisierten Nachbarschaftshilfe oder in einer Region das Modell einer Gemeindeschwester**.** Im Landkreis sind zwei Mehrgenerationenhäuser (in Kulmbach und in Mainleus) ansässig und setzen mit ihren Angeboten positive Impulse.

Als Projekt des Landkreises (in Zusammenarbeit mit der Regionalinitiative Oberfranken Offensiv) gibt es aktuell 16 ausgebildete "Kulturpatinnen und Kulturpaten", die Seniorinnen und Senioren („Kulturgäste“) zu Kultur- und Alltagsveranstaltungen begleiten. Darüber hinaus ist eine Gruppe Kulturschaffender sehr aktiv und tourt mit seniorengerechten Kulturveranstaltungen

in Seniorenheimen und bei Tagespflegeeinrichtungen. Beide Initiativen laufen unter dem Dach des Koordinierungszentrums Bürgerschaftliches Engagement (KoBE) des Landkreises.

Als regionale Versorgungsdesiderate wurde insbesondere der Personalmangel benannt. Hinsichtlich einer bedarfsgerechten Infrastruktur fehlt es vor allem an bedarfsgerechten Kurzzeitpflegeplätzen. Im Programm „Fix plus X“ stehen zwölf Plätze zur Verfügung, die allerdings den Bedarf nicht decken. Eingestreute Kurzeitpflege sei in der angespannten Nachfragesituation faktisch nicht verfügbar. Ein besonderer, häufig unterschätzter und übersehener Bedarf, der kaum gedeckt werden kann, liegt in dem Bereich der Haushaltshilfen. Auch für die Angebote gemäß § 45b SGB XI fehlt es an Angeboten. Die Standards für die Helferinnen und Helfer seien zu hoch und abschreckend. An niederschwelligen, leicht zugänglichen Unterstützungsformen fehlt es durchweg. Die Ehrenamtskoordinatorin beobachtet eine zunehmende Nachfrage nach ehrenamtlicher Unterstützung in diese Richtung. Differenziert sieht sie die Entwicklung hin zu immer weiter monetarisierten Formen des Ehrenamtes, auch angesichts der Bedarfssituation in der hauswirtschaftlichen Unterstützung. Damit drohe das bürgerschaftliche Engagement sein Profil als unentgeltliche Tätigkeit zu verlieren. Insgesamt gilt auch für den Landkreis Kulmbach, dass mitnichten alle Rechtsansprüche, die die Pflegeversicherung vermittelt, im Landkreis eingelöst werden können. Welche Rolle Live-Ins, osteuropäische Haushaltshilfen, spielen, konnte nicht beziffert werden. Sie gibt es. Einer der Pflegedienste vermittelt osteuropäische Haushaltshilfen auf der Basis von „Touristenvisa“. Es sei eine Grauzone, die kein Gegenstand kommunalpolitscher und fachlicher Befassung im Landkreis sei.

Dort wo Menschen einen besonderen Hilfebedarf aufweisen, steht gegebenenfalls der Allgemeine Sozialdienst des Gesundheitsamtes aber auch die Betreuungsbehörde zur Verfügung. Einen zahlenmäßig relevanten Handlungsbedarf sieht man in erwachsenenschutz-rechtlich relevanten Konstellationen eher nicht. In Einzelfällen, die es durchaus gibt – oft im Zusammenhang mit Alkoholabusus aber auch Überforderungssituation von Familien – nutzt man fallbezogene Netzwerke vom Hausarzt über die Nachbarschaft, Polizei bis hin eben zur Betreuungsbehörde.

Angebote der Altenhilfe i.S.d. § 71 SGB XII werden im Landkreis relativ wenig vorgehalten – weder infrastrukturell noch als Einzelleistung. Hier gäbe es Potenzial – nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Prävention und im vorpflegerischen Bereich. Der Landkreis Kulmbach hat einen Konsolidierungshaushalt. Insofern ist man fiskalisch bemüht, Ausgabenausweitungen zu vermeiden. Die Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege liegt beim Bezirk. Über die Gewährungspraxis in der häuslichen Pflege, über die der Bezirk seinerseits berät, ist wenig bekannt.

Was die Ausbildungssituation von Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern anbelangt, ist man mit zwei Schulen – eine an das Klinikum angeschlossen, eine Schule des BRK-Kreisverbandes Kulmbach – recht gut ausgestattet. Es gebe offene (Ausbildungs-)Stellen. Auch aus diesem Grund habe man Konzepte wie das der Pflegenacht entwickelt. Dass es grundlegende und durchgreifende Probleme bei der Gewinnung von Schülerinnen und Schülern gibt, sei nicht bekannt. Man bemüht sich aktiv und verstärkt darum, Zugewanderte, auch Geflüchtete, mit für Pflege- und soziale Berufe zu interessieren und gesonderte Angebote für sie zu machen. Hier arbeite man mit der kommunalen Integrationslotsin zusammen. Willkommenskultur ist gefragt, Kennenlerntouren durch den Landkreis sind im Rahmen eines Pilotierungsprojekts "Migrantinnen und Migranten für Gesundheitsberufe" geplant. Wohnungsangebote müssten

vorgehalten werden. Nur so könne der Landkreis auch für Zugewanderte als Lebens- und Arbeitsort interessant werden. Ansonsten streben Zugewanderte in die urbanen Ballungsgebiete.

Gefragt nach Good Practice wurden noch die sogenannten *MuT-Punkte* (**M**edien **u**nd **T**echnik) angeführt. Der Landkreis Kulmbach nimmt am Modellprogramm "Digital mit 60+" des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit & Soziales teil, durch das bislang neun Anlaufstellen – sogenannte MuT-Punkte – im Landkreis Kulmbach eingerichtet werden konnten. In den MuT-Punkten werden für alle Interessierten ab 60 Jahren kostenfreie Mediensprechstunden und verschiedenste themenspezifische Kurse rund um Smartphone, Laptop, Tablet etc. angeboten.

Der Landkreis Kulmbach sieht die Herausforderungen des demografischen Wandels und bemüht sich um neue Wege, zu denen etwa auch der Auf- bzw. Ausbau von Nachbarschaftshilfeinitiativen bzw. Pflegegenossenschaften oder gemeinwirtschaftlicher Unternehmen gehören, die den Weg, zukunftsfähige Antworten auf den steigenden Pflegebedarf zu finden, weisen könnten. Weiterhin ist geplant, das Themenfeld "Pflege bei Menschen mit Behinderung" über den Arbeitskreis "Inklusion" und den Arbeitskreis "Demografischer Wandel und Pflege" der Gesundheitsregion^{plus} zu fokussieren und im Rahmen von Fachveranstaltungen respektive Workshops zu thematisieren. Insbesondere Herr Grau steht für diese neuen Ansätze und steht im intensiven Austausch mit dem Bayerischen Landkreistag. Ohne Innovationen wird man den künftigen Herausforderungen nicht erfolgreich begegnen.

Landkreis Landsberg am Lech

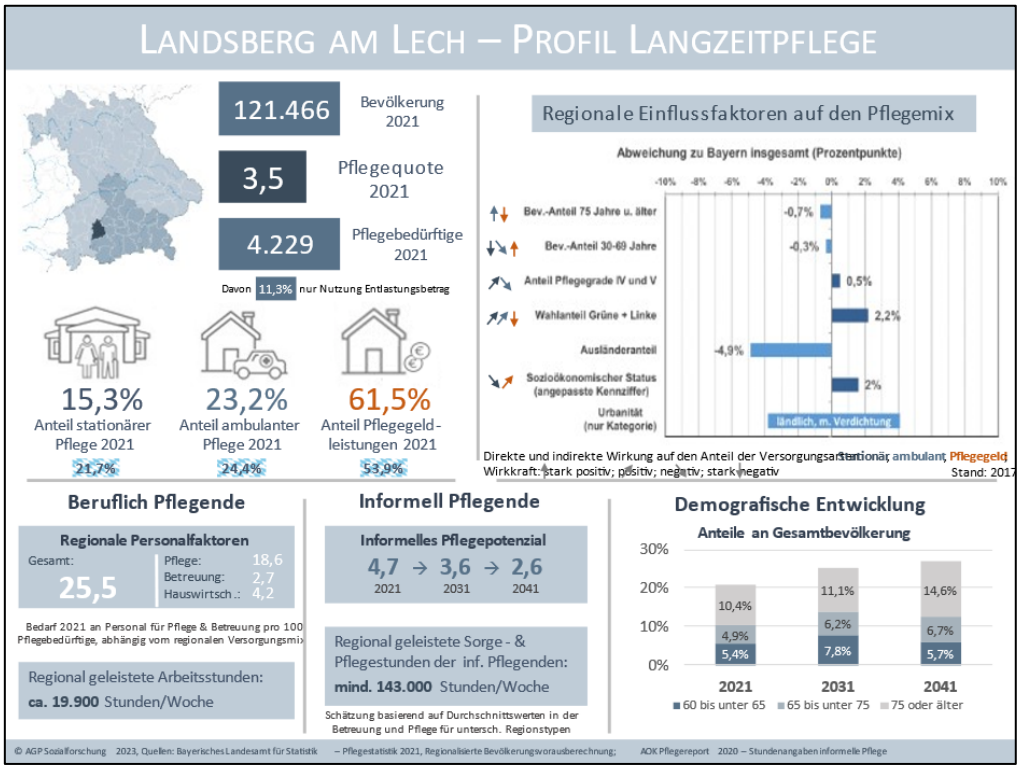


Abb. 38: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Landsberg am Lech

Der Landkreis Landsberg am Lech ist ein ländlich geprägter Flächenlandkreis am Rande des Bezirkes Oberbayern. Das Profil Langzeitpflege weist ihn als einen der Landkreise mit einem überdurchschnittlichen Anteil an selbstorganisierten Pflegearrangements aus: 61,5 Prozent. Dem gegenüber ist der Anteil stationärer Pflege mit 15,3 Prozent deutlich niedriger als im Durchschnitt des Freistaates Bayern (21,0 Prozent). Dieser Befund ist den für die Seniorinnen und Senioren und Pflegefragen im Landkreis zuständigen Kolleginnen und Kollegen bekannt. Gleichwohl unterstreicht das Kreisprofil noch einmal die Besonderheit des Landkreises. Es wirft zugleich eine Reihe von Fragen auf. Zu ihnen gehört die Frage nach den Hintergründen der hohen Pflegegeldanteile. Sicherlich, so die Expertinnen und Experten aus dem Landkreis, spielt die ländliche Prägung eine vergleichsweise große Rolle. Es kann aber auch mit einer nur begrenzt und nicht bedarfsgerecht ausgebauten pflegerischen Infrastruktur zu tun haben. Das gilt insbesondere für den doch vergleichsweise geringen Anteil stationär Versorgter, der in 2023 noch einmal zurückgegangen sein dürfte, da nach den im Landkreis nach Schätzungen etwa 10 Prozent der Heimplätze aufgrund von Personalmangel nicht belegt werden können. Die Zahl der im Rahmen informeller Sorgeaufgaben geleisteten Stunden pro Woche sind auch für die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner beeindruckend und wurden bislang so nicht systematisch wahrgenommen. Auch macht das Profil deutlich, mit welchen Entwicklungen sich der Landkreis konfrontiert sieht: Die Zahl der Älteren nimmt zu, das informelle Pflegepotential deutlich ab. Gerade hierin liegen besondere Herausforderungen für die Pflege- und Seniorenpolitik des Landkreises.

Der im „Angestellten-Modell“ eingerichtete Pflegestützpunkt übernimmt wichtige und zentrale Aufgaben im Bereich Pflege- und Seniorenberatung des Landkreises. Herr Rais-Parsi ist verantwortlich für das seniorenpolitische Gesamtkonzept des Landkreises, das 2010 vorgelegt und 2019 fortgeschrieben und weiterentwickelt wurde. Neben den Mitarbeitenden aus dem Pflegestützpunkt ist ein wesentlicher Akteur die Gesundheitsregion^{plus} und dort Frau Birkhold, die die Schnittstelle zur gesundheitlichen Versorgung mit bedient und insofern eine wichtige Kooperations- und Gesprächspartnerin ist. Den Landkreis zeichnet aus, dass er kommunalwirtschaftlich sowohl im Krankenhaussektor als auch im Pflegeheimsektor aktiv ist: Zwei Seniorenheime werden vom Kreis betrieben. Man setzt auf gemein- und quartiersbezogene Ansätze entweder in Methodik des Quartiers- oder auch „Seniorenmanagements“. Hier - in den örtlichen Ansätzen - liegt die Perspektive für die Antworten auf den zukünftigen Pflegebedarf, für den nachbarschaftliche, aber auch zivilgesellschaftliche Strukturen im Sinne von sorgenden Gemeinschaften und Sorgenetzwerken an Bedeutung gewinnen.

Heimübertritte gibt es selbstverständlich auch im Landkreis – die Zahl von 15,3 Prozent Anteil stationär Versorgter ist insofern trügerisch, als in der Pflegebedürftigkeitskarriere bei den Frauen im Bundesdurchschnitt 50 Prozent und bei den Männern knapp 40 Prozent zumindest eine kurze Zeit im Pflegeheim leben. Heimübertritte werden sowohl in der nachklinischen Versorgung als vor allen Dingen auch für Menschen mit Demenz und Menschen mit schwerer Pflegebedürftigkeit und einem wenig belastbaren sozialen Netz erforderlich. Von einem systematischen Übergangsmanagement aus den Krankenhäusern kann im Landkreis nicht gesprochen werden. Der Pflegestützpunkt erfährt meist über die Angehörigen von (geplanten) Entlassungen aus dem Krankenhaus, wenn sie mit Fragen der ambulanten und stationären Weiterversorgung auf den Pflegestützpunkt zukommen. Hier ließe sich sicher durch eine intensivere und strategischer ausgerichtete Case Management-basierte Kooperation einiges an Schnittstellenproblemen aufgreifen und lösen. Nicht nur, weil im Landkreis vergleichsweise

wenige Heimplätze zur Verfügung stehen, sondern auch aus konzeptionellen Gründen werden ambulant betreute Wohngemeinschaften, von denen es drei im Landkreis gibt, in der Bevölkerung zunehmend präferiert bzw. in den Beratungen nachgefragt. Bisher spielen sie allerdings unter Versorgungsgesichtspunkten kaum eine Rolle. Eine der Wohngemeinschaften betreibt außerklinische Intensivpflege, zwei WGs konzentrieren sich auf Menschen mit Demenz. Probleme in der Sozialhilfegewährung durch den Bezirk sind nicht bekannt. Der Nachfrageüberhang nach Heimplätzen führt dazu, dass es letztlich keine örtlichen Einzugsbereiche (mehr) für Heime gibt. Man ist bereit, alle Heime im Landkreis zu nutzen, so sie denn freie Plätze haben. Der Versuch, trägerübergreifend eine digitale Plattform mit freien Heimplätzen einzurichten, ist bislang gescheitert. Absprachen mit Pflegediensten über Einzugsbereiche wurden geführt – allerdings ebenfalls ohne Ergebnis. Nur sehr kleine ambulante Dienste weisen faktisch einen örtlich begrenzten Einzugsbereich auf. Landrat Eichinger ist ein mit einer besonderen sozial- und pflegepolitischen Expertise ausgestatteter Landrat, der dem Thema besonders Gewicht gibt und auch auf der Ebene des bayerischen Landkreistages seine Sprecherfunktion für die Themen wahrnimmt.

Ausdruck der kommunalpolitischen Bedeutung, die dem Thema Pflege zugemessen wird, ist auch die Bestellung des pensionierten Sozialgerontologen Herrn Püttner als Pflegebeauftragten durch den Kreistag. Als solcher übernimmt er eine Art Anwaltschaft für das Thema, ist Bindeglied zwischen Akteuren im Pflege- bzw. Gesundheitswesen und politischen Mandatsträgern und versieht eine Reihe von wichtigen Funktionen in den Gremien und Aufsichtsräten des Landkreises. Auf der Ebene, der in die Verantwortung des Landkreises fallenden Sozialleistungen etwa gemäß §§ 70,71 SGB XII, gibt es kein strukturiertes Angebot, das nach außen kommuniziert würde. Einzelleistungen gem. § 71 SGB XII sind nicht bekannt, Einzelfälle gibt es im Bereich der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes. Damit kommt zum Ausdruck, dass den insbesondere vorpflegerischen Angeboten für einkommensschwache Personen – wie in den meisten Landkreisen in Bayern – keine besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Beratungsangebote werden regelmäßig durch den für die Leistung der Hilfe zur Pflege zuständigen Bezirke auch vor Ort gemacht.

Ein wichtiges Vernetzungsgremium im Themenfeld Pflege ist das sogenannte PflegeNetz im Landkreis. Hier sind alle wesentlichen Akteure vertreten, ähnlich den Pflegekonferenzen in anderen Bundesländern. Es gibt regelmäßige Treffen, in denen auch die freiwillig mitwirkenden Krankenkassen, insbesondere die AOK, Präsenz zeigen. Ansonsten handelt es sich bei dem Pflegenetzwerk um einen Zusammenschluss des im Landkreis Verantwortlichen mit den Leistungserbringern aber auch zivilgesellschaftlichen Akteuren. Im Pflegenetzwerk werden Kooperations- und Koordinationsfragen ebenso aufgeworfen wie Fragen von Versorgungslücken, die immer deutlicher hervortreten. Arbeitsgruppen befassen sich u. a. mit folgenden Themen:

- Demenz in der Kommune
- Hospiz- und Palliativversorgung
- Pflegeausbildung und Fachkräftegewinnung
- Sorgende Gemeinschaften
- Schnittstellen und Vernetzung

Die 17 ambulanten Pflegedienste sind nicht in der Lage alle Anfragen in einer annähernd bedarfsdeckenden Weise zu beantworten. Ein systematisches Wissen über abgelehnte Einsätze

oder die Neuaufnahmen von Klientinnen und Klienten liegt nicht vor. Im stationären Bereich geht man davon aus, dass die Heime durchschnittlich etwa 50 Personen auf ihrer Warteliste haben. Manche Einrichtungen führen keine Warteliste mehr. Ein landkreisübergreifendes Belegungsmanagement gibt es ebenso wenig wie ein digital gestütztes Informationssystem.

Als Einrichtung der Kurzzeitpflege ist im Landkreis eine solitäre mit 16 Plätzen vorhanden, deren Kapazitäten allerdings auch von anderen angrenzenden Landkreisen „mitgenutzt" werden, zum Beispiel aus Garmisch-Patenkirchen. Hier geht man davon aus, dass die Belegung etwa zur Hälfte für Konstellationen der Urlaubspflege und zur anderen Hälfte im Rahmen der Entlassungen aus den Kliniken erfolgt. Die solitäre Kurzzeitpflege rechnet sich kaum, wird aber in einer gewerblichen Trägerschaft trotzdem betrieben – im Verbund mit Tagespflegepflege und Wohngemeinschaft. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze stehen faktisch nicht zur Verfügung – bis auf drei Plätze in dem Programm *Fix plus X,* einem mit Landesmitteln geförderten Projektes, das von einem der Kreisseniorenheime umgesetzt wird.

Nachtpflegeplätze sind im Landkreis nicht verfügbar, Tagespflegeangebote weiten sich aus, werden allerdings noch nicht in der Weise nachgefragt, wie dies wünschenswert und auch unter dem Gesichtspunkt der Nutzung und Belegung erforderlich wäre, um Tagespflegeeinrichtungen auch betriebswirtschaftlich solide finanzieren zu können. Dies hängt auch mit kulturellen Fragen der Akzeptanz außerhäuslicher Versorgung zusammen.

Die Care und Case Management-Strukturen im Landkreis Landsberg am Lech sind durchaus ausbaufähig. Der Pflegestützpunkt arbeitet im Wesentlichen im Care Management. Es gibt mit der Zeit deutlich mehr Case Management-Aktivitäten auch auf der Gemeindeebene. Eine Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung erfolgt im Wesentlichen mit der AOK und compass. Hier wird von einer recht unkomplizierten und agilen Kooperation gesprochen. Bezogen auf die anderen Kassen könne das nicht in gleicher Weise berichtet werden. Eine Zusammenarbeit wird auch mit dem sozialpsychiatrischen Dienst und mit Pflegefachkräften gepflegt, die Beratungsbesuche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI übernehmen. Eine direkte Kooperation mit dem Medizinischen Dienst findet nicht statt. Ein Desiderat liege vor allen Dingen in einem fehlenden systematischen Case Management in den Krankenhäusern und einer aufeinander bezogenen systematischen Zusammenarbeit.

Hinsichtlich der Ausbildungskapazitäten für Pflegekräfte respektive Gesundheits- und Pflegeassistenzkräfte bzw. Pflegehilfskräfte steht der Landkreis Landsberg am Lech recht gut da. Zwei Schulen sind im Landkreis beheimatet. Eine davon in privater Trägerschaft wirkt auch überregional und arbeitet systematisch mit Zugewanderten zusammen – etwa aus Albanien und China. Die Absolventinnen und Absolventen werden dann zum Teil auch in andere Bundesländer vermittelt, etwa nach Hessen. Aktuell wird eine Klasse für die generalistische Pflegeausbildung und eine Klasse für Pflegehilfskräfte geführt. Die Klinik verfügt über 80 Ausbildungsplätze und plant einen Neubau für die Schule. Gleichzeitig wird auch, bezogen auf die Ausbildungssituation an der der Klinik angegliederten Schule, über eine zurückgehende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen berichtet. Die generalistische Pflegeausbildung ist nicht für alle gleich attraktiv. Insofern ist man durchaus in Sorge, künftig genügend Auszubildende für Pflegefachberufe aber auch für Pflegeassistenzberufe im Landkreis aufweisen zu können.

Man bemüht sich im Landkreis über die Quartierspflegeansätze, in denen Bürgerinnen und Bürger in Basisqualifikationen für pflegerische Aufgaben geschult werden, diese für weitergehende Pflegeausbildungen und -qualifikationen zu interessieren. Besonders hervorzuheben ist ein Rückkehrerprogramm, das als Modellprojekt gefördert wird: „#DubistPflege". Immerhin ein Drittel der angesprochenen Pflegekräfte, die nicht mehr im Pflegeberuf tätig sind, zeigten sich interessiert. Partnerschaften mit Städten im Ausland, aus denen Zuwanderer systematisch angesprochen und gesucht werden, gibt es bislang nicht. Allerdings wendet man sich besonderen Zuwanderungsgruppen zu, wie etwa Geflüchteten aus der Ukraine, und versucht sie für pflegerische Ausbildungen zu gewinnen.

Die Zukunft der Sorge und Pflege liegt, so die übereinstimmende Einschätzung der Expertinnen und Experten, in gemischten Hilfenetzwerken, im Hilfemix. Sorgenetzwerke, sorgende Gemeinschaften, sie seien die Zukunft für die Pflege. Hier gelte es zu investieren – abgesichert durch örtliche Gemeinwesenarbeits- und Case Management-Ansätze. In diesem Zusammenhang wird einerseits anerkannt, dass die Landesregierung das Thema aufgegriffen hätte, wünscht sich aber eine noch stärkere Unterstützung des Freistaates Bayern.

Der Fokus auf Hilfenetzwerke vor Ort war im Seniorenpolitischen Gesamtkonzept von 2009 (Landkreis Landsberg am Lech 2009) zumindest in Ansätzen angelegt – so beispielsweise im Handlungsfeld Wohnen, in dem neben dem Leitgedanken: „Daheim ist Daheim – bei guter Lebensqualität im vertrauten Umfeld. Geben und Nehmen ist Lebensqualität zu Hause" (ebd., S. 27) auch Formen des Hilfemixes im Vorfeld der Pflege als Good Practice beschrieben werden, wie bspw. das Projekt „LISA Betreutes Wohnen zu Hause" (ebd. S. 31). Auch die Empfehlung zum Thema Wohnen bei Pflegebedarf geht in diese Richtung: „Ausbau von kleinteiligen Wohn- und Pflegeangeboten wie ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder kleinen örtlich orientierten Pflegeheimen" (ebd., S. XX). Im Rahmen der Fortschreibung des SPGK 2019 (Landkreis Landsberg am Lech 2019) wurden die Themen Hilfemix und Sorgende Gemeinschaften stärker in den Vordergrund gerückt. Zudem wurden 2019 insbesondere die zwei Aspekte „Versorgung von Menschen mit Demenz" sowie „Altersarmut" als zentrale neue Handlungsfelder ergänzt und zahlreiche Maßnahmen beschrieben. Im Bereich „Demenz" wurden bereits einige Maßnahmen vor Erstellung der Aktualisierung umgesetzt, wie die Schulung von ehrenamtlich tätigen Personen für den Umgang mit Menschen mit Demenz. Das Thema Personalmangel war im Bericht von 2010 nur ein untergeordnetes Thema. Einer Abfrage bei Anbietern zufolge hatten diese im stationären Bereich keine Schwierigkeiten geeignetes Personal zu finden. Die ambulanten Dienste berichteten allerdings schon teilweise über Personalmangel. Der Bericht 2019 benennt den Personalmangel in der Pflege als eine zentrale und aktuelle Herausforderung und greift zur Illustrierung für die zukünftige Bedeutsamkeit des Themas auf die kleinräumigen Modellrechnungen von Rothgang et al. für die Bertelsmann Stiftung zurück. Demnach würden im Landkreis Landsberg am Lech im Jahr 2030 rein rechnerisch in der Pflege Personal in der Höhe von fast 420 Vollzeitäquivalenten fehlen. Der Personalmangel wird in der Fortschreibung des SPGK sodann direkt und indirekt in unterschiedlichen Maßnahmen aufgegriffen, u. a. in Ausbildungsinitiativen zur Bewerbung des Pflegeberufs.

Indikator	Landkreis Landsberg am Lech (2030)
Versorgungslücke ambulante Pflege (Anzahl)	117,5
Versorgungslücke stationäre Pflege (Anzahl)	301,6
Gesamt	419,1

Tabelle 23: Versorgungslücken bei den Pflegekräften 2013 bis 2030 (eigene Darstellung nach Daten der Bertelsmann Stiftung (2018c))

Abb. 39: Auszug aus der 1. Fortschreibung SPGK Landkreis Landsberg am Lech 2019, S. 17: Prognose Personalmangel

Ohne osteuropäische Haushalts- und Betreuungshilfen, ohne Live-Ins würde auch im Landkreis Landsberg am Lech die Versorgungssituation zu kollabieren drohen. Der Informationsbedarf in dieser Thematik ist sehr hoch, der Pflegestützpunkt berät dazu umfassend, auch im Hinblick auf die bekannte Legalitätsproblematik. Die fast durchgängig mit Legalitätsdefiziten ausgestatteten Pflegearrangements mit osteuropäischen Haushaltshilfen stellen aber auch im Landkreis Landsberg am Lech faktisch eine bedeutsame Säule der Versorgung dar, die wahrscheinlich auch in der Zukunft eine wichtige Rolle spielen wird.

Landkreis Rosenheim

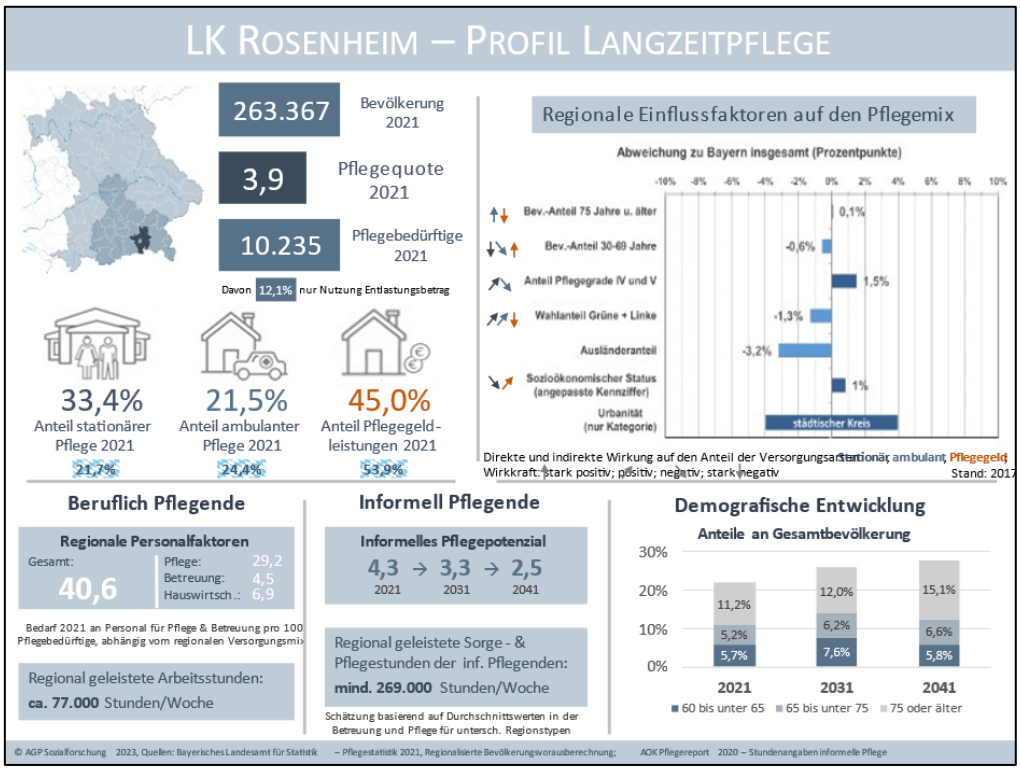


Abb. 40: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Rosenheim

Der Landkreis Rosenheim mit seinen knapp 265.000 Einwohnern weist ein besonderes Profil in der Langzeitpflege auf: Es ist der Landkreis Bayerns mit der höchsten Heimquote. Sie betrug 2021 33,4 Prozent (gegenüber 41,1 Prozent 2017). Gleichzeitig fällt der Anteil der selbstorganisierten Pflegearrangements vergleichsweise gering aus: Er liegt bei 45 Prozent gegenüber dem Landesdurchschnitt von 53,9 Prozent.

Für diese Besonderheiten haben der für die Pflegeplanung zuständige Sozialplaner Jürgen Laupheimer sowie die Gruppenleiterin des Pflegestützpunktes Nicole Hübel Erklärungen parat. Zum einen gibt es im Landkreis traditionell eine große Zahl von Pflege- und Betreuungseinrichtungen: 46 mit insgesamt 3.386 Plätzen (Stand 21.12.2023). Das Angebot schafft sich auch seine Nachfrage – viele verfügbare stationäre Pflegeplätze führen gemeinhin auch zu hoher Inanspruchnahme. Dabei spielt eine Rolle, dass der Landkreis ein Zuzugskreis ist, gerade für ältere Menschen, die früher dort Urlaub gemacht haben und nun ihren Lebensabend im Voralpenland verbringen. Die „Fremdbelegung" ist im Landkreis vergleichsweise hoch. Gleichzeitig zeigt sich auch im Landkreis Rosenheim die allgemein zu beobachtende Dynamik: Der Anteil der stationären Pflegearrangements geht zurück, die pflegegeldbasierten Arrangements nehmen zu.

Der Landkreis nimmt die ihm übertragenden Aufgaben einer Pflegebedarfsplanung und der Erstellung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes sehr aktiv und differenziert wahr. Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept aus dem Jahr 2011 wurde 2016/2017 mit einem umfassenden Prozess fortgeschrieben und 2022 wurde eine detaillierte Pflegebedarfsprognose für den Landkreis erstellt. Zentral in den Vordergrund gestellt wurde in der Fortschreibung des Jahres 2017 die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und wohnortnahen Betreuungs- und Pflegeangebotes. So heißt es im Fazit: „Es hat sich erneut gezeigt, dass das Wohnen und die selbstbestimmte Lebensführung ein zentrales Handlungsfeld der zukünftigen Seniorenhilfe ist. Dazu muss ausreichend altersgerechter und bezahlbarer Wohnraum zu Verfügung stehen." (Landkreis Rosenheim 2017, S. 74)

Zielsetzungen	Maßnahmen / Empfehlungen 2011	Entwicklung und aktueller Sachstand	Maßnahmen / Empfehlungen 1. Fortschreibung
Sicherstellung eines bedarfsgerechten und wohnortnahen Betreuungs- und Pflegeangebots	Das bedarfsgerechte Angebot an ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege im Landkreis wird erhalten.	weiterhin sichergestellt. Ausbau der Tagespflege und Tagesbetreuung erfolgt.	Dauerhaft sicherstellen. Neuauflage einer Pflegebedarfsermittlung 2020
	Das Angebot an niedrigschwelligen Hilfen wird erhalten und gegebenenfalls bedarfsgerecht ausgebaut.	Erhalt und Ausbau erfolgt	dauerhaft sicherstellen
	Dem steigenden Fachkräftemangel in der Pflege wird entschlossen begegnet.	auf Landkreisebene nicht erfolgt	Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ergreifen: siehe oben
Erhalt und Stärkung des Beratungsangebotes	siehe Handlungsfeld "Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit"		
Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger	siehe Handlungsfeld "Unterstützung pflegender Angehöriger"		
Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements	siehe Handlungsfeld "Bürgerschaftliches Engagement"		
Förderung der Prävention	siehe Handlungsfeld "Präventive Angebote"		

Abb. 41: Auszug 1. Fortschreibung SPGK Landkreis Rosenheim 2017, S. 73: Beurteilung der Entwicklung seit 2011

Die Expertinnen und Experten vor Ort sehen durchaus Effekte dieser Planungsaktivitäten hinsichtlich der Infrastrukturentwicklung und der Verteilung der Pflegearrangements. Dabei spielt der Pflegestützpunkt eine wichtige Rolle. Auch in den im obigen Auszug aus der 1. Fortschreibung genannten Bereichen mit Zielsetzungen wurden in allen Bereichen, zumindest in Teilen, über positive Entwicklungen berichtet.

Der Pflegestützpunkt wird gemeinsam mit der Stadt Rosenheim unterhalten und verfügt über 5,36 Vollzeitstellen. Die Kommunalpolitik sah die Notwendigkeit, den Pflegestützpunkt als „freiwillige Aufgabe“ zu installieren. Der Bezirk Oberbayern hat seinerseits darauf hingewirkt, gleichwohl brauchte es des kommunalpolitischen Willens, eine solche Care und Case Management-Institution im Landkreis zu verankern. Der Pflegestützpunkt nimmt vielfältige Aufgaben der Vernetzung, aber auch der individuellen Beratung wahr, er macht Hausbesuche und arbeitet an den entscheidenden Schnittstellen zur Krankenhausentlassung mit anderen Sozialdiensten zusammen. Besonders ausgeprägt ist die Kooperation mit der AOK, aber auch der Pflegeberatung compass, der privaten Pflegeversicherung. Die Pflegeberatung anderer Pflegekassen findet oft nicht ausreichend statt. Die Arbeit des Pflegestützpunktes trägt durchaus zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements bei. Auf der Planungsebene wird viel in die Beratung der Gemeinden investiert. Nicht jede der 46 kreisangehörigen Gemeinden nimmt sich des Themas Pflege und Senioren ausreichend aktiv an. Auch hier versucht man Überzeugungsarbeit zu leisten und hat die Hoffnung, dass die guten Ideen aus der Pflegebedarfsplanung auch bei den Gemeinden ankommen und sie dort aufgenommen werden. Programmatisch wird das Thema in Bürgermeisterdienstbesprechungen auf die Agenda gesetzt. Geplant ist, die Gemeinden aufzusuchen, mit den jeweiligen Gemeinden über die Notwendigkeiten, aber auch Perspektiven einer Pflegeplanung zu sprechen.

Im Sinne einer gemeindlichen und sozialraumbezogenen Pflege- und Unterstützungsstruktur geschieht im Landkreis eine Menge: Es gibt in allen kreisangehörigen Gemeinden ehrenamtliche Seniorenbeauftragte, eine zum Teil professionelle, zum Teil ehrenamtlich getragene Wohnraumberatung, ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe sowie örtliche Beratungsangebote für „betreutes Wohnen zuhause“. Insofern verfügt – wenn auch nicht in einem Sinne von Sozialraumorientierung, das aus der Jugendhilfe bekannt ist, mit Sozialraumbudgets – der Landkreis über eine durchaus bemerkenswerte Performance in der Unterstützung und dem Aufbau von lokal angesiedelten Strukturen der Unterstützung von auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen, die nach Ansicht von Frau Hübel auch besonders in den Blick zu nehmen sind.

Das Commitment des Landkreises zeigt sich auch in genau diesen mit Personal hinterlegten Aufgabenbereichen von den Pflegestützpunkten über die Gesundheitsregion^{plus} und den darüber hinaus zur Verfügung gestellten Mitteln, die in der Pflegebedarfsplanung und in dem seniorenpolitischen Gesamtkonzept des Landkreises berichtet werden. Die Performance des Landkreises findet nicht in allen Gemeinden eine entsprechende Resonanz. Einige Gemeinden sind nur punktuell, situativ und überwiegend nicht mit einer zukunftsorientierten Strategie beim Thema Pflege unterwegs, auch wenn das Thema immer relevanter wird. Zudem sind einzelne Gemeinden inzwischen damit konfrontiert, dass Träger von Einrichtungen ihre Arbeit einstellen. Eine dauerhafte Bewusstseinsbildung für die Zukunftsfragen der Pflege ist aus Sicht der Interviewpartner erforderlich. Eine kommunale Pflegekonferenz gibt es nicht, dazu sei der

Landkreis auch zu groß. Der Landkreis präferiert regionale und sektorenübergreifende Kooperationsnetzwerke.

Was die von Familien und anderen informellen Netzwerken getragene Pflege anbelangt, ist der Landkreis Rosenheim als ländlich geprägter Landkreis weiterhin auch mit der Dominanz der Familienpflegearrangements konfrontiert. Bei den Zugezogenen zeigt sich typischerweise das Risiko der Netzwerkschwäche: Die Familien sind häufig nicht vor Ort, Nachbarschaften möglicherweise noch nicht in einer Weise gewachsen, wie das in alteingesessenen Familien der Fall ist. Auch fehlt es insgesamt an der Barrierefreiheit von Wohnbeständen. Die örtliche erwerbsfähige Bevölkerung hat mit Vereinbarkeitsfragen von Pflege und Erwerbsarbeit zu tun. Als Antwort auf diese zum Teil strukturellen Probleme wurden betreute Wohnkonzepte entwickelt oder befinden sich in der Entwicklung, in der auch pflegerische Aufgaben mitgewährleistet werden.

Eine zentrale Rolle zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements spielen allerdings auch die Beratung und die Verfügbarkeit von komplementären Einrichtungen wie etwa der Tagespflege. Die Tagespflege ist noch nicht bedarfsgerecht im Landkreis entwickelt, ist allerdings auch mit Zugangsbarrieren konfrontiert, da dieser Art von Entlastungsmaßnahmen noch nicht überall auf Akzeptanz stößt.

Die Stadt und der Landkreis haben auf Initiative der Notfallseelsorge einen Runden Tisch zur Alterswohlgefährdung eingerichtet, an dem z.B. die Rettungsleitstelle, die Polizei, die Kliniken, Beauftragte der Pflege und viele andere Beteiligte mitarbeiten. Ziel des Netzwerkes ist es dabei auch, beim Ausfall von pflegenden Angehörigen kurzfristige Übergangslösungen zu organisieren. Die Zusammenarbeit mit den Kliniken ist vergleichsweise gut. Hier werden auch interessante Konzepte des Entlassmanagement realisiert. Anders als der Landkreis verfügen die Kliniken über Zugang zu Re-Care, eines IT-gestützten Informationssystems über freie Heimplatzressourcen. Allerdings gibt es auch immer wieder Situationen, in denen das mit der Krankenhausentlassung nicht so funktioniert, wie man es sich im Sinne eines guten Care und Case Managements wünschen würde.

Versorgungslücken bestehen insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege. Für Kinder ist eine Kurzzeitpflegeeinrichtung geplant, die aber nicht den üblichen Langzeitpflegepatienten im Blick hat. Nachtpflege gibt es überhaupt nicht. Einen großen Bedarf, so Frau Hübel, liegt im Bereich der niederschwelligen Angebote: hauswirtschaftliche Unterstützung, Entlastungsangebote. Der Zugang zu Pflegediensten ist im Landkreis noch vergleichsweise gut gewährleistet. Die Gesprächspartnerinnen und -partner stimmten der Einschätzung zu, dass 80 Prozent der Pflegeversicherten ihren Entlastungsbetrag gemäß § 43b SGB XI im Landkreis nicht einlösen können. Die hier vorgesehenen Angebote mit ihren obligatorischen Schulungen für die Helferinnen und Helfer sei finanziell nicht attraktiv und würde nicht zu einer Ausbildung entsprechender Infrastruktur vor Ort führen.

Mangel gebe es aber nicht nur in diesen genannten Bereichen, darauf weist der Sozialplaner Herr Laupheimer hin. Mangel gibt es letztlich in allen Bereichen: sowohl in der stationären als auch der teilstationären und ambulanten Versorgung. Auch aus diesen Gründen wird immer wieder auf Live-Ins verwiesen: Bei der Beratung wird darauf geachtet, dass es sich zumindest um zugelassene Dienste nach dem Entsendermodell handelt. Es wird zugestanden, dass die

Arbeitszeitproblematik letztlich in Deutschland kaum zu lösen ist. Ob die Bezirke als Sozialhilfeträger ihrerseits bereit sind, für sozialhilfeberechtigte Personen, denen gegenüber sie einen Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen haben, Live-In-Lösungen mitzufinanzieren, konnte nicht sicher gesagt werden, ist aber Thema von gemeinsamen Beratungen.

Was die Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe anbelangt, sind die Stadt und der Landkreis mit sechs Pflegeschulen recht gut ausgestattet. Die Schulplätze werden gut nachgefragt, Ausbildung für Pflegehilfskräfte respektive Pflegeassistenz sind vorhanden und sollen weiterentwickelt werden. Entgegen dem Landestrend nehmen die Ausbildungszahlen eher zu. Sie könnten noch weiter ausgebaut werden, wenn die Einsätze bei den Trägern der praktischen Ausbildung besser koordiniert wären. Um dieses Ziel zu befördern, wurde ein Ausbildungsverbund in Vereinsform gegründet, der von der Gesundheitsregion^{plus} initiiert wurde.

Mit Blick auf die Zukunft sehen die Interviewpartnerinnen und -partner auch den Bedarf nach strukturellen Reformen. Überlegungen, Begutachtungsaufgaben mit der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten zu verschränken, kommunale Pflegeplanungsinstrumente verbindlicher zu machen, wurden ebenso als tragfähige Perspektiven angesehen, wie eine stärkere Bildungs- und Kulturarbeit: Die Erwartungen, man würde in einer Art Dienstleistungslogik die Fragen der Pflege in der Zukunft bewältigen können, sie sei zu korrigieren: Es werde ohne die Familien, ohne Nachbarschaften, ohne zivilgesellschaftliche Initiativen nicht gehen.

Interessant verwies der Sozialplaner auf die Kontinuität der Pflegenotstände hin. Schon 1973 habe der damalige Landrat im Kreistag darauf hingewiesen, dass es sicherlich keine Probleme geben werde, neue Heime (baulich) zu errichten.[25] Sie würden angesichts des Personalmangels nicht betrieben werden können. Die Situation hat sich seit 1973 deutlich verschärft und wird sich für die Zukunft nochmal zuspitzen. Einige Träger unterhalten enge Kontakte ins Ausland. Eine systematische Zusammenarbeit des Landkreises mit Blick auf transnationale Pflegekräfte gibt es nicht. Einzelne Träger konnten hier aber über bestehende, persönliche Kontakte in nennenswerter Weise Personalressourcen gewinnen.

Zusammenfassung

Bayerns (Langzeit-)Pflegelandschaft ist vielfältig. Das unterstreichen die drei exemplarischen Vertiefungen zum Profil der Langzeitpflege in ausgewählten Landkreisen. Die Landkreise weisen ein sehr unterschiedliches demografisches Profil auf – das erklärt einige Differenzen, aber längst nicht alle. Landkreise verfügen über eine eigene Tradition und Struktur von Angeboten, etwa in der stationären Pflege, die auch die unterschiedlichen Versorgungsquoten in vollstationären Pflegeeinrichtungen zumindest teilweise erklären hilft. Die lange Zeit zur Verfügung stehenden Instrumente der Planung, der Koordination und Innovation vom seniorenpolitischen Gesamtkonzept über Gesundheitsregion^{plus} bis hin zu Fördermaßnahmen wie PflegesoNah und Pflegestützpunkten stoßen in den Landkreisen auf eine sehr unterschiedliche Resonanz. Die Vernetzungsaktivitäten, Strukturen und Traditionen sind unterschiedlich, die kommunalpolitische Unterstützung für das Thema Langzeitpflege differiert ebenfalls. Erkennbar wird aber überall ein intensives Ringen um das Thema Langzeitpflege – und ebenfalls ein hohes Maß an Kreativität.

Die drei Vertiefungsbeispiele zeigen, wie wichtig es ist, sich jeweils vor Ort mit den Herausforderungen der Pflege einschließlich des Personalbedarfs in der Pflege auseinanderzusetzen.

[25] Oberbayerisches Volksblatt vom 06.04.1973: „Im Landkreis gibt es genug Plätze für alte Leute“

Pflege wird zunehmend zu einem kommunalpolitischen Thema und zu einer Aufgabe, die als eine der Daseinsvorsorge verstanden wird. Zudem wird deutlich, wie die kreisfreien Städte und Landkreise in Bayern voneinander profitieren können, wenn es um Impulse, um Anregungen und um Beispiele guter Praxis geht. Auch diese wurden in den drei Vertiefungsregionen in vielfältiger Weise identifiziert. Das Problembewusstsein ist überall vorhanden: Das Thema Langzeitpflege wird zunehmend zu einem Schicksalsthema für Familien, für Betroffene, für Städte und Gemeinden.

Arbeits- und Beschäftigungsmarkt

Im nachfolgenden Kapitel sollen die Daten zur Beschäftigungssituation in den Pflegeberufen in der zeitlichen Entwicklung und in der sektoriellen Zuordnung vorgestellt werden. Differenziert wird dabei insbesondere die Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege (beides auf dem Niveau von Fachkräften). Einbezogen werden Daten der Dauer der Berufsausübung sowie auch die Vorstellung von Kennzahlen aus dem Ausland angeworbener Pflegekräfte aus Drittstaaten, bzw. die Darstellung der Zulassungen zur Berufsausübung von Pflegekräften aus Drittstaaten.

Zur Analyse wurden Daten der Bundesagentur für Arbeit nach der Klassifikation der Berufe 2010 betrachtet. Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege können hier keine gesonderten Daten vorgelegt werden, da die Klassifikation diese nicht trennt. Die Pflegeassistenz ist in den Datenbeständen der Bundesagentur für Arbeit nur begrenzt nutzbar, da z.B. die Altenpflegehelferinnen und -helfer gemeinsam mit angelernten und ungelernten Kräften kodiert werden und sich eine Differenzierung für Personen mit einer staatlich anerkannten Qualifizierung nicht vornehmen lassen.

Aktuell können Beschäftigungsdaten der Sozialversicherung bis zum Jahr 2022 (Stand Juni) ermittelt werden und erlauben damit erstmalig eine vorläufige Einschätzung bezogen auf die Beschäftigungsentwicklung in der Pflege unter dem Einfluss der Corona-Pandemie.

Für die Einrichtungen liegen sowohl für die Krankenhäuser als auch für die ambulanten Dienste und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen Daten bis 2021 vor. Negative Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Beschäftigungsfähigkeit oder die Beschäftigung in der Pflege insgesamt können dabei in unterschiedlicher Form sichtbar werden. So ist vorstellbar, dass Auswirkungen bestehen in Form von:

- einer Reduzierung der Anzahl der Berufstätigen insgesamt
- einer Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten in einzelnen Sektoren der Versorgung
- einem Anstieg der Anzahl arbeitslos gemeldeter Pflegender
- von Reduzierung des Arbeitsumfangs Pflegender (Erhöhung der Teilzeitquote)

Diese Aspekte sollen unter anderem näher analysiert werden, um (vorläufige) Aussagen tätigen zu können. Denkbar sind jedoch auch längerfristige Entwicklungen oder verzögerte Auswirkungen, die ggf. erst in Folgejahren sichtbar werden können und aktuell nicht darstellbar sind.

GESUNDHEITS- UND (KINDER-)KRANKENPFLEGE UND FACHPFLEGEHILFE

In einem ersten Analyseschritt werden die zentralen Entwicklungen der Gesundheits- und Krankenpflege vorgestellt. Ausgehend von allgemeinen Kennzahlen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Zielberuf, werden Arbeitsmarktreserven, Beschäftigungsumfänge sowie die Dauer und der Beschäftigung und regionale Wanderungen (Pendleranalysen) dargelegt. Ebenso erfolgen Hinweise zur Entwicklung der zugelassenen Pflegekräfte aus Drittstaaten.

Beschäftigung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten werden von der Bundesagentur für Arbeit erfasst. In der nachfolgenden Zeitreihe werden die Entwicklungen seit 2013 aufgenommen, da Kennzahlen zu einer früheren Beschäftigung nicht vorliegen. Insbesondere ist von Interesse, wie die Beschäftigungsentwicklung im Zeitraum der Corona-Pandemie zu beurteilen ist. Der vorliegende Bericht umfasst dabei zwei zusätzliche Jahre (2021 und 2022) im Gegensatz zum ersten Monitoring.

Für Bayern werden zum Juni 2022 insgesamt 121.500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Zielberufen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege geführt[26]. Dies entspricht der Gesamtzahl der Beschäftigten unabhängig vom Sektor der Beschäftigung oder dem Umfang der Beschäftigung. Im Rahmen der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) können keine Differenzierungen zwischen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden und Gesundheits- und Krankenpflegenden vorgenommen werden. Eingeschlossen sind jedoch nicht die Personen, die über Helferqualifizierung verfügen.

Ausgehend vom vorpandemischen Jahr 2019 kann ein Beschäftigungszuwachs beschrieben werden. Lag die Anzahl im Jahr 2019 in Summa bei 117.384, so sind zum Berichtsjahr 2022 insgesamt 4.116 zusätzliche Pflegende in der Zielqualifikation registriert. Diese Entwicklung zeigt sich auch in den Regierungsbezirken in Bayern.

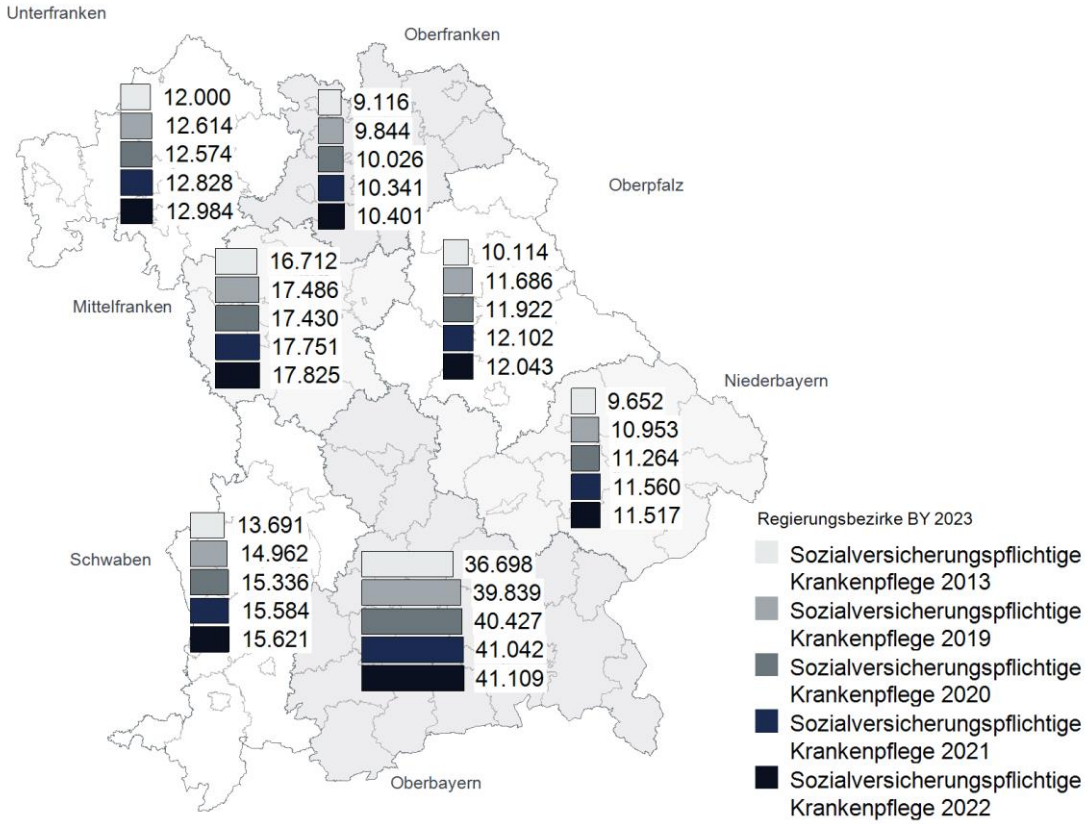


Abb. 42: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2022

[26] Krankenpflege (Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383)

Die Kennzahlen verweisen auf einen überwiegend moderaten Aufwuchs der erfassten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den beiden Berufsklassen in allen Regierungsbezirken, der zwischen 2021 und 2022 eher konstant bleibt. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2013 ergeben sich jedoch deutliche Veränderungen in Höhe von insgesamt 13.517 zusätzlich Beschäftigten.

In der Summe ergeben sich vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zunächst keine Hinweise auf einen sogenannten „Pflexit" im Sinne einer massiven Berufsaufgabe, bzw. im Sinne eines Rückgangs der Beschäftigung als Ganzes. In den weiteren Betrachtungen werden dazu ergänzende Daten betrachtet, um eine Einordnung vornehmen zu können.

Betrachtet man den Bestand der in den Sektoren (für das Jahr 2021) beschäftigten Personen für Bayern, so erlauben die zum Zeitpunkt der Berichterstellung vorliegenden amtlichen Statistiken der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik die nachfolgenden differenzierten Ausweisungen.

EINRICHTUNGEN BERICHTSJAHR 2021	GESUNDHEITS- UND KRANKEN-PFLEGE-HELFE-RINNEN UND -HELFER	GESUNDHEITS- UND KRANKEN-PFLEGENDE	GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKEN-PFLEGENDE
Krankenhäuser 2021* Krankenhäuser 2022	3.613 3.950	71.842 71.089	7.001 8.383
Rehabilitationseinrichtungen 2021 Rehabilitationseinrichtungen 2022	549 557	3.208 3.165	126 136
Ambulante Dienste 2021	2.141	13.224	1.115
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2021	1.899	11.430	450
SUMME	8.202	99.704	8.692
*Nichtärztliches Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern ohne Bundeswehrkrankenhäuser			

Tab. 15: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegeassistenz 2021

In der Binnendifferenzierung der Berufe nimmt die Gesundheits- und Krankenpflege den mit Abstand größten Teil der Beschäftigten ein. In den Kernsektoren der Beschäftigung der pflegerisch-medizinischen Versorgungseinrichtungen arbeiten fast 100.000 Krankenpflegende in Bayern. Bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege summiert sich die Anzahl auf ca. 8.692 und bei der Krankenpflegeassistenz auf gerundet 8.200.

Summiert man die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden und die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden, so ergeben sich 108.396 fachqualifiziert Pflegenden (mit dreijähriger Ausbildung). Die bei der Bundesagentur für Arbeit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten werden mit 121.500 angegeben. Damit können dem Bereich der direkten Versorgungseinrichtungen 89,2 Prozent der gemeldeten Pflegenden zugerechnet werden. Nicht einbezogen sind hier weitere Bereiche der Versorgung und Betreuung, wie z.B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder freie Praxen von Ärztinnen und Ärzten.

Bezogen auf die Gesamtbeschäftigtenzahl im größten Beschäftigungssektor, dem Krankenhaus, können für die unterschiedlichen Berufsgruppen in Bayern die folgenden Entwicklungen

korrespondierend zu den anderen Entwicklungen im langjährigen Verlauf beschrieben werden. Grundlage sind Daten der jeweiligen jahresbezogenen Krankenhausstatistiken des Landes bis einschließlich des Jahres 2022.

BERICHTSJAHR	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGENDE	GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGENDE	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGENDE IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN	GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND -HELFER IN KRANKENHÄUSERN
2011	52.086	5.442	7.938	2.407
2013	53.190	5.652	6.882	2.620
2015	54.575	5.612	7.219	2.848
2017	55.218	5.637	7.378	2.948
2019*	69.167	6.664		3.550
2020	70.672	6.902		3.443
2021	71.842	7.001		3.613
2022	71.089*[27]	8.383		3.950
2019 - 2022 in %	2,8%	25,8%		11,3%
* Ab der Krankenhausstatistik 2018 werden die Gesundheits- und Krankenpflegenden in der Psychiatrie nicht gesondert ausgewiesen. Sie werden in der Gesamtzahl inkludiert				

Tab. 16: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Krankenhäusern 2011 bis 2022

Insgesamt zeigt sich in der Betrachtung über den Gesamtverlauf von 10 Jahren ein Zuwachs an Pflegenden sowie an Assistenzpersonal in den Krankenhäusern.

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden ist ein moderates Wachstum der Beschäftigung zwischen 2011 und 2017 zu beobachten. Im Jahr 2019 erfolgt ein deutlicher Sprung, der jedoch vor allem als statistischer Effekt zu werten ist, da die Differenzierung der Beschäftigten nach dem Bereich der Krankenhäuser und der sonstigen Krankenhäuser (in psychiatrischen Einrichtungen) entfällt und diese in die Gesamtsumme mit einberechnet werden.

Betrachtet man den Zeitraum der Corona-Pandemie, so sind zwischen 2019 und 2022 trotz der zahlreichen Maßnahmen in den Einrichtungen (z.B. temporäre Absage zahlreicher elektiver Eingriffe und Reduzierung von Behandlungen und Behandlungszahlen) Beschäftigungszuwächse zu beobachten. Die stärkste Steigerung erfolgte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege mit einem Zuwachs von 25,8 Prozent. Auch in dem Helferbereich (Krankenpflegehelfer/-innen (1 - 2-jährige oder gleichwertige Ausbildung) kann eine substanzielle Zunahme verzeichnet werden.

Für den Sektor der Beschäftigten in den Pflegeberufen kann insgesamt nicht von einem Rückgang im Rahmen der Corona-Pandemie ausgegangen werden, sodass sich sektoriell für den

[27] Ergänzend werden in der Krankenhausstatistik 2022 insgesamt 245 Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen mit ausgewiesen und 666 Pflegende mit einem pflegeakademischen Abschluss.

Krankenhausbereich auch bei diesem Marker keine Hinweise auf einen vermehrten Berufsausstieg ergeben[28].

In Abgrenzung zur Betrachtung der Anzahl der Beschäftigten ist eine weitere Kennzahl von hoher Relevanz: die der Entwicklung der Stellen in den Krankenhäusern. So ist eine Erhöhung der Beschäftigtenzahlen auch sichtbar, wenn die Anzahl der Teilzeitbeschäftigung zunimmt.

Die Krankenhausstatistik weist daher auch die Entwicklungen bezogen auf die Umrechnung in Vollkräften (und damit in Stellen) aus. Dabei werden jedoch die Berufsgruppen nicht differenziert; es erfolgt eine Umrechnung der Stellen bezogen auf die Zuordnung der Personalrechnungsstellen (z.B. Personal im Pflegedienst), sodass sich keine direkten Rückschlüsse auf die Anzahl der umgerechneten Personen mit einer pflegerischen Qualifikation ergeben.

Dabei entspricht die Darlegung in der Tabelle der Anzahl an Personen auf eine 100-Prozent-Stelle umgerechnet. Ergänzend werden die Entwicklungen der Beschäftigten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus mit ausgewiesen. Differenziert wird in der Tabelle die Anzahl der Beschäftigten ohne und mit direktem Beschäftigungsverhältnis in Krankenhäusern und in psychiatrischen Fachabteilungen.

UMRECHNUNG VOLLKRÄFTE IM PFLEGEDIENST	MIT DIREKTEM BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS	OHNE DIREKTES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS	MIT DIREKTEM BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS IM PFLEGEDIENST IN PSYCHIATRISCHEN FACHABTEILUNGEN	OHNE DIREKTES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS IM PFLEGEDIENST IN PSYCHIATRISCHEN FACHABTEILUNGEN
2011	47.312	1.049	6.111	78
2013	48.132	1.218	6.509	129
2015	49.796	1.309	6.872	134
2016	50.395	1.353	6.974	142
2017	50.972	1.242	7.169	154
2019	54.221	1.424	7.742	170
2020	56.547	1.828	7.793	139
2021	58.253	2. 072	8.252	150
2022	59.357	2.424	8.421	196

Tab. 17: Entwicklung der Vollkräfte im Pflegedienst in Krankenhäusern

Bezogen auf die Stellenentwicklung lässt sich in diesem Bereich der Personalentwicklung im Pflegedienst insgesamt kein Rückgang beobachten. Die Stellen im Pflegedienst wachsen sowohl für den Bereich der direkten Beschäftigung als auch der ohne direkte Beschäftigung weiter. Dies gilt auch für den Zeitraum der Corona-Pandemie (ab 2020) im Vergleich zum Jahr vor der Corona-Pandemie (2019) und sowohl für die Krankenhäuser (ohne Bundeswehrkrankenhäuser) als auch für die Psychiatrien und psychiatrischen Abteilungen.

[28] In der Krankenhausstatistik werden in der Tabelle: Nichtärztliches Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern Bayerns (Krankenhäuser insgesamt (ohne Bundeswehrkrankenhäuser) auch Beschäftigte mit anerkannten Weiterbildungen geführt. Hier werden z.B. für die Beschäftigten mit einer Weiterbildung für Intensivpflege/Anästhesie in 2019 insgesamt 6.841 Beschäftigte geführt. 2021 sind es 7.264 Beschäftigte.

Eine Ausnahme stellt hier die Anzahl der Beschäftigten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Psychiatrie dar. Diese zeigt sich schwankend und gegenüber dem Jahr 2019 und war zwischenzeitlich rückläufig. In 2022 ist jedoch auch hier ein Zuwachs zu verzeichnen.

Als weiterer Analysepunkt soll nachfolgend die Arbeitslosigkeit fokussiert werden. Hier ist im Rahmen eines vermehrten Berufsausstiegs zu erwarten, dass Pflegende, die den Beruf aufgeben, sich als arbeitssuchend melden, um Leistungen der Jobcenter bekommen zu können. Die Hypothese zu diesem Aspekt lautet daher, dass sich eine erhöhte Berufsflucht aus der Pflege in einer steigenden Zahl der arbeitslos gemeldeten Pflegenden abbildet.

Arbeitslosigkeit der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Zur Analyse wurden Kennzahlen im Rahmen einer Sonderabfrage beim Statistik-Service Südwest der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Analysiert werden konnten regionale Daten, die die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Pflegenden im Jahresdurchschnitt für 2022 darstellen. Ergänzend aufgenommen wurde die Anzahl der bei der Bundesagentur offen gemeldeten Stellen für die Qualifikation im Jahresdurchschnitt für 2022[29].

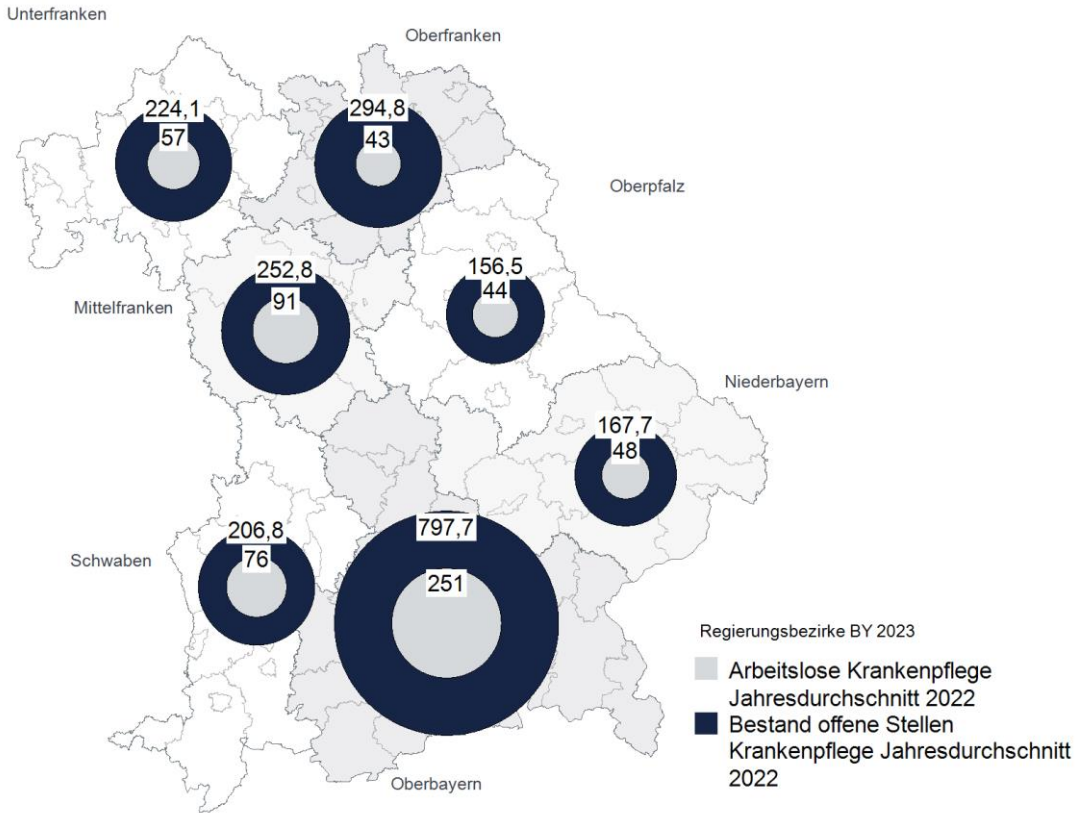


Abb. 43: Arbeitslose und Arbeitsstellen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2022

[29] Berücksichtigt werden muss, dass nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit melden und somit die Anzahl der tatsächlichen offenen Stellen deutlich oberhalb des angegebenen Wertes liegt.

In Bayern insgesamt waren im Jahresdurchschnitt 604 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende arbeitslos gemeldet[30]. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig gemeldeten Pflegenden mit der beruflichen Qualifikation, ergibt sich eine Arbeitslosenquote[31] in Höhe von 0,49 Prozent. Damit kann für 2022 von einer Vollbeschäftigung ausgegangen werden, da sich keine Arbeitsmarktreserve darstellt, die oberhalb einer „natürlichen" Arbeitslosigkeit liegt[32]. Die Anzahl der offen gemeldeten Stellen im Jahresdurchschnitt summieren sich 2022 auf 2.999 in Bayern.

In allen Regionen in Bayern übersteigen die offen gemeldeten Stellen deutlich die der arbeitslos gemeldeten für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. In Oberbayern ergibt sich eine Relation von 1:3,2. Auf eine arbeitslos gemeldete Pflegekraft im Zielberuf kamen hier 3,2 offen gemeldete Stellen. In Niederbayern liegt die Relation bei 1:3,5, in der Oberpfalz bei 1:3,6, in Oberfranken 1:6,9, in Unterfranken 1:3,9, in Mittelfranken 1:2,8 und in Schwaben 1:2,7.

In der Entwicklungslinie (kurzfristige Betrachtung von 2019 bis 2022) ergeben sich keine Hinweise auf eine substanzielle Änderung bei der Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt. In 2019 waren 463,5 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende arbeitslos gemeldet, in 2020 waren es 561,5, in 2021 im Jahresdurchschnitt 541,8 und in 2022 die benannten 604. Gemessen an der steigenden Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ergeben sich hierbei stabile Arbeitslosenquoten von 0,4 Prozent (2019 und 2021) bzw. 0,5 Prozent (2020 und 2022). Auch die Langzeitentwicklung (ab 2014) zeigt hier keinen Hinweis auf eine Veränderung an. Bereits 2014 lag die Arbeitslosenquote bei 0,5 Prozent.

Vollzeitbeschäftigung in der der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Sowohl die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten als auch die niedrige Arbeitslosigkeit geben keinen Hinweis auf eine substanzielle Veränderung, die sich im Zeitraum der Corona-Pandemie für die Beschäftigung der Pflege in Bayern ergeben hat. Ein möglicher weiterer Indikator eines „Pflexits" ist die Reduzierung der Arbeitszeit in der beruflichen Ausübung. So kann ein „Pflexit" auch beschrieben werden, wenn eine substanzielle Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung zu beobachten ist und daraus geschlossen werden kann, dass weniger Pflegende in Vollzeit arbeiten wollen oder können. Ein Beschäftigungsanstieg kann demnach auch verzeichnet werden, wenn mehr Pflegende sich weniger Stellen teilen würden.

In der Gesamtschau lassen sich für 2021[33] die nachfolgenden Daten zum Anteil vollzeitbeschäftigter Personen in den Sektoren beschreiben:

[30] Geringfügige Abweichungen zu der Grafik ergeben sich durch Rundungen bei der Summierung der Daten der Landkreise und kreisfreien Städte auf der Ebene der Regierungsbezirke.
[31] Arbeitslosenquote (auf Basis aller EP)" = (Arbeitslose)/(alle ET"+"Arbeitslose) * 100
[32] Eingeschlossen werden dabei auch Personen, die aufgrund einer Langzeiterkrankung nicht mehr in den Beruf einmünden können.
[33] Um die Vergleichbarkeit zwischen den Sektoren zu ermöglichen, werden für die Krankenhäuser nicht die Daten von 2022 verwendet, sondern die von 2021, die auch in der Pflegestatistik aufgenommen sind.

EINRICHTUNGEN	KRANKENPFLEGE-HILFE	GESU.- UND KRANKENPFLEGENDE	GESU.- UND KINDERKRANKENPFLEGENDE
Krankenhäuser 2021	61,9 %[34]	49,7 %[35]	40,7 %[36]
Rehabilitationseinrichtungen 2021	60,7 %	42,9 %	35,7 %[37]
Ambulante Dienste 2021	32,1 %	33,4 %	23,3 %
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2021	42,7 %	47,3 %	32,4 %

Tab. 18: Anteil der Vollzeitbeschäftigung in Sektoren und Berufen 2021

Die Anteile der Vollzeitbeschäftigten variieren zwischen den Berufen und Sektoren sowie zwischen den Qualifikationsstufen. In der Krankenpflegehilfe liegen gegenüber den fachqualifizierten Pflegenden in den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen deutlich höhere Vollzeitbeschäftigtenanteile vor. Die Gesundheits- und Krankenpflegenden erreichen, ebenso wie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden in keinem der Sektoren einen Anteil von über 50 Prozent. Gegenüber dem Jahr 2019 finden sich graduelle, aber keine substanziellen Veränderungen beim Anteil der Vollzeitbeschäftigten in den ambulanten Diensten und den stationären Pflegeeinrichtungen. Auch im Krankenhaussektor weichen die Anteile nur geringfügig um rund 1 Prozent ab, was als natürliche Schwankung verstanden werden kann. Eine Entwicklung, die im Rahmen der Pandemie zu beobachten ist, lässt sich auch bei diesem Marker nicht feststellen. Dies bestätigen für den Krankenhaussektor auch die aktuellen Werte der Krankenhausstatistik 2022. Damit kann eine systematische Änderung in Richtung einer deutlichen Zunahme der Teilzeitbeschäftigung in den Jahren der Pandemie empirisch nicht bestätigt werden. Es zeigen sich stabile Beschäftigungsmuster.

In der regionalen Betrachtung ergeben sich für den Sektor der ambulanten Versorgung sowie der teil-/vollstationären Einrichtungen sehr unterschiedliche Anteile der Vollzeitbeschäftigung. Einerseits sind auch hier die Anteile der Vollzeitbeschäftigung in der ambulanten Pflege insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau gegenüber der teil-/vollstationären Versorgung. Andererseits wird deutlich, dass in allen Sektoren und Berufen der Anteil der Vollzeitbeschäftigung in Oberbayern deutlich höher ausgeprägt ist als in anderen Regionen.

[34] Die Teilzeitquote der Krankenpflegehelferinnen und -helfer liegt in 2022 noch bei 35,9 Prozent und ist somit gegenüber dem Jahr 2021 gesunken.
[35] Die Teilzeitquote der Gesundheits- und Krankenpflegenden mit einer 3-jährigen Ausbildung oder einer gleichwertig anerkannten Ausbildung liegt in 2022 bei 50,5 Prozent. Damit ist gegenüber 2021 keine Steigerung zu erkennen.
[36] Die Teilzeitquote der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden liegt auch in 2022 bei 59,3 Prozent und damit auf dem gleichen Niveau wie dem Vorjahr.
[37] Bei insgesamt 126 Beschäftigten wirken sich geringfügige Schwankungen deutlich auf den relativen Anteil aus. Von den 126 Beschäftigten arbeiten 81 in Teilzeit.

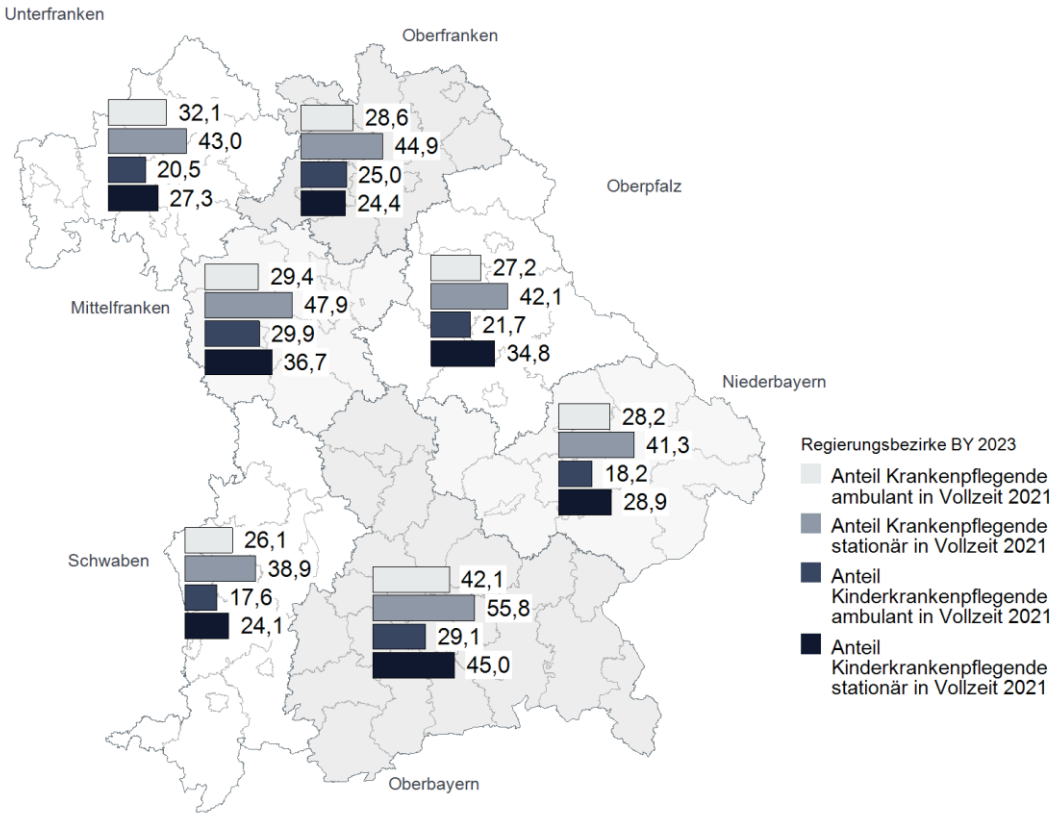


Abb. 44: Vollzeitquoten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ambulant und stationär 2021

Der Anteil der in Vollzeit beschäftigten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden ist gegenüber den Gesundheits- und Krankenpflegenden in allen Regierungsbezirken niedriger. Eine Kausalität kann hierbei auf der Basis der vorliegenden Daten nicht beschrieben werden. Inwieweit bei der ambulanten Versorgung Spezialisierungen der Betreuungsformen von Kindern mit Pflegebedarf oder intensivpflegerischer Versorgung auf das Beschäftigungsvolumen einwirken (z.B. aufgrund anderer Schichtmodelle in der außerklinischen Intensivpflege) kann ohne ergänzende qualitative Daten ebenso wenig beschrieben werden wie die Frage, ob es sich um eine durch Mitarbeitende gewollte Form der Beschäftigung handelt oder ab eine ungewollte niedrigere Beschäftigung vorliegt, weil Arbeitgeber keine Vollzeitstellen in diesem Sektor anbieten. Insgesamt scheinen die Möglichkeiten zur Realisierung einer Vollzeitstelle im stationären Versorgungssektor größer zu sein als in der ambulanten Pflege.

In den amtlichen Statistiken werden die Begriffe der Fachpflegehilfe nicht geführt. In der Pflegestatistik können regional die unterschiedlichen Qualifikationen abgebildet werden; die Fachpflegehilfe Krankenpflege wird hier als Krankenpflegehilfe benannt. Dieser Begriff wird auch in der nachfolgenden Grafik geführt, da die Datenbasis die Pflegestatistik des Landes ist.

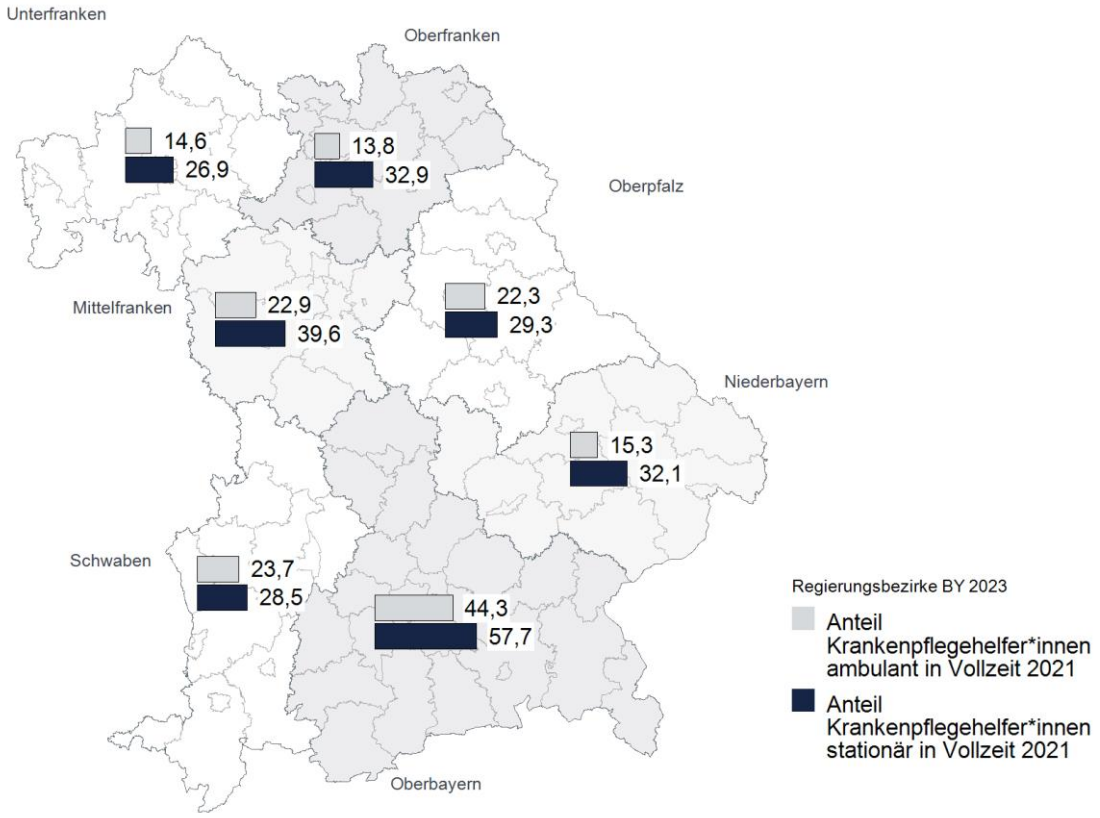


Abb. 45: Vollzeitquoten Fachpflegehilfe Krankenpflege ambulant und stationär 2021

Wie bei den dreijährig qualifizierten Pflegenden der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, so fällt auf, dass die Anteile der Vollzeitbeschäftigung in Oberbayern im Vergleich zu anderen Regionen deutlich höher ausfallen. Insbesondere in der stationären Versorgung werden hier Beschäftigungsanteile erreicht, die oberhalb von den fachqualifizierten Pflegenden liegen. Sehr niedrige Werte der Vollzeitbeschäftigung in der Fachpflegehilfe finden sich in Unterfranken.

Beschäftigungsdauer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Im Monitoring zum Pflegepersonalbedarf in Bayern 2020 (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021) wurde der Aspekt der Beschäftigungsdauer in der Pflege umfassend diskutiert. An dieser Stelle erfolgt keine neue Diskussion zur grundsätzlichen Thematik. In einer aktuellen Studie in NRW (Isfort et al. 2022) bestätigten sich die Kernaussagen anderer Studien zur beruflichen Bindung, die in öffentlichen Diskussionen vielfach unterschätzt wird und der Eindruck entsteht, dass Pflegenden überwiegend eine kurze berufliche Verweildauer aufweisen.

Für die nachfolgende Analyse wurden stichtagsbezogen Daten der Bundesagentur für Arbeit untersucht. Diese erfasst nicht die Berufsverbleibsdauer einzelner Pflegenden, sondern beschreibt auf der Ebene der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, in welchen Gruppen der Zugehörigkeitsdauer zum Beruf eine unterbrechungsfreie Beschäftigung (durchgängige Dauer mit kurzzeitiger Unterbrechung von maximal 62 Tagen) beschrieben werden kann. Gemessen wird die Eintrittszeit nach Ausbildung und Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Be-

schäftigung und die Klassifizierung der Zuordnung zum Beruf.[38] Nicht einbezogen sind Auszubildende in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Die durchschnittliche Dauer wird in der Statistik als Median (mittlerer Wert) angegeben. Ebenso wird hier keine Differenzierung der Wirtschaftszweige vorgenommen, sodass Pflegende auch außerhalb der klinischen und patientennahen Versorgung inkludiert sind. Beschrieben wurde jedoch bereits, dass in der Summe der Beschäftigten aus den Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten Diensten und teil-/ und vollstationären der Großteil der Beschäftigten hier zugeordnet werden kann.

In der Interpretation bildet der Median die „mittlere Person" ab, die die Gruppe aller aktuell beschäftigten Pflegenden in zwei numerisch gleich große Hälften teilt. Für Bayern wird für Juni 2022 eine mittlere unterbrechungsfreie Tätigkeitszeit in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege von 223,3 Monaten angegeben. Das entspricht einer Zeit von 18,6 Jahren. Übersetzt bedeutet dies, dass die Hälfte der Pflegenden mit dem genannten Qualifikationsniveau seit 18 oder mehr Jahren in der Pflege tätig ist, die andere Hälfte noch nicht so lange den Beruf unterbrechungsfrei ausübt. Der Anteil der beruflich Pflegenden, die seit 10 Jahren oder länger im Beruf tätig sind, beläuft sich in Bayern für den Juni 2022 auf 73,2 Prozent[39]. Ein Hinweis auf eine generelle kurze berufliche Tätigkeitsdauer ergibt sich auf Basis der Daten der Sozialversicherung demnach nicht.

Die nachfolgende Abbildung weist Daten des Fachqualifikationsniveaus aus. Helferberufe sind an dieser Stelle nicht inkludiert. In den Balkendiagrammen der Regierungsbezirke sind die wesentlichen Klassen der Beschäftigten in Gruppen der Beschäftigungsdauer zum Stichtag Juni 2022 abgebildet. Dabei wird die Nettodauer der Beschäftigung zugrunde gelegt.[40]

[38] Hier liegt eine statistische Unsicherheit dahingend vor, dass vor der Aufnahme der Arbeit in der Pflege auch eine andere berufliche Tätigkeit ausgeübt worden sein kann und die Person nachfolgend erst im Pflegeberuf klassifiziert wird. Im Umkehrschluss können Pflegende nicht evaluiert werden, die langjährig tätig waren und nachfolgend in einem anderen Beruf klassifiziert werden. Angenommen wird hierbei, dass die überwiegende Mehrzahl der Pflegenden keine doppelte Berufsqualifikation hat und sich statistisch die gegenteiligen Effekte nivellieren.

[39] Die Hinweise korrespondieren dabei auch mit der Betrachtung der berufsdemografischen Entwicklung bzw. den Altersgruppen der beruflich Pflegenden in Bayern. Vor dem Hintergrund der langjährigen Tätigkeitsdauer ist auch der Anteil der älteren Pflegenden in Bayern zu erklären.

[40] 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.

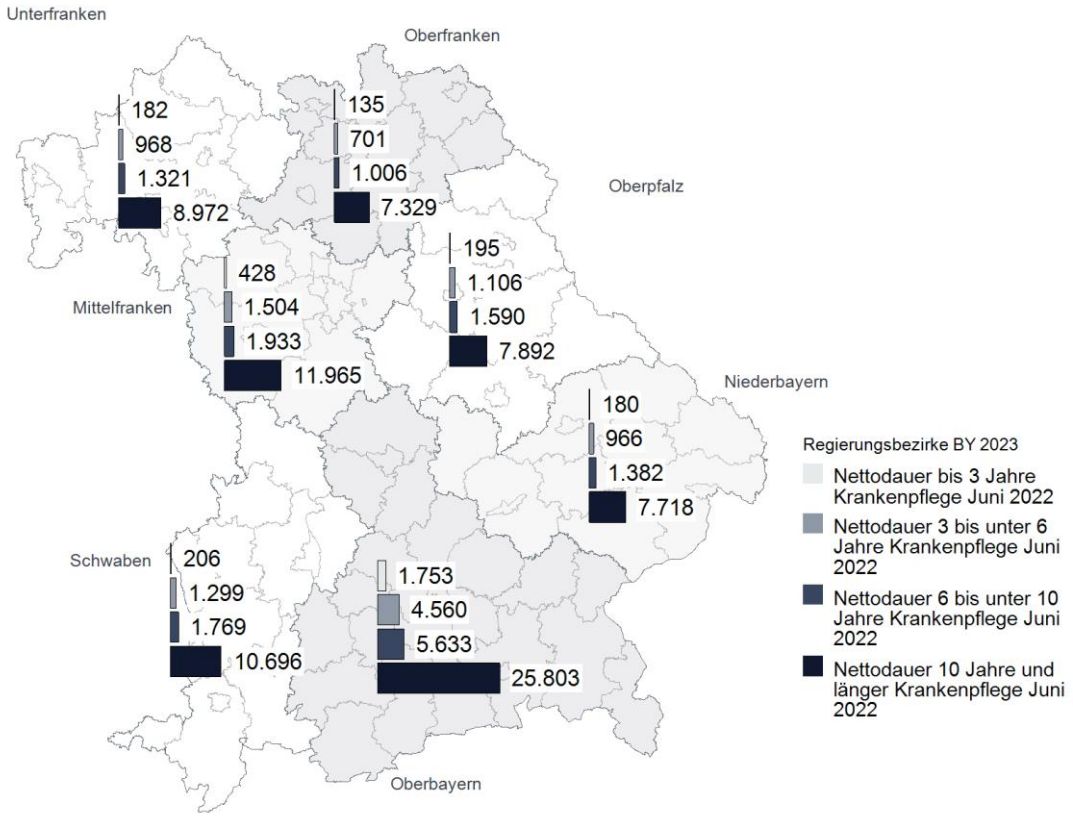


Abb. 46: Berufstätigkeitsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Stichtag Juni 2022

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.

Ortsgebundene Beschäftigung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Für die Regionen und Ballungszentren sowie die ländlichen Kreise ist neben der Anzahl der Einrichtungen, der Beschäftigten und der Arbeitsmarktsituation relevant, inwieweit die regional ansässigen Personen auch dem regionalen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Im Monitoring Pflegeberufe Bayern 2020 konnte festgestellt werden, dass die Pflegenden überwiegend als „ortstreu“ bezeichnet werden können. Es gibt zwar Landkreise mit einem hohen Potenzial an Auspendlerinnen und Auspendler; dies ist jedoch ggf. eher dem Preisniveau in den Ballungszentren geschuldet oder den Lebensbedingungen in ländlichen Regionen und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Arbeitsplätze aufgrund der Dichte der Einrichtungen. Pflegende migrieren zur Arbeit ggf. in benachbarte Ballungszentren oder Landkreise, weisen jedoch kaum nennenswerte Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen über zwei Kreisgrenzen hinaus auf. Dies wurde auch durch die Einschätzungen der Einrichtungen untermauert, die für die Gewinnung und Beschäftigung von Personal einen Umkreis von 15 bis maximal rund 20 Kilometer angaben.

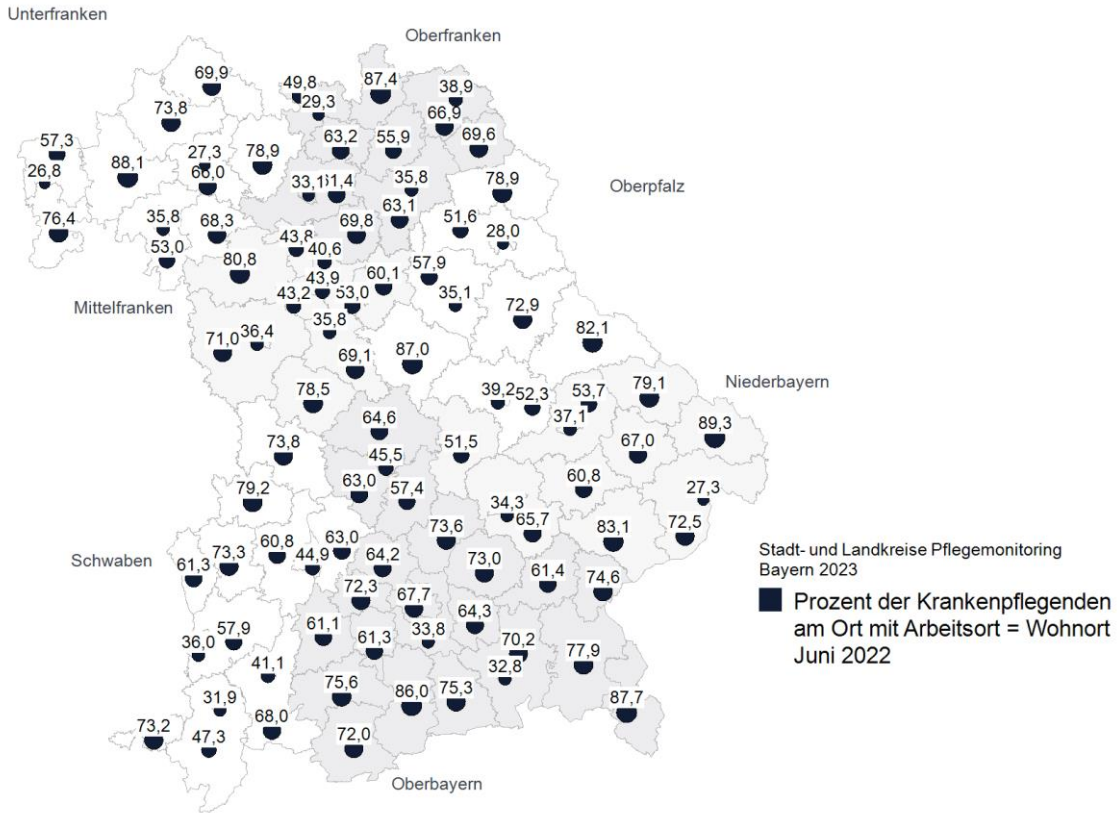


Abb. 47: Anteil der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden mit Wohnort=Arbeitsort 2022

Der hohe Anteil der ortsgebunden arbeitenden Pflegenden zeigt sich auch in der Grafik der regionalen Analyse. Im weiteren Verlauf der Berichterstattung werden die regionalen Bewegungen in einer übergreifenden Perspektive für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie die Altenpflege in den Regierungsbezirken eingehender untersucht und vorgestellt.

Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege aus Drittstaaten

Pflegekräfte aus dem Ausland gewinnen zunehmend an Bedeutung bezüglich der Personalsicherung. Dies betrifft nicht nur die Gesundheitsberufe, sondern ist auch im Bereich des Handwerks und der Industrie ein häufig beschriebener Trend (Schulz 2022). Dabei bestehen neben den bekannten bürokratischen Hürden (z.B. im Rahmen der Anerkennung von Bildungsabschlüssen und Aufenthaltstitel) in der Pflege auch kulturelle Besonderheiten bei der Integration eine zentrale Rolle (Lauxen und Blattert 2020; Fendi et al. 2020; Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2015). Neben den angeworbenen und in Deutschland wohnenden Personen spielen auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger eine wichtige Rolle, die jedoch lokal von unterschiedlicher Bedeutung ist (Tanja Buch et al. 2020). Hierzu liegen jedoch für die Pflegeberufe keine systematischen Erfassungen vor, die statistisch ausgewertet werden können.

Für Bayern werden für 2022 insgesamt 4.676 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme Pflegender aus Drittstaaten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege registriert. Damit nimmt Bayern eine führende Position ein (Baden-Württemberg: 4.513; Nordrhein-Westfalen: 3.751; Hessen: 2.712). Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in 2022 (121.500), entspricht dies einem Anteil von 3,8 Prozent. Unbekannt ist die Anzahl der erfolgreich etablierten und integrierten Pflegenden

bzw. die Anzahl derer, die nach einer Anerkennung nicht längerfristig in Deutschland in den Einrichtungen bleiben. Vor diesem Hintergrund bilden die Kennzahlen eine situative Beschreibung ab und können nicht gleichgesetzt werden mit einem dauerhaften Potenzial.

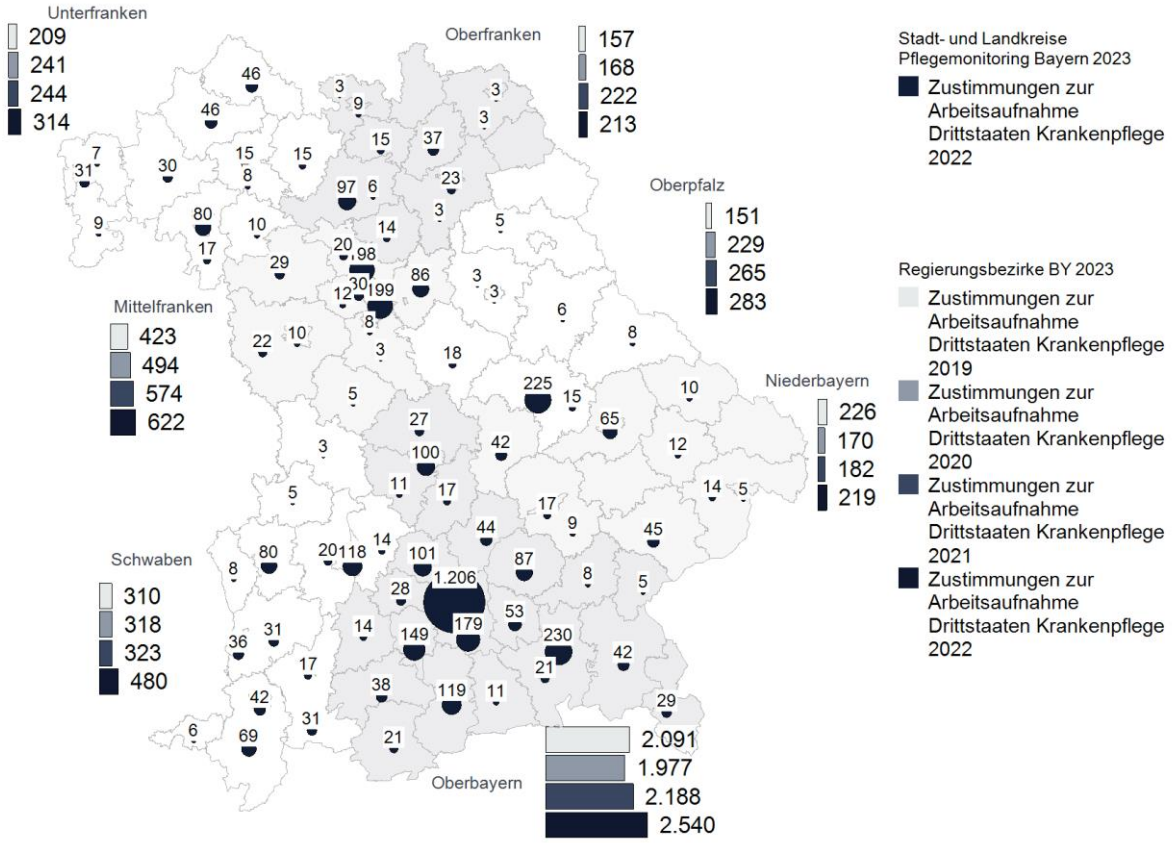


Abb. 48: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2019 bis 2022

Die Grafik visualisiert die Anzahl der Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme Pflegender aus Drittstatten in den Jahren 2019 bis 2022 auf der Ebene der Regierungsbezirke. Trotz der Corona-Pandemie kann in Bayern eine positive Entwicklung festgestellt werden. In allen Regierungsbezirken konnte im Zeitverlauf die Anzahl der angeworbenen Pflegenden gesteigert werden.

Auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte werden die aktuellen Kennzahlen von 2022 abgebildet. Dabei zeigt sich eine deutliche Zentrierung in den Ballungsräumen, wohingegen die ausländischen Pflegenden für die Flächenversorgung keine relevante Rolle einnehmen. So bestehen Landkreise, in denen keine Aktivitäten sichtbar sind und überwiegend finden sich eher geringe Ausprägungen in den ländlichen Regionen, die nicht nachhaltig arbeitsmarktwirksam sind, sondern eher für einzelne Einrichtungen eine zentrale Hilfe darstellen.

Betrachtet man die Herkunftsländer der aus Drittstaaten in Bayern in 2022 zugelassenen Personen, so ergibt sich die nachfolgende Aufstellung als TOP Ten:

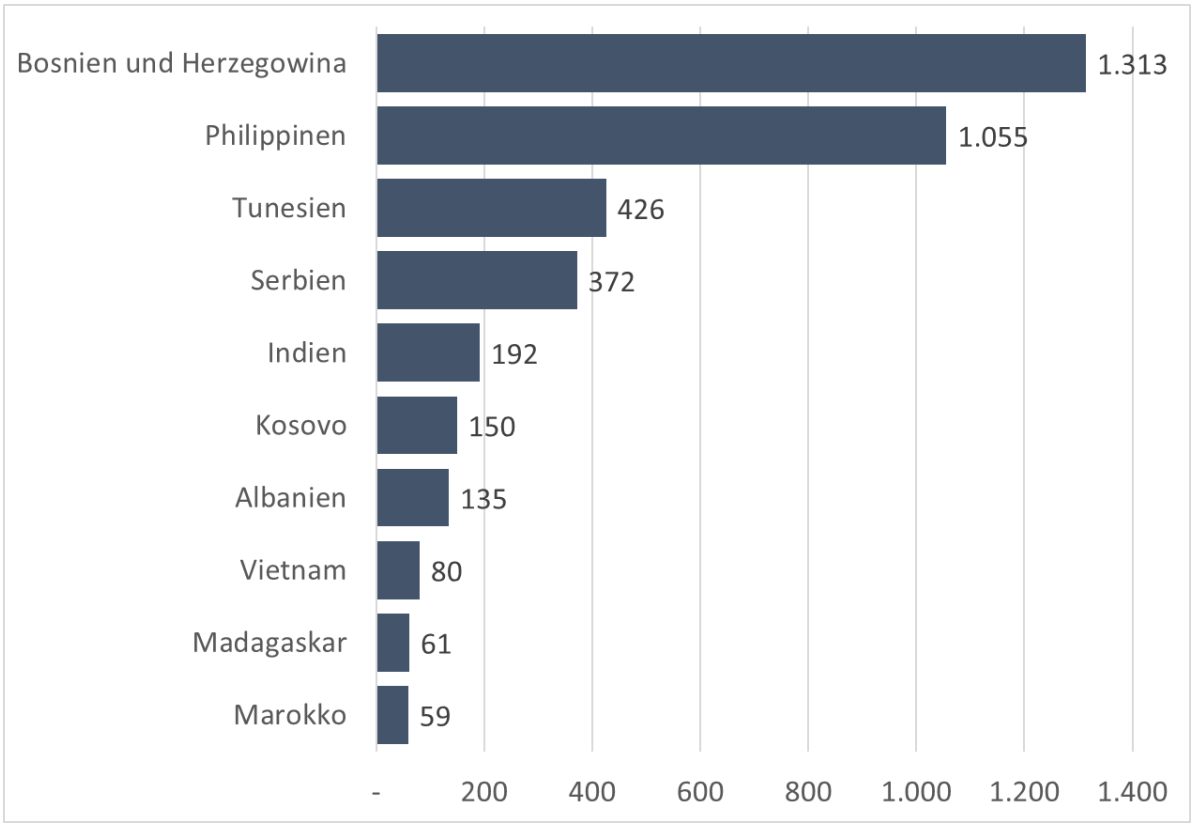


Abb. 49: Herkunftsländer Zulassungen Drittstaaten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2022

Es dominiert Bosnien und Herzegowina als Drittland mit den meisten Zustimmungen zur Erlaubnis der Arbeitsaufnahme in 2022. Gemessen an der Gesamtzahl von 4.676 sind 28,1 Prozent der Zustimmungen aus diesem Land zu verzeichnen. Mit den Philippinen zeigt sich ein zweites prominentes Land. Hier liegt der Anteil bei 22,6 Prozent der Zulassungen. Alle anderen Länder weisen lediglich einstellige Werte aus.

ALTENPFLEGE UND FACHPFLEGEHILFE ALTENPFLEGE

Im nachfolgenden Kapitel werden die zentralen Entwicklungen für die Berufe der Altenpflege vorgestellt. Die Angaben zur Altenpflegehilfe können nicht auf allen Ebenen differenziert betrachtet werden, da sie z.B. in der Klassifikation der Berufe der Bundesarbeitsagentur nicht fehlerfrei zugeordnet werden können und eine Analyse daher nicht vorgenommen werden kann. Ein Überblick über den Beschäftigungsstand in den Einrichtungen kann aber auf der Basis der Grunddaten der Krankenhausstatistik sowie der Pflegestatistik 2019 für die relevanten Beschäftigungssektoren erfolgen.

Beschäftigung in der Altenpflege

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege weist über die Zeitreihe von 2013 an in allen Regierungsbezirken in Bayern ein Wachstum auf, das jedoch in 2020 in einigen Regierungsbezirken leicht rückläufig erscheint (Unterfranken, Oberfranken, Mittelfranken, Oberbayern) bzw. stagniert.

Die Kennzahlen bilden die Beschäftigtenzahlen unabhängig von dem Sektor der Beschäftigung und dem Grad des Umfangs der Beschäftigung ab; sie entsprechen nicht einem Stellenpotenzial (gemessen in Vollzeitäquivalenten). Für das Jahr 2022 (Stand Juni) werden bei der Bundesagentur für Arbeit insgesamt 41.497 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege auf Fachkräfteniveau ausgewiesen[41]. Diese Daten weichen ab von der Summierung der Daten der Beschäftigtenzahlen in den Sektoren nach Pflegestatistik und Krankenhausstatistik. Summiert man die Angaben der Beschäftigten in der Pflegestatistik 2021 (ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen) sowie in der Krankenhausstatistik 2021 (Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen), so ergeben sich 43.185 Personen; in der Statistik der Bundesagentur werden für das Jahr 2021 (im Juni) 42.579 Personen geführt. Damit wird einerseits deutlich, dass eine Beschäftigung von fachqualifizierten Altenpflegenden außerhalb der Kernsektoren der Versorgung nur in einem geringfügigen Maße anzunehmen ist.

Ferner deuten die Differenzen zwischen 2021 (in den amtlichen Statistiken) und in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit auf einen leichten Rückgang zwischen 2021 und 2022 hin. Ob dies kausal mit der Corona-Pandemie und einem Ausstieg von Pflegenden aus der beruflichen Tätigkeit in diesen Sektoren in Zusammenhang gebracht werden kann, ist an dieser Stelle nicht zu beantworten. Ebenso können ein Mangel an qualifiziertem Personal oder finanzielle Gründe der Einrichtungen zu einer Stagnation bzw. zu einem Abbau an Personalstrukturen führen.

Der Trend einer insgesamt stagnierenden Beschäftigung zeigt sich dabei auch in der regionalen Analyse. In der nachfolgenden Grafik werden die Kennzahlen der Beschäftigung auf Basis der Daten der Bundesagentur für Arbeit für die Entwicklungszeiträume 2013 bis 2022 in den einzelnen Regierungsbezirken ausgewiesen.

Das höchste Beschäftigungsvolumen mit über 10.000 Beschäftigten insgesamt ist in Oberbayern zu sehen, die anderen Regierungsbezirke weisen abgestuft tendenziell ähnliche Beschäftigungskennzahlen aus. Vergleichbar erscheinen dabei Unterfranken, Oberfranken, die Oberpfalz und Niederbayern mit Beschäftigtenzahlen im Bereich zwischen 4.300 und 4.800 Personen. Die Beschäftigtenzahl in Mittelfranken und in Schwaben sind mit rund 6.200 und 6.300 ebenso vergleichbar.

[41] Berufsgattungen der Klassifikation der Berufe 2010: 82102, 82103, 82182, 82183, 82194

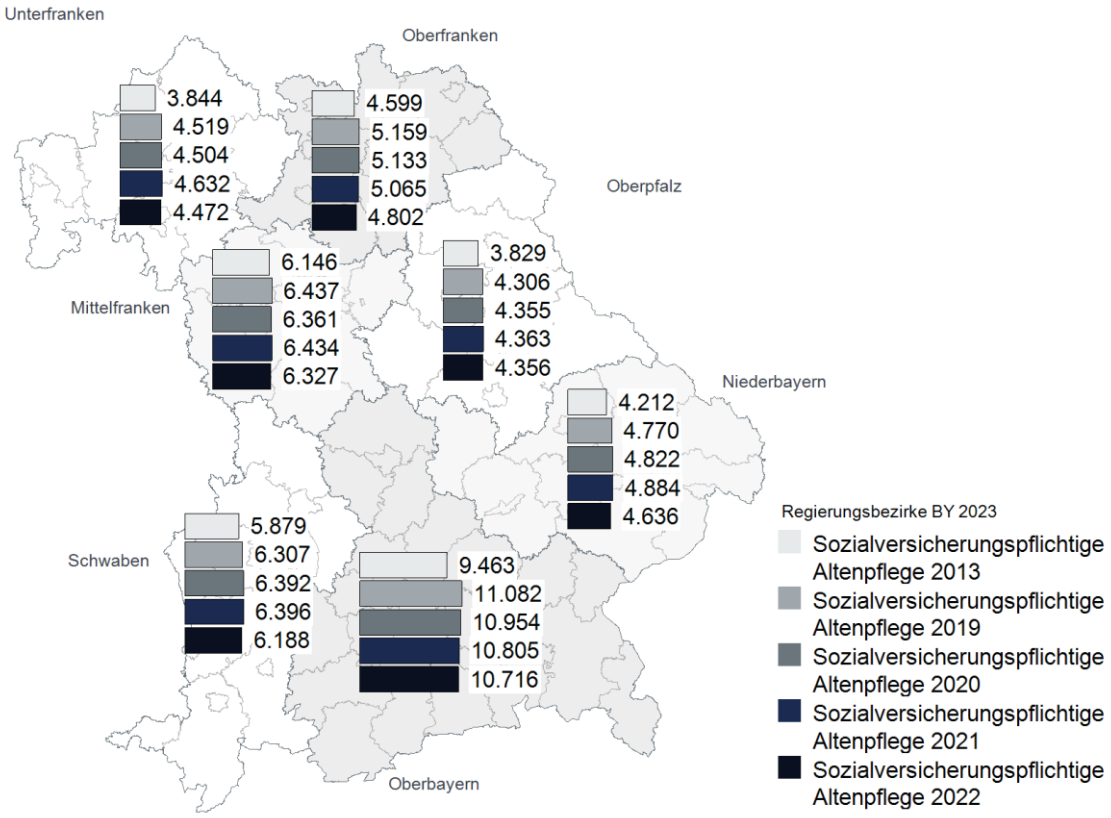


Abb. 50: Entwicklung sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Altenpflege 2013-2022

Trotz einer deutlichen Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Anzahl der Einrichtungen verlaufen die Zuwächse in der Altenpflege in der Zeitreihenbetrachtung eher moderat. Mit der Aufnahme der Altenpflegenden in die Krankenhausstatistik können seit 2019 Kennzahlen erfasst werden, die über das Beschäftigungsvolumen in diesem Sektor Auskunft geben. In den früheren Krankenhausstatistiken wurden die Altenpflegenden nicht gesondert ausgewiesen, sodass sich hier aktuell noch keine langfristigen Entwicklungen beschreiben lassen. Die nachfolgende Tabelle weist die aktuellen Beschäftigtenzahlen in den Sektoren für das Jahr 2021 sowie das Jahr 2022 aus.

EINRICHTUNGEN	ALTEN-PFLEGENDE	FACHPFLEGEHELFENDE ALTENPFLEGE
Krankenhäuser 2021 Krankenhäuser 2022	2.478 2.866	268 316
Rehabilitationseinrichtungen 2021 Rehabilitationseinrichtungen 2022	720 741	150 111
Ambulante Dienste 2021	12.293	2.848
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2021	27.694	9.358
SUMME	43.185	12.624

Tab. 19: Beschäftigte der Altenpflege und Altenpflegehilfe in Bayern 2021

Obwohl sich bei der Analyse der Beschäftigung von Altenpflegenden noch keine langfristigen Trends zeichnen lassen, so kann dennoch festgestellt werden, dass Krankenhäuser offensichtlich in zunehmendem Umfang auch Altenpflegende beschäftigen. In 2019 werden in der Krankenhausstatistik Bayern für die Krankenhäuser 1.520 Altenpflegende (Altenpfleger/-innen (3-jährige Ausbildung oder gleichwertige Ausbildung) ausgewiesen. 2020 stieg die Anzahl bereits auf 1.999 Altenpflegende an und im Jahr 2021 waren es 2.478 Berufsangehörige der Altenpflege, die in Krankenhäusern arbeiten; in 2022 sind es 2.866. Das entspricht einer Steigerung um 88,6 Prozent der Beschäftigtenzahlen mit einer dreijährigen altenpflegerischen Qualifikation. Auch wenn es sich dabei noch um kleinere Kennzahlen handelt im Vergleich zum dominierenden Beschäftigungsfeld in der teil-/vollstationären Einrichtungen, so zeigt sich dennoch eine Zunahme im Wettbewerb um die Pflegekräfte, an denen sich auch Krankenhäuser beteiligen.

In den Kernbereichen der Versorgung, der ambulanten Pflege sowie der teil-/vollstationären Pflege zeigen sich in der längerfristigen Beobachtung einer Zeitreihe von 10 Jahren die folgenden Trends:

BERICHTSJAHR	ALTENPFLEGENDE AMBULANTE DIENSTE	ALTENPFLEGENDE STATIONÄRE EINRICHTUNGEN	FACHPFLEGEHELFENDE ALTENPFLEGE AMBULANTE DIENSTE	FACHPFLEGEHELFENDE ALTENPFLEGE STATIONÄRE EINRICHTUNGEN
2011	8.199	22.828	1.775	6.404
2013	9.574	28.752	2.169	6.930
2015	10.320	29.764	2.572	8.628
2017	12.886	30.645	3.202	9.020
2019	13.922	31.804	2.867	9.151
2021	12.293	27.694	2.848	9.358
2011 - 2021 in %	49,9%	21,3%	60,5%	46,1%

Tab. 20: Entwicklung der Personalkennzahlen ambulant und stationär 2011 bis 2021

Bedeutsam sind an dieser Stelle zwei zentrale Entwicklungen:

Einerseits steigt die Anzahl der Altenpflegenden in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten insgesamt in der Zeitreihe an; zwischen 2019 und 2021 jedoch ist ein deutlicher Rückgang bei den Fachpflegenden zu verzeichnen, der in der ambulanten Pflege 11,7 Prozent und in der stationären Pflege 12,9 Prozent beträgt. Damit kann für diesen Bereich in beiden Sektoren von einem erheblichen Rückgang ausgegangen werden und ein „Pflexit“ kann nominal in diesen Sektoren nicht ausgeschlossen werden. Da die Daten aus 2023 (und damit Post-Corona) erst im Frühjahr 2025 zur Verfügung stehen werden, kann hier nicht abschließend beurteilt werden, ob es sich dabei um eine zwischenzeitliche „Delle“ in der insgesamt steigenden Beschäftigung handelt oder ob sich ein Trend abzeichnet, der in der Gemengelage zwischen Corona-Pandemie, Umstellung der Ausbildung und Einführung der Personalbemessung zu einer substanziellen Änderung führt.

Andererseits zeigen die Anstiege bei der Fachpflegehilfe Altenpflege, dass im stationären Kontext bereits seit vielen Jahren eine Entwicklung vorzufinden ist, die durch die Personalbemessung (PeBeM) ggf. noch befördert werden wird, jedoch nicht erst mit der Einführung der Personalbemessung beginnen wird. Die stärkere Berücksichtigung von Assistenzberufen in der Pflege ist bereits seit längerem deutlich und bislang können die sinkenden Ressourcen bei den Fachpflegenden nur in Teilen kompensiert werden.

Arbeitslosigkeit in der Altenpflege

Wie bei der Krankenpflege auch, so werden in der nachfolgenden Grafik die zentralen Kennzahlen des Arbeitsmarktes vorgestellt.[42]

Die Situation in der Altenpflege ist gegenüber der in der Krankenpflege als ähnlich zu betrachten. Auch in der qualifizierten Altenpflege liegt eine sehr geringe Anzahl an arbeitslos gemeldeten Personen im Jahresdurchschnitt vor. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Altenpflege in den Regierungsbezirken ergeben sich regional keine Arbeitsmarktressourcen, die bestehen. Es ist von einer flächendeckenden Vollbeschäftigung auszugehen.

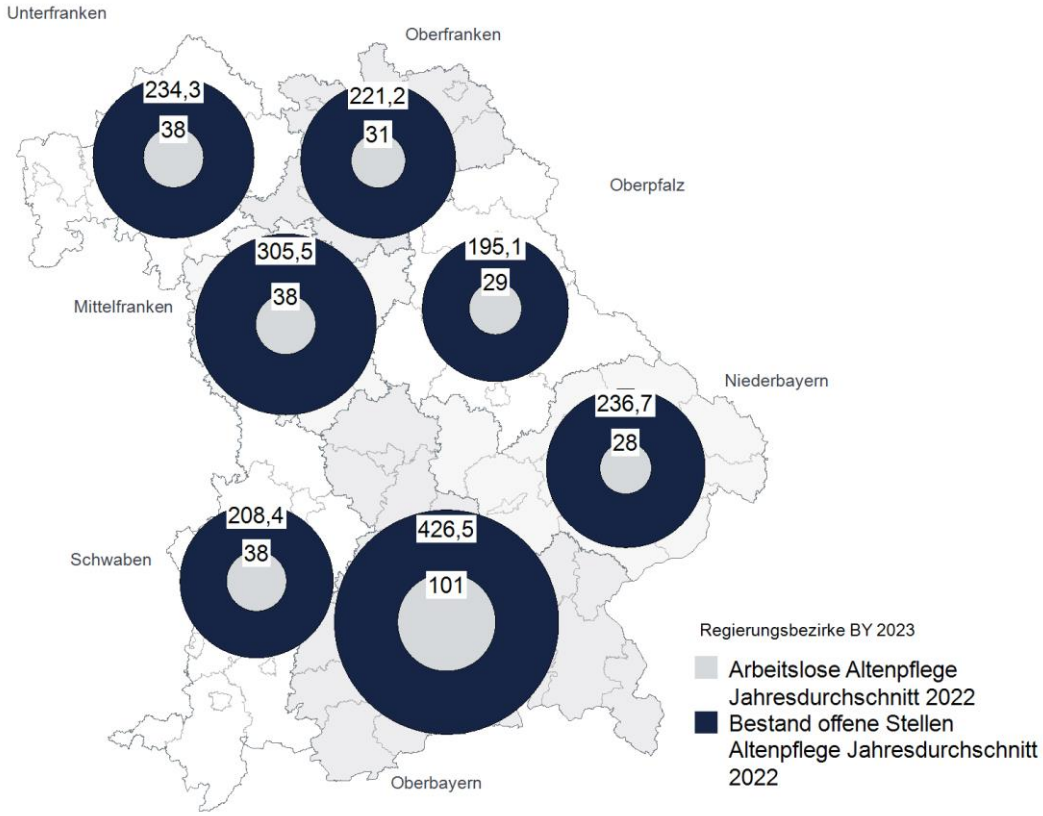


Abb. 51: Übersicht Arbeitslose und Arbeitsstellen Altenpflege 2022

Betrachtet man die Relationen der arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden zu den offen gemeldeten Arbeitsstellen, so ist hier eine große Auswahlmöglichkeit für die Altenpflegenden bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitgeber gegeben. Bedacht werden muss auch in diesem

[42] Die Daten beziehen sich dabei auf den Bestand im Jahresdurchschnitt in 2022.

Sektor, dass nicht alle Einrichtungen die offenen Stellen melden und die reale Anzahl deutlich über der statistisch ausgewiesenen liegen wird.

In Niederbayern kommt auf eine/n arbeitslos gemeldete Altenpflegende/n eine Anzahl von 8,5 offenen Stellen. In Mittelfranken stehen einer/einem arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden 8 offen gemeldete Stellen gegenüber, in Oberfranken sind es 7,1. In der Oberpfalz sind es 6,7, in Unterfranken 6,2, in Schwaben 5,5 und in Oberbayern sind es 4,2. Die vorliegenden Kennzahlen verdeutlichen den hohen Nachfragedruck auf Seiten der Einrichtungen und führen für die Einrichtungen zu einer stetig steigenden Vakanzzeit bis zur Besetzung einer offenen Stelle (Bundesagentur für Arbeit 2023).

Für die Fachpflegehilfe Altenpflege können die Daten aufgrund der Einschränkungen bei der Kodierung der Berufe nicht stabil benannt und berechnet werden.

Vollzeitbeschäftigung in der Altenpflege

Im Kapitel der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege wurde bereits thematisiert, dass eine andere Form eines „Pflexits" in der persönlichen Reduzierung der Arbeitszeit bestehen kann. In diesem Falle sinkt nicht die Anzahl der Personen insgesamt, sondern es ergeben sich Verschiebungen innerhalb der Erwerbstätigkeit, die ggf. als Kompensation einer empfundenen hohen Belastung zu finden sind.

Betrachtet man die Kennzahlen der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik aus den Jahren 2021 (Pflegestatistik, Krankenhausstatistik), so sind in den ambulanten Diensten geringe Vollzeitstellenanteile für Fachpflegehelfende in der Altenpflege zu beobachten. In den Krankenhäusern sowie in den Rehabilitationseinrichtungen liegen sie tendenziell deutlich höher. Höhere Vollzeitquoten ergeben sich in den teil-/vollstationären Einrichtungen in Bayern.

EINRICHTUNGEN	ALTEN-PFLEGENDE	FACHPFLEGEHELFENDE ALTENPFLEGE
Krankenhäuser 2021	64,3 %[43]	59,3 %[44]
Rehabilitationseinrichtungen 2021	57,9 %	57,3 %[45]
Ambulante Dienste 2021	37,4 %	22,4 %
Teil-/vollstationäre Einrichtungen 2021	51,6 %	35,9 %

Tab. 21: Anteil der Vollzeitbeschäftigung in Sektoren und Berufen 2021

Gegenüber 2019 kann an dieser Stelle keine Abnahme der Vollzeitbeschäftigung festgestellt werden. Ferner stabilisiert sich das Bild, dass in den ambulanten Diensten deutlich geringere Beschäftigungsumfänge zu verzeichnen sind als in den anderen Sektoren und Teilzeit in der ambulanten Pflege der dominierende Beschäftigungsbereich darstellt.

[43] In 2022 sind laut Krankenhausstatistik 2.866 Altenpflegende mit einer dreijährigen Qualifikation beschäftigt. Als Teilzeitbeschäftigte werden insgesamt 1.055 ausgewiesen, das entspricht einer Teilzeitquote von 36,8 Prozent. Gegenüber dem Jahr 2021 ist hier keine gravierende, sondern lediglich eine graduelle Änderung zu beobachten.

[44] In 2022 sind laut Krankenhausstatistik 316 Altenpflegehelferinnen und -helfer (1-2-jährige Ausbildung) ausgewiesen. Als Teilzeitbeschäftigte werden insgesamt 139 geführt, das entspricht einer Teilzeitquote von 44 Prozent. Gegenüber dem Jahr 2021 ist hier eine Änderung zu beobachten, die jedoch vor dem Hintergrund der geringen Fallzahl eingeordnet werden muss.

[45] Von 150 Altenpflegehelfer/-innen (Kennzeichnung nach Krankenhausstatistik) arbeiten 64 in Teilzeit.

In der regionalen Differenzierung für die beiden Kernsektoren der ambulanten Pflege sowie der teil/vollstationären Pflege zeigen sich deutliche Abweichungen der Beschäftigungsumfänge. Dabei ist insbesondere in Oberbayern ein gegenüber anderen Regionen hoher Anteil an Vollzeitbeschäftigung in beiden Sektoren und bei beiden untersuchten Berufsgruppen zu beobachten. Da in beiden Berufen ausreichend hohe Kennzahlen der Beschäftigung zur Verfügung stehen, um diese örtlich differenziert zu analysieren, handelt es sich dabei nicht um einen statistischen Verzerrungseffekt, sondern um eine reale Unterschiedsbildung.

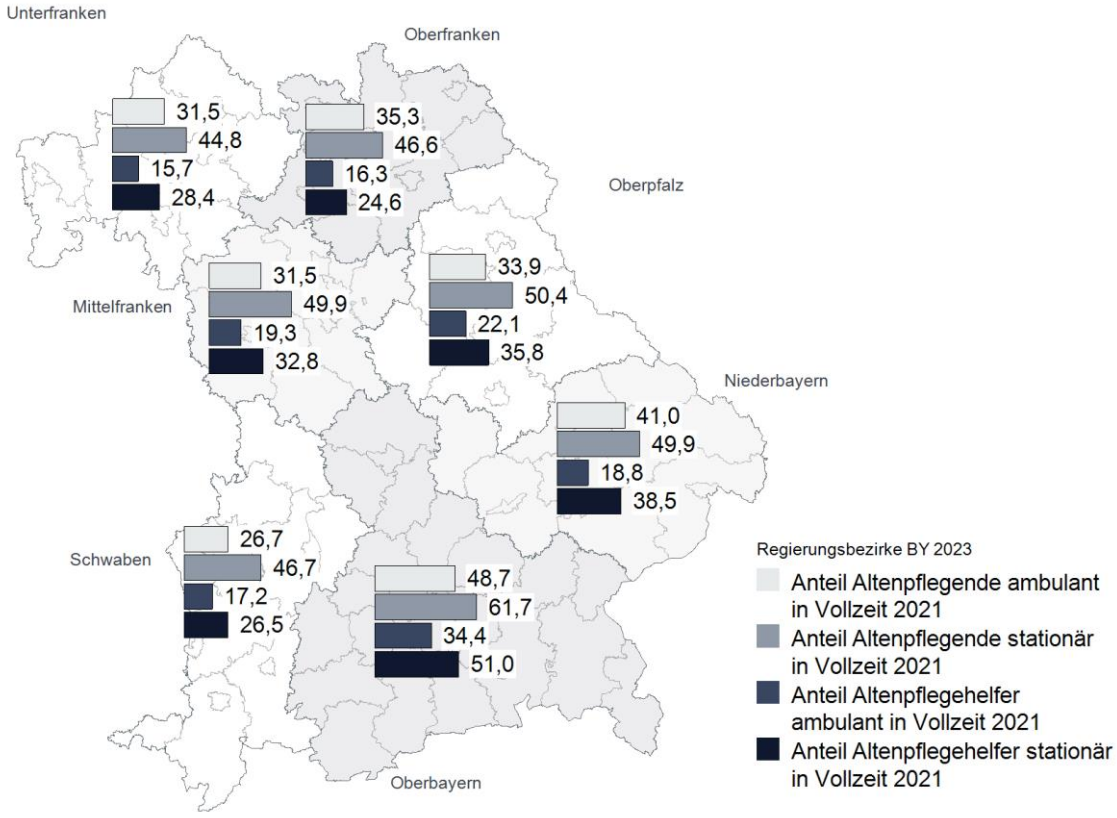


Abb. 52: Vollzeitquoten Altenpflege ambulant und stationär

Ursächlich kann dies an dieser Stelle auf Basis der vorliegenden Daten nicht näher beschrieben werden; hier lassen sich lediglich Hypothesen formulieren. So kann eine andere Kostenstruktur in den Regionen ggf. dazu führen, dass geringe Beschäftigungsumfänge in vielen Teilen in Oberbayern nicht ausreichen, um die Wohn- und Lebenshaltungskosten zu realisieren und somit verstärkt in Vollzeit gearbeitet wird.

Beschäftigungsdauer in der Altenpflege

Nachfolgend sollen für die relevanten Gruppen der Beschäftigungsdauer die Kennzahlen der in den Regierungsbezirken erfassten Personalkennzahlen der Altenpflege dargelegt werden. Klassifiziert werden Personen zum Stichdatum Juni 2022, die unter drei Jahren, zwischen drei und sechs Jahre im Beruf, zwischen 6 bis unter 10 Jahre und die über 10 Jahre im Beruf tätig sind. Die Erläuterungen zur Interpretation der Daten und zur Systematik wurden im Kapitel zur Beschäftigungsdauer der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bereits erörtert und werden an dieser Stelle nicht erneut vorgestellt.

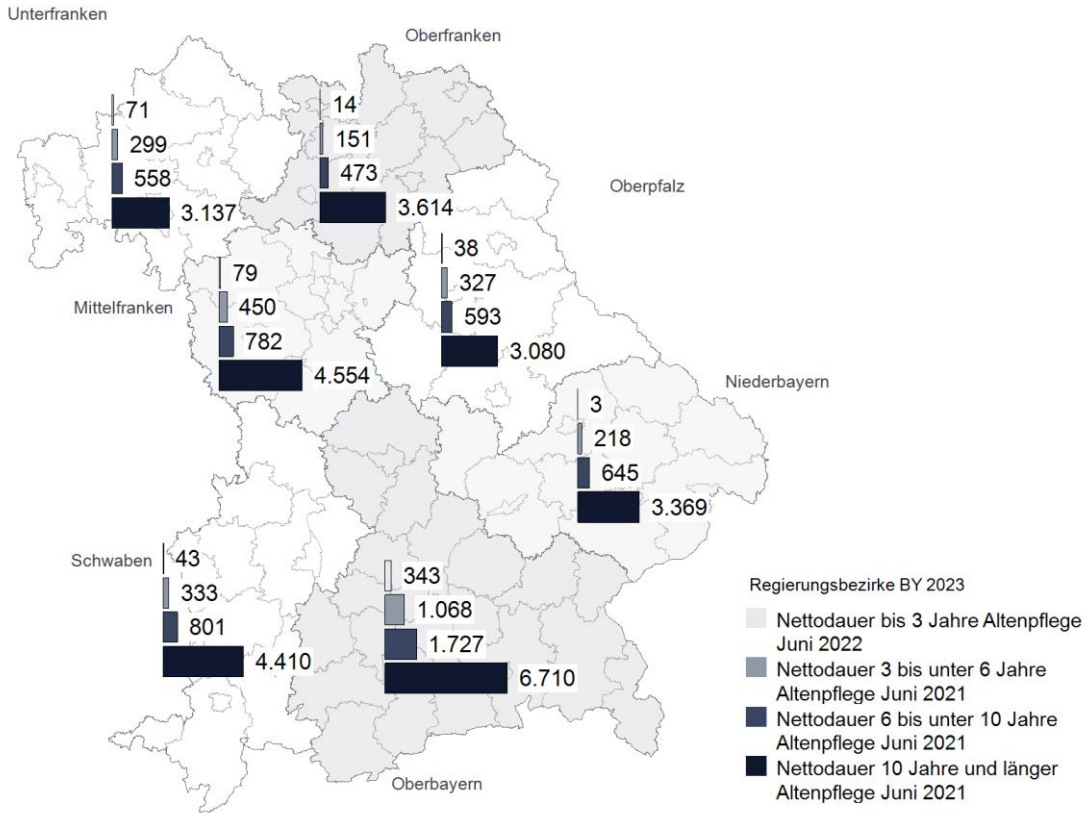


Abb. 53: Mittlere Berufsversverweildauer Altenpflege Stichtag Juni 2022

Für Bayern wird für Juni 2022 eine mittlere unterbrechungsfreie Tätigkeitszeit in der Altenpflege (Fachqualifikation) von 199,7 Monaten angegeben. Das entspricht einer Zeit von 16,6 Jahren. Übersetzt bedeutet dies, dass die Hälfte der Pflegenden mit dem genannten Qualifikationsniveau seit 16,6 oder mehr Jahren in der Pflege tätig ist, die andere Hälfte noch nicht so lange den Beruf unterbrechungsfrei ausübt. Der Anteil der beruflich Pflegenden, die seit 10 Jahren oder länger im Beruf tätig sind, beläuft sich in Bayern für den Juni 2022 auf 74,8 Prozent[46]. Ein Hinweis auf eine generelle kurze berufliche Tätigkeitsdauer ergibt sich auf Basis der Daten der Sozialversicherung demnach nicht.

Ortsgebundene Beschäftigung in der Altenpflege

Auch in der Altenpflege ist es von zentraler Bedeutung, wie sich das Verhältnis zwischen Ein- und Auspendlern und den Personen darstellt, die in der Altenpflege in einem Landkreis wohnen und in diesem auch tätig sind. Generell weisen Daten der Pendlerinnen- und Pendleranalyse darauf hin, dass die berufliche Mobilität in der Altenpflege unterhalb von der in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege liegt. Dies kann begründet sein in dem dichten Versorgungsnetz aus ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen und der damit verbundenen guten örtlichen Beschäftigungsmöglichkeit.

[46] Die Hinweise korrespondieren dabei auch mit der Betrachtung der berufsdemografischen Entwicklung bzw. den Altersgruppen der beruflich Pflegenden in Bayern. Vor dem Hintergrund der langjährigen Tätigkeitsdauer ist auch der Anteil der älteren Pflegenden in Bayern zu erklären.

Die regionale Auswertung zeigt den Anteil der Beschäftigten in der Altenpflege an, bei denen der Wohnort auch der Arbeitsort ist. Die Grafik markiert demnach den Anteil der ortstreuen Pflegekräfte mit der Fachqualifikation der Altenpflege.

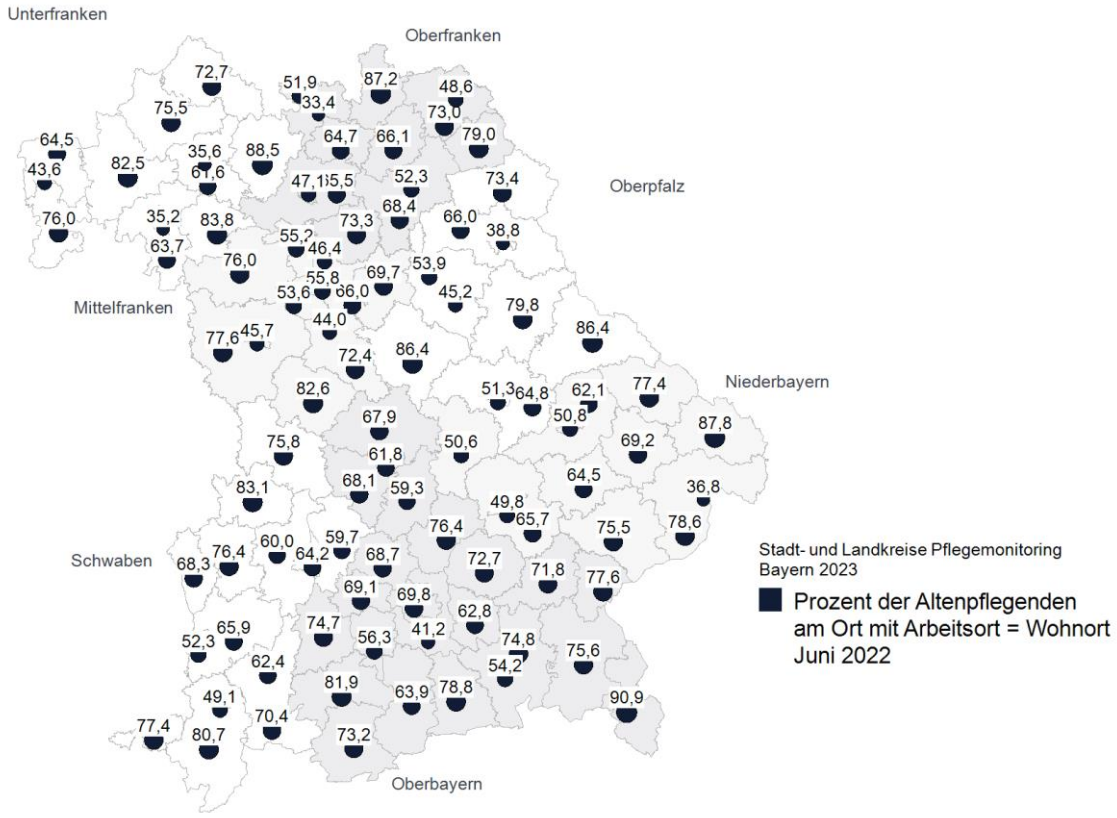


Abb. 54: Anteil der Altenpflegenden mit Wohnort=Arbeitsort 2022

In 28 Landkreisen und kreisfreien Städte besteht ein örtlich gebundener Beschäftigungsanteil von 75 Prozent oder höher. Der Spitzenreiten in diesem Bereich ist das Bertechsgadener Land mit einem Anteil von 90,9 Prozent ortsgebundener Beschäftigung. Dies ergibt sich u.a. aus der regionalen Lage. Hier finden sich nur geringe Pendlerbewegungen nach Traunstein. Eine hohe Ortstreue wird auch im Landkreis Haßberge (88,5 Prozent), in Freyung-Grafenau (87,8 Prozent) oder in Kronach (87,2 Prozent) beobachtet.

In den kreisfreien Städten liegen die Anteile überwiegend deutlich niedriger. Dies ergibt sich durch die hohe Beschäftigung in den Einrichtungen. Die vor Ort lebenden Pflegenden reichen nicht aus, um die Beschäftigung in den Einrichtungen zu decken und die Einrichtungen sind auf zahlreiche Pendlerinnen und Pendler aus dem Umland angewiesen. Liegt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich über der Anzahl der vor Ort lebenden Personen, so sinkt rechnerisch der Anteil der Pflegenden, die mit dem Merkmal „Wohnort=Arbeitsort“ die regionale Beschäftigung (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort) stabilisieren.

Altenpflegende aus Drittstaaten

Wie beschrieben, wird der Personalgewinnung aus Drittstaaten neben der Qualifizierung ausländischer Pflegender vor Ort eine bedeutsame Rolle bei der Fachkräftesicherung zugeschrieben. Dabei liegen die Kennzahlen für die Zulassungen zur Arbeitsaufnahme im Bereich der Altenpflege deutlich unter denen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Mit insgesamt 1.152 aus Drittstaaten stammenden Zustimmungen werden weniger als 25 Prozent der Kennzahlen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erreicht.

Einerseits ist dies begründet in der fehlenden spezialisierten Ausbildung zur Altenpflege im außereuropäischen Kontext, sodass die Anwerbung und auch die Qualifizierung auf den spezifischen Bereich eine Besonderheit darstellt. In vielen Ländern, aus denen Pflegende angeworben werden, sind teil-/vollstationäre Einrichtungen in der Form, wie sie in Deutschland bestehen, nicht bekannt und es ist überwiegend familiäre Aufgabe, die Betreuung zu übernehmen. Darüber hinaus verfügen Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege oftmals nicht über die materiellen und personellen Möglichkeiten, um umfassende Programme der Anwerbung zu starten und die Integrationsleistungen vor Ort zu stabilisieren. Hier sind größere Krankenhäuser in einem strategischen Vorteil.

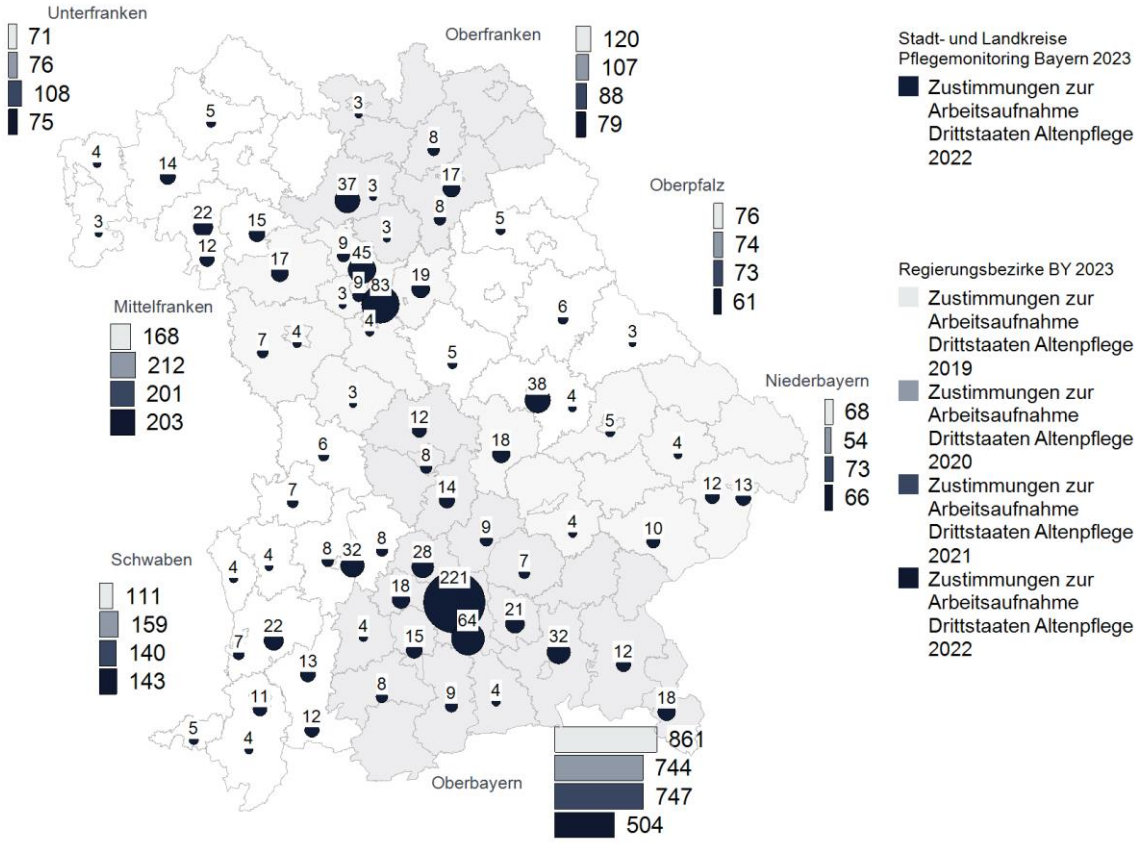


Abb. 55: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Altenpflege 2019 bis 2022

Gemessen am Gesamtpotenzial der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege stellen die aus Drittstaaten zugelassenen Pflegenden einen Anteil von 2,7 Prozent in 2022 dar. Anders als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, sieht man über die Jahre 2019 bis 2022 keinen zentralen Aufbau in der Fachkräftegewinnung. In Teilen gehen die Zahlen zurück (was auch durch die Corona-Pandemie bedingt sein kann) oder aber sie stagnieren (z.B.

in Niederbayern) auf einem geringen Niveau. Deutlich ist auch ein Rückgang in Oberbayern zu beobachten, dem stärksten Bereich der Zuwanderung.

Korrespondierend zu den Ergebnissen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sieht man auch bei den Zulassungen zur Arbeitsaufnahme für das Jahr 2022 regional, dass eine Flächenversorgung nicht gegeben ist und dass sich einzelne Zentren bilden (LK und SK München, Nürnberg, Erlangen und Regensburg und Augsburg). In 25 Landkreisen und kreisfreien Städten wird für 2022 keine Zulassung erfasst.

Bezogen auf ein „Ranking“ der Herkunftsländer der in der Altenpflege zugelassenen Pflegenden aus Drittstaaten ergeben sich die nachfolgenden, im Balkendiagramm visualisierten, Abstufungen.

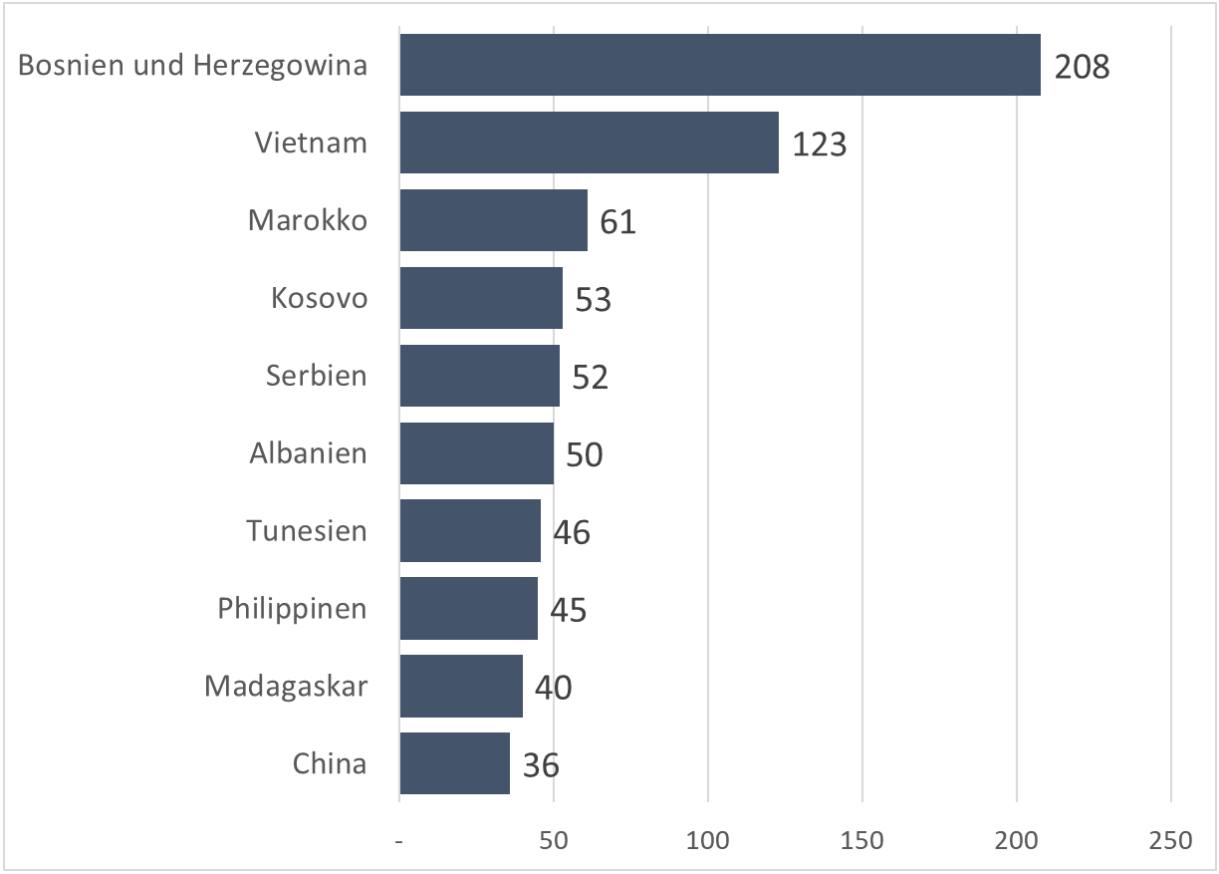


Abb. 56: Herkunftsländer Zulassungen Drittstaaten Altenpflege 2022

Auch in der Altenpflege dominieren Bosnien und Herzegowina mit einem Anteil von 18,1 Prozent. Anwerbungen aus Vietnam stellen mit 10,7 Prozent den zweitgrößten Anteil. Alle anderen Länder in der „Top Ten“ weisen einstellige Prozentwerte auf. Beginnend mit Marokko (5,3 Prozent) verteilen sich weiteren Anwerbeländer ähnlich. Pflegende aus China stellen mit 3,1 Prozent den Abschluss der vorliegenden Darstellung.

Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen

Schülerinnen und Schüler aus allgemeinbildenden Schulen bilden das Potenzial für die Bewerberlage in den Pflegeschulen und bei den praktischen Trägern der Pflegeausbildung. Die Entwicklung der Anzahl von Schulabgängerinnen und -abgänger ist vor dem Hintergrund der Gewinnung von Ausbildungsinteressierten bedeutsam.

Prognosen zur Entwicklung von Schülerinnen- und Schülerzahlen unterliegen dabei unterschiedlichen Unwägbarkeiten, wie z.B. einem durch Flüchtlingsbewegungen plötzlich zusätzlich entstehendem Schülerinnen- und Schülerpotenzial[47].

Für Bayern wird aktuell bis 2035, entgegen früherer Schätzungen, mit einem deutlich zunehmenden Potenzial an Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen gerechnet (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2023). Für die Realschulen wird, ausgehend vom Schuljahr 2022/2023 bis 2035/2036 mit jährlich steigenden Kennzahlen gerechnet, die in 2025/2036 rund 40.000 zusätzliche Schülerinnen und Schüler insgesamt bedeuten können. Für die Gymnasien werden rund 102.000 zusätzliche Schülerinnen und Schüler kalkuliert (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2023). Dementsprechend werden im Jahr 2035/2036 rund 8.000 zusätzliche Absolventinnen und Absolventen aus Realschulen und 1.200 zusätzliche Abiturientinnen und Abiturienten kalkuliert.

Für die direkte Einmündung in die Ausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau ist ein vorhandener Realschulabschluss die Mindestqualifikation. Absolventinnen und Absolventen mit einem Hauptschulabschluss können in die Ausbildung zur Fachpflegefachhilfe einmünden. Die abgeschlossene Qualifikation wiederum dient als Eingangsqualifizierung in die dreijährige Ausbildung, sodass eine Durchlässigkeit zu allen Ebenen der Qualifizierung in der Pflege (einschließlich der akademischen Qualifizierung) besteht.

Die Ausbildungskennzahlen in der Pflege mit den entsprechenden Schwankungen und Entwicklungen können nur vor dem Hintergrund der Entwicklung der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen insgesamt sinnvoll diskutiert werden. Sinken Potenziale der Absolventinnen und Absolventen mit einem qualifizierenden Schulabschluss, so ist auch bei einer konstanten Quote der Gewinnung von Absolventinnen und Absolventen für den Pflegeberuf mit einem sinkenden Potenzial zu rechnen, der nicht kausal in Verbindung gebracht werden kann mit einer abnehmenden Attraktivität.

Die retrospektive Analyse weist dabei für alle Regierungsbezirke in Bayern zwischen 2011 und 2021 einen deutlichen Rückgang der Absolventinnen und Absolventen auf. Für die nachfolgende Analyse wurden die Absolventinnen und Absolventen mit einem mittleren Bildungsabschluss sowie mit einer allgemeinen Hochschulreife summiert. Für die Regierungsbezirke wird die Entwicklung im Zeitraum von zehn Jahren aufgezeigt. In den Kreisen ist die prozentuale Veränderung über den Zeitraum von zehn Jahren abgebildet.

[47] Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus: „Natürlich darf die Treffsicherheit solch langfristiger Prognosen nicht überbewertet werden. Wegen der Vielzahl von nicht behebbaren Unsicherheiten bei den zugrunde gelegten Annahmen verliert die Rechnung, je weiter sie über den Zeitraum der nächsten fünf bis zehn Jahre hinausreicht, zunehmend die Bedeutung einer Voraussage der später tatsächlich eintretenden Verhältnisse und nimmt immer mehr den Charakter einer Modellrechnung an.“ (Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hg.) (2023): regionalisierte Schüler- und Absolventenprognose 2023. München (Reihe A Bildungsstatistik, 74) (S. 5).

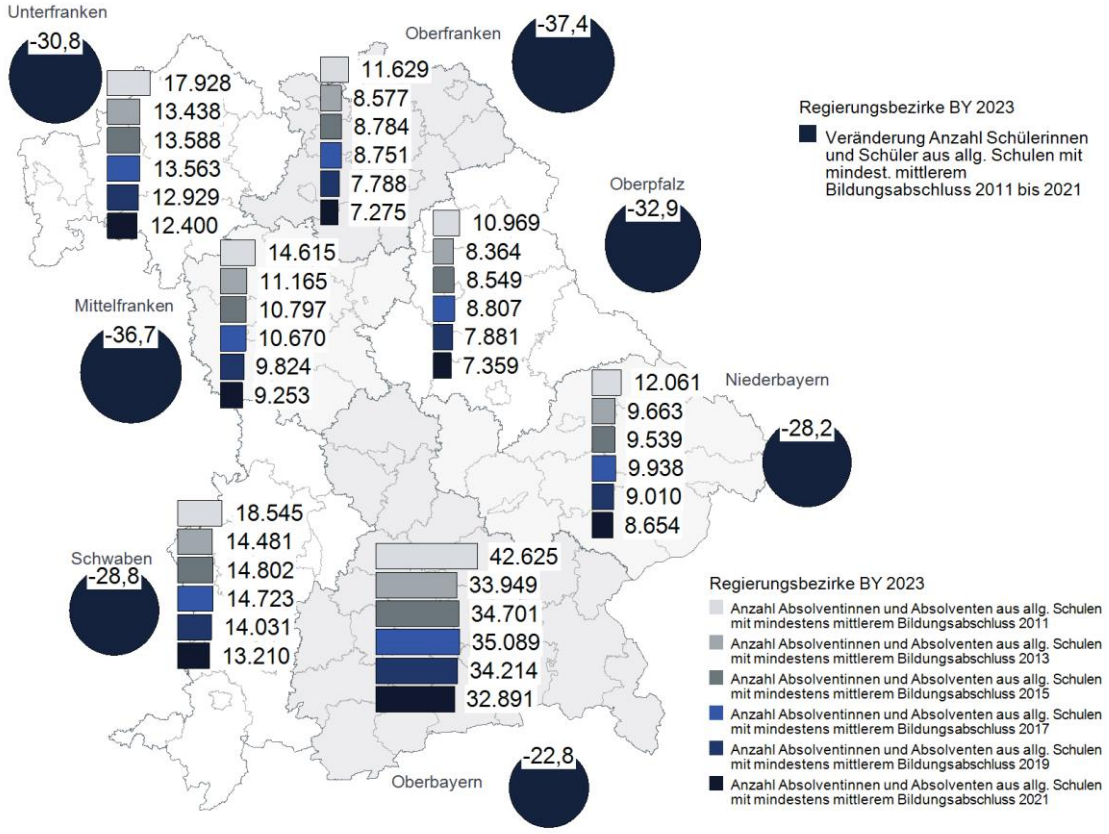


Abb. 57: Entwicklung der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss

Die Rückgänge in der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen verdeutlichen die zentrale Problematik, wie sie alle Ausbildungsberufe betrifft. Mit dem Rückgang insgesamt steigt die Konkurrenz der Betriebe in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen um potenzielle Bewerberinnen und Bewerber untereinander weiter an.

Von besonderer Bedeutung ist, welche sozialen Status Pflegeberufe darstellen, da dieser eine zentrale Schlüsselrolle bei der Berufswahl junger Menschen darstellt. Studien aus dem Bereich der Pflege zeigen dabei, dass unter Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen Vorbehalte gegenüber einer Berufswahl in der Pflege bestehen (Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) 2010), die nicht ausschließlich mit einer Ablehnung innerhalb der eigenen Peergroup oder dem elterlichen Haushalt im Zusammenhang stehen, sondern mit steigendem Qualifikationsgrad des Abschlusses insgesamt sinken (Ebbinghaus 2022; Eggert et al. 2019). In Regionen, in denen hohe Qualifikationsgrade bestehen (hoher Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten) kann vor diesem Hintergrund die Gewinnung von Ausbildungsinteressierten eine besondere Herausforderung darstellen.

Als Basis der nachfolgenden Datenauswertung wurden die Kennzahlen aus der Regionalstatistik (https://www.regionalstatistik.de/genesis/online), dem gemeinsamen Statistikportal des Bundes und der Länder für das Jahr 2021, zugrunde gelegt[48].

[48] Absolventen/Abgänger allgemeinbildender Schulen nach Geschlecht und Abschlussarten - Schuljahr - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte

In der Analyse wurden die Kennzahlen der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinen Schulen nach unterschiedlichen Schulabschlüssen für die Regierungsbezirke summiert und ausgewertet. Nicht aufgenommen wurden Absolventinnen und Absolventen ohne qualifizierten Schulabschluss und somit ohne Zugangsmöglichkeit zu einem Ausbildungsbereich der Fachpflegehilfe oder der dreijährigen Qualifizierung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau. Die Kennzahlen zum Jahr 2021 werden in den regionalen Balkendiagrammen dargestellt und weisen auf, dass die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einem Hauptschulabschluss in allen Regierungsbezirken die Minderheit der schulischen Qualifikationen ausmacht. Es dominiert der mittlere Schulabschluss. Besonders hohe Quoten an Abiturientinnen und Abiturienten zeigen sich in der kleinräumigen Analyse (nicht abgebildet) dabei in der kreisfreien Stadt Bamberg (56,6 Prozent), im Landkreis München (48,5 Prozent), sowie in den kreisfreien Städten Bayreuth (45,9 Prozent), Erlangen (45,9 Prozent) und Würzburg (42,6 Prozent).

Bedeutsam ist die Verschränkung der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr zur Pflegeausbildung und die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen.

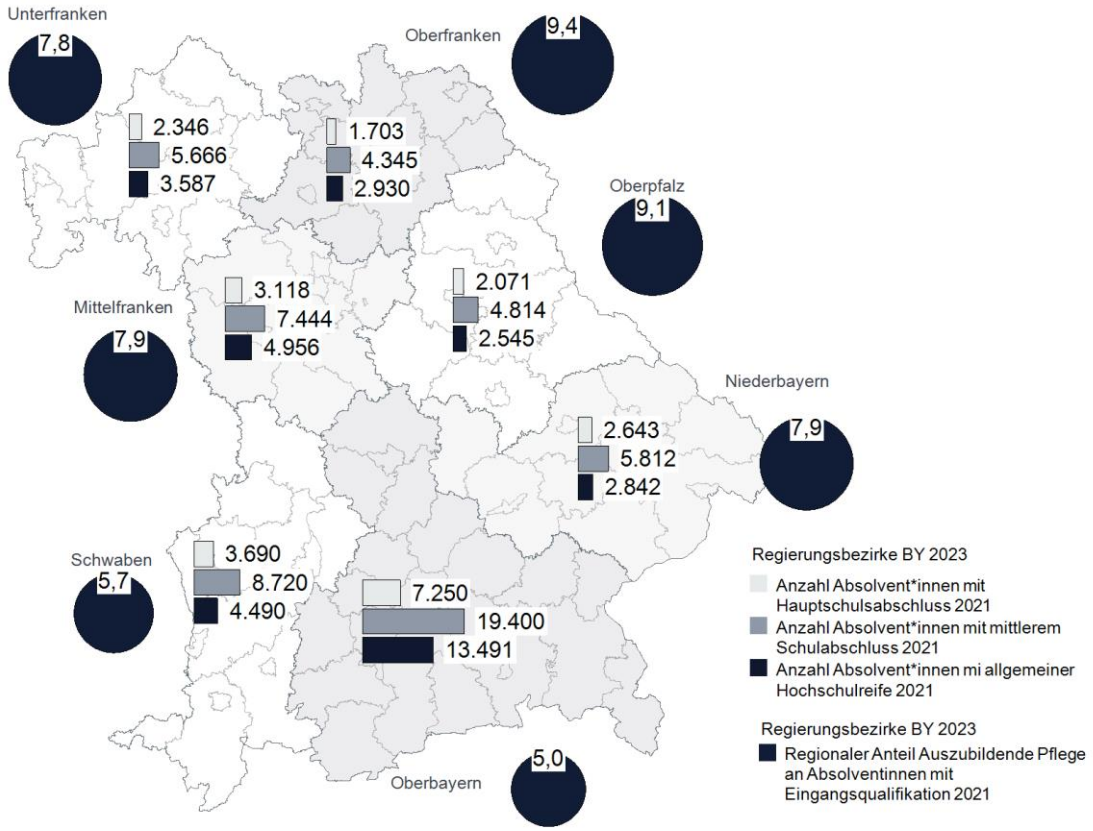


*Abb. 58: Absolvent*innen allgemeinbildender Schulen im Schuljahr 2021*

Für die Regierungsbezirke wurde die Anzahl der neu in eine Pflegeausbildung aufgenommenen Schülerinnen und Schüler (1. Ausbildungsjahr Pflegefachmann/ -fachfrau) in der regionalen Summierung berücksichtigt. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einer Eingangsqualifizierung (mittlerer Abschluss und Hochschulreife) wurden ebenso summiert, die

Absolventinnen und Absolventen mit einem Hauptschulabschluss werden an dieser Stelle nicht inkludiert, da sie keinen direkten Zugang zur Fachausbildung haben.

Aus beiden Kennzahlen wurde der Anteil der Auszubildenden der (Fach)Pflege am Gesamtpotenzial der Absolventinnen und Absolventen für die Regierungsbezirke ermittelt. Die statistische Ungenauigkeit besteht darin, dass neben den Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen auch Umschülerinnen und Berufswechsler sowie Studienabbrecherinnen -abbrecher in den Pflegeberuf einmünden und somit nicht ausschließlich junge Schulabgängerinnen und -abgänger in den Ausbildungen zu finden sind. Im nachfolgenden Kapitel wird dargelegt, dass in 2022 insgesamt 47,2 Prozent der einmündenden Schülerinnen und Schüler in der Altersgruppe bis 20 Jahre zu finden ist. Eine entsprechende Bereinigung und Berechnung kann jedoch mangels vorliegender regionalisierter Daten nicht vorgenommen werden. Darüber hinaus bestehen weiter statistisch mögliche Verzerrungen, die ebenso mit benannt werden müssen. Pendler, die ihren Schulabschluss in anderen Regierungsbezirken erwarben und in einer anderen Region eine Pflegeausbildung aufgenommen haben, können hierbei nicht berücksichtigt werden. Ebenso wenig findet Berücksichtigung, dass Auszubildende auch aus anderen Bundesländern kommen können und für die Ausbildung nach Bayern ziehen oder aber aus dem Ausland angeworbene Auszubildende in einer Region eine Ausbildung aufnehmen, die ihren Schulabschluss in einem anderen Land absolviert haben. Dies kann zu einer erhöhten errechneten Quote führen und schränkt die Aussagekraft der Darstellung graduell ein bzw. kann angenommen werden, dass ggf. eine Überschätzung der Anteile der Auszubildenden in der Pflege vorliegen kann.

Als Orientierungswert jedoch können die Daten dienen, um die „Ausschöpfung“ bezogen auf die Potenziale der Absolventinnen und Absolventen regional zu diskutieren.

In der Analyse ist zu sehen, dass in Oberbayern der Anteil der Schulabgängerinnen und Schulabgänger, die im Anschluss eine Pflegeausbildung aufnehmen, gegenüber dem Anteil in anderen Regierungsbezirken deutlich geringer ausfällt. In Oberbayern liegt gegenüber anderen Regionen auch eine höhere Abiturientinnen- und Abiturientenquote vor (32,2 Prozent). In der Kontrastierung liegt diese mit 23,9 Prozent in Niederbayern deutlich niedriger.

Hohe Werte der Ausschöpfung vorhandener Potenziale finden sich in Oberfranken sowie in der Oberpfalz, wo rechnerisch jeweils über 9 Prozent der Absolventinnen und Absolventen für eine Pflegeausbildung gewonnen werden konnten. Auch, wenn die beschriebene Einschränkung besteht, so zeigen sich regionale Differenzen. Die Ausschöpfungsquoten liegen dabei lediglich in Schwaben und in Oberbayern unterhalb einer in der Literatur beschriebenen „Wahrscheinlichkeit des Ergreifens eines Pflegeberufes“ von rund 6 Prozent (Eggert et al. 2019).

Ein wesentlicher Faktor in der kommenden Diskussion um die Anzahl der Auszubildenden wird die einmalige Besonderheit sein, die in 2025 zu erwarten ist. Aufgrund der Umstellung von G8 auf G9 wird nur vereinzelt mit Abiturientinnen und Abiturienten in Bayern zu rechnen sein, da in vielen Schulen der Jahrgang vollständig fehlt. „Nachzüglerinnen und Nachzügler“ oder aber Absolventinnen und Absolventen, die aufgrund einer verkürzten Schulzeit das Abitur in dem Jahr ablegen, werden nur in geringer Anzahl vertreten sein. Inwieweit sich dies auf die Gewinnung von Auszubildenden konkret auswirken wird, kann aktuell nicht sicher eingeschätzt werden.

Ausbildung in Pflegeberufen

Im folgenden Kapitel werden die aktuellen Kennzahlen der Ausbildung in der Fachpflege sowie in der Fachpflegehilfe Krankenpflege und Altenpflege regional betrachtet. Darüber hinaus wird, ausgehend von den Auszubildendenkennzahlen in 2022 und berufsdemografischen Daten eine Prognose zur Entwicklung der Zu- und Abgänge aus der Pflege bis zum Jahr 2030 vorgestellt. Dabei handelt es sich um eine Modellrechnung. Eingangs erfolgt eine kurze Gesamtübersicht zur Entwicklung der Ausbildung in der dreijährigen Qualifizierung in der Pflege.

Die Gesamtentwicklung der Anzahl der neu aufgenommenen Auszubildenden in der dreijährigen Qualifizierung zu Pflege zeigt die folgende Grafik auf. Berücksichtigt werden muss dabei, dass sich Erfassungszeiten in den statistischen Darlegungen geändert haben und bis 2019 schuljahrbezogen betrachtet wurde; in der neuen Ausbildungsstatistik ab 2020 werden hingegen stichtagsbezogene Daten ermittelt. Damit ergeben sich statistische Unsicherheiten in der zeitlichen Betrachtung. Ausgangspunkt der erfassten Daten sind die summierten Werte der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege bis 2018/2919 und die Daten der Pflegeberufe-Ausbildungsstatistik (Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag).

Anzumerken ist, dass die Daten der generalistischen Auszubildenden inklusive der im Berichtsjahr erfolgten vorzeitigen Vertragslösungen abgebildet sind! Auch dies führt zu einer unterschiedlichen Betrachtung und statistischen Verzerrung, da diese Differenzierung bei den neu aufgenommenen Auszubildenden der Schuljahre (bis 2018/2019) nicht erfolgt.

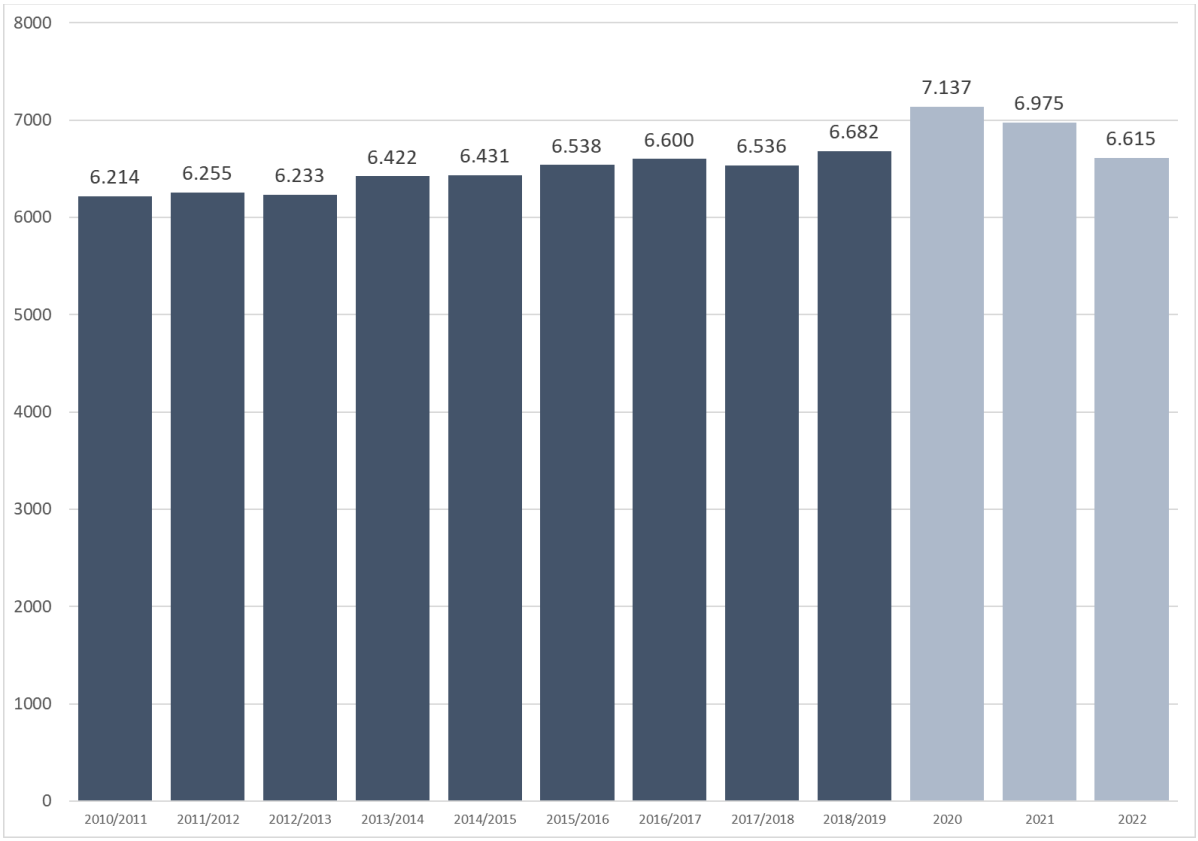


Abb. 59: Gesamtüberblick Pflegeausbildung in Bayern in der Zeitreihenbetrachtung

In der Übersicht sieht man einen leichten Rückgang bei den Auszubildenden. Insbesondere konnte die hohe Ausbildungskennzahl aus 2020 in der Folge nicht gehalten werden. Auf den ersten Blick kann dabei eine Reduzierung vermutet werden, die auf dem vorherigen Niveau der Ausbildungskennzahlen liegt. Eine nähere Einordnung der Kennzahlen erfolgt im nachfolgenden Unterkapitel.

Bedeutsam ist ferner, dass die Entwicklungen der Ausbildungen im Kontext der Entwicklungen der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen diskutiert werden. Sinkt das Potenzial an dieser Stelle, kann auch die Anzahl der Auszubildenden in der Pflege erwartungsgemäß gesenkt sein. Dies ergibt sich kalkulatorisch selbst dann, wenn eine gleichbleibende und stabile Quote der Gewinnung junger Auszubildender besteht. Die im vorherigen Kapitel beschriebenen regionalen Daten verdeutlichen, dass zwischen 2011 und 2021 insgesamt eine Reduzierung der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss von 128.372 auf 91.042 erfolgte und damit ein Rückgang um 29,1 Prozent zu beobachten ist. Diesen Einbruch oder Rückgang vollzieht die Pflegeausbildung nicht und zeigt sich gegenüber den sinkenden Potenzialen aus den allgemeinbildenden Schulen als robust.

PFLEGEFACHMANN/ PFLEGEFACHFRAU

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung verbunden ist die Einführung einer Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung. Daten werden beim Statistischen Bundesamt geführt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022b). Aufgenommen werden dabei die Auszubildenden jeweils am 31.12. eines Jahres: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge. Die nachfolgende Statistik weist die aktuellen Kennzahlen in der am 10.08.2023 korrigierten Fassung auf. Insgesamt werden in der aktuellen Statistik für Bayern 17.361 Auszubildende der Fachpflegeausbildung geführt. Zu differenzieren sind hierbei die Ausbildungseintritte pro Jahr inklusive der vorzeitigen Lösungen und die der Auszubildenden zum Stichtag 31.12. Bei der Schülerzahl inkl. der vorzeitigen Vertragslösung im Jahr werden alle Auszubildenden gezählt, die im Berichtsjahr eine Ausbildung begonnen haben. Die Schülerzahl ohne die vorzeitigen Vertragslösungen zum Stichtag 31.12. sind bereinigte Daten um die im Verlauf bereits erfolgten Austritte aus der Ausbildung im Jahr.

Nimmt man die Gesamtzahl der Auszubildenden inkl. der vorzeitigen Vertragslösungen als Ausgangsbasis, so zeigen diese gegenüber den summierten Werten der dreijährigen Qualifizierungen der Pflege keinen nennenswerten Abbruch- im Gegenteil: In 2020 und 2021 sind die beiden bislang ausbildungsstärksten Jahrgänge zu verzeichnen. 2022 schließt an die Ausgangsjahre vor der Einführung der Generalistik an. Die Vertragslösungsquote lag dabei in 2021 sowie in 2022 bei jeweils 7 Prozent.

AUSZUBILDENDE PFLEGEAUSBILDUNGSSSTATISTIK FÜR BAYERN	SCHÜLERANZAHL (INKL. VORZEITIGER VERTRAGSLÖSUNGEN) IM BERICHTSJAHR	SCHÜLERANZAHL (OHNE VORZEITIGE VERTRAGSLÖSUNGEN) AM 31.12.	MÄNNLICH OHNE VVL AM 31.12.	WEIBLICH OHNE VVL AM 31.12.
2020	7.137	6.954	1.626	5.328
2021	6.975	6.501	1.536	5.001
2022	6.615	6.162	1.488	4.677

Tab. 22: Pflegeausbildungsstatistik Bayern 2020 bis 2022

Ob es sich dabei um ein einmaliges Phänomen handelt, kann an dieser Stelle nicht sicher eingeschätzt werden. In 2020 waren große Teile des Einzelhandels sowie des Gaststätten- und Hotelgewerbes temporär geschlossen und die Pflege galt als krisensicher und nachgefragt, sodass dies ggf. einen Zuwachs an Auszubildenden miterklärt.

In der Entwicklungslinie der Schülerzahlen ohne vorzeitige Vertragslösungen ist zwischen 2020 und 2022 insgesamt ein Rückgang um 11,4 Prozent zu beobachten. Die Anzahl der männlichen und weiblichen Auszubildenden zeigt auf, dass aktuell 75,9 Prozent der Auszubildenden weiblich sind. Gegenüber dem Ausgangsjahr 2020 ist hier lediglich graduell eine Verschiebung der Geschlechteranteile zu beobachten 2020: 76,6 Prozent). Verwiesen wird an dieser Stelle auf die Statistik der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen. Im Zeitraum zwischen 2019 und 2021 sank auch das Potenzial um insgesamt 4,9 Prozent, sodass zumindest Teile der sinkenden Kennzahlen auch in einer insgesamt sinkenden Anzahl an möglichen Potenzialen begründet sein kann.

59,9 Prozent der Auszubildenden werden im Krankenhaus (zur Versorgung zugelassen nach § 108 SGB V) als Träger der praktischen Ausbildung geführt; 33,2 Prozent in stationären Einrichtungen (zur Versorgung zugelassen nach § 71 Abs. 2 und § 72 Abs. 1 SGB XI) und 6 Prozent in ambulanten Pflegediensten (zur Versorgung zugelassen nach § 71 Abs. 1, § 72 Abs. 1 SGB XI und § 37 SGB V).

Das nachfolgende Balkendiagramm weist die in der Bundesstatistik geführten Altersklassen der Auszubildenden (neu aufgenommen in 2022) auf. Neben der Anzahl werden dabei auch die prozentualen Anteile mit aufgeführt.

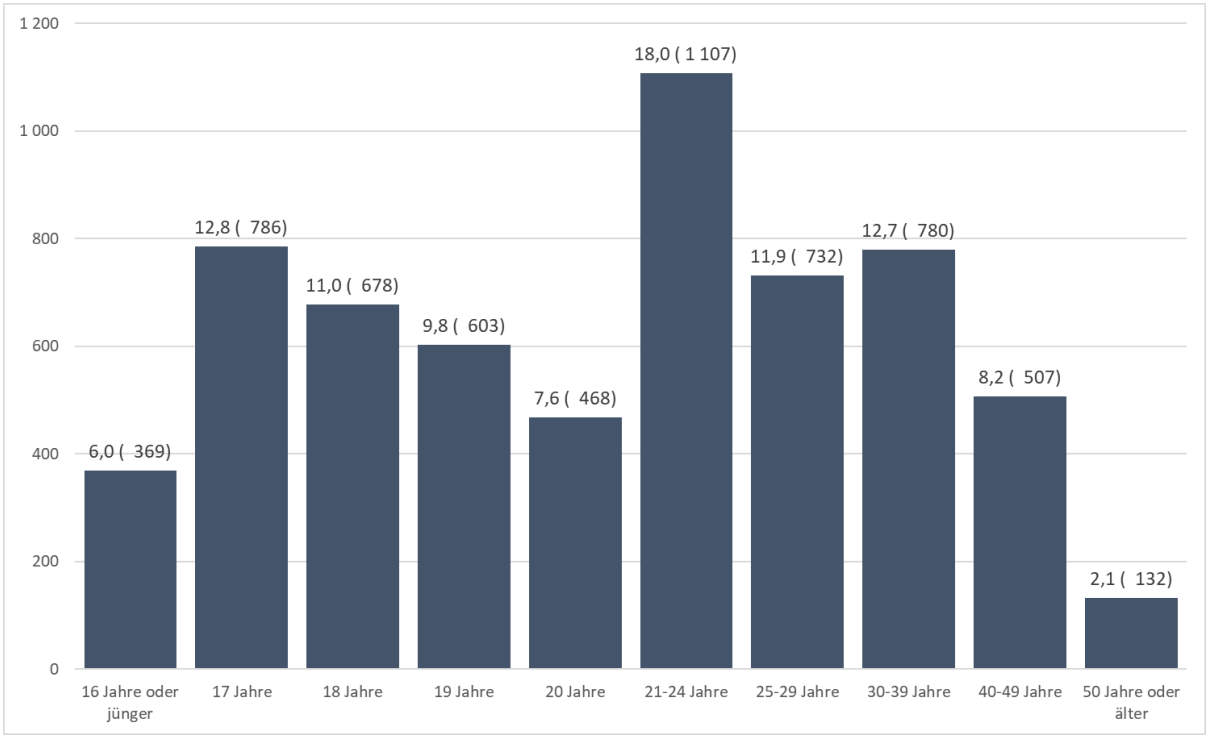


Abb. 60: Altersstruktur der Auszubildenden Pflegefachmann/Pflegefachfrau 2022

Insgesamt sind 4.011 Auszubildende unter 25 Jahre alt. Der Anteil der jüngeren Auszubildenden liegt bei dieser Klassengrenze insgesamt bei 65,1 Prozent. Die Altersstruktur verweist zugleich darauf, dass relevante Anteile der Auszubildenden den Pflegeberuf erst später wählen.

Hierunter können Umschülerinnen und Umschüler fallen oder auch Studienabbrecherinnen und -abbrecher. Der Pflegeberuf ist somit für rund ein Drittel der Auszubildenden eine Zweitqualifikation oder der spätere Einstieg in einen Ausbildungsberuf. Der Anteil der Auszubildenden mit Fördermitteln nach § 81 SGB III (Ausbildungsgutschein) liegt im Jahr 2022 in Bayern bei 12,6 Prozent der Auszubildenden insgesamt.

Eine Erfassung der Staatsangehörigkeit oder einer vorberuflichen Qualifikation wird in der Bundesstatistik ebenso wenig geführt wie eine Differenzierung nach den schulischen Eingangsqualifikationen, sodass an dieser Stelle keine weitere vertiefte Analyse vorgenommen werden kann. Vor dem Hintergrund der Diskussionen um Ausbildungsabbrüche (Garcia González und Peters 2021) in der Pflege[49] [50] wären dies wertvolle Kennzahlen, um in einer längerfristigen Betrachtung ggf. Indikatoren ermitteln zu können, die stärker mit einem Ausbildungsabbruch in Verbindung gebracht werden können. Aus diesen Analysen könnten Hinweise gewonnen werden, wie Ausbildungsabbrüche zu vermeiden oder aber frühzeitig detektiert werden könnten (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2009). Die vorliegenden Daten zeigen noch keine Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus, sodass eine konkrete Brutto-Netto-Quote der Zugänge und erfolgreichen Qualifizierungen noch nicht berechnet werden kann. In einem Sondergutachten des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurden unterschiedliche Faktoren exemplarisch berechnet und es erfolgte eine Analyse zu Ausbildungsabbrüchen und vorzeitigen Vertragslösungen in der Pflegebildung in NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023). Dabei konnten sowohl im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen als auch in der exemplarischen Berechnung der Abbrüche in der Pflege keine Besonderheit festgestellt werden.[51]

Aktuell muss angesichts der noch wenig belastbaren Datenlage davon ausgegangen werden, dass Analysen zu den Ausbildungsabbrüchen in Bayern ebenso wie nachfolgende erste Kennzahlen der Absolventinnen und Absolventen in der Pflegeausbildung noch mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sein können. Die beeinflussenden „Störgrößen“ auf eine Kennzahlentwicklung sind multidimensional und komplexer Natur. Exemplarisch sollen an dieser Stelle einzelne Hinweise erfolgen, die mitbedacht werden müssen bei den Diskussionen.

Einerseits stellt die Umstellung der Berufsausbildung auf eine generalistische Pflegeausbildung den größten systematischen Umstellungsprozess in der Lehre der vergangenen zwanzig Jahre dar und Schulen mussten interne Curriculumsprozesse anstoßen und konzeptionelle Neugestaltungen der Unterrichtsformate und Unterrichtsinhalte vornehmen. Andererseits stellt die Corona-Pandemie in diesem Sektor einen zentralen Einschnitt dar, denn der Jahrgang 2020 (und auch 2021) ist unter den Bedingungen der Pandemie in die Ausbildung eingemündet. Zahlreiche Leistungsbereiche konnten nicht oder nur eingeschränkt als Ausbildungsbereiche

[49] Für das Berichtsjahr 2022 werden insgesamt 2.004 beendete und vorzeitig gelöste Ausbildungsverträge in Bayern insgesamt beschrieben. Dabei handelt es sich jedoch um alle Ausbildungsabbrüche der Gesamtkohorten. Für 2022 wurden 6.615 Ausbildungseintritte gemeldet; die Ausbildungszahl am 31.12. beläuft sich auf 6.162 und die im Berichtsjahr erfasste vorzeitige Beendigung (vorzeitige Lösung) wird mit 450 Personen angegeben.

[50] https://www.bibb.de/de/149487.php

[51] Qualitative Interviews untermauerten den Befund, dass die Umstellung auf die Generalistik nicht als zentraler Treiber einer in Teilen der Einrichtungen beobachteten steigenden Abbrecherquote identifiziert wurde. Hervorgehoben wurden durch Leitungen von Bildungseinrichtungen, dass eine große Heterogenität in der Gruppe der Auszubildenden zu größeren Problematiken und zeitgleichen Unter- wie auch Überforderungen von Auszubildenden führt. Ebenso wurde angeführt, dass ein Ausbildungsabbruch keinen relevanten Nachteil bei der Suche nach einem neuen Ausbildungsplatz darstellt und daher die Option, eine Ausbildung abzubrechen, ggf. früher in Erwägung gezogen wird als in der Vergangenheit.

zur Verfügung gestellt werden (Schließung ganzer Abteilungen mit elektiven Eingriffen); die Bedingungen in den Einrichtungen während der Pandemie zwangen zu bislang unbekannten Maßnahmen (Testungen, Maskenpflicht, Impfungen des Personals etc.). Darüber hinaus konnten auch die schulischen Anteile der Qualifizierung aufgrund von Schließungen der Schulen nicht oder nur in digitalen Formaten realisiert werden. Für zahlreiche Auszubildende mussten angesichts der gravierend beeinflussten Bedingungen Sonderregelungen bezogen auf die Zulassung zur Examensprüfung getroffen werden. Diese Bedingungen stellen gravierende Einflussgrößen dar, sodass erst in den Folgejahren von einer Stabilität und Konsolidierung ausgegangen werden kann, die eine umfassende und valide Einschätzung ermöglichen wird.

Zur weiteren regionalen Analyse müssen ergänzende Daten aufgenommen werden, die aktuell nicht öffentlich zugänglich zur Verfügung gestellt sind (z.B. in der Regionalstatistik des Bundes und der Länder). Zur regionalen Bewertung und Darstellung wurden Daten vom Staatsministerium für Unterricht und Kultus mit der regionalen Ausbildungskapazität in den einzelnen Schulstandorten angefragt.

Abweichend von den Standorten der Adressdatei werden hier 191 Schulstandorte mit Schülerzahlen registriert, wobei eine Schule für das aktuelle Schuljahr keine Schülerzahlen angibt. Somit ergeben sich 190 aktive Ausbildungsstandorte mit Angaben zu Schülerzahlen. Die Kapazitäten der Ausbildung sind stark schwankend bezogen auf die erfassten Zeiträume und dem Beginn der Ausbildungen und Beendigungen von Probezeiten. Wird zu Beginn der Ausbildung befragt, liegen diese deutlich höher als drei Monate nach Ausbildungsbeginn. Die vorliegenden und für den Bericht verwendeten Kennzahlen beziehen sich auf den Stichtag 20.10.2022.

Die Grafik zeigt die kreisbezogene Anzahl der Auszubildenden im 1. Ausbildungsjahr für die Ausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau. Auf der Ebene der Regierungsbezirke sind die Auszubildenden aller drei Jahrgänge ausgewiesen.

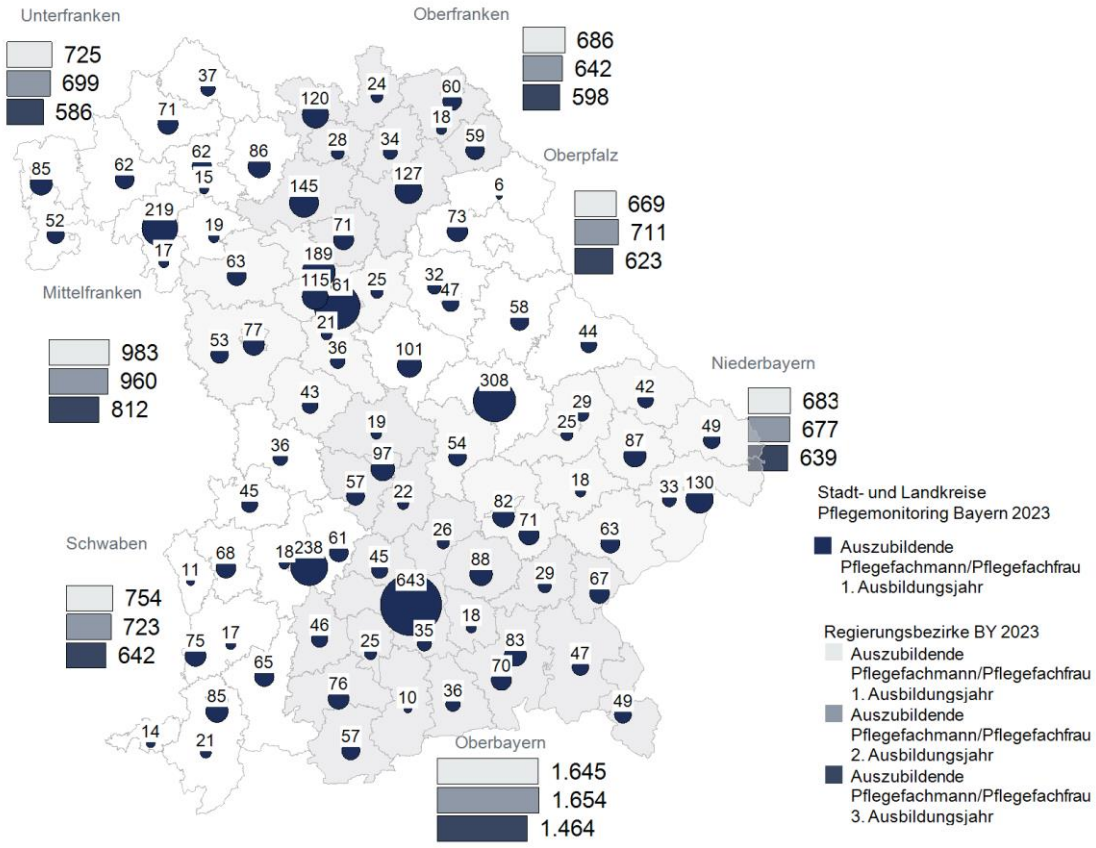


Abb. 61 Regionale Ausbildungsaktivität Pflegefachmann/Pflegefachfrau 1. Ausbildungsjahr 2022

Zu beobachten ist, dass die Anzahl der Auszubildenden in dem ersten Ausbildungsjahr gegenüber den Auszubildenden im dritten Ausbildungsjahr bayernweit höher ausfällt. Einerseits ist dies begründet in den Auszubildenden, die die Ausbildung abbrechen oder aber seitens der Träger gekündigt werden; zugleich bestehen auch jährliche Schwankungen bei den Auszubildendenzahlen, wie sie auch in der Bundesstatistik geführt werden.

Wie zu erwarten, konzentrieren sich die Ausbildungszahlen insbesondere in den Ballungsgebieten und größeren Städten. In insgesamt 10 Landkreisen existieren keine Schulstandorte und damit auch keine regionale Ausbildungsaktivität. Hier befinden sich die Bildungseinrichtungen in den benachbarten Städten und diese decken die berufliche Bildung mit ab (z.B. München für Starnberg und Fürstenfeldbruck, Bamberg Stadt für den Landkreis Bamberg, Kaufbeuren auch für den Landkreis Ostallgäu). In insgesamt 12 Landkreisen/ kreisfreien Städten liegt die Ausbildungszahl im dreistelligen Bereich; Spitzenreiter ist die Stadt München mit 643 Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr, gefolgt von Nürnberg (361), Regensburg (308), Augsburg (238), Würzburg (219), Erlangen (189) und Bamberg (145).

FACHPFLEGEHILFE KRANKENPFLEGE

Neben der Qualifikation der Fachkräfte ist die Fachpflegehilfe Bestandteil der vorliegenden Untersuchung zum Personalmonitoring. Nachfolgend werden die Kennzahlen der Fachpflegehilfe Krankenpflege in Bayern vorgestellt. Basis ist auch für diesen Berufsbereich der Datenbestand der Schulstatistik der Berufsschulen, wie sie im Rahmen einer Sonderabfrage vom Staatsministerium für Unterricht und Kultus zur Verfügung gestellt wurde. Aktuell werden mit

791 Auszubildenden im Schuljahr 2022/2023 gegenüber Vorjahren stabile Kennzahlen erreicht (2019/ 2020 =793).

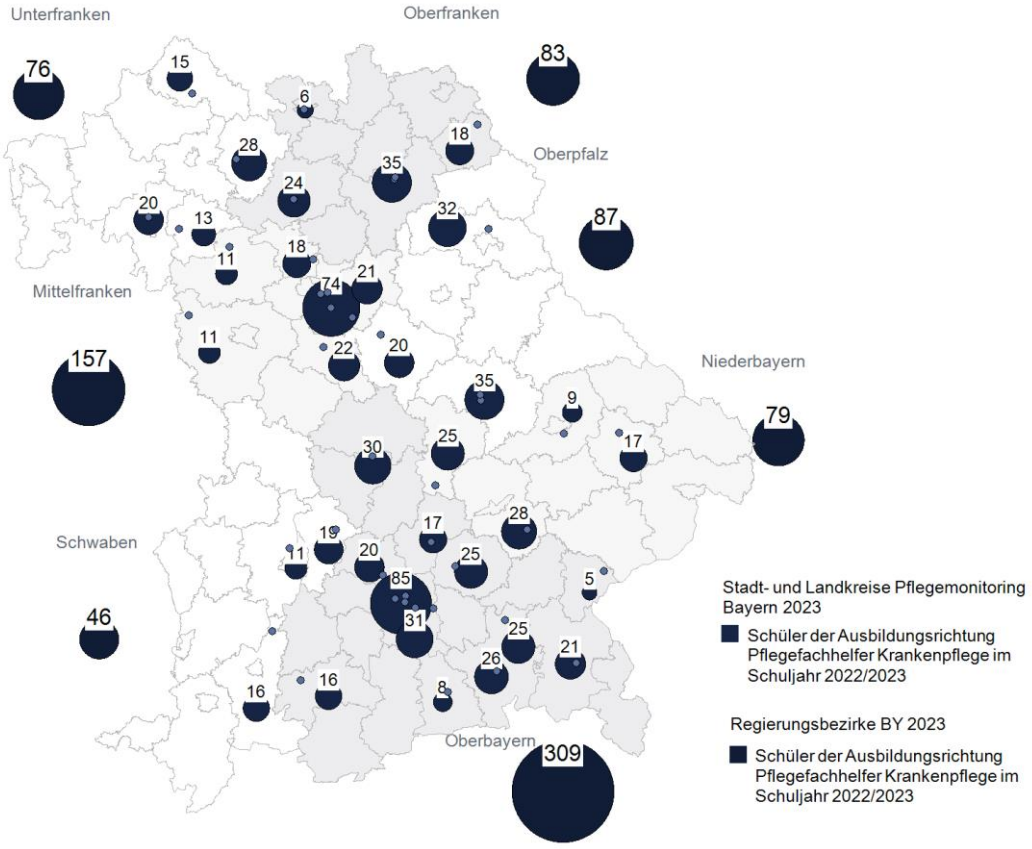


Abb. 62: Aktive Standorte Qualifizierung Fachpflegehilfe Krankenpflege mit Schülerzahlen 2022/2023

Die regionalen Verteilungen der Schulstandorte (blaue Punkte) verweisen darauf, dass eine flächendeckende Verteilung des Bildungsangebotes nicht vorliegt und dass in zahlreichen Einrichtungen überwiegend kleinere Kohortenzahlen zu finden sind. Die erwarteten Kumulierungen finden sich auch in diesem Bereich in den Zentren und im Regierungsbezirk Oberbayern wird die größte Anzahl an Auszubildenden verzeichnet.

Die nachfolgende Zeitreihe basiert auf den Daten der Bundesstatistik zu den Berufsschulen und Schulen des Gesundheitswesens (Fachserie 12 Reihe 2).

Im Bericht werden national und auf der Ebene der Bundesländer sowohl Schülerinnen- und Schülerzahlen als auch Kennzahlen von Absolventinnen und Absolventen aus Berufsfachschulen aus dem jeweiligen Jahr vorgelegt. Mit dem Berichtsjahr 2020/2021 erfolgte die letztmalige Veröffentlichung in der vorliegenden Form.

Damit liegen für die Ausbildungsjahre 2021/2022 und 2022/2023 keine zugänglichen Daten für die Auswertung der Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung vor.

Es kann an dieser Stelle keine Erfolgsquote[52] berechnet werden und es kann nicht dargelegt werden, wie viele Ausgebildete Personen erfolgreich abgeschlossen haben. Die beiden letzten

[52] Die Erfolgsquote misst den Anteil der Auszubildenden, die in die Ausbildung eintreten und ein Jahr später in der Regelzeit die Ausbildung erfolgreich absolviert haben. Sie verweist auf eine Brutto-Nettoberechnung und liegt unterhalb von der Anzahl der erfolgreichen Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Inkludiert sind Auszubildende, die die Ausbildung abbrechen oder aber nicht in der Regelzeit absolviert haben.

Jahrgänge und Analysen basieren auf einer modellhaften Fortschreibung einer Erfolgsquote von 83 Prozent der Auszubildenden, wie sie zwischen 2017 und 2019 vorlag. Die letztmalige Berechnung aus 2018/2019, die in 2019/2020 ihre Ausbildung absolviert haben, weist eine gegenüber den Vorjahren stabile Erfolgsquote aus.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGS-ANFÄNGER/IN-NEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH EINEM JAHR RE-GELZEIT	VERLUST (ANFÄN-GER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2010/2011	451	362	-89	80,3 %
2011/2012	450	371	-79	82,4 %
2012/2013	508	430	-78	84,6 %
2013/2014	509	453	-79	89,0 %
2014/2015	623	483	-140	77,5 %
2015/2016	593	517	-76	87,2 %
2016/2017	654	519	-135	79,4 %
2017/2018	682	572	-110	83,9 %
2018/2019	754	622	-132	82,5 %
2019/2020	793	650	Annahme bei Erfolgsquote 83 Prozent	
2020/2021	818	679	Annahme bei Erfolgsquote 83 Prozent	

Tab. 23: Ausbildungskennzahlen Fachpflegehilfe Krankenpflege

Das Potenzial aus der Ausbildung zur Fachpflegehilfe Krankenpflege müsste sich in Bayern in den vorangegangenen Jahren bei rund 650 bis 680 Personen pro Jahr bewegen bzw. bewegt haben. Nimmt man eine stabile Fortschreibung für die aktuellen Kennzahlen aus 2022/2023 an, so kann mit rund 656 Absolventinnen und Absolventen gerechnet werden, die eine Ausbildung im Schuljahr 2023/2024 erfolgreich abschließen werden. Eine Einmündungsquote[53] zu den qualifizierten Personen kann dabei nicht quantifiziert werden und müsste in Form einer eigenen Studie zu den Berufserfolgen und zur Berufseinmündung untersucht werden. Ebenso kann aktuell nicht beziffert werden, wie viele der Absolventinnen und Absolventen aus der Fachpflegehilfe in die Qualifizierung zur Fachpflegekraft einmünden und damit als Auszubildende zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau geführt werden.

FACHPFLEGEHILFE ALTENPFLEGE

Die Fachpflegehilfe Altenpflege liegt im Ausbildungspotenzial deutlich oberhalb der Fachpflegehilfe Krankenpflege. Hier liegt einen größere Flächenverteilung der Bildungsstandorte vor. Wie in der Fachpflegehilfe Krankenpflege, bestehen regional unterschiedliche Kapazitäten der Ausbildung. In Oberbayern findet sich die größte Anzahl an Auszubildenden im Jahrgang 2022/2023.

[53] Die Einmündungsquote stellt den Anteil der Personen dar, die nach einer erfolgreichen Qualifizierung eine Anstellung suchen und eine Erwerbstätigkeit im Zielberuf aufnehmen.

Oberfranken stellt ebenso einen wichtigen Regierungsbezirk bei der Qualifizierung dar. Mittelfranken, die Oberpfalz, Niederbayern und Schwaben liegen mit 200 bis 250 Auszubildenden auf einem vergleichbaren Niveau.

Die Zentrumsbildung der Qualifizierung zeigt sich auch in der Fachpflegehilfe Altenpflege, jedoch werden in den ländlichen Regionen gegenüber der Fachpflegehilfe Krankenpflege höhere Potenziale deutlich.

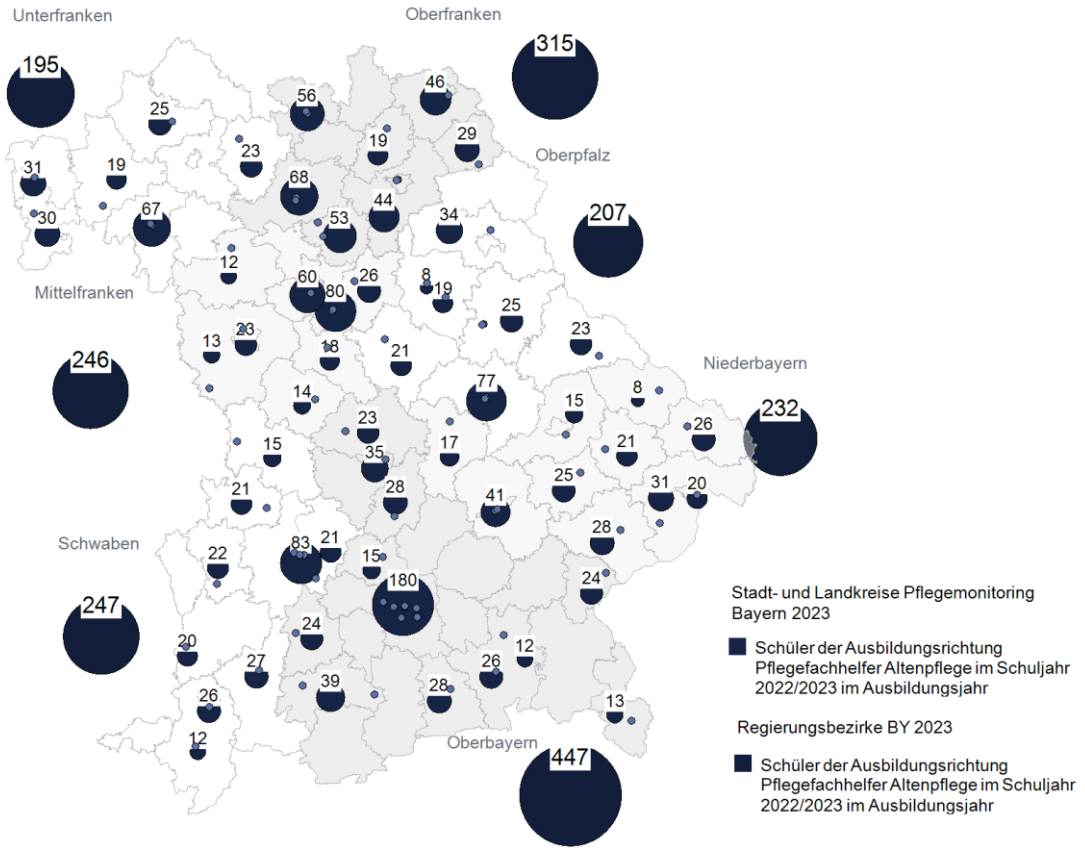


Abb. 63: Aktive Standorte Qualifizierung Fachpflegehilfe Altenpflege mit Schülerzahlen 2022/2023

In der Zeitreihe sind insgesamt eher abnehmende Tendenzen zu erkennen, die jedoch mit der vorliegenden Kennzahl aus dem Schuljahr 2022/2023 wieder ansteigen. Aktuell werden in Bayern in der Qualifizierung 1.889 Auszubildende geführt.

Im Gegensatz zur Fachpflegehilfe Krankenpflege fällt die Erfolgsquote[54] in der Fachpflege Altenpflege niedriger aus. Die durchschnittliche Erfolgsquote liegt bei 67,5 Prozent. Damit besteht, in Anbetracht einer einjährigen Qualifizierungsmaßnahme, eine erhebliche Verlustquote bzw. nicht erfolgreiche Teilnahme an Prüfungen.

[54] Die Erfolgsquote misst den Anteil der Auszubildenden, die in die Ausbildung eintreten und ein Jahr später in der Regelzeit die Ausbildung erfolgreich absolviert haben. Sie verweist auf eine Brutto-Nettoberechnung und liegt unterhalb von der Anzahl der erfolgreichen Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Inkludiert sind Auszubildende, die die Ausbildung abbrechen oder aber nicht in der Regelzeit absolviert haben.

SCHULJAHR	AUSBILDUNGS-ANFÄNGER/IN-NEN	ABSOLVENT(INN)EN NACH EINEM JAHR RE-GELZEIT	VERLUST (ANFÄN-GER/INNEN)	ERFOLGSQUOTE BRUTTO NETTO
2010/2011	2.026	1.343	-638	67,8 %
2011/2012	1.982	1.210	-707	63,1 %
2012/2013	1.765	1.281	-442	74,3 %
2013/2014	1.847	1.258	-513	70,1 %
2014/2015	1.727	1.146	-506	69,4 %
2015/2016	1.628	1.081	-500	68,4 %
2016/2017	1.592	1.062	-474	69,1 %
2017/2018	1.546	1.114	-432	72,1 %
2018/2019	1.663	1.257	-406	75,6%
2019/2020	1.746	1.309	Annahme bei Erfolgsquote 75 Prozent	
2020/2021	1.585	1.189	Annahme bei Erfolgsquote 75 Prozent	

Tab. 24: Ausbildungskennzahlen Fachpflegehilfe Altenpflege

Ausgehend von einer Erfolgsquote von 75 Prozent liegt die Schätzung der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen des aktuellen Jahrgangs aus 2022/2023 bei rund 1.420 Personen. Auch für die Fachpflegehilfe Altenpflege kann keine Einmündungsquote benannt werden und es fehlen Kennzahlen bezüglich des Übergangs in die dreijährige Fachqualifizierung.

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 2020b), sind die gegenwärtigen Kapazitäten in der Ausbildung weiter auszubauen. Die Beschäftigungszunahme in den stationären Einrichtungen wird prognostisch weiter fortbestehen und die Fachpflegehilfe Altenpflege weist hier mit rechnerisch rund 100 zusätzlichen Personen gegenüber den Vorjahren eine nur geringfügige Steigerung auf. Bei 2.089 stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern bedeuten die Qualifizierungskennzahlen, dass nicht einmal eine neue Pflegefachhilfe pro Einrichtung zur Verfügung steht.

PROGNOSE DER ZUGÄNGE UND ABGÄNGE DER FACHPFLEGE

Für die Diskussion einer Personalveränderung (in allen Sektoren der Versorgung) ist eine Ressourcenabschätzung notwendig. Die nachfolgende Analyse fokussiert dabei die Fachpflege, da für die Fachpflegehilfe notwendige Datenbestände nicht zu ermitteln sind (z.B. die konkreten altersbezogenen Gruppen der Fachpflegehilfe Altenhilfe). Abgeglichen werden die erwartbaren Zugänge aus der Ausbildung und die erwartbaren Abgänge aufgrund der berufsdemografischen Entwicklung der Pflegenden in Bayern.

Zur Analyse wurden die altersbezogenen Gruppen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Altenpflege sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege summiert. Als Datengrundlage wurden die Kennzahlen der Bundesagentur für Arbeit (Sonderabfrage) verwendet.

In der Fortschreibung der berufsdemografischen Entwicklung lässt sich kalkulieren, in welchem Jahr Pflegende aus dem Beruf ausscheiden werden. Die Zugänge aus der Ausbildung wurden dabei anhand der vorliegenden aktuellen Daten zur Pflegeausbildung des Jahres 2022 berechnet (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023b) und den Austritten gegenübergestellt.

Die vorliegende Kalkulation unterliegt dabei Unsicherheiten, kann jedoch als Schätzungsgrundlage und Orientierung verwendet werden, um die Potenziale kalkulatorisch fortzuschreiben.

Der nachfolgenden Fallzahlschätzung liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- Fachpflegekräfte arbeiten bis zum Renteneintritt (65 Jahre) in ihrem Beruf
- Die Anzahl der Auszubildenden in der Qualifizierung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau stabilisiert sich auf dem Niveau der Ausbildungszahlen von 2022
- Die Erfolgsquote und damit der Anteil der Auszubildenden, der nach drei Jahren die Ausbildung erfolgreich in der Regelzeit absolviert, liegt bei 75 Prozent[55]
- Der Anteil der qualifizierten Fachpflegenden, die nach der Ausbildung auf dem Arbeitsmarkt real einmünden, liegt bei 80 Prozent[56]

Damit liegen an unterschiedlichen Punkten Setzungen vor, die bei einer Abweichung der Kennzahlen zu Änderungen der Kalkulation führen würden. Liegt beispielsweise der Renteneintritt nicht bei 65 Jahren, sondern erfolgt dieser früher, steigt die Anzahl der Fachpflegenden, die ausscheiden, deutlich und früher an. Lassen sich höhere Auszubildendenzahlen realisieren oder der Anteil einer erfolgreichen Qualifizierung in der Regelzeit steigern, so steigt die Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegenden an. Das Modell basiert auf aktuell zur Verfügung stehenden Kennzahlen und Studien und kann als eine „konservative Schätzung“ verstanden werden.

Die nachfolgende Grafik verdeutlicht den Verlauf der Fallzahlschätzung bis zum Jahr 2030 in der Gegenüberstellung der vorliegenden Kennzahlen. Relevant erscheint dabei die Distanz zwischen beiden Linien; die Differenz markiert die zusätzlichen Ressourcen auf dem Arbeitsmarkt, die zur Verfügung stehen, um einen personellen Aufwuchs in den Einrichtungen zu generieren oder aber zusätzliche Versorgungsangebote zu realisieren (z.B. Aufbau weiterer Heimplatzstrukturen).

[55] Als Kalkulationsgrundlage dienen dabei langjährige Beobachtungen der Pflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021.)

[56] Als Kalkulationsgrundlage dienen Ergebnisse einer Analyse zur Berufseinmündung/ zum Berufsverbleib Pflegende in NRW (Isfort et al. 2022.)

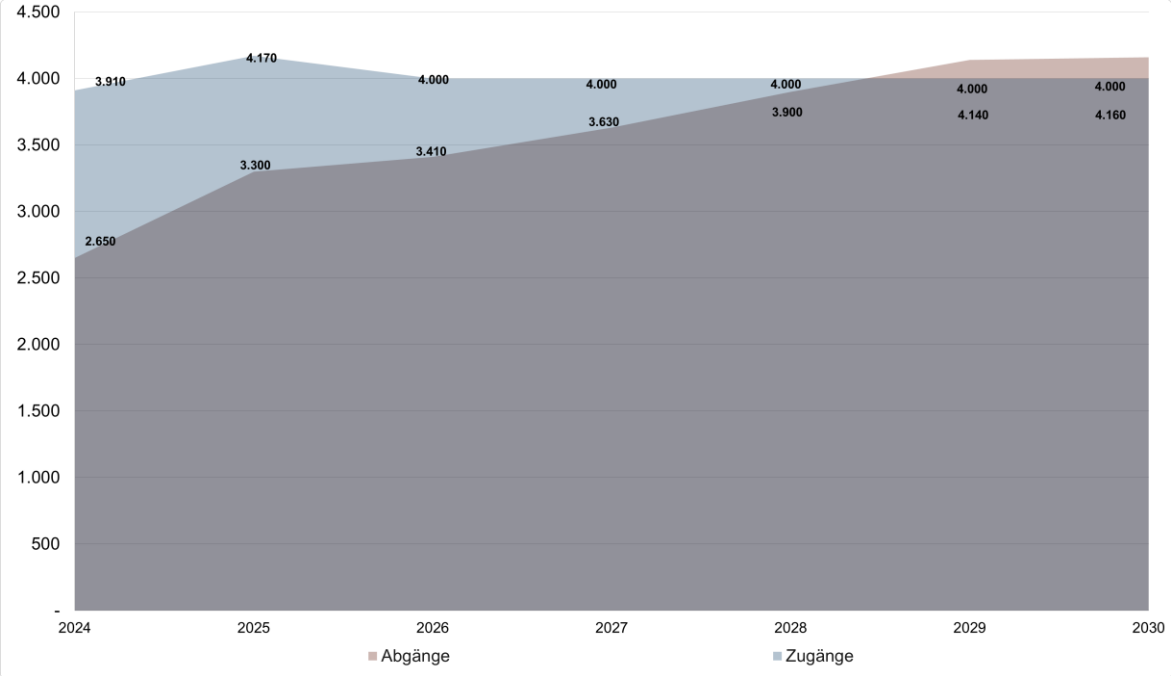


Abb. 64: Fallzahlschätzung der Zugänge und Abgänge in der Fachpflege 2024 bis 2030

Die berufsdemografische Entwicklung wird, anders als die bevölkerungsdemografische Entwicklung, bereits frühzeitiger greifen und auf das Versorgungssystem einen deutlichen Einfluss ausüben. In absehbarer Zeit führt die berufsdemografische Entwicklung der Pflegenden in Bayern zu einer Steigerung der Abgänge aus dem Beruf. Werden in 2024 rund 2.650 Pflegende ausscheiden und über die Qualifizierung zu ersetzen sein, so steigt die Anzahl bereits in 2025 auf 3.300 an und nachfolgend bis 2030 auf ein Niveau von jährlich 4.160 Pflegenden, die ersetzt werden müssen.

Aus der Pflegeausbildung können in 2024 rund 3.910 Pflegende erwartet werden, die real in den Arbeitsmarkt einmünden. Damit liegt in der Gegenüberstellung eine rechnerische Kapazitätsreserve von rund 1.260 Pflegenden vor, die zusätzlich auf den Arbeitsmarkt kommen. Dieses Potenzial kann dazu beitragen, die Personalsituation in den Einrichtungen zu verbessern (Erhöhung der Personalkennzahlen) oder aber bestehende Versorgungsangebote zu stabilisieren. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Fachpflegenden in 2022 (summiert 163.000), entspricht dies einer Kapazität von 0,8 Prozent.

Angesichts einer Anzahl von 2.140 ambulanten Pflegeeinrichtungen, 2.089 stationären Einrichtungen, 351 Krankenhäusern und 240 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Summe: 4.820 Einrichtungen im Jahr 2021) wird das zusätzliche Potenzial jedoch in 2024 keine hinreichende Wirkung erzielen können, um zu spürbaren Veränderungen in den Einrichtungen zu führen. Dies ist unabhängig von allen Bestrebungen einer Personalbemessung und Personalausstattung (PeBeM in der stationären Altenhilfe und PPR 2.0 im Krankenhaus) zu diskutieren und zu reflektieren. Aus Bemessungsgrundlagen entstehende quantifizierbare zusätzliche Bedarfe werden ohne Zuzug oder Änderung der Ausbildungskennzahlen nicht zu realisieren sein.

Perspektivisch ergeben sich die folgenden Entwicklungslinien: In den Folgejahren wird diese zusätzliche Kapazität weiter abschmelzen. Bereits in 2026 wird, ausgehend von dem Modell, von einer Kapazität von lediglich 590 Personen ausgegangen und 2028 sind es kalkulatorisch

lediglich 100 Personen, sodass davon ausgegangen werden muss, dass die zur Verfügung stehende Anzahl an Pflegenden aus der Qualifizierung spätestens ab diesem Zeitpunkt vollumfänglich für den Ersatz der ausscheidenden Personen aufgewendet werden muss und keine Kapazitäten bestehen, um auf der Ebene der Fachpflegenden weitere Potenziale in den Einrichtungen zu generieren. 2029 und 2030 wird sich das Verhältnis kalkulatorisch umkehren und es werden mehr Personen aus der Pflege ausscheiden, als über die Qualifizierung (ausgehend von den Kennzahlen aus 2022) gewonnen werden können. Bayern wird in der Folge rund 1.000 Pflegende im Jahr weniger zur Verfügung haben, um die bestehende Versorgung zu sichern. Weiterführende prognostische Entwicklungen wurden aufgrund der modellhaften Annahme nicht vorgenommen und können ermittelt werden, wenn weitere Kennzahlen der Pflegeausbildung vorliegen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Bayern wird, diesem Modell folgend, bei einer stagnierenden Anzahl an Auszubildenden und ohne einen nennenswerten Zustrom von außen lediglich noch fünf Jahre in der Lage sein, die Personalstrukturen in den Einrichtungen zu halten oder sie geringfügig auszubauen. Größere Entwicklungslinien, wie eine zusätzliche Schaffung von Heimplätzen für ältere pflegebedürftige Menschen (Braeseke et al. 2021), werden sich nicht oder nur schwer realisieren lassen und das Risiko des Scheiterns der Bemühungen besteht weniger im Bau einer Einrichtung als im Betrieb der Einrichtungen. Bereits in sechs Jahren muss damit gerechnet werden, dass die Anzahl der Pflegenden pro Jahr geringfügig abnimmt und damit Versorgungsmöglichkeiten in der Folge reduziert werden. Für die Einrichtungen ist damit auf absehbare Zeit keine „Entspannung“ bezüglich der Personalsituation zu erwarten und der Konkurrenzdruck zwischen den Sektoren und zwischen den Einrichtungen um Personal wird weiter zunehmen.

Intra- und intersektorielle Mobilität in Pflegeberufen

Im Monitoring Pflegepersonalbedarf 2020 wurde bereits auf Basis von Einschätzungen aus den Einrichtungen erfasst, in welchem Umfang sie Personal aus anderen Einrichtungen generieren konnten. Dies beschreibt die intra- und intersektorielle Mobilität / Fluktuation von Pflegenden (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021). Für Einrichtungen ist relevant, ob starke Strömungen zwischen den Sektoren ausgemacht werden können, die ggf. im eigenen Versorgungsbereich zu Defiziten und Abwanderungen führen und zu einer spürbaren Reduzierung der eigenen Versorgungsmöglichkeiten (beispielsweise durch eine Abwanderung von Pflegenden aus dem ambulanten Sektor in die Krankenhäuser).

Im vorliegenden Bericht konnten Daten der Beschäftigten in Bayern im Rahmen einer Mover-Stayer-Analyse ausgewertet werden. Basis der Analyse sind Kennzahlen zu begonnenen und beendeten Beschäftigungsverhältnissen von Pflegenden im Rahmen der Meldung durch den Arbeitgeber. Diese berücksichtigen eine „Anmeldung wegen Beginn einer Beschäftigung“ und „Abmeldung wegen Beendigung einer Beschäftigung“. Sie zeigen die Änderungen der Beschäftigten auf, die in der Vorbeschäftigung als Pflegekraft in einem (Wirtschafts-)Sektor gemeldet waren und im neu begonnenen Arbeitsverhältnis arbeiten. Anhand der Daten kann identifiziert werden, inwieweit ein Berufsfeldwechsel vorliegt, wenn z.B. zwischen dem beendeten und dem neu begonnenen Beschäftigungsverhältnis eine Änderung des Wirtschaftszweigs vorliegt. Exemplarisch kann so festgestellt werden, ob eine vorherige Beschäftigung im Wirtschaftszweig der Krankenhäuser vorlag (WZ Kennnummer 86.1) und nachfolgend bei ambulanten Diensten (WZ Kennnummer 88.101) (Statistisches Bundesamt 2008) aufgenommen wird. Zur einfacheren Visualisierung wurden für die teil-/vollstationären Einrichtungen die Wirtschaftszweige der Pflegeheime (871) und der Alten- und Behindertenheime (873) summiert, da ich den Alten- und Behindertenheimen auch besondere Wohnformen mit subsummiert sind.

Im Rahmen einer Sonderauswertung konnten die Daten der Meldungen für das Jahr 2022 genutzt werden[57]. Nicht einbezogen sind Neuverträge durch Pflegende, die eine längere Unterbrechungszeit (z.B. durch Elternzeit) aufweisen. Die Grenze der Unterbrechungsdauer für die Analyse liegt bei unter einem Jahr. Auszubildende, die neu in einen Arbeitsbereich einmünden, werden der Gruppe nicht zugeordnet. Für die nachfolgende Analyse der intra- und intersektoriellen Fluktuation wurden die Berufsklassifikationen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege zusammengefasst. Berücksichtigt werden dabei ausschließlich Pflegekräfte mit einem Fachkraftniveau oder höher. Aussagen zu den Helfer- bzw. Assistenzberufen lassen sich nicht vornehmen.

Das nachfolgende Sankey-Diagramm zeigt die intra- und intersektorielle Mobilität der Pflegenden. Linksseitig ist die Anzahl der Personen abgebildet, die in 2022 in einem spezifischen Sektor gemeldet waren und einen neu begonnenen Arbeitsvertrag (oder Anschlussvertrag) erhielten. Rechtsseitig ist die Anzahl der Pflegenden klassifiziert die 2022 einen neu begonne-

[57] Zu berücksichtigen ist, dass in 2022 die Corona-Pandemie weiterhin ein Thema in den Einrichtungen war und somit von beeinflussenden Faktoren ausgegangen werden muss. Damit handelt es sich um eine punktuelle Auswertung, die im Bereich eines Monitorings im Längsschnitt betrachtet werden muss, um stabile Aussagen bezüglich der Kennzahlen machen zu können.

nen Arbeitsvertrag in einem Sektor aufnahmen. Die Linien dazwischen weisen die Personalströmungen zwischen den Einrichtungen bzw. den Wirtschaftszweigen auf, wobei die Stärke der Linien die numerische Ausprägung der Wanderungen darstellt.

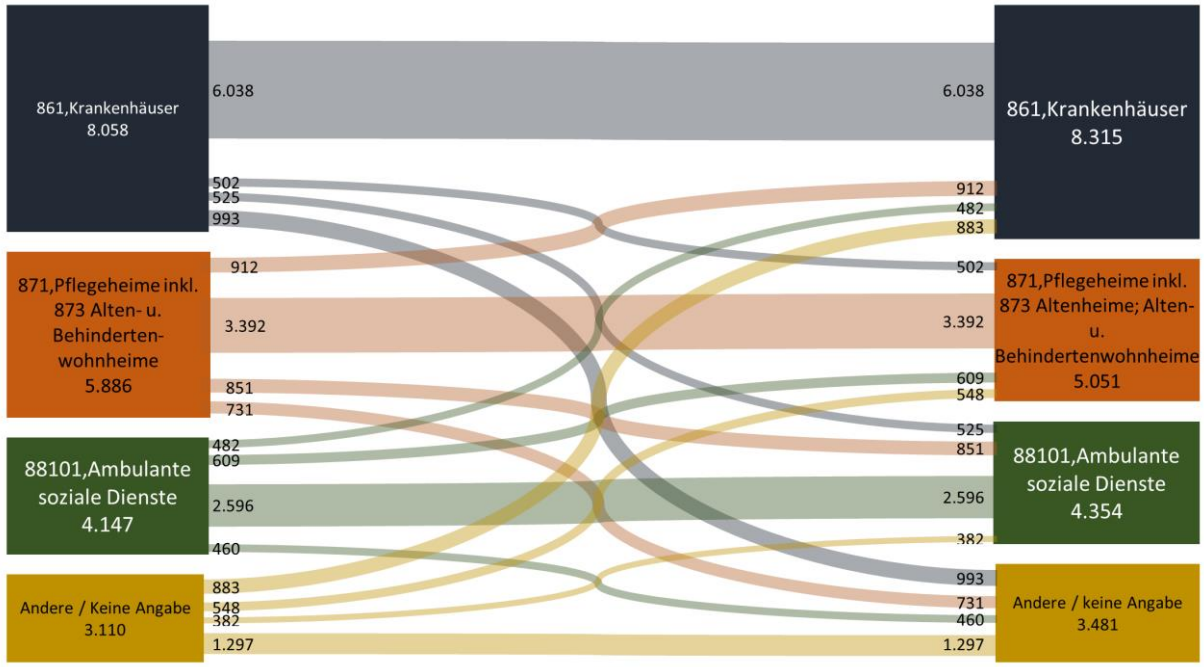


Abb. 65: Intra- und intersektorielle Mobilität Pflegender (Fachqualifikation) in 2022

In der Gesamtschau zeigt sich, dass große Teile der Pflegenden mit einem neu begonnenen Arbeitsverhältnis dort beginnen, wo sie im Vorfeld bereits beschäftigt waren (intrasektorielle Wanderung). Dies wird als „Sektorentreue" der Beschäftigten klassifiziert. Die intrasektorielle Wanderung überwiegt in allen Bereichen.

Als zweiter bedeutsamer Punkt lässt sich aufzeigen, dass die Hauptströmungen auch bei einer intersektoriellen Mobilität überwiegend innerhalb der Sektoren der pflegerischen Versorgung stattfinden und somit von einem Versorgungsbereich in einen anderen Versorgungsbereich gewechselt wird. Die Mobilität aus einem Sektor kann dabei zu einer Verschärfung des sektoriellen Fachkräftemangels führen (wie bei den stationären Pflegeeinrichtungen); aus der Perspektive der Gesamtversorgung bedeutet dies gleichermaßen, dass Pflegende weiterhin zur Verfügung stehen und nicht aus dem Betätigungsfeld der Versorgung insgesamt aussteigen.

Ein Wechsel in einen hier nicht weiter differenzierten anderen Wirtschaftszweig (andere/keine Angabe), findet nur geringfügig statt. Der Gesamtzugewinn dieses Bereichs liegt bei 371 Personen und ist damit nicht mit einer „Pflexit-These" in Verbindung zu bringen. Auch im Wirtschaftszweig (andere, keine Angabe) kann es sich um Arbeitsbereiche und Tätigkeitsbereiche von Pflegenden handeln, die nahe am pflegerischen Leistungsspektrum liegen, z.B. bei Hilfsmittelproduzenten, Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Providern, Krankenkassen oder bei Bildungsträgern etc.).

Nachfolgend sollen exemplarisch einzelne der Bewegungsströmungen vorgestellt und analysiert werden. Der Krankenhaussektor zeigt sich in der Gegenüberstellung der Daten als ein Sektor, der insgesamt Personal im Rahmen der intersektoriellen Mobilität gewinnen konnte.

Ausgangsbasis sind 8.058 Personen aus dem Krankenhausbereich, die aus dem Krankenhaus kommend, einen Neuvertrag abschlossen. Insgesamt konnten die Krankenhäuser 8.315 Personen mit Neuverträgen gewinnen, sodass sich in der Bilanz ein Plus von 257 Pflegenden ergibt. Dabei „migrieren“ von den insgesamt 8.058 Pflegenden aus dem Krankenhaussektor 6.038 Pflegende im gleichen Sektor. Im Krankenhaussektor liegt der Anteil der „Stayer“ bei 74,9 Prozent. 502 Pflegende migrieren vom Krankenhaus in den Bereich der Pflegeheimstrukturen und 525 zu ambulanten Diensten. Den größten Wechsel haben 993 Personen, die nicht in einem der benannten Bereiche klassifiziert sind (dies können z.B. Pflegeschulen sein oder auch Krankenkassen, Beratungsstellen, Industrie etc.) oder auch pflegeferne Betätigungsbereiche in anderen Wirtschaftszweigen.

Vergleichend zeigt sich, dass von 5.886 Pflegenden aus teil-/vollstationären Einrichtungen und Alten- und Behindertenheimen 3.392 wieder im gleichen Sektor tätig waren. Hier liegt der Anteil der „Stayer“ bei 57,6 Prozent. Wanderungen existieren in das Feld der ambulanten Pflege (851) sowie mit 731 Personen in andere Sektoren. Den größten Wechsel sieht man in der intersektoriellen Mobilität zum Bereich der Krankenhäuser (912). Insgesamt verliert der Sektor der stationären Einrichtungen Pflegende. In der Bilanz der Zuströme und Wechsel aus dem Sektor werden 835 Pflegende weniger verzeichnet als sie bei den vorherigen Verträgen im eigenen Sektor verzeichnet waren.

Bei den ambulanten Diensten migrieren von 4.147 Pflegenden 2.596 wieder in das Feld der ambulanten Pflege. Der Anteil an „Stayern“ in diesem Wirtschaftszweig liegt mit 62,6 Prozent zwischen dem sehr stabilen Sektor der Krankenhausversorgung und dem Sektor der teil-/vollstationären Einrichtungen inkl. der Alten- und Behindertenheime. Eine Mobilität in Richtung Krankenhaus ist bei 482 Personen zu beobachten. Der „Gegenstrom“ vom Krankenhaus in Richtung ambulanter Pflege liegt mit 525 Personen oberhalb des Verlusts, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass Krankenhäuser für die ambulanten Pflegedienste eine zentrale personalbezogene Bedrohung im Jahr 2022 darstellten. Eine Abwanderung in den Bereich der teil-/vollstationären Einrichtung liegt bei 609 Personen vor, im Gegenstrom kommen 851 Pflegende aus den teil-/vollstationären Einrichtungen in die ambulante Versorgung, die insgesamt einen personellen Zugewinn aufweist. So werden 207 Personen zusätzlich registriert gegenüber der Ausgangszahl von 4.147 Personen.

Die weiteren Sektoren bzw. Wirtschaftszweige lassen sich auf eine ähnliche Weise betrachten, werden an dieser Stelle jedoch nicht mehr ausführlich vorgestellt, da der Wirtschaftszweig „andere“ alle anderen Bereiche inkludiert und nicht näher aufgeschlüsselt wird. Hier liegt der Anteil der Stayer bei 41,7 Prozent und ein maßgeblicher Zustrom erfolgt aus den Krankenhäusern (993), wobei zugleich ein Wechsel in die Krankenhäuser in einem ebenfalls relevanten Ausmaß (883) besteht.

Fachpflegerische Versorgungsicherung

Mit dem Index zur fachpflegerischen Versorgungssicherung wurde in 2020 ein Instrument etabliert, das eine zusammenfassende Übersicht auf Basis von Einzelindikatoren ermöglicht. Ansatzpunkt dieser Analysemethode ist, unterschiedliche Faktoren aus dem Bericht zu einem Modell zusammenzufassen, die sich als Gesamtindex der fachpflegerischen Versorgungssicherung zusammenfassen lassen.

Ziel ist, Indexwerte und damit Marker zu ermitteln, die anzeigen, in welchen Regionen zukünftig vorrangig mit größeren Herausforderungen in der Sicherung der pflegerischen Versorgung zu rechnen ist und in denen verstärkt gezielte Aktivitäten zur Sicherung durchgeführt werden sollten. Der Indexwert soll damit einen Anhaltspunkt darstellen, die Einzelfaktoren und Kennzahlen der Berichterstattung als Basis einer regionalen Abschätzung von Veränderungsoptionen zu nutzen und durch ein Netzwerk lokaler Akteurinnen und Akteure der Pflegeversorgung adäquate Lösungsstrategien einzuleiten. Die Ergebnisse sollen als Diskussionsanstoß verstanden werden.

Die Perspektive ist beschränkt auf die zentrale Aussage einer aus der fachpflegerischen Sicht heraus betrachteten Absicherung der Versorgung der Bevölkerung und der Ausstattung der in den Regionen tätigen Unternehmen der Versorgung. Dies schließt primär die ambulanten Dienste, die teil-/vollstationären Einrichtungen sowie die Krankenhäuser mit ein und erlaubt somit einen sektorenübergreifenden Blick. Kennzahlen der Rehabilitationskliniken fließen in das Modell nicht mit ein, angesichts der im Vergleich zu den anderen Sektoren geringeren Beschäftigung sind hierdurch jedoch keine Verzerrungen zu erwarten.

Unter dem Begriff der fachpflegerischen Versorgung werden dreijährig qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegende, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie Altenpflegende subsumiert. Ein Einbezug der Helferberufe erfolgt an dieser Stelle nicht, da die für den Index notwendigen Datenbestände für diesen Bereich der Qualifikation nicht stabil vorliegen.

INDEX FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSSICHERUNG

Der eigentliche Gegenstand der Betrachtung, die fachpflegerische Versorgungssicherheit, kann nicht gültig (als messbarer Endpunkt) quantifiziert werden. 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 zwischen Regionen. Es basiert auf plausiblen und messbaren Zusammenhängen, die in ein Indexmodell einbezogen wurden. Die Werte werden dabei standardisiert, das heißt, dass sowohl nach oben als auch nach unten die Werte auf gleichen Abständen basieren.

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

Der Index bildet eine Bestandsaufnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab. Ändern sich in den betrachteten regionalen Räumen relevante Daten (z.B. Bevölkerungsentwicklung, Auszubildendenzahlen etc.), so ändern sich auch die örtlichen Indexwerte und damit die Rangfolge zwischen den regionalen Räumen. Da die Bevölkerungsentwicklung für den Zeitraum bis 2040

aufgenommen wurde, lässt sich der Index in 2023 nicht direkt mit dem Index aus dem Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern 2020 vergleichen, der die Bevölkerungsentwicklung bis 2030 fokussierte.

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 Pflegender vor Ort ermöglichen.

Insgesamt werden sieben Indikatoren für das Modell verwendet:

- Anzahl der Pflegebedürftigen ambulant 2021
- Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege 2021
- Anzahl der in Krankenhäusern aufgestellten Betten zur Versorgung 2021
- Veränderung Bevölkerung über 75 Jahre 2040 zu 2022
- Anzahl der Fachpflegenden regional mit Wohnort = Arbeitsort Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Juni 2022
- Anzahl der Fachpflegenden regional mit Wohnort = Arbeitsort Altenpflege Juni 2022
- Belegte Plätze 1. Ausbildungsjahr Pflegefachmann/-frau 2022

Aus diesen Indikatoren wurden drei standardisierte Teilindizes auf der Basis von relationalen Verhältnissen gebildet, die in das Modell einfließen:

- Bedarfskennzahlen im jeweiligen Kreis, die pflegerische Potenziale auf der Ebene der Fachkräfte binden (dazu zählen z.B. die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen in 2021, die Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen in 2021 sowie die Anzahl der Betten in den Krankenhäusern in 2021). Diese Werte wurden in Beziehung gesetzt zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden, die im Kreis wohnen und dort arbeiten. Sie decken in einer kalkulierten Relation (Anzahl der Pflegenden pro Pflegebedürftigem oder Pflegebedürftiger und Bettenzahl in den Akutkrankenhäusern) 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 2040 aufgenommen. Damit drückt sich ein prognostischer Bedarf aus, der positiv sowie negativ sein kann. Negative Werte und damit Rückgänge der älteren Bevölkerung 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 ermittelt, indem die Gesamtzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler in die dreijährige qualifizierte 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 Skalenwerte wurden summiert und durch die Anzahl der Indexgruppen (drei) dividiert. Eine Gewichtung der Faktoren wurde 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 hohe Wertebereiche darauf hin, dass eine pflegerische Versorgungssicherung angesichts des Nachfragedrucks, der prognostischen Entwicklung der Demografie sowie der bestehenden Ausbildungsaktivität im Vergleich zu anderen Regionen erschwert ist.

FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERUNG IN DER REGIONALEN BETRACHTUNG

Für die Berechnung des pflegerischen Versorgungsindexes für Bayern wurde eine Systematisierung und Berechnung auf der Ebene der 18 Planungsregionen vorgenommen[58]. Insgesamt sind 18 Regionen in Bayern im Werteindex zueinander in Beziehung gesetzt. Für Bayern wurde für die 18 Regionen ein durchschnittlicher Indexwert von 32,1 auf der Skala von 0 bis 50 festgestellt.

Die nachfolgende Grafik weist die Ergebnisse der Indexberechnung für 2023 aus. Die Regionen sind den Werten aufsteigend nach in Blautönen abgebildet. In den dunkler eingefärbten Regionen sind höhere Indexwerte ausgewiesen als in den Regionen mit geringer Einfärbung. Die konkreten Indexwerte sind auf der Basis von konzentrischen Kreisen entsprechend des Niveaus in den Regionen abgebildet. Der Wertebereich für die Regionen in Bayern liegt zwischen 28,5 (Westmittelfranken) und 41,9 (München). Damit bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Regionen.

Eine geographische Richtung (z.B. Nord-Südgefälle) kann dabei nicht festgestellt werden. Sowohl zentral als auch in den Randbereichen finden sich tendenziell Regionen mit niedrigeren Werten oder auch Regionen mit höheren Werten. Ebenso kann keine einheitliche Stadt-Land-Differenzierung ausgemacht werden. So weist die stark durch die Landeshauptstadt beeinflusste Region München (wie im Monitoring 2020) den höchsten gemessenen Wert auf. Nürnberg oder Würzburg beispielsweise weisen mittlere oder niedrige Werte aus.

[58] Wie beschrieben, konnten differenzierte Ausbildungsaktivitäten z.B. nicht für alle kreisfreien Städte und Landkreise berechnet werden. Den Skalenwert von 50 (aufgrund fehlender Ausbildung) markieren insgesamt 11 Landkreise. Kooperationen mit Nachbarstädten, in denen die berufliche Qualifizierung stattfindet, relativieren ggf. die regionalen Werte, so es gelingt, dass die Pflegenden, die die theoretische Ausbildung in der benachbarten Stadt absolvieren, nach Beendigung der Ausbildung in der eigenen Einrichtung/im eigenen Landkreis/der kreisfreien Stadt gehalten werden können. Die Darstellung auf der Ebene der Landkreise würde hier zu statistischen Effekten führen, die ggf. keine direkten Auswirkungen auf die Versorgung haben und die Genauigkeit nicht erhöhen, sondern reduzieren.

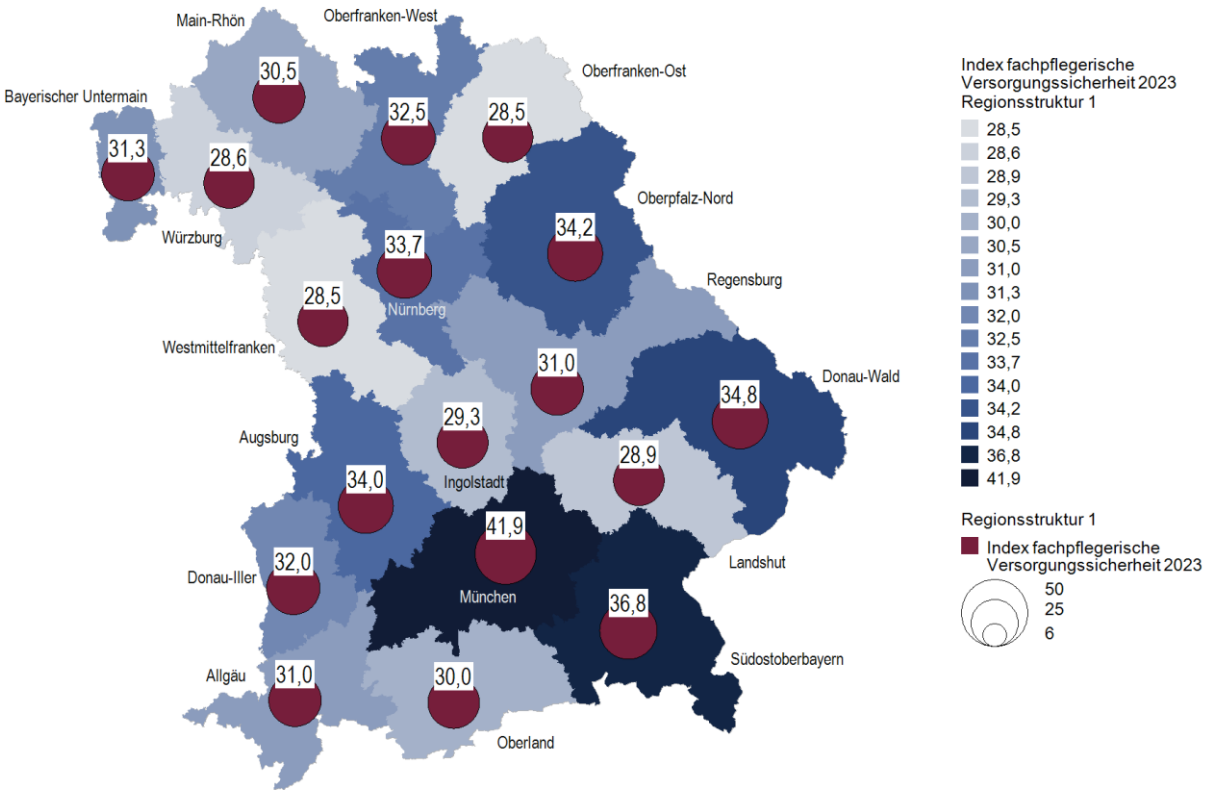


Abb. 66: Indexwerte fachpflegerische Versorgungssicherung in Regionen 2023

Analysiert man die Einzelindizes, so zeigen sich diese Unterschiede in den beeinflussenden Teilauswertungen bzw. weisen diese auf sehr heterogene Anforderungen in den Regionen hin.

München z.B. hat den höchsten Skalenwert im Bereich der Bevölkerungsveränderung. Hier wird regional mit den meisten zusätzlichen Personen in der Altersgruppe 75+ zwischen 2021 und 2040 gerechnet (Zunahme von rund 51.430 Personen). Der Skalenwert liegt hier bei 50 und markiert den höchsten Referenzwert in Bayern. Würzburg hingegen verzeichnet mit rund 23.130 Personen über 75 Jahre einen deutlich niedrigeren prognostischen Wert und liegt regional auf Listenplatz neun der 18 Regionen. Der Skalenwert beträgt 22,5. Die demografische Herausforderung wird damit in der Region München höher eingeschätzt als in der Region Würzburg. Den niedrigsten Skalenwert verzeichnet die Region Oberland. Numerisch werden zwischen 2022 und 2040 rund 14.800 zusätzliche Personen in der Altersgruppe 75+ erwartet.

Anders sieht dies z.B. bei dem Marker der Relation zwischen den gebundenen Versorgungen (Bedarf aus Pflegebedürftigen [ambulant und stationär] und der Anzahl der aufgestellten Betten der Krankenhäuser als versorgungsintensive Einrichtungen) und dem vor Ort wohnenden und arbeitenden Fachpflegenden der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege aus. Hier weist die Region Bayerischer Untermain den höchsten Referenzwert aus und hat die niedrigste Relation zwischen Personal vor Ort und der Menge der regional abzudeckenden Versorgung. München liegt mit einem Skalenwert von 31,3 auf dem Rangplatz 15. In der Region München leben vergleichsweise viele Pflegende (rund 19.400), die auch vor Ort arbeiten.

Die regionale Ausbildungsaktivität ist in Südostoberbayern am niedrigsten. Auf rund 8.140 vor Ort lebende und arbeitende Pflegende kommen 345 neu aufgenommene Personen in der Ausbildung zum Pflegefachmann-/ zur Pflegefachfrau. Das bedeutet, dass auf eine/n neue/n Auszubildende/n in der Region 23,6 bereits Beschäftigte kommen. Die Kapazität wird regional nicht ausreichen, um die berufsdemografischen Entwicklungen zu kompensieren. In München liegt die Relation bei 1 zu 20,9 (und damit ebenfalls sehr hoch), in Oberfranken-West wird die Relation mit eins zu 10,8 deutlich besser ausgewiesen und zeigt das günstigste Verhältnis in Bayern aus. Die nachfolgende Tabelle weist die Einzelindizes für die drei Teilbereiche der Relationen aus. Der Gesamtindexwert, der sich aus den drei Einzelindizes ergibt, ist in der Karte linksseitig vorangestellt. Die jeweils höchsten (dunkelblau) und niedrigsten Indexwerte (hellblau) der Einzelindizes sind farblich markiert und verweisen auf eine Verteilung der einzelnen Risikobereiche oder auch stabileren Situationen.

REGION	INDEX FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT 2023	BEVÖLKERUNGSVERÄNDERUNG	RELATION BEDARF ZU BESTAND	AUSBILDUNGSAKTIVITÄT
Allgäu	31,0	17,9	36,1	39,0
Augsburg	34,0	33,8	36,3	32,0
Bayerischer Untermain	31,3	16,8	50,0	27,1
Donau-Iller	32,0	19,9	34,8	41,2
Donau-Wald	34,8	34,6	40,3	29,5
Ingolstadt	29,3	20,3	37,8	29,7
Landshut	28,9	22,1	36,1	28,5
Main-Rhön	30,5	21,2	39,1	31,3
München	41,9	50,0	31,3	44,3
Nürnberg	33,7	36,0	37,3	27,8
Oberfranken-Ost	28,5	14,8	42,1	28,7
Oberfranken-West	32,5	28,0	46,6	23,0
Oberland	30,0	14,4	28,0	47,6
Oberpfalz-Nord	34,2	23,5	41,9	37,2
Regensburg	31,0	35,5	32,1	25,3
Südostoberbayern	36,8	31,1	29,1	50,0
Westmittelfranken	28,5	21,3	31,2	33,2
Würzburg	28,6	22,5	38,0	25,3

Tab. 25: INDEX fachpflegerische Versorgungssicherheit Bayern Regionen 2023

Die Region Oberland weist in zwei Teilbereichen eine günstige Relation aus. Dies betrifft die Bevölkerungsentwicklung sowie die Relation der örtlich wohnenden und arbeiten Pflegenden und aktuell abzudeckenden Versorgungskapazität. Mit einer sehr niedrigen Ausbildungsaktivität, die nach Südostbayern auf dem zweiten Rangplatz liegt, relativieren sich die beiden positiven Indikatoren und führen zu einem Gesamtrangplatz 12.

Aus den genannten Indexwerten sowie den Einzelanalysen zentraler Werte ergeben sich für die Regionen unterschiedliche Ansatzpunkte einer vertiefenden 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 Weg, um die Versorgungssicherung regional zu stärken.

Beeinflussbar erscheinen an dieser Stelle insbesondere eine Erhöhung der Ausbildungsaktivität durch Intensivierung der Ausbildung sowie das zielgerichtete Anwerben von Personal in eine Region hinein, um die Relation der örtlich lebenden und arbeitenden Personen gegenüber der Versorgungsbeanspruchung zu verbessern. Die demografischen Entwicklungen hingegen scheinen nur begrenzt von außen steuerungsrelevant. Da es sich bei diesem Kennwert um den Aufwuchs der Gruppe der Menschen in der Altersgruppe 75+ als Absolutwert handelt, wird hier kalkulatorisch auch durch den Zuzug jüngerer Menschen keine Änderung erzielt. Die in der Region lebenden Personen werden unabhängig von einer Verbesserung des Jugendquotienten[59] älter werden und in Teilen in Versorgung einmünden, so sich keine deutlichen Binnenwanderungen der älteren Bevölkerung zeigen.

[59] Im Jugendquotienten (beziehungsweise eigentlich Kinder- und Jugendquotienten) wird die jüngere (noch nicht erwerbsfähige) Bevölkerung auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezogen. Es gibt dazu keine vorgeschriebenen Altersgrenzen, am gebräuchlichsten sind Abgrenzungen bei 15 beziehungsweise 20 Jahren nach unten und 60 beziehungsweise 65 Jahren nach oben, also: Die Zahl der Personen im Alter unter 15 beziehungsweise 20 Jahren wird dividiert durch die Bevölkerungszahl zwischen 15 beziehungsweise 20 und 60 beziehungsweise 65 Jahren. (vergleiche. BIB: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. https://www.bib.bund.de/DE/Startseite.html)

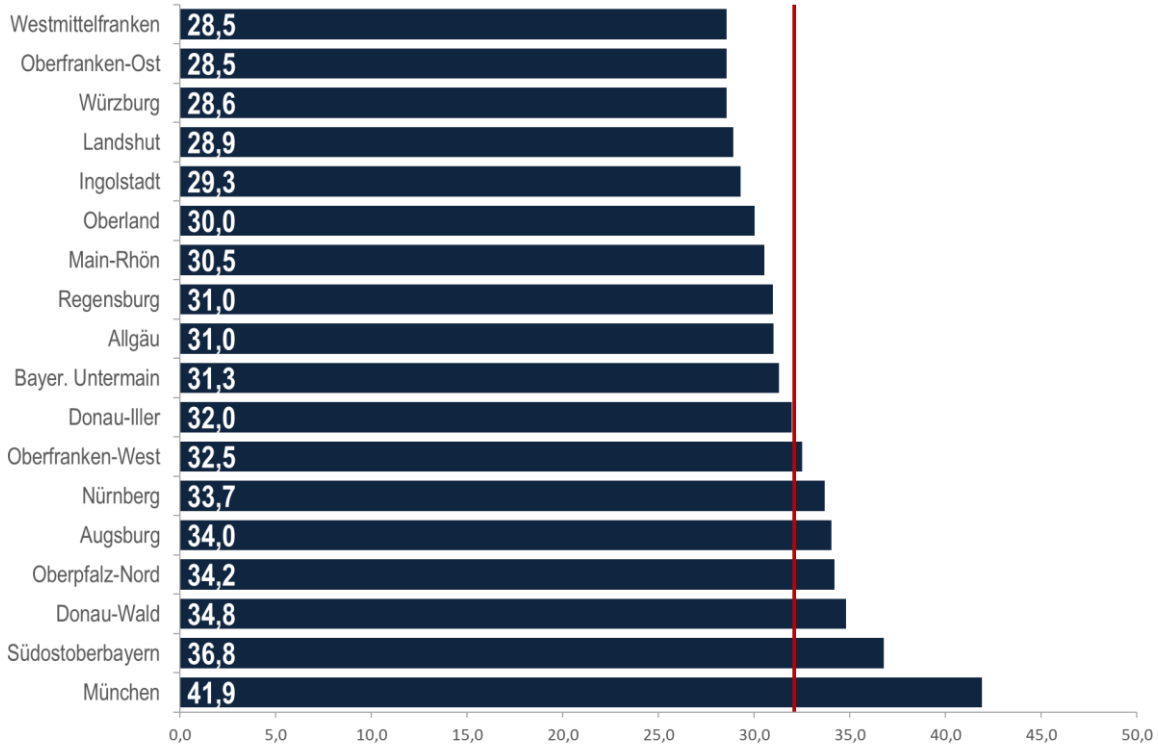


Abb. 67: Ranking der Indexwerte zur regionalen Versorgungssicherheit in Bayern 2023

Betrachtet man die Regionen in einem Ranking, so ergeben sich die folgenden Rangplätze der Regionen. Der Gesamtindex ist der Reihenfolge nach im Balkendiagramm aufgenommen. Die rote Linie markiert den mittleren Indexwert für Bayern. Sieben der 18 Regionen liegen oberhalb des mittleren Wertes; die Abweichung ist in der Region München am stärksten. Dieser Wert erklärt sich insbesondere aus einem starken prognostischen Zuwachs der älteren Bevölkerung und einer im Vergleich zur hohen Beschäftigtenzahl niedrigen regionalen Ausbildung.

Stichprobenbeschreibung der Befragung

Das folgende Kapitel dient der Vorstellung der Ergebnisse aus der standardisierten Befragung der versorgenden und ausbildenden Einrichtungen.

Die Ergebnisse werden nicht regionalisiert dargestellt, da die dafür notwendigen Stichprobengrößen nicht erreicht wurden. Die Ergebnisdarstellung erfolgt überwiegend für alle Versorgungsbereiche zusammenfassend. Bei abweichenden Antwortverhalten einzelner Sektoren wird auf Besonderheiten der Einschätzungen im Text eingegangen. Auch bei sektorenspezifischen Fragestellungen werden die Ergebnisse des jeweiligen Versorgungsbereiches gesondert vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse der Berufsfachschulen werden ebenfalls gesondert vorgestellt.

Insgesamt nahmen an der Befragung des Monitorings 417 Einrichtungen teil. In der nachfolgenden Tabelle sind die sektorenspezifischen Teilnehmendenzahlen sowie die angeschriebenen Grundgesamtheiten der jeweiligen Bereiche abgetragen. Die Anteile der teilnehmenden Einrichtungen an den jeweiligen Grundgesamtheiten variieren zwischen 5,6 und 42,6 Prozent. Über alle Bereiche hinweg liegt der Anteil der teilnehmenden Einrichtungen bei 8,6 Prozent.

Die Summe der Einrichtungen in dem als Krankenhaus bezeichneten Sektor setzt sich aus den angeschriebenen Krankenhäusern (390) und Reha- und Vorsorgeeinrichtungen (256) zusammen. Von den 51 teilnehmenden Einrichtungen sind 11 den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zuzurechnen. Damit ergibt sich eine Teilnahmequote für den akutklinischen Krankenhaussektor von 10,3 Prozent und für den Reha- u. Vorsorgebereich von 4,3 Prozent. Werden diese Bereiche zusammengefasst, beträgt die Teilnahmequote 7,9 Prozent.

Einrichtungen	auswertbar teilgenommen	Grundgesamtheit (angeschrieben)	Anteil an der Grundgesamtheit
ambulante Dienste	134	2.140	5,6 %
teil-/ vollstationäre Pflegeeinrichtungen	157	2.143	7,3 %
Krankenhäuser	51	646	7,9 %
Berufsfachschulen für Pflege	75	176	42,6 %
Summe	417	4.869	8,6 %

Angaben in n (%). Bei auswertbar teilgenommen und Grundgesamtheit ausschließlich absolute Angaben.

Tab. 26: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Gesamtübersicht)

Zur Abschätzung der Aussagekraft der Ergebnisse für die regionalen Diskussionen erfolgt eine Darstellung der regionalen Verteilungen in den unterschiedlichen Sektoren der Befragung. Der Tabelle lässt sich entnehmen, wie die teilnehmenden Einrichtungen der jeweiligen Sektoren über die Regierungsbezirke hinweg verteilt sind. Zudem wurde der Anteil der Stichprobe an der jeweiligen, regionalen Grundgesamtheit ausgewiesen.

Regierungs-bezirke	(n = 133)	(n = 157)	(n = 50)	(n = 75)
Oberbayern	44 (5,8)	38 (7,2)	18 (7,8)	18 (54,5)
Niederbayern	13 (6,3)	19 (8,6)	12 (15,6)	11 (50,0)
Schwaben	19 (6,7)	24 (8,2)	5 (4,3)	5 (20,8)
Oberfranken	16 (8,0)	19 (7,7)	2 (4,7)	8 (42,1)
Mittelfranken	17 (5,5)	26 (9,0)	5 (7,6)	10 (38,5)
Unterfranken	10 (4,9)	19 (6,6)	6 (8,5)	15 (68,2)
Oberpfalz	13 (7,6)	12 (5,3)	2 (4,7)	8 (42,1)

Ein teilnehmendes Krankenhaus hat keinen Regierungsbezirk angegeben, Damit wurde die Stichprobengröße des Krankenhaussektors um 1 reduziert. Die Ausweisung des Anteils an der bezirksspezifischen Grundgesamtheit erfolgt in Klammern in Prozent.

Tab. 27: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (regionale Übersicht)

Legt man einen normativen Grenzwert für die Stichprobengröße in Höhe von 5 Prozent der Grundgesamtheit zu Grunde, um von einer repräsentativen Verteilung der Einrichtung über die Regierungsbezirke hinweg auszugehen, zeigt sich, dass die Teilnehmendenquoten bezüglich der Regionalität fast gänzlich repräsentativ sind. Lediglich in Unterfranken ist die Anzahl der teilnehmenden ambulanten Pflegedienste grenzwertig mit 4,9 Prozent erreicht worden. Ebenso verhält es sich mit den Krankenhäusern in der Oberpfalz, die mit 4,7 Prozent knapp unter der 5 Prozent-Grenze liegen. Damit sind die Stichprobengrößen der Versorgungssektoren der ambulanten Pflegedienste, der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Krankenhäuser und der Berufsfachschulen für Pflege in der Verteilung ausreichend (bei den Berufsfachschulen mehr als zufriedenstellend) groß, um für alle Bezirke generalisierbare Aussagen bezüglich der Befragungsergebnisse vornehmen zu können.

Als ein weiteres Kriterium zur Überprüfung der Aussagekraft der Daten wurde analysiert, ob sich Limitierungen durch überproportionale Rückmeldungen aus städtischen Ballungsräumen ergeben. Korrespondierend zur Dichte und Größe an bayerischen Gemeinden verteilt sich die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen über die Gemeindetypen hinweg. Die Mehrzahl aller teilnehmenden Einrichtungen ist in Landgemeinden und Kleinstädten ansässig. Je größer die Gemeindetypen werden, desto geringer ist die Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen über alle befragten Sektoren hinweg. Damit kann ausgeschlossen werden, dass die Antworten einzelne Zentren überproportional berücksichtigen.

Einrichtungen	Landgemeinde	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt
 (n=133)	49 (36,8)	33 (24,8)	28 (21,1)	23 (17,3)
 (n=157)	63 (40,1)	52 (33,1)	23 (14,6)	19 (12,1)
 (n=51)	17 (33,3)	17 (33,3)	10 (19,6)	7 (13,7)
 (n=75)	11 (14,7)	26 (34,7)	22 (29,3)	16 (21,3)

Prozentualer Anteil der Stichprobe eines Bereiches in Klammern in Prozent ausgewiesen.

Tab. 28: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Kreistypen Übersicht)

Weniger homogen stellen sich die Angaben der Einrichtungen bzgl. ihrer Trägerschaften dar. Die teilnehmenden ambulanten Pflegedienste sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind überwiegend in freigemeinnütziger Trägerschaft und deutlich seltener in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Die Angaben der Krankenhäuser stehen dem diametral entgegen und weisen auf, dass die meisten Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft geführt werden. Bei den Berufsfachschulen entfallen die meisten Angaben auf öffentlich-rechtliche, ein Teil aber auch auf private Trägerschaften.

Einrichtungen	Freigemeinnützige Trägerschaft	Private Trägerschaft	Öffentlich-rechtliche Trägerschaft
 (n=133)	49 (36,8)	33 (24,8)	28 (21,1)
 (n=157)	81 (51,6)	52 (33,1)	24 (15,3)
 (n=51)	5 (9,8)	19 (37,3)	27 (52,9)
 (n=74)	17 (23,0)	28 (37,8)	29 (39,2)

Ausschließlich absolute Angaben. Gültige Angaben ausgewiesen. Anteile der jeweiligen Trägerschaften an der Stichprobe in Klammern in Prozent ausgewiesen.

Tab. 29: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Trägerschaft Übersicht)

Ergebnisse der Befragung der Versorgungseinrichtungen

Zur Einordnung der Aussagekraft der vorliegenden Gesamtergebnisse wurde die Stichprobe bezüglich der Verteilung nach Sektoren, nach Regierungsbezirken, nach Kreistypologien sowie bezüglich der Trägerschaft analysiert.

In der Ergebnisdarstellung werden zugleich Interpretationsangebote beschrieben. Diese sind als Diskussionsgrundlage zu deuten und nicht als Erklärungen und Feststellungen. Sinn und Zweck dieses Berichtsteils ist es, dass die Ergebnisinterpretationen im Rahmen der gutachterlichen Beschreibung eine praxisnahe und -relevante Perspektive aufgreifen.

ANGEBOTE DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

Nachfolgende werden die zentralen Leistungsbereiche der Einrichtungen in der Stichprobe vorgestellt. Überwiegend erfolgten hier Mehrfachantworten im Bereich des Leistungsspektrums und der Angebotsstruktur.

Ambulante Pflegedienste

Die regelhaften Versorgungsangebote der teilnehmenden, ambulanten Pflegedienste liegen überwiegend in vier Leistungsformen vor[60].

Zu 97,8 Prozent ist die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 (a) und 2 des SGB V das Hauptversorgungsangebot. 93,3 Prozent bieten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b des SGB XI an. Leistungen gemäß § 36 des SGB XI werden von 90,3 Prozent angeboten. Sonstige ambulante Hilfeleistungen (z. B. mobiler Sozialer Dienst, Mahlzeitendienst usw.) anzubieten wurde noch von 26,1 Prozent angegeben und Leistungsangebote nach dem SGB IX für Menschen mit Behinderung von weiteren 12,7 Prozent. Ferner wurden von einzelnen Diensten weitere Versorgungsangebote wie Beratungsgespräche, Hausnotrufe usw. nach § 37 Abs. 3 angegeben.

Bei der Frage nach speziellen Versorgungsangeboten wurde von den ambulanten Pflegediensten mit 20,1 Prozent am häufigsten die ambulante Betreuung von Wohngemeinschaften angeführt. 5,2 Prozent der Angaben entfielen auf die außerklinische Intensivversorgung für Erwachsene. Die Betreuung von Wohngemeinschaften für beatmungspflichtige Menschen wurde von 2,2 Prozent der Dienste angegeben und die ambulante psychiatrische Pflege von 1,5 Prozent. Die weiteren spezialisierten Versorgungsangebote, namentlich die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die spezialisierte ambulante Pflege HIV-Erkrankter und die außerklinische Intensivversorgung für Kinder, werden jeweils von 0,7 Prozent der Dienste angeboten.

Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Mit 63,1 % gab das Gros der teilnehmenden teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen als Versorgungsangebot gemäß ihres Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI die vollstationäre Langzeitpflege ohne einen gerontopsychiatrischen Bereich an. Das Versorgungsangebot der

[60] Die prozentualen Angaben entsprechen den Ausprägungen der Nennungen. Den Teilnehmenden war es möglich, Mehrfachnennungen vorzunehmen.

Tagespflege wurde von 45,2 Prozent der Einrichtungen angegeben und die Kurzzeitpflege von 44,6 Prozent. 18,5 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen bieten vollstationäre Langzeitpflegeplätze mit einem so genannten „geschützten Bereich“ für gerontopsychiatrisch betroffene Bewohnerinnen und Bewohner an. Weitere 5,1 Prozent gaben andere Versorgungsangebote an, wie z. B. die Nachtpflege, eine ambulante Hospizversorgung, einen Bereich für Menschen mit Intelligenzminderung etc.

Zusätzliche Versorgungsangebote wurden von relativ wenigen Einrichtungen angegeben. Das Angebot von Wohneinheiten des betreuten Wohnens wird mit 18,5 Prozent der Angaben am häufigsten genannt. Andere, einrichtungsindividuelle Zusatzangebote wurden von 17,8 Prozent der Einrichtungen angegeben. Darunter fallen beispielsweise eigene ambulante Pflegedienste, eingestreute Tagespflegeplätze, offene gerontopsychiatrische Bereiche, seniorengerechte Wohneinheiten etc. Lediglich 3,8 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen bieten das demenzspezifische Konzept von Pflegeoasen an. Weitere 3,2 Prozent gaben an, dass sie ambulant betreute Wohngemeinschaften in ihrem zusätzlichen Versorgungsangebot haben. Keine der teilnehmenden Einrichtungen hatte angegeben, einen Wohnbereich für Wachkoma-/Intensivversorgung zu führen.

Krankenhäuser und Einrichtungen der Vorsorge- und Rehabilitation

Die teilnehmenden Krankenhäuser wurden gebeten anzugeben, welchem Einrichtungstypen bzw. Versorgungsbereich sie entsprechen. 19 der Krankenhäuser gaben an, dass ihre Einrichtung einem allgemeinen Krankenhaus ohne hochschulische oder universitäre Kliniken entspricht. 11 Einrichtungen haben sich als Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen klassifiziert und weitere 10 als „sonstige“ Krankenhäuser ohne weitere Spezifikationen. Von den teilnehmenden Krankenhäusern gaben 8 an, dass es sich bei ihnen um psychiatrische Krankenhäuser handelt und 3, dass sie Hochschul- bzw. Universitätskliniken darstellen.

Mit 15 Krankenhäusern hat die Mehrheit angegeben, dass sie 200 bis 499 Betten vorhalten. Mehr als 500 Betten werden von 12 Krankenhäusern angegeben. 13 weitere Krankenhäuser haben 100 bis 199 Krankenhausbetten und die restlichen 11 Einrichtungen führen bis zu 99 Betten. Damit ist die Verteilung der Krankenhäuser bezogen auf ihre Größe ähnlich verteilt, wobei die größeren Einrichtungen leicht überwiegen.

PERSONALBESTAND UND -BEDARF DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Versorgungssektoren zu Aussagen über die aktuelle Personalsituation vorgestellt. Die teilnehmenden Einrichtungen sollten Aussagen bewerten und einschätzen, ob sie „voll zutreffend“ bzw. „eher zutreffend“ sind oder „eher nicht“ bzw. „gar nicht“ zutreffen. Die Angaben der Versorgungsbereiche wurden summiert und grafisch dargestellt. Zusätzlich wurde das sektorenspezifische Antwortverhalten ausgewertet. Auf Besonderheiten der jeweiligen Sektoren wird im Text eingegangen.

Die Grafiken zeigen das ablehnende Antwortverhalten (trifft eher nicht zu/ trifft gar nicht zu) als Negativwerte, bei denen die gestapelten Balken nach links ausgeprägt erscheinen. Die zustimmenden Angaben (trifft voll zu/trifft eher zu) sind nach rechts ausgeprägt sichtbar.[61] Für

[61] Aufgrund von Rundungen der Nachkommastellen können Abweichungen in der Summe der Prozentangaben von 0,1 Prozent entstehen.

die Aussagen wurde die Anzahl der antwortenden Einrichtungen in Klammer angegeben, da die Gesamtzahl der auswertbaren Angaben variiert.

Einschätzungen zum Personalbedarf

Die Personalsituation in den Einrichtungen der Versorgung ist im Rahmen des Fachkräftemangels ein bedeutsames Thema und kann als die zentrale Herausforderung beschrieben werden, wenn es um die Sicherung des Fortbestands der Einrichtungen und Dienste und der Aufrechterhaltung der Angebotsstrukturen in den Einrichtungen geht. Einführend wurden generelle Einschätzungen zur aktuellen Personalsituation in den Einrichtungen erhoben.

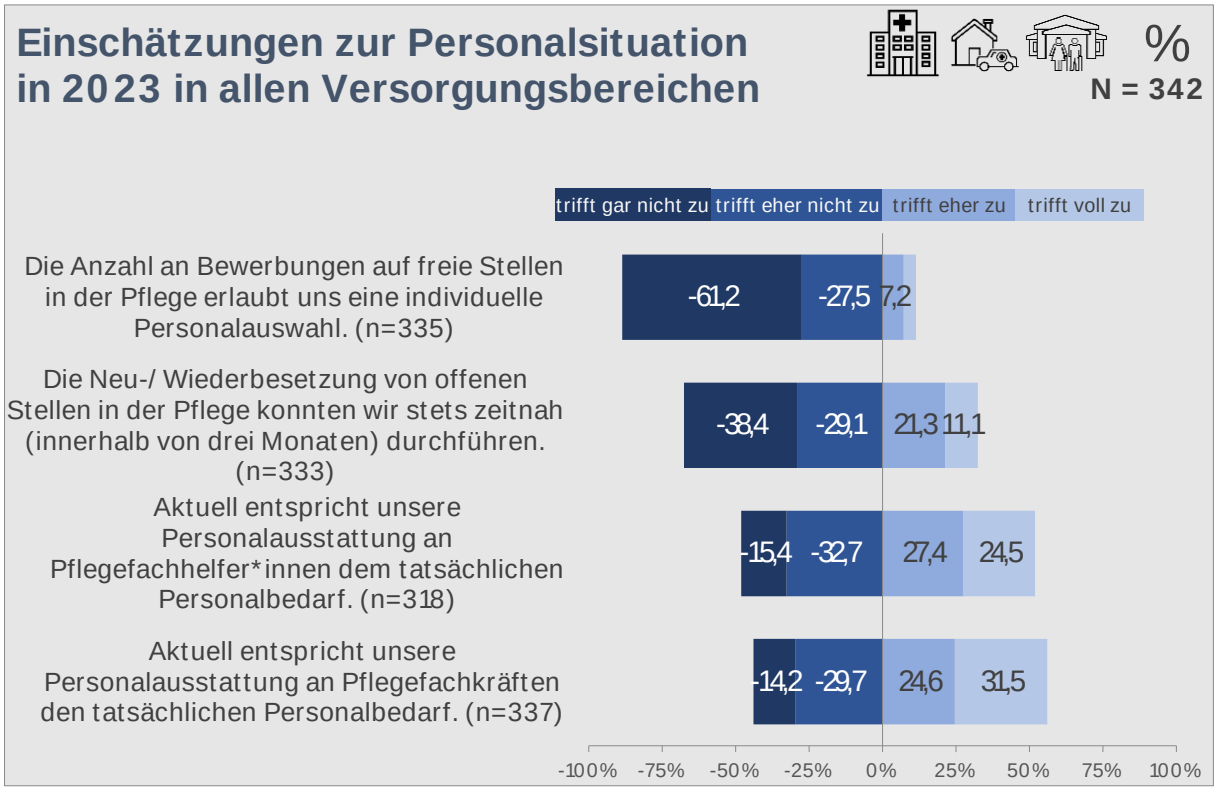


Abb. 68: Einschätzungen zur aktuellen Personalsituation in Versorgungseinrichtungen

Mit rund 56 Prozent der Angaben wurde der Aussage, dass die aktuelle Personalausstattung an Pflegefachkräften dem tatsächlichen Personalbedarf entspricht, in diesem Themenblock am häufigsten zugestimmt. Gleichwohl ist der Anteil der nichtzustimmenden Angaben mit knapp 44 Prozent als groß zu werten. Ähnlich verhält es sich mit den Angaben zu der Personalausstattung mit Pflegefachhelferinnen und -helfern. Hier ergibt sich eine Zweiteilung in der Bewertung.

In der Subgruppenanalyse zeigt sich, dass die teil- und vollstationären Einrichtungen häufiger die Angabe machten, dass die Personalausstattung mit Pflegefachkräften dem aktuellen Bedarf entspricht (66,2 Prozent Zustimmung), während die ambulanten Pflegedienste (53 Prozent Ablehnung) und die Krankenhäuser (54,9 Prozent Ablehnung) dies häufiger als nichtzutreffend gewertet haben. Bezüglich der Personalausstattung mit Pflegefachhelferinnen und -helfern ist es der Krankenhausbereich, der tendenziell eher eine Bedarfsdeckung zeigt (52,9 Prozent Zustimmung). Bei den ambulanten Pflegediensten liegt der Anteil ähnlich hoch (50 Prozent Zustimmung). Die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen attestieren einen

höheren Bedarf. Hier geben 52,2 Prozent an, dass die Personalausstattung bezogen auf die Pflegefachhelferinnen und -helfer nicht bedarfsgerecht ist und nur 45,2 Prozent stimmen der Aussage in der vorliegenden Form tendenziell positiv zu[62].

Über alle Sektoren hinweg wurde die Aussage, dass die Bewerbendenanzahl eine Personalauswahl ermöglicht, mehrheitlich als unzutreffend eingeschätzt. Die Einrichtungen haben offensichtlich kaum nennenswerte Optionen einer individuellen Personalauswahl.

Zum einen bestehen Bedarfe nach mehr Personal in den Einrichtungen, denn die Personalausstattung entspricht häufig nicht dem Personalbedarf. Zudem ist es für viele Einrichtungen nicht möglich, frei gewordene Stellen zeitnah zu besetzen, was eine Mehrbelastung für die Mitarbeitenden in der Pflege darstellt. Daher besteht die Notwendigkeit, die eigenen Ansprüche an Bewerberinnen und Bewerber für Pflegestellen anzupassen.

Für die ambulanten Pflegedienste und die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden ergänzende Fragen gestellt, die das Krankenhauswesen in dieser Form nicht betreffen. Dies sind Fragen zu einem weiteren zentralen Berufsbereich, dem der Hauswirtschaft.

Knapp Zweidrittel der antwortenden Einrichtungen gab an, dass die Personalausstattung in der Hauswirtschaft dem Personalbedarf entspricht (65,9 Prozent). Dass Neubesetzungen von Stellen in der Hauswirtschaft zeitnah erfolgen können, wurde nur von 45 Prozent als zutreffend eingeschätzt. Hier zeigt sich eine ähnliche Problematik wie im Sektor der Pflegeberufe, gleichwohl die Ausprägung der Problematik etwas niedriger eingeschätzt wird. Die Aussagen wurden von den beiden Sektoren unterschiedlich bewertet. Die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen stimmten beiden Aussagen tendenziell positiver zu als die ambulanten Pflegedienste[63]. Für beide Sektoren kann jedoch festgestellt werden, dass eine Fachkräfteproblematik nicht ausschließlich im Bereich des Pflegepersonals besteht und auch andere versorgungsrelevante Berufsgruppen betrifft.

Einschätzungen zu Auswirkungen des Fachkräftemangels

Bezogen auf die Effekte der Personalsituation auf das Versorgungsangebot wurden Einschätzungen bei ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen erfasst. Hier zeigen sich in den beiden Sektoren deutliche Auswirkungen, die die konkrete Versorgung der betreuten Menschen betreffen.

In der Subgruppenanalyse wird deutlich, dass 79,8 Prozent der ambulanten Dienste der Aussage tendenziell zustimmen, dass sie aufgrund von fehlendem Personal Versorgungsanfragen von Klientinnen und Klienten ablehnen mussten. Der Anteil, der dies mit „voll zutreffend“ bewertet, ist mit 61,9 Prozent prominent. In der Teil-/vollstationären Pflege ist dies ebenso ein deutliches Problem. 51,6 Prozent bewerteten die Aussage zustimmend, wobei der Anteil der vollen Zustimmung bei 40,8 Prozent liegt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich für zahlreiche Menschen mit einem Pflegebedarf die Situation ergibt, dass sie erfolglos bei Einrichtungen anfragen und notwendige Hilfen nicht oder nicht kurzfristig realisiert werden können.

[62] Die Kennzahlen beziehen sich auf die Angaben der jeweiligen Gesamtzahl der Stichprobe; hier ergeben sich keine 100 Prozent, wenn fehlende Angaben vorhanden sind.

[63] 72,6 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen gab an, dass die Personalausstattung an Hauswirtschaftskräften dem tatsächlichen Personalbedarf entspricht. Bei den ambulanten Diensten waren es lediglich 46,2 Prozent. Die Möglichkeit zur zeitnahen Neubesetzung bewerteten 49,6 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen tendenziell zustimmend, bei den ambulanten Diensten waren es 29,1 Prozent.

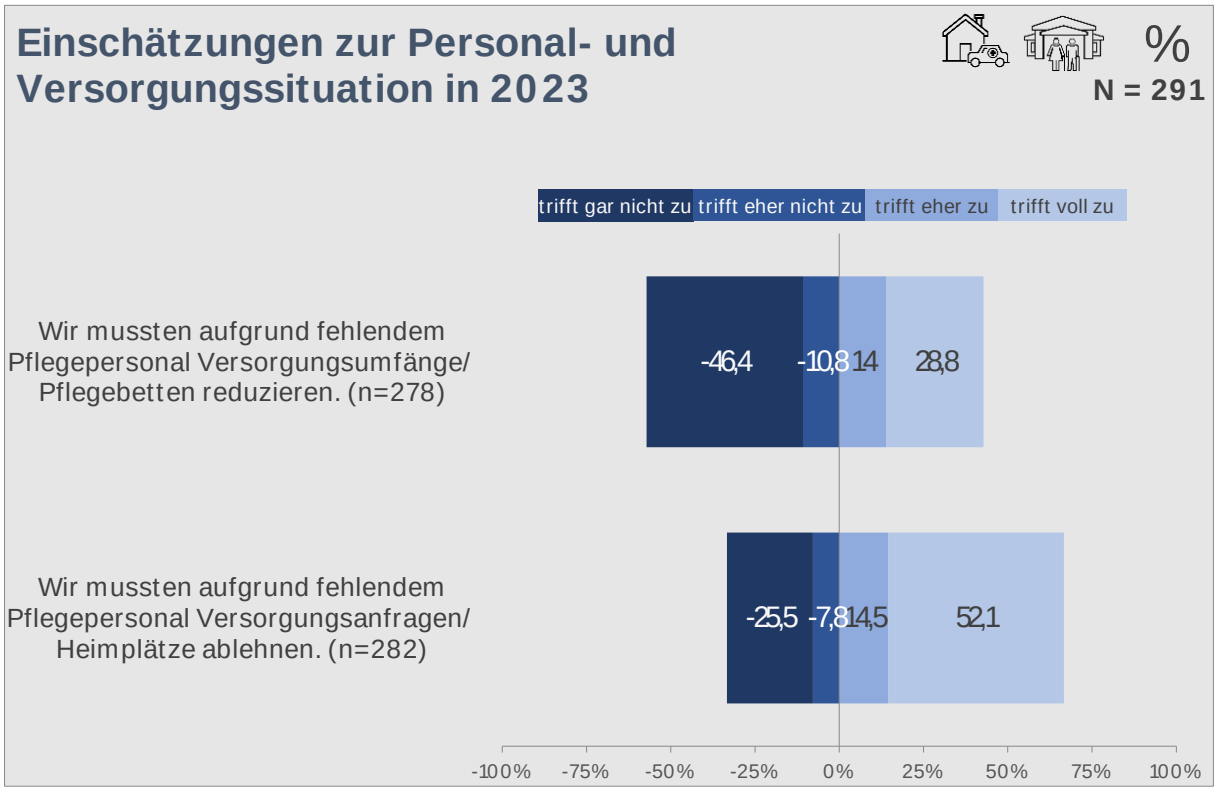


Abb. 69: Einschätzungen zu Auswirkungen des Fachkräftemangels (ambulant und stationär)

Die Auswirkungen betreffen dabei nicht nur die Anfragen neuer Klientinnen und Klienten. Ebenso zeigen sich deutliche Auswirkungen auf den Bereich der Bestandskundinnen und -kunden. So gaben 30,6 Prozent der ambulanten Dienste zustimmend an, dass sie im Jahr 2023 aufgrund von fehlenden Ressourcen beim Pflegepersonal bestehende Versorgungsverträge auflösen mussten.

Eine Reduzierung im Versorgungsumfang, der kausal mit fehlendem Pflegepersonal in Verbindung gebracht wird, gaben bei den ambulanten Pflegediensten 48,5 Prozent an. Auch bei den teil-/vollstationären Einrichtungen sind es 34,4 Prozent, die dies zustimmend beurteilen, wobei 26,1 Prozent „trifft voll zu“ angaben.

Einschätzungen zur Personalgewinnung aus Drittstaaten

Im Kapitel zum Arbeits- und Beschäftigungsmarkt in der Pflege wurde sowohl für die Altenpflege als auch für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege die Entwicklung der Anzahl der Pflegenden aus Drittstaaten vorgestellt, die eine Zustimmung zur Berufsausübung erhalten haben. Um die Bedeutung der Personalgewinnung aus dem Ausland zuordnen zu können, wurden Fragen zur Personalgewinnung aus dem Ausland erfasst. In der Gesamtschau zeigt sich bei allen Aussagen eine Tendenz der Ablehnung der formulierten Aussagen. Die Ausprägungen der positiven Bewertungen variieren zwischen den Fragen, erreichen jedoch in der Gesamtheit nicht die Grenze von 40 Prozent.

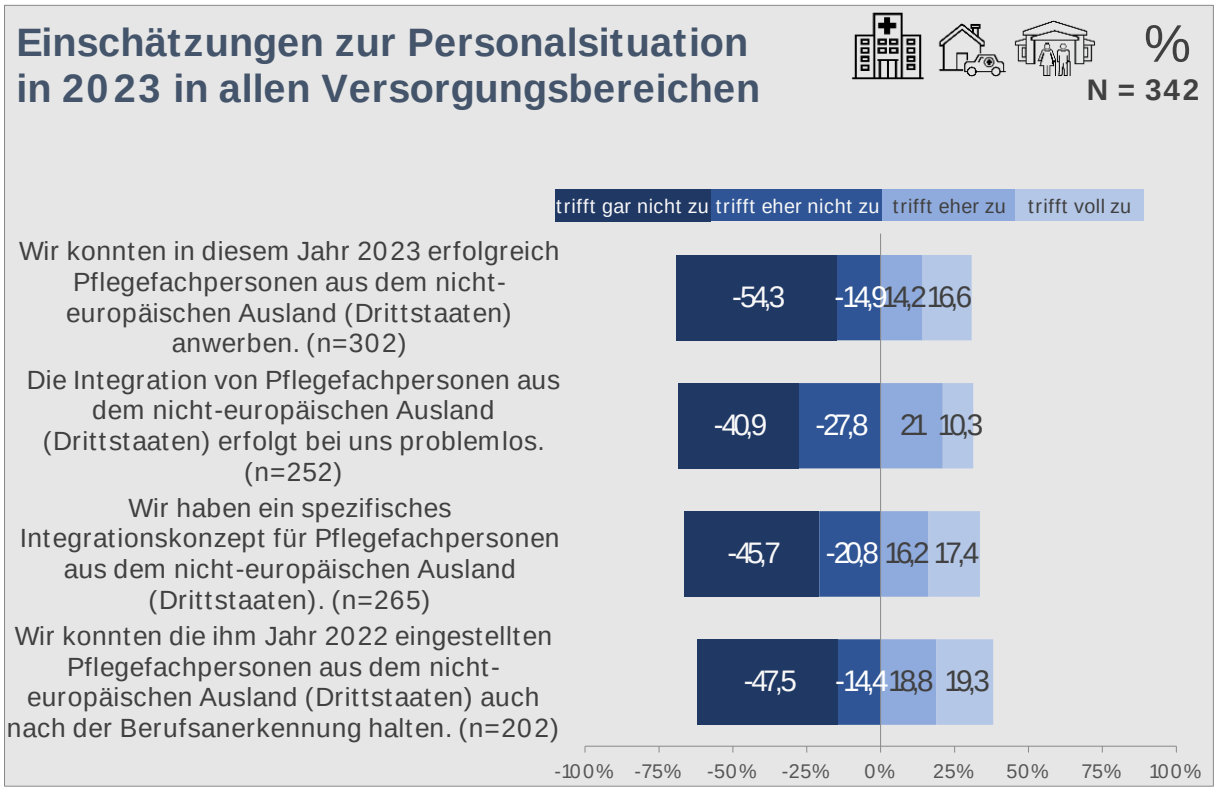


Abb. 70: Einschätzungen zur Personalgewinnung von Pflegenden aus Drittstaaten

30,8 Prozent der Angaben stimmten der Aussage zu, dass die Einrichtungen im Jahr 2023 erfolgreich ausländische Pflegefachkräfte anwerben konnten. Nur geringfügig höher ist der Anteil zustimmender Einschätzungen bezogen auf die Aussage, dass die Integration von ausländischen Pflegefachpersonen in der eigenen Einrichtung problemlos erfolgt. Sektorenspezifisch betrachtet unterscheidet sich das Antwortverhalten der drei Bereiche. Die geringste Zustimmung wird von den ambulanten Diensten angegeben (11,2 Prozent). Danach folgen die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (31,2 Prozent). In Krankenhäusern hingegen ist die Anwerbung von Pflegenden aus dem nichteuropäischen Ausland deutlich ausgeprägter zu finden (56,9 Prozent).

Die Integrationsmöglichkeit bzw. ein „problemloses“ Integrieren der ausländischen Pflegenden wird in der Gesamtheit bei 31,3 Prozent der antwortenden Einrichtungen beobachtet. Sektorenspezifisch stimmen hier 15 Prozent der ambulanten Dienste zu; bei den teil-/vollstationären Einrichtungen sind es 24,8 Prozent und bei den Krankenhäusern 39,2 Prozent.

Rund ein Drittel der Einrichtungen stimmte der Aussage zu, dass sie ein eigenes Integrationskonzept für ausländische Pflegefachpersonen einsetzen. Auch in der Bewertung dieser Aussage bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen. Erneut bewerteten die ambulanten Dienste die Aussage dies nur in geringer Ausprägung positiv (11,2 Prozent). In den teil-/vollstationären Einrichtungen ist dies deutlich stärker verankert (29,9 Prozent). In Krankenhäusern liegt den Ergebnissen zufolge die meiste Erfahrung und konzeptionelle Durchdringung vor (53 Prozent). Mit sehr ähnlichen Angaben wurde auch die letzte Aussage von den Einrichtungen bedacht. Wieder sind es die Krankenhäuser die deutlich mehr zustimmende Angaben machten als die ambulanten Dienste und die Angaben der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen liegen zwischen diesen beiden Polen.

Aus den Angaben wird deutlich, dass die Anwerbung, Integration und das Halten von ausländischen Pflegefachpersonen für die ambulanten Dienste überwiegend keine Option darstellen bzw. sie dieser Themenbereich vor große Herausforderungen stellt. Dies hängt mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der speziellen Arbeitssituation von Pflegenden im ambulanten Setting zusammen. Eine gute Einarbeitung und Integration ist im stationären Setting leichter zu erreichen, da kollegiale, klärende Gespräche und das Hinzuziehen von erfahrenen Pflegefachpersonen bei Fragen oder sprachlichen Hürden unmittelbar oder zumindest sehr zeitnah erfolgen können. Hingegen sind Pflegende in den ambulanten Diensten oftmals allein in den Häuslichkeiten der Klientinnen und Klienten tätig. Oftmals, gerade im ländlichen Raum, sprechen die Pflegeempfängerinnen und -empfänger sowie deren Angehörige Dialekt, was die Kommunikation für die ausländischen Pflegefachpersonen zusätzlich erschwert. Auch die Unterschiede zwischen teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern lassen sich interpretativ erschließen. Teil- und vollstationäre Einrichtung sind in der Regel deutlich kleiner als Krankenhäuser und können ggf. nicht vergleichbare Ressourcen mobilisieren, um beispielsweise eine Anwerbung entsprechend vorzubereiten und durchzuführen, ein Integrationskonzept zu erarbeiten und die tatsächliche Integration zu leisten. Hinzu kommt das Problem des Haltens von Pflegefachkräften in der stationären Langzeitpflege. In den meisten ausländischen Staaten (innerhalb wie außerhalb der EU) wird die Pflege als Studium absolviert; sie ist generalistisch ausgelegt und eine Spezifizierung für geriatrische Settings existiert nicht. Die ausländischen Pflegefachpersonen sind häufig deutlich theoriegeführter und medizinnäher ausgebildet und wünschen sich ggf. andere berufliche Handlungsfelder und gewohnte Tätigkeitsbereiche, entsprechende Entscheidungsverantwortung und Autonomieräume. Diese Bedürfnisse können in den Krankenhäusern nur teilweise erfüllt werden, jedoch besser als in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Dementsprechend gering ist die Kohäsionskraft der teil- und vollstationären Einrichtungen auf ausländisch, akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen.

Einschätzungen zur Personalbemessung (PeBeM stationäre Einrichtungen)

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem teil- und vollstationären Pflegebereich und der Einführung des Personalbemessungsverfahren (PeBeM) in diesem Sektor. Das Verfahren wurde über mehrere Jahre in einem Prozess der Berechnung und Aushandlung entwickelt und in Einrichtungen exemplarisch getestet (Rothgang 2020a).

Seit dem 01. Juli 2023 gilt die Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß des § 113c des SGB XI. Ziel des Gesetzes ist es, dass in der stationären Pflege ein verbindliches und bundeseinheitliches System der Personalbemessung eingesetzt wird und damit eine vergleichbare und regelbasierte Personalausstattung erfolgt.

Die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden zu möglichen Effekten im Rahmen der Einführung des PeBeM befragt. Bekannt ist, dass ein Wegfall der Fachkraftquote erfolgt und mit einem größeren Personalmix gerechnet werden kann (Wipp 2023). Die teilnehmenden Einrichtungen sollten Aussagen zur erwarteten Personalstrukturänderung einschätzen.

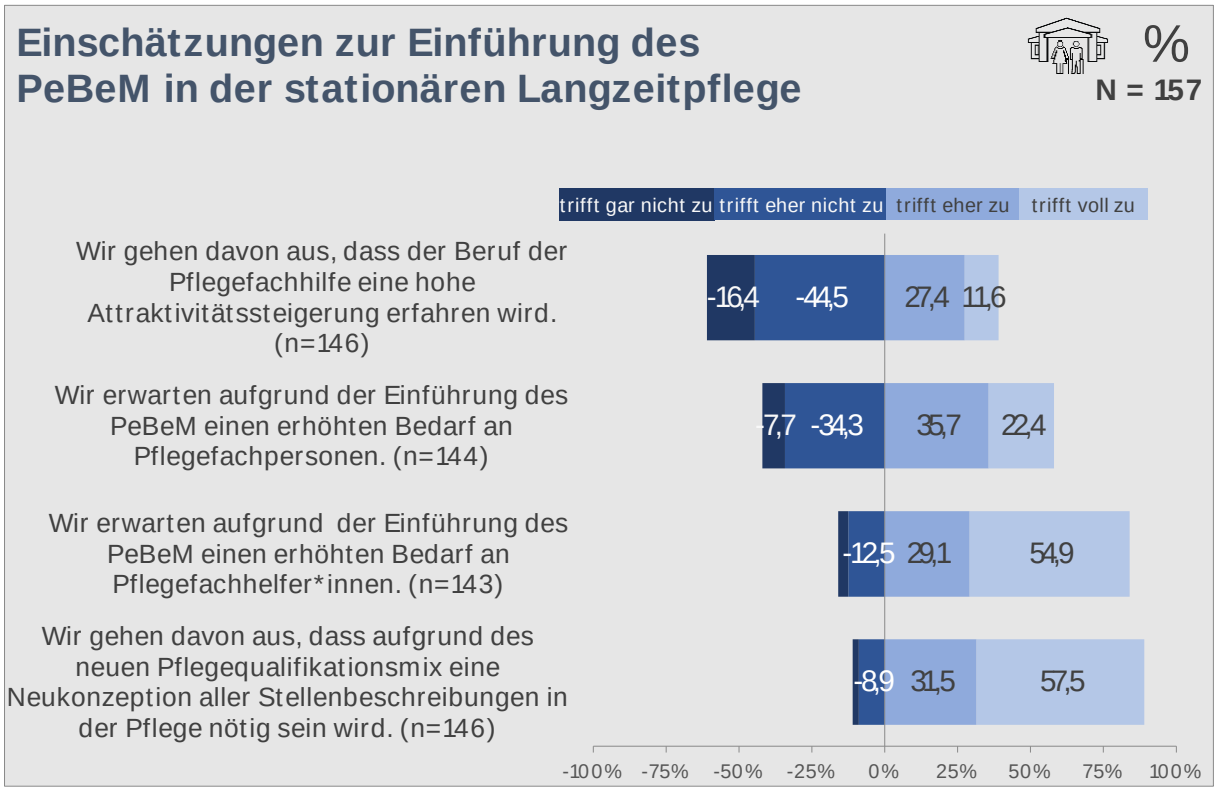


Abb. 71: Einschätzungen zur Personalveränderung durch Einführung des PeBeM

Als dominanter Bereich wird die Änderung hin zu einem Personalmix erwartet und damit verbundene Änderungen der Stellenbeschreibungen. Mit einem Anteil von 89,2 Prozent ist die Zustimmung sehr groß. Ähnlich häufig (84 Prozent Zustimmung) wurde angegeben, dass eine Steigerung des Bedarfs insbesondere bei den Pflegefachhelferinnen und -helfern erwartet wird. Eine mit der Einführung verbundene Bedarfssteigerung an Pflegefachpersonen wird von 58,1 Prozent erwartet. 42 Prozent sehen hier hingegen keine Bedarfssteigerung. Vorsichtiger interpretieren die Leitungen der antwortenden Einrichtung eine Attraktivitätssteigerung der Pflegefachhelferinnen und -fachhelferqualifikation. 39 Prozent stimmen dem zu; der positiven Bewertung stehen 60,9 Prozent der Antwortenden gegenüber, die dies ablehnend beurteilen.

Die Einrichtungen treffen die Entwicklungen nicht unvorbereitet. Zentrale Entscheidungen bezüglich der erwarteten Strukturveränderungen scheinen getroffen zu sein und Entwicklungen wurden bereits auf den Weg gebracht.

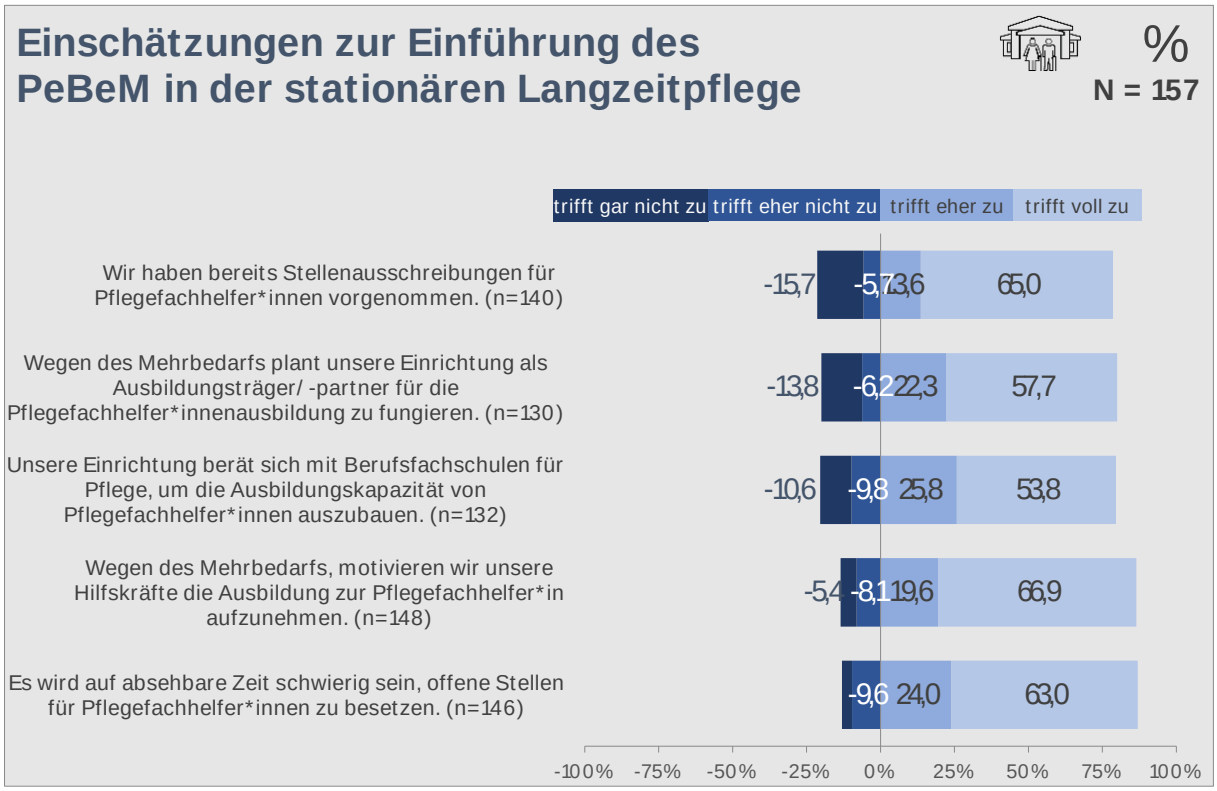


Abb. 72: Einschätzungen zur Fachhelferinnen und -helfereinbindung

Alle benannten Aussagen zu Änderungen bzgl. der Fachhelferinnen und -helfer wurden von rund 80 Prozent der Antwortenden oder darüber hinaus positiv bewertet. Hier ergibt sich ein geschlossenes Bild. Stellenausschreibungen wurden bereits durchgeführt und die Mehrzahl der Befragten wird aktiv als Partner an der Qualifizierung mitwirken und Auszubildende einstellen. Bereits aktuell wird in den Einrichtungen der Impuls gegeben, Personal in die Fachqualifizierung zu integrieren.

Als ein kritischer Aspekt kann betrachtet werden, dass die Antwortenden für den Bereich der Pflegefachhelferinnen und -fachhelfer bereits aktuell einen Mangel beobachten und bei der Stellenbesetzung ähnliche Problematiken antizipieren, wie sie im Bereich der examinierten Pflegekräfte bestehen. Dies unterstreicht die angespannte Personalsituation und die insgesamt eher pessimistische Stimmungslage bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen der Personalgewinnung und kurzfristigen Änderung des Fachkräftemangels in dem Sektor der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bayern.

Einschätzungen zur Personalbemessung (PPR 2.0 Krankenhäuser)

Mit der Einführung des Krankenhausentlastungsgesetzes wurde unter anderem der § 137k des SGB V zum 01. Januar 2023 eingeführt. Der Paragraph sieht vor, dass Krankenhäuser zukünftig verpflichtet sind, eine angemessene Personalausstattung und das notwendige Personal vorzuhalten, um eine bedarfsgerechte, pflegerische Versorgung am Bett zu garantieren.

Zum 01. Januar 2024 sollte die PPR 2.0 (Pflege-Personalregelung) verbindlich eingeführt werden (Deutscher Bundestag). Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens lag ein Referentenentwurf für eine Rechtsverordnung dazu vor (Bundesministerium für Gesundheit). Zum

Dezember 2023 kann der exakte Termin der Einführung nicht benannt werden, da eine Verschiebung der Einführung der PPR 2.0 erforderlich wird, um die Prozesse in den Krankenhäusern vorzubereiten; ein abschließender Termin konnte zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht benannt werden.

Der Entwicklung der PPR 2.0 vorausgegangen waren die Konzeptionierung des Instrumentes durch eine Arbeitsgruppe beim Deutschen Pflegerat, eine gemeinsame Vereinbarung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates zur Etablierung einer Personalbemessung (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. 2023a, 2023b) sowie eine Pre-Testung der entwickelten PPR 2.0 (Fleischer 2019). Für die Prüfung der PPR 2.0 und einer spezifischen Anpassung für den Bereich der Kinderversorgung (Kinder-PPR 2.0) wurde die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft beauftragt (KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2023).

Langfristig soll die PPR abgelöst werden durch eine strukturierte Weiterentwicklung der Personalbemessung im Rahmen der Etablierung eines eigenen Instituts zur Personalbemessung der Pflege im Krankenhaus (Deutscher Pflegerat 27.11.2023). Die Einführung der Pflege-Personalregelung ist dabei nicht unumstritten und wird von unterschiedlichen Organisationen divergent diskutiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 27.11.2023; Bundesverband Deutsche Privatkliniken e.V. 2023; Bundesverband Pflegemanagement e.V. 24.11.2023).

Angesichts der Aktualität wurden Fragen rund um das Thema der Pflege-Personalregelung 2.0 an die Leitungen der Krankenhäuser adressiert.

Die Aussagen teilen sich thematisch in verschiedene Blöcke auf. Einmal sollten die teilnehmenden Einrichtungen Aussagen zu den Effekten der PPR 2.0-Einführung auf die Dokumentation im Krankenhaus einschätzen. Der zweite Themenblock beschäftigt sich mit den Effekten der PPR 2.0 auf den Pflegepersonalbedarf der Einrichtungen und schließlich sollten Aussagen über die Eignung der PPR 2.0 als Personalbedarfserhebungsinstrument eingeschätzt werden.

Aufgrund der Stichprobengröße der teilnehmenden Krankenhäuser werden die Ergebnisse nicht in prozentualer Darstellung präsentiert; es wird die Anzahl der konkreten Nennungen abgebildet. Da die PPR 2.0 in den Vorsorge- und Rehabilitationskliniken nicht zur Anwendung gebracht wird, liegt für die Krankenhäuser insgesamt eine geringere Anzahl an Antwortenden vor.

Ein erster Frageblock fokussierte Fragen der erwarteten Wirkungen und Auswirkungen auf die Dokumentation. Die Pflege-Personalregelung sieht eine tägliche Eingruppierung von Patientinnen und Patienten in ein Stufenschema der Versorgungsintensität vor. Damit wird tagesbezogen eine Erfassung notwendig. Im Kontrast dazu werden bei der Erfassung der medizinischen Fallschwere (DRG-Kodierung) die Daten einmalig, nach Beendigung der Behandlung zusammengestellt (u.a. auf der Basis von Haupt- und Nebendiagnosen und OPS-Codes). Anzunehmen ist somit, dass eine tagesbezogene Klassifizierung einen Mehraufwand für den Pflegebereich darstellt.

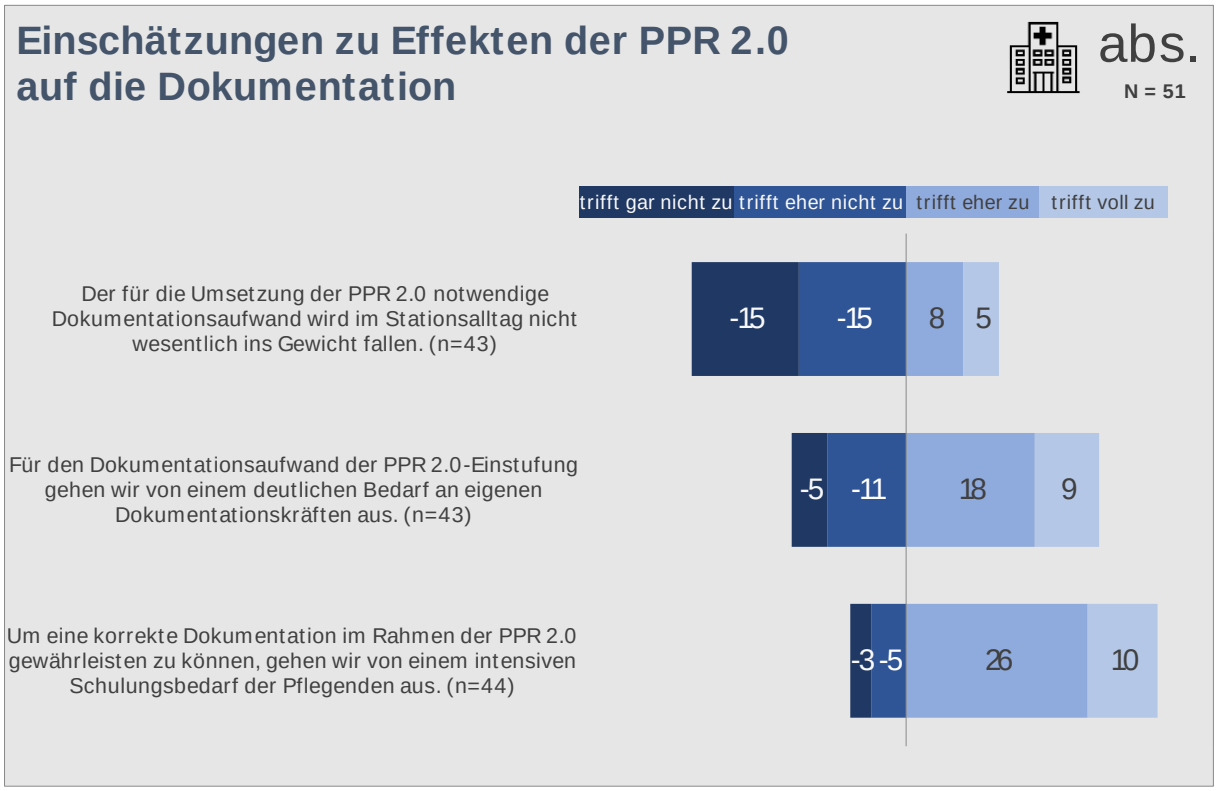


Abb. 73: Einschätzungen zum Dokumentationsaufwand der PPR 2.0

Dieser Einschätzung folgen die antwortenden Krankenhäuser. Die Mehrheit der Antwortenden widerspricht der Aussage, dass der Dokumentationsaufwand eher nicht ins Gewicht fallen wird und von daher den Stationsalltag nicht merklich verändern wird. Herausgehoben wird ein erwarteter erhöhter Schulungsaufwand, um die Erfassungen zu etablieren und zu stabilisieren. Die Mehrheit der Krankenhäuser geht dabei davon aus, dass ggf. eigene Dokumentationskräfte etabliert werden müssen, um die Erfassungen zu sichern und somit nutzbar machen zu können.

Bezüglich der Effekte der PPR 2.0 auf die Personalsituation zeigt sich ein etwas anderes Bild als bei den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen mit deren Erwartungen bzgl. des PeBeMs. Dominiert bei der Einführung der Personalbemessung die Erwartung zusätzliche Pflegefachhelferinnen und -fachhelfer zu benötigen, so wird im Krankenhaus die Einführung der PPR 2.0 nicht primär mit der zeitgleichen Etablierung eines Skill-Mix-Modells (Schubert und Weidner 2022b) (Schubert und Weidner 2022a) in Verbindung gebracht.

Wie aus der nachfolgenden Abbildung deutlich wird, schätzen die teilnehmenden Krankenhäuser sehr divergierend ein, ob ein Mehrbedarf an Pflegefachhelferinnen und -helfer aufgrund der berechneten Personalausstattung zu erwarten ist. Eindeutig hingegen ist die Perspektive auf einen möglichen Mehrbedarf an Pflegefachpersonen durch die Einführung der PPR 2.0. Von diesem wird offensichtlich mehrheitlich ausgegangen. Fast einheitlich befürchten die Krankenhäuser, dass ein ggf. berechneter Mehrbedarf an Pflegefachpersonen aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflege insgesamt nicht entsprechend gedeckt werden kann.

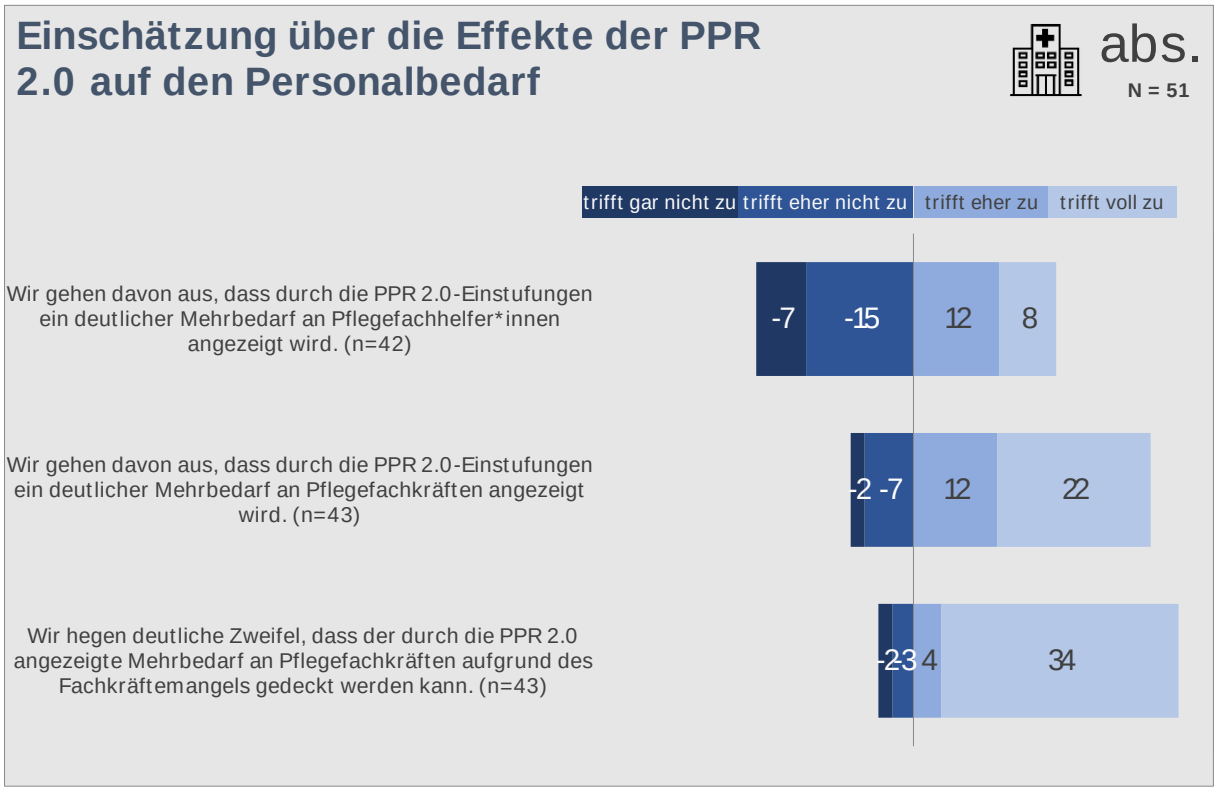


Abb. 74: Einschätzungen der Personalbedarfsänderung durch die Einführung der PPR 2.0

Die Krankenhäuser wurden gebeten, die PPR 2.0 inhaltlich zu bewerten. Da mit dem Anwendungsbericht (Fleischer 2019) sowie mit den Handreichungen zur PPR 2.0 (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. 2023a, 2023b) bereits Materialien vorliegen und die Einführung der PPR 2.0 erwartbar war, ist davon auszugehen, dass sich Leitungen inhaltlich mit der Ausgestaltung der Anwendung auseinandergesetzt haben. In vielen Krankenhäusern ist darüber hinaus die Pflege-Personalregelung in der älteren Fassung weiterhin eingesetzt worden, um Anhaltszahlen für die interne Steuerung zu erhalten, sodass von einer Bekanntheit der Systematik der Erfassung und der Struktur des Instrumentes ausgegangen werden kann. Dabei wurde nicht nach der Stabilität und wissenschaftlichen Güte des Instrumentes gefragt, sondern nach der subjektiven Einschätzung, inwieweit die PPR 2.0 als geeignet erscheint und wie die Dauer der Anwendung eingeschätzt wird angesichts der Forderungen von Verbänden, die PPR 2.0 als eine „Zwischenlösung“ zu nutzen, ehe eine weitere Entwicklung beschritten wird und die PPR 2.0 ggf. durch andere Instrumente abgelöst werden wird.

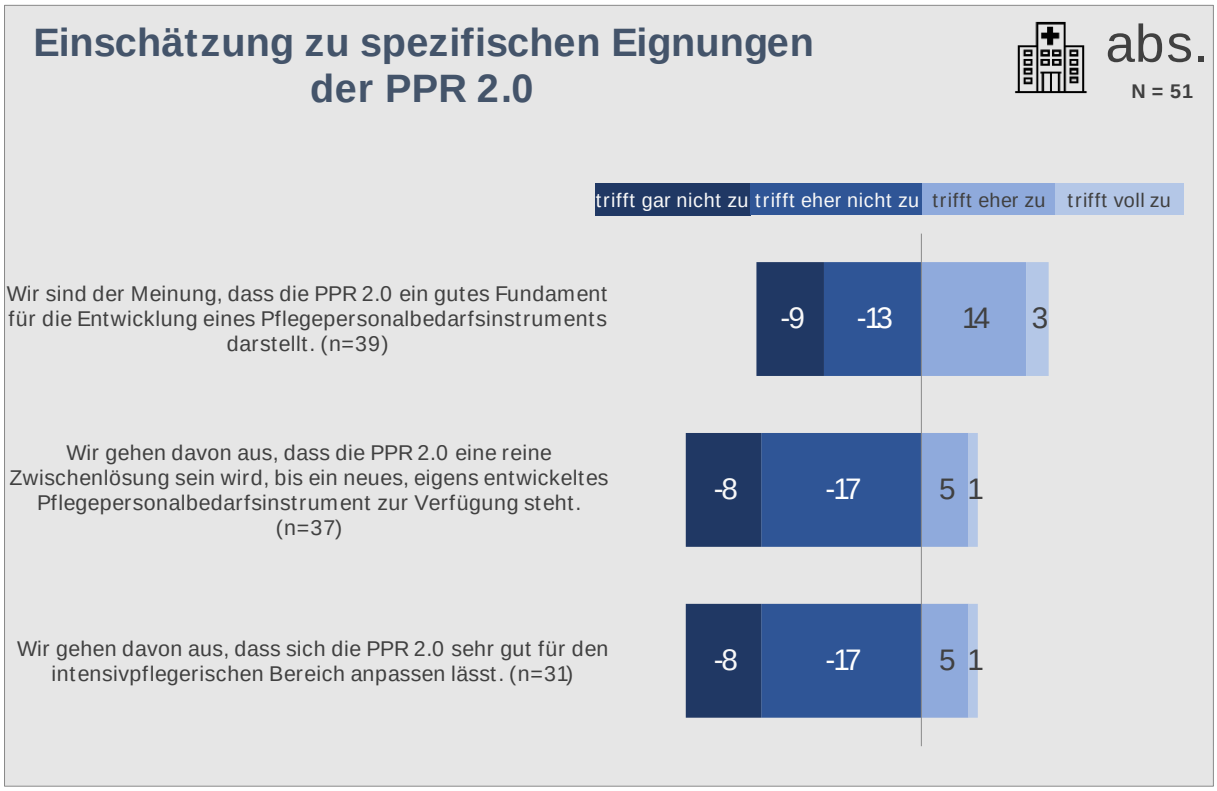


Abb. 75: Einschätzungen zur PPR 2.0 als Personalerfassungsinstrument

In der Ausprägung der Antworten wird deutlich, dass sich die Krankenhäuser nicht einig darüber sind, ob die PPR 2.0 ein gutes Fundament für die Entwicklung eines Pflegebedarfsinstruments ist. Tendenziell wird diese Aussage etwas stärker angezweifelt.

Anders verhält es sich mit den letzten beiden Aussagen zu diesem Themenblock. Die Krankenhäuser gehen überwiegend davon aus, dass die PPR 2.0 keine Übergangslösung darstellen wird, bis ein neues Instrument entwickelt wurde, sondern längerfristig im Krankenhauswesen präsent bleiben wird.

Die intensivpflegerische Versorgung stellt im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine besondere Form der Leistung dar. Die Diskussionen um eine adäquate Personalausstattung (Simon 2022) und insbesondere einer Personalbedarfsermittlung sind dabei kein neuer Gegenstand der Betrachtung (Isfort 2008). Vor dem Hintergrund der Erfassung einer bedarfsgerechten Ermittlung notwendigen Personals werden in Deutschland unterschiedliche Zugänge genutzt und favorisiert (Glaß und Tack 2021). Bezüglich der Eignung der PPR 2.0 für die Erfassung des pflegerischen Personalbedarfs auf dem intensivpflegerischen Bereich schätzen die Krankenhäuser mehrheitlich das Instrument als nicht gut geeignet ein.

GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Die größte Änderung der vergangenen Jahre kann im Pflegebildungsbereich mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung ab 2020 ausgemacht werden. Die Einrichtungen haben mit der Umsetzung in den vergangenen Jahren Erfahrungen gemacht und können vor diesem Hintergrund Einschätzungen bezogen auf Veränderungen und Effekte vornehmen.

Formen der Partizipation an der Ausbildung

In einem ersten Überblick wurde der grundsätzliche Status der Einrichtungen im Rahmen der Ausbildung erfasst. Differenziert wurde hierbei, ob die Einrichtungen als Träger der praktischen und theoretischen Ausbildung, der praktischen Ausbildung arbeiten oder ob sie Kooperationspartner für die praktische Ausbildung sind. Ebenso möglich war die Darlegung, sich an einer Ausbildung von jungen Pflegenden nicht aktiv zu beteiligen. Die nachfolgende Abbildung weist die Nennungen der jeweiligen Ausprägungen in Absolutzahlen auf; die relationalen Prozentwerte werden in Klammern angegeben.

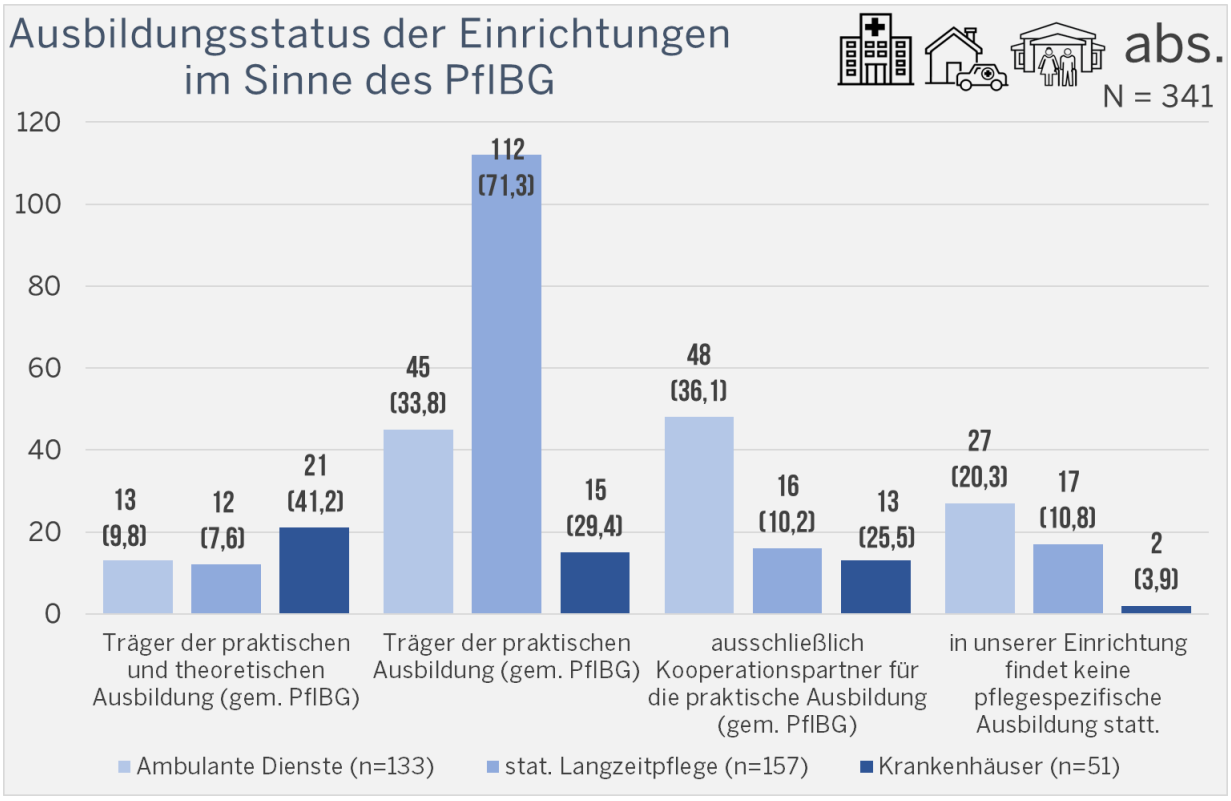


Abb. 76: Ausbildungsstatus der Einrichtungen

Erwartungsgemäß sieht man in der Verteilung eine Unterschiedlichkeit im Status. Bei den ambulanten Pflegediensten gibt es gegenüber den beiden anderen Sektoren mehr Einrichtungen, die keine Ausbildungsfunktion übernehmen (20,3 Prozent). Ebenso ist der Anteil der ambulanten Dienste am größten, die angeben, als praktischer Kooperationspartner zur Verfügung zu stehen, aber keine eigene Trägerfunktion der Ausbildung zu übernehmen (36,1 Prozent). Krankenhäuser sind in einem dominanten Anteil sowohl Träger der praktischen und theoretischen Ausbildung. Die teil-/vollstationären Einrichtungen arbeiten überwiegend in der Statusgruppe als Träger der praktischen Ausbildung. Auch hier gibt es jedoch einen Anteil von 10,8 Prozent in der Stichprobe, die keinen Kontakt zur Ausbildung haben und selbst nicht ausbilden und auch nicht als praktischer Kooperationspartner zur Verfügung stehen.

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung verbunden war u.a. der Aufbau von Ausbildungsverbünden, um strukturierte Formen der Zusammenarbeit zu systematisieren und regionale Ausbildungskapazitäten zu bündeln und zu erschließen. Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der jeweiligen Akteure der Sektoren mit Blick auf eine aktive Teilnahme an einem Ausbildungsverbund und/oder einer direkten Kooperationsvereinbarung im Rahmen

von Einzelverträgen mit anderen Versorgungs- und Bildungseinrichtungen. Dabei können beide Formen parallel in Kombination bestehen. Von den ambulanten Diensten haben rund 20 Prozent angegeben, sowohl Teil eines Ausbildungsverbundes zu sein als auch direkte Kooperationsverträge wahrzunehmen. Etwas höher ist mit 23,6 Prozent der Anteil der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Bei den Krankenhäusern haben 18 Einrichtungen (36,7 Prozent) diese kombinierte Angabe vorgenommen.

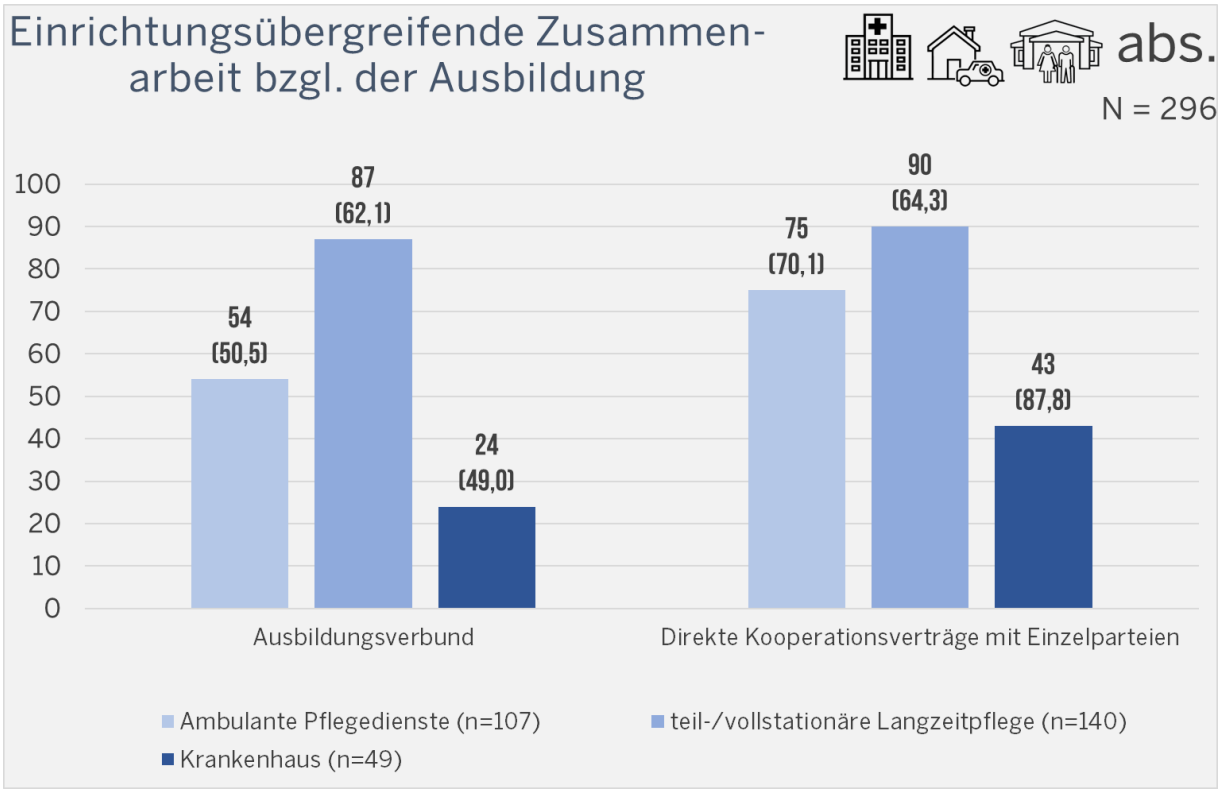


Abb. 77: Organisationsform der Vertragsgestaltungen

Bei den ambulanten Diensten sind insgesamt betrachtet rund die Hälfte der Antwortenden in der Stichprobe Teil eines Ausbildungsverbundes. Die Krankenhäuser kommen in der Stichprobe auf einen ähnlichen Anteil. Bei den teil-/ vollstationären Einrichtungen sind 62,1 Prozent Teil eines Ausbildungsverbundes. Darüber hinaus oder in Ergänzung existieren in zahlreichen Betriebsstätten Kooperationsverträge und Einzelverträge mit Einrichtungen. In allen drei Sektoren ist dies ein dominanter Bereich der Vertragsgestaltungsform zur Realisierung von Ausbildung.

Befragt wurde, welche Ausbildungsberufe von den Einrichtungen unterstützt wurden. Einerseits ist dies die generalistische Qualifizierung zum Pflegefachmann-/ zur Pflegefachfrau. Darüber hinaus aber können Einrichtungen auch zum Pflegefachhelfer/ zur Pflegefachhelferin qualifizieren. Die nachfolgende Tabelle weist die Anzahl der Nennungen für die jeweiligen Berufe in der Verteilung aus.

Vor dem Hintergrund der Einführung des PeBeM in der teil-/ vollstationären Pflege ist damit zu rechnen, dass hier eine größere Aktivität bei der Qualifizierung zur Pflegefachhilfe zu erwarten ist. Diese Annahme wird in den vorliegenden Daten der antwortenden Einrichtungen bestätigt. Mit einem Anteil von 93 Prozent der Antwortenden ist hier für beide Berufsgruppen die höchste Ausbildungsaktivität in der Kombinatorik zu beobachten. Bei den ambulanten

Diensten liegt der Ausbildungsfokus ebenso wie bei den Krankenhäusern tendenziell auf der dreijährigen Qualifizierung der Pflegefachpersonen.

Einrichtungen	Gen. Ausbildung gemäß PflBG	Ausbildung zur Pflegefachhilfe	Beide Berufsqualifikationen
 (n=107)	98	57	54 (50%)
 (n=140)	139	131	130 (93%)
 (n=49)	48	30	30 (61%)

Ausschließlich absolute Angaben. Gültige Angaben ausgewiesen.

Tab. 30: Ausbildungsaktivität nach Berufsqualifikation

Ausbildung und Übernahme von Auszubildenden

Die Fachkräftesicherung erfolgt in den Einrichtungen primär über eigene Ausbildungsstrukturen und Qualifizierung. Die Einrichtungen wurden befragt, wie hoch sie den Anteil an erfolgreich ausgebildeten Pflegefachpersonen und Pflegefachhelferinnen und -helfer einschätzen, den sie in 2023 gerne eingestellt hätten. Kontrastiert wird dies mit den Angaben zur tatsächlichen Realisierung der Übernahme. Dabei sind alle Kombinatoriken vorhanden, so z.B. ein hoher Wunsch bei einer niedrigen Realisierung (z.B., wenn Personal nicht gehalten werden konnte) aber auch ein eigentlich niedriger Wunsch und eine hohe Realisierung (z.B., wenn Personen übernommen wurden, die man eigentlich nicht hätte übernehmen wollen).

Die Angaben sind in der nachfolgenden Tabelle als Mittelwerte aufgeführt. Aufgrund der sehr heterogenen Verteilungen der Daten wurden zusätzlich die Standardabweichung (in Klammern) sowie der Median als mittlerer Wert der Gesamtgruppe aufgeführt[64]. Auffallend sind dabei die hohen Werte der Standardabweichung vom Mittelwert in allen genannten Sektoren. Der Median weist die in der Verteilung mittlere Einrichtung (nach Größen der Werte sortiert) aus.

In der Interpretation bedeutet dies am Beispiel der ambulanten Dienste, dass 50 Prozent der Dienste eine Übernahmequote von 55 Prozent angestrebt haben. Die Hälfte der Dienste hat demnach höhere, die andere Hälfte niedrigere Übernahmequoten angegeben[65]. Am höchsten ist die angestrebte Übernahmequote bei den Krankenhäusern. Hier hat die Hälfte bis zu 90 Prozent angegeben, die andere Hälfte liegt darüber. Die teil-/ vollstationären Einrichtungen liegen in etwa auf dem Niveau der Angaben der ambulanten Dienste. Für alle Sektoren gilt, dass die Realisierung deutlich unterhalb der gewünschten Übernahmequote liegt und somit

[64] Nähert sich der Wert der Standardabweichung dem Mittelwert stark an, spricht dies für eine schiefe Verteilung der Daten. Dies ist ebenso der Fall, wenn der Median sich deutlich von dem Mittelwert unterscheidet. Der Median als mittlerer Gruppenwert ist gegenüber Ausreißern und Extremwerten robuster als der Mittelwert, in den diese Werte ungefiltert mit einfließen.

[65] In einer Berechnung der Perzentile (Quartale mit je 25 Prozent der Einrichtungen) wird deutlich, dass ein Viertel der ambulanten Dienste eine geringe Übernahmequote von bis zu 15 Prozent angegeben hat; die 50 Prozent entsprechen den ausgewiesenen 55 Prozent angestrebter Übernahme und nimmt man 75 Prozent der Antwortenden so ergeben sich gewünschte Übernahequoten von 99,25 Prozent. Zwischen dem 50-Prozent und dem 75-Prozent-Quartil liegen demnach hohe Übernahmequoten vor.

die Fachkräftesicherung aus der eigenen Qualifizierung nicht dem Umfang entspricht, den die Einrichtungen gerne hätten.

Einrichtungen	(n=89/50)	(n=131/126)	(n=45/30)
Gewünschter Anteil zu übernehmender, qualifizierter Pflegefachpersonen	54,9 (38,6)	54,1 (39,2)	74,3 (31,6)
Median	55,0	60,0	90,0
Tatsächlich übernommener Anteil qualifizierter Pflegfachpersonen	30,0 (40,2)	35,5 (39,3)	50,7 (31,4)
Median	2,0	10,0	60,0
Gewünschter Anteil zu übernehmender, qualifizierter Pflegefachhelfer*innen	44,7 (41,2)	50,5 (41,8)	65,1 (37,2)
Median	26,5	50,0	80,0
Tatsächlich übernommener Anteil qualifizierter Pflegefachhelfer*innen	32,1 (40,4)	38,5 (43,0)	54,6 (36,8)
Median	6,5	10,0	60,0

N abweichend. Erste Ziffer bezieht sich auf die generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen. Zweite Ziffer bezieht sich auf die ausgebildeten Pflegehelfer*innen. Alle Angaben als Prozentwerte. Gültige Angaben als Mittelwerte ausgewiesen. Standardabweichung in Klammern ausgewiesen. Median unterstehend aufgeführt.

Tab. 31: Anteile der angestrebten und realisierten Übernahme qualifizierter Pflegender

Bezogen auf den gewünschten Anteil an Pflegefachhelferinnen und -helfer weisen die Angaben ähnliche Spreizungen auf. An dieser Stelle sind die Angaben der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen auffallend. Zum einen wird im Mittel wie im Median der gewünschte Anteil an Übernahmen mit etwa 50 Prozent angegeben. In Anbetracht des absehbaren Mehrbedarfs an Pflegefachhelferinnen und -helfern durch die Einführung des PeBeM erscheinen die Angaben tendenziell eher moderat. Zum anderen liegt für die Hälfte der teil-/ vollstationären Einrichtungen aber die Realisierung mit nur 10 Prozent deutlich unterhalb der angestrebten Übernahmequote.

Obwohl der Krankenhaussektor mit der Einführung der PPR 2.0 nicht primär mit einer Zunahme des Personals auf Fachhilfeniveau gerechnet wird, wird ein vergleichsweiser hoher Anteil an Pflegefachhelferinnen und -helfer für eine gewünschte Übernahme angegeben. Der Anteil tatsächlich übernommener Pflegefachhelferinnen und -helfer ist im Mittel nur 10 Prozent geringer als der gewünschte Anteil. Zugleich ist die Differenz der Mediane zwischen Wunsch und Realisierung mit 20 Prozent im Vergleich zu den anderen Sektoren in der Abweichung eher gering.

Zum Themenkomplex der Pflegeausbildung wurden weitere Fragen an die Einrichtungen adressiert. Hierbei standen Beobachtungen zur Integration sowie Einschätzungen zu den Kompetenzen der qualifizierten Personen im Vordergrund. Zu berücksichtigen ist, dass die ersten Jahre der Qualifikation nicht nur durch einen Umbruch in der Pflegebildung selbst markiert sind, sondern dass aufgrund von Schulschließungen Online-Lernangebote realisiert werden

mussten, durch Schließungen von Stationen und Einrichtungen Einsatzplanänderungen entstanden und durch Personalausfälle und Quarantänisierungen im Rahmen der Pandemie von keiner regelhaften und stabilen Ausbildungssituation für die Auszubildenden ausgegangen werden kann. Gleiches gilt für die betriebliche Seite der praktischen Ausbildung.

Vor diesem Hintergrund müssen die aktuellen Einschätzungen und Hinweise als situative Querschnittsbeobachtung betrachtet werden und nicht als ein evaluatorisches Ergebnis der generalistischen Ausbildung. Dies wird erst im weiteren Verlauf der kommenden Jahrgänge möglich werden, wenn eine Normalisierung der Ausbildung und eine pflegepädagogische Routinebildung bei der theoretischen Ausbildung erreicht werden konnte.

Dennoch sind die vorliegenden Ergebnisse relevant bezogen auf die Frage der Akzeptanz und der Beobachtung zu Defiziten und Stärken der generalistischen Auszubildenden.

Anschließend an die relationalen Daten der gewünschten und realisierten Übernahme der genrealistisch qualifizierten Pflegenden wurden auch Einschätzungsfragen zum Themenkomplex entwickelt und durch die Einrichtungen beantwortet.

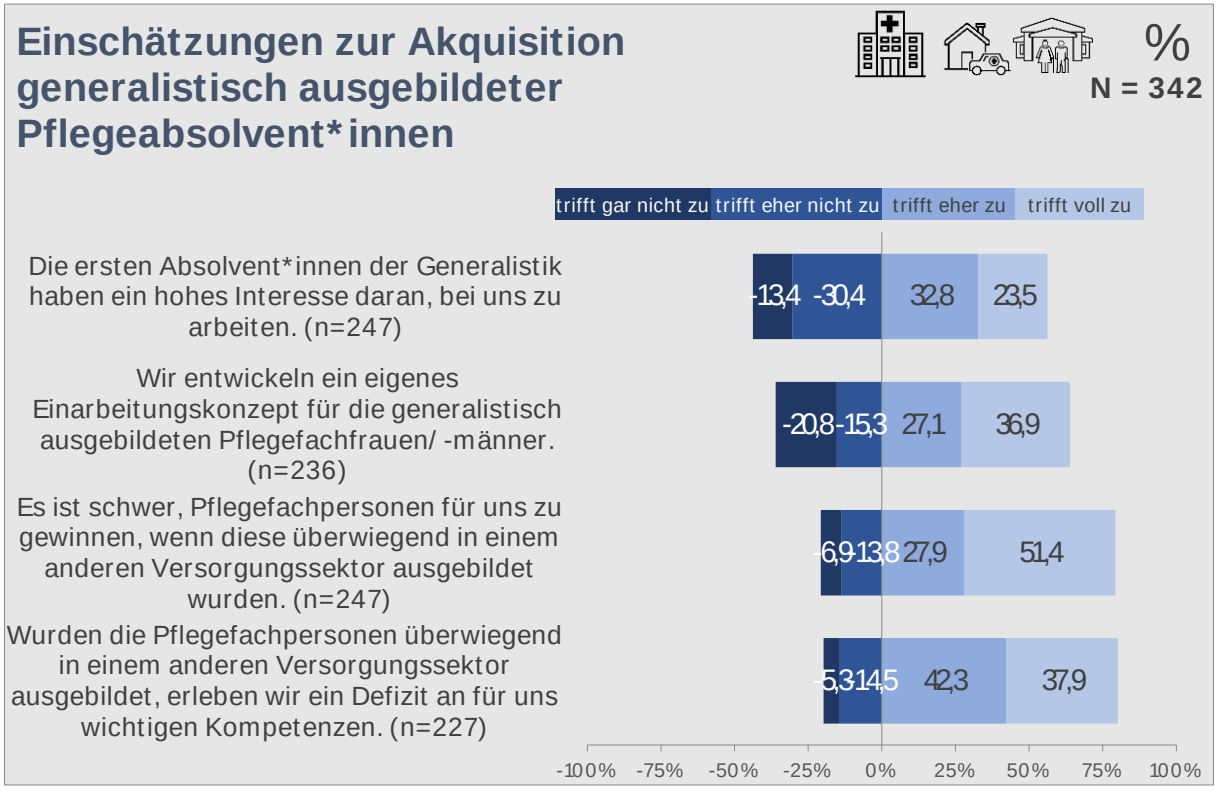


Abb. 78: Einschätzungen zur Gewinnung von generalistisch ausgebildeten Pflegenden

Die erste Frage bezieht sich auf die beobachteten Präferenzen der generalistisch qualifizierten Pflegenden. Bewertet wurde die Aussage, dass Auszubildende ein hohes Interesse daran haben, in der befragten Einrichtung zu arbeiten. Dies wird in der Gesamtheit von 56,3 Prozent positiv eingeschätzt. Diesem Bereich stehen jedoch 43,8 Prozent kritischer Einschätzungen gegenüber. In der Subgruppenanalyse ergeben sich deutliche Unterschiede bei der Bewertung. So gehen lediglich 20,8 Prozent der Krankenhäuser davon aus, kein hohes Interesse erzeugen zu können. Bei den teil-/ vollstationären Einrichtungen sind es 48,3 Prozent und bei den ambulanten Diensten sogar 50,6 Prozent, die die Aussage ablehnend beurteilen. Diese Einschätzungen korrespondieren mit Bewertungen zum Thema der Gewinnung und Bindung von

Auszubildenden, die überwiegend in einem anderen Sektor ausgebildet wurden. 79,3 Prozent stimmen insgesamt dieser Aussage zu. Bei den Krankenhäusern sind es 62,8 Prozent Zustimmung, bei den ambulanten Diensten 74,3 Prozent und bei den teil-/ vollstationären Einrichtungen sogar 81,7 Prozent.

Die Eignung und Passgenauigkeit der Berufseinmündenden ist ein wichtiges Kriterium, denn sie hängt zusammen mit einer verlängerten oder verkürzten Einarbeitungszeit und möglichen Anpassungsleistungen, die realisiert werden müssen, bevor die Arbeit eigenverantwortlich durchgeführt werden kann. 80,2 Prozent stimmen der Aussage zu, dass sie Defizite in wichtigen Kompetenzen erleben, wenn Auszubildende überwiegend in einem anderen Versorgungssektor qualifiziert wurden. Sind es bei den ambulanten Diensten noch 51,5 Prozent, die dies zustimmend angeben, so sind es bei den teil-/ vollstationären Einrichtungen 76,7 Prozent und im Krankenhaussektor 81 Prozent. Die Ergebnisse erscheinen erwartungsgemäß, denn im Kern geht es im Rahmen der Kompetenzvermittlung nicht um Vollständigkeit der Wissensbestände, sondern um exemplarisches Lernen und um die Schaffung von Möglichkeiten, sich fehlendes Wissen selbst anzueignen. Dies ist seit Jahren breit diskutiert und in den Einrichtungen bekannt. Vor diesem Hintergrund überraschen die Ergebnisse bezogen auf die Entwicklung eines eigenen Einarbeitungskonzeptes, das diese Spezifika mit aufnehmen müsste. In allen Sektoren sind es mehr als 30 Prozent der antwortenden Einrichtungen, die keine eigene und spezifische Anpassung vornehmen (ambulante Dienste 35,9 Prozent Ablehnung, teil-/ vollstationäre Einrichtungen 38,1 Prozent, Krankenhäuser 31,1 Prozent). Die Entwicklung spezifischer und angepasster Einarbeitungskonzepte kann damit als ein Desiderat in der Praxisentwicklung ausgemacht werden, das im Zuge der Gewinnung von generalistisch qualifiziertem Personal auch zu einem wichtigen Faktor werden kann, da junge berufseinmündende Pflegende ein Einarbeitungskonzept als zentrales Bewertungskriterium bei der Auswahl des zukünftigen Dienstgebers anführen (Isfort et al. 2022).

Ausbildung, Kompetenzen und Akzeptanz von Auszubildenden

Jenseits der Fragestellung nach der Gewinnung von Personal im Zuge der Neugestaltung durch die generalistische Pflegeausbildung sind auch Einschätzungen zur Akzeptanz und zur Kompetenz von herausgehobenem Interesse. Mitbedacht werden müssen auch hier die beschriebenen Ausnahmesituationen, die sich für die ersten Jahrgänge der Ausbildung ergeben haben. In einem ersten Themenbereich wurden allgemeine Einschätzungen zur betrieblichen Integration und zur Zufriedenheit mit Auszubildenden erfasst.

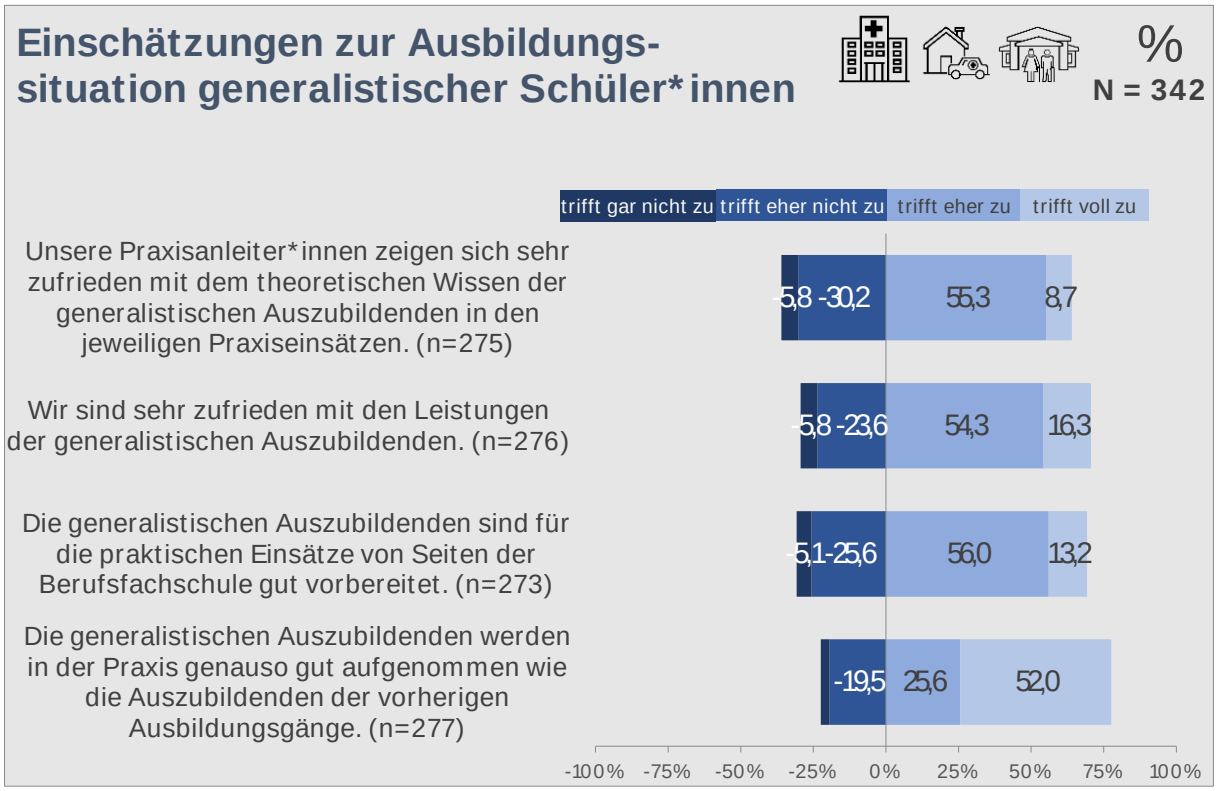


Abb. 79: Einschätzungen zu Auszubildenden und zur Ausbildungssituation 1

Betrachtet man die Auswertungen in der Gesamtheit, so fällt augenscheinlich auf, dass 36 Prozent der antwortenden Einrichtungen durch die Praxisanleitenden Mängel im theoretischen Wissen bei den Auszubildenden angezeigt bekommen. Dies ist ein hoher Wert[66] und kann in den Folgen der Pandemie gleichermaßen begründet liegen wie in einer Änderung der Leistungsfähigkeit der Auszubildenden oder einer Erwartungshaltung der Einrichtungen bezogen auf spezifische Wissensbestände, die im Rahmen einer exemplarischen Vermittlung nicht mehr zu erwarten sein werden.

Über 70 Prozent der antwortenden Leitungen der Einrichtungen zeigen sich dennoch zufrieden mit den Leistungen der generalistisch qualifizierten Pflegenden (29,4 Prozent tendenziell eher unzufrieden). Ähnliche Werte werden auch bei der Frage erreicht, inwieweit die Pflegeschulen den Beobachtungen der Praxiseinrichtungen zufolge die Auszubildenden gut auf die praktischen Einsätze vorbereiten. In beiden Bereichen weisen die Krankenhäuser gegenüber den ambulanten Diensten und teil-/ vollstationären Einrichtungen eine kritischere Perspektive auf. Hier liegen die positiven Zustimmungswerte jeweils rund 10 Prozent niedriger als in den beiden anderen Sektoren.

Die höchste Zustimmung bei diesem ersten Themenkomplex erreichen die Ausprägungen bezogen auf die Akzeptanz der generalistisch qualifizierten Auszubildenden in der betrieblichen Praxis. In der Gesamtheit stimmen mehr als drei von vier Antwortenden dieser Aussage zu. In der Subgruppenanalyse sind auch hier die Vorbehalte aus dem Krankenhausbereich höher

[66] Es liegen keine allgemeinen Referenzwerte im Rahmen eines Bildungsmonitorings vor, die als stabiler Normpunkt Anwendung finden könnten. Somit ist dies eine interpretative Einschätzung der Autorinnen und Autoren.

(31,3 Prozent geben hier nicht oder eher nicht zutreffen an). Die höchste Zustimmung wird in den teil-/ vollstationären Einrichtungen angegeben (83,6 Prozent).

Der zweite Themenkomplex schließt an die Beobachtungen an und ermittelt ergänzend zu den Auszubildenden die Einschätzungen zu den ersten Absolventinnen und Absolventen.

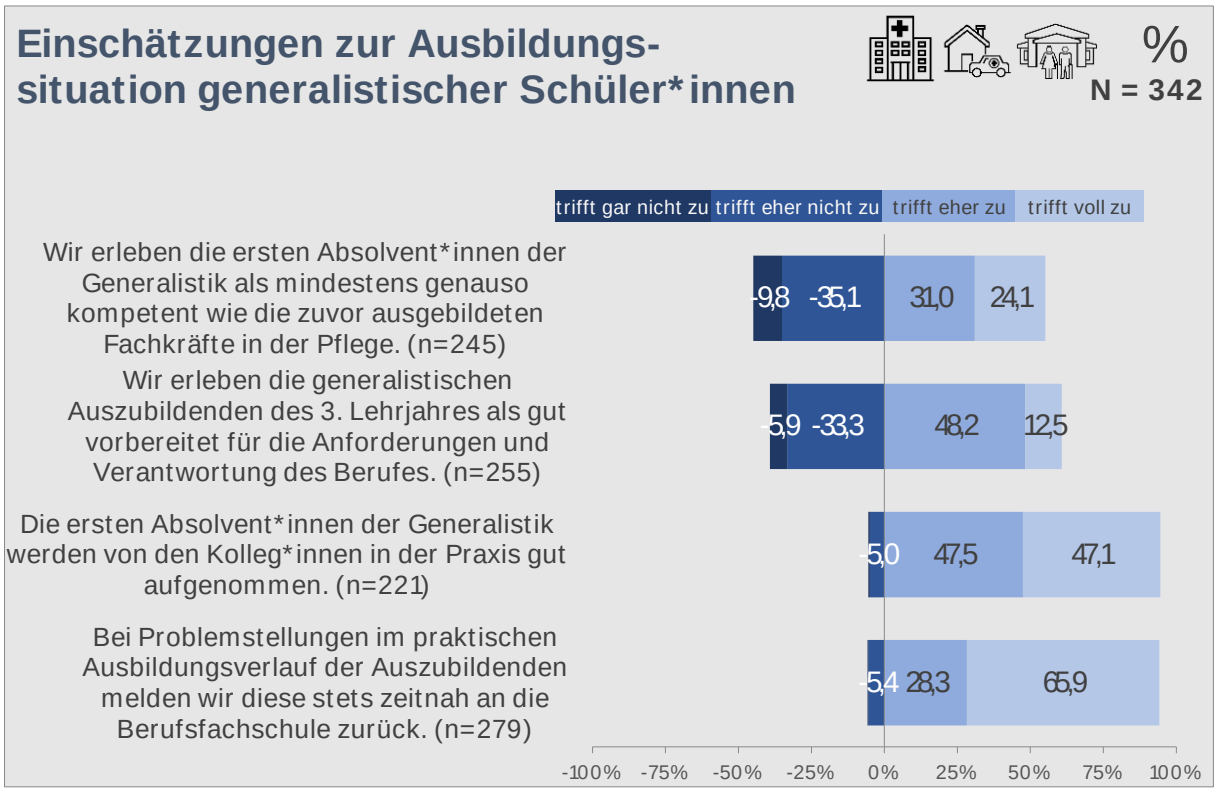


Abb. 80: Einschätzungen zu Auszubildenden und zur Ausbildungssituation 2

Bezogen auf die Auszubildenden ergeben sich bei der Frage nach einer Vorbereitung auf die Anforderungen und die Verantwortung im Beruf für 39,2 Prozent der Antwortenden Lücken. Sie lehnen die positiv formulierte Aussage entsprechend ab. In der Subgruppenanalyse haben die ambulanten Pflegedienste häufiger ihre Zustimmung zu der Aussage abgegeben (69,5 Prozent) als die teil- und vollstationären Einrichtungen (55,6 Prozent) oder die Krankenhäuser (59,6 Prozent). Einheitlich und eindeutig positiv wird eingeschätzt, dass bei Problemstellungen zeitnahe Rückmeldungen an die Berufsfachschulen erfolgen.

Bezogen auf die ersten generalistisch qualifizierten Pflegenden zeigt sich eine eher differente Einschätzung bezogen auf die Kompetenzzuschreibung. Mit 55,1 Prozent überwiegen zwar die zustimmenden Aussagen, jedoch sehen 44,9 Prozent gegenüber der vorherigen Qualifizierung Mängel. Auch bei dieser Frage stehen die Krankenhäuser mit 54,3 Prozent kritischer Anteile im Fokus, wohingegen bei den ambulanten Diensten 38,8 Prozent der Aussage nicht zustimmen. Die betriebliche Integration wird überwiegend und einheitlich als gut beschrieben. Hier sind es in der Subgruppenanalyse die teil-/ vollstationären Einrichtungen, die mit einem Anteil von 9,5 Prozent Ablehnung deutlich die negativen Einschätzungen der Krankenhäuser (2,1 Prozent) und den ambulanten Diensten (1,4 Prozent) übertreffen.

Neben den inhaltlichen zu tendenziell stärker kompetenzbezogenen Fragestellungen wurden auch Aspekte der Ausbildungsorganisation mit in den Blick gerückt.

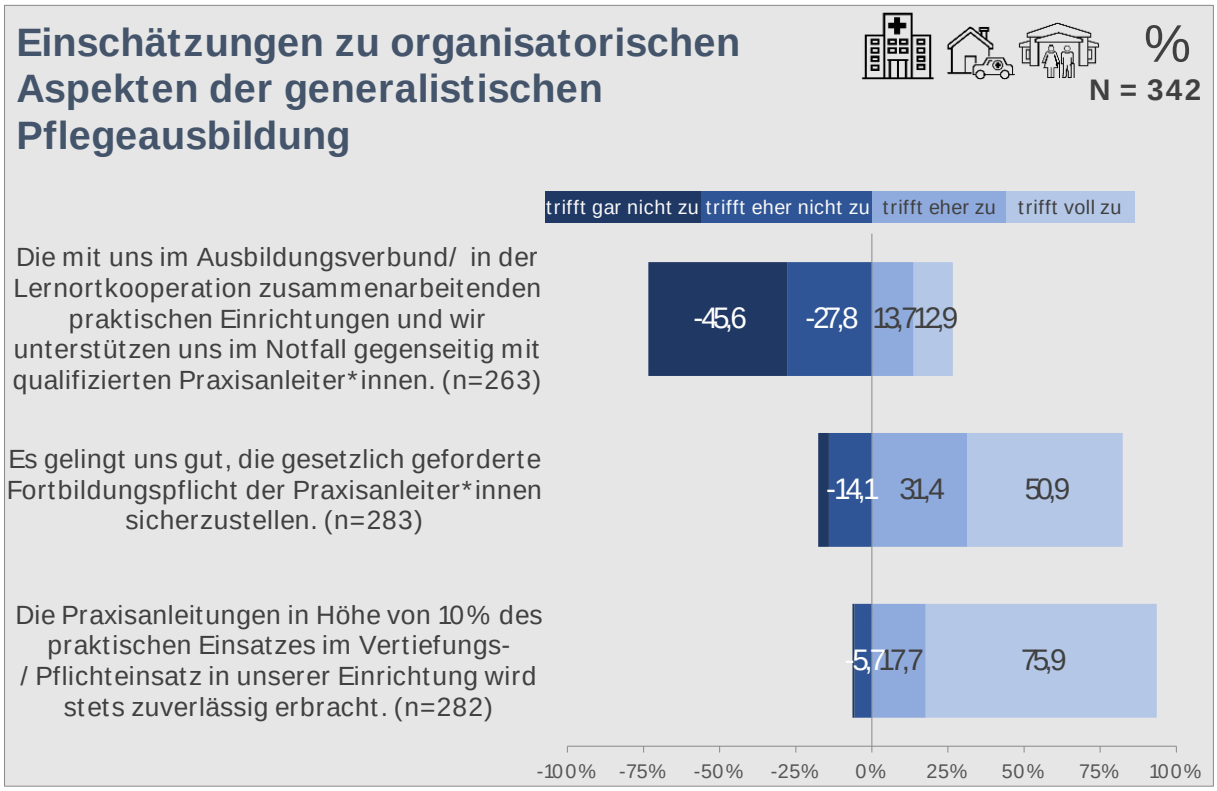


Abb. 81: Einschätzungen zur Ausbildungsorganisation

Über alle Versorgungsbereiche hinweg wurde zustimmend geantwortet, dass die vorgeschriebenen Praxisanleitungen in Höhe von 10 Prozent der praktischen Vertiefungs-/Pflichteinsätze in der Einrichtung zuverlässig erbracht werden. Auffallend ist dabei das Verhältnis zwischen den voll zustimmenden und den eher zustimmenden Angaben. Erstere machen knapp 76 Prozent der Angaben aus. Dies weist darauf hin, wie ernst die Vorgaben für die praktische Ausbildung genommen werden und dass deren Erfüllung eine hohe Priorität einnimmt.

Mit 73,4 Prozent wird von den Versorgungsbereichen die Aussage überwiegend als unzutreffend bewertet, dass innerhalb des Ausbildungsverbunds bzw. der Lernortkooperation die Einrichtungen sich im Notfall gegenseitig mit qualifizierten Praxisanleiterinnen und -anleitern unterstützen bzw. aushelfen. Dafür bestehen weder Vorgaben noch Vorschriften; es handelt sich um eine freiwillige, stark kooperative Vernetzung, welche sich an Entwicklungen, wie einrichtungsübergreifenden „Flex-Teams“ orientiert, die bei personellen Engpässen eingesetzt werden (können). In der Detailanalyse zeigt sich, dass die Krankenhäuser diese Aussage im Durchschnitt häufiger als nichtzutreffend bewerten als die anderen Sektoren. Auch hier liegt die Annahme nahe, dass eine Kompensation von Praxisanleiterinnen und -anleitern nicht notwendig erscheint. Gerade die Krankenhäuser, die zugleich auch häufig Träger von Berufsfachschulen sind, haben Möglichkeiten in ausreichender Zahl die entsprechenden Weiterbildungen durchzuführen.

Bezogen auf die Fortbildungsverpflichtung für die Praxisanleitenden geben 82,3 Prozent an, dass sie dies zuverlässig realisieren können.

AKADEMISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Der Wissenschaftsrat hat im Oktober 2023 die Empfehlungen zu der Akademisierung der Gesundheitsberufe veröffentlicht (Wissenschaftsrat 2023). Die dafür durchgeführte HGQplus-Studie (Wissenschaftsrat 2022) stellt ein Update der Untersuchung von 2012 (Wissenschaftsrat 2012) dar. In der Empfehlung kommen die Autorinnen und Autoren unter anderem zu dem Schluss, dass die Aufgaben der Pflegenden zukünftig sowohl komplexer als auch spezialisierter werden. Dies sind Hauptgründe, die Akademisierung der Pflegeberufe weiterzuverfolgen, gleichwohl aktuell eine große Zurückhaltung zu verzeichnen ist und insbesondere vor der gesetzlichen Regelfinanzierung der Pflegestudierenden Wettbewerbsnachteile zu verzeichnen waren (Großmann et al. 2023). Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, eine Akademisierungsquote von 20 Prozent in der Pflegeausbildung prospektiv zu erreichen. Neben den genannten Perspektiven der Versorgung kann die Akademisierung dabei auch verstanden werden als eine ergänzende Möglichkeit, um attraktive Qualifizierungen für Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen anbieten zu können, die über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen. Dies ist regional sehr unterschiedlich in der Ausprägung und insbesondere dort von hohem Interesse, wo hohe Quoten an Abiturientinnen und Abiturienten sind, die ggf. für eine duale Ausbildung nur schwer zu erreichen sind. Um hier Potenziale zu realisieren und Angebote zu unterbreiten, sind Akademisierungsmöglichkeiten von hohem Interesse.

Die Versorgungseinrichtungen spielen in diesem Kontext der Einbindung akademisierter Pflegender eine zentrale Rolle (Baumann und Kugler 2019; Bergjan et al. 2021). Sie bilden die Studierenden in der Praxis aus und sollen attraktive Arbeitsplätze für akademisierte Pflegefachpersonen vorhalten (Hinrichsen et al. 2023). Um diese Rolle auszufüllen, braucht es neben der notwendigen Motivation geeignete Strukturen und Aufgabenbereiche. Im Rahmen des Monitorings wurden die praktischen Einrichtungen gebeten, Fragen bezüglich der akademischen Ausbildung zu beantworten, um die Perspektiven der Versorgungseinrichtungen in Bayern diskutieren und einordnen zu können.

In den beiden folgenden Abbildungen sind die Antworten der drei Versorgungssektoren zusammengefasst dargestellt. Ausgewiesen werden die Mittelwerte der Antworten. Die Antwortskala reicht von 1 bis 10. Semantisch reicht die Skala je nach konkreter Fragestellung von „sehr groß/sehr wahrscheinlich/sehr hilfreich/sehr attraktiv“ usw. (1) bis „sehr klein/unwahrscheinlich/nicht hilfreich/unattraktiv“ usw. (10). In der Grafik wird der Mittelwert mit einem grauen Balken visualisiert, um optisch nachvollziehen zu können, ob der Wert in eine positive oder negative Wertung ragt. Zudem wird in Klammern die Standardabweichung mit den Vorzeichen +/- angegeben. Es wurden nur gültige Angaben in die Auswertung aufgenommen, daher wird für jede Frage die Anzahl der gültigen Antworten (n=) ausgewiesen.

Aus der nachfolgenden Grafik wird deutlich, dass die Einrichtungen insgesamt aktuell wenig Bedarf/ein eher geringes Interesse an akademisierten Pflegefachpersonen sehen. Der Gesamtmittelwert beträgt 7,2 und liegt damit im ablehnenden Bereich. Dabei unterscheiden sich die Sektoren voneinander. Im Krankenhaussektor wird ein Mittelwert von 5,4 angegeben, in den beiden anderen Sektoren liegen diese bei 7,7 (ambulante Pflegedienste) und 7,3 (teil-/ vollstationäre Einrichtungen). Der häufigste angegebene Wert (Modus) liegt bei diesen beiden Sektoren bei 10 und damit bei der maximalen Einschätzung eines geringen / sehr kleinen Bedarfs.

Ähnlich verhält es sich mit der Frage, ob eine Zusammenarbeit mit einer Hochschule für die gemeinsame Ausbildung von akademisierten Pflegefachpersonen für wahrscheinlich gehalten wird. Auch hier geben die beiden letztgenannten Sektoren am häufigsten den Wert 10 an. Bei den Krankenhäusern hingegen ist der häufigste Wert die 1 und damit eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Einrichtung mit einer Hochschule kooperieren wird. Die Unterschiedlichkeit in der Bewertung zwischen Krankenhaus und den beiden anderen Sektoren zieht sich im Themenkomplex insgesamt durch.

Der Einsatz von akademisierten Pflegefachpersonen in der Praxis wird überwiegend als eher weniger hilfreich erachtet (Mittelwert insgesamt 6,1). Bei den Krankenhäusern wird ein Mittelwert von 4,5 angegeben und die Antwort liegt damit in der Tendenz im positiven Bereich. Die ambulanten Dienste werten dies mit durchschnittlich 6,6 und die teil-/ vollstationären Einrichtungen mit 6,3.

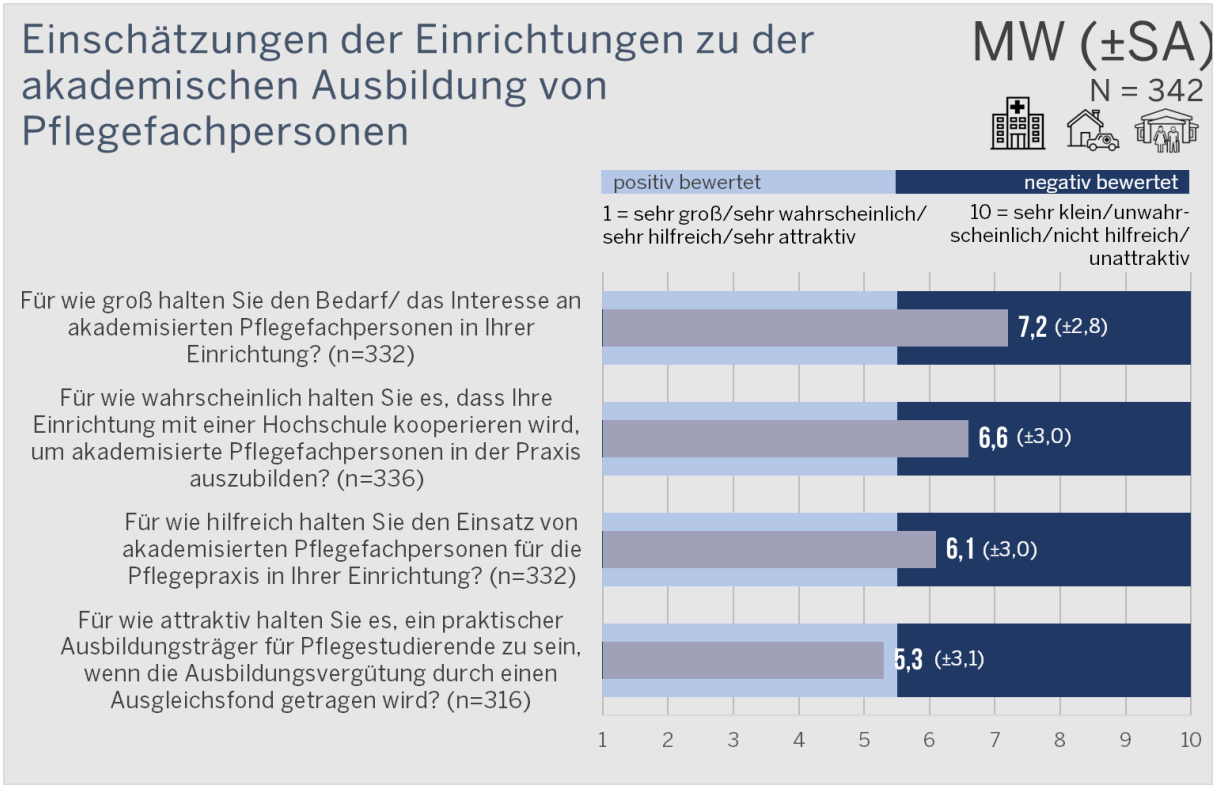


Abb. 82: Einschätzungen zur akademischen Qualifizierung 1

Eine potenzielle Attraktivität als praktischer Ausbildungsträger besteht, da die Studierenden keine zusätzlichen Mehrkosten für die Einrichtungen darstellen. Hier wird als einziger Parameter eine tendenziell vorsichtig positive Gesamteinschätzung erreicht. Hier sehen auch ambulante Dienste (MW= 5,6) und teil-/ vollstationäre Einrichtungen (MW= 5,4) positivere Perspektiven als in den anderen Themenbereichen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Befragung in der Konkretisierung einzelner Fragestellungen, so ergibt sich ein ähnliches Bild in der Bewertung.

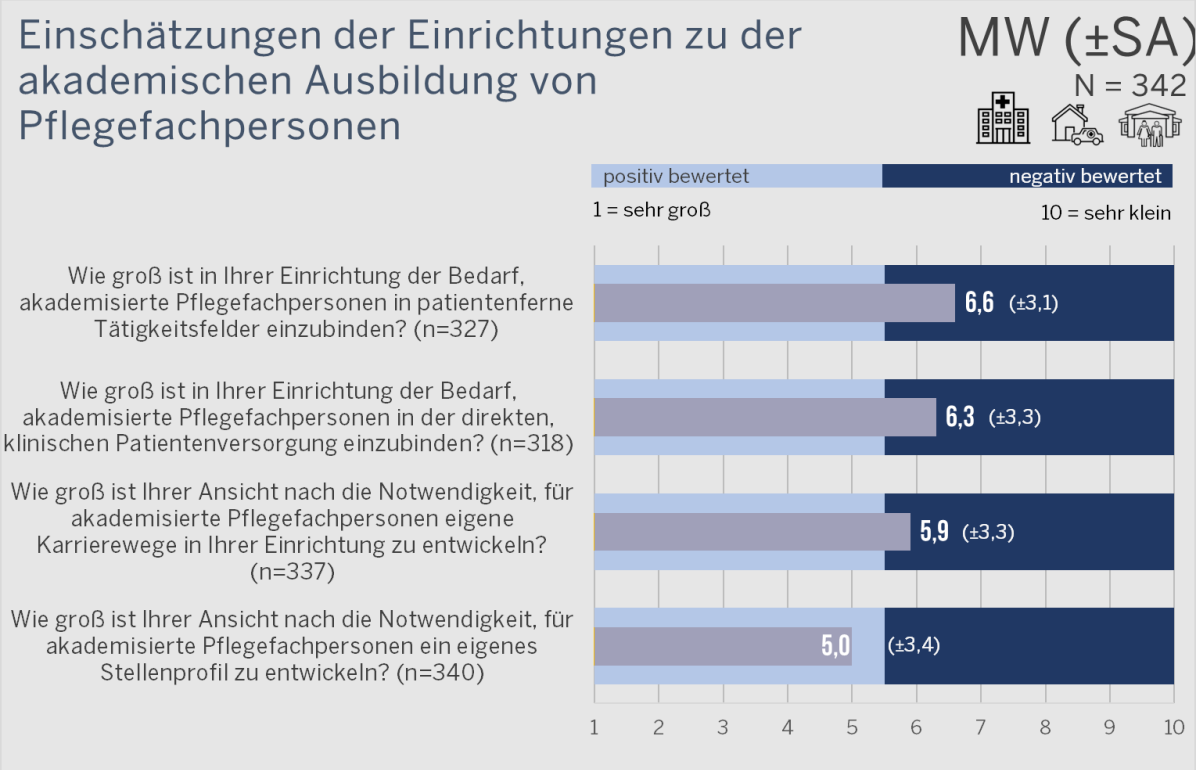


Abb. 83: Einschätzungen zur akademischen Qualifizierung 2

Auch bei der direkten Patientenversorgung unterscheidet sich das Antwortverhalten der Krankenhäuser deutlich von dem der anderen Versorgungssektoren. Bezogen auf den Bedarf an akademisierten Pflegefachpersonen für patientennahe Tätigkeiten ergibt der Mittelwert der Krankenhäuser eine 4,1 und befindet sich damit klar im positiven Bewertungsbereich. Die ambulanten Dienste bewerten dies tendenziell negativ (MW=7,1) und die teil-/ vollstationären Einrichtungen ebenso (MW=6,3). Der Bedarf für Leistungen im Rahmen nicht direkter Patientenversorgung[67] wird tendenziell negativer bewertet. Die ambulanten Dienste weisen einen Mittelwert von 7,4 aus, die teil-/vollstationären Einrichtungen von 6,4; die Krankenhäuser werten dies mit durchschnittlich 5,2.

Eigenständige Karrierewege zu entwickeln, könnte an dieser Stelle eine der Herausforderungen darstellen, die die Einrichtungen aktuell nicht realisieren. Die Notwendigkeit wird bei ambulanten Diensten überwiegend nicht geteilt und mit einer 6,9 bewertet, bei teil-/ vollstationären Einrichtungen liegt die Einschätzung bei einer 5,7 und bei Krankenhäusern wird mit einer 3,8 eine klare Notwendigkeit benannt. Damit gehen auch die Einschätzungen zur Stellenprofilentwicklung einher, die insgesamt als notwendig erachtet werden. Ambulante Dienste sehen auch hier eine geringere Notwendigkeit (MW=6,2) als teil-/ vollstationäre Einrichtungen (MW= 4,7) oder Krankenhäuser (3,1).

In der Gesamtschau zu diesem Themenkomplex kann festgestellt werden, dass aktuell eine große Zurückhaltung zum Thema Akademisierung von Pflegepersonal in den Einrichtungen besteht. Entwicklungen sind, wenn sie als notwendig erachtet erfasst werden, überwiegend und am ehesten in den Krankenhäusern zu erwarten. Der ambulante Pflegesektor weist in allen

[67] Angegeben als Beispiele wurden Leitungsaufgaben, Problemanalysen, Rechercheaufgaben, Konzeptentwicklung, Implementierungen oder Projektbegleitungen

Themenbereichen die größte Zurückhaltung auf und wird sich kurz- bis mittelfristig tendenziell erwartbar nicht oder nur gering an einer entsprechenden Entwicklung beteiligen. Dies ist gemeinsam im Kontext von Vorbehaltsaufgaben (Büscher et al. 2023; Stagge 2016), (Re)Finanzierungen und Disziplinentwicklung zu diskutieren.

Ergebnisse der Befragung der Bildungseinrichtungen

In dem Kapitel zu den Pflegebildungseinrichtungen werden die zentralen Ergebnisse der Befragung vorgestellt. Der Sektor wurde getrennt zu den Versorgungssektoren befragt und es wurde ein eigenes Befragungsinstrument entwickelt, da sich Inhalte und Struktur der Befragung von denen der Versorgungseinrichtungen unterschied. Die Befragung wurde als eine Online-Befragung durchgeführt; eine Genehmigung zur Befragung wurde seitens des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus auf Basis der Vorlage der Befragungsinstrumente erteilt.

BILDUNGSANGEBOTE DER EINRICHTUNGEN

Von den 75 teilnehmenden Berufsfachschulen bieten 72 die generalistische Pflegeausbildung mit dem regulären Abschluss zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann an. 2 davon bieten zusätzlich den spezialisierten Abschluss zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum -pfleger an. Eine teilnehmende Einrichtung hat keine Angaben zum Ausbildungsangebot gemacht.

9 der genannten 72 Berufsfachschulen bieten zusätzlich die mindestens einjährige Ausbildung zur Pflegefachhelferin bzw. zum Pflegefachhelfer mit den beiden Schwerpunkten Krankenpflege und Altenpflege an. 11 bieten zusätzlich zur generalistischen Pflegeausbildung nur die Pflegefachhelferinnenausbildung mit dem Schwerpunkt der Krankenpflege an und 20 weitere Teilnehmende die generalistische Pflegeausbildung sowie zusätzlich die Pflegefachhelferinnenausbildung mit dem Schwerpunkt der Altenpflege. Lediglich zwei Berufsfachschulen bilden solitär in der Pflegefachhilfe aus. Einmal mit dem Schwerpunkt Krankenpflege und einmal mit dem Schwerpunkt Altenpflege.

Keine der teilnehmenden Berufsfachschulen bietet weder den gesonderten Abschluss zur Altenpflege noch eine aktuell weiterlaufende Teilzeitausbildung in einem der drei Pflegeberufsausbildungen nach den alten Krankenpflege- bzw. Altenpflegegesetzen an. Ebenfalls wird in dieser Stichprobe keine Ausbildung zur Pflegefachhelferin bzw. -helfer mit intensiver Deutschförderung für Migrantinnen und Migranten angeboten.

AUSLASTUNG UND BEWERBERQUALIFIKATION

Für die Personalgewinnung von Einrichtungen spielt die Ausbildungssituation die zentrale Rolle. Gelingt es, mehr Personen erfolgreich zu qualifizieren, so sinkt der aktuelle Personaldruck in den Einrichtungen der Versorgung.

Einführend wurden Fragen zur aktuellen Besetzung der Schulplätze in den Schulen gestellt. Dabei sollte sowohl die Belegung der Ausbildungsplätze insgesamt eingeschätzt werden als auch, mit Blick auf die Zunahme der Personalgewinnung aus dem Ausland, der Anteil der Auszubildenden aus Drittstaaten oder von Auszubildenden mit einem Fluchthintergrund erfasst werden.

In der Gesamtheit sind es fast jede fünfte (n=13) der antwortenden Schulen (n=72), die angeben, die Ausbildungsplätze lediglich bis zu maximal 60 Prozent belegt zu haben und damit eine deutlich geringere Auslastung der vorhandenen Ausbildungskapazitäten aufzuweisen. Die Spannweite umfasst dabei das gesamte Werteschema von 0-10 Prozent bis 91-100 Prozent.

Auch bei den Angaben (61-70 Prozent und nachfolgend) zeigen sich höhere Kapazitäten der Ausbildungsmöglichkeit, als sie gegenwärtig realisiert werden können. Regional betrachtet werden niedrigere Auslastungsquoten aus einzelnen Schulen in Schwaben sowie in Unterfranken berichtet. Der Anteil der Schulen, die eine über 90-prozentige Auslastungsquote der angebotenen Ausbildungsplätze insgesamt angeben, liegt mit 17 Angaben bei 23,6 Prozent der gültigen Antworten.

Insgesamt zeigt sich das Bild, dass die zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden können.

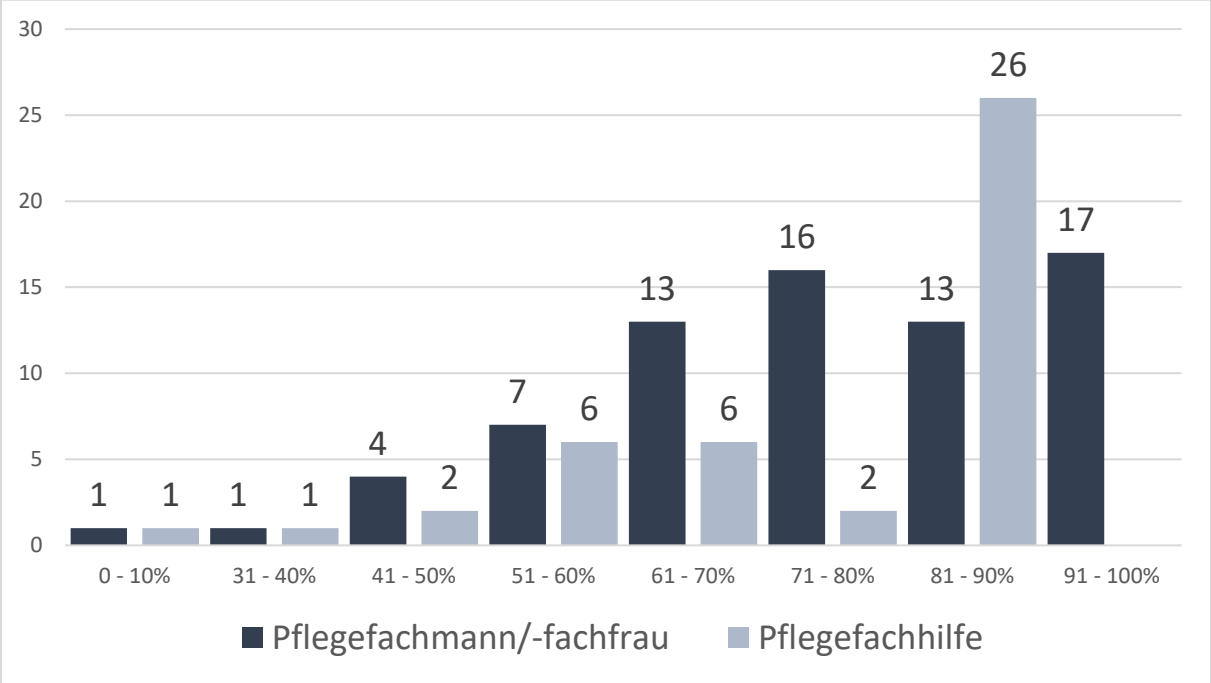


Abb. 84: Ausschöpfungsquote der Ausbildungsplätze

Bei der Pflegefachhilfe (n=44) werden gegenüber der generalistischen Pflegeausbildung deutlich höhere Werte der Auslastung angegeben. Hier sind es 26 der 44 Schulen, die eine Auslastungsquote von 91-100 Prozent angeben (59,1 Prozent). Nur in zwei Schulen liegt die Kapazität unterhalb von 50 Prozent. Jeweils sechs Schulen geben 61-70 Prozent und 81-90 Prozent an.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Diskussion ist die Bewerbungssituation der Pflegeschulen. Bezogen auf die Eingangsfrage, wie die Bildungseinrichtungen das Bewerberinnen- und Bewerberpotenzial für die generalistische Pflegeausbildung im Jahr 2023 bezogen auf die schulische Vorbildung einschätzen, zeigt sich, dass eine tendenziell neutrale Bewertung im mittleren Einschätzungsbereich. Eingeordnet werden sollte die globale Einschätzung auf einer neunstufigen Skala zwischen „ausgezeichnet“ und „unzureichend“. Die beiden ersten Punktwerte, die auf eine Exzellenz verweisen würden, werden dabei nicht eingestuft; die beiden letzten Randpunkte, die in Richtung „unzureichend“ weisen, werden summiert von vier der 71 abgegebenen Bewertungen bepunktet. Überwiegend bleiben die Bewertungen im Werteraum zwischen drei und sieben. Der Mittelwert liegt bei 5,13; Der neutrale Punktwert „fünf“ ist auch der häufigste angegebene Wert (n=16).

Für weitere Fragen wurde der Fokus auf drei zentrale Perspektiven gelegt:

- Den Anteil an Bewerbungen von Menschen mit Fluchterfahrung

- Den Anteil an Bewerbungen von Menschen aus Drittstaaten
- Den Anteil an Bewerbungen von Menschen mit einer pflegefremden beruflichen Vorqualifikation

Für alle drei Personengruppen gilt, dass sie ein besonderes Bewerberpotenzial darstellen, das jenseits der „klassischen“ Bewerbergruppe aus dem Pool der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen besteht. Dabei existieren jedoch Überschneidungen, wenn beispielsweise Personen mit einer Fluchterfahrung in Bayern den Schulabschluss erworben haben oder aber Personen aus Drittstaaten schon länger in Bayern leben und im Rahmen einer „Umschulung“ eine neue Tätigkeit in der Pflege aufnehmen wollen. Eine exakte Abgrenzung kann somit nicht vorgenommen werden; gleichwohl lassen sich auf Basis der Einschätzungen und Angaben relevante Hinweise und Kapazitätseinschätzungen vornehmen.

Der Anteil der Bewerbungen von Menschen mit einer Fluchterfahrung liegt bei der Ausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau überwiegend im niedrigen Bereich. 39 Schulen (40,3 Prozent) geben einen Anteil von bis zu 10 Prozent an. Auffallend ist jedoch, dass es auch 10 Schulen gibt, die einen Anteil von über 40 Prozent angeben (13,9 Prozent).

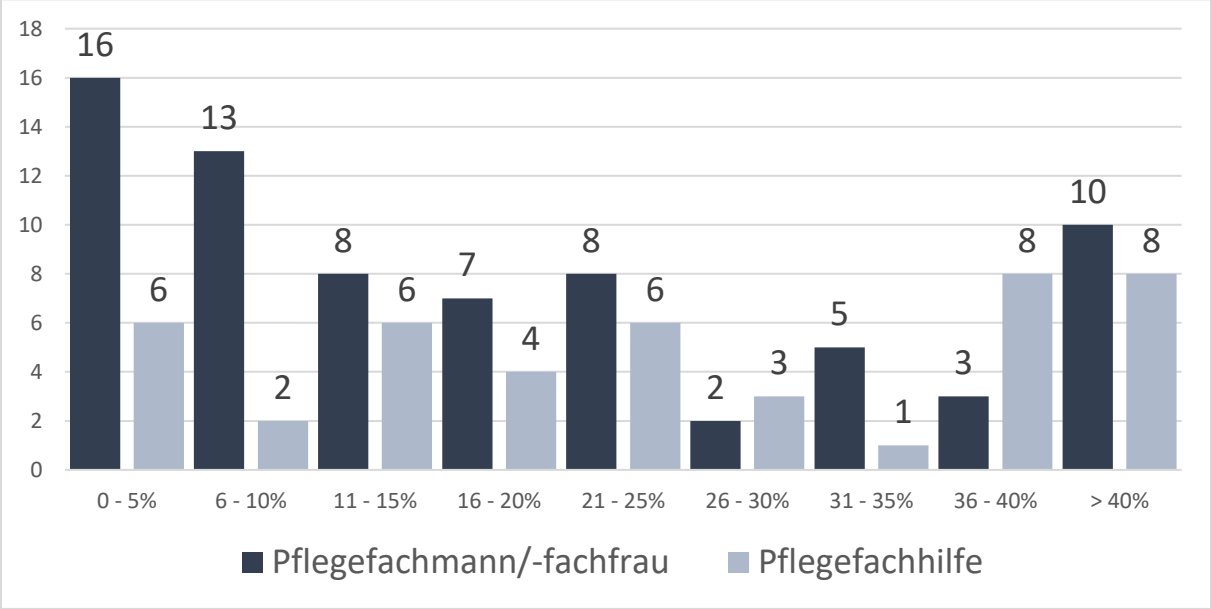


Abb. 85: Übersicht Bewerberanteile Menschen mit Fluchterfahrung

Untersucht wurde auch, wie sich dies für die Schulen verhält, die die Fachpflegehilfe anbieten (n=44). Hier sind deutlich höhere Werte zu verzeichnen als bei der dreijährigen Qualifizierung. Jeweils acht Bildungseinrichtungen geben an 36-40 Prozent oder über 40 Prozent an Bewerbungen auf die Schulplätze aus dem Bereich von Menschen mit Fluchterfahrung erhalten zu haben.

Damit zeigt sich, dass die Pflegeausbildung (und hierbei insbesondere die Ausbildung zur Pflegefachhilfe), als eine Ausbildung mit einer hohen Arbeitsplatzsicherheit und Zukunftsfähigkeit, auch bei den Menschen mit Fluchterfahrung eine berufliche Option darstellt. Gelingt es, an dieser Stelle durch einen frühzeitigen Zugang zum Arbeitsmarkt Möglichkeiten zu schaffen, können sich für die Pflegeausbildung Chancen ergeben. Spezifische pflegepädagogische Konzepte, die Notwendigkeit von ergänzenden Lernangeboten und ggf. auch die Etablierung von

spezialisierten Klassen sind dabei neben kulturellen und kulturspezifischen Fragen (z.B. bei Konflikten) mit den Bildungseinrichtungen zu erörtern und auf eine Realisierung hin zu prüfen.

Neben Menschen mit einer Fluchterfahrung sind auch Menschen aus Drittstaaten zu betrachten, da sich die Personalgewinnung nicht ausschließlich auf bereits im Ausland qualifizierte Personen beschränkt, sondern diese auch bereits zur Ausbildung gewonnen und angeworben werden.

Die Anteile der Bewerbungen aus Drittstaaten verteilen sich bei der generalistischen Pflegeausbildung breiter als dies bei den Personen mit einer Fluchterfahrung ist. Die beiden niedrigen Kategorien mit bis zu 10 Prozent an Bewerberanteilen werden von 21 Einrichtungen angeben. Relativ betrachtet entspricht dies einem Anteil von 29,2 Prozent. Den höchsten Wert mit über 40 Prozent geben dabei 14 Pflegeschulen an. Das entspricht einer prozentualen Angabe von 19,4 Prozent der 72 antwortenden Schulen.

Bei der Fachpflegehilfe fällt dies etwas geringer aus. Hier sind es in der höchsten Kategorie 7 von 44 antwortenden Einrichtungen und damit 15,9 Prozent.

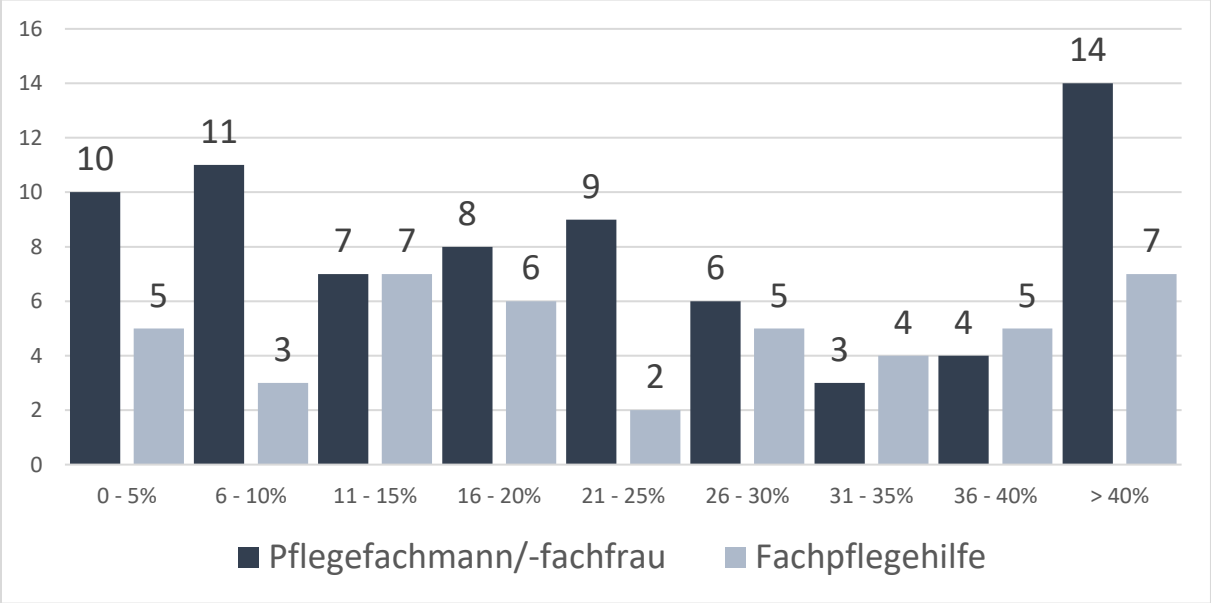


Abb. 86: Übersicht Bewerberanteile Menschen aus Drittstaaten

Zusammenfassend betrachtet werden in der Fachpflegehilfe aktuell höhere Auslastungsquoten erzielt als in der dreijährigen generalistischen Ausbildung. Das Bewerberpotenzial unterscheidet sich dabei voneinander. Insgesamt ist der Anteil der Menschen mit Fluchterfahrung, die sich auf eine Ausbildung zur Fachpflegehilfe höher als für die generalistische Pflegeausbildung. Bei Personen aus Drittstaaten hingegen ergeben sich bei der generalistischen Pflegeausbildung höhere Bewerberpotenziale. Für beide Bereiche gilt, dass alle Wertebereiche ausgeschöpft werden und sich die Anteile an Bewerberinnen und Bewerbern zwischen den Bildungseinrichtungen anscheinend deutlich voneinander unterscheiden.

In Bayern liegen aktuell keine systematisch erhobenen Daten zu den schulischen Eingangsqualifikationen der Auszubildenden der Pflegeausbildungen vor. Anderes als z.B. in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023; Evers et al. 2018; Isfort et al. 2022) lassen sich keine Langzeitentwicklungen beobachten

und keine Zusammenhänge zwischen schulischen Qualifikationen und Ergebnissen der Qualifikation oder der Besetzung der Schulplätze ermitteln. In den Pflegeschulen wurde die schulische Vorbildung der letzten Kohorte in der Ausbildung befragt, um einen Orientierungswert zu bekommen. In der Gesamtschau dominiert der mittlere Bildungsabschluss. Der Median liegt bei 60 Prozent der Auszubildenden.

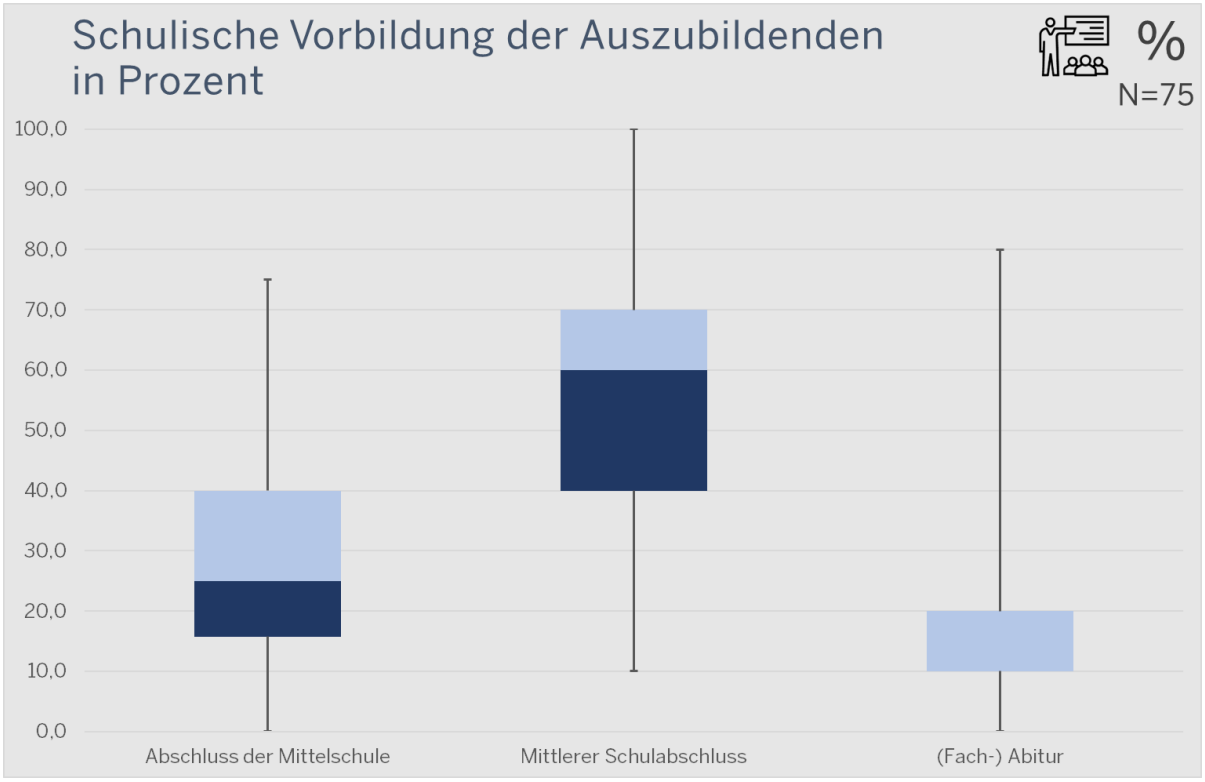


Abb. 87: Übersicht zu Anteilen von Auszubildenden nach schulischer Eingangsqualifikation

Die Anteile variieren in einem starken Maße. Auszubildende, die als schulische Eingangsqualifikation einen Abschluss der Mittelschule ausweisen, sind im Median zu 25 Prozent vertreten[68]. Die Abiturientinnen und Abiturienten bilden in den Ergebnissen den kleinsten Teil der Gruppe- auch hier ergeben sich aber große Spreizungen, die bis zu einem Anteil von 80 Prozent der Ausbildungsklasse reichen.

Bezogen auf die generelle Frage der (schulischen) Eignung für die Ausbildung zur generalistischen Pflegekraft, gaben die Bildungseinrichtungen eine tendenziell vorsichtige Einschätzung ab. Auf einer Werteskala zwischen 1 (ausgezeichnet) und neun (unzureichend), liegt der Mittelwert der Einschätzung bei 5,1. Das Wertspektrum reicht von drei bis neun. 23,9 Prozent der Antworten finden sich im kritischen und negativen Wertebereich von 7-9.

Bezogen auf die Frage, wie die Ausbildungskapazitäten bzw. die Nachfrage auf der Seite der Pflegebildungseinrichtungen beobachtet werden, ergibt sich ein eindeutiger Trend, der in der

[68] Vgl. https://www.km.bayern.de/eltern/schularten/mittelschule.html: Mittlerer Schulabschluss an der Mittelschule: Die Schüler können in der Jahrgangsstufe 10 des Mittlere-Reife-Zugs oder in Vorbereitungsklassen einen mittleren Schulabschluss erwerben. Er verleiht u. a. die Berechtigung, Berufliche Oberschulen, z. B. die Fachoberschule, zu besuchen - und ist damit gegenüber dem Wirtschafts- und Realschulabschluss gleichwertig.

nachfolgenden Grafik verdeutlicht wird. Ausgewiesen werden die Mittelwerte der erfassten Ausprägungen inklusive der Standardabweichungen zu den Mittelwerten[69].

Die Bildungseinrichtungen beobachten eine (gegenüber den Jahren 2020 bis 2022) erhöhte Nachfrage bei Bewerbungen für die Pflegefachhilfe. Dies deckt sich mit einer erhöhten Nachfrage seitens der Betriebsstätten bezogen auf die Qualifizierung zur Pflegefachhilfe. Hier fällt der positive Wert noch deutlicher aus.

Für beide Berufsbereiche geben die Bildungseinrichtungen an, dass sie Kapazitäten ausbauen und mehr Auszubildende aufnehmen würden bzw. planen, dies zu tun. Die Bildungseinrichtungen sind vor diesem Hintergrund ein starker Partner bei der Fachkräftesicherung zu betrachten und würden einen weiteren Aufbau an Ausbildungskapazitäten befürworten und realisieren.

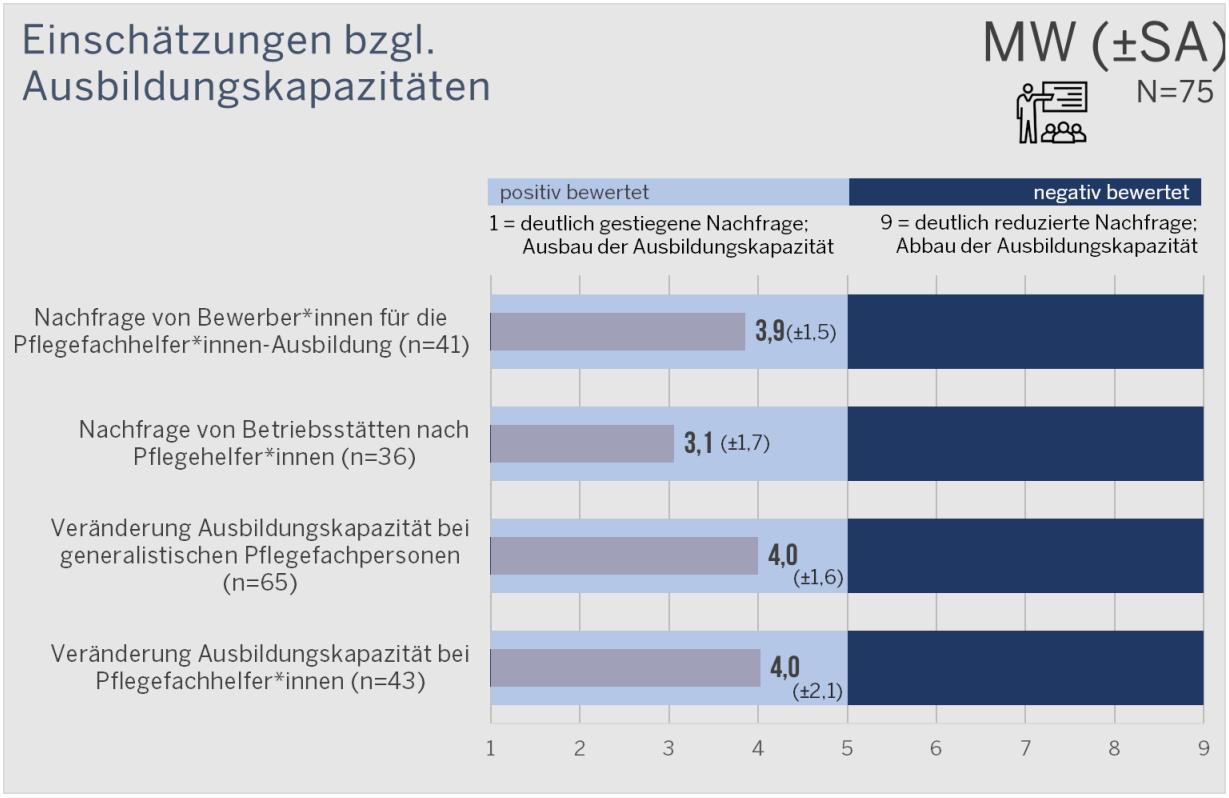


Abb. 88: Einschätzungen bezogen auf Nachfrage und Veränderungsoptionen

SCHULENTWICKLUNG

Im Zentrum der Befragung wurden bei den Bildungseinrichtungen Schulentwicklungsprozesse in den Fokus genommen, die sich im Schwerpunkt durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung ergeben haben. Dieser Umstellungsprozess kann als die größte Herausforderung der Pflegebildung betrachtet werden, die in den vergangenen zwanzig Jahren stattgefunden hat. Sie beinhaltet neue Formen der Kooperation, eine Änderung der Ausgestaltung der Praxisanleitung und insbesondere die Entwicklung schulinterner Curricula zur Umsetzung der

[69] Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streubreite der Angaben vom Mittelwert. Eine hohe Standardabweichung verweist auf eine große Datenstreuung, eine niedrige auf eine sehr homogene Verteilung der Daten um das arithmetische Mittel herum. Bei normalverteilten Daten liegen im Bereich der Standardabweichung (Mittelwert-Standardabweichung und Mittelwert +Standardabweichung) etwa 68 Prozent aller Antworten, die gegeben wurden.

Rahmenlehrpläne. Es ist davon auszugehen, dass eine Änderung in dem vorliegenden Umfang ein Prozess ist, der nicht nach einem ersten Durchgang der Erprobung abgeschlossen sein wird, sondern in Entwicklungs- und Anpassungsschleifen verläuft, ehe eine vollständige Routinisierung vorzufinden ist. Insofern geben die nachfolgenden Ergebnisse Hinweise auf den Entwicklungsstand und die beobachteten aktuellen Situationen.

Einführend wurden Fragen zur Entwicklung der schulinternen Curricula gestellt. Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG müssen für den schulinternen Lehrprozess übersetzt und angepasst werden. Hierzu waren umfassende Entwicklungsprozesse notwendig. Ausgestaltete Curricula wurden darüber hinaus auch von unterschiedlichen Anbietern entwickelt und entsprechend vertrieben. Die nachfolgende Ergebnisdarstellung zeigt auf, dass überwiegend in den Pflegebildungseinrichtungen eine interne Entwicklung vorgenommen wurde. Nur vereinzelt wurde auf bestehende, extern entwickelte Curricula zurückgegriffen. Bei der schulinternen Curriculumentwicklung wurden überwiegend eigene Teams mit der Aufgabe betraut.

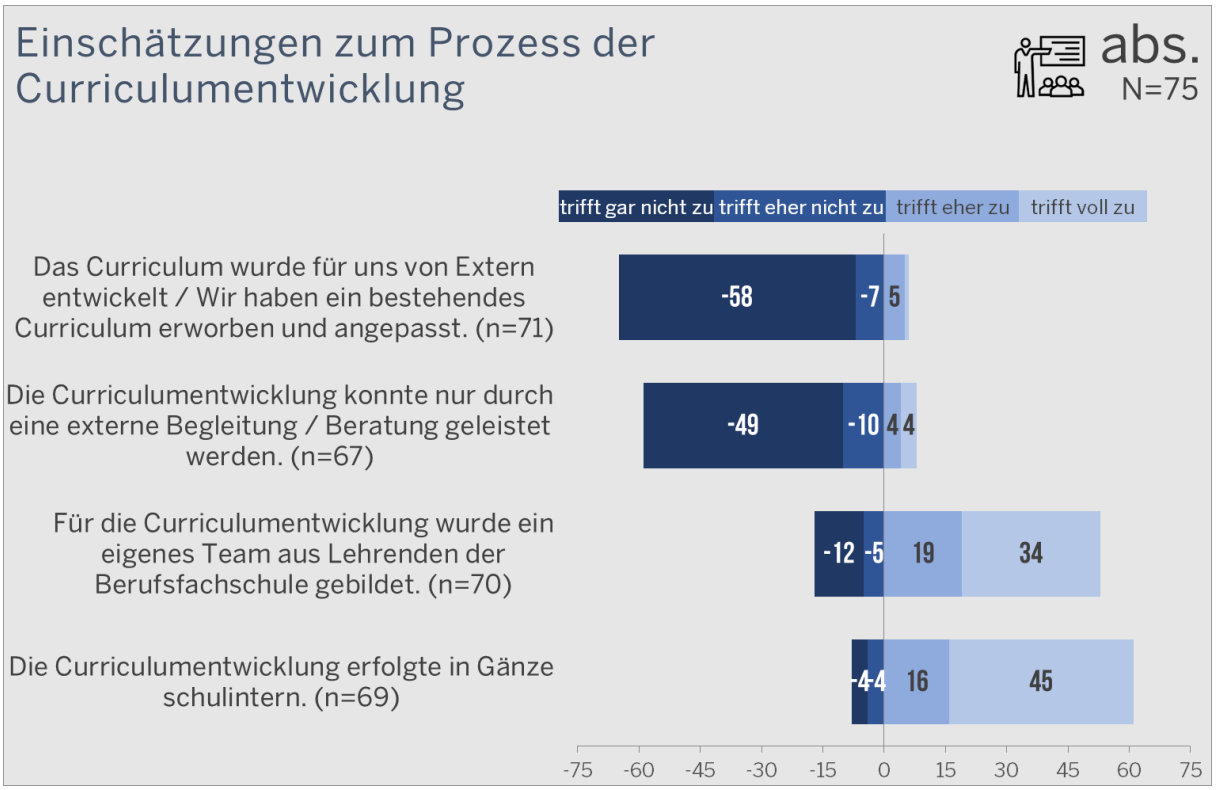


Abb. 89: Entwicklungsprozesse der ausbildungsbezogenen Curricula

Mit der schulinternen Entwicklung verbunden ist eine breite Akzeptanz bei Lehrenden und Dozierenden, die ggf. beim „Kauf“ und der Implementierung eines erstellten Produkts in der Form nicht besteht oder schwieriger zu realisieren ist.

Bezogen auf die Umsetzung, bzw. auf die aktuelle Situation der Einführung der überwiegend im dialogischen und betriebsinternen Prozess entwickelten Curricula zeigen die Pflegebildungseinrichtungen einen deutlichen Unterschied zwischen den hauptamtlichen Lehrenden und den Honorardozentinnen und -dozenten auf. Geben jeweils 57 von 69 bzw. 70 antwortenden Bildungseinrichtungen an, dass die Lehrenden den Unterricht konsequent an den curricularen Vorgaben ausrichten und den Unterricht situations- sowie kompetenzorientiert

gestalten, so weisen 31 von 65 Antwortenden darauf hin, dass dies bei Honorardozentinnen und -dozenten in der gewünschten Form eher nicht oder gar nicht geschieht. Hier zeigt sich ein deutlicher Schulungsaufwand und eine notwendige Anpassung, um die Curricula erfolgreich und einheitlich zu implementieren. Die Prozesshaftigkeit einer so großen Bildungsreform in die Lehrpraxis zeigt sich auch an der Beurteilung, dass 39 von 72 Bildungseinrichtungen angeben, dass die Implementierung eher nicht oder gar nicht reibungslos verlief. Dies muss auch berücksichtigt werden, wenn Evaluationen zur generalistischen Ausbildung vorgenommen werden sollen. Zum aktuellen Zeitpunkt kann nicht davon ausgegangen, dass es sich um eine etablierte und von Routine geprägte Phase der Entwicklung handelt, sondern dass die Prozesse weiterhin angepasst und optimiert werden. Damit wird gegenwärtig eher der aktuelle Grad der Irritation im System dargelegt und es kann keine abschließende Beurteilung bezogen auf den Erfolg oder Nichterfolg der Einführung vorgenommen werden. Die Kennzahlen erfolgreicher Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung sind damit nur im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten bei der Einführung zu diskutieren.

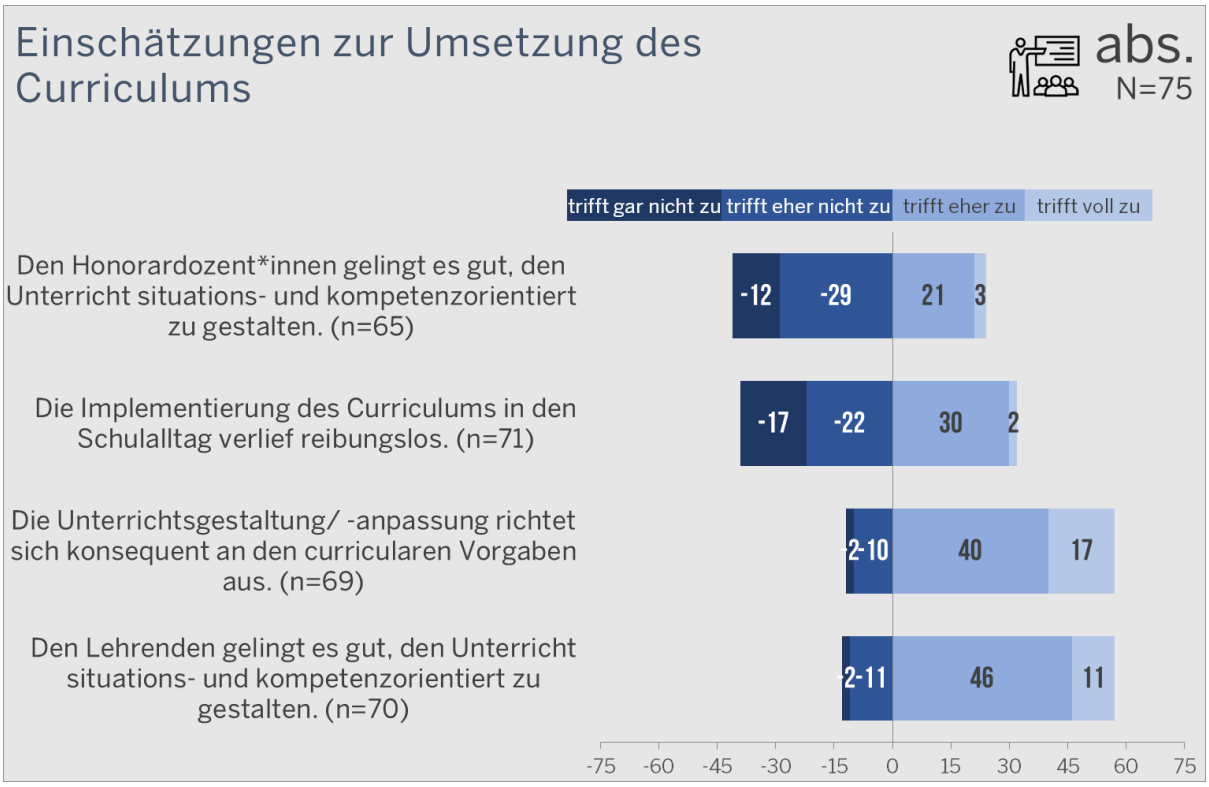


Abb. 90: Einschätzungen zur Umsetzung der Curricula

Entsprechend vorsichtig sind die Bildungseinrichtungen auch bezogen auf die eigenen Ansätze einer Evaluation. 39 Bildungseinrichtungen geben an, bereits mit einer Evaluation des Curriculums begonnen zu haben, 28 noch nicht. Insgesamt planen 59 von 67 antwortenden Bildungseinrichtungen, dass sie eine Evaluation vornehmen wollen. Mit weiteren Revisionsprozessen und Entwicklungsschritten kann daher bei einer Vielzahl an Einrichtungen gerechnet werden.

Die schulinternen Entwicklungen haben neben dem eigentlichen Ziel, ein tragfähiges schulinternes Curriculum zu erstellen, auch weitere positive Nebeneffekte, wie die nachfolgenden Antworten aufzeigen.

So berichten zahlreiche Einrichtungen (40 von 66) von einem verbesserten professionellen Verhältnis der Lehrenden untereinander, sodass die Curriculumarbeit als breiter schulinterner Entwicklungs- und Qualitätsprozess verstanden werden kann. 50 von 77 antwortenden Bildungseinrichtungen geben an, Kompetenzzugewinne bei den Lehrenden zu beobachten, die durch die gemeinsame Curriculumarbeit begründet ist. In der Summe scheint sich der zunächst mühevolle Weg einer eigenen Entwicklung gegenüber einer Umsetzung einer bestehenden Lösung für die Bildungseinrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen auszuzahlen.

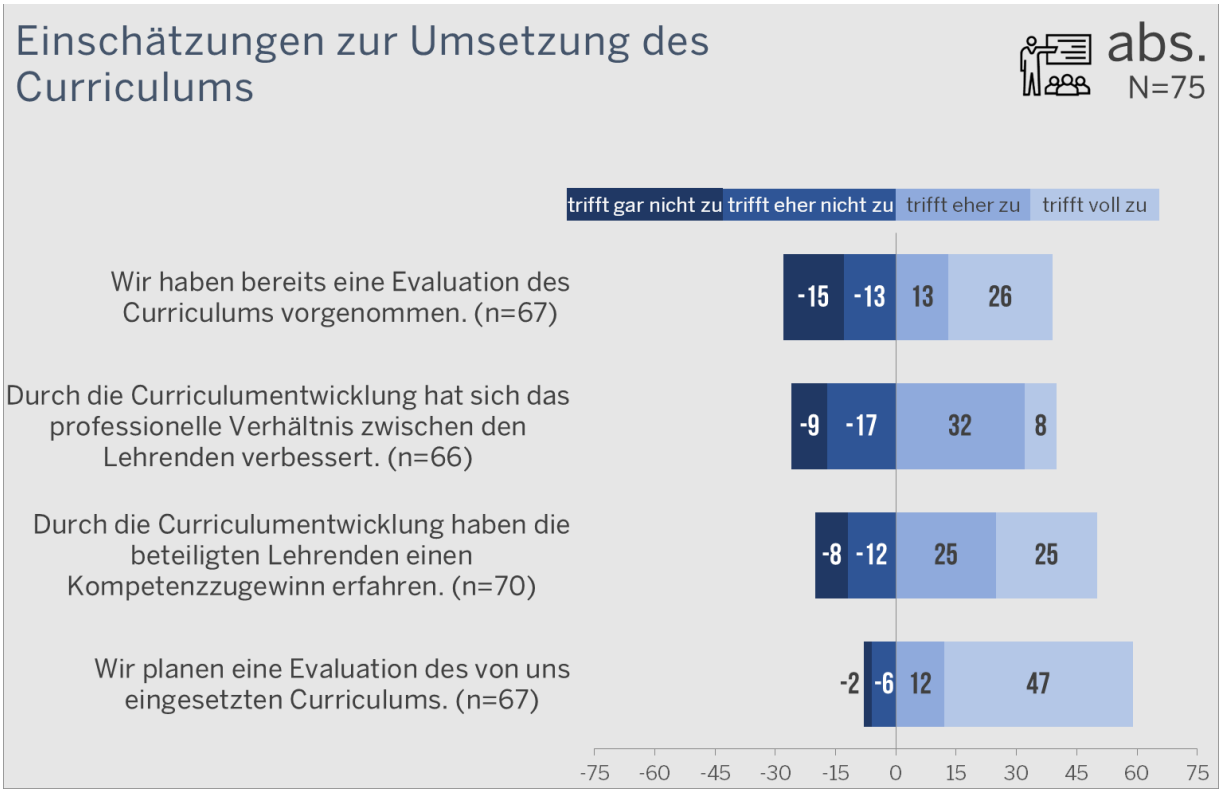


Abb. 91: Evaluation und Effekte der Curriculumarbeit

Erfragt wurden auch die als hilfreich empfundenen Maßnahmen im Rahmen der Entwicklung und Umsetzung der generalistisch ausgerichteten Curricula.

Die von den Bildungseinrichtungen eingesetzten Maßnahmen, die als hilfreich und unterstützend wahrgenommen wurden, weisen eine breite Verteilung auf. Die nachfolgende Grafik basiert auf den Absolutangaben bei Mehrfachnennungen und wurde entsprechend der Häufigkeit sortiert.

Nicht alle benannten Maßnahmen sind dabei in der Grafik aufgenommen, da einzelne Maßnahmen (Hilfestellung/Beratung durch offizielle Stellen wie StMUK, StMGP, VdPB, Verbände usw.) oder auch der Einkauf eines Curriculums von Extern nur in geringer Ausprägung benannt wurde (n=5/ n=2). In geringem Umfang wurde auch auf eine externe Beratung während des Prozesses der schulinternen Curriculumentwicklung in Anspruch genommen (n=9). Dominierend sind die auf Externalisierung beruhenden Konzepte jedoch nicht.

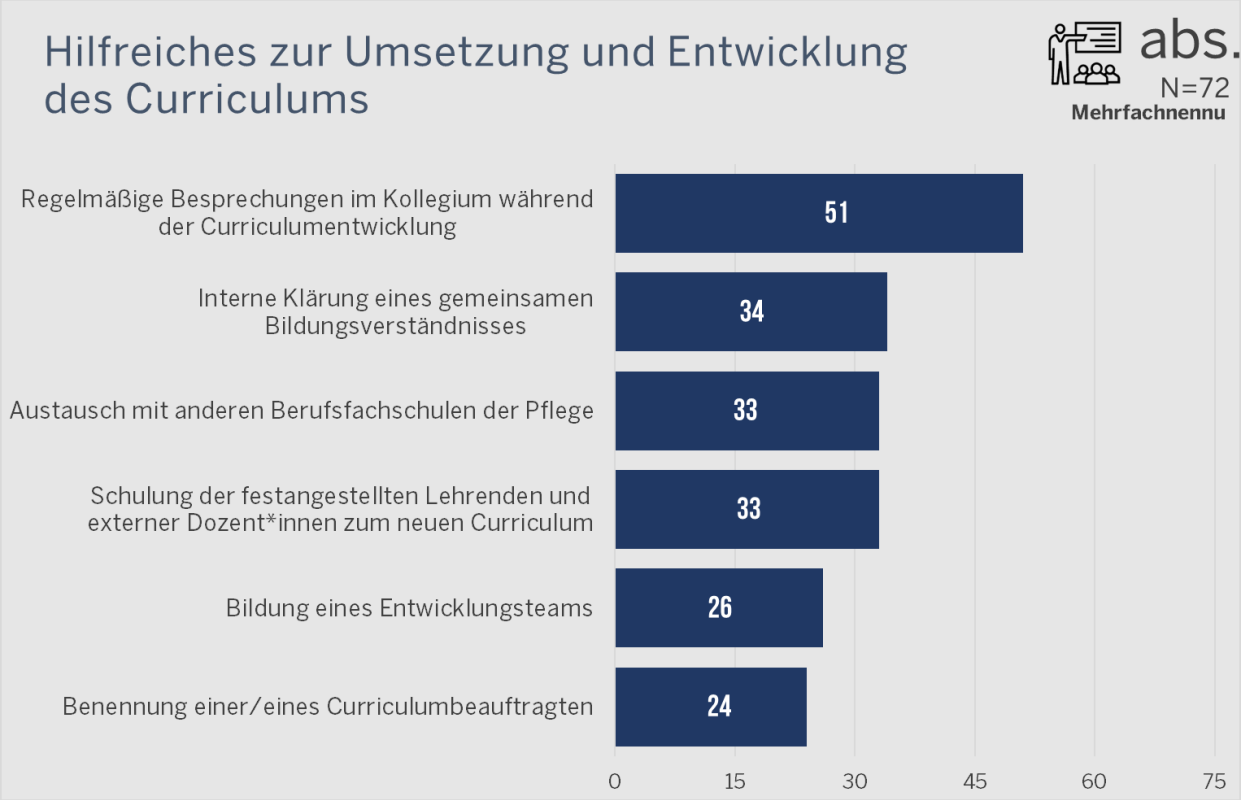


Abb. 92: Erfolgreich eingesetzte Maßnahmen im Rahmen der Curriculumentwicklung

Als unterstützend wurden primär regelmäßige kollegiale Besprechungen eingesetzt. Daneben existiert eine breite Nutzung von Maßnahmen in einer ähnlichen Ausprägung, die Vernetzungen, interne Schulungen und die Klärung eines gemeinsamen Bildungsverständnis beinhalten. Dies untermauert den Befund, dass die Entwicklung, die mit der curricularen Arbeit verbunden werden kann, darüberhinausgehende Prozesse berührt und eine umfassendere Schulentwicklung auslöst. Die beiden letzten Punkte beinhalten Maßnahmen, die mit der Klärung der Zuständigkeit der Entwicklungsprozesse in Verbindung gebracht werden können.

AUSBILDUNGSVERBÜNDE

Im Rahmen des Programms zur Förderung des Aufbaus von Kooperationsbeziehungen in der reformierten Pflegeausbildung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, wurde der Aufbau von Ausbildungsverbünden unterstützt. Im Rahmen einer Anschubfinanzierung konnten einmalig die Kosten für den Auf- und Ausbau von Zusammenschlüssen durch Mittel gedeckt werden. Bayern ging hier einen etwas anderen Weg als andere Bundesländer mit zentralen Koordinierungsstellen (z.B. in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz) und förderte die Ausbildungsverbünde regional mit bis zu 12.540 Euro für den Aufbau einer regionalen Koordinierungsstelle.

Insgesamt gaben in der Befragung 24 Einrichtungen an, Teil eines landesgeförderten Ausbildungsverbundes zu sein; 19 Einrichtungen gaben an, an einer Landesförderung zu arbeiten. In 16 Bildungseinrichtungen existiert eine gemeinsame, zentrale Praxiskoordination, die für die Sicherstellung der Pflichteinsatzorte aller Auszubildenden verantwortlich ist.

Im Befragungsbereich der Bildungseinrichtungen wurde gezielt nach den Gründen gefragt, die für oder gegen die Teilhabe an einem Ausbildungsverbund sprechen. Darüber hinaus wurden zusammenfassende Bewertungen der Zusammenarbeit und der Zufriedenheit mit den Ausbildungsverbünden erfragt. Die vorliegenden Ergebnisse spiegeln den aktuellen und subjektiven Eindruck der Bildungseinrichtungen wider und werden nicht als eine Evaluation der Ausbildungsverbünde insgesamt bewertet.

Einführend werden die Gründe in absteigender Reihenfolge ausgewiesen, die für die Teilnahme an einem Ausbildungsverbund angegeben wurden. Insgesamt werden die Ergebnisse in zwei Grafiken vorgestellt.

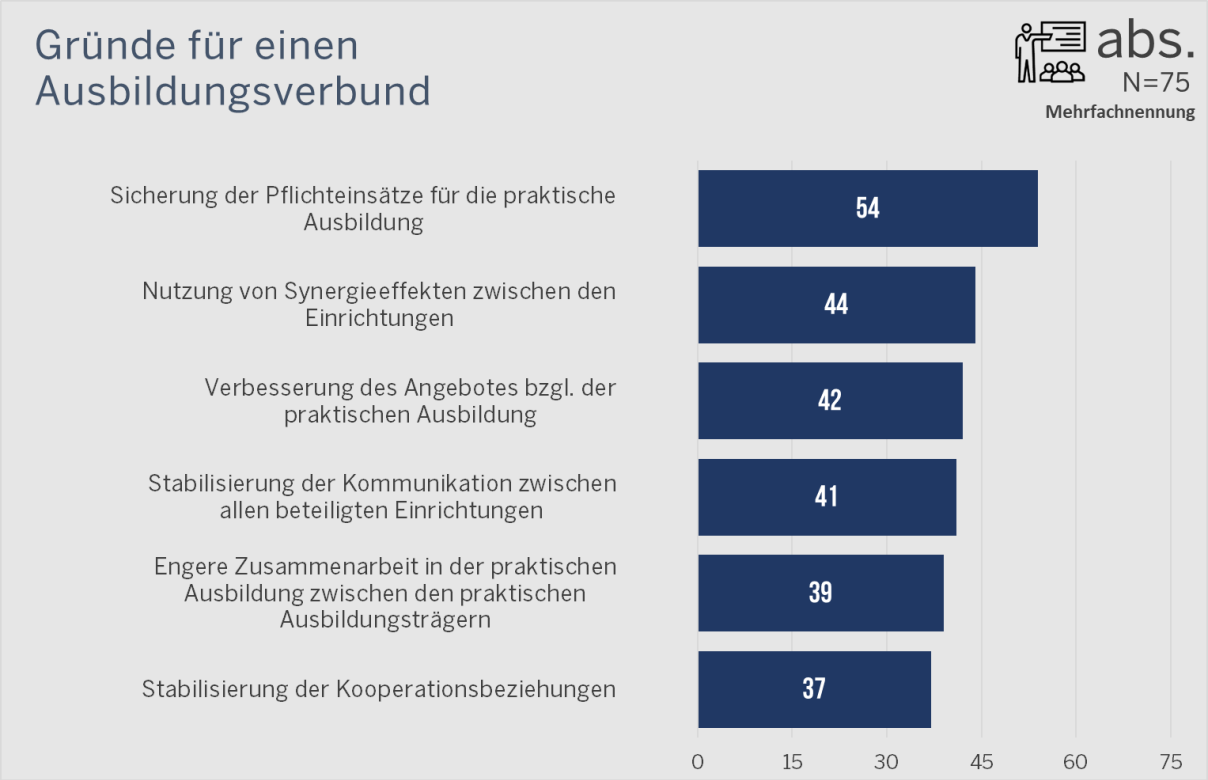


Abb. 93: Gründe, die für einen Ausbildungsverbund sprechen I

Der dominierende Grund, der für einen Ausbildungsverbund spricht, ist aus der Perspektive der Bildungseinrichtungen die Sicherung der Praxiseinsätze für die Ausbildung. Dieser wird von 54 der insgesamt 75 teilnehmenden Einrichtungen angegeben. Die nachfolgenden Gründe sind in etwa gleichrangig in der Bedeutung und umfassen Perspektiven der Netzwerkbindung, der Synergien durch Kontakte und der Kooperation.

In den vorliegenden Daten zeigt sich die generelle Bedeutung der übergreifenden Zusammenarbeit und die Öffnung der Perspektive zu einem kooperativen Ausbildungsverständnis. In den weiteren Rängen der positiv konnotierten Gründe werden arbeitsökonomische und auch finanzielle Gründe mit aufgenommen, die jedoch nicht den zentralen Fokus darstellen. So ist die Option, dass es Fördermöglichkeiten gibt, offensichtlich kein zentraler Grund für die Teilnahme an einem Ausbildungsverbund. Nachrangig oder ggf. auch wenig zielführend wird die Option benannt, durch einen Ausbildungsverbund die eigene Reichweite zu erhöhen und so potenziell das Einzugsgebiet für Ausbildungsinteressierte zu erhöhen.



Abb. 94: Gründe, die für einen Ausbildungsverbund sprechen II

Erfasst wurden im Kontrast zu den positiven Faktoren auch mögliche Gründe, die gegen einen Ausbildungsverbund sprechen.

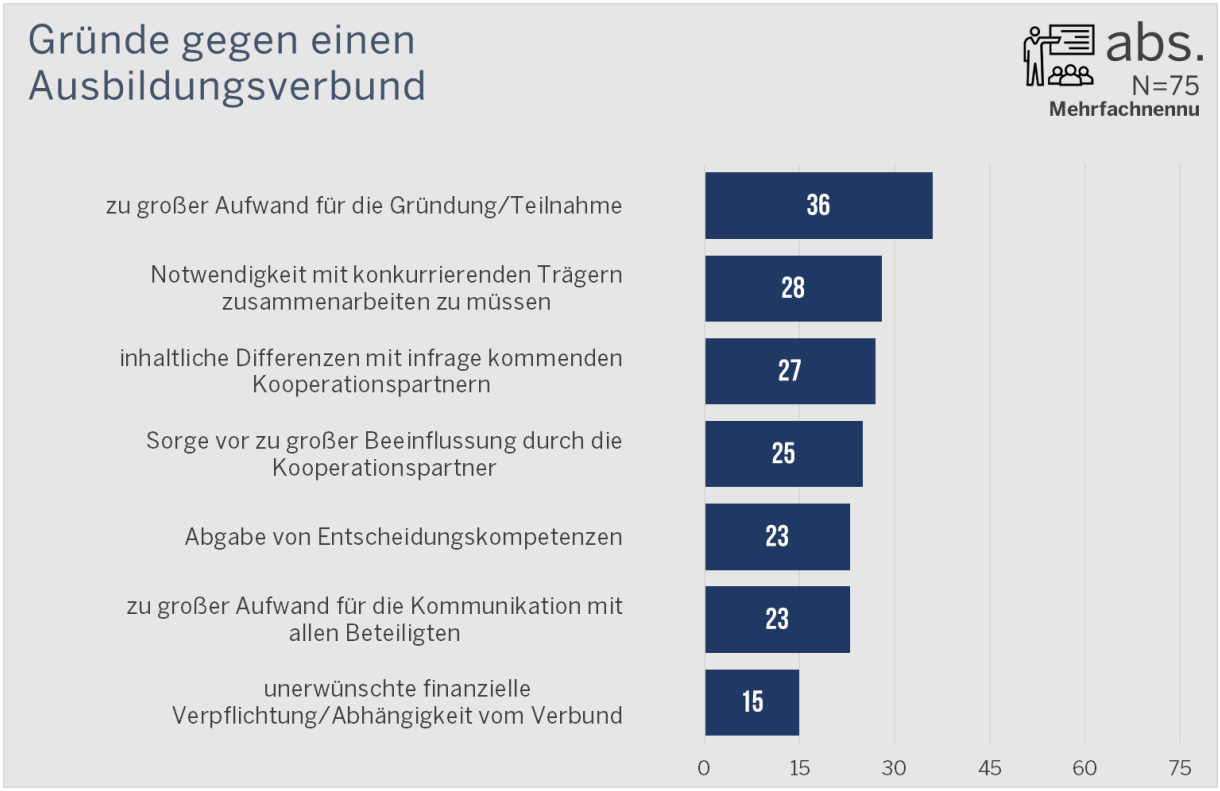


Abb. 95: Gründe, die gegen einen Ausbildungsverbund sprechen

Die Bewertungen insgesamt fallen deutlich niedriger aus als die der positiven Gründe. Führend ist dabei die Sorge, dass ein hoher Aufwand betrieben werden muss, um aktiv an einem Ausbildungsverbund zu partizipieren. Die Perspektive, mit konkurrierenden Einrichtungen gemeinsam zu arbeiten, geben als Hinderungsgrund in etwa so viele Einrichtungen an wie auch inhaltliche Differenzen oder den Verlust der eigenen Autonomie durch Einflussnahme anderer. Auch bei den negativen Faktoren spielen die finanziellen Aspekte eine nachrangige Rolle. So wird eine finanzielle Verpflichtung nicht als zentrales Hemmnis identifiziert.

In der Summe werden die potenziellen Zugewinne und Chancen deutlich dominanter betrachtet als die hemmenden Faktoren, sodass die Ausbildungsverbünde insgesamt positiv betrachtet werden. Dies drückt sich auch in der zusammenfassenden Bewertung aus, die abschließend zu diesem Themenkomplex vorgestellt wird. Auch in dieser Grafik werden die Mittelwerte inklusive der gemessenen Standardabweichung abgebildet.

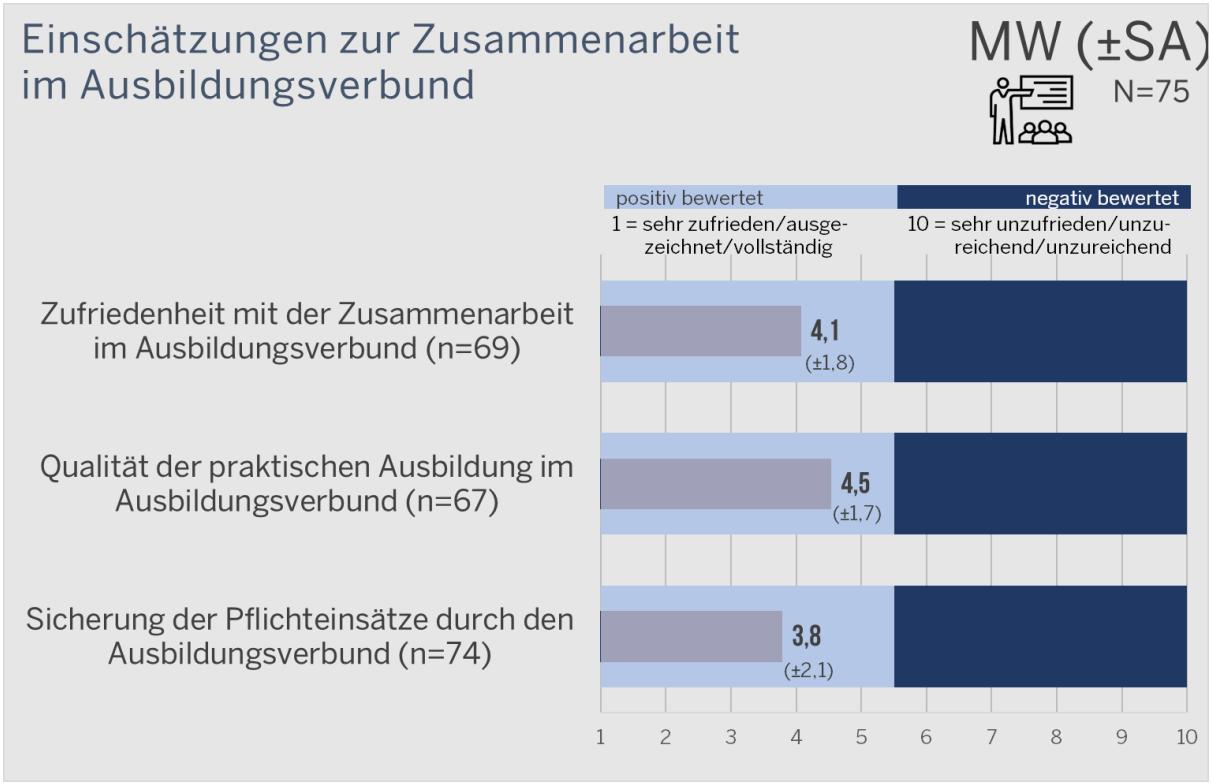


Abb. 96: Einschätzungen zur Zusammenarbeit der Ausbildungsverbünde

Die drei Aussagen werden überwiegend positiv bewertet, wobei die Sicherung der Pflichteinsätze die größte Standardabweichung aufweist und zugleich am deutlichsten im positiven Wertungsbereich verankert ist. Damit sind drei Merkmale, die zentral in der Bedeutung der Ausbildungsverbünde zu betrachten sind, als positiv herausgestellt worden. Offensichtlich kann aus der Perspektive der Einrichtungen durch die Ausbildungsverbünde die Qualität gesteigert werden, es kommt zu einer besseren Sicherung der Pflichteinsätze und die Gesamtzufriedenheit wird attestiert. Auch wenn es sich bei den vorliegenden Einschätzungen nicht um eine Kennzahlen-basierte Evaluation handelt, so kann doch von einem positiven Effekt ausgegangen werden, der mit der Etablierung der Ausbildungsverbünde verbunden ist.

PRAXISANLEITUNG

Ein zentrales Element der Pflegeberufereform ist die Sicherung der Ausbildung durch eine konzeptionell und personell hinterlegte Praxisanleitung. Auszubildenden soll durch eine mindestens 10-prozentige anleitungsorientierte Praxisbegleitung besser ermöglicht werden, theoretische Inhalte in die Praxis zu transferieren. Darüber hinaus sollte mit der Einführung sichergestellt werden, dass eine „Verzweckung" der Auszubildenden erschwert wird und diese nicht in den Einrichtungen primär zur Deckung bestehender Bedarfe eingesetzt werden, sondern im Rahmen ihrer Einsätze eine geregelte Heranführung an die Arbeitsfelder und spezifischen Tätigkeiten erfahren können. Dazu wurden in den Praxiseinrichtungen Stellen der Praxisanleitung ausgebaut; in Teilen erfolgen Freistellungen für die Tätigkeit und die Praxisanleitung als solche wurde deutlich aufgewertet. Nicht zuletzt wird dies auch durch eine Fortbildungspflicht und eine eigene Qualifizierung untermauert. In der Befragung der Bildungseinrichtungen wurden unterschiedliche Aspekte zur Praxisanleitung und zur Stabilität der Praxisanleitung erhoben.

Einführend werden die Einschätzungen zur Realisierung der vorgeschriebenen Anleitungszeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern vorgestellt.

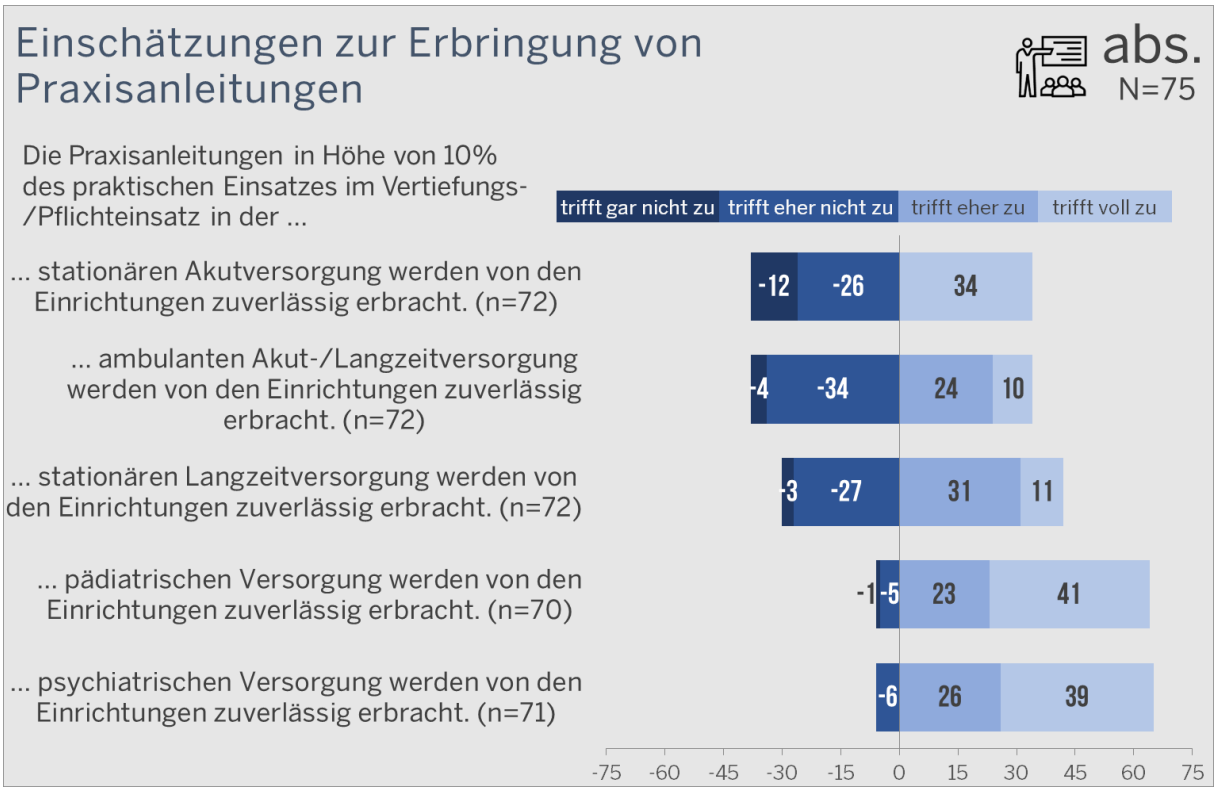


Abb. 97: Einschätzungen zur Realisierung der Praxisanleitung

Die Auswertung verdeutlicht, dass die Bildungseinrichtungen eine große Heterogenität in der Sicherung der Praxisanleitung wahrnehmen. Bewerten sie die Sicherstellung in den pädiatrischen Einsatzgebieten sowie in der Psychiatrie fast vollumfänglich im gesetzlichen Rahmen als gesichert, so ergeben sich in anderen Sektoren und Leistungsbereichen tendenziell gespaltene Einschätzungen. Dies betrifft die drei großen Bereiche der Akutversorgung, der ambulanten sowie der teil-/vollstationären Pflege, wobei die letztgenannte gegenüber den beiden anderen

Sektoren in der Addition der beiden positiven Wertungsbereiche besser abschneidet. Die größten Probleme werden hier bei den ambulanten Diensten sichtbar. Lediglich 10 Nennungen erfolgen hier im Bereich der vollumfänglichen Zustimmung.

Die nachfolgenden Einschätzungen beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte der Kooperation und der Organisation.

Bezogen auf die Anzahl der Praxisanleitungen in den Versorgungseinrichtungen gehen die Bildungseinrichtungen überwiegend davon aus, dass keine Personaldecke besteht, die für die Kompensation von Ausfällen gerüstet ist. Die Kooperationen im Ausbildungsverbund decken diesen Teil einer möglichen gegenseitigen Hilfestellung jedoch überwiegend nicht mit ab, sodass zu erwarten ist, dass die Einrichtungen mögliche Ausfälle oder Engpässe selbst regulieren müssen. Damit verbunden ist prinzipiell die Frage der vollumfänglichen Sicherstellung der praktischen Anleitung und Ausbildung im gesetzlich geforderten Umfang.

Die Bildungseinrichtungen bescheinigen den Praxispartnern überwiegend, dass die Fortbildungspflicht der Anleitenden sichergestellt wird. Eine hohe Zustimmung wird auch bei dem Aspekt der Informationsweiterleitung erreicht. Überwiegend werden Problemstellungen zeitnah sowie zuverlässig an die Bildungseinrichtungen rückgemeldet.

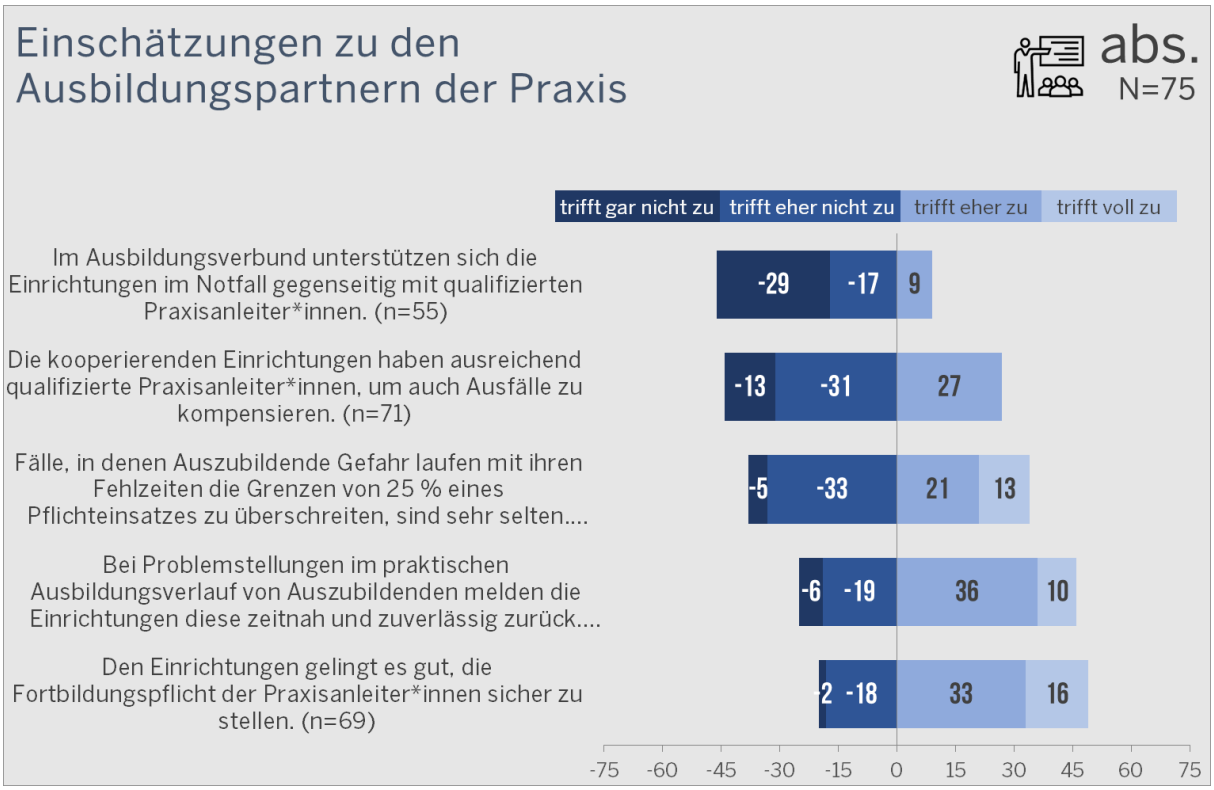


Abb. 98: Einschätzungen zur Praxisanleitung

Als eine besondere Problematik kann die Überschreitung von Fehlzeiten verstanden werden, die einen Ausbildungserfolg tendenziell gefährden. Angesichts der Ausfallzeiten in und durch die Corona-Pandemie und auch durch die zyklischen Infektionslagen ist dies nach Einschätzung der Bildungseinrichtungen keine Seltenheit. Hier zeigt sich in der Bewertung zum Auftreten ein geteiltes Bild. 38 Einrichtungen bewerten dies als eher nicht selten und 34 schätzen dies eher selten ein. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Ausbildungsabbrüche ist die Sicherstellung der Einsatzzeiten und der theoretischen Ausbildung ein Schlüsselaspekt.

In der abschließenden Fragestellung wurden die Leitungen der Bildungseinrichtungen zur Gesamtbewertung der Praxisanleitung und zum eigenen Arbeitsaufwand im Rahmen der Verbindung der Lernorte aufgefordert.

Gespalten im Urteil sind die Leitungen bezogen auf die Ausbildungsqualität im Kontext der Praxis. Hier existieren keine vergleichenden Werte, sodass sich keine Veränderung diskutieren lässt; jedoch erscheint die negative Bewertung von 39 Einrichtungen sehr hoch und verweist auf einen deutlichen Handlungsbedarf.

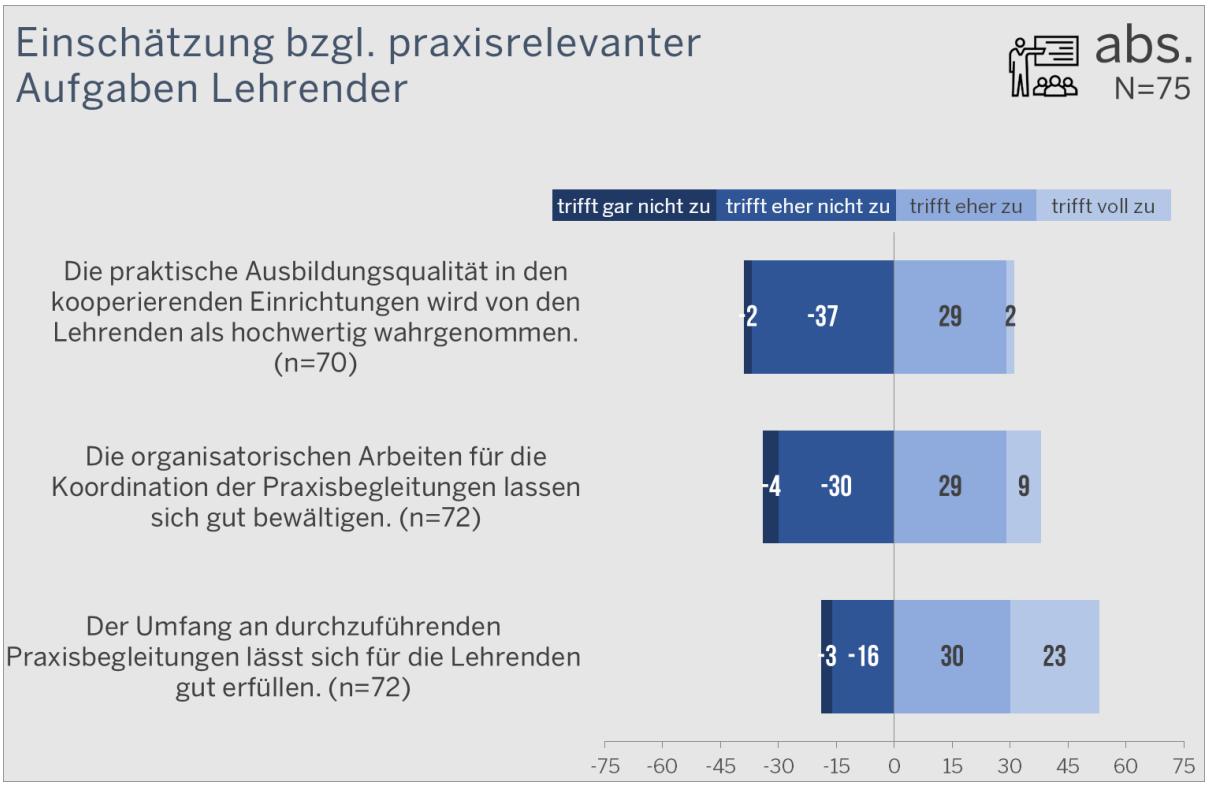


Abb. 99: Einschätzung zur Praxisbegleitung durch Lehrende

Die Praxisbegleitungen selbst lassen sich überwiegend realisieren und werden von 53 der 72 antwortenden Einrichtungen im positiven Bereich verortet, wobei lediglich 23 vollzutreffend angeben. Die mit der Koordination verbundenen Aufgaben scheinen ein geteiltes Echo zu finden. 34 Bildungseinrichtungen sehen hier offenbar eine große Herausforderung und zusätzliche Belastung für die Lehrenden

GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Abschließend erfolgen Hinweise zur Beurteilung unterschiedlicher Perspektiven auf die generalistische Pflegeausbildung, wie sie sich im dritten Jahr nach der Einführung zeigen. Dabei wurden Fragen zur Akzeptanz, zur beobachteten Integration der ersten Kohorten und zu den Kompetenzeinschätzungen gestellt. Die Einschätzungen umfassen dabei auch indirekte Beobachtungen (Zuschreibungen), die Lehrende vor dem Hintergrund der Praxiskontakte und der Rückmeldungen durch Auszubildende sowie Praxisanleitende beurteilen können.

Betrachtet man die nachfolgende Grafik, so ergibt sich ein geteiltes Bild bei der Frage nach der Akzeptanz der Auszubildenden in der Praxis. 36 von 71 Antwortenden sehen hier gegenüber

den vorherigen Auszubildenden eine schlechtere Akzeptanz. Ihnen stehen 35 gegenüber, die keine Unterschiede ausmachen. Dass Veränderungen zunächst skeptisch betrachtet werden, liegt im Erwartungsbereich, macht aber zugleich deutlich, dass ein Abgleich der Erwartungen vor Ort ebenso stattfinden muss wie eine konzeptionelle Anpassung der Einarbeitung, um die Akzeptanz zu erhöhen. Die Akzeptanz ist eine zentrale Frage bei der Personalgewinnung und der Bindung und motivationalen Situation von jungen Pflegenden in der beruflichen Praxis. Die vorliegenden Ergebnisse geben einen Hinweis auf weiterhin notwendige flankierende Informationsarbeit und betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung von Auszubildenden in der Praxis. Im zweiten Fragenkomplex wird diese Thematik weiter spezifiziert, da sich Zusammenhänge darstellen lassen zwischen der Akzeptanz der Auszubildenden und den Praxisfeldern. Dies wird auch daran deutlich, dass fast die Hälfte der Bildungseinrichtungen beobachtet, dass Auszubildende in der Praxis offenbar nicht hinreichend in der Rolle als Lernende unterstützt werden.

Bezogen auf die Frage nach der geäußerten oder vermuteten Zufriedenheit mit den Leistungen der generalistischen Auszubildenden, zeigt sich ein ähnlich skeptisches Bild bei 33 von 67 antwortenden Einrichtungen.

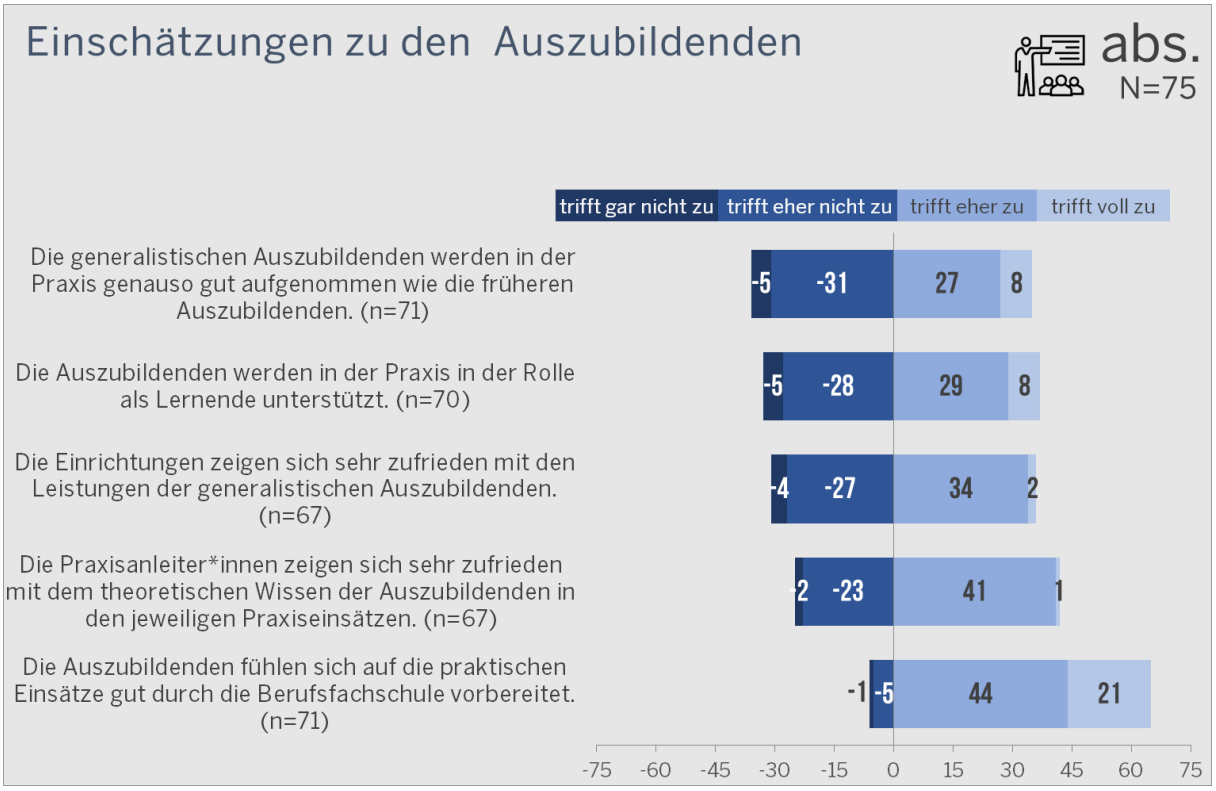


Abb. 100: Einschätzungen zur Akzeptanz und Integration generalistischer Auszubildender

Positiver werden die nachfolgenden beiden Aspekte gewertet: Die Bildungseinrichtungen bekommen mehrheitlich positive Rückmeldungen zum theoretischen Wissen der Auszubildenden durch die Praxisanleitenden. Deutlich positiv wird auch angegeben, dass sich die Auszubildenden durch die Bildungseinrichtungen gut auf die praktischen Einsätze vorbereitet fühlen. Dieser Punkt sticht gegenüber den anderen deutlich heraus und wird auch im nachfolgenden Befragungsblock mit korrespondierenden Bewertungen untermauert.

So geben klare Mehrheiten der Bildungseinrichtungen an, dass sich die Auszubildenden im dritten Jahr gut vorbereitet einschätzen bezogen auf die Verantwortungsübernahme als examinierte Pflegekraft. Die vorbereitenden Arbeits- und Lernaufgaben für die Praxisphasen werden als überwiegend positiv wahrgenommen und können in der Gesamtheit zu einer positiven Einschätzung bei der Rollenübernahme beitragen.

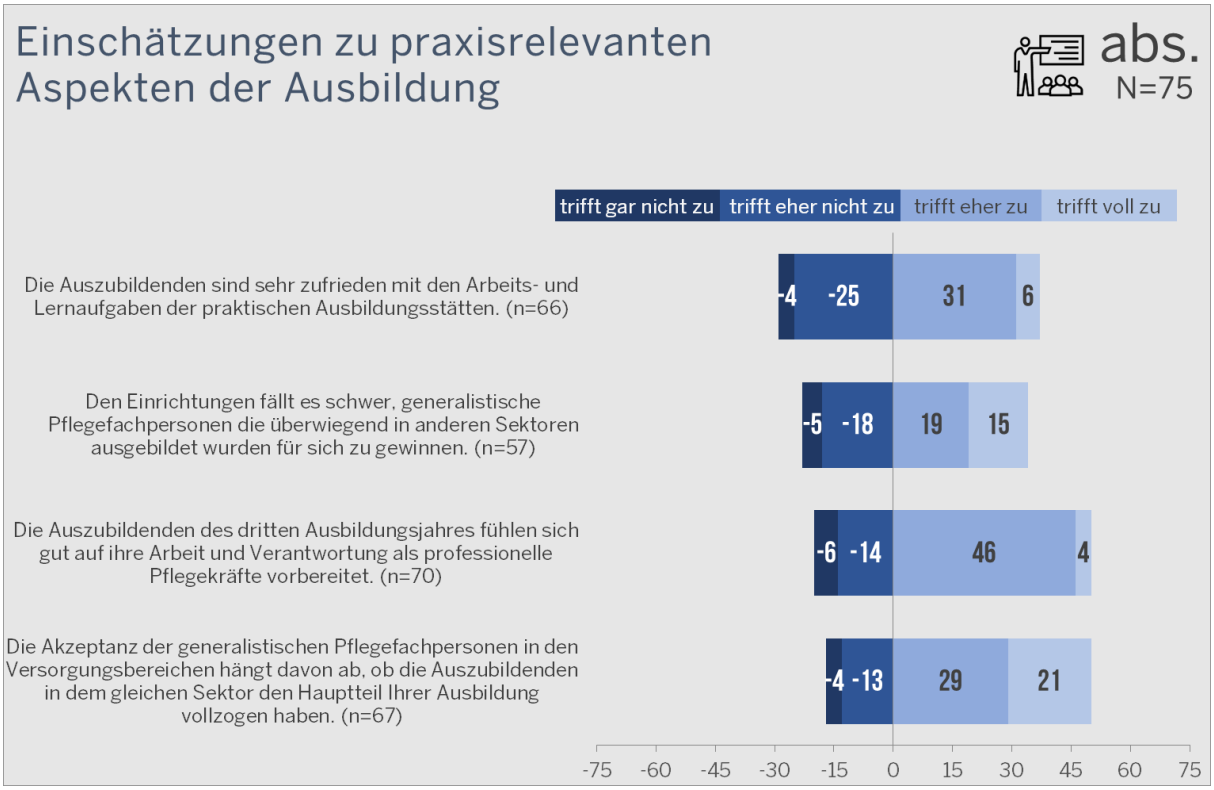


Abb. 101: Einschätzungen zur Vorbereitung und beruflichen Bindung

Kennzahlen, die die sektoriellen Präferenzen bei der beruflichen Integration untersuchen, liegen aktuell nicht vor. Diese sind entscheidend für die Akzeptanz der jungen Pflegenden und perspektivisch auch für die Akzeptanz der generalistischen Pflegeausbildung in den Versorgungsbereichen.

Werden beispielsweise hohe Beschäftigungen von berufseinmündenden in den Krankenhäusern auf Kosten fehlender Bewerbungen in teil-/vollstationären Einrichtungen beobachtet, so wird dies die sektorenbezogene Akzeptanz in den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen womöglich senken. Dies kann nicht nur die grundsätzliche Frage der Ausbildungsstruktur berühren, sondern auch vor Ort dazu führen, dass Auszubildenden zugeschrieben wird, sie würden nicht in dem Praxisbereich bleiben wollen. In der Folge kann es zu einer Demotivierung bei Praxisanleitenden und einer weiteren Verringerung der Akzeptanz bei Kolleginnen und Kollegen kommen. Kennzahlen dazu liegen auch in den Bildungseinrichtungen nicht vor. Oftmals aber wissen Lehrende, wohin die Auszubildenden tendieren oder wo sie ihre berufliche Einmündung planen, da Verträge vielfach vor Beendigung der Ausbildung geschlossen werden. Zu diesem Aspekt wurden daher zwei zentrale Fragen aufgenommen.

Anschließend an die Frage zur generellen Akzeptanz der Auszubildenden in der Praxis wurde von den Bildungseinrichtungen bewertet, ob sie einen Zusammenhang mit den Trägern der praktischen Ausbildung beobachten und damit mit dem Hauptpraxisfeld der Auszubildenden.

50 von 67 Antwortenden sehen hier eine Verbindung. So ist beispielsweise anzunehmen, dass Auszubildende aus dem Umfeld der teil-/vollstationären Einrichtungen in Krankenhäusern größere Akzeptanzprobleme haben als eigene Auszubildende mit einem praktischen Ausbildungsträger aus dem Umfeld der akutstationären Versorgung. Ähnlich Vorbehalte sind auch in der gegensätzlichen Richtung denkbar und anzunehmen. Dieser Befund untermauert die oben beschriebene notwendige Arbeit an einer verbesserten Akzeptanz der Auszubildenden insgesamt.

Bezogen auf die Frage einer sektoriellen Bindung oder sektoriellen Mobilität tendieren die Bildungseinrichtungen in der Bewertung zu einer überwiegenden Sektorentreue, die sich auch bei Auszubildenden zeigt. 34 von 57 Antwortenden geben an, dass es Einrichtungen eher schwerfällt, Auszubildende aus anderen Sektoren zu gewinnen. 23 Einrichtungen sehen dies tendenziell oder vollumfänglich nicht so.

Die sektoriellen Übertritte oder der Grad der Sektorentreue der Auszubildenden muss ein Fokus bei zukünftigen Befragungen werden. Für eine umfassende Bewertung aber bedarf es der Analyse mehrerer Jahrgänge und neben der Betrachtung von Kennzahlen auch flankierender qualitativer Ergebnisperspektiven.

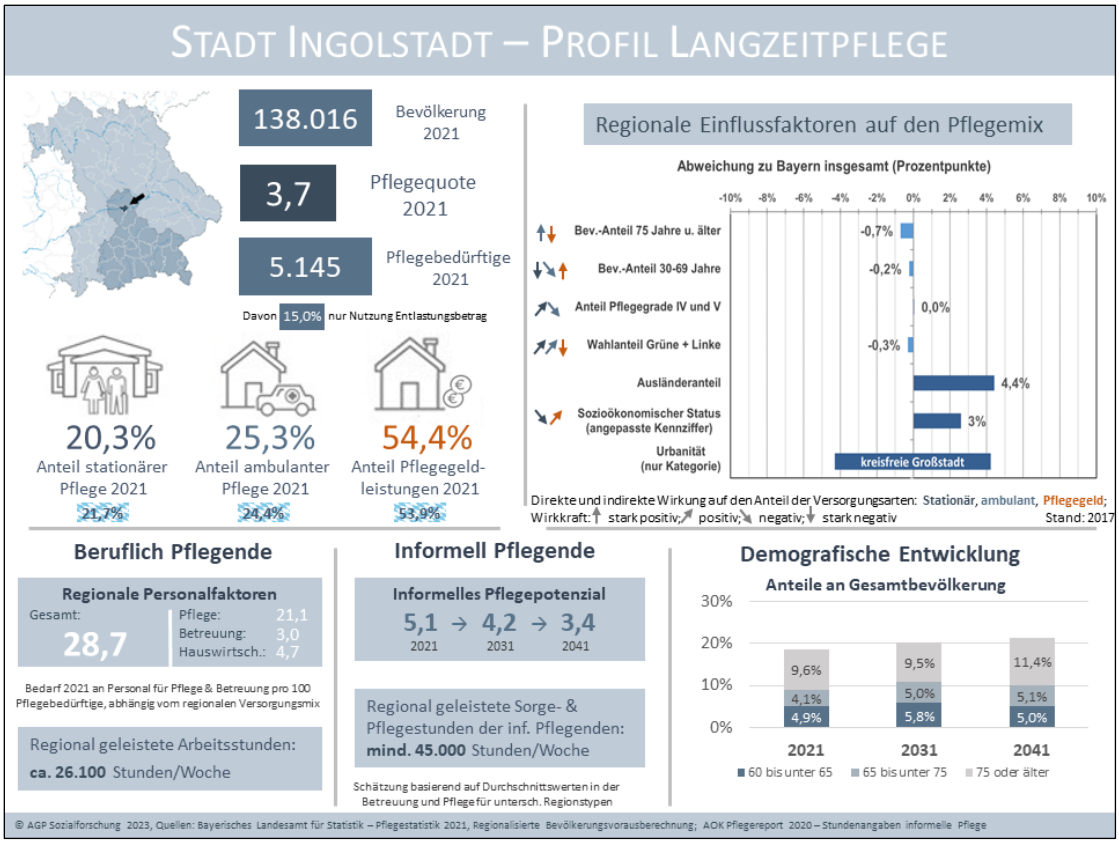
Regionale Profile Langzeitpflege - 96 Regionen

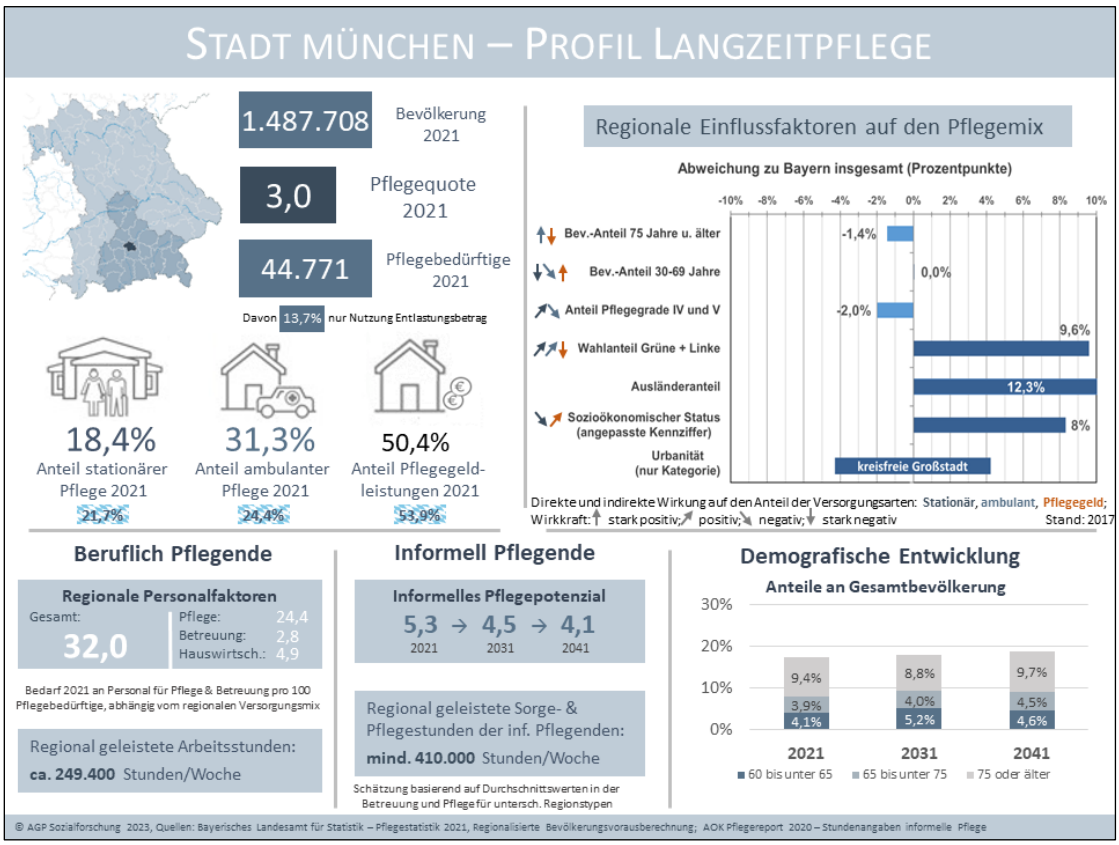
Abschließend werden im Folgenden für alle 96 Regionen, d. h. die Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern, regionale Profile zur Langzeitpflege angefügt. Sie geben anhand verschiedener Kennziffern einen Überblick zum regionalen Pflegemix in der Langzeitpflege, zu Einflussfaktoren und Konsequenzen für den (zukünftigen) Personalbedarf. Sie können damit als kompakte, wissensbasierte Grundlage für regionale Planungen dienen.

Die zugrundeliegenden Daten stammen aus dem Jahr 2021 – lediglich das im Rahmen des 1. Monitorings erstellte Modell zu den *regionalen Einflussfaktoren auf den Pflegemix* wurde hier nachrichtlich erneut eingebunden und basiert auf Daten von 2017. Für die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials wie auch für die Entwicklung der älteren Jahrgänge sind zudem Prognosen für zehn bzw. 20 Jahre ausgewiesen. Die Datenbasis wurde im Kapitel *Regionale Strukturen und Perspektiven der Langzeitpflege* im Detail erläutert. Im Einzelnen sind folgende Kennziffern in den Profilen aufgeführt:

- Basisdaten zur Langzeitpflege in den 96 Regionen:
  - Bevölkerungszahl 2021
  - Die regionale Pflegequote 2021
  - Anzahl der Pflegebedürftigen 2021
  - Anteil der Pflegebedürftigen 2021, die allenfalls den Entlastungsbetrag als regelmäßigen Leistungsbezug erhalten (vereinfacht: „nur Nutzung Entlastungsbetrag“)
  - Daten zum regionalen Pflegemix:
    - Anteil stationärer Pflege 2021
    - Anteil ambulanter Pflege 2021
    - Anteil an Pflegegeldleistungen 2021
- Daten zum beruflichen und informellen Pflegeaufwand pro Region differenziert nach:
  - Beruflich Pflegende:
    - Regionaler Personalfaktor 2021 inkl. Differenzierung nach den Berufsgruppen Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft
    - Schätzung regional geleisteter Arbeitsstunden pro Woche (2021)
  - Informelle Pflege:
    - Informelles Pflegepotenzial 2021 und Prognose für 2031, 2041
    - Schätzung zu regional geleisteten Sorge- und Pflegestunden pro Woche (2021)
- Eine kompakte Darstellung der regionalen Einflussfaktoren auf den Pflegemix anhand folgender Merkmale aus der Teilstudie zum 1. Monitoring 2020 mit Datenbasis von 2017:
  - Bevölkerungsanteil 75 Jahre und älter
  - Bevölkerungsanteil 30-69 Jahre
  - Anteil Pflegegrade IV und V
  - Wahlanteil Grüne + Linke
  - Ausländeranteil
  - Kennziffer sozioökonomischer Status
  - Urbanität (kategorisiert)
- Demografische Entwicklung in den 96 Regionen:
  - Anteile der Altersgruppen 60-64 Jahre, 65-74 Jahre und 75 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung mit Basisjahr 2021 und Prognose für 2031, 2041

REGIERUNGSBEZIRK OBERBAYERN





STADT ROSENHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



63.508 Bevölkerung 2021

3,3 Pflegequote 2021

2.113 Pflegebedürftige 2021

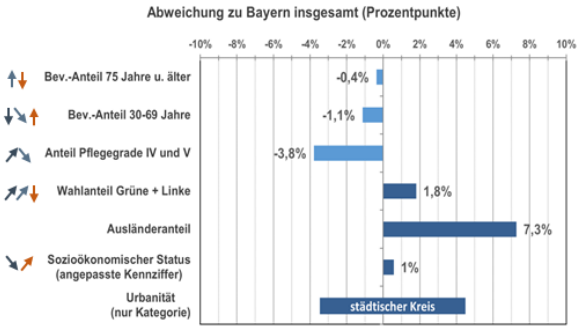
Davon 14,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

20,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **30,8**

Pflege: 23,1
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 11.300 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

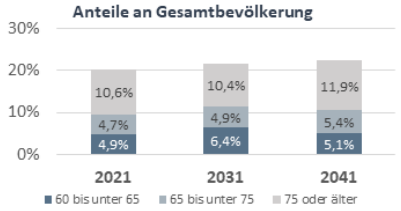
4,5 → 3,7 → 3,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 65.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

ALTÖTTING – PROFIL LANGZEITPFLEGE



112.116 Bevölkerung 2021

4,8 Pflegequote 2021

5.335 Pflegebedürftige 2021

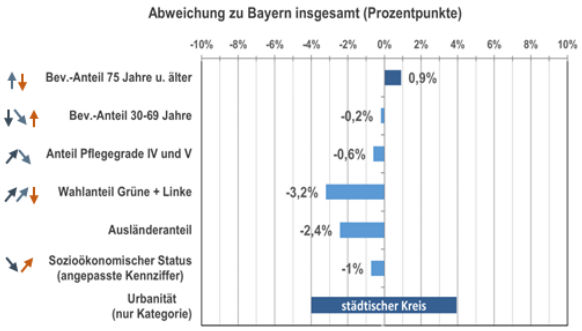
Davon 13,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,5% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

50,5% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **37,8**

Pflege: 27,6
Betreuung: 4,0
Hauswirtsch.: 6,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 36.300 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

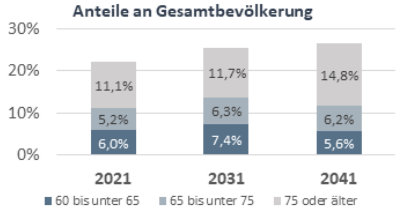
4,3 → 3,3 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 152.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

BERCHTESGADENER LAND – PROFIL LANGZEITPFLEGE



106.389 Bevölkerung 2021

4,2 Pflegequote 2021

4.448 Pflegebedürftige 2021

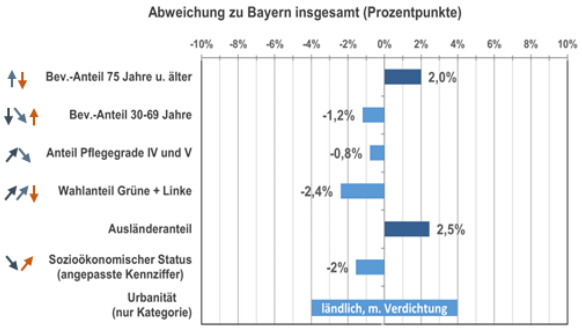
Davon 13,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

27,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

46,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **34,9**

Pflege: 25,3
Betreuung: 3,7
Hauswirtsch.: 5,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 28.200 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

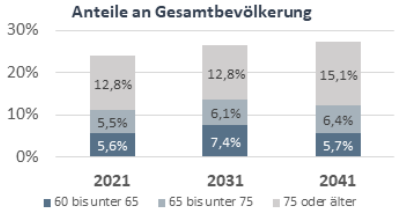
3,7 → 3,1 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 126.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

BAD TÖLZ-WOLFRATSHAUSEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



127.919 Bevölkerung 2021

4,2 Pflegequote 2021

5.369 Pflegebedürftige 2021

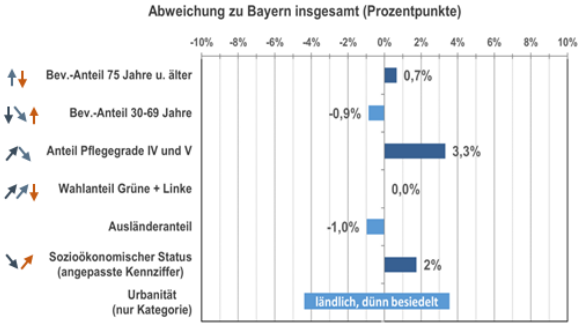
Davon 10,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

54,5% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **28,0**

Pflege: 20,5
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 28.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

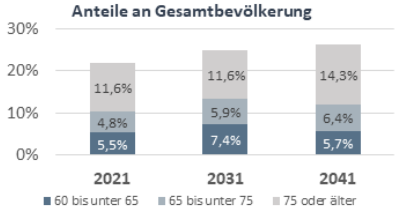
4,2 → 3,4 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 175.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

DACHAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



155.449 Bevölkerung 2021

3,5 Pflegequote 2021

5.507 Pflegebedürftige 2021

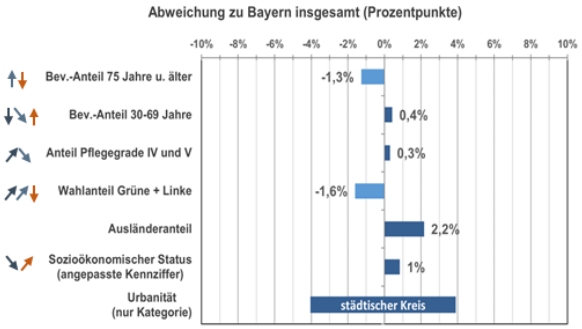
Davon 12,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

53,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 31,7

Pflege: 23,3
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 31.800 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

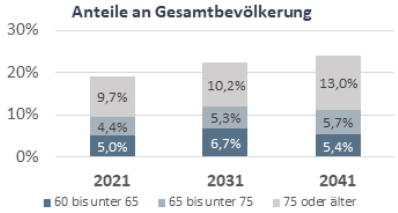
5,2 → 4,0 → 3,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 161.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

EBERSBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



144.562 Bevölkerung 2021

3,1 Pflegequote 2021

4.547 Pflegebedürftige 2021

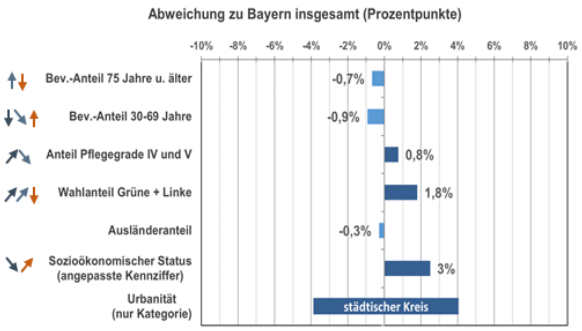
Davon 13,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

27,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,4% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 33,8

Pflege: 24,5
Betreuung: 3,6
Hauswirtsch.: 5,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 27.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

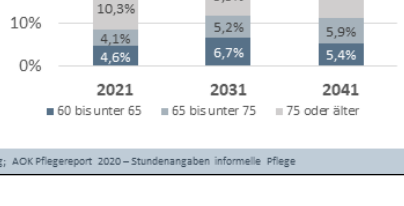
4,8 → 4,2 → 3,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 129.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

EICHSTÄTT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



133.634 Bevölkerung 2021

3,6 Pflegequote 2021

4.775 Pflegebedürftige 2021

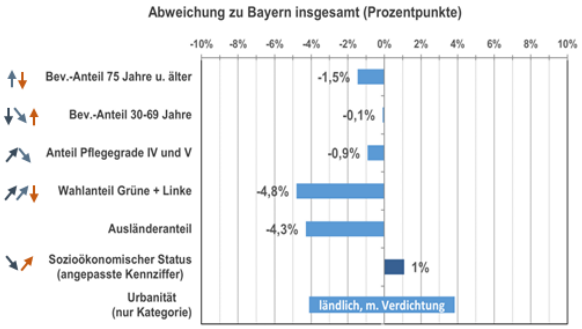
Davon 11,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

16,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

55,6% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **23,8**

Pflege: 17,3
Betreuung: 2,5
Hauswirtsch.: 4,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 21.000** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

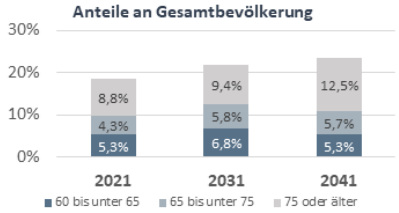
5,6 → 4,2 → 3,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 158.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

ERDING – PROFIL LANGZEITPFLEGE



139.622 Bevölkerung 2021

2,9 Pflegequote 2021

4.083 Pflegebedürftige 2021

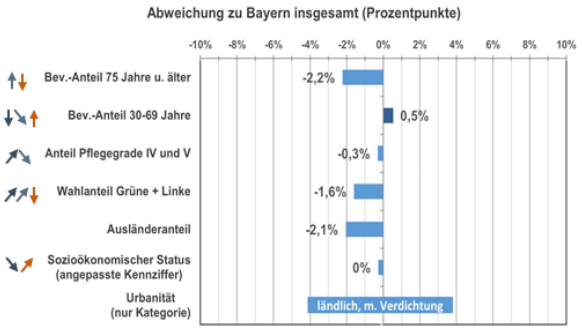
Davon 14,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

13,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,8% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **28,9**

Pflege: 20,6
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 21.400** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

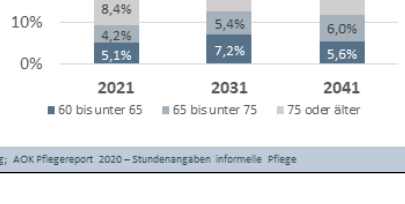
6,0 → 4,5 → 3,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 115.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

FREISING – PROFIL LANGZEITPFLEGE



181.144 Bevölkerung 2021

2,9 Pflegequote 2021

5.188 Pflegebedürftige 2021

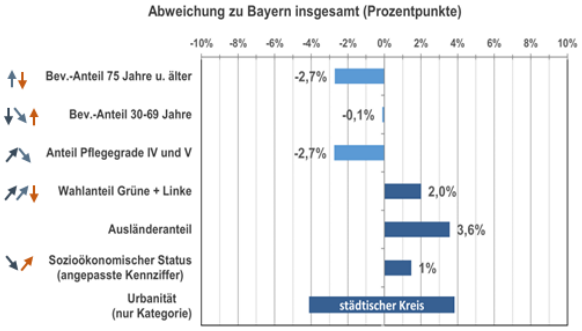
Davon 12,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

21,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

19,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,4% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 22,0

Pflege: 15,9
Betreuung: 2,4
Hauswirtsch.: 3,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 20.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

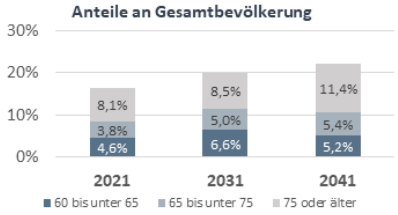
6,2 → 4,8 → 3,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 160.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

FÜRSTENFELDBRUCK – PROFIL LANGZEITPFLEGE



218.579 Bevölkerung 2021

3,5 Pflegequote 2021

7.743 Pflegebedürftige 2021

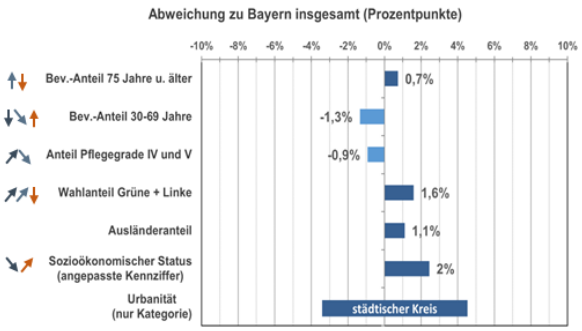
Davon 13,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,4% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 27,5

Pflege: 20,0
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 38.500** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

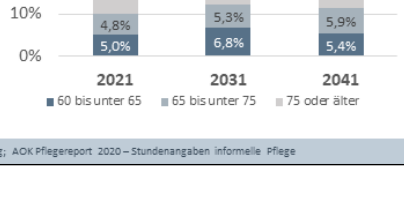
4,0 → 3,5 → 2,9
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 231.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

GARMISCH-PARTENKIRCHEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



88.232 Bevölkerung 2021

4,4 Pflegequote 2021

3.850 Pflegebedürftige 2021

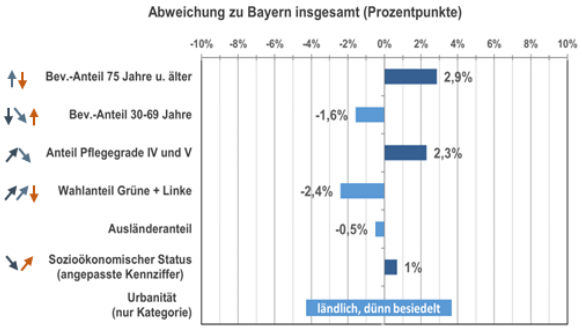
Davon 13,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

16,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

31,5% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

52,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 24,9

Pflege: 18,7
Betreuung: 2,3
Hauswirtsch.: 3,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 16.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

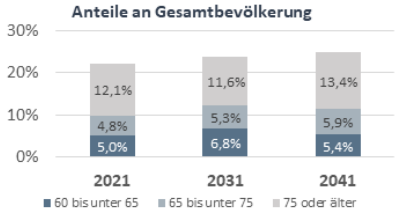
3,3 → 2,8 → 2,3
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 125.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LANDSBERG AM LECH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



121.466 Bevölkerung 2021

3,5 Pflegequote 2021

4.229 Pflegebedürftige 2021

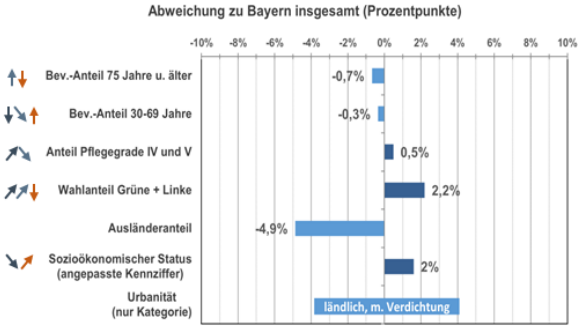
Davon 11,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

61,5% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 25,5

Pflege: 18,6
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 19.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

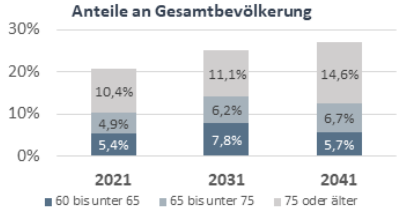
4,7 → 3,6 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 143.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

MIESBACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE

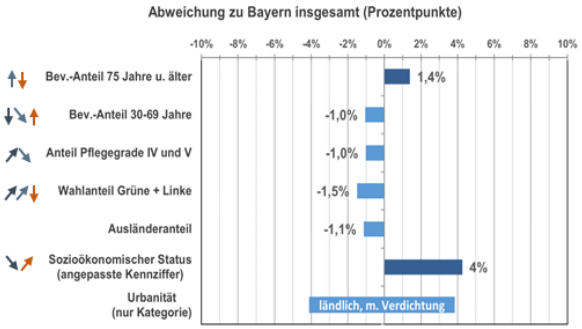


99.978	Bevölkerung 2021
3,3	Pflegequote 2021
3.346	Pflegebedürftige 2021

Davon 11,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,6%	23,4%	54,0%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	19,4
26,8	Betreuung:	2,9
	Hauswirtsch.:	4,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 16.700 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

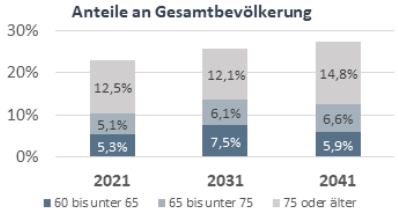
3,9 (2021) → 3,3 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 104.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

MÜHLDORF AM INN – PROFIL LANGZEITPFLEGE

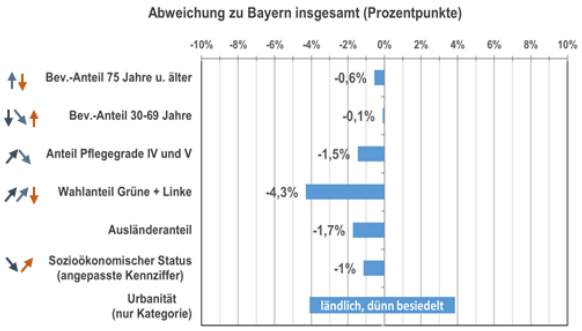


117.606	Bevölkerung 2021
4,4	Pflegequote 2021
5.152	Pflegebedürftige 2021

Davon 13,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

28,5%	21,2%	50,3%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	26,2
36,3	Betreuung:	4,0
	Hauswirtsch.:	6,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 34.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

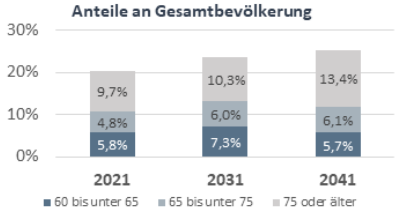
5,0 (2021) → 3,9 (2031) → 2,9 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 143.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK MÜNCHEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE

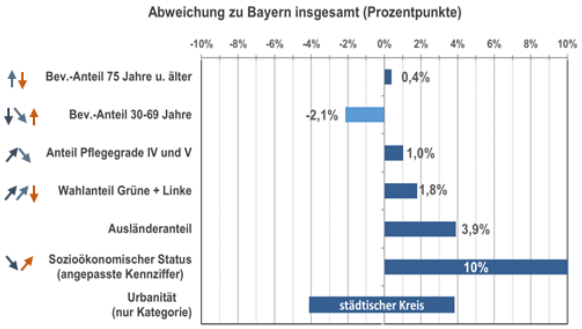


349.837	Bevölkerung 2021
3,4	Pflegequote 2021
11.979	Pflegebedürftige 2021

Davon 11,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,9%	24,4%	48,8%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	28,2
37,9	Betreuung:	3,7
	Hauswirtsch.:	6,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 82.600 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

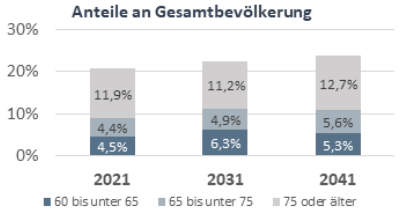
4,0 → 3,6 → 3,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 349.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NEUBURG-SCHROBENHAUSEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE

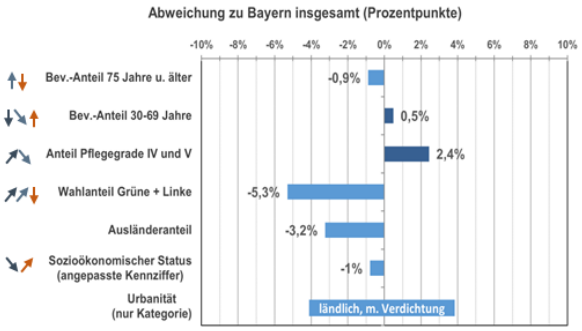


98.503	Bevölkerung 2021
3,7	Pflegequote 2021
3.668	Pflegebedürftige 2021

Davon 13,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,9%	21,4%	55,7%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	19,1
26,2	Betreuung:	2,8
	Hauswirtsch.:	4,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 17.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

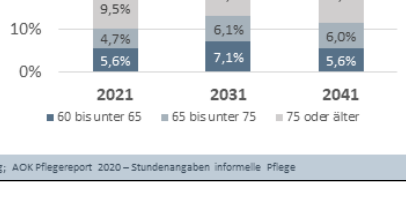
5,2 → 3,9 → 2,9
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 111.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

PFAFFENHOFEN A.D. ILM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



129.772 Bevölkerung 2021

3,4 Pflegequote 2021

4.374 Pflegebedürftige 2021

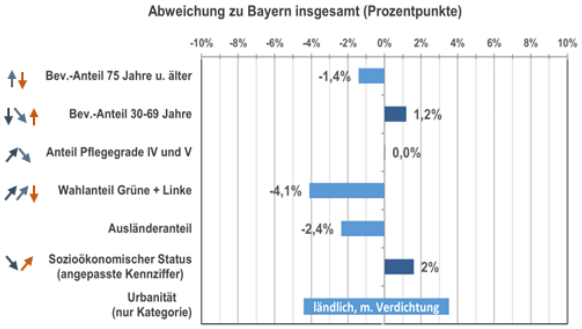
Davon 12,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

15,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

60,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 22,6

Pflege: 16,2
Betreuung: 2,6
Hauswirtsch.: 3,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 18.400** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

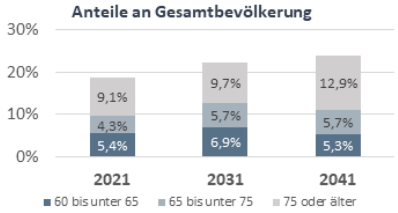
5,5 → 4,2 → 3,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 130.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK ROSENHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



263.367 Bevölkerung 2021

3,9 Pflegequote 2021

10.235 Pflegebedürftige 2021

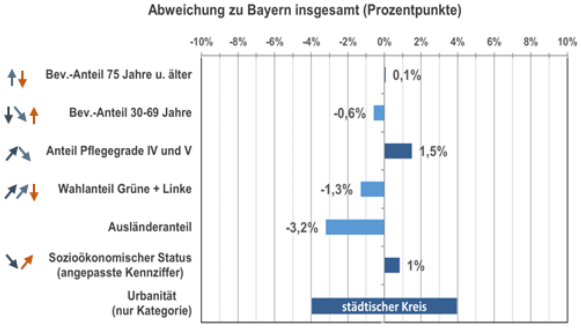
Davon 12,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

33,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,5% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

45,0% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 40,6

Pflege: 29,2
Betreuung: 4,5
Hauswirtsch.: 6,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 77.000** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

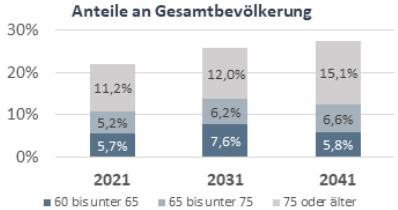
4,3 → 3,3 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 269.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STARNBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



136.747 Bevölkerung 2021

3,8 Pflegequote 2021

5.194 Pflegebedürftige 2021

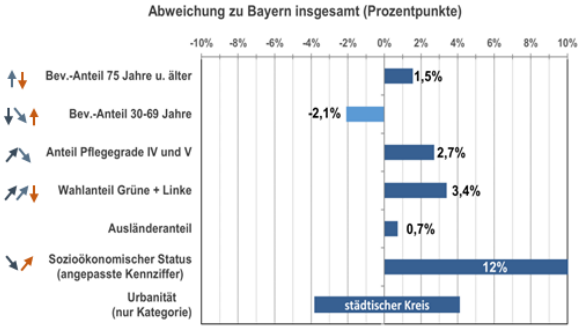
Davon 12,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,9% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

50,9% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **31,8**

Pflege: 23,5
Betreuung: 3,2
Hauswirtsch.: 5,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 29.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

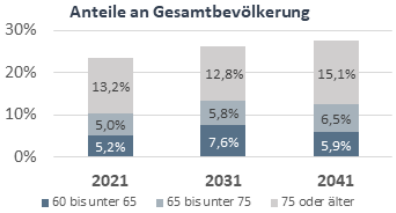
3,6 (2021) → 3,1 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 158.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

TRAUNSTEIN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



178.447 Bevölkerung 2021

4,0 Pflegequote 2021

7.172 Pflegebedürftige 2021

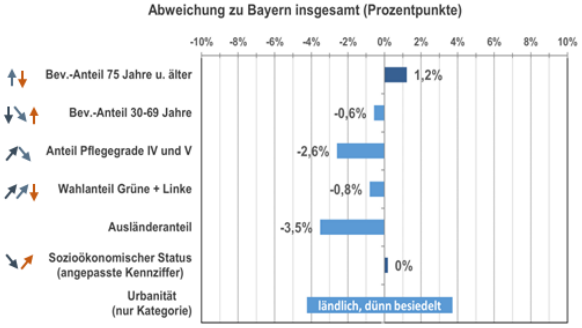
Davon 13,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,5% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

25,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

49,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **36,2**

Pflege: 26,7
Betreuung: 3,6
Hauswirtsch.: 5,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 46.300** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

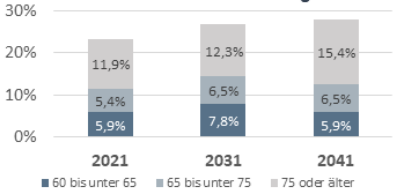
4,0 (2021) → 3,2 (2031) → 2,5 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 210.000** Stunden/Woche

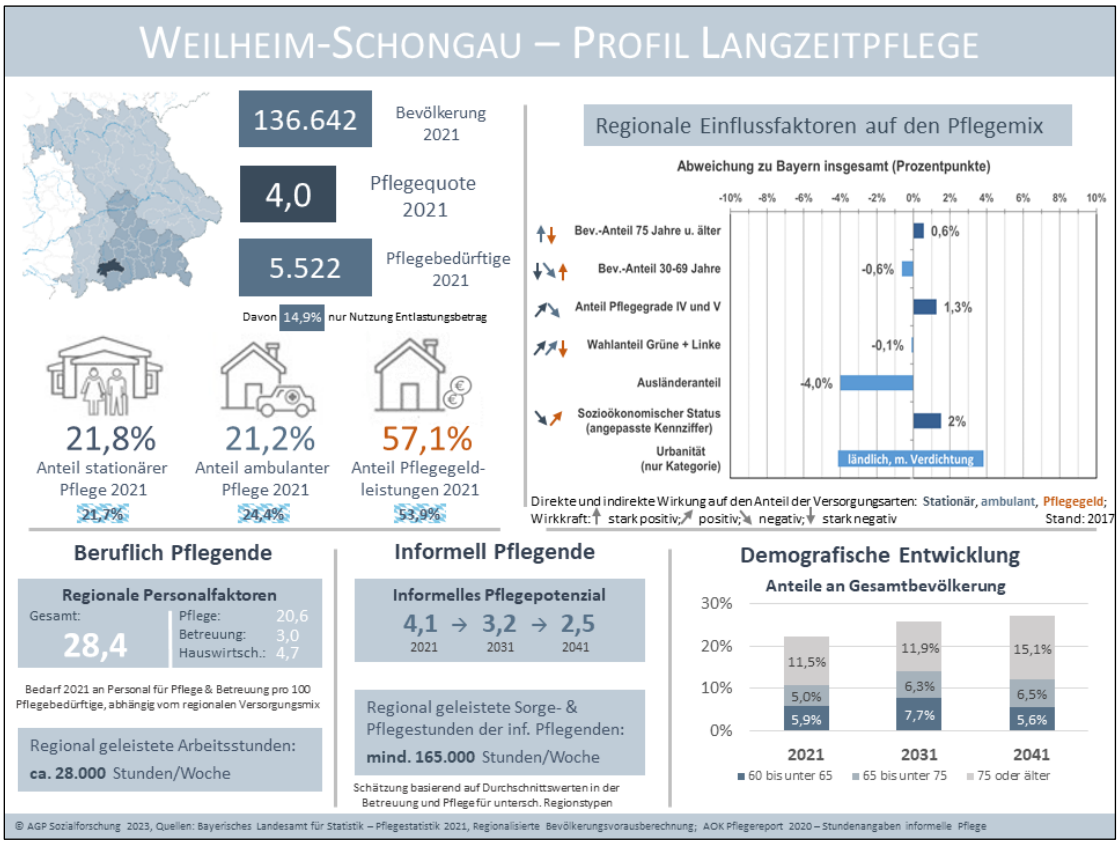
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

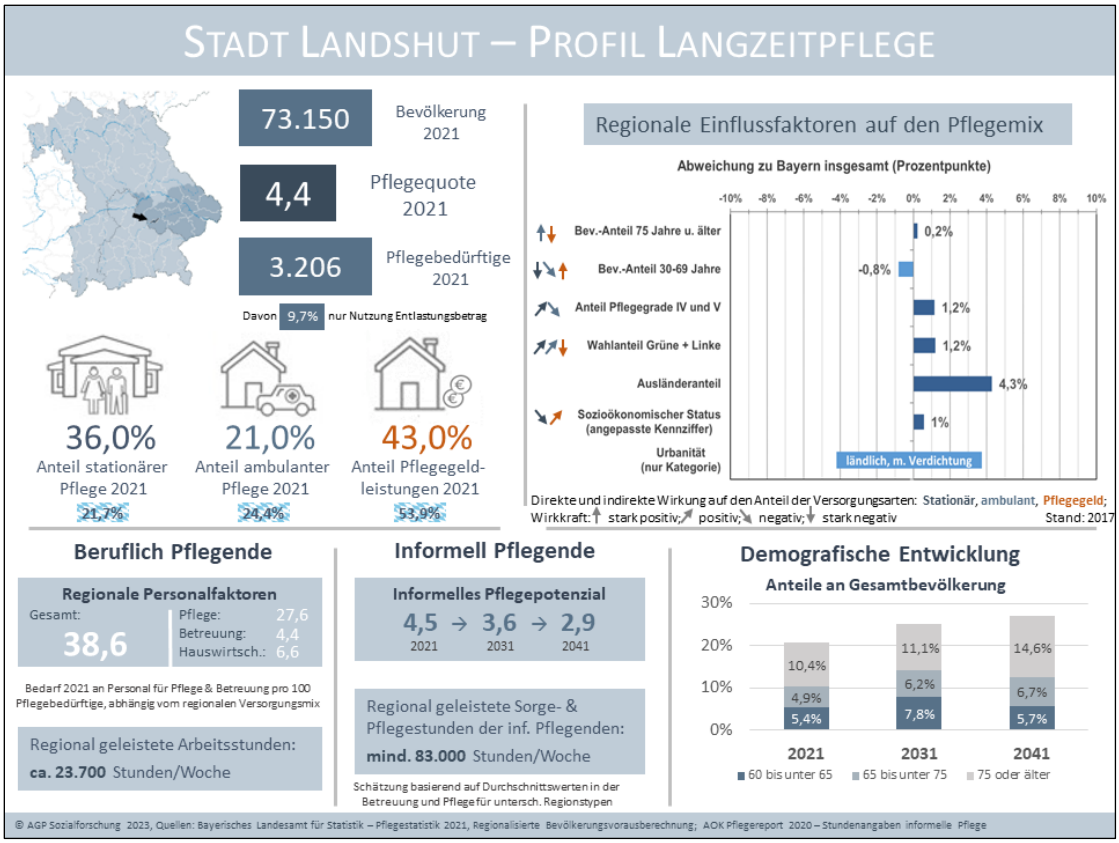
Anteile an Gesamtbevölkerung

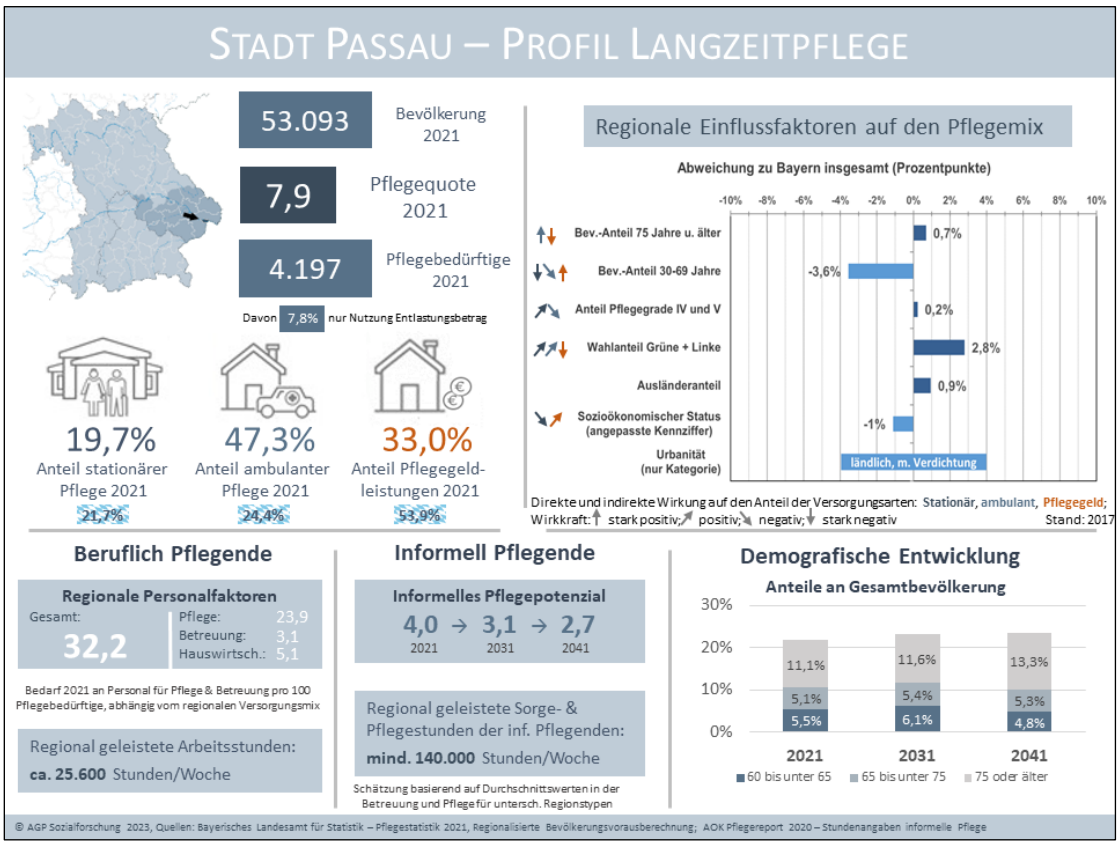


© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege


WEILHEIM-SCHONGAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE
136.642
Bevölkerung 2021
4,0
Pflegequote 2021
5.522
Pflegebedürftige 2021
Davon 14,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag
21,8%
Anteil stationärer Pflege 2021
21,7%
21,2%
Anteil ambulanter Pflege 2021
24,4%
57,1%
Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
53,9%
Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix
Abweichung zu Bayern insgesamt (Prozentpunkte)
-10% -8% -6% -4% -2% 0% 2% 4% 6% 8% 10%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter
0,6%
Bev.-Anteil 30-69 Jahre
-0,6%
Anteil Pflegegrade IV und V
1,3%
Wahlanteil Grüne + Linke
-0,1%
Ausländeranteil
-4,0%
Sozioökonomischer Status (angepasste Kennziffer)
2%
Urbanität (nur Kategorie)
ländlich, m. Verdichtung
Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: stark positiv; positiv; negativ; stark negativ
Stand: 2017
Beruflich Pflegende
Regionale Personalfaktoren
Gesamt:
28,4
Pflege: 20,6
Betreuung: 3,0
Hauswirtsch.: 4,7
Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix
Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 28.000 Stunden/Woche
Informell Pflegende
Informelles Pflegepotenzial
4,1 → 3,2 → 2,5
2021 2031 2041
Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 165.000 Stunden/Woche
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen
Demografische Entwicklung
Anteile an Gesamtbevölkerung
30%
20%
10%
0%
11,5%
5,0%
5,9%
11,9%
6,3%
7,7%
15,1%
6,5%
5,6%
2021
2031
2041
60 bis unter 65
65 bis unter 75
75 oder älter
© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK NIEDERBAYERN





STADT STRAUBING – PROFIL LANGZEITPFLEGE



47.854 Bevölkerung 2021

6,0 Pflegequote 2021

2.874 Pflegebedürftige 2021

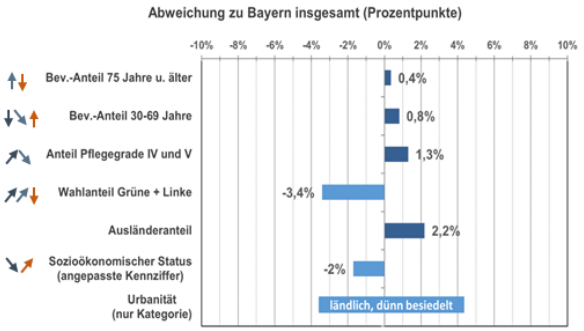
Davon 13,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

25,5% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

18,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

55,8% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 29,9 | Pflege: 21,3 | Betreuung: 3,4 | Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 15.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

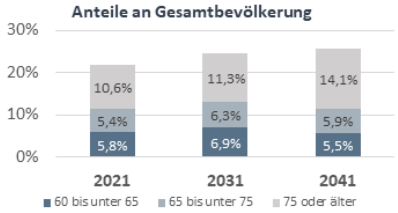
4,6 (2021) → 3,5 (2031) → 2,8 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 84.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

DEGGENDORF – PROFIL LANGZEITPFLEGE



120.521 Bevölkerung 2021

5,8 Pflegequote 2021

6.932 Pflegebedürftige 2021

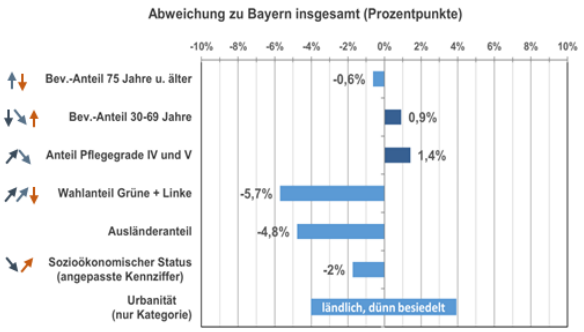
Davon 11,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

18,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

60,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 23,7 | Pflege: 17,1 | Betreuung: 2,6 | Hauswirtsch.: 4,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 30.400** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

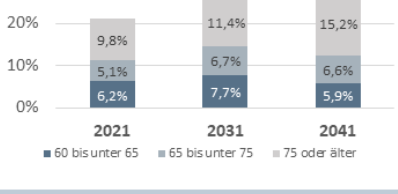
4,9 (2021) → 3,5 (2031) → 2,5 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 224.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

FREYUNG-GRAFENAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



78.632 Bevölkerung 2021

7,3 Pflegequote 2021

5.757 Pflegebedürftige 2021

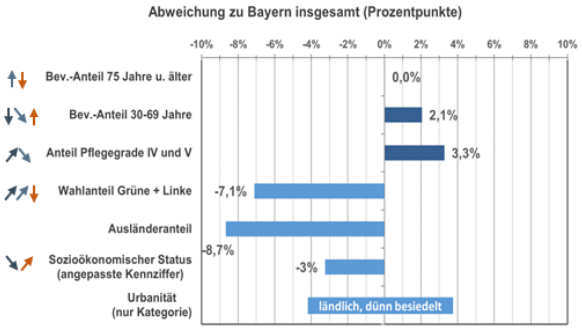
Davon 10,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

61,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 19,4

Pflege: 14,1
Betreuung: 2,1
Hauswirtsch.: 3,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 20.800 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

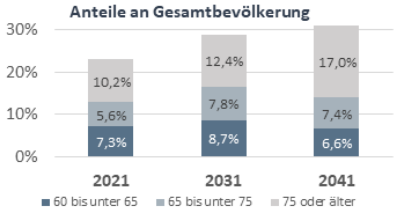
4,8 → 3,1 → 2,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 196.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

KELHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



123.899 Bevölkerung 2021

4,4 Pflegequote 2021

5.418 Pflegebedürftige 2021

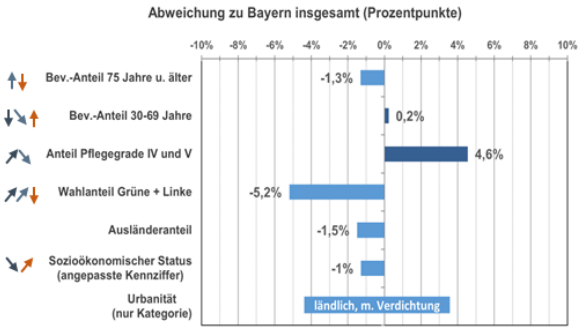
Davon 11,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag

17,7% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 39,8

Pflege: 30,6
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 38.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

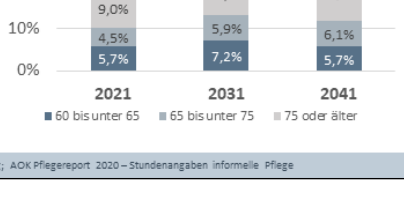
5,4 → 4,0 → 2,9
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 177.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK LANDSHUT – PROFIL LANGZEITPFLEGE

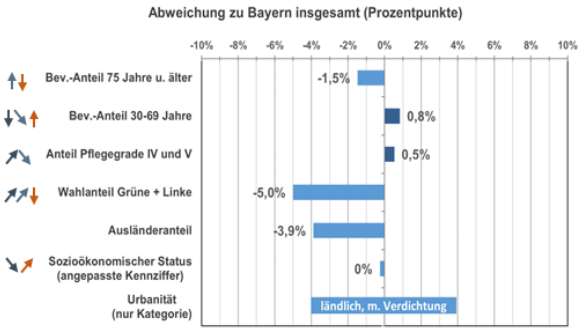


162.331	Bevölkerung 2021
3,6	Pflegequote 2021
5.844	Pflegebedürftige 2021

Davon 11,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

20,4%	15,7%	63,9%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	16,4
22,9	Betreuung:	2,6
	Hauswirtsch.:	3,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 25.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

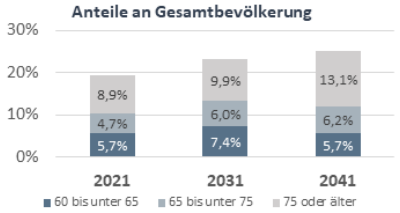
5,6 (2021) → 4,1 (2031) → 3,0 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 158.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

PASSAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE

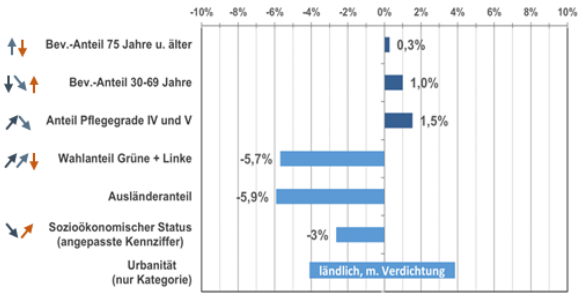


194.090	Bevölkerung 2021
6,4	Pflegequote 2021
12.370	Pflegebedürftige 2021

Davon 11,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,6%	24,4%	59,9%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	18,4
24,9	Betreuung:	2,5
	Hauswirtsch.:	4,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 56.600 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

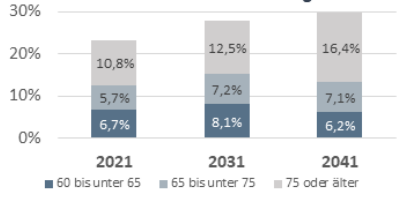
4,5 (2021) → 3,1 (2031) → 2,3 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 417.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



77.176 Bevölkerung 2021

6,2 Pflegequote 2021

4.778 Pflegebedürftige 2021

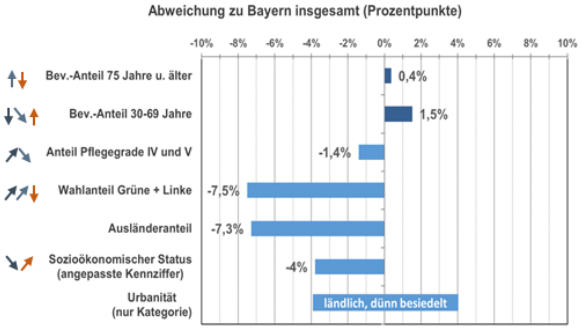
Davon 11,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

17,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

58,9% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **24,4**

Pflege: 17,6
Betreuung: 2,6
Hauswirtsch.: 4,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 21.600 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

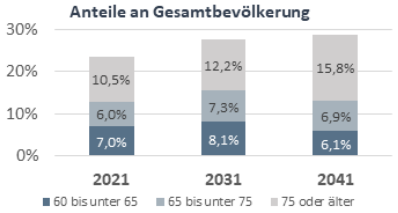
4,6 → 3,2 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 156.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

ROTTAL-INN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



122.252 Bevölkerung 2021

5,5 Pflegequote 2021

6.728 Pflegebedürftige 2021

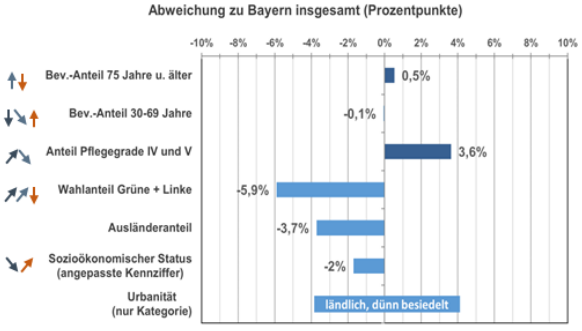
Davon 11,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

53,4% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **33,5**

Pflege: 24,8
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,4

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 41.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

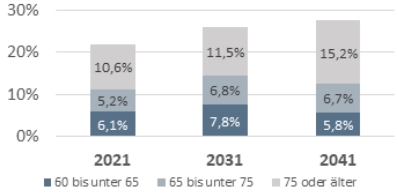
4,5 → 3,4 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 217.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STRAUBING-BOGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



102.398 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

4.787 Pflegebedürftige 2021

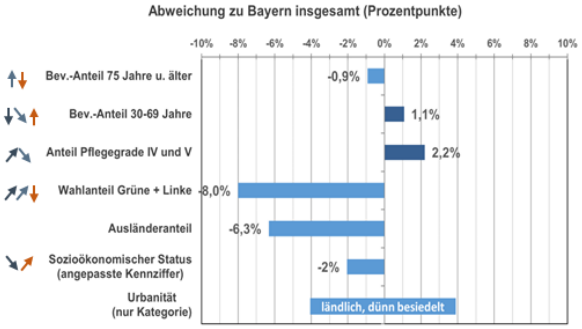
Davon 10,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

11,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

18,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

70,2% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 24,0

Pflege: 17,9
Betreuung: 2,3
Hauswirtsch.: 3,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 21.200** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

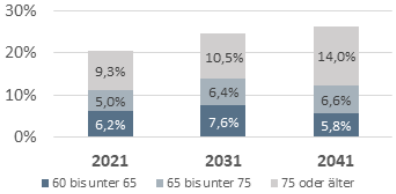
5,3 (2021) → 3,8 (2031) → 2,8 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 171.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

DINGOLFING-LANDAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



98.045 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

4.632 Pflegebedürftige 2021

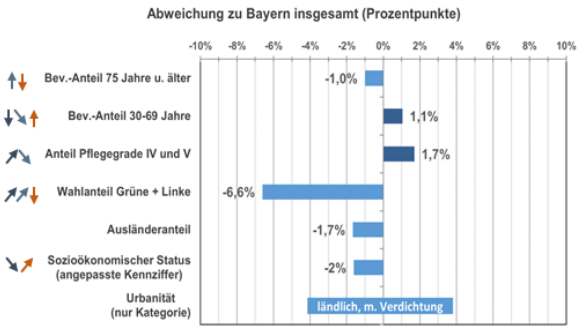
Davon 9,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

16,7% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,7% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 33,4

Pflege: 25,2
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 28.500** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

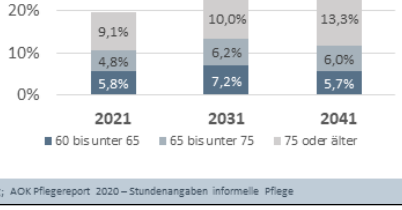
5,5 (2021) → 4,1 (2031) → 3,0 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 157.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

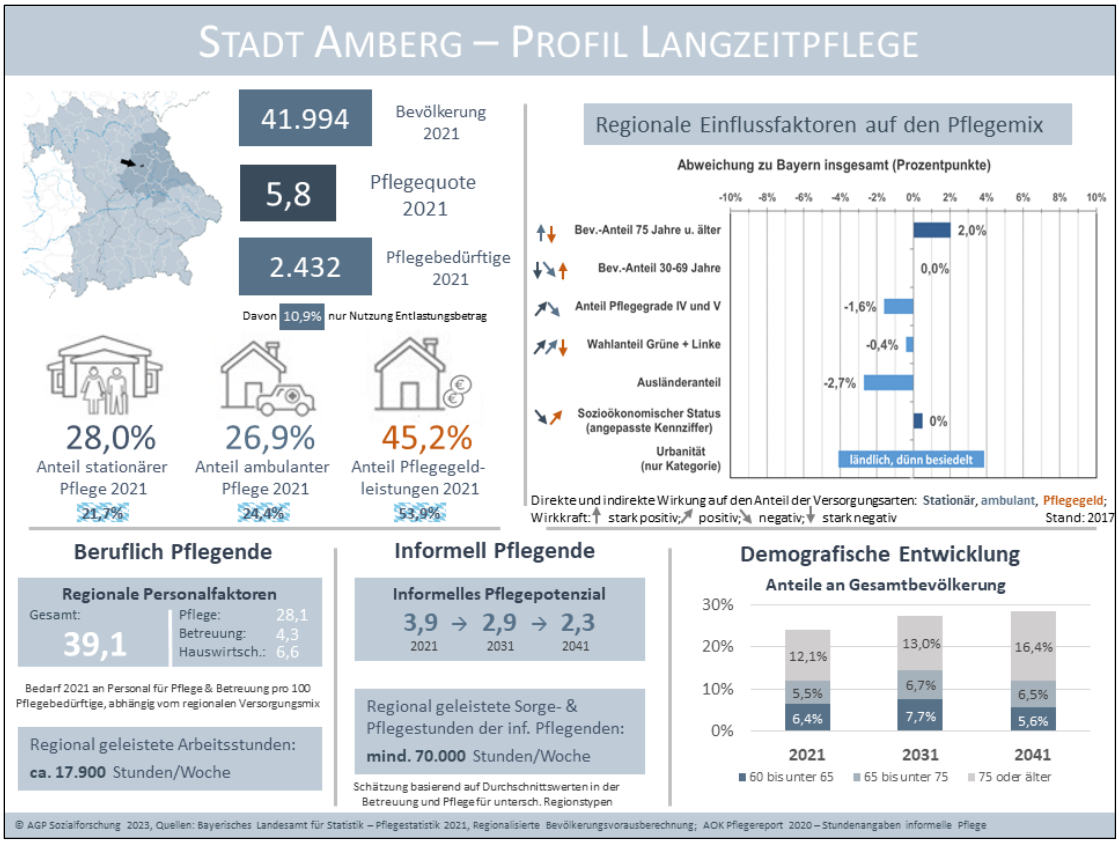
Demografische Entwicklung

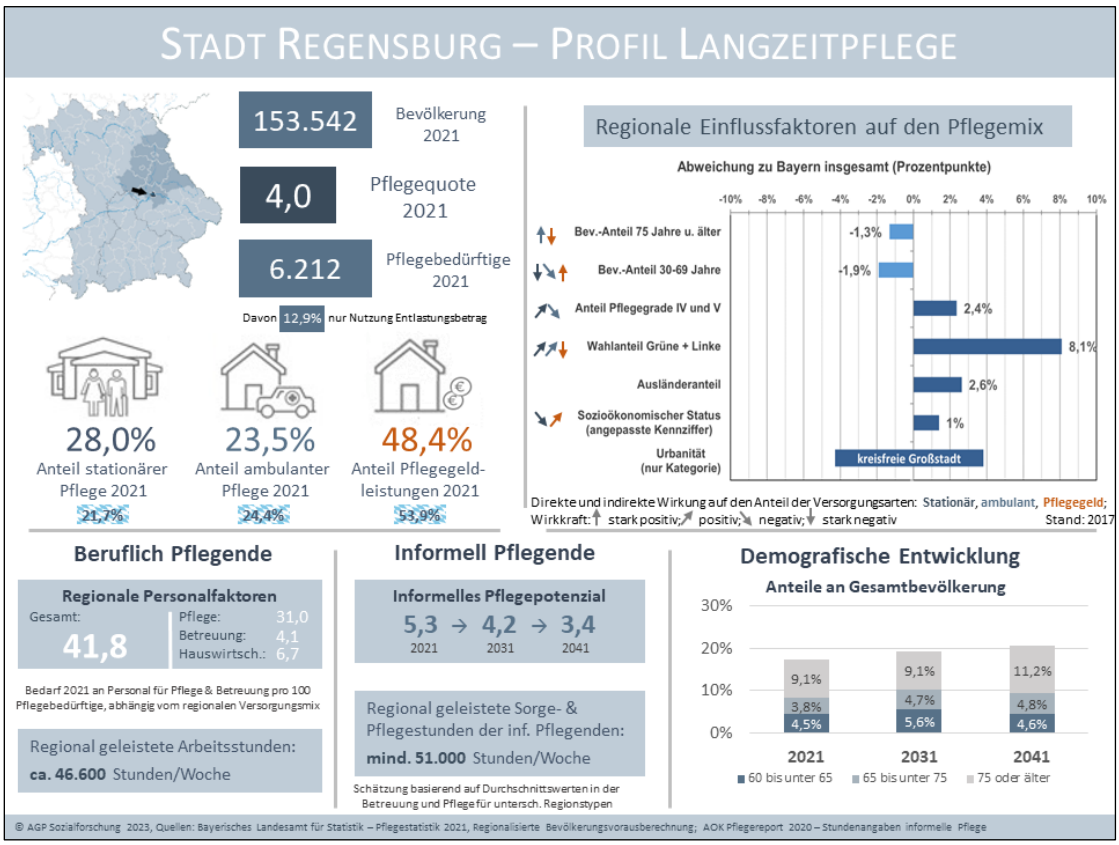
Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK OBERPFALZ





STADT WEIDEN I.D.OPF – PROFIL LANGZEITPFLEGE



42.472 Bevölkerung 2021

6,7 Pflegequote 2021

2.853 Pflegebedürftige 2021

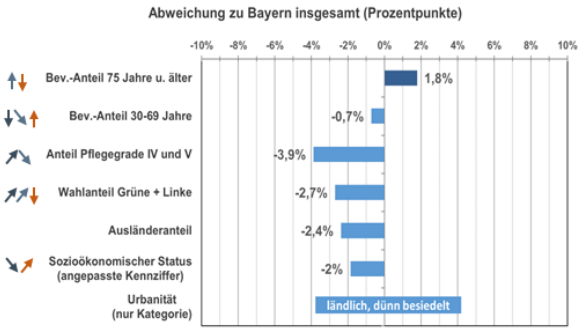
Davon 11,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

36,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

39,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 35,5

Pflege: 26,2
Betreuung: 3,6
Hauswirtsch.: 5,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 18.500** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

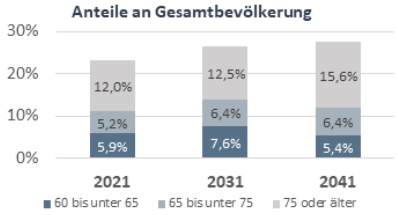
3,9 → 3,0 → 2,3
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 86.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

AMBERG-SULZBACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



103.277 Bevölkerung 2021

4,5 Pflegequote 2021

4.609 Pflegebedürftige 2021

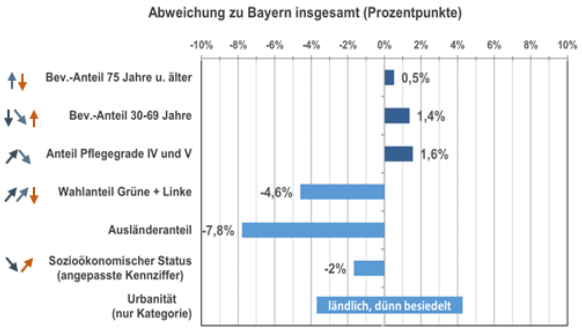
Davon 12,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

27,5% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

17,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

54,8% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 33,3

Pflege: 24,1
Betreuung: 3,6
Hauswirtsch.: 5,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 28.200** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

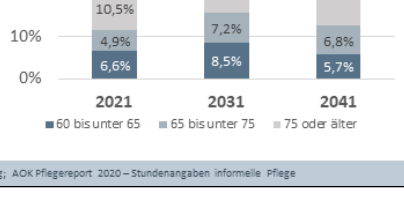
4,7 → 3,4 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 131.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

CHAM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



128.444 Bevölkerung 2021

6,0 Pflegequote 2021

7.652 Pflegebedürftige 2021

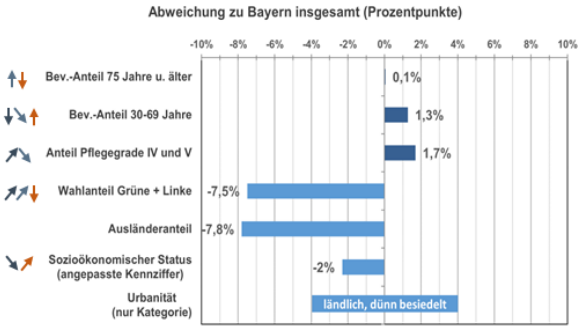
Davon 10,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

18,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

25,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **29,5**

Pflege: 21,8
Betreuung: 3,0
Hauswirtsch.: 4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 42.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

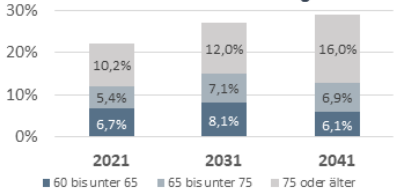
4,8 → 3,3 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 254.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NEUMARKT I.D. OPF. – PROFIL LANGZEITPFLEGE



136.062 Bevölkerung 2021

4,2 Pflegequote 2021

5.751 Pflegebedürftige 2021

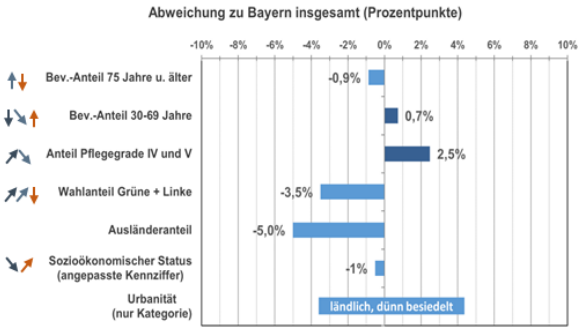
Davon 9,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

16,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,0% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **30,6**

Pflege: 21,9
Betreuung: 3,4
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 33.500 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

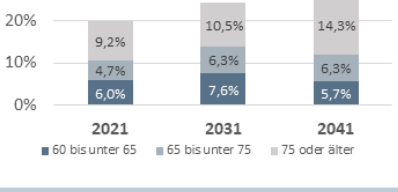
5,4 → 3,8 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 175.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NEUSTADT A.D. WALDNAAB – PROFIL LANGZEITPFLEGE



94.838 Bevölkerung 2021

5,4 Pflegequote 2021

5.119 Pflegebedürftige 2021

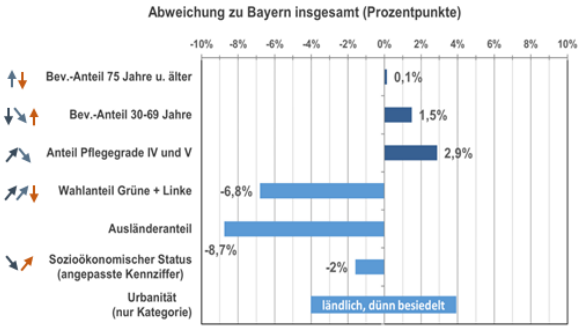
Davon 13,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

21,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

50,4% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 34,2

Pflege: 25,4
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 31.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

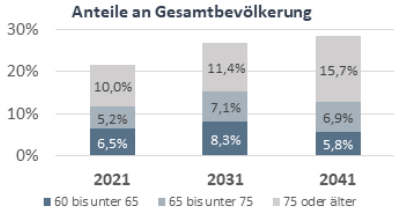
4,9 → 3,4 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 156.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK REGENSBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



195.225 Bevölkerung 2021

4,0 Pflegequote 2021

7.780 Pflegebedürftige 2021

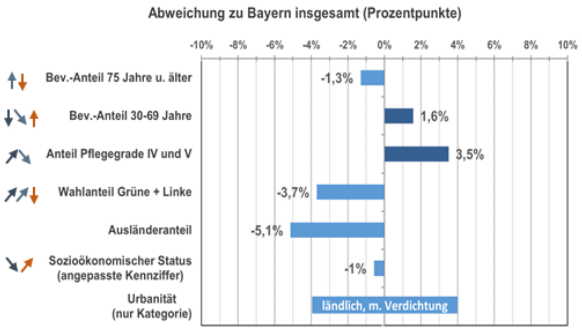
Davon 11,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

17,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,7% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 28,6

Pflege: 20,7
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 41.200 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

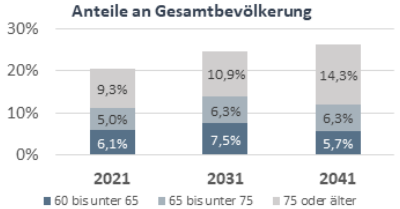
5,4 → 3,7 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 237.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

SCHWANDORF – PROFIL LANGZEITPFLEGE



149.239 Bevölkerung 2021

5,2 Pflegequote 2021

7.823 Pflegebedürftige 2021

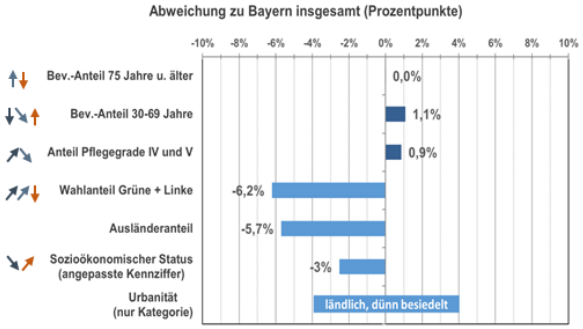
Davon 12,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

53,6% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **32,8**

Pflege: 24,1
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 46.800** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

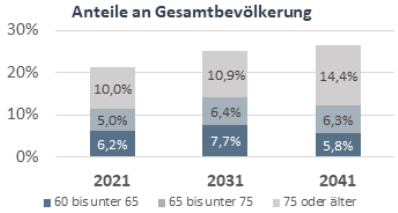
4,9 → 3,6 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 238.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

TIRSCHENREUTH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



71.648 Bevölkerung 2021

5,8 Pflegequote 2021

4.174 Pflegebedürftige 2021

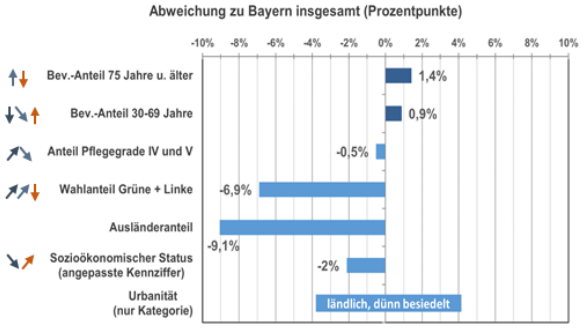
Davon 13,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

46,6% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **34,2**

Pflege: 25,1
Betreuung: 3,5
Hauswirtsch.: 5,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 25.800** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

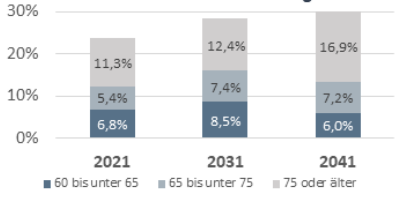
4,3 → 3,1 → 2,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 121.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

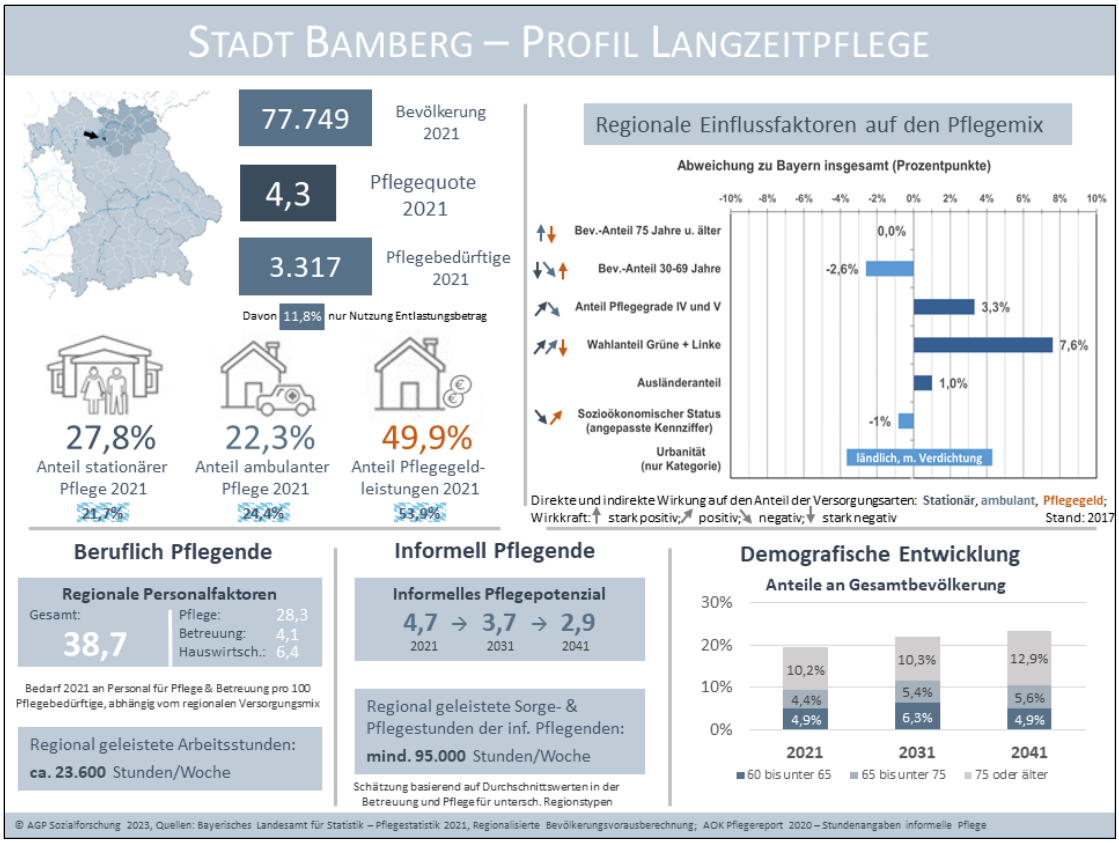
Demografische Entwicklung

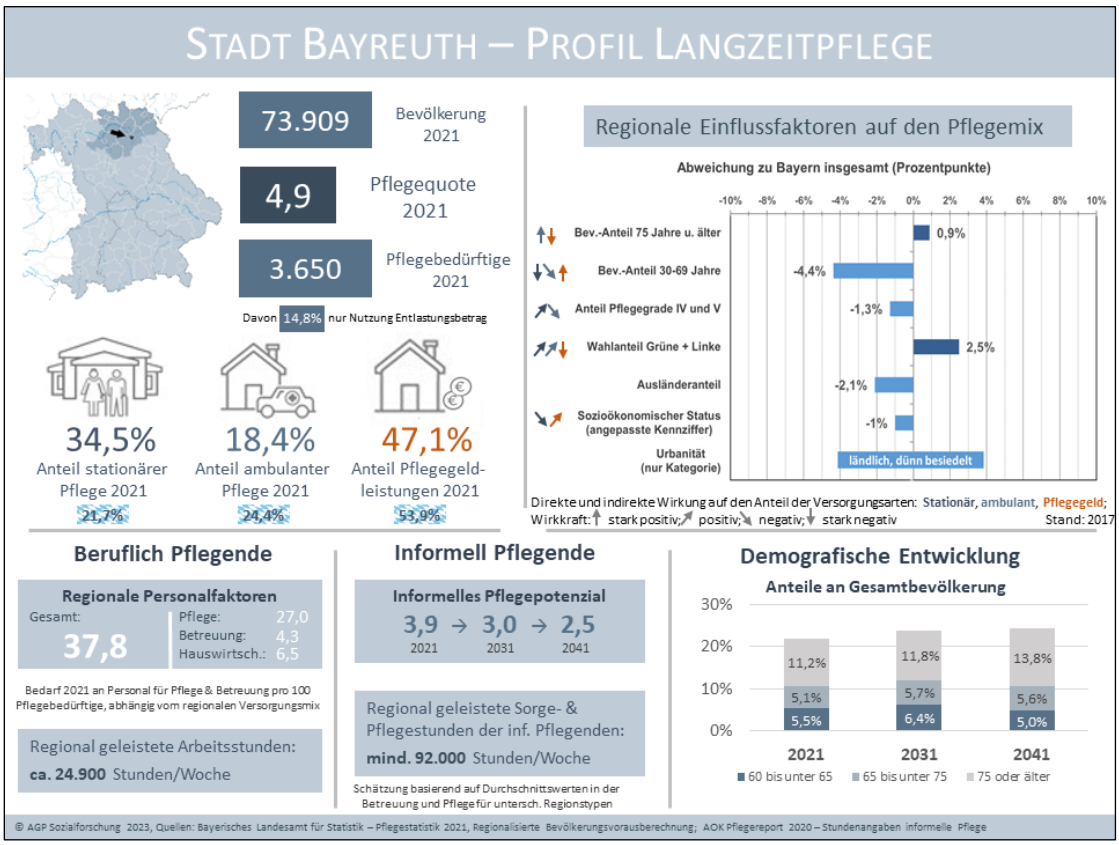
Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK OBERFRANKEN





STADT COBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



40.955 Bevölkerung 2021

6,2 Pflegequote 2021

2.551 Pflegebedürftige 2021

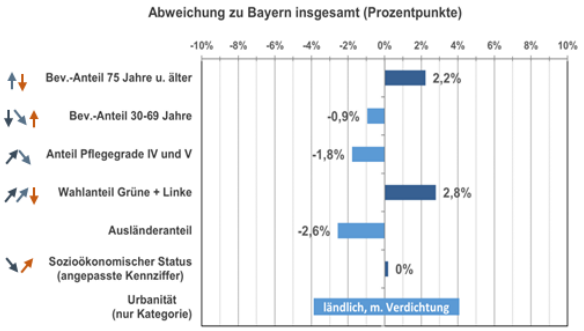
Davon 13,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

30,5% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

45,5% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 33,4

Pflege: 24,4
Betreuung: 3,5
Hauswirtsch.: 5,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 15.400** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

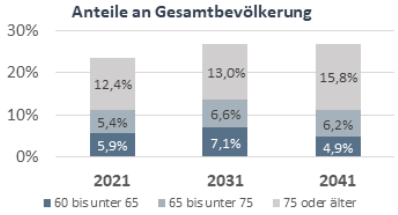
3,8 → 2,8 → 2,3
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 76.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STADT HOF – PROFIL LANGZEITPFLEGE



45.125 Bevölkerung 2021

7,4 Pflegequote 2021

3.331 Pflegebedürftige 2021

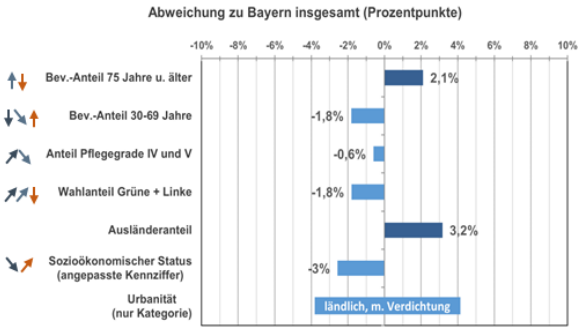
Davon 12,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

24,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,0% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 30,9

Pflege: 22,2
Betreuung: 3,4
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 19.100** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

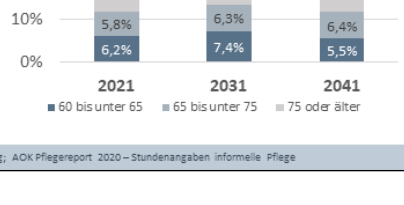
3,7 → 2,8 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 99.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK BAMBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



147.697 Bevölkerung 2021

4,5 Pflegequote 2021

6.592 Pflegebedürftige 2021

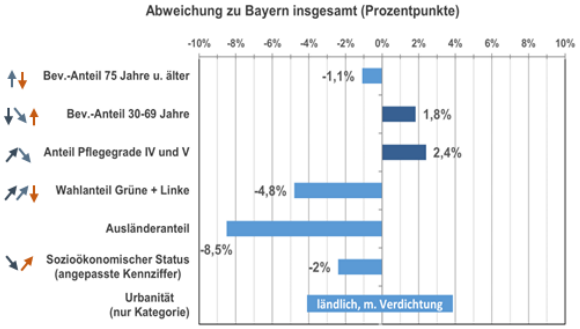
Davon 11,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,9% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 27,5

Pflege: 19,7
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 33.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

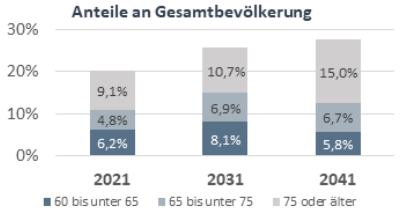
5,5 → 3,8 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 211.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK BAYREUTH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



103.648 Bevölkerung 2021

4,9 Pflegequote 2021

5.068 Pflegebedürftige 2021

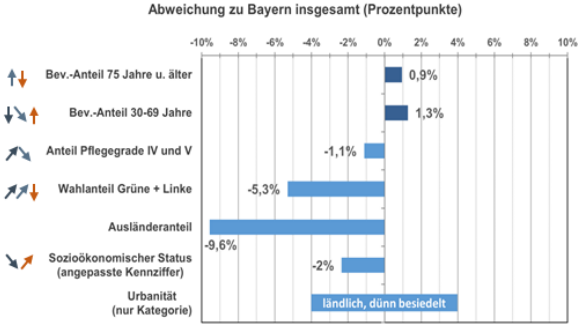
Davon 13,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

25,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

53,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 31,1

Pflege: 22,6
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 28.500** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

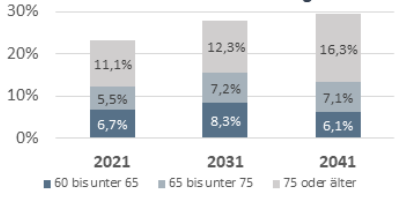
4,4 → 3,2 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 147.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK COBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



86.544 Bevölkerung 2021

6,3 Pflegequote 2021

5.431 Pflegebedürftige 2021

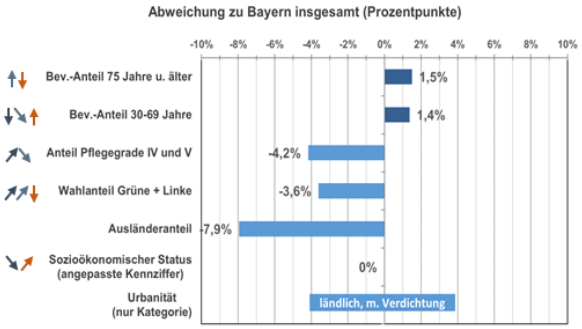
Davon 13,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

30,3% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

50,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 22,8 | Pflege: 16,6 | Betreuung: 2,4 | Hauswirtsch.: 3,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 22.500** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

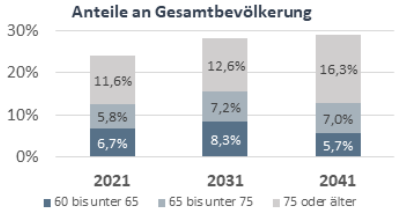
4,3 (2021) → 3,1 (2031) → 2,4 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 171.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

FORCHHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



116.753 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

5.466 Pflegebedürftige 2021

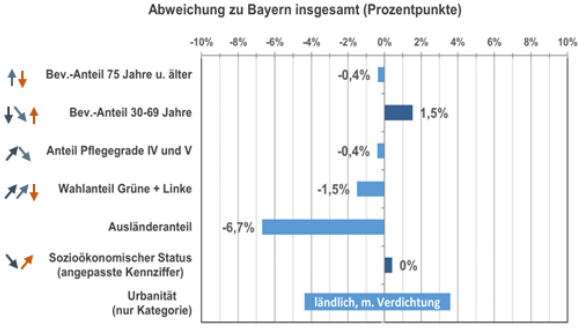
Davon 10,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

16,7% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 28,2 | Pflege: 20,9 | Betreuung: 2,8 | Hauswirtsch.: 4,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 28.300** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

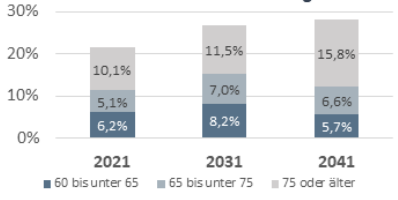
4,9 (2021) → 3,4 (2031) → 2,4 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 183.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK HOF – PROFIL LANGZEITPFLEGE



93.907 Bevölkerung 2021

7,1 Pflegequote 2021

6.658 Pflegebedürftige 2021

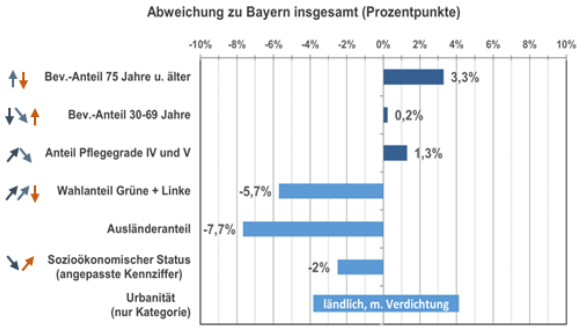
Davon 12,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 22,9

Pflege: 16,3
Betreuung: 2,6
Hauswirtsch.: 3,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 28.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

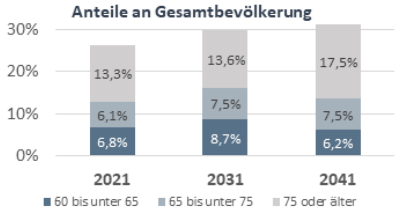
3,6 → 2,8 → 2,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 202.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

KRONACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



66.091 Bevölkerung 2021

7,6 Pflegequote 2021

4.999 Pflegebedürftige 2021

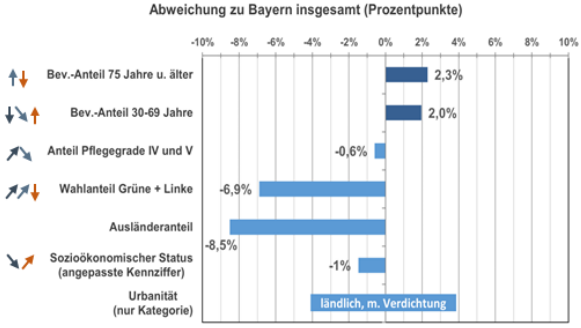
Davon 14,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

32,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

52,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 26,2

Pflege: 19,3
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 23.300 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

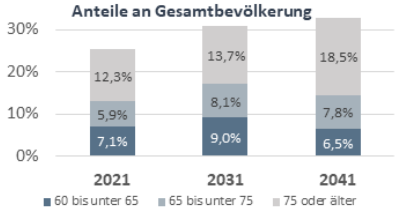
4,0 → 2,9 → 2,0
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 164.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

KULMBACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



71.328 Bevölkerung 2021

6,2 Pflegequote 2021

4.404 Pflegebedürftige 2021

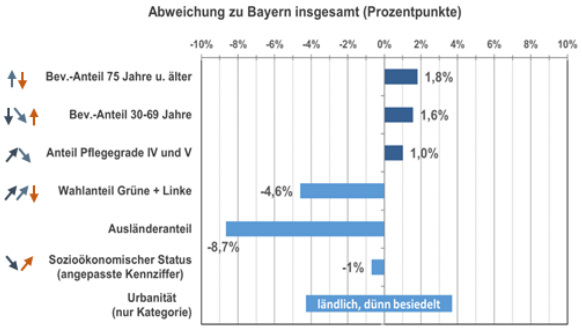
Davon 13,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

28,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

49,8% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **40,0**

Pflege: 29,8
Betreuung: 3,8
Hauswirtsch.: 6,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 31.100** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

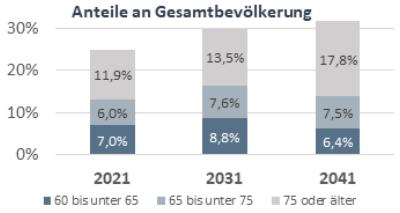
4,1 → 2,9 → 2,1
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 133.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LICHTENFELS – PROFIL LANGZEITPFLEGE



66.741 Bevölkerung 2021

6,6 Pflegequote 2021

4.397 Pflegebedürftige 2021

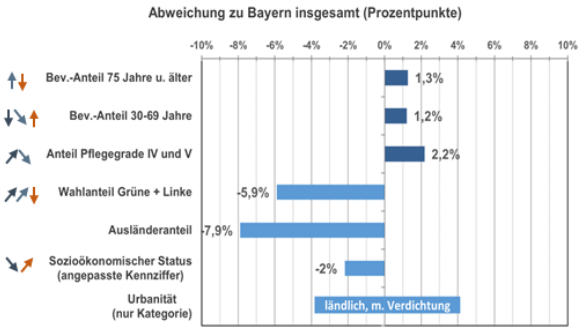
Davon 12,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,9% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

49,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **29,5**

Pflege: 21,4
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 23.800** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

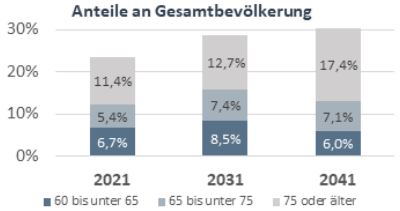
4,3 → 3,1 → 2,2
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 134.000** Stunden/Woche

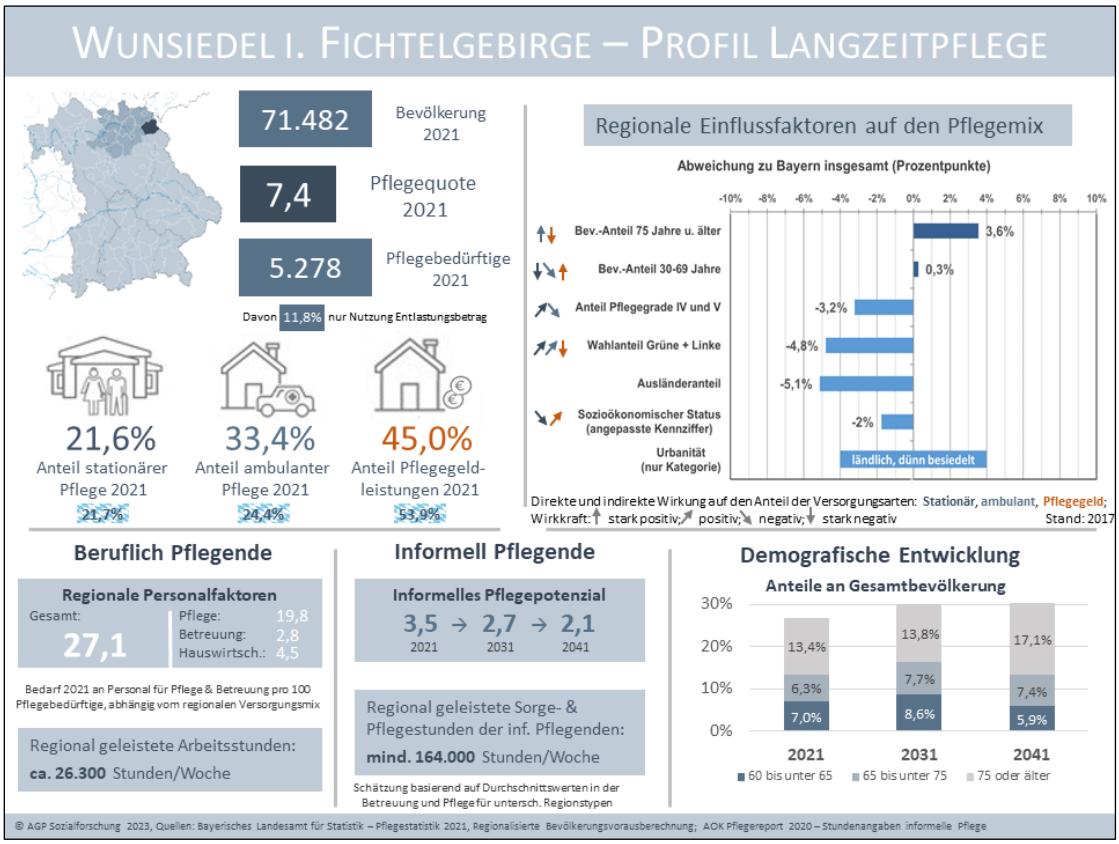
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

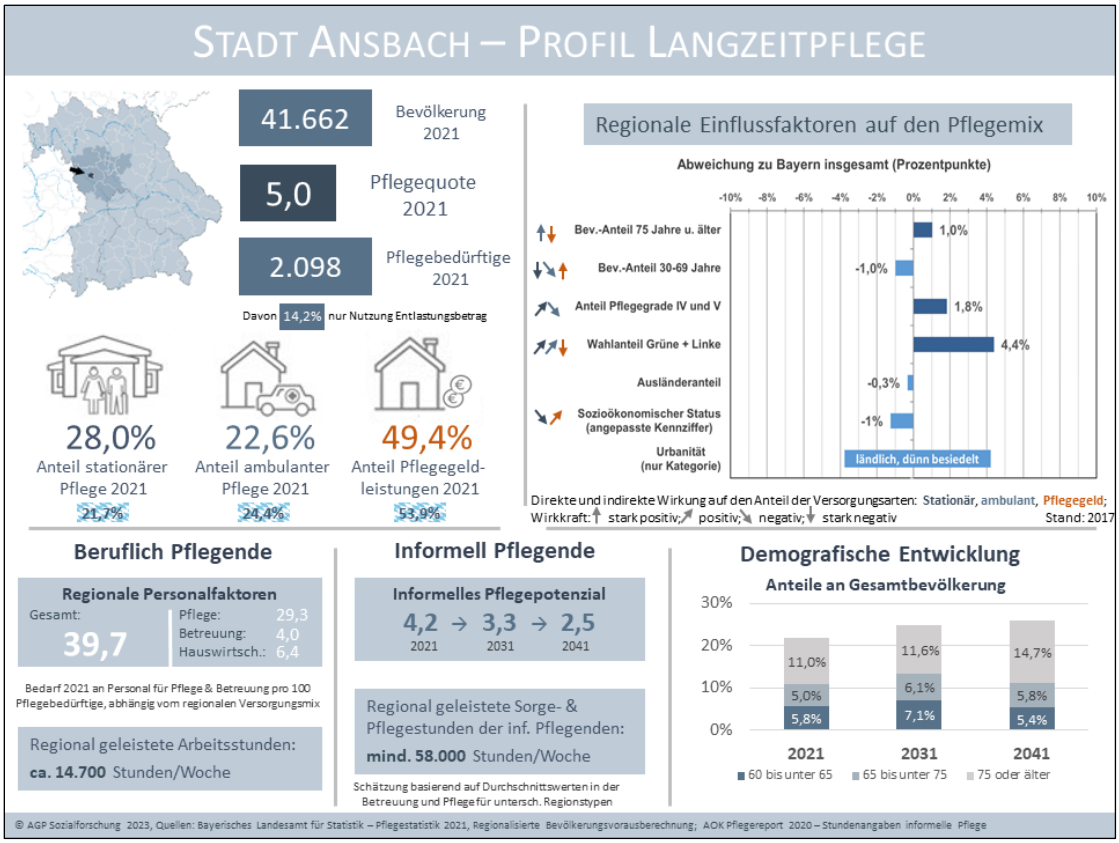
Anteile an Gesamtbevölkerung

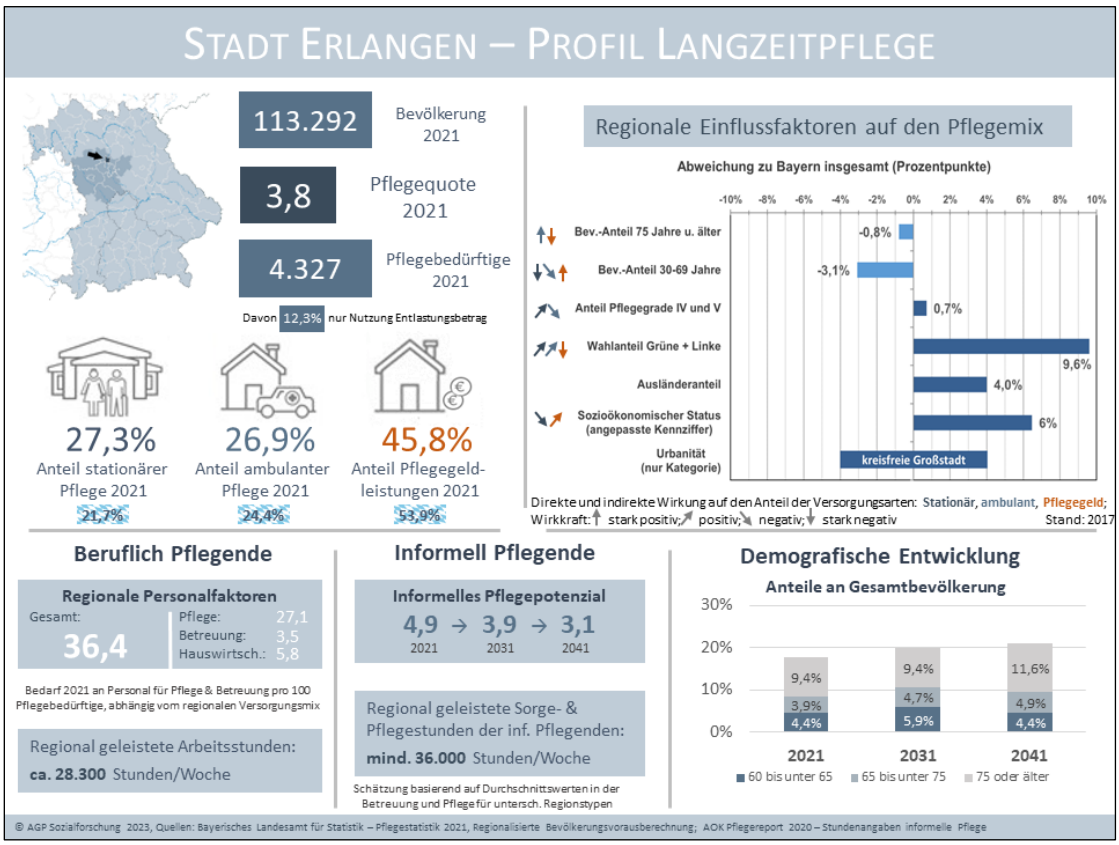


© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege


WUNSIEDEL I. FICHTELGEBIRGE – PROFIL LANGZEITPFLEGE
71.482
Bevölkerung 2021
7,4
Pflegequote 2021
5.278
Pflegebedürftige 2021
Davon 11,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag
21,6%
Anteil stationärer Pflege 2021
21,7%
33,4%
Anteil ambulanter Pflege 2021
24,4%
45,0%
Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
53,9%
Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix
Abweichung zu Bayern insgesamt (Prozentpunkte)
-10% -8% -6% -4% -2% 0% 2% 4% 6% 8% 10%
Bev.-Anteil 75 Jahre u. älter
3,6%
Bev.-Anteil 30-69 Jahre
0,3%
Anteil Pflegegrade IV und V
-3,2%
Wahlanteil Grüne + Linke
-4,8%
Ausländeranteil
-5,1%
Sozioökonomischer Status (angepasste Kennziffer)
-2%
Urbanität (nur Kategorie)
ländlich, dünn besiedelt
Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: stark positiv; positiv; negativ; stark negativ
Stand: 2017
Beruflich Pflegende
Regionale Personalfaktoren
Gesamt:
27,1
Pflege: 19,8
Betreuung: 2,8
Hauswirtsch.: 4,5
Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix
Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 26.300 Stunden/Woche
Informell Pflegende
Informelles Pflegepotenzial
3,5 → 2,7 → 2,1
2021 2031 2041
Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 164.000 Stunden/Woche
Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen
Demografische Entwicklung
Anteile an Gesamtbevölkerung
30%
20%
10%
0%
13,4%
6,3%
7,0%
13,8%
7,7%
8,6%
17,1%
7,4%
5,9%
2021
2031
2041
60 bis unter 65
65 bis unter 75
75 oder älter
© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK MITTELFRANKEN





STADT FÜRTH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



129.122 Bevölkerung 2021

4,2 Pflegequote 2021

25,7% Pflegebedürftige 2021

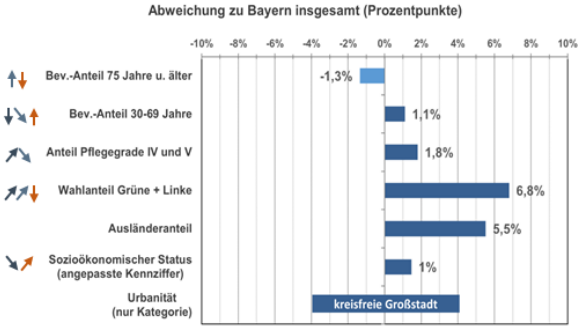
Davon 12,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

25,7% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

18,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 25,2

Pflege: 18,2
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 25.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

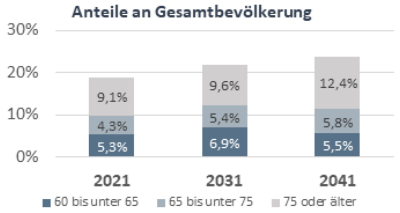
5,5 (2021) → 4,3 (2031) → 3,2 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 46.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STADT NÜRNBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



510.632 Bevölkerung 2021

4,6 Pflegequote 2021

23.642 Pflegebedürftige 2021

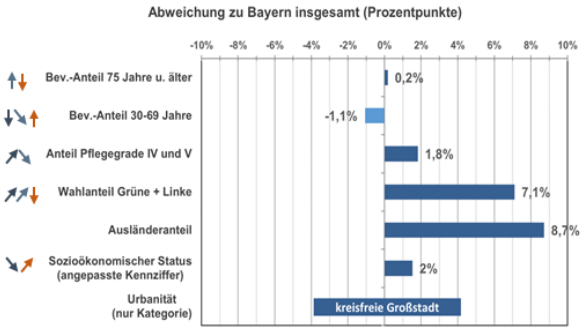
Davon 12,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

24,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 30,5

Pflege: 22,6
Betreuung: 3,0
Hauswirtsch.: 4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 130.800 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

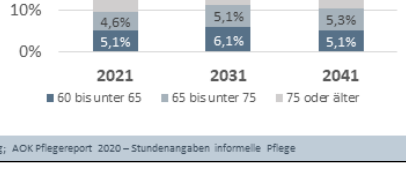
4,5 (2021) → 3,8 (2031) → 3,2 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 204.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STADT SCHWABACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



41.146 Bevölkerung 2021

4,1 Pflegequote 2021

1.676 Pflegebedürftige 2021

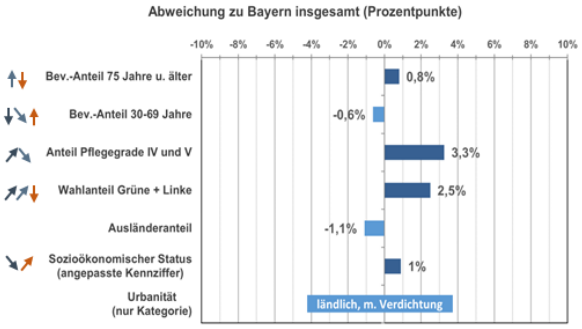
Davon 11,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,7% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

53,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 33,1

Pflege: 24,2
Betreuung: 3,4
Hauswirtsch.: 5,4

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 10.300** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

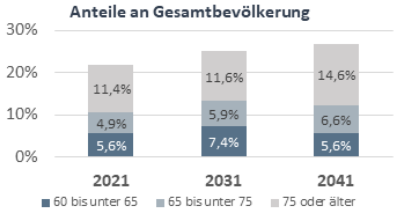
4,2 → 3,4 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 49.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK ANSBACH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



186.279 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

8.701 Pflegebedürftige 2021

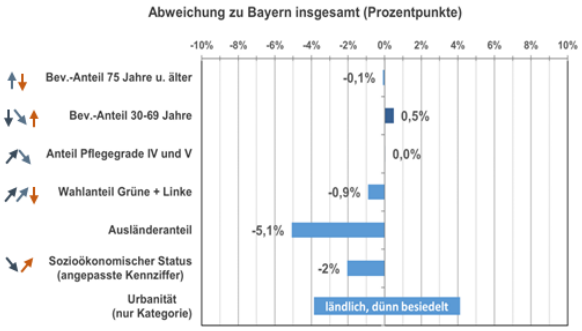
Davon 12,8% nur Nutzung Entlastungsbetrag

21,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

23,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

55,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 31,4

Pflege: 22,9
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,2

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 49.800** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

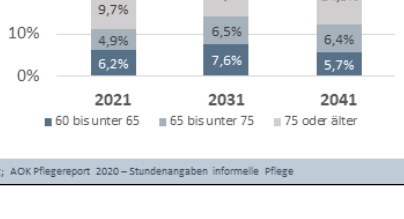
5,0 → 3,6 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 270.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK ERLANGEN-HÖCHSTADT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



139.323 Bevölkerung 2021

3,9 Pflegequote 2021

5.402 Pflegebedürftige 2021

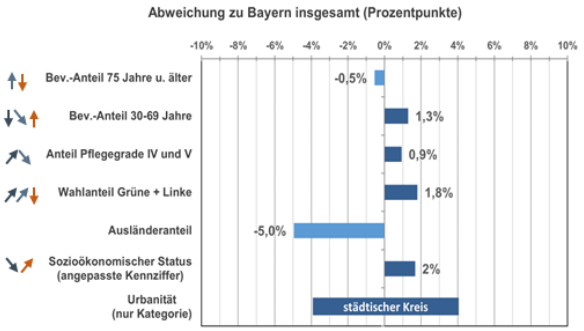
Davon 12,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

20,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

19,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

60,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 22,1

Pflege: 16,0
Betreuung: 2,4
Hauswirtsch.: 3,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 22.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

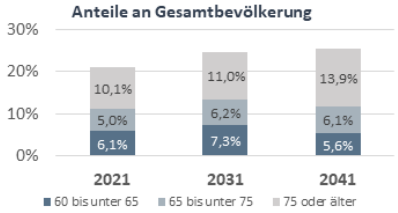
4,9 → 3,7 → 2,9
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 171.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK FÜRTH – PROFIL LANGZEITPFLEGE



119.432 Bevölkerung 2021

4,8 Pflegequote 2021

5.760 Pflegebedürftige 2021

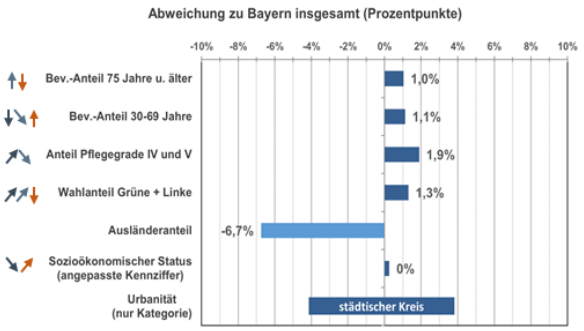
Davon 10,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

25,4% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,4% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 30,5

Pflege: 22,5
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 32.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

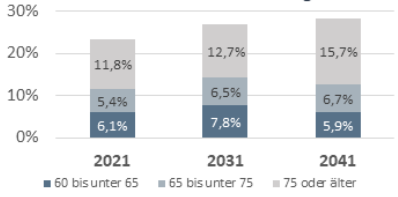
4,1 → 3,1 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 178.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NÜRNBERGER LAND – PROFIL LANGZEITPFLEGE



171.424 Bevölkerung 2021

4,5 Pflegequote 2021

7.736 Pflegebedürftige 2021

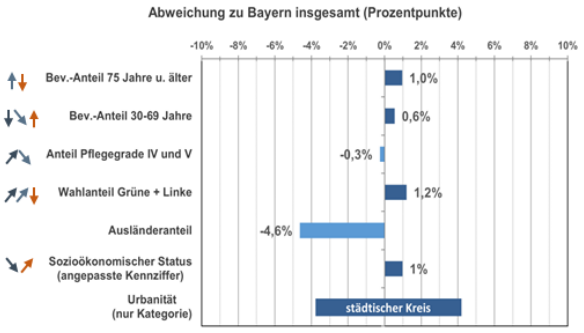
Davon 12,1% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,2% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **27,9**

Pflege: 20,4
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 39.500 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

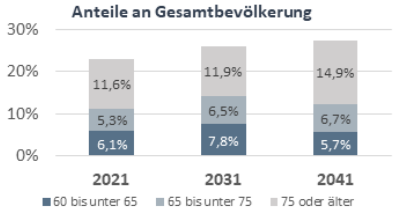
4,2 (2021) → 3,4 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 236.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NEUSTADT A.D. AISCH-BAD WINDSHEIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



101.788 Bevölkerung 2021

4,9 Pflegequote 2021

5.000 Pflegebedürftige 2021

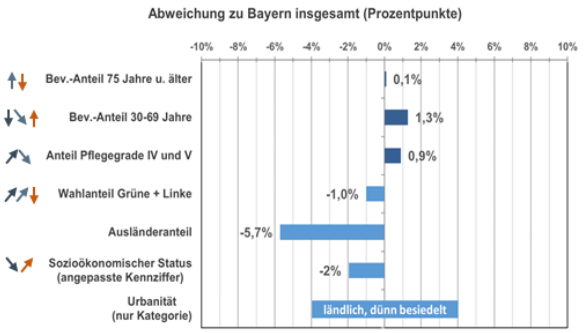
Davon 11,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,0% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

19,5% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

58,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **28,9**

Pflege: 20,8
Betreuung: 3,2
Hauswirtsch.: 4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 26.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

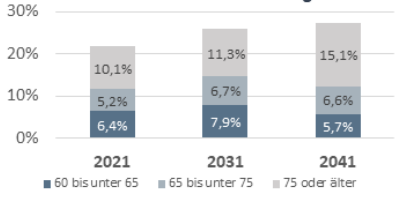
4,8 (2021) → 3,5 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 155.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

ROTH – PROFIL LANGZEITPFLEGE

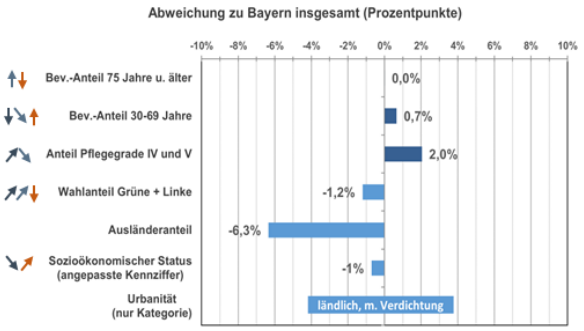


127.520	Bevölkerung 2021
4,8	Pflegequote 2021
6.080	Pflegebedürftige 2021

Davon 10,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
18,6%	28,3%	53,1%
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	20,7
28,2	Betreuung:	2,9
	Hauswirtsch.:	4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 31.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

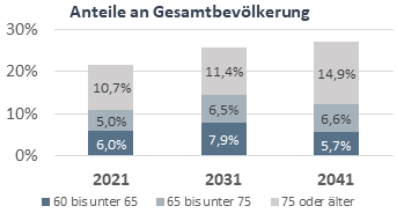
4,6 (2021) → 3,5 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 200.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

WEIßENBURG-GUNZENHAUSEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE

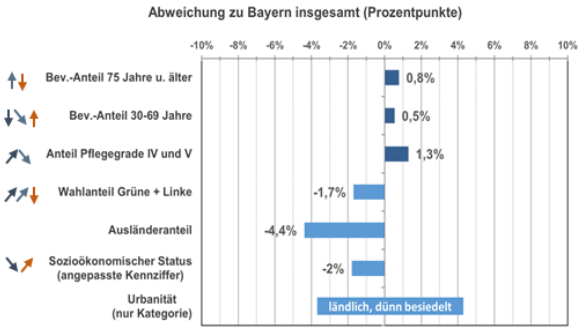


95.523	Bevölkerung 2021
5,1	Pflegequote 2021
4.903	Pflegebedürftige 2021

Davon 11,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
19,3%	29,2%	51,6%
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	23,7
32,3	Betreuung:	3,3
	Hauswirtsch.:	5,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 29.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

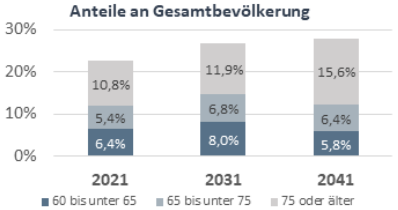
4,4 (2021) → 3,2 (2031) → 2,4 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 158.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

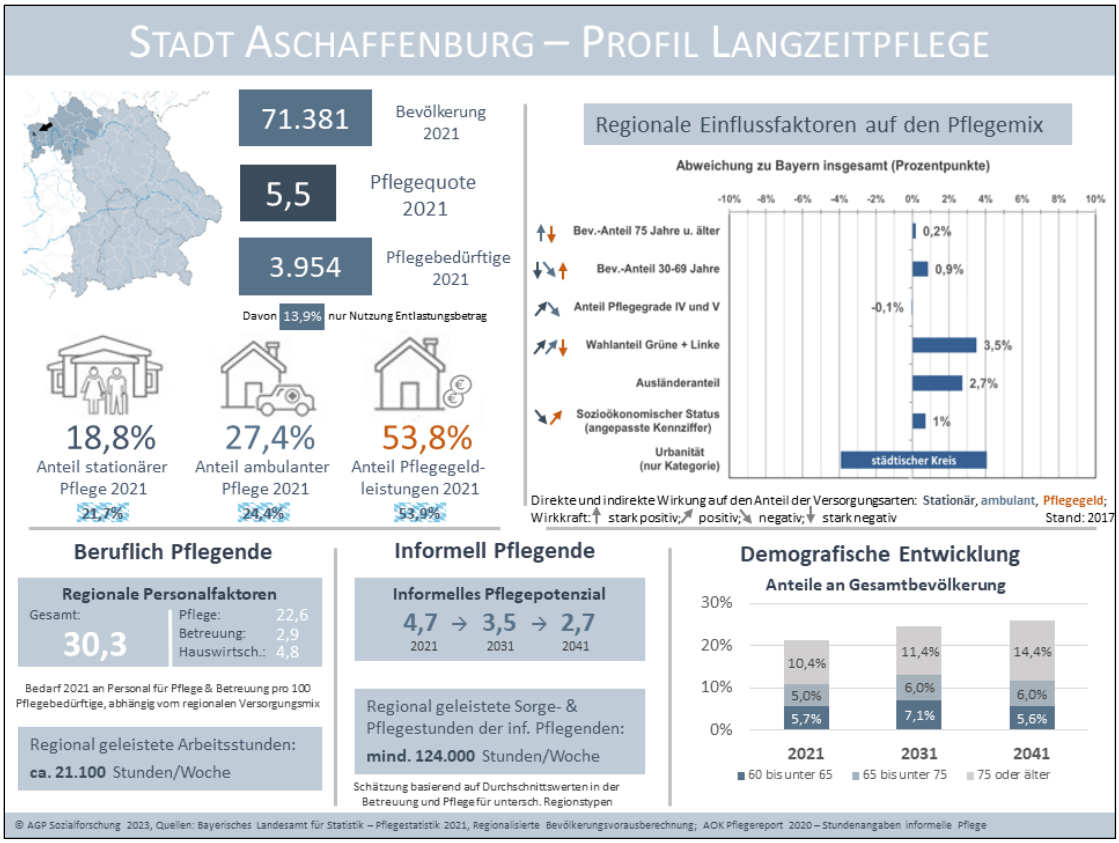
Demografische Entwicklung

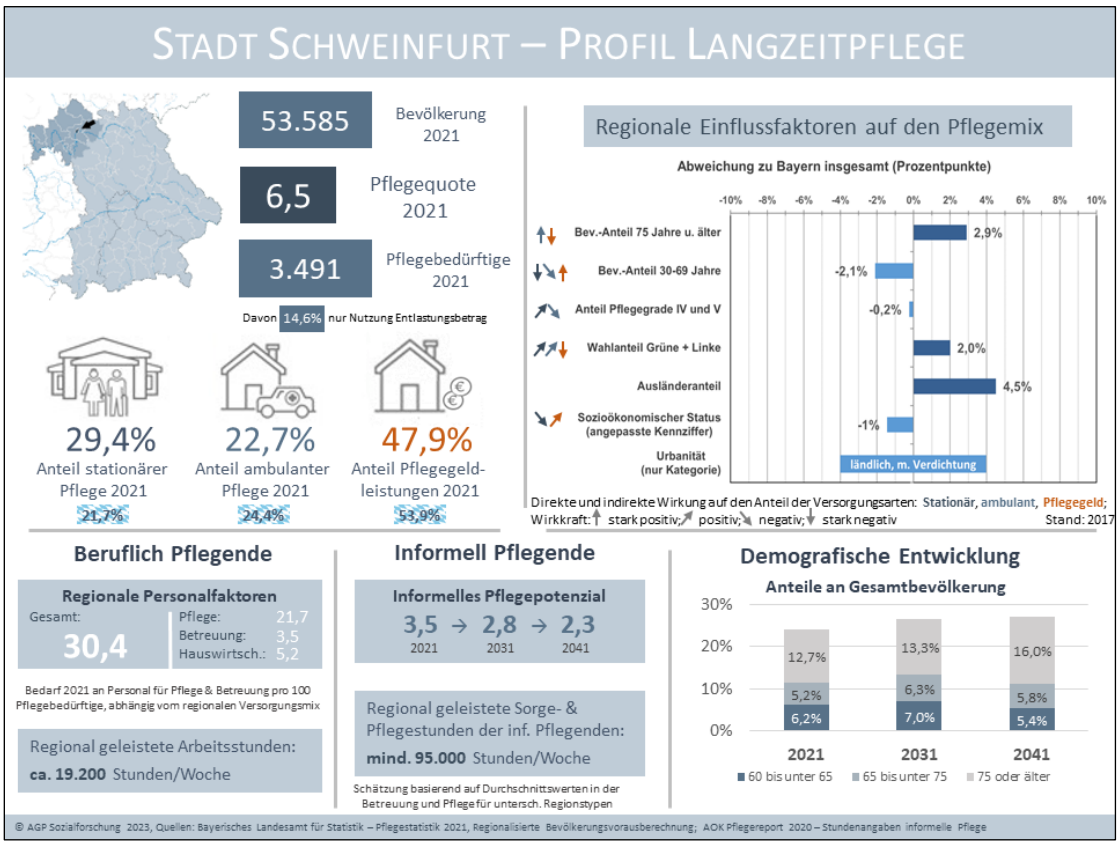
Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK UNTERFRANKEN





STADT WÜRZBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



126.933 Bevölkerung 2021

5,2 Pflegequote 2021

6.558 Pflegebedürftige 2021

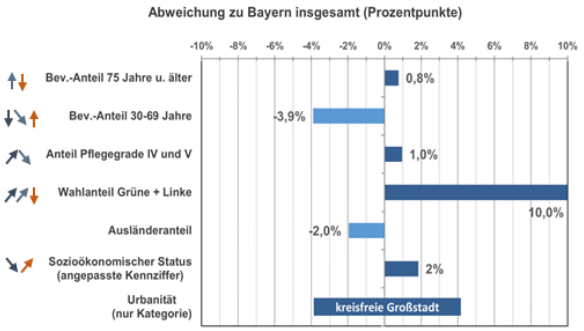
Davon 10,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

29,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

24,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

45,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **35,6**

Pflege: 25,8
Betreuung: 3,8
Hauswirtsch.: 6,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 43.500 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

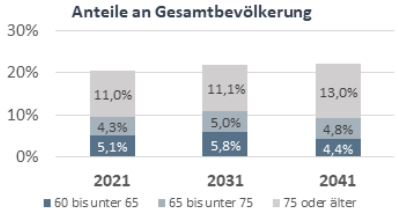
4,0 → 3,1 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 54.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK ASCHAFFENBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



174.965 Bevölkerung 2021

5,1 Pflegequote 2021

8.878 Pflegebedürftige 2021

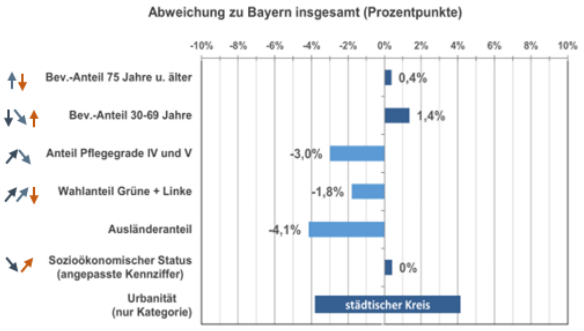
Davon 13,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

19,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

64,9% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **21,0**

Pflege: 15,3
Betreuung: 2,2
Hauswirtsch.: 3,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 33.600 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

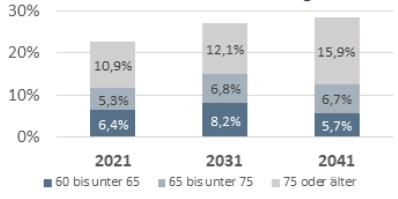
4,5 → 3,3 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 293.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

BAD KISSINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE

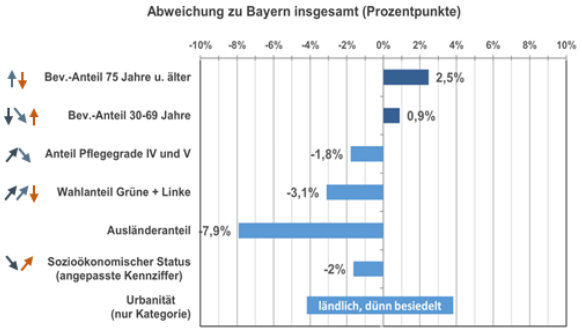


103.454	Bevölkerung 2021
6,7	Pflegequote 2021
6.940	Pflegebedürftige 2021

Davon 13,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

21,5%	31,2%	47,4%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	21,9
29,7	Betreuung:	3,0
	Hauswirtsch.:	4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 37.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

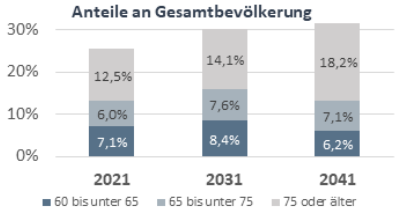
2021	2031	2041
3,8 →	2,7 →	2,0

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 212.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

RHÖN-GRABFELD – PROFIL LANGZEITPFLEGE

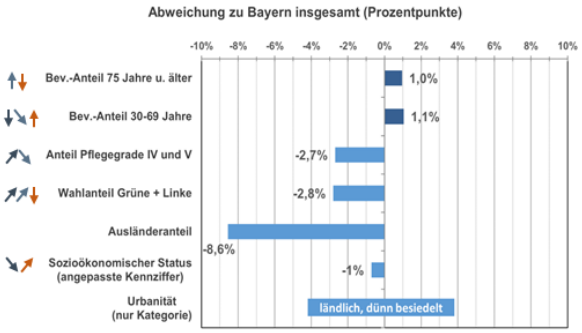


79.376	Bevölkerung 2021
6,1	Pflegequote 2021
4.851	Pflegebedürftige 2021

Davon 12,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,5%	30,4%	50,2%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	21,7
29,4	Betreuung:	3,0
	Hauswirtsch.:	4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 25.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

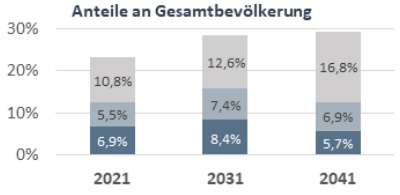
2021	2031	2041
4,4 →	3,0 →	2,2

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 154.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

HAßBERGE – PROFIL LANGZEITPFLEGE



84.284 Bevölkerung 2021

5,1 Pflegequote 2021

4.302 Pflegebedürftige 2021

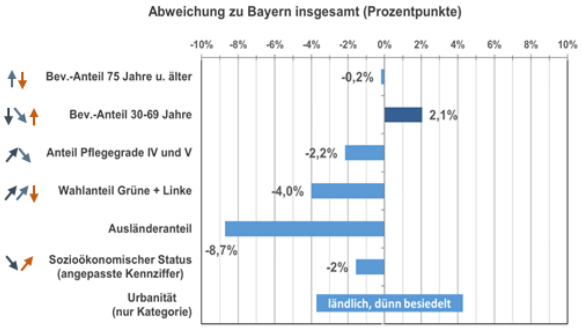
Davon 12,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

14,9% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

19,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

65,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **26,6**

Pflege: 19,6
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 20.600 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

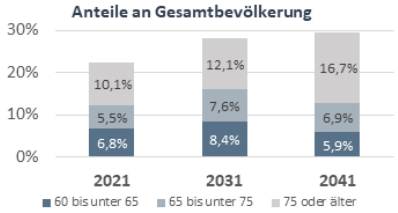
4,9 (2021) → 3,2 (2031) → 2,3 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 144.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

KITZINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



91.980 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

4.297 Pflegebedürftige 2021

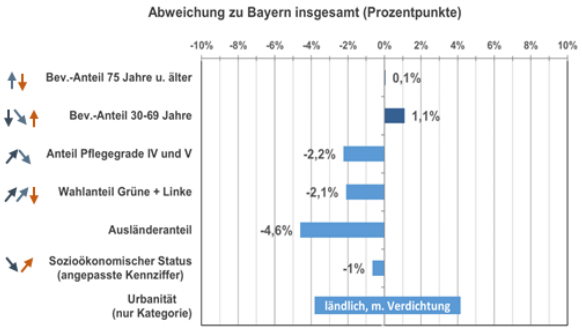
Davon 12,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,1% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

56,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **27,0**

Pflege: 19,5
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 21.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

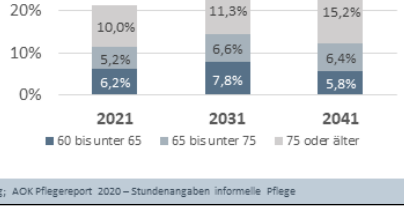
4,9 (2021) → 3,5 (2031) → 2,5 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 132.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

MILTENBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



128.782 Bevölkerung 2021

5,5 Pflegequote 2021

7.058 Pflegebedürftige 2021

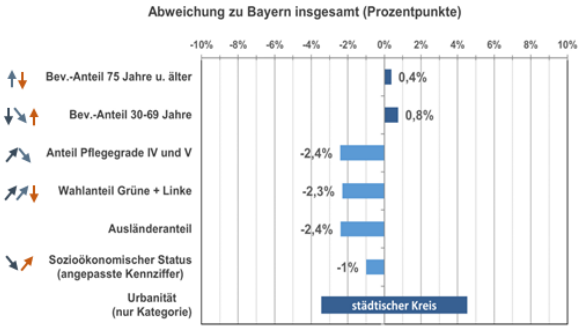
Davon 13,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

17,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

61,3% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **27,5**

Pflege: 20,0
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 35.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

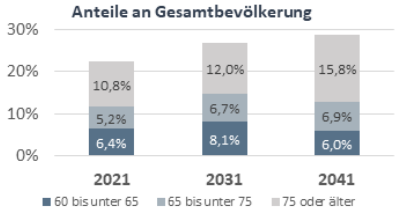
Informelles Pflegepotenzial

4,5 (2021) → 3,3 (2031) → 2,4 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 226.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

MAIN-SPESSART – PROFIL LANGZEITPFLEGE



126.105 Bevölkerung 2021

5,6 Pflegequote 2021

7.061 Pflegebedürftige 2021

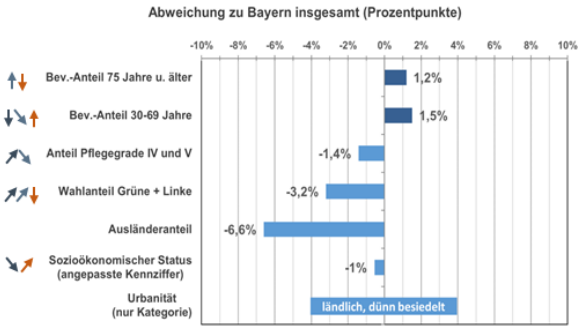
Davon 13,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

60,2% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **25,9**

Pflege: 18,9
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,3

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 33.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

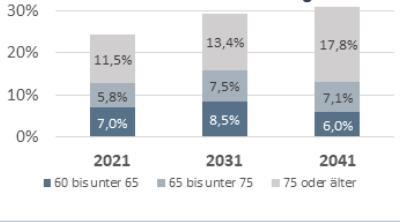
Informelles Pflegepotenzial

4,2 (2021) → 2,9 (2031) → 2,1 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 223.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK SCHWEINFURT – PROFIL LANGZEITPFLEGE



116.134 Bevölkerung 2021

4,9 Pflegequote 2021

5.640 Pflegebedürftige 2021

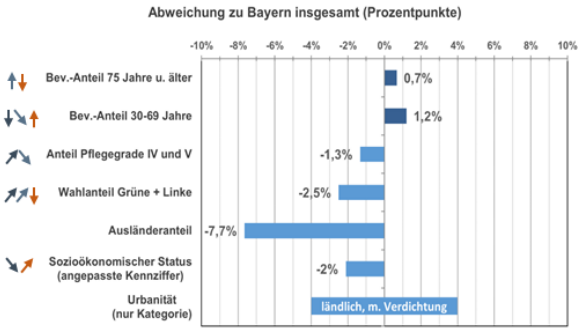
Davon 13,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

21,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

54,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **27,0**

Pflege: 19,4
Betreuung: 3,0
Hauswirtsch.: 4,6

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 27.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

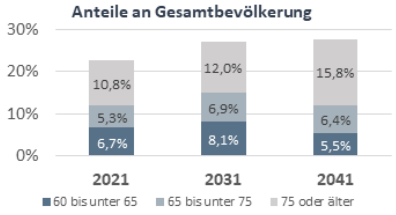
4,5 → 3,2 → 2,4
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 169.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK WÜRZBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



163.534 Bevölkerung 2021

4,3 Pflegequote 2021

7.027 Pflegebedürftige 2021

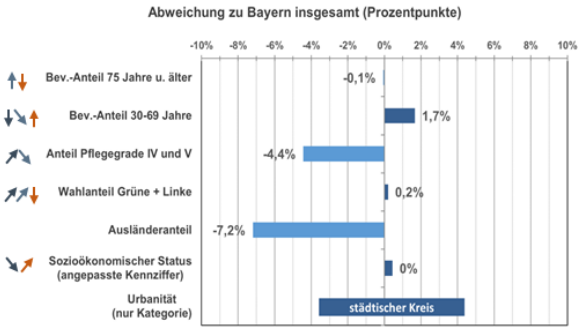
Davon 12,0% nur Nutzung Entlastungsbetrag

15,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

22,5% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

61,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **20,5**

Pflege: 15,0
Betreuung: 2,1
Hauswirtsch.: 3,4

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 26.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

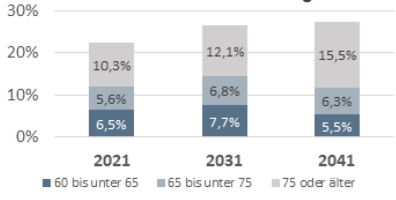
4,7 → 3,2 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 234.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

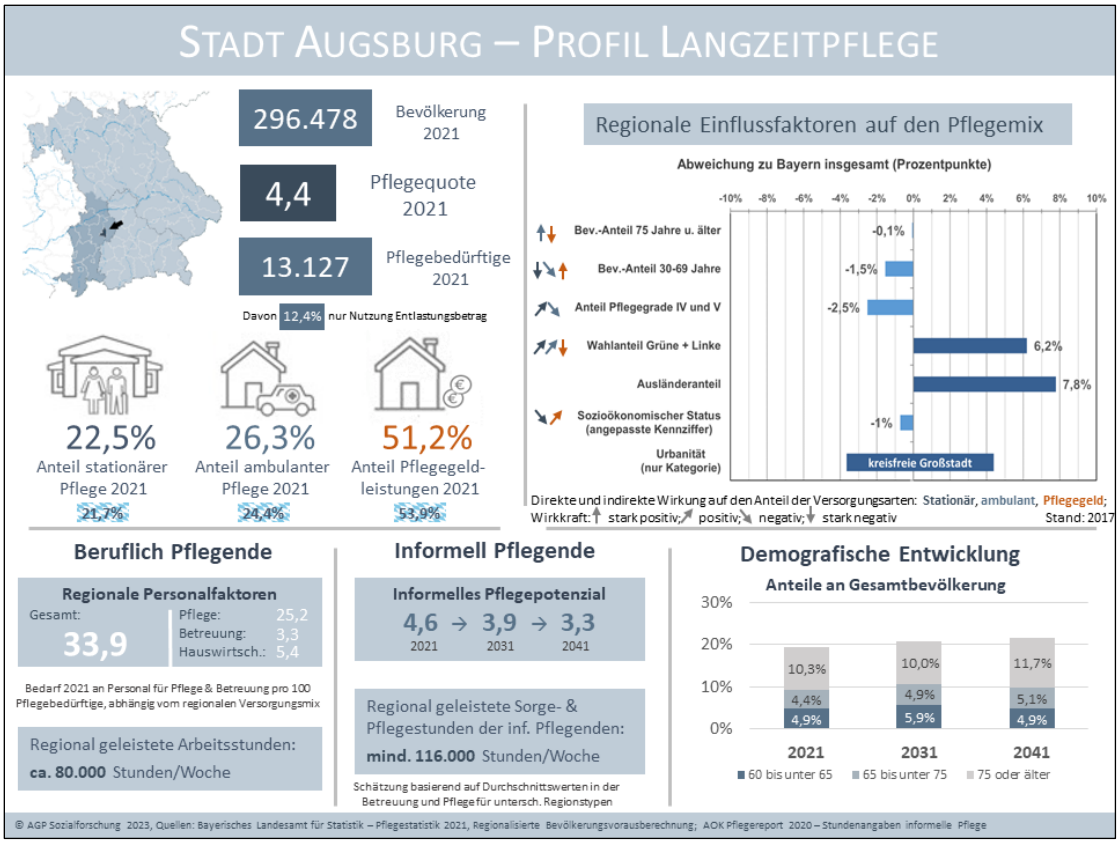
Demografische Entwicklung

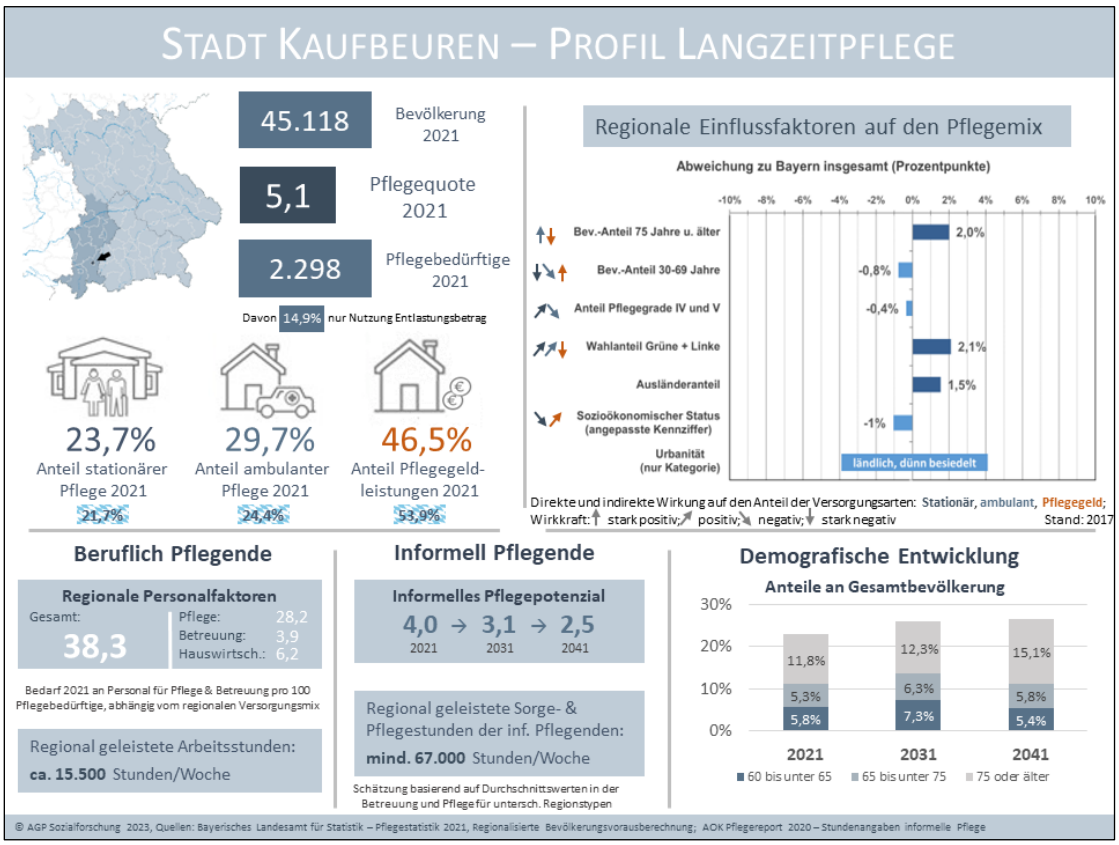
Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

REGIERUNGSBEZIRK SCHWABEN





STADT KEMPTEN (ALLGÄU) – PROFIL LANGZEITPFLEGE



69.053 Bevölkerung 2021

4,5 Pflegequote 2021

3.131 Pflegebedürftige 2021

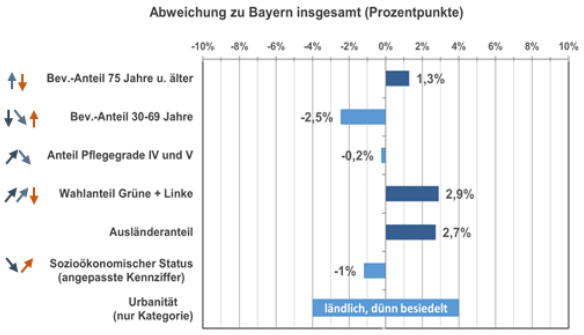
Davon 13,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

18,8% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

30,2% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

51,0% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **36,3**

Pflege: 27,3
Betreuung: 3,4
Hauswirtsch.: 5,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 20.000** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

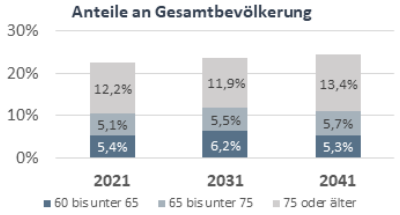
3,8 → 3,2 → 2,8
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 99.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

STADT MEMMINGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



44.721 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

2.115 Pflegebedürftige 2021

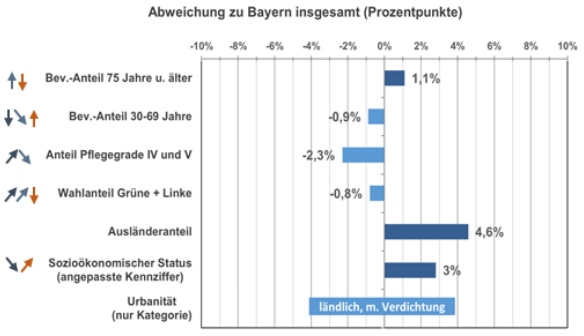
Davon 11,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,2% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

54,0% Anteil Pflegegeldleistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld; Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **34,2**

Pflege: 25,3
Betreuung: 3,4
Hauswirtsch.: 5,5

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 13.200** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

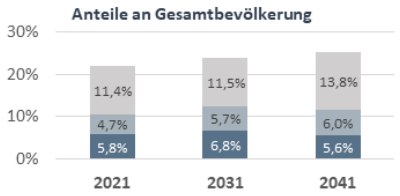
4,2 → 3,4 → 2,8
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 68.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

AICHACH-FRIEDBERG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



135.538 Bevölkerung 2021

3,7 Pflegequote 2021

4.957 Pflegebedürftige 2021

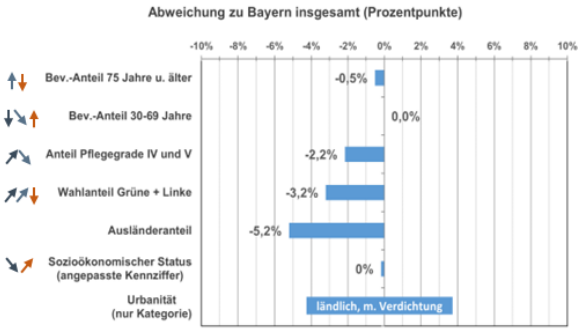
Davon 11,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

20,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

17,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

62,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 24,4

Pflege: 17,6
Betreuung: 2,7
Hauswirtsch.: 4,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 22.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

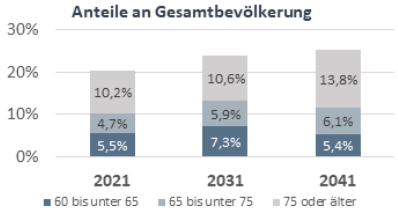
4,8 → 3,7 → 2,8
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 157.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LK AUGSBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



257.790 Bevölkerung 2021

4,3 Pflegequote 2021

11.195 Pflegebedürftige 2021

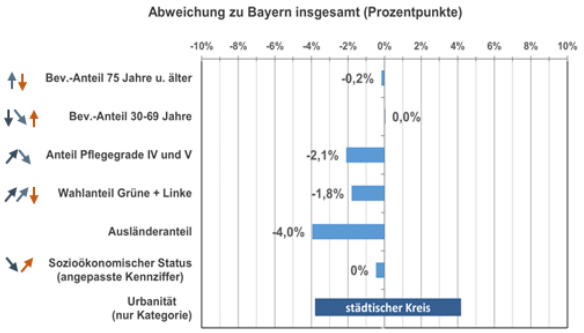
Davon 10,4% nur Nutzung Entlastungsbetrag

17,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

26,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

55,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: 29,3

Pflege: 21,7
Betreuung: 2,9
Hauswirtsch.: 4,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 60.500 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

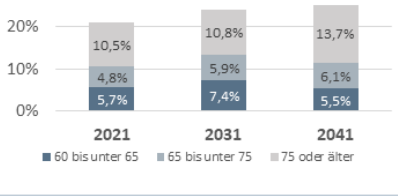
4,6 → 3,7 → 2,8
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 372.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

DILLINGEN A.D. DONAU – PROFIL LANGZEITPFLEGE

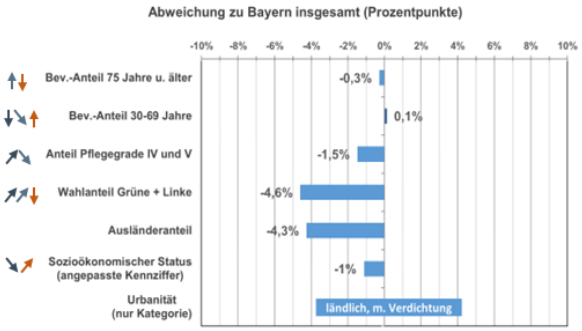


97.985	Bevölkerung 2021
4,7	Pflegequote 2021
4.580	Pflegebedürftige 2021

Davon 13,6% nur Nutzung Entlastungsbetrag

23,7%	17,9%	58,4%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	20,4
28,5	Betreuung:	3,2
	Hauswirtsch.:	4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 23.900 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

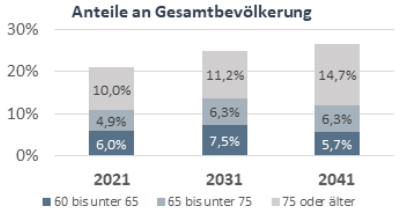
4,8 (2021) → 3,5 (2031) → 2,6 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 136.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

GÜNZBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE

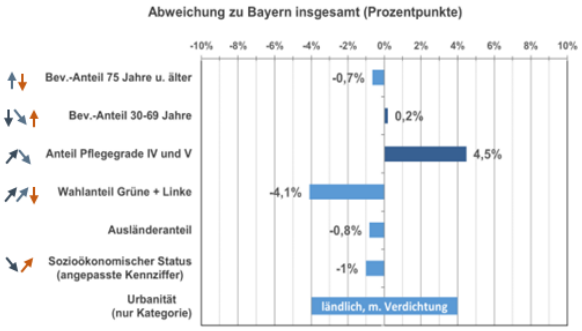


128.436	Bevölkerung 2021
4,5	Pflegequote 2021
5.831	Pflegebedürftige 2021

Davon 12,3% nur Nutzung Entlastungsbetrag

18,3%	22,2%	59,5%
Anteil stationärer Pflege 2021	Anteil ambulanter Pflege 2021	Anteil Pflegegeld-leistungen 2021
21,7%	24,4%	53,9%

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt:	Pflege:	17,9
24,6	Betreuung:	2,6
	Hauswirtsch.:	4,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 26.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

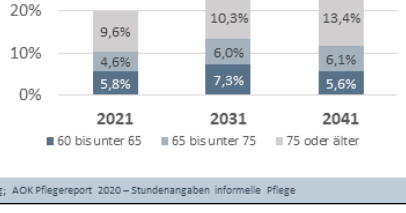
5,1 (2021) → 3,9 (2031) → 2,9 (2041)

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 188.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

NEU-ULM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



177.330 Bevölkerung 2021

4,0 Pflegequote 2021

7.149 Pflegebedürftige 2021

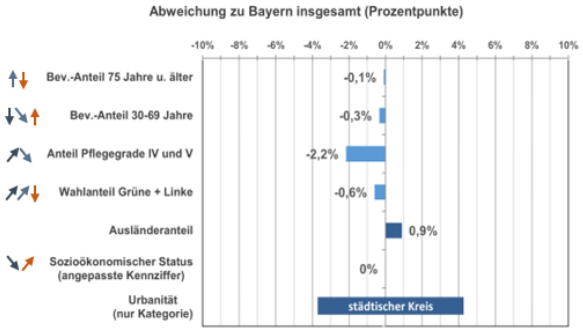
Davon 13,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

20,8% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

57,1% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **28,4**

Pflege: 20,6
Betreuung: 3,0
Hauswirtsch.: 4,7

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 36.700 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

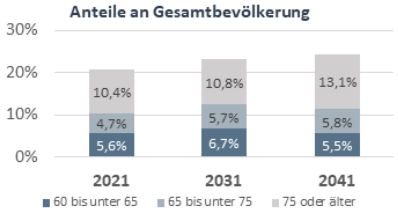
4,6 → 3,7 → 3,0
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 216.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

LINDAU (BODENSEE) – PROFIL LANGZEITPFLEGE



82.330 Bevölkerung 2021

4,7 Pflegequote 2021

3.889 Pflegebedürftige 2021

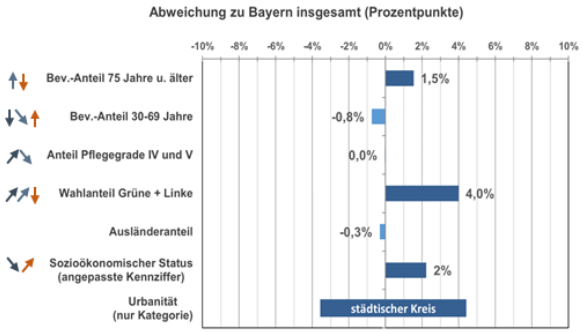
Davon 11,9% nur Nutzung Entlastungsbetrag

26,4% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

27,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

45,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **32,7**

Pflege: 23,8
Betreuung: 3,5
Hauswirtsch.: 5,4

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 23.400 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

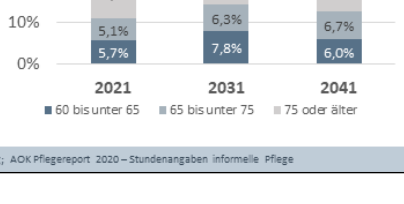
3,9 → 3,2 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 114.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

OSTALLGÄU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



143.236 Bevölkerung 2021

3,6 Pflegequote 2021

5.224 Pflegebedürftige 2021

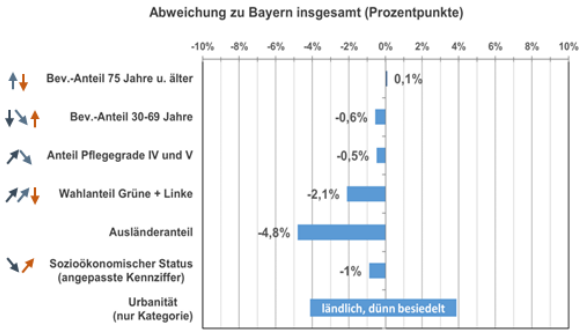
Davon 11,5% nur Nutzung Entlastungsbetrag

18,1% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

24,6% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

57,3% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **30,2**

Pflege: 22,1
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,9

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 28.900** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

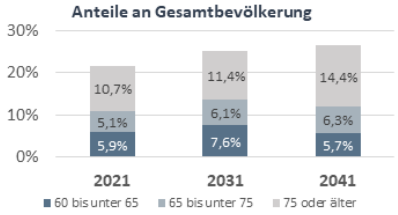
4,5 → 3,4 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 170.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

UNTERALLGÄU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



147.776 Bevölkerung 2021

4,1 Pflegequote 2021

6.128 Pflegebedürftige 2021

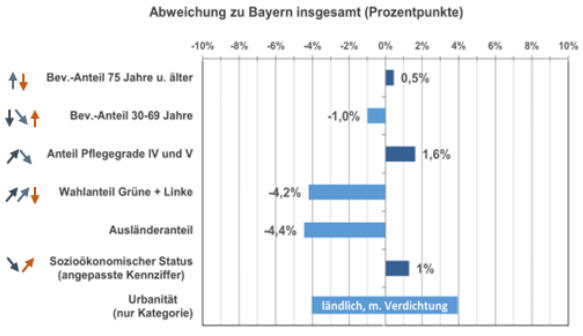
Davon 11,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

22,6% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

22,7% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

54,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **30,5**

Pflege: 22,0
Betreuung: 3,3
Hauswirtsch.: 5,1

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden: **ca. 34.700** Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

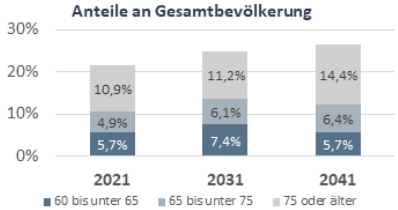
4,4 → 3,5 → 2,7
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden: **mind. 188.000** Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

DONAU-RIES – PROFIL LANGZEITPFLEGE



134.986 Bevölkerung 2021

3,9 Pflegequote 2021

5.317 Pflegebedürftige 2021

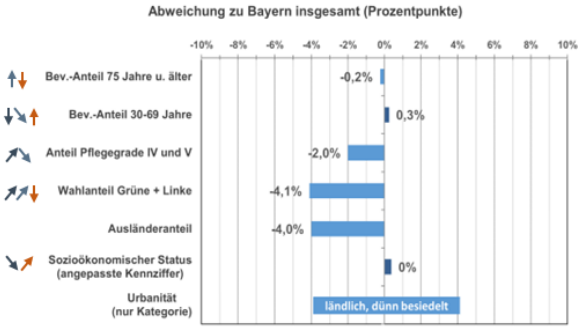
Davon 14,2% nur Nutzung Entlastungsbetrag

19,3% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

22,0% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

58,7% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **30,8**

Pflege: 22,7
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 5,0

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 29.100 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

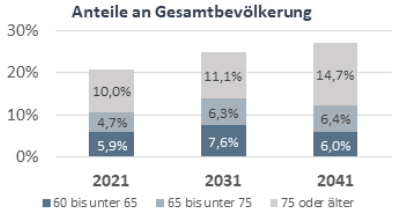
4,9 → 3,6 → 2,6
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 166.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

OBERALLGÄU – PROFIL LANGZEITPFLEGE



157.202 Bevölkerung 2021

3,6 Pflegequote 2021

5.601 Pflegebedürftige 2021

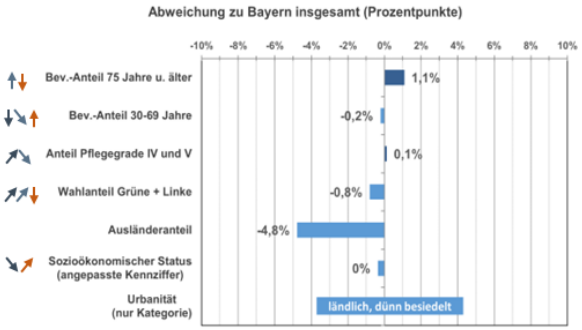
Davon 13,7% nur Nutzung Entlastungsbetrag

21,5% Anteil stationärer Pflege 2021 (21,7%)

18,9% Anteil ambulanter Pflege 2021 (24,4%)

59,6% Anteil Pflegegeld-leistungen 2021 (53,9%)

Regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix



Direkte und indirekte Wirkung auf den Anteil der Versorgungsarten: Stationär, ambulant, Pflegegeld;
Wirkkraft: ↑ stark positiv; ↗ positiv; ↘ negativ; ↓ stark negativ — Stand: 2017

Beruflich Pflegende

Regionale Personalfaktoren

Gesamt: **28,5**

Pflege: 20,6
Betreuung: 3,1
Hauswirtsch.: 4,8

Bedarf 2021 an Personal für Pflege & Betreuung pro 100 Pflegebedürftige, abhängig vom regionalen Versorgungsmix

Regional geleistete Arbeitsstunden:
ca. 29.000 Stunden/Woche

Informell Pflegende

Informelles Pflegepotenzial

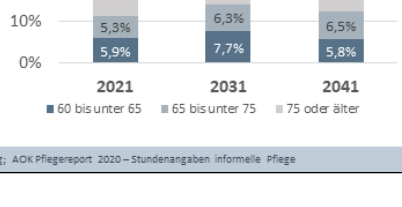
4,0 → 3,2 → 2,5
2021 2031 2041

Regional geleistete Sorge- & Pflegestunden der inf. Pflegenden:
mind. 171.000 Stunden/Woche

Schätzung basierend auf Durchschnittswerten in der Betreuung und Pflege für untersch. Regionstypen

Demografische Entwicklung

Anteile an Gesamtbevölkerung



© AGP Sozialforschung 2023, Quellen: Bayerisches Landesamt für Statistik – Pflegestatistik 2021, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung; AOK Pflegereport 2020 – Stundenangaben informelle Pflege

Anhang

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Multidimensionales Angebots- und Nachfrage-Modell 18
Abb. 2: Anzahl Einwohner*innen über 75 Jahre 2019 bis 2022 24
Abb. 3: Bevölkerung nach Altersklassen 30-75 Jahre und 75+ in 2022 26
Abb. 4: Entwicklung der Anzahl und der prozentualen Veränderung Personen 75+ 2022 bis 2040 27
Abb. 5: Absolute Veränderung 30 bis 75 Jahre und 75+ zwischen 2022 und 2040 29
Abb. 6: Pflegestatistik 2021 30
Abb. 7: Entwicklungen der Anteile der Pflegegrade an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2017-2021 31
Abb. 8: Entwicklung ältere Personen und Pflegebedürftige 2017 bis 2021 in Landkreisen und kreisfreien Städten 33
Abb. 9: Entwicklung ältere Personen und Pflegebedürftige 2017 bis 2021 34
Abb. 10: Veränderung der Pflegequoten in Bayern nach Altersklassen im Zeitverlauf 35
Abb. 11: Altersverteilung und Leistungsformen Pflegebedürftige in Bayern 2021 36
Abb. 12: Pflegebedürftige in Regierungsbezirken 2011-2021 36
Abb. 13: Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach Art und Regierungsbezirken 2021 38
Abb. 14: Prognostik Entwicklung Pflegebedürftige 2025-2070 (Quelle: Destatis) 40
Abb. 15: Prognostik regionale Pflegebedürftigkeit nach Leistungsarten 2050 (Quelle: IGES) 41
Abb. 16: Fallzahlschätzung Menschen mit Demenz in Bayern 2020 43
Abb. 17: Entwicklung Anzahl ambulanter Dienste 2011-2021 45
Abb. 18: Standorte ambulante Dienste 2023 46
Abb. 19: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit ambulanter Pflegedienste in Bayern 47
Abb. 20: Entwicklung Anzahl stationärer Einrichtungen 2011-2021 49
Abb. 21: Entwicklung der verfügbaren Plätze der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen 75+ 50
Abb. 22: Standorte stationäre Einrichtungen 2023 52
Abb. 23: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit stationärer Einrichtungen in Bayern 53
Abb. 24: Standorte Tagespflegeeinrichtungen AOK Pflege-Navigator 2023 54
Abb. 25: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit von Tagespflegeeinrichtungen in Bayern 55
Abb. 26: Entwicklung Anzahl Krankenhäuser 2011-2022 56
Abb. 27: Standorte Krankenhäuser 2021 58
Abb. 28: Entwicklung Anzahl Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2011 bis 2021 59
Abb. 29: Standorte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2021 60
Abb. 30: Standorte Berufsfachschulen im Gesundheitswesen Pflegefachmann/Pflegefachfrau 2023 61
Abb. 31: Heatmap der regionalen Erreichbarkeit von Pflegebildungseinrichtungen in Bayern 62
Abb. 32: Standorte Berufsfachschulen Fachpflegehilfe Altenpflege und Krankenpflege 2023 63
Abb. 33: Basisdaten – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Lkr. Tirschenreuth) 68
Abb. 34: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (LKr. Tirschenreuth) 71
Abb. 35: Bevölkerungsvorausberechnung 2021-2041 73
Abb. 36: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Kulmbach 74
Abb. 37: Handlungsfelder der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Kulmbach 75
Abb. 38: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Landsberg am Lech 78

ANHANG

Abb. 39: Auszug aus der 1. Fortschreibung SPGK Landkreis Landsberg am Lech 2019, S. 17: Prognose Personalmangel 83
Abb. 40: Kreisprofil Langzeitpflege des Landkreises Rosenheim 83
Abb. 41: Auszug 1. Fortschreibung SPGK Landkreis Rosenheim 2017, S. 73: Beurteilung der Entwicklung seit 2011 84
Abb. 42: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2013-2022 90
Abb. 43: Arbeitslose und Arbeitsstellen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2022.....94
Abb. 44: Vollzeitquoten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ambulant und stationär 2021.....97
Abb. 45: Vollzeitquoten Fachpflegehilfe Krankenpflege ambulant und stationär 2021 98
Abb. 46: Berufstätigkeitsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Stichtag Juni 2022 100
Abb. 47: Anteil der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden mit Wohnort=Arbeitsort 2022 101
Abb. 48: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2019 bis 2022 102
Abb. 49: Herkunftsländer Zulassungen Drittstaaten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2022.....103
Abb. 50: Entwicklung sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Altenpflege 2013-2022 105
Abb. 51: Übersicht Arbeitslose und Arbeitsstellen Altenpflege 2022 107
Abb. 52: Vollzeitquoten Altenpflege ambulant und stationär 109
Abb. 53: Mittlere Berufsversverweildauer Altenpflege Stichtag Juni 2022 110
Abb. 54: Anteil der Altenpflegenden mit Wohnort=Arbeitsort 2022.....111
Abb. 55: Arbeitsaufnahme Drittstaatenangehöriger Altenpflege 2019 bis 2022.....112
Abb. 56: Herkunftsländer Zulassungen Drittstaaten Altenpflege 2022 113
Abb. 57: Entwicklung der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss.....115
Abb. 58: Absolvent*innen allgemeinbildender Schulen im Schuljahr 2021.....116
Abb. 59: Gesamtüberblick Pflegeausbildung in Bayern in der Zeitreihenbetrachtung 118
Abb. 60: Altersstruktur der Auszubildenden Pflegefachmann/Pflegefachfrau 2022 120
Abb. 61 Regionale Ausbildungsaktivität Pflegefachmann/Pflegefachfrau 1. Ausbildungsjahr 2022.....123
Abb. 62: Aktive Standorte Qualifizierung Fachpflegehilfe Krankenpflege mit Schülerzahlen 2022/2023 124
Abb. 63: Aktive Standorte Qualifizierung Fachpflegehilfe Altenpflege mit Schülerzahlen 2022/2023 126
Abb. 64: Fallzahlschätzung der Zugänge und Abgänge in der Fachpflege 2024 bis 2030 129
Abb. 65: Intra- und intersektorielle Mobilität Pflegender (Fachqualifikation) in 2022 132
Abb. 66: Indexwerte fachpflegerische Versorgungssicherung in Regionen 2023 137
Abb. 67: Ranking der Indexwerte zur regionalen Versorgungssicherheit in Bayern 2023 140
Abb. 68: Einschätzungen zur aktuellen Personalsituation in Versorgungseinrichtungen 146
Abb. 69: Einschätzungen zu Auswirkungen des Fachkräftemangels (ambulant und stationär).....148
Abb. 70: Einschätzungen zur Personalgewinnung von Pflegenden aus Drittstaaten 149
Abb. 71: Einschätzungen zur Personalveränderung durch Einführung des PeBeM 151
Abb. 72: Einschätzungen zur Fachhelferinnen- und helfereinbindung 152
Abb. 73: Einschätzungen zum Dokumentationsaufwand der PPR 2.0 154
Abb. 74: Einschätzungen der Personalbedarfsänderung durch die Einführung der PPR 2.0 155
Abb. 75: Einschätzungen zur PPR 2.0 als Personalerfassungsinstrument 156
Abb. 76: Ausbildungsstatus der Einrichtungen 157
Abb. 77: Organisationsform der Vertragsgestaltungen 158
Abb. 78: Einschätzungen zur Gewinnung von generalistisch ausgebildeten Pflegenden.....161
Abb. 79: Einschätzungen zu Auszubildenden und zur Ausbildungssituation 1 163
Abb. 80: Einschätzungen zu Auszubildenden und zur Ausbildungssituation 2 164

Abb. 81: Einschätzungen zur Ausbildungsorganisation 165
Abb. 82: Einschätzungen zur akademischen Qualifizierung 1 167
Abb. 83: Einschätzungen zur akademischen Qualifizierung 2 168
Abb. 84: Ausschöpfungsquote der Ausbildungsplätze 171
Abb. 85: Übersicht Bewerberanteile Menschen mit Fluchterfahrung 172
Abb. 86: Übersicht Bewerberanteile Menschen aus Drittstaaten 173
Abb. 87: Übersicht zu Anteilen von Auszubildenden nach schulischer Eingangsqualifikation 174
Abb. 88: Einschätzungen bezogen auf Nachfrage und Veränderungsoptionen 175
Abb. 89: Entwicklungsprozesse der ausbildungsbezogenen Curricula 176
Abb. 90: Einschätzungen zur Umsetzung der Curricula 177
Abb. 91: Evaluation und Effekte der Curriculumarbeit 178
Abb. 92: Erfolgreich eingesetzte Maßnahmen im Rahmen der Curriculumentwicklung 179
Abb. 93: Gründe, die für einen Ausbildungsverbund sprechen I 180
Abb. 94: Gründe, die für einen Ausbildungsverbund sprechen II 181
Abb. 95: Gründe, die gegen einen Ausbildungsverbund sprechen 181
Abb. 96: Einschätzungen zur Zusammenarbeit der Ausbildungsverbünde 182
Abb. 97: Einschätzungen zur Realisierung der Praxisanleitung 183
Abb. 98: Einschätzungen zur Praxisanleitung 184
Abb. 99: Einschätzung zur Praxisbegleitung durch Lehrende 185
Abb. 100: Einschätzungen zur Akzeptanz und Integration generalistischer Auszubildender 186
Abb. 101: Einschätzungen zur Vorbereitung und beruflichen Bindung 187

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Quellen der Sekundärdatenanalyse 20
Tab. 2: Stichprobe und Rücklauf der Einrichtungsbefragung 21
Tab. 3: Bevölkerungsanteile 75+ in der Zeitreihe von 2010 bis 2022 25
Tab. 4: Top Ten relative Zunahme älterer Bevölkerung 75 + von 2022 bis 2040 28
Tab. 5: Top Ten der Kreise mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit 2011 bis 2021 37
Tab. 6: Entwicklung der Anzahl an Personen mit Hilfen zur Pflege 39
Tab. 7: Entwicklung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen 2011 bis 2021 44
Tab. 8: Entwicklung der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen in Dauerpflege 2011 bis 2021 48
Tab. 9: Entwicklung der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege 2011 bis 2021 50
Tab. 10: Entwicklung der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt Krankenhäuser 2011 bis 2022 57
Tab. 11: Pflegequoten der Regionen in Bayern bezogen auf die Gesamtbevölkerung 69
Tab. 12: Anteile je Versorgungsart in den Regionen Bayerns 70
Tab. 13: Personalfaktoren 2021 in den Regionen Bayerns (Personal pro 100 Pflegebedürftige) 71
Tab. 14: Informelles Pflegepotential in den Regionen Bayerns 72
Tab. 15: Beschäftigte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegeassistenz 2021 91
Tab. 16: Beschäftigungsentwicklung Krankenpflegeberufe in Krankenhäusern 2011 bis 2021 92

ANHANG

Tab. 17: Entwicklung der Vollkräfte im Pflegedienst in Krankenhäusern 93
Tab. 18: Anteil der Vollzeitbeschäftigung in Sektoren und Berufen 2021 96
Tab. 19: Beschäftigte der Altenpflege und Altenpflegehilfe in Bayern 2021 105
Tab. 20: Entwicklung der Personalkennzahlen ambulant und stationär 2011 bis 2021....106
Tab. 21: Anteil der Vollzeitbeschäftigung in Sektoren und Berufen 2021 108
Tab. 22: Pflegeausbildungsstatistik Bayern 2020 bis 2022 119
Tab. 23: Ausbildungskennzahlen Fachpflegehilfe Krankenpflege 125
Tab. 24: Ausbildungskennzahlen Fachpflegehilfe Altenpflege....127
Tab. 25: INDEX fachpflegerische Versorgungssicherheit Bayern Regionen 2023....138
Tab. 26: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Gesamtübersicht)....141
Tab. 27: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (regionale Übersicht)....142
Tab. 28: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Kreistypen Übersicht)....143
Tab. 29: Stichprobenbeschreibung der standardisierten Befragung (Trägerschaft Übersicht)....143
Tab. 30: Ausbildungsaktivität nach Berufsqualifikation....159
Tab. 31: Anteile der angestrebten und realisierten Übernahme qualifizierter Pflegender....160

Literaturverzeichnis

Baumann, Anna-Lena; Kugler, Christiane (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. In: *Pflege* 32 (1), S. 7–16. DOI: 10.1024/1012-5302/a000651.

Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2022a): Krankenhausstatistik 2021. Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis. Fürth (Statistische Berichte, A IV 2 j 2021).

Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2022b): Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik Stand 15. bzw.31. Dezember 2021. Kennziffer K VIII 3 2j. Fürth (Statistische Berichte, K VIII 3 2j 2021).

Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2023): Bevölkerung in den Gemeinden Bayerns nach Altersgruppen und Geschlecht. Stand 31. Dezember 2022. Fürth (Statistische Berichte).

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (14.08.2023): Holetschek: Pflegestipendium wird sehr gut angenommen - Bayerns Gesundheits- und Pflegeminister: Bereits 60 Stipendien ausgezahlt - Bund muss Pflegekräftemangel auch bei Krankenhausreform angehen. Pressemitteilung Nr 266/GP. München. Jörg Säuberlich.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hg.) (2023): regionalisierte Schüler- und Absolventenprognose 2023. München (Reihe A Bildungsstatistik, 74).

Bergjan, Manuela; Tannen, Antje; Mai, Tobias; Feuchtinger, Johanna; Luboeinski, Jennifer; Bauer, Julian et al. (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 163, S. 47–56. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.04.001.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Tisch, Anita (2021): Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern. Anlage 1: Anpassung der Bedarfsprognosen an die Pflegestatistik 2019, Teilbericht B: Tabellenband. Hg. v. IGES Institut GmbH. Berlin.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Tisch, Thorsten; Wentz, Lukas (2020): Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern - LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht A: Gesamtgutachten. Hg. v. IGES Institut GmbH. Berlin.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2023): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2023).

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.) (2009): Ausbildungsabbrüche vermeiden – neue Ansätze und Lösungsstrategien. Band 6 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn (Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung). Online verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/band_sechs_berufsbildungsforschung.pdf, zuletzt geprüft am 02.08.2016.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2020): Nationale Demenzstrategie. 1. Aufl. Berlin. Online verfügbar unter https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzsstrategie.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit: Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege. (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV). Referentenentwurf. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesverband Deutsche Privatkliniken e.V. (Hg.) (2023): Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV). Berlin.

Bundesverband Pflegemanagement e.V. (24.11.2023): Referentenentwurf zur Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) so nicht umsetzbar. Berlin. Sabrina Roßius, Alt-Moabit 91; 10559 Berlin.

LITERATURVERZEICHNIS

Bundesverband wir pflegen e.V. (2022): Mehr Pflege wagen. Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der häuslichen pflegerischen Versorgung aus Sicht pflegender Angehöriger. Hg. v. Bundesvorstand wir pflegen e. V. Berlin.

Büscher, Andreas; Jendrzej, Bianca; Krautz, Bernhard; Weiß, Thomas (2023): Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. In: *Die Schwester Der Pfleger* (4), S. 18–24.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hg.) (2023a): Anwendungsvorschriften für die Pflege-Personalregelung 2.0. Stand 4.4.2023. Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hg.) (2023b): Nutzungshinweise für die Anwendung der Pflege-Personalregelung 2.0 Erwachsene (≥ 18 Jahre). Berlin.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.) (2020): Refinanzierung der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (27.11.2023): Pflegepersonalbemessung endlich gesetzlich verankert! DBfK bewertet Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit positiv. Berlin. Anja Kathrin Hild, Alt-Moabit 91; 10559 Berlin.

Deutscher Bundestag: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz). PflBRefG, vom 17.07.2017. In: *Bundesgesetzblatt* 2017 (49), S. 2581–2614.

Deutscher Bundestag: Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung. KHPflEG, vom 20.12.2022. In: *Bundesgesetzblatt* 2022 (56), S. 2793–2816.

Deutscher Pflegerat (27.11.2023): Pflegepersonalbemessungsverordnung Ein Meilenstein für die Pflege und die Patientensicherheit. Auf den Weg machen und dabei Stolpersteine beseitigen. Berlin. Michael Schulz, Deutscher Pflegerat e.V. (DPR); Alt-Moabit 91, 10559 Berlin.

Ebbinghaus, Margit (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen… Zum Berufsimage von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB Report, 1).

Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2019): Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen. Quantitative Bevölkerungsbefragung von Personen zwischen 14 und 18 Jahren. Hg. v. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin (ZQP-Analyse).

Evers, Thomas; Isfort, Michael; Fecke, Markus; Riebandt, Sebastian; Rottländer, Ruth; Tucman, Daniel (2018): Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Merkmale, Entwicklungen und Handlungsempfehlungen. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Fendi, Shilan; Hielscher, Volker; Rößler, Jana (2020): Handlungsbedarfe und Kriterien für eine migrationssensible Pflegeausbildung. Ausarbeitung im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojektes „Integration von Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund in Gesundheitsberufe“ (INGE). Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V (Iso-Report, Nr. 5). Online verfügbar unter https://www.iso-institut.de/iso-reports/.

Fleischer, Stefan (2019): Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung fur Erwachsene. Hg. v. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Halle.

Garcia González, Daniel; Peters, Miriam (2021): Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn (Forschung zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf).

Glaß, Franziska; Tack, Anna-Katharina (2021): Personalbedarfsmessung für die Intensivstation. In: *Pflege Zeitschrift* 74 (7), S. 21–23. DOI: 10.1007/s41906-021-1068-9.

Großmann, Daniel; Olden, Daria; Dorin, Lena; Meng, Michael; Peters, Miriam; Reuschenbach, Bernd (2023): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge aus Sicht Studierender. In: *Pflege* 36 (4), S. 209–219. DOI: 10.1024/1012-5302/a000886.

Grünzig, Manuela; Schiller, Christine; Klatt, Thomas; Meyer, Gabriele; Heinrich, Stephanie (2020): Herausforderungen bei Demenz in den eigenen vier Wänden. In: *Pflege* 33 (1), S. 34–42. DOI: 10.1024/1012-5302/a000710.

Halek, M.; Reuther, S. (2014): Das Problem mit dem herausfordernden Verhalten - Wenn die wünschenswerte Wirkung unterschiedlich sein kann. Eine Methodendiskussion. In: *Pflege & Gesellschaft: Zeitschrift für Pflegewissenschaft: ein Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V* 19 (4), S. 302–316.

Hinrichsen, Kilda; Sill, Janna; Silies, Katharina (2023): Mit Bachelor im Pflegeheim. Neues Rollenprofil in der Langzeitpflege. In: *Die Schwester Der Pfleger* (11), S. 37–39.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. (Hg.) (2015): Vor- und Nachteile der beruflichen Anerkennung und Ausbildung bei der Fachkräftegewinnung in der Krankenpflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Unter Mitarbeit von Hendrik Biebeler, Markus Körbel und Sarah Pierenkemper. Köln, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) (Hg.) (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. Bremen.

Isfort, Michael (2008): Patientenklassifikation und Personalbemessung auf Intensivstationen (Teil 1). In: *intensiv* 16 (05), S. 269–273. DOI: 10.1055/s-2008-1027784.

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 (dip) e.V. Köln.

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 (2022): Caring Communities. Pflege und zivilgesellschaftliches Engagement. In: Bürger & Staat 72 (3), S. 135–143.

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.

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hg.) (2023): Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0). Abschlussbericht. keine Angabe.

Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. Mehr gemeinsam entscheiden, verantworten, gestalten. In: *ProAlter* 53 (3), S. 8–12.

Landkreis Kulmbach (2010): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Kulmbach. Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) und Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS).

Landkreis Landsberg am Lech (2010): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Landsberg am Lech. Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) und Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS).

Landkreis Landsberg am Lech (2019): Fortschreibung und Weiterentwicklung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes für den Landkreis Landsberg am Lech.

Landkreis Rosenheim (2011): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Rosenheim. Redaktion: Laupheimer, Jürgen.

Landkreis Rosenheim (2017): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Rosenheim. 1. Fortschreibung und Weiterentwicklung. Redaktion: Laupheimer, Jürgen.

Landkreis Rosenheim (2022): Fortschreibung der Pflegebedarfsplanung für den Landkreis Rosenheim. Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS).

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.

Maier, Claudia; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation (OECD Health Working Papers, 98).

Meng, Michael; Peters, Miriam; Dorin, Lena (2022): Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn (BIBB Discussion Paper).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2021): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche Beratung und Ausführung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2023): Vorzeitige Ausbildungsvertragslösungen und Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung. Ergänzungsgutachten zur Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2023. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche Beratung und Ausführung: DIP GmbH. Köln. Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.

Rothgang, Heinz (2020a): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung 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.

Rothgang, Heinz (2020b): 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-qsa-pflege.de/dokumente-zum-download/, zuletzt geprüft am 13.08.2020.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2022): BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19. Berlin: Barmer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 38).

Schubert, Christina; Weidner, Frank (2022a): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“. im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln.

Schubert, Christina; Weidner, Frank (2022b): Die Mischung macht's. Erfahrungen aus dem Förderprogramm "360° Pflege" zum Qualifikationsmix. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH (Die Schwester, der Pfleger / DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 61. Jahrgang, Heft 8, 2022).

Schulz, Susanne (2022): Fachkräftemigrationsmonitor 2022. Fachkräfteengpässe von Unternehmen in Deutschland, Trends und Potenziale zum Zuzug ausländischer Fachkräfte. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Simon, Michael (2022): Pflegenotstand auf Intensivstationen. Berechnungen zum Ausmaß der Unterbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Study / Hans-Böckler-Stiftung, 474 (Juni 2022)).

Stagge, Maya (2016): Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Eine qualitative Studie. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2022a): Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Wiesbaden (Fachserie 11 Reihe 4.1).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022b): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2023a): Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer. Berichtszeitraum 2022-2070. Wiesbaden (Report, EVAS-Nummer: 12421, 22421).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023b): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022. Wiesbaden.

Tanja Buch; Carstensen, Jeanette; Silke Hamann; Anne Otto; Holger Seibert; Georg Sieglen (2020): Grenzpendler aus dem Ausland: Immer mehr Beschäftigte in Deutschland mit ausländischem Wohnort. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB-Kurzbericht, 09).

Teigeler, Brigitte (07.08.2020): Die Fachkraftquote geht, der Personalmix kommt. Interview mit Heinz Rothgang. pflegen-online.de.

LITERATURVERZEICHNIS

Thyrian, Jochen, R.; Boekholt, Melanie; Hoffmann, Wolfgang; Leiz, Maren; Monsees, Jessica; Schmachtenberg, Tim et al. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. In: *Der Nervenarzt*, S. 1058–1061. DOI: 10.1007/s00115-020-00923-y.

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.

Wipp, Michael (2023): Praxistransfer PeBeM nach Paragraph 113c SGB XI. In: *bpa Magazin*, S. 14–16.

Wissenschaftsrat (Hg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin (Drucksache, 2411-12).

Wissenschaftsrat (Hg.) (2022): HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem - Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung. Köln (Bericht).

Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Hg. v. Wissenschaftsrat. Köln (Drucksache, 1548-23).

Impressum

Herausgegeben von:

Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)
Prinzregentenstraße 24
80538 München © 2023

Wissenschaftliche Begleitung und Bearbeitung:

DIP GmbH (Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung)
Hülchrather Straße 15
D-50670 Köln
AGP Sozialforschung
Im FIVE Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V.
Bugginger Straße 38
D-79114 Freiburg

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Michael Isfort (DIP)
Prof. Dr. Thomas Klie (AGP Sozialforschung)

Unter Mitarbeit von (in alphabetischer Reihenfolge)
Pablo Rischard, Daniel Tucman