

Sozialökonomische Schriften 48

Herausgegeben von Bert Rürup und Werner Sesselmeier

Tobias Ehrhard

Personalbedarfsprognose im Gesundheits- und Pflegewesen

Eine berufs-, einrichtungs- und
regionalspezifische Betrachtung für Deutschland

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Das Thema Gesundheit rückt zunehmend in den Fokus, da die Gesundheit als grundlegendes Element und Schnittstelle zwischen den verschiedenen gesellschaftspolitischen Bereichen wie etwa Bildung oder Arbeit bzw. Erwerbstätigkeit steht.¹ In einer globalisierten Welt, in der Produktionsfaktoren über Ländergrenzen hinweg bewegt werden, gewinnt der Gesundheitszustand einer Gesellschaft als Standortfaktor zunehmend an Bedeutung. Somit avanciert die Gesundheit neben der Bildung zum zweiten wichtigen Faktor des Humankapitals. Beide Faktoren beeinflussen das Wachstum und die Produktivität einer Volkswirtschaft entscheidend.²

Zur Sicherung eines langfristig angemessenen Gesundheitszustands der Gesellschaft ist der Einsatz von ökonomischen Ressourcen wie Sachanlagen und Arbeit erforderlich. Zu diesen Ressourcen gehören beispielsweise medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser, aber auch gesundheitliches Personal in Form von Pflegepersonal und Ärzten.³ Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die effektive Mobilisierung des Gesundheitspersonals den maßgeblichen Beitrag zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme und die Realisierung der gesundheitspolitischen Ziele leistet.⁴

Neben der ausreichenden Verfügbarkeit medizinischer Einrichtungen traten in der jüngsten Vergangenheit zunehmend Klagen verschiedenster Institutionen über einen bereits bestehenden Personalmangel in den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens auf. Dies betrifft sowohl ärztliche Berufe als auch nichtärztliches Personal.⁵ Aus der aktuellen Lage wird abgeleitet, dass die Verfügbarkeit von medizinischem und pflegerischem Personal in Zukunft eine große Herausforderung darstellen wird. Vor diesem Hintergrund wurden in der jüngsten Vergangenheit zahlreiche Personalbedarfsprognosen für das Gesund-

1 Vgl. Bräuninger et al. (2007), S. 3.

2 Vgl. Martin/Henke (2008), S. 9ff.

3 Vgl. Hajen et al. (2011), S. 24.

4 Vgl. WHO (2010), S. 3.

5 Vgl. Blum/Offermanns (2009); Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010); Marburger Bund (2011); Blum et al. (2011); Bundesagentur für Arbeit (2012a); bpa (2013). Der GKV-Spitzenverband betont, dass diese Aussagen teilweise interessegeleitet (z. B. Ärztevertretung) sind. Vgl. GKV-Spitzenverband (2010).

heits- oder Pflegewesen durchgeführt.⁶ Für die Notwendigkeit werden in der Literatur vier Hauptgründe genannt:

- Der Wandel der demografischen, epidemiologischen, kulturellen und sozialen Profile der Bevölkerung führt zu einem veränderten Bedarf bzw. einer veränderten Bedürfnisstruktur nach Gesundheitsdienstleistungen.
- Die Nachfrage nach Dienstleistungen wird sich unter dem Einfluss verschiedener Faktoren verändern. Dazu gehören neben den sich verändernden Profilen der Bevölkerung vor allem technologische Innovationen (Arzneimittel, Diagnose- und Behandlungsgeräte sowie Behandlungsmethoden, Telemedizin) sowie organisatorische Neuerungen.
- Das Arbeitsangebot ändert sich. Neben soziodemografischen Veränderungen (z. B. Alterung) und einer zunehmenden Feminisierung bestimmter gesundheitsrelevanter Berufszweige, ändert sich die Einstellung jüngerer Arbeitnehmer bezüglich der eigenen Lebensqualität. Diese Entwicklungen beeinflussen die Teilnahme am Arbeitsmarkt und die Produktivität des Arbeitsangebots.
- Zeitliche Schwankungen zwischen Entscheidungen und den tatsächlichen Ergebnissen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt (Stichwort: Schweinezyklus).⁷

Diese Entwicklungen zeigen, dass die Frage der zukünftigen Personalbedarfe in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine Frage mit vielen Facetten ist. Gleichzeitig lässt sich aus dieser Auflistung ableiten, dass damit methodische Herausforderungen verbunden sind:

„The planning of supply of and demand for human resources in healthcare is a neglected topic characterised by significant methodological weaknesses which have been discussed for decades but not resolved.“⁸

In der wissenschaftlichen Diskussion werden diese methodischen Herausforderungen seit geraumer Zeit diskutiert.⁹ Obwohl es unstrittig ist, dass die politischen Entscheidungsträger mit einer validen Datenbasis zur Entscheidungsfindung und Steuerung versorgt werden müssen, konnte bisher keine zufriedenstellende und allgemein anerkannte Methodik erarbeitet werden. Die Notwendigkeit einer aussagekräftigen Personalanalyse wurde im Rahmen der belgischen EU-

6 Vgl. Burkhart et al. (2012); Rothgang et al. (2012); Afentakis/Maier (2010); Ostwald et al. (2010); Kopetsch (2010); Blum/Löffert (2010); Hackmann (2009); Hackmann/Moog (2008).

7 Vgl. Dussault et al. (2010a), S. 1f; Dussault et al. (2010b), S. 3.

8 Bloor/Maynard (2003), S. ii.

9 Vgl. Bloor/Maynard (2003); Dussault et al. (2010a); Dussault et al. (2010b); O'Brien-Pallas et al. (2007); Birch et al. (2007).

Präsidenschaft (Juli bis Dezember 2010) erneut in den Fokus gestellt und als ein zentrales Element zur Stärkung nationaler Gesundheitssysteme identifiziert.¹⁰ Auch in Deutschland hat sich die Politik der Problematik angenommen und mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG, Versorgungsstrukturgesetz)¹¹ erste Weichen gestellt:

„Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen.“¹²

Um dieses Ziel zu erreichen, wird ein ganzes Maßnahmenbündel erforderlich sein. Zum einen gehört dazu eine Weiterentwicklung der bestehenden Bedarfsplanung¹³, die flexibler und zielgenauer als bisher auf regionale Besonderheiten reagieren soll.¹⁴ Darüber hinaus muss diese zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung, sektorenübergreifend installiert werden.¹⁵ Zum anderen sollte neben der bereits erkannten Problematik der ärztlichen Versorgung und den diesbezüglichen Lösungsansätzen sowie dem damit verbundenen Fokus auf die Mediziner, auch das Potenzial der nichtärztlichen Berufe zur Sicherstellung der Grundversorgung herausgestellt werden.¹⁶ Dies mündete im Rahmen der 84. GMK in einem einstimmigen Beschluss, der die Notwendigkeit herausstellt:

„...den zukünftigen medizinischen und pflegerischen Fachkräftebedarf in Deutschland unter Berücksichtigung der Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung wissenschaftlich fundiert zu prognostizieren.“¹⁷

10 Vgl. Dussault et al. (2010a), S. 1.

11 Der entsprechende Gesetzentwurf vom 05.09.2011, wurde am 01.12.2011 durch den Deutschen Bundestag verabschiedet. Vgl. Bundesregierung (2011); Bundesrat (2011); Deutscher Bundestag (2011).

12 Bundesregierung (2011), S. 1.

13 Siehe Kapitel 2.1.1.

14 Vgl. Bundesregierung (2011), S. 2. Dazu darf nicht weiter auf die bestehenden ärztlichen Verhältniszahlen aus der Bedarfsplanung zurückgegriffen werden, sondern es muss vielmehr aufbauend auf der zu erwartenden Krankheitslast der Bevölkerung ein neues normatives Rahmenwerk zur Ermittlung zukünftigen Fachkräftebedarf entwickelt werden. Vgl. GMK (2011).

15 Vgl. GMK (2010).

16 Vgl. Ebd.

17 GMK (2011).

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Ausgehend von der zuvor beschriebenen Problematik wird im Rahmen dieser Arbeit die Frage beantwortet, wie sich Personalnachfrage und Personalangebot im Gesundheits- und Pflegewesen zukünftig entwickeln könnten. Um die eingangs geforderte Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung mit medizinischem und pflegerischem Personal zu gewährleisten, ist es erforderlich zu beurteilen, welche Qualifikationen, in welchen Einrichtungen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Region benötigt werden und ob diese Nachfrage durch das vorhandene Angebotspotenzial gedeckt werden kann. Um der Forderung einer wissenschaftlich fundierten Bedarfsprognose nachzukommen, wird ein umfassendes empirisches Berechnungsmodell zur Ermittlung der zukünftigen Personalbedarfe und des Personalangebots erstellt. Dieses Berechnungsmodell beabsichtigt, sowohl die ambulanten als auch teilstationären und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens und des Pflegewesens zu betrachten. Die einrichtungsübergreifende Analyse soll einen Beitrag – wie eingangs gefordert – für eine bessere Bedarfsplanung leisten.¹⁸ Dies schließt eine berufsübergreifende Betrachtung ein, d.h. neben den bereits traditionell im Blickpunkt stehenden Berufen, wie beispielsweise Ärzte, müssen auch jene nichtärztlichen Berufe mit einbezogen werden, die einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung leisten.¹⁹ Außerdem wird die Betrachtung der genannten Dimensionen auf Ebene der Bundesländer angestrebt.

Um eine fortlaufende Aktualisierung – und damit auch eine Verwendung der Analysen im Rahmen von strategischen Planungsinstrumenten – zu ermöglichen, baut das Berechnungsmodell in dieser Arbeit ausschließlich auf amtlichen Statistiken auf. Diese werden in regelmäßigen Abständen erhoben und aktualisiert. Durch dieses Vorgehen wird bereits bei der Entwicklung des Berechnungsmodells berücksichtigt, dass die Bedarfsprognose als Instrument eines strategischen Planungsinstruments für die verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen fortlaufend aktualisiert, und so den sich ändernden Rahmenbedingungen ausreichend Rechnung getragen werden kann.

18 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009), S. 3.

19 Vgl. Dussault et al. (2010a), S. VIII und S. 8.

1.3 Aufbau der Arbeit

Nachfolgend werden in Kapitel 2 bestehende Planungsrichtlinien im Gesundheits- und Pflegewesen sowie längerfristige Bedarfsprognosen für diesen Sektor vorgestellt und der zukünftige Forschungsbedarf skizziert. Anschließend erfolgt in Kapitel 3 die Ableitung von Einflussfaktoren auf Arbeitsangebot und -nachfrage. Dazu werden, neben einer arbeitsmarkttheoretischen, gesundheitsökonomischen und sozialwissenschaftlichen Perspektive, aktuelle Trends im Gesundheits- und Pflegewesen beschrieben. Im vierten Kapitel erfolgt die einrichtungs- und berufsspezifische Abgrenzung des Untersuchungsgebiets und es werden die vorhandene Datenlage und die verwendeten Datenquellen beschrieben. Kapitel 5 befasst sich mit der angebots- und nachfrageseitige Methodik zur Bedarfsprognose im Gesundheits- und Pflegewesen. Außerdem erfolgt an dieser Stelle die kritische Würdigung des Berechnungsmodells. Anschließend erfolgt in Kapitel 6 die Analyse der Ergebnisse. Die Arbeit schließt in Kapitel 7 mit der Zusammenfassung und einem Ausblick.