



Landeshauptstadt  
München  
**Referat für Gesundheit  
und Umwelt**

# Münchener Pflegestudie





*Liebe Münchnerinnen  
und Münchner,*

die Achillesferse der Krankenhausversorgung in München ist der Pflegekräftemangel. Oft gibt es ein Bett, eine Ärztin oder einen

Arzt, aber keine Pflegekraft. Wenn es nicht gelingt, mehr Menschen für die Pflege zu begeistern oder in ihrem Beruf zu halten, wird diese bedenkliche Entwicklung nicht nur weiter anhalten, sondern sich verschärfen.

Auch wenn der Pflegekräftemangel offensichtlich ist, wissen wir noch viel zu wenig über die Details. Um diese Lücke zu schließen, hat die Landeshauptstadt München das IGES Institut Berlin mit der Durchführung einer „Studie zur Situation der Pflege in Münchner Krankenhäusern“ beauftragt.

Die Studie liegt nun vor und soll Planungsgrundlage für Maßnahmen zur Entschärfung des Pflegekräftemangels sein. Alle, die sich mit dem Thema Pflege und deren Weiterentwicklung befassen, sind herzlich eingeladen, die Studie als Basis für ihre Arbeit zu nutzen. Denn die Landeshauptstadt München kann die Herausforderungen in der Pflege nicht allein bewältigen.

Die Analyse ist bundesweit die erste Untersuchung auf kommunaler Ebene, die die wesentlichen Aspekte der Pflegekräftesituation in den Münchner Kliniken, in der Pflegeausbildung und im Pflegestudium umfasst.

Ich freue mich sehr, Ihnen diese Ergebnisse präsentieren zu können. Sie belegen eindrücklich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege dringend notwendig sind und passgenaue Maßnahmen auf Bundes-, Landes- und auf kommunaler Ebene ergriffen werden müssen. Aber auch die Kliniken, Einrichtungen und Ausbildungsstätten sind in der Pflicht, ihren Gestaltungsspielraum zu nutzen und Lösungsstrategien umzusetzen, die die Situation in der Pflege verbessern und Pflegekräfte unterstützen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt das Referat für Gesundheit und Umwelt, dass auf Bundesebene in 2018 das „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ verabschiedet wurde, um die Personalausstattung und Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu verbessern und die Ausbildung in der Pflege zu stärken.

Auch das Referat für Gesundheit und Umwelt unternimmt in dieser Hinsicht bereits einige erfolgversprechende Aktivitäten. Als wesentliches Element sehe ich hier vor allem den „Runden Tisch Pflege im Krankenhaus“, der regelmäßig unter der Federführung meines Hauses tagt und gemeinsam mit den Akteuren nach Lösungsmöglichkeiten sucht.

Die Vorbereitungen für eine „Münchner Pflegekampagne“, zur Gewinnung von Pflege- und Nachwuchskräften für die Ausbildung und Studium, laufen auf Hochtouren. Ich hoffe sehr, dass es uns auch noch in diesem Jahr gelingen wird, einen „Pflegescout“ als Anlaufstelle für ausländische Pflegekräfte für die pflegefachliche Beratung und Hilfestellung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens zu etablieren.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie und allen, die uns beraten und das Vorhaben unterstützt haben, danke ich an dieser Stelle sehr. Ihre Antworten und Ihre Mitarbeit haben wesentlich dazu beigetragen, dass uns nun diese umfassende Beurteilung der Situation der Pflege in den Münchner Krankenhäusern vorliegt.

Lassen Sie uns die aufbereiteten Informationen der Studie im wahrsten Sinne des Wortes als „Daten für Taten“ nutzen.

Ihre

Stephanie Jacobs  
Referentin für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München

# Ergebnisse der Studie

Der Pflegekräftemangel gilt in München als die Herausforderung für die Krankenhausversorgung schlechthin. Wenn es nicht gelingt, mehr Menschen für diesen Beruf zu begeistern, bzw. Pflegekräfte in ihrem Beruf zu halten, dann besteht die Gefahr, dass die Schließung von Betten und Fachabteilungen zunehmen wird.

Mehrfach hat sich der Münchner Stadtrat mit der schwierigen Situation in der Krankenhauspflge befasst und Gelder für konkrete Projekte und Maßnahmen zur Verfügung gestellt. Auf Beschluss des Stadtrats hat sich bereits im Jahr 2017 der „Runde Tisch Pflge im Krankenhaus“ konstituiert, an dem alle wichtigen Versorger, Verbände, Verwaltungseinheiten und Pflegeschulen und Hochschulen mit Pflegestudiengängen mitwirken. Im Fokus der ersten Arbeitsphase stand u.a. die Abstimmung über das Design der hier vorgestellten Studie und deren Begleitung. Die Studie wird von der Landeshauptstadt München finanziert. Mit der Durchführung wurde das IGES Institut beauftragt.

Ziel der Studie ist es, die Situation der Krankenhauspflge zu erfassen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten, die dazu geeignet sind, die pflegerische Versorgung in München nachhaltig zu verbessern.

Die Analyse der Pflge im Krankenhaus stützt sich auf drei Datenquellen:

- Auswertung von Sekundärdaten wie z.B. Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, bayerischer Landeskrankenhausplan, Demografiebericht München, Statistisches Bundes- bzw. Landesamt
- Primärdaten-Erhebungen zur aktuellen Situation unter Einbeziehung der Kliniken, Pflegekräfte, Berufsfachschulen, Hochschulen, Nachwuchskräfte. Die Befragung der Pflegekräfte und deren Nachwuchskräfte wurden online durchgeführt.
- Expertinnen- und Experteninterviews mit Schwerpunkt Ausbildung (Schulleitungen)

## **Pflegekräfte in Münchner Krankenhäusern**

Die Münchner Krankenhauslandschaft zeichnet sich durch Vielfalt aus. Sie reicht vom Maximalversorger über Fachkliniken bis hin zu Tageskliniken. Insgesamt stehen 52 Krankenhäuser mit 11.323 Betten zur Verfügung (Stand 2018). Knapp die Hälfte befindet sich in privater Trägerschaft, rund 23 Prozent in öffentlicher und der Rest wird von freigemeinnützigen Trägern betrieben. Alle Krankenhäuser zusammen haben im Jahr 2016 insgesamt 487.161 vollstationäre Fälle behandelt.

Für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflge stehen in München sieben, zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflge drei und zur Altenpflge sechs Berufsfachschulen zur Verfügung. Darüber hinaus bieten zwei Hochschulen in München Studiengänge im Bereich der Pflge an, darunter „Pflge dual“, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaften – Innovative Versorgungskonzepte sowie Advanced Nursing Practice.

Mit Einführung der Generalistik werden in 2020 die bisherigen Ausbildungen zur Gesundheits- und Krankenpflge, Gesundheits- und Kinderkrankenpflge und Altenpflge zu einer gemeinsamen generalistischen Pflegeausbildung mit dem Berufsabschluss als „Pflegefachfrau / Pflegefachmann“ zusammengeführt. Weiterhin gibt es noch die Möglichkeit einen gesonderten Abschluss in der Altenpflge oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflge zu erwerben. Derzeit läuft die Umstellung auf die neue Pflegeausbildung auf Hochtouren.

Das Einzugsgebiet der Münchner Krankenhäuser reicht weit über die Stadtgrenze hinaus, Fachkliniken oder Fachabteilung ziehen nicht nur Patientinnen und Patienten aus ganz Bayern oder Deutschland, sondern auch aus dem Ausland an.

Schätzungen gehen davon aus, dass in den Münchner Kliniken insgesamt knapp 8.000 Vollzeitstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege besetzt sind. Hinzu kommen noch zusätzlich 932 Vollzeitstellen in der Kinderkrankenpflege, 123 Vollzeitstellen, die von Altenpflegekräften besetzt sind, und knapp 1.250 Vollzeitstellen für Assistenzberufe (Stand 2016). Es liegen jedoch keine Daten darüber vor, wie viele Personen diese Vollzeitstellen besetzen. Von den befragten 1.229 Pflegekräften arbeitet rund ein Drittel in Teilzeit, in der Kinderkrankenpflege war die Quote mit rund 44 Prozent etwas höher. Etwas mehr als ein Drittel der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger waren mindestens 50 Jahre alt. Mit 84 Prozent ist der überwiegende Teil der Pflegekräfte weiblich.

Die Personalsituation ist von einer hohen Fluktuation gekennzeichnet. Die Nachbesetzungen stellen sich als schwierig dar – durchschnittlich dauern diese rund fünf Monate.

### **Teilnahme an der Studie**

An der Befragung der Klinikleitungen der Münchner Krankenhäuser haben sich 16 von insgesamt 52 Klinikstandorten beteiligt. Diese repräsentieren etwa 48 Prozent der Gesamtzahl der Betten und 46 Prozent der vollstationären Fälle.

Insgesamt haben 1.229 Pflegekräfte und 32 Hebammen an der Befragung teilgenommen. Die Befragung der Pflegekräfte und Hebammen konnte an 17 von 52 Klinikstandorten realisiert werden. Den größten Teilnehmerkreis an der Befragung stellten die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger dar. Daher beziehen sich die Auswertungen nur auf diese beiden Berufsgruppen.

Von den angeschriebenen Berufsfachschulen haben sich 14 von 21 Schulen in München und Umgebung beteiligt sowie die beiden Münchner Hochschulen mit Pflegestudiengängen. Zudem liegen Auskünfte von 307 Schülerinnen und Schülern und 156 Studierenden vor.

Der unterschiedliche Rücklauf zeigt, wie schwierig es ist, eine Transparenz der Pflegekräftesituation in München herzustellen.

### **Herausforderungen**

Wie viele andere Studien zur Pflege auch zeichnet die Münchner Studie eine Situation der Pflege, die u.a. von Arbeitsüberlastung der Einzelnen, Personalfluktuations- und -ausfall, frühzeitigem Berufsausstieg, Unzufriedenheit und Schwierigkeiten bei der Anerkennung von ausländischen Abschlüssen gekennzeichnet ist. Zunehmend schwierig stellt sich auch die Gewinnung von qualifiziertem Nachwuchs dar.

Aber dennoch gibt es auch Erfreuliches zu berichten: Ähnlich wie bei bundesweiten Studien identifizieren sich die Münchner Pflegekräfte sehr mit ihrem Beruf, zeigen große Einsatzbereitschaft und fühlen sich gefordert.

Trotz aller Parallelität – die Studie zeigt auch Besonderheiten für die Münchner Situation auf, die deutlich von den bundesweiten Ergebnissen abweichen.

# Besonderheiten der Münchner Studie

## **Einkommen**

Ein zentrales Ergebnis der Münchner Studie ist, dass rund 80 Prozent der teilnehmenden Pflegekräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit ihrem Einkommen unzufrieden sind. Dies ist offensichtlich auch auf die hohen Lebenshaltungskosten in München zurückzuführen. Laut der sog. G-NWI-Studie von 2015<sup>1</sup> sind bundesweit 70 Prozent der Pflegekräfte in den Krankenhäusern mit ihrem Gehalt unzufrieden.

## **Fluktuationsrate**

Während gemäß Krankenhaus-Barometer 2018<sup>2</sup> die Fluktuationsrate der Pflegefachkräfte in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2017 im Durchschnitt bei 8 Prozent lag, war diese in der Münchner Studie doppelt so hoch (16 Prozent). Als Gründe für die Kündigungen wurden angegeben: Wegzug aus München aus privaten und Kostengründen (Miete, Lebenshaltungskosten), Abwerbepremien anderer Kliniken, Unzufriedenheit mit Gehalt, Arbeit im Schichtdienst sowie berufliche Überlastung.

Rund 37 Prozent der Pflegefachkräfte in den Münchner Kliniken erwägt sehr oft oder oft, sich nach einer anderen Stelle in München umzusehen.

## **Aufgabe des Pflegeberufes**

In der Münchner Studie denken 36 Prozent der Pflegefachkräfte oft oder sehr oft daran, den Pflegeberuf aufzugeben. Eine konkrete Aufgabe des Pflegeberufes (ganz sicher oder wahrscheinlich) in den nächsten drei Jahren planen 28 Prozent.

In der NEXT-Studie (2002 bis 2005)<sup>3</sup> haben 19 Prozent der Pflegekräfte in Deutschland im Krankenhausbereich ernsthaft daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen. Auch in der G-NWI-Studie 2015 (Neuaufgabe RN4Cast) beabsichtigen ca. 20 Prozent der Pflegekräfte eine Arbeit außerhalb der Krankenpflege zu beginnen. Dabei handelt es sich insbesondere um jüngere und höher qualifizierte Beschäftigte. Der Anteil der Pflegefachkräfte in München, die eine Berufsaufgabe erwägen, ist somit deutlich höher.

Daraus resultiert ein hohes Aussteigerpotential im Krankenhausbereich. Auch wenn die Absicht, die Einrichtung zu verlassen, nicht gleichbedeutend ist mit einer tatsächlichen Kündigung, ist dieser hohe Anteil ernst zu nehmen. Insbesondere bei den Prognosen des zukünftigen Pflegebedarfes in München darf dieser Wert nicht vernachlässigt werden.

## **Teilzeitquote**

In der Münchner Studie ist eine geringere Teilzeitquote gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu beobachten. In München lag die Teilzeitquote bei rund 33 Prozent. Gemäß Krankenhaus Barometer 2018 lag die Teilzeitquote examinierter Pflegekräfte im Jahr 2017 bei knapp 50 Prozent. Für die Ursachen der geringeren Teilzeitquote der Pflegekräfte in München gibt es in der Studie keine Hinweise.

## **Arbeitsunfähigkeitstage**

In der Studie für München lag die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage der Pflegekräfte in 2017 bei 16,7 Tagen. Gemäß dem Gesundheitsreport 2018 der Techniker Krankenkasse lag die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2017 in der Pflege bundesdurchschnittlich bei 19,2 Tagen.<sup>4</sup> Es zeigt sich, dass der Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeitstage in den befragten Münchner Kliniken um 2,5 Tage niedrigerer liegt.

## **Unzufriedenheit mit der praktischen Ausbildung**

Die Münchner Studie zeigt auch eine Unzufriedenheit der Schülerinnen und Schüler mit der praktischen Pflegeausbildung. Schülerinnen und Schüler sind mit der hohen Arbeitsbelastung (45 Prozent), den Arbeitsbedingungen (43 Prozent), den Praxiseinsätzen (33 Prozent) und der mangelnden Aufnahme ins Team (32 Prozent) unzufrieden. Der Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015 kommt zu ähnlichen Ergebnissen.<sup>5</sup> Diese hohe Quote ist bedenklich für die Ausbildungssituation in den Pflegeberufen und zeigt einen deutlichen Handlungsbedarf für die praktische Ausbildung.

## **Berufseinstieg nach der Ausbildung**

Ein erheblicher Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege (29 Prozent) sieht von einem Berufseinstieg ab und hat nicht vor, nach dem Abschluss ihrer Ausbildung im Pflegeberuf zu arbeiten. In der Altenpflege ist dieser Anteil deutlich geringer (12 Prozent). Hinzu kommt, dass rund 40 Prozent der Schülerinnen und Schüler nach Ende der Ausbildung sehr oder eher wahrscheinlich ein Studium planen. Deutschlandweite Vergleichsstudien zum Berufseinstieg nach der Pflegeausbildung sind nicht bekannt.

Es ist davon auszugehen, dass somit ein Großteil der Schülerinnen und Schüler nach der Ausbildung nicht in der direkten Patientenversorgung arbeiten wird.

## **Pflegestudium**

Ungefähr ein Drittel der Studierenden gab an, nach Abschluss des Studiums in einem Krankenhaus tätig sein zu wollen – bei den Pflege dual-Studierenden betrug der entsprechende Anteil 54 Prozent. Es ist zu erwarten, dass dieser Anteil höher wäre bei entsprechenden Einsatzfeldern akademischer Stellen und einer angemessenen Vergütung.

## **Lebenshaltungskosten**

In der Münchner Studie werden häufig die hohen Lebenshaltungskosten in München als Gründe für die berufliche Umorientierung genannt, zusammen mit einem zu geringen Einkommen und einer zu hohen Arbeitsbelastung. Die hohen Lebenshaltungskosten sind auch für die Schülerinnen und Schüler sowie Studierenden der Hauptgrund, nach der Ausbildung (74 Prozent) oder dem Studium (69 Prozent) nicht in München zu bleiben. Die Lebenshaltungskosten sind in München im Vergleich zu vielen anderen Städten in Deutschland sehr hoch. So liegen z. B. die Mieten in München 51 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt.<sup>6</sup> Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den unteren Einkommensgruppen haben es besonders schwer, bezahlbaren Wohnraum zu finden. Pflegekräfte entscheiden sich daher oftmals dafür, in eine andere Stadt umzuziehen, um ihren Beruf auszuüben.

## **Anerkennungsverfahren**

Die Zahl der Anerkennungsanträge bei der Regierung von Oberbayern ist in den letzten Jahren stark angestiegen (von 190 im Jahr 2005 auf 1.100 Anträge im Jahr 2017 für die Berufe Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege).

Von den Pflegekräften, die ihren Abschluss nicht in Deutschland gemacht hatten, gab ein Fünftel an, dass sie Probleme hatten, das Anerkennungsverfahren zu verstehen und nicht wussten, wer die passende Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner ist.

## **Ausblick**

Das IGES Institut hat den Versuch unternommen, den Pflegekräftemangel für München in den nächsten 10 Jahren zu prognostizieren. Das Institut schätzt eine Differenz von rund 2.100 fehlenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften. Hierbei ist der Pflegebedarf aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und der veränderten altersspezifischen Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten nicht berücksichtigt.

## **Fazit**

Die Ergebnisse der Münchner Pflegestudie decken sich grundsätzlich mit anderen Studien zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland. Die Studie belegt aber, dass eine hohe Fluktuation der Pflegekräfte vorhanden ist und der Pflegemarkt in München auf allen Ebenen sehr angespannt ist.

In München besteht besonderer Handlungsbedarf,

- aufgrund der hohen Unzufriedenheit der Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler mit der praktischen Ausbildung,
- aufgrund der hohen Berufsflucht und der Wechselabsichten der Pflegekräfte,
- und nicht zuletzt aufgrund der hohen Lebenshaltungskosten (Mieten), die dazu führen, dass die in München ausgebildeten Pflegekräfte nach Abschluss der Schule bzw. des Studiums nicht in der Stadt gehalten werden können.

Aufgrund dieser Besonderheit muss auf folgende Zielgruppen ein besonderes Augenmerk gelegt werden:

- junge Pflegekräfte, die vorzeitig über einen Berufsausstieg nachdenken,
- Schülerinnen und Schüler sowie Studierende, die nach der Ausbildung oder dem Pflegestudium nicht in ihrem erlernten Beruf bzw. in der direkten Patientenversorgung arbeiten möchten.

Darüber hinaus bedarf es dringend Maßnahmen zur Personalgewinnung, zur Personalbindung und zur Personalentlastung. Die Rahmen- und Arbeitsbedingungen müssen attraktiver gestaltet und verbesserte Zukunftsperspektiven angeboten werden.

Neben dem „Runden Tisch Pflege“ hat die Landeshauptstadt München bereits vielfältige Maßnahmen ergriffen, um die angespannte Situation in München zu entspannen, Pflegekräfte und Auszubildende zu gewinnen und zu halten. Auch auf die bevorstehende generalistische Pflegeausbildung hat die Landeshauptstadt München reagiert bzw. bereitet sich darauf vor.

# Bestehende Aktivitäten in München

## **Münchner Informationstage und Ausbildungsmesse für Pflegeberufe**

Im Februar 2019 wurden erstmals die „Münchner Informationstage für Pflege“ veranstaltet, mit dem Ziel, den Pflegeberuf in den Mittelpunkt zu stellen und in der Öffentlichkeit zu bewerben. Die Veranstaltungen fanden im Alten Rathaus statt und wurden vom Referat für Arbeit und Wirtschaft in Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) sowie dem Sozialreferat organisiert.

Folgende Veranstaltungen standen auf der Agenda:

- Beschäftigungskonferenz Pflege 4.0: Digitalisierung in der Pflege
- Fachforum Pflege: Generalistische und akademische Pflegeausbildung
- Ausbildungsmesse für Pflegeberufe

Die Ausbildungsmesse 2019 war ein großer Erfolg. Es waren ca. 40 Ausstellerinnen und Aussteller vertreten und es kamen ca. 700 Besucherinnen und Besucher. Die Ausbildungsmesse für Pflegeberufe soll nun jährlich veranstaltet werden.

## **Münchner Pflegekampagne**

Im Oktober 2018 hat der Münchner Stadtrat Ressourcen für eine auf drei Jahre befristete „Münchner Pflegekampagne“ genehmigt. Ziel der Kampagne ist es, mehr Pflegefachkräfte für Kliniken sowie für ambulante und stationäre Einrichtungen in München zu gewinnen und mehr Nachwuchs für die Ausbildung oder die hochschulische Pflegeausbildung anzuwerben.

Gleichzeitig soll auch das Image des Pflegeberufes in der Gesellschaft verbessert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisch Pflege werden am Konzeptentwurf beteiligt. Die Durchführung der Münchner Pflegekampagne wird europaweit ausgeschrieben, die Vorbereitungen hierfür sind bereits angelaufen. Der Beginn der Kampagne ist in 2020 vorgesehen.

## **Einrichtung der Stelle eines „Pflegescouts“**

Im Oktober 2018 hat der Münchner Stadtrat die Einrichtung eines „Pflegescouts“ beschlossen. Der „Pflegescout“ soll Pflegekräfte aus dem Ausland pflegefachlich beraten und informieren (z. B. zu den vielfältigen Arbeits- und Karrieremöglichkeiten in München). Zudem soll diese Stelle bei der Anerkennung von ausländischem Pflegepersonal in Zusammenarbeit mit der Servicestelle zur Erschließung ausländischer Qualifikationen des Sozialreferats und der Regierung von Oberbayern behilflich sein. Die Stelle des Pflegescouts kann voraussichtlich bis Ende 2019 im RGU besetzt werden.

## **Arbeitsgruppe „Generalistische Pflegeausbildung-praktische Ausbildung“**

Im Dezember 2018 wurde im Rahmen des Runden Tisches Pflege eine neue Arbeitsgruppe zur „Generalistischen Pflegeausbildung-praktische Ausbildung“ eingerichtet, zu der alle Pflegeschulen und Hochschulen mit Pflegestudiengängen in München eingeladen sind. Ziel ist eine Verständigung darüber, wie die praktische Ausbildung in der generalistischen Ausbildung ab 2020 auf Münchner Ebene gestaltet werden kann und wie ein nahtloser Übergang gelingt. Das RGU sowie das Sozialreferat übernehmen als neutrale Stelle die Organisation und Moderation dieser Arbeitsgruppe.



### **Trägerübergreifendes Simulationszentrum für die Pflegeausbildung**

Mit der generalistischen Pflegeausbildung werden Engpässe in den Praxiseinsätzen erwartet, besonders in der Geburtshilfe und Kinderkrankenpflege. Die Referentin für Gesundheit und Umwelt wird dem Münchner Stadtrat noch 2019 vorschlagen, ein Modellprojekt für ein trägerübergreifendes Simulationszentrum für die neue Pflegeausbildung einzurichten und finanziell zu unterstützen. Das Simulationszentrum soll einen Teil der praktischen Ausbildung sicherstellen und den Auszubildenden ein umfangreiches Angebot an modernen Lern- und Trainingsmöglichkeiten anbieten.

### **Schulsozialarbeit an der München Klinik Akademie**

Im März 2015 wurde ein Modellprojekt zur „Schulsozialarbeit an der München Klinik Akademie“ eingerichtet. Im Oktober 2018 wurde das Modellprojekt um weitere drei Jahre verlängert und personell auf insgesamt 1,5 VZÄ aufgestockt. Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass dieses Angebot sowohl für die Auszubildenden als auch für die Lehrkräfte und Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter eine wertvolle Unterstützung in den verschiedenen Bereichen darstellt. Es hilft das Leistungsniveau der Auszubildenden zu verbessern, das Ausbildungsziel zu erreichen und leistet einen wesentlichen Beitrag für eine gute Integration für die Auszubildenden mit Migrationshintergrund.

### **Pädiatrische Weiterbildung**

Das RGU unterstützt in der Einführungs- und Erprobungsphase zwei Kurse zur Weiterbildung Pädiatrische Pflege der München Klinik Akademie im Zeitraum 2018 bis 2020. Mit diesem Angebot sollen Pflegefachkräfte, die keinen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege haben, für die Pädiatrische Pflege weitergebildet und an das derzeitige Niveau in diesem Bereich herangeführt werden.

### **Pflegekammer**

Eine Pflegekammer ist eine unabhängige pflegerische Selbstverwaltung, die die Interessen der Pflege vertritt und als Ansprechpartnerin gegenüber der Politik und anderen Interessenverbänden fungiert. Der Bayerische Landtag hat im April 2017 das Gesetz zur Errichtung einer „Vereinigung der Pflegenden in Bayern“ beschlossen. Damit wird in Bayern auf absehbare Zeit keine Pflegekammer eingerichtet werden. Trotzdem hat sich im Herbst 2018 der Münchner Stadtrat für die Einrichtung einer Pflegekammer im Freistaat Bayern ausgesprochen.

Trotz dieses Maßnahmenbündels ist in München die Situation in der Pflege weiterhin angespannt. Die Studie konnte nun wertvolle Hinweise liefern, was zu tun ist, um mehr Menschen für die Pflege zu gewinnen bzw. sie dort zu halten und zeigt ihre Bedürfnisse auf. Darum ist es wichtig gemeinsam anzupacken, um bessere Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Pflege in München zu schaffen.

# Literaturverzeichnis

- (1) J. Köppen, B. Zander, R. Busse: Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4CAST). In Internetpublikation: <https://www.lep.ch/de/kalender.html> (download am 15.05.2019)
- (2) Deutsches Krankenhausinstitut e.V.: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. In Internetpublikation: <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/barometer> (download am 01.04.2019)
- (3) M. Simon et al. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. In Internetpublikation: <http://www.next.uni-wuppertal.de/> (download am 02.04.2019)
- (4) Die Techniker Krankenkasse (TK): Gesundheitsreport 2018 Arbeitsunfähigkeiten. In Internetpublikation: <https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf> (download am 01.04.2019). Laut TK-Gesundheitsreport lag der Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeitstage aller Tätigkeitsgruppen in Deutschland im Jahr 2017 bei 14,6 Tage.
- (5) ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015
- (6) Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH, F+B Mietspiegelindex 2018, Hamburg, 2019





# Analyse der Situation der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchener Krankenhäusern

---

## **Abschlussbericht**

für das Referat für Gesundheit und Umwelt,  
Landeshauptstadt München

Berlin, 24. April 2019

---

### **Kontakt:**

Dr. Monika Sander  
T +49 30 230 809 44  
Monika.Sander@iges.com

---

**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

[www.iges.com](http://www.iges.com)

**Autoren:**

Monika Sander

Stefan Loos

Ender Temizdemir

---

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>16</b>
1.1	Hintergrund der Studie	16
1.2	Ziele der Studie	17
1.3	Struktur des Berichts	17
<b>2.</b>	<b>Methodische Vorgehensweise</b>	<b>18</b>
2.1	Überblick über das methodische Vorgehen	18
2.2	Sekundärdatenanalysen	19
2.3	Befragung der Krankenhausstandorte in München	19
2.3.1	Definition der Grundgesamtheit	19
2.3.2	Entwicklung des Fragebogens	20
2.3.3	Durchführung der Befragung	22
2.3.4	Teilnahme an der Befragung	22
2.4	Befragung der Pflegekräfte und der Hebammen in Münchner Krankenhäusern	23
2.4.1	Definition der Grundgesamtheit	23
2.4.2	Entwicklung des Fragebogens	23
2.4.3	Durchführung der Befragung	24
2.4.4	Teilnahme an der Befragung	25
2.4.5	Charakteristika der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer	26
2.5	Befragung der Berufsfachschulen sowie der Hochschulen	30
2.5.1	Definition der Grundgesamtheit	30
2.5.2	Inhalte der Befragung	31
2.5.3	Durchführung der Befragung	32
2.5.4	Teilnahme an der Befragung	32
2.6	Befragung der Schülerinnen und Schüler sowie der Studierenden	33
2.6.1	Definition der Grundgesamtheit	33
2.6.2	Inhalte der Befragung	33
2.6.3	Durchführung der Befragung	34
2.6.4	Teilnahme an der Befragung	35
2.6.5	Charakteristika der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer	37
2.7	Prognose des Bedarfs und des Angebots an Pflegefachkräften	52
2.8	Expertenbefragung	53
<b>3.</b>	<b>Demographische Entwicklung in München</b>	<b>54</b>
<b>4.</b>	<b>Struktur der Münchner Kliniken</b>	<b>57</b>
<b>5.</b>	<b>Personalsituation in der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchner Kliniken</b>	<b>61</b>
5.1	Beschreibung der Personalsituation an den Kliniken	61
5.1.1	Anzahl der Pflegekräfte gemäß Daten aus den Strukturierten Qualitätsberichten	61
5.1.2	Personalstruktur gemäß der Befragung der Kliniken	62

---

5.1.3	Befristete Verträge	66
5.1.4	Personal über Zeitarbeitsfirmen	67
5.1.5	Anzahl Planstellen und vakanter Planstellen	69
5.1.6	Zeitdauer bis zur Stellenbesetzung und Beurteilung der Schwierigkeit, vakante Stellen zu besetzen	70
5.1.7	Personalfluktuatation	75
5.1.8	Durchschnittliche Zuteilung gemäß Krankenhausbefragung	76
5.1.9	Durchschnittliche Anzahl an zu versorgenden Patientinnen und Patienten gemäß der Befragung der Pflegekräfte	81
<b>5.2</b>	<b>Arbeitsbelastung und -zufriedenheit der Pflegekräfte und des Assistenzpersonals</b>	<b>84</b>
5.2.1	Überstunden	84
5.2.2	Einhaltung von Pausenzeiten	87
5.2.3	Veränderung der Arbeitsbelastung in den letzten 2 Jahren	91
5.2.4	Einschätzung der Zeit für die Patientenbetreuung	92
5.2.5	Zufriedenheitsaspekte	93
<b>5.3</b>	<b>Zukunftspläne der Pflegekräfte</b>	<b>96</b>
<b>5.4</b>	<b>Wahrnehmung von Führungsaufgaben</b>	<b>101</b>
<b>5.5</b>	<b>Kapazitätsengpässe in den Kliniken</b>	<b>103</b>
<b>5.6</b>	<b>Systeme zur potenziellen Entlastung von Pflegekräften</b>	<b>103</b>
<b>5.7</b>	<b>Zukünftige Veränderungen der Versorgungskapazitäten und des Bedarfs an Pflegekräften</b>	<b>105</b>
<b>6.</b>	<b>Anerkennungsverfahren und Pflegeabschlüsse aus dem Ausland</b>	<b>107</b>
6.1	Hintergrund	107
6.2	Anzahl der Anerkennungsverfahren	108
6.3	Einschätzungen der Pflegekräfte über das Anerkennungsverfahren	109
<b>7.</b>	<b>Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und Hebammen in München</b>	<b>111</b>
<b>7.1</b>	<b>Berufsausbildung im Bereich Pflege in München</b>	<b>111</b>
7.1.1	Ausbildungseinrichtungen und Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn	111
7.1.2	Bewerbungssituation	113
7.1.3	Ausbildungssituation der Schülerinnen und Schüler	121
7.1.4	Ausbildungsabbrüche und Gründe	125
7.1.5	Absolventinnen und Absolventen	129
7.1.6	Zukünftige Entwicklung der Ausbildungskapazitäten	136
<b>7.2</b>	<b>Studiengänge im Bereich Pflege in München</b>	<b>138</b>
7.2.1	Art der Studiengänge und Anzahl der Studienplätze	138
7.2.2	Bewerbungssituation	140
7.2.3	Situation der Studierenden	146
7.2.4	Studienabbrüche und Gründe	149
7.2.5	Absolventinnen und Absolventen	152
7.2.6	Geplante Veränderungen der Studienkapazitäten	155

---



---

7.3	Stand der Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte	156
8.	Prognose des Bedarfs und des Angebots an Pflegefachkräften	158
9.	Zusammenfassung	161
9.1	Hintergrund und Ziele	161
9.2	Methodisches Vorgehen	161
9.3	Wesentlichen Ergebnisse der Studie	162
9.3.1	Struktur der Münchner Kliniken	162
9.3.2	Personalsituation an den Münchner Kliniken	163
9.3.3	Ausbildungssituation an den Berufsfachschulen	166
9.3.4	Ausbildungssituation an den Hochschulen	168
9.4	Bewertung der Ergebnisse	169
10.	Anhang	174
A1	Liste der Krankenhausstandorte	175
A2	Liste der Berufsfachschulen	177
	Literaturverzeichnis	179
	Abbildungen	6
	Tabellen	11
	Abkürzungsverzeichnis	15

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Methodische Vorgehensweise – Ablaufplan	18
Abbildung 2:	Verteilung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach Berufsabschluss (in %), 2018	26
Abbildung 3:	Verteilung der Pflegekräfte nach Alter (in %), 2018	27
Abbildung 4:	Verteilung der Pflegekräfte nach Geschlecht (in %), 2018	28
Abbildung 5:	Verteilung der Pflegekräfte nach höchstem schulischen Bildungsabschluss (in %), 2018	29
Abbildung 6:	Verteilung der Pflegekräfte, die ihren Abschluss im Ausland gemacht haben, nach Ländern (in %), 2018	30
Abbildung 7:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Ausbildungsjahr und Ausbildungsbereich (in %), 2018	38
Abbildung 8:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Altersstruktur und Ausbildungsbereich (in %), 2018	39
Abbildung 9:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht und Ausbildungsbereich (in %), 2018	40
Abbildung 10:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach höchstem schulischen Bildungsabschluss und Ausbildungsbereich (in %), 2018	41
Abbildung 11:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach anderer abgeschlossener Ausbildung bzw. abgeschlossenem Studium und Ausbildungsbereich (in %), 2018	42
Abbildung 12:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Wohnort vor Beginn der Ausbildung und Ausbildungsbereich (in %), 2018	43
Abbildung 13:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Staatsangehörigkeit und Ausbildungsbereich (in %), 2018	44
Abbildung 14:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Sprachkenntnissen und Ausbildungsbereich (in %), 2018	45
Abbildung 15:	Verteilung der Studierenden nach Studiengang (in %), 2018	46
Abbildung 16:	Verteilung der Studierenden nach Altersstruktur und Studiengang (in %), 2018	47
Abbildung 17:	Verteilung der Studierenden nach Geschlecht (in %), 2018	48
Abbildung 18:	Verteilung der Studierenden nach höchstem Bildungsabschluss und nach Studiengang (in %), 2018	49

---

---

Abbildung 19:	Verteilung der Studierenden nach Vorliegen einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder eines Studiums (in %), 2018	50
Abbildung 20:	Verteilung der Studierenden nach Wohnort vor Studienbeginn und nach Studiengang (in %), 2018	51
Abbildung 21:	Verteilung der Studierenden nach Fachsemestern und nach Studiengang (in %), 2018	52
Abbildung 22:	Bestand und Prognose der Bevölkerungszahlen in München, 2005 bis 2035	54
Abbildung 23:	Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen für Teilzeitarbeit (in %), 2018	64
Abbildung 24:	Verteilung der Pflegekräfte nach den Faktoren, die dazu beitragen könnten, ihr reguläres Arbeitspensum zu erhöhen (in %), 2018	65
Abbildung 25:	Verteilung der Pflegekräfte bzw. Hebammen in den Kliniken nach Altersgruppen (in %), 2017	66
Abbildung 26:	Verteilung der Pflegekräfte nach der persönlichen Einschätzung zur Situation auf ihrer Station (in %), 2018	74
Abbildung 27:	Verteilung der Pflegekräfte nach der persönlichen Einschätzung zur Situation auf ihrer Station sowie nach Art der Station (in %), 2018	75
Abbildung 28:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Veränderung der Anzahl der zu betreuenden Patientinnen und Patienten im letzten Jahr sowie nach Art der Station (in %), 2017-2018	84
Abbildung 29:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Anzahl der Überstunden im letzten Monat, 2018	86
Abbildung 30:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Möglichkeit, Überstunden zeitnah auszugleichen, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017	87
Abbildung 31:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Wahl des Ortes für Pausenzeiten und der Möglichkeit, geplante Urlaube vollumfänglich zu nehmen (in %), 2017	88
Abbildung 32:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Wahl des Ortes für Pausenzeiten und nach Tätigkeit (in %), 2017	89
Abbildung 33:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Häufigkeit der Einhaltung der gesetzlichen bzw. tariflichen Pausenzeiten, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017	90

---

---

Abbildung 34:	Verteilung der Pflegekräfte nach der Häufigkeit des außerplanmäßigen Einspringens für Kolleginnen und Kollegen, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017	91
Abbildung 35:	Verteilung der Pflegekräfte nach Entwicklung der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren sowie nach Tätigkeit (in %), 2016-2018	92
Abbildung 36:	Verteilung der Pflegekräften nach ihrer Einschätzung der Zeit für die Patientenbetreuung (in %), 2018	93
Abbildung 37:	Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Arbeit (in %), 2018	94
Abbildung 38:	Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und nach Tätigkeit (in %), 2018	95
Abbildung 39:	Verteilung der Pflegekräfte nach verschiedenen Aspekten der Berufstätigkeit und Wertschätzung im Beruf (in %), 2018	96
Abbildung 40:	Verteilung der Pflegekräfte nach Erwägung einer beruflichen Umorientierung, eines Wohnorts- oder Stellenwechsels (in %), 2018	97
Abbildung 41:	Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen für die Erwägung einer beruflichen Umorientierung, eines Wohnorts- oder Stellenwechsels (in %), 2018	98
Abbildung 42:	Verteilung der Pflegekräfte nach konkreter Planung der Aufgabe der Pfl egetätigkeit in der näheren Zukunft (3 Jahre) (in %), 2018	99
Abbildung 43:	Verteilung der Pflegekräfte nach Planung der Aufgabe der Pflege- in der näheren Zukunft (3 Jahre) (in %), 2018	100
Abbildung 44:	Verteilung der Pflegekräfte nach Planung eines Verbleibs in der Pfl egetätigkeit bis zum Rentenalter (in %), 2018	101
Abbildung 45:	Verteilung der Führungskräfte nach ihrer Beurteilung der Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Führungsaufgaben (in %), 2018	102
Abbildung 46:	Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Einschätzung des Anerkennungsverfahrens (in %), 2018	110
Abbildung 47:	Entwicklung der Ausbildungsplätze in den letzten zehn Jahren nach Art der Ausbildung	113
Abbildung 48:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl der geschriebenen Bewerbungen für einen pflegerischen Ausbildungsplatz bzw. eine Hebammenausbildung (in %), 2018	115

---

---

Abbildung 49:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach dem Ort der Bewerbungen für einen pflegerischen Ausbildungsplatz bzw. eine Hebammenausbildung (in %), 2018	116
Abbildung 50:	Entwicklung der Anzahl der Bewerbungen an den Berufsfachschulen in den letzten 10 Jahren nach Art der Ausbildung, 2018	117
Abbildung 51:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl ihrer Vorstellungsgespräche (in %), 2018	118
Abbildung 52:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl der Zusagen (in %), 2018	119
Abbildung 53:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Beweggründen für eine Ausbildung in München (in %), 2018	120
Abbildung 54:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu finden (in %), 2018	121
Abbildung 55:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler gemäß ihrer Zustimmung, dass der Ausbildungsort bzw. das Tätigkeitsfeld ihren Wünschen entspricht (in %), 2018	123
Abbildung 56:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach ihrer Zufriedenheit mit der Ausbildung insgesamt (in %), 2018	124
Abbildung 57:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach ihrer Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Ausbildung (in %), 2018	125
Abbildung 58:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Häufigkeit des Nachdenkens über einen Abbruch der Ausbildung (in %), 2018	126
Abbildung 59:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen für das Nachdenken über einen Ausbildungsabbruch (in %), 2018	127
Abbildung 60:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen für das Nachdenken über einen Ausbildungsabbruch nach Ausbildungsberuf (in %), 2018	128
Abbildung 61:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler, die nach dem Abschluss in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten wollen (in %), 2018	131
Abbildung 62:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen dafür, dass nicht im Ausbildungsberuf gearbeitet werden will (in %), 2018	132
Abbildung 63:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach geplantem Verbleib in München nach der Ausbildung (in %), 2018	133

---

---

Abbildung 64:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen dafür, nach dem Abschluss wahrscheinlich nicht in München zu bleiben (in %), 2018	134
Abbildung 65:	Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach dem Interesse an einem akademischen Abschluss (in %), 2018	135
Abbildung 66:	Verteilung der Schülerinnen und Schülern nach ihren Plänen, nach der Ausbildung zu studieren (in %), 2018	136
Abbildung 67:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach den geplanten Veränderungen der Ausbildungskapazitäten in den nächsten 2 Jahren und nach Bereich (absolut), 2018	137
Abbildung 68:	Verteilung der Studierenden nach der Anzahl der geschriebenen Bewerbungen für einen Studienplatz im Bereich Pflege (in %), 2018	141
Abbildung 69:	Verteilung der Studierenden nach zusätzlicher Bewerbung auf einen anderen, nicht pflegebezogenen, Studienplatz (in %), 2018	142
Abbildung 70:	Verteilung der Studierenden nach dem Ort der Bewerbungen auf einen Studienplatz im Bereich Pflege (in %), 2018	143
Abbildung 71:	Verteilung der Studierenden nach Gründen die Wahl eines Studienplatzes in München (in %), 2018	144
Abbildung 72:	Verteilung der Studierenden nach der Beurteilung der Möglichkeit einen Studienplatz im Bereich Pflege zu finden und nach Studiengang (in %), 2018	145
Abbildung 73:	Verteilung der Studierenden nach den Gründen für die Wahl eines Studiums im Bereich Pflege (in %), 2018	146
Abbildung 74:	Verteilung der Studierenden nach ihrer Zufriedenheit mit dem Studium insgesamt und nach Studiengang (in %), 2018	148
Abbildung 75:	Verteilung der Studierenden nach ihrer Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Studiums insgesamt sowie nach Studiengang (in %), 2018	149
Abbildung 76:	Verteilung der Studierenden nach der Häufigkeit des Nachdenkens über einen Abbruch des Studiums sowie nach Studiengang (in %), 2018	150
Abbildung 77:	Verteilung der „Pflege dual“-Studierenden nach den Gründen für das Nachdenken über einen Abbruch des Studiums (in %), 2018	151
Abbildung 78:	Verteilung der nicht „Pflege dual“-Studierenden nach den Gründen für das Nachdenken über einen Abbruch des Studiums (in %), 2018	152

---

---

Abbildung 79:	Verteilung der Studierenden nach präferiertem Bereich der Berufstätigkeit nach Abschluss des Studiums insgesamt sowie nach Studiengang (in %), 2018	153
Abbildung 80:	Verteilung der Studierenden nach ihrer Absicht, nach Abschluss des Studiums in München zu bleiben (in %), 2018	154
Abbildung 81:	Verteilung der Studierenden nach Gründen des Vorhabens nach dem Studium nicht in München bleiben zu wollen (in %), 2018	155
Abbildung 82:	Verteilung der Pflegekräfte nach abgeschlossenen Weiterbildungen (in %), 2018	156
Abbildung 83:	Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen, weshalb trotz konkretem Weiterbildungswunsch noch keine Weiterbildung absolviert wurde (in %), 2018	157
Abbildung 84:	Mögliche Ansatzpunkte für Reduktion des Pflegepersonalmangels	171

### **Tabellen**

Tabelle 1:	Inhalte der Befragung der Krankenhausstandorte	20
Tabelle 2:	Inhalte der Befragung der Berufsfachschulen für Pflege und Hebammenwesen sowie der Hochschulen mit Pflegestudiengängen	31
Tabelle 3:	Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Ausbildungsbereich sowie geschätzte Rücklaufquote, 2018	36
Tabelle 4:	Anzahl der Studierenden, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Studiengang und geschätzte Rücklaufquote, 2018	37
Tabelle 5:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anzahl der Betten (absolut und in %), 2016 Rücklaufquote	57
Tabelle 6:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Art des Trägers (absolut und in %), 2016	58
Tabelle 7:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anzahl der vollstationären, teilstationären und ambulanten Fälle, 2016	59
Tabelle 8:	Verteilung der Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe nach ihrer Geburtenzahl (absolut), 2017	60
Tabelle 9:	Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen an Münchner Kliniken in Vollzeitäquivalenten, 2016	61

---

---

Tabelle 10:	Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen an den befragten Münchner Kliniken in Vollzeitäquivalenten und Personen, 2017	63
Tabelle 11:	Anzahl und Anteil der Pflegekräfte und Hebammen an Münchner Kliniken mit einem befristeten Vertrag nach Qualifikation, 2017	67
Tabelle 12:	Anzahl der Klinikstandorte mit Leiharbeitskräften, Gesamtzahl an Leiharbeitskräften und Anteil der Leiharbeitskräfte an allen Beschäftigten, 2017	68
Tabelle 13:	Anzahl Planstellen, vakanter Planstellen (absolut) und Anteil vakanter Planstellen, 2018	69
Tabelle 14:	Anzahl Planstellen, vakanter Planstellen (absolut) und Anteil vakanter Planstellen, 2018	70
Tabelle 15:	Durchschnittliche Dauer bis zur Stellenbesetzung (in Monaten) für Pflegekräfte, Hebammen und Assistenzpersonal, 2018	71
Tabelle 16:	Verteilung der Klinikstandorte nach der Beurteilung der Schwierigkeit, vakante Stellen zu besetzen (absolut und in %), 2018	72
Tabelle 17:	Verteilung der Klinikstandorte nach der Einschätzung der Entwicklung (in den letzten fünf Jahren) der Möglichkeit, vakante Stellen zu besetzen (absolut und in %), 2018	73
Tabelle 18:	Durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten, die je Schicht durch eine Pflegekraft mit mindestens dreijähriger Ausbildung versorgt werden, 2018	77
Tabelle 19:	Durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten, die je Schicht durch eine Pflegekraft mit mindestens dreijähriger Ausbildung versorgt werden, nach Wochentagen sowie nach Fachabteilung, 2018	78
Tabelle 20:	Verteilung der Klinikstandorte nach der Entwicklung der zugeteilten Anzahl an durchschnittlich zu versorgenden Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in den letzten 5 Jahren (absolut und in %), 2018	80
Tabelle 21:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Entwicklung des Pflegeaufwands je Patientin bzw. je Patient in den letzten 5 Jahren (absolut und in %), 2018	81
Tabelle 22:	Durchschnittliche Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten je Pflegekraft sowie nach Schicht und Art der Station, 2018	83
Tabelle 23:	Anzahl der Überstunden und ausbezahlter Überstunden nach Art der Station und nach Patientengruppen, 31.12.2017	85

---



---

Tabelle 24:	Verteilung der Klinikstandorte nach der Beurteilung der Entlastungswirkung des Pflegepersonals durch ein einheitliches Krankenhausinformationssystem und die elektronische Patientenakte (in %), 2018	104
Tabelle 25:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der geplanten Veränderungen der Versorgungskapazitäten an den Krankenhausstandorten in den nächsten 5 Jahren (absolut und in %), 2018	105
Tabelle 26:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Einschätzung der Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften bzw. Hebammen (in VZÄ) innerhalb der nächsten 5 Jahre (absolut und in %), 2018	106
Tabelle 27:	Ausbildungseinrichtungen in München, Haar und Freising nach Art der Ausbildung, 2018	111
Tabelle 28:	Anzahl der Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn an den Berufsfachschulen, die sich an der Befragung beteiligt haben, nach Art der Ausbildung, 2017/2018	112
Tabelle 29:	Anzahl der Bewerbungen je Ausbildungsplatz für einen Ausbildungsbeginn nach Art der Ausbildung, 2017/2018	114
Tabelle 30:	Anzahl der Schülerinnen und Schüler je Schuljahr nach Art der Ausbildung, Schuljahre 2013/2014 bis 2017/2018	122
Tabelle 31:	Anzahl der Absolventinnen und Absolventen je Schuljahr nach Art der Ausbildung, 2013/2014 bis 2017/2018	130
Tabelle 32:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze für Schülerinnen und Schüler bzw. Studierende in den nächsten 5 Jahren (absolut und in %), 2018	138
Tabelle 33:	Studiengänge im Bereich Pflege in München nach Hochschule, 2018	139
Tabelle 34:	Anzahl der Studienplätze für einen Studienbeginn nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018	139
Tabelle 35:	Anzahl der eingeschriebenen Studierenden nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018	147
Tabelle 36:	Anzahl der Absolventinnen und Absolventen nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018	152
Tabelle 37:	Nachbesetzungsbedarf in den nächsten 10 Jahren, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	158

---

Tabelle 38:	Pflegerische Nachwuchs in den nächsten 10 Jahren, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	159
Tabelle 39:	Liste der Krankenhausstandorte in München	175
Tabelle 40:	Liste der Berufsfachschulen in München, Haar und Freising	177

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
ATA	Anästhesietechnische Assistenz
BayBQFG	Bayerisches Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Berufsqualifikationen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KrPfiAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KSH	Katholische Stiftungshochschule München
OTA	Operationstechnische Assistenz
PfiAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PpSG	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
RGU	Referat für Gesundheit und Umwelt

---

## 1. Einleitung

### 1.1 Hintergrund der Studie

Bundesweit wird in Deutschland ein Mangel an Pflegefachkräften beklagt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat daher auch die Gewinnung neuer Pflegekräfte als eines der wichtigsten Ziele der aktuellen Legislaturperiode ausgerufen. Zum einen wurde im November 2018 das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) verabschiedet, welches eine Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen und die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern vorsieht. Zum anderen wurde eine sogenannte Konzertierte Aktion „Pflege“ gestartet, in der verschiedene Expertinnen und Experten bis zum Sommer 2019 Vorschläge erarbeiten sollen, wie offene Stellen in der Pflege besetzt werden können.

Auch in der Landeshauptstadt München gibt es einen von Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren bzw. den Pflegedienstleitungen bestätigten Mangel an Pflegefachkräften. Dieser betrifft insbesondere den OP- und intensivmedizinischen sowie den pädiatrischen Bereich. Es wird befürchtet, dass sich dieser Mangel zukünftig noch weiter verschärft.

Vor diesem Hintergrund hat der Stadtrat der Landeshauptstadt München das Referat für Gesundheit und Umwelt beauftragt, einen „Runden Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“ zu gründen. Dieser tagt regelmäßig seit Januar 2017 mit dem Ziel, „die Bedingungen für Pflegekräfte an den Münchner Krankenhäusern zu verbessern und so insgesamt mehr Pflegekräfte für die Münchner Krankenhäuser zu gewinnen“ (RGU 2016). Als eine Aufgabe des Runden Tisches wurde eine Analyse zur Situation der Pflegekräfte und Hebammen an den Münchner Krankenhäusern definiert. Bisher gibt es keine umfassende und systematische Analyse der Situation in der Pflege und in der Geburtshilfe in den Krankenhäusern bezüglich Personal, Struktur, Ausbildung, Studium, Anerkennungsverfahren sowie Fort- und Weiterbildung. So ist beispielsweise nur wenig darüber bekannt, wie lange Pflegekräfte im Beruf verweilen oder wie hoch die tatsächliche Fluktuation ist. Auch aus vorliegenden Sekundärdaten lassen sich keine zuverlässigen und umfassenden Aussagen für die Stadt München ableiten.

Die Mitglieder des Runden Tisches<sup>1</sup> haben daher eine Liste an Fragen zusammengestellt, die für eine fundierte Einschätzung der derzeitigen Pflege- und Hebammensituation an Münchner Kliniken beantwortet werden sollen. Das Referat für Umwelt und Gesundheit hat auf Basis einer öffentlichen Ausschreibung das IGES

---

<sup>1</sup> Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisch Pflege sind das Referat für Gesundheit und Umwelt, Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleitungen der Münchner Kliniken, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeschulen und Hochschulen in München, des deutschen Berufsverbandes für Pflege, der Arbeitsagentur, der Regierung von Oberbayern, des Sozialreferates, des Referats für Arbeit und Wirtschaft, des Bayerischen Hebammenverbands, der ARGE öffentliche / freie Wohlfahrtspflege, des Bezirks Oberbayern und der Gewerkschaft Verdi.

Institut damit beauftragt, die Analyse zur Situation der Pflegekräfte und Hebammen an den Münchner Krankenhäusern durchzuführen.

## 1.2 Ziele der Studie

Das Ziel der Studie ist eine systematische Bestandsaufnahme der Situation der Pflegekräfte und Hebammen an den Münchner Krankenhäuser. Es geht um eine Einschätzung der derzeitigen Pflege- und Hebammensituation sowie um eine fundierte Prognose des kurz-, mittel- und langfristigen Bedarfs an Pflegekräften und Hebammen in den Krankenhäusern. Dabei sollen die derzeitigen bekannten sowie zukünftig zu erwartenden Versorgungsprobleme in der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchner Kliniken identifiziert werden.

Die Datenerhebungen und -analysen sollen der Landeshauptstadt München als fundierte Planungsgrundlage dienen, um Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchner Kliniken abzuleiten.

## 1.3 Struktur des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in neun Hauptkapitel. Neben der Einleitung sind dies folgende:

- Kapitel 2 gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen, insbesondere im Hinblick auf die Primärdatenerhebungen.
  - In Kapitel 3 wird als Hintergrundinformation zunächst die demographische Entwicklung in München dargestellt.
  - In Kapitel 4 erfolgt die Darstellung der Struktur der Münchner Kliniken, insbesondere Betten- und Fallzahlen sowie Trägerschaft. Zusätzlich wird aufgezeigt, wie viele Kliniken in München Geburtshilfe anbieten.
  - Das Kapitel 5 beschreibt die Personalsituation an den Münchner Kliniken. Dabei wird auch das Betreuungsverhältnis an den Kliniken sowie die Arbeitsbelastung sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte analysiert.
  - Das Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegeabschlüsse sowie die Anzahl der Anerkennungen und ihre Entwicklung werden in Kapitel 6 dargestellt.
  - Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte und Hebammen in München sind Gegenstand von Kapitel 7.
  - In Kapitel 8 wird der zukünftige Bedarf an Pflegekräften prognostiziert.
  - Kapitel 9 fasst die zentralen Ergebnisse zusammen und bewertet die aktuelle Situation der Pflegekräfte sowie die voraussichtliche Entwicklung in den kommenden 10 Jahren.
-

## 2. Methodische Vorgehensweise

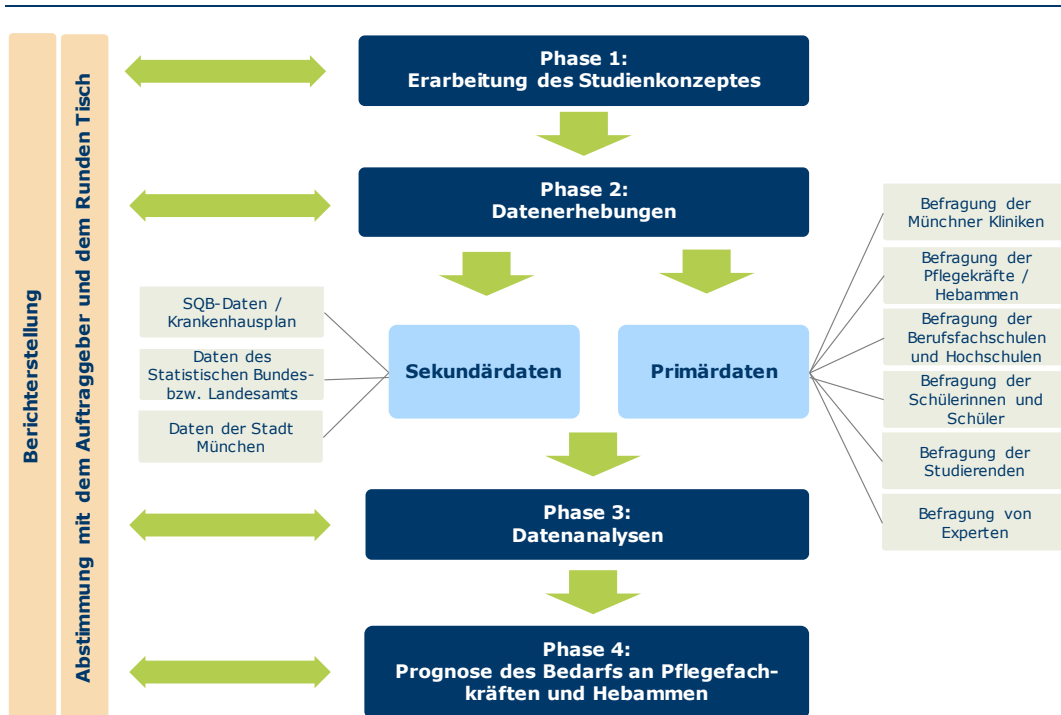
### 2.1 Überblick über das methodische Vorgehen

Die Studie besteht insgesamt aus vier Projektphasen (Abbildung 1):

- ◆ Phase 1: Erarbeitung des Studienkonzeptes,
- ◆ Phase 2: Datenerhebungen,
- ◆ Phase 3: Datenanalysen,
- ◆ Phase 4: Prognose des Bedarfs an Pflegefachkräften und Hebammen.

Alle Projektphasen wurden eng mit dem Auftraggeber sowie dem Runden Tisch für Pflege an den Münchnern Krankenhäusern abgestimmt.

Abbildung 1: Methodische Vorgehensweise – Ablaufplan



Quelle: IGES

Das Studienkonzept hatte zum Ziel, gemeinsam mit dem Auftraggeber und den Mitgliedern des Runden Tisches zu konkretisieren, welche Untersuchungsfragen durch welche Datenquellen beantwortet werden können. Des Weiteren wurde im Studienkonzept das geplante Design, die Inhalte und die Vorgehensweise bei der Durchführung der Primärdatenerhebungen dargestellt.

## 2.2 Sekundärdatenanalysen

Für die Beantwortung einiger Untersuchungsfragen (z. B. zur Struktur der Krankenhäuser oder zur demographischen Entwicklung) konnte insbesondere auf die folgenden Sekundärdaten zurückgegriffen werden:

- ◆ Daten der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB-Daten),
- ◆ Daten des bayerischen Landeskrankenhausplans,
- ◆ Daten des Statistischen Bundesamtes bzw. Landesamtes,
- ◆ Daten der Stadt München (z. B. Demografiebericht München).

Diese Daten sind öffentlich verfügbar, wurden aufbereitet und zur Beantwortung der Untersuchungsfragen herangezogen.

Des Weiteren wurde bei der Regierung von Oberbayern eine Datenanfrage gestellt, um nähere Informationen zur Anerkennung von ausländischen Pflegeabschlüssen zu erhalten (u. a. Anzahl der anerkannten Abschlüsse, Entwicklung der Anerkennungen in den letzten Jahren, durchschnittliche Dauer des Anerkennungsverfahrens).

## 2.3 Befragung der Krankenhausstandorte in München

### 2.3.1 Definition der Grundgesamtheit

Alle Krankenhäuser in München sollten im Rahmen einer angestrebten Vollerhebung schriftlich – auf Ebene des Krankenhausstandortes – befragt werden. Zuerst war geplant, dass die reinen Tageskliniken in München nicht in die Untersuchung einbezogen werden. Die Mitglieder des Runden Tisches wiesen jedoch darauf hin, dass diese als attraktive Arbeitgeber für Pflegekräfte gesehen werden und daher bei einer Analyse der Pflegesituation berücksichtigt werden sollten.

Das IGES Institut hat auf Basis der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte aus dem Jahr 2015, dem aktuellen Krankenhausplan des Freistaats Bayern (Stand 1.1.2018) sowie der Positivliste der Krankenhausstandorte in Deutschland für das Berichtsjahr 2017, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veröffentlicht wird<sup>2</sup>, eine Liste der Krankenhausstandorte in München inklusive der Tageskliniken erstellt (vgl. dazu Tabelle 39 im Anhang). Diese Liste der Krankenhausstandorte wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt.

---

<sup>2</sup> Der G-BA veröffentlicht jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die verpflichtet sind, einen Qualitätsbericht zu erstellen. In einer sogenannten Positivliste informiert der G-BA, erstmals für das Berichtsjahr 2015, die Krankenhäuser über ihre standortbezogenen Lieferpflichten. Krankenhäuser, die über mehr als einen Standort verfügen, sind dazu verpflichtet, neben dem Gesamtbericht für das ganze Krankenhaus auch einen jeweils standortbezogenen Qualitätsbericht abzuliefern. (Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 11.5.2016)

---

### 2.3.2 Entwicklung des Fragebogens

Das IGES Institut entwickelte auf Basis der Untersuchungsfragen in der Leistungsbeschreibung sowie der im Rahmen einer Sitzung des Runden Tisches besprochenen Ergänzungen einen Fragebogen für die Befragung der Münchner Krankenhausstandorte.

Die wesentlichen Befragungsinhalte bezogen sich auf die Struktur der Kliniken sowie die Personalsituation an den Kliniken (Tabelle 1). Des Weiteren sollten die Betreuungsverhältnisse bzw. Personalbelastungszahlen sowie Kapazitätsengpässe erfragt werden.

Tabelle 1: Inhalte der Befragung der Krankenhausstandorte

Frageblock bzw. Item	Differenzierung
<b>Strukturmerkmale</b>	
Anzahl der Betten	◆ Fachabteilung
Anzahl Fälle / ggf. Schweregrad der Fälle	◆ Fachabteilung
Anzahl der Geburten	◆ Geburtsmodus
Anzahl Belegungstage	◆ Fachabteilung
besetzte und offene Planstellen	◆ Fachabteilung
Geburtsklinik	◆ System: angestellte Hebammen, Beleghebammen, Mischsysteme
organisatorische Aspekte (u. a. Ausstattung mit Medikamentenautomaten)*	
<b>Personalsituation</b>	
Anzahl und Vollzeitäquivalente der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, (Beleg-)Hebammen, Schülerinnen und Schüler	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Altersgruppen</li> <li>◆ Geschlecht</li> <li>◆ Teilzeit vs. Vollzeitkräfte (Stundenumfang)</li> <li>◆ Anteil Eltern-/Pflegerzeit</li> <li>◆ Befristungen (Gründe)</li> <li>◆ Qualifikation / Berufsbezeichnung</li> <li>◆ ausländische Abschlüsse</li> </ul>
Tätigkeitsbereiche / Einsatzorte	
Fluktuationsraten: Anzahl der Kündigungen (Gründe), Krankenstand, durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit	
Anzahl der Pflegekräfte über Zeitarbeitsfirmen (Gründe und Einsatzgebiete)	◆ Qualifikation / Berufsbezeichnung
Ausfallquoten / Krankheitsquoten	
<b>Betreuungsverhältnisse</b>	



Durchschnittliche Zuteilung: Pflegekraft/Hebamme je zu versorgende Patientin/zu versorgender Patient je Schicht (differenziert nach Früh, - Spät- und Nachtschicht)	♦ ausgewählte Fachabteilungen / Stationen
Betreuungsquotient: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft	♦ ausgewählte Fachabteilungen / Stationen
Anzahl belegte Betten je Pflegekraft	♦ ausgewählte Fachabteilungen / Stationen
<b>Kapazitätsengpässe</b>	
Anzahl Überstunden der Pflegekräfte	
Anzahl Aufnahmestopps (inkl. Gründe)	♦ Station versus einzelne Betten auf einer Station
Anzahl Verschiebungen geplanter Aufnahmen / Operationen aufgrund von Personalengpässen	
<b>Anreize</b>	
Vorhandensein eines Anreizkonzeptes für Pflegekräfte und Hebammen	

Quelle:	IGES auf Basis der Leistungsbeschreibung und der Ergebnisse der Diskussion beim Runden Tisch
Anmerkung:	* Dieser Aspekt wurde aufgrund der Anregung der Mitglieder des Runden Tisches aufgenommen, da bestimmte organisatorische Aspekte den Bedarf an Pflegekräften senken könnten.

Die Mitglieder des Runden Tisches haben angeregt bei der Befragung auch – so weit möglich – zwischen pädiatrischer Pflege und Erwachsenenpflege zu unterscheiden. Fragen zum Betreuungsverhältnis sollten eher auf Stations- als auf Fachabteilungsebene gestellt werden; dabei sei die Unterscheidung zwischen operativ und konservativ wichtig.

Der Entwurf des Fragebogens wurde zunächst einem IGES-internen methodischen und inhaltlichen Expertenreview unterzogen und anschließend mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die überarbeitete Version des Fragebogens wurde dann drei Vertreterinnen und Vertretern des Runden Tisches zur Kommentierung zur Verfügung gestellt. Die Anmerkungen wurden schriftlich gemacht, teilweise erfolgte ein telefonisches Gespräch zur Klärung offener Fragen. Der Fragebogen wurde auf Basis der Anmerkungen aus dem Pretest überarbeitet und final mit dem Auftraggeber abgestimmt.

### 2.3.3 Durchführung der Befragung

Für die Ankündigung der bevorstehenden Befragungen<sup>3</sup> wurde ein gemeinsames Informationsschreiben des IGES Instituts und des RGU an die Klinikleitungen bzw. Geschäftsführungen (per Post und per E-Mail) Anfang Februar 2018 vom IGES Institut versendet.

Die Erhebungsunterlagen (Anschreiben, Fragebögen, Rückumschläge) für die Krankenhausbefragung wurden nach Finalisierung des Fragebogens im Mai 2018 (ebenfalls per Post) an die Krankenhäuser versendet.

Für Rückfragen zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine E-Mail-Adresse als auch eine Ansprechpartnerin beim IGES Institut mit Telefonnummer angegeben.

Nach Ende des geplanten Befragungszeitraumes von 3 Wochen lag lediglich ein ausgefüllter Fragebogen vor. Der Befragungszeitraum wurde aufgrund des geringen Rücklaufs insgesamt dreimal per E-Mail verlängert, teilweise wurde auch telefonisch nachgehakt. Zusätzlich wurde in den Sitzungen des Runden Tisches (im Juni 2018 und, im September 2018) auf die Befragung hingewiesen und um Teilnahme gebeten. Auch das RGU bat die Mitglieder des Runden Tisches per E-Mail um Teilnahme. Die letzte Frist für den Eingang der ausgefüllten Fragebögen wurde auf den 10. Oktober 2018 festgelegt. Da schließlich noch einige Kliniken eine Teilnahme zusagten, die Frist bis zum 10. Oktober 2018 aber nicht halten konnten, wurden schließlich alle Fragebögen in die Auswertungen einbezogen, die bis zum 26. November 2018 am IGES Institut eingegangen sind.

Für die Erfassung der schriftlich eingegangenen Fragebögen wurde eine standardisierte Eingabemaske entwickelt. Alle Fragebögen wurden erfasst. Die eingegebenen Daten wurden auf Qualität und Plausibilität geprüft.

### 2.3.4 Teilnahme an der Befragung

Insgesamt haben sich 16 Klinikstandorte an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote bezogen auf die 52 angeschriebenen Standorte von knapp 31 %.

Ein Klinikum hat für zwei Standorte nur einen Fragebogen ausgefüllt, d. h. es liegen 15 Fragebögen bezogen auf 16 Standorte vor.<sup>4</sup>

Von den 16 Klinikstandorten, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind die Hälfte (n = 8) Fachkliniken. Eine Fachklinik ist zusätzlich auch eine Tagesklinik.

---

<sup>3</sup> Befragung der Kliniken sowie der Pflegekräfte und Hebammen an den Kliniken (vgl. dazu Kapitel 2.4)

<sup>4</sup> Bei einem Fragebogen konnte bislang nicht geklärt werden, ob er sich auf einen oder mehrere Standorte bezieht. Falls er sich auf mehrere Standorte bezieht, fällt die Rücklaufquote noch etwas höher aus.

---

Von den 16 Krankenhausstandorten sind die Hälfte (n = 8) in öffentlicher Trägerschaft, rd. 19 % in privater Trägerschaft (n = 3). Damit haben sich im Vergleich zur Grundgesamtheit (vgl. dazu auch Kapitel 4) Krankenhausstandorte in öffentlicher Trägerschaft überproportional, Krankenhausstandorte in privater Trägerschaft unterproportional an der Befragung beteiligt.

Insgesamt gab es im Jahr 2016 – gemäß den Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten (SQB) – an den Krankenhausstandorten, die sich beteiligt haben, 5.430 Betten. Dies entspricht einem Anteil von rd. 48 % der Gesamtzahl der Betten in diesem Jahr in München. Die Krankenhausstandorte, die sich an der Befragung beteiligten, betreuten im Jahr 2016 – gemäß den SQB-Daten – 225.642 vollstationäre Fälle. Dies entspricht einem Anteil von rd. 46 % der Gesamtzahl vollstationärer Fälle in diesem Jahr in München (vgl. dazu auch Kapitel 4).

## **2.4 Befragung der Pflegekräfte und der Hebammen in Münchner Krankenhäusern**

Die Befragung der Pflegekräfte und Hebammen wurde als standardisierte, schriftliche Online-Erhebung konzipiert.

### **2.4.1 Definition der Grundgesamtheit**

Im Rahmen des Auftakttreffens mit dem Auftraggeber und der Diskussion mit den Mitgliedern des Runden Tisches wurde die Frage diskutiert, welche Pflegekräfte in die Befragung einbezogen werden sollen. Ein Vorschlag zur Abgrenzung der Zielgruppe war der Begriff der „professionell oder beruflich Pflegenden“, der dann auch im Anschreiben an die Pflegekräfte und Hebammen Verwendung fand. Einigung bestand grundsätzlich auch darin, dass Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA) und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (ATA) in die Befragung einbezogen werden sollten; reine „Servicekräfte“ waren dagegen nicht Zielgruppe der Befragung.<sup>5</sup>

### **2.4.2 Entwicklung des Fragebogens**

Das IGES Institut hat auf Basis der vorgegebenen Untersuchungsfragen und der Abstimmungen im Rahmen des Auftakttreffens mit dem Auftraggeber sowie den Anmerkungen der Mitglieder des Runden Tisches einen Entwurf des Fragebogens für die Befragung der Pflegekräfte und Hebammen erstellt.

---

<sup>5</sup> Des Weiteren wurde von den Mitgliedern des Runden Tisches angeregt, die Schülerinnen und Schüler sowie die Studierenden separat über die Berufsfachschulen bzw. die Hochschulen zu befragen.

---

Der Fragebogen umfasste dabei insbesondere die folgenden Themen:

- ◆ Ausbildung und Berufserfahrung (u. a. Art und Ort der Ausbildung, Zusatzqualifikationen, Wünsche nach einer (Fach-)Weiterbildung, Berufserfahrung in Jahren sowie vorherige Tätigkeitsfelder),
- ◆ Beschäftigungsformen und Tätigkeitsbereiche (u. a. Arbeitszeiten, ggf. Gründe für Teilzeit, Art der Tätigkeit, Einsatzmöglichkeiten erworbener (zusätzlicher) Qualifikationen – beispielsweise durch ein Studium),
- ◆ Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit (u. a. Überstunden, Verdichtung der Arbeit, Veränderung der Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren, verschiedene Aspekte der Zufriedenheit, z. B. mit Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Anerkennung),
- ◆ Lebensbedingungen (u. a. Wohnsituation, Lebenshaltungskosten, Verfügbarkeit von Kitaplätzen),
- ◆ Zukunftspläne (u. a. Gedanken an und Pläne für eine Berufsaufgabe oder einen Stellenwechsel, Pläne für einen Wegzug aus München, Gründe dafür).

Der Entwurf des Fragebogens wurde zunächst einem IGES-internen methodischen und inhaltlichen Expertenreview unterzogen (auch mit Pflegefachkräften) und anschließend mit dem Auftraggeber abgestimmt. Danach wurde der Fragebogen ausgewählten Mitgliedern des Runden Tisches für eine Kommentierung zur Verfügung gestellt. Der überarbeitete Fragebogen wurde daraufhin mit dem Auftraggeber abgestimmt und finalisiert.

Der final abgestimmte Fragebogen wurde für die Online-Befragung programmiert und auf einer gesicherten Inhouse-Plattform unter der dafür registrierten Domain [www.pflegebefragung-muenchen.de](http://www.pflegebefragung-muenchen.de) bereitgestellt.<sup>6</sup>

### 2.4.3 Durchführung der Befragung

Im Rahmen des oben erwähnten Informationsschreibens wurden die Klinikleitungen / Geschäftsführungen und Pflegedienstleistungen der Münchner Krankenhausstandorte auch über die bevorstehende Befragung der Pflegekräfte und Hebammen informiert.

Für die Befragung der Pflegekräfte und Hebammen war die Zustimmung der jeweiligen Personal- bzw. Betriebsräte an den Kliniken erforderlich. Der finalisierte Fragebogen wurde daher zusammen mit dem Anschreiben an die Pflegekräfte / Hebammen sowie einem Informationsschreiben im März 2018 an die Klinikleitungen gesendet mit der Bitte, den Fragebogen zur Genehmigung der Befragung an die

---

<sup>6</sup> Diese Domain wurde dann auch für die Befragung der Schülerinnen und Schüler sowie der Studierenden verwendet. Auf der Seite wurden dazu drei verschiedene Links eingerichtet.

---

verantwortlichen Personen (insbesondere der jeweiligen Personalvertretung) weiterzuleiten.

Das Anschreiben enthielt eine kurze Einführung zu den Zielen der Befragung, Hinweise zum Datenschutz bzw. der Anonymität der Befragung sowie den Link zur Website der Online-Befragung. Für Rückfragen zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine E-Mail-Adresse als auch eine Ansprechpartnerin beim IGES Institut mit Telefonnummer benannt. Das Anschreiben beinhaltete auch die Frist für die Beantwortung des Fragebogens.

Insgesamt erhielt das IGES Institut von 17 der 52 Klinikstandorte eine Zustimmung zur Durchführung der Befragung der Pflegekräfte und Hebammen.

Die Befragung startete im Juni 2018: Die Klinikleitungen bzw. die benannten Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen für die Befragung erhielten ein Musteranschreiben per E-Mail sowie ein nicht-personalisiertes Anschreiben als pdf-Datei mit der Bitte, das Anschreiben bzw. die Informationen zur Befragung an die Pflegekräfte, Hebammen sowie Anästhesietechnischen Assistenten/innen (ATA) und Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA) in der Klinik weiterzugeben.

Insgesamt gab es zwei Erinnerungsschreiben, d. h. die Klinikleitungen bzw. Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen wurden zweimal gebeten, die Verlängerung der Befragungsfrist im Hause zu kommunizieren. Insgesamt lief die Online-Befragung bis zum 6. September 2018, dann wurde die Befragungsseite geschlossen.

#### **2.4.4 Teilnahme an der Befragung**

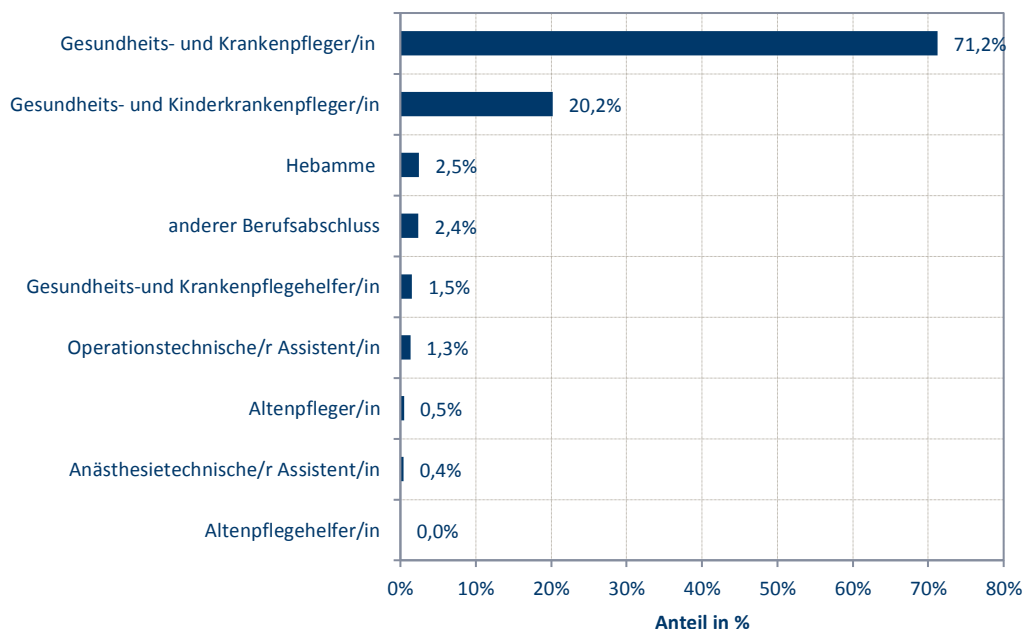
Insgesamt haben sich 1.229 Pflegekräfte und 32 Hebammen an der Befragung beteiligt. Eine Aussage zur Rücklaufquote lässt sich nur schwer treffen, da die Grundgesamtheit der Pflegekräfte und Hebammen an den 17 Klinikstandorten, bei denen eine Befragungsgenehmigung vorlag, nicht bekannt ist, da sich manche dieser 17 Standorte nicht an der Krankenhausbefragung beteiligt haben. Legt man die SQB-Daten aus dem Jahr 2016 bezüglich der Anzahl der Vollzeitäquivalente für diese Standorte zugrunde, dann ergeben sich für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger eine Rücklaufquote von rd. 30 % (n = 262), für Hebammen eine Rücklaufquote von rd. 27 % (n = 32), für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger von rd. 18 % (n = 924), für die Operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten von rd. 18 % (n = 17), für Altenpflegerinnen und -pfleger von rd. 10 % (n = 6) und für Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und -helferinnen von rd. 8 % (n = 20). Diese Quoten sind lediglich als Annäherung zu betrachten, da zum einen das Datenjahr 2016, zum anderen die Anzahl der Vollzeitäquivalente und nicht der Personenzahl als Berechnungsgrundlage diente. Grundsätzlich sind insbesondere wegen des letzten Punktes die Rücklaufquoten somit tendenziell überschätzt.

Eine Zuordnung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu den einzelnen Kliniken ist nicht möglich, daher kann keine Aussage darüber getroffen werden,

von welchen Kliniken Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer letztendlich rekrutiert werden konnten.

Die Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (71 %, n = 924) hatte den Berufsabschluss einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. eines Gesundheits- und Krankenpflegers (Abbildung 2). Jeder fünfte Teilnehmende (20 %, n = 262) hatte einen Abschluss im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit anderen Berufsabschlüssen (u. a. Krankenpflegehilfe, OTA, ATA, Altenpflege(hilfe)) haben sich nur wenige beteiligt, so dass eine separate Auswertung der Ergebnisse für diese Gruppe nicht möglich ist.

Abbildung 2: Verteilung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach Berufsabschluss (in %), 2018



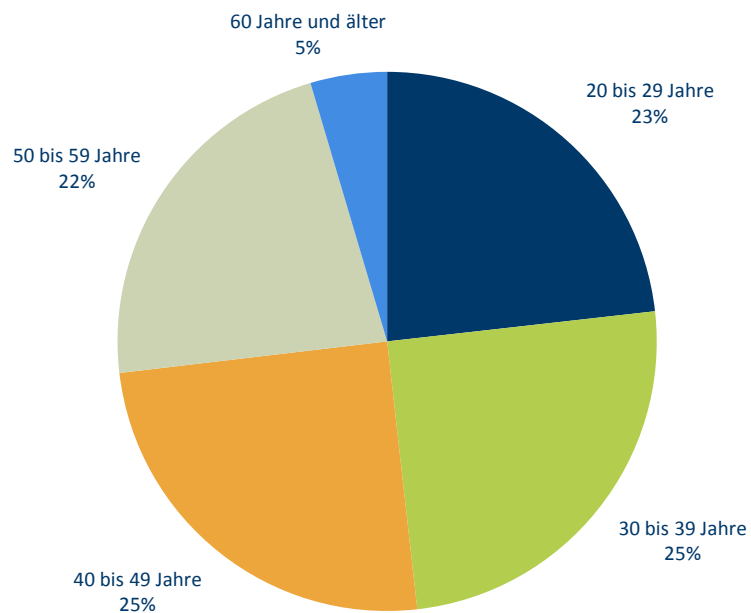
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte und Hebammen

Lediglich in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erlauben die Fallzahlen der Beschäftigtenbefragung belastbare Aussagen. Deshalb beschränkt sich die Darstellung der Befragungsergebnisse im Folgenden auf diese beiden Berufsgruppen.

#### 2.4.5 Charakteristika der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Rund 23 % (n = 275) der befragten Personen gehörten der Altersgruppe bis 29 Jahren an (Abbildung 3). Ungefähr die Hälfte der Fachkräfte (n = 587) waren zwischen 30 und 49 Jahren alt. Älter als 50 Jahre waren rd. 27 % (n = 316) der Pflegekräfte.

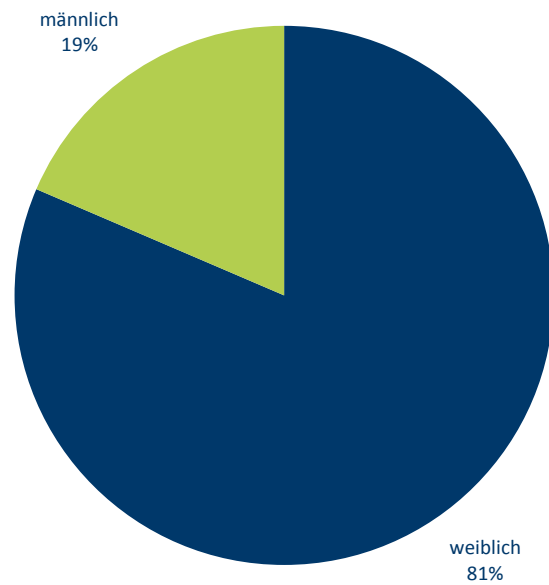
Abbildung 3: Verteilung der Pflegekräfte nach Alter (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
Anmerkung: n = 1.178; n = 8 machten keine Angabe

Ein Großteil der Pflegekräfte war weiblichen Geschlechts (81 %, n = 957) (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verteilung der Pflegekräfte nach Geschlecht (in %), 2018

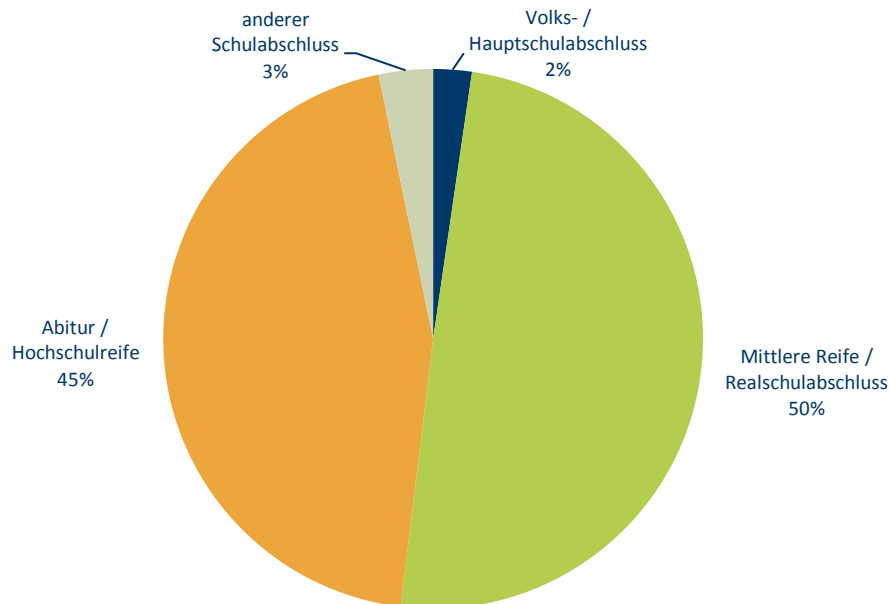


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
Anmerkung: n = 1.176; n = 10 machten keine Angabe

Rund die Hälfte (50 %, n = 581) der befragten Pflegekräfte hatte die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss, weitere 45 % (n = 525) Abitur (Abbildung 5).



Abbildung 5: Verteilung der Pflegekräfte nach höchstem schulischen Bildungsabschluss (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
Anmerkung: n = 1.171; n = 15 machten keine Angabe

Rund 86 % (n = 1.023) der befragten Pflegekräfte sind in Deutschland geboren. Von den 14 % der Pflegekräfte (n = 162), die in einem anderen Land als Deutschland geboren sind, kamen die meisten aus Kroatien (17 %, n = 28), Bosnien und Herzegowina (17 %, n = 27) und Österreich (10 %, n = 16).

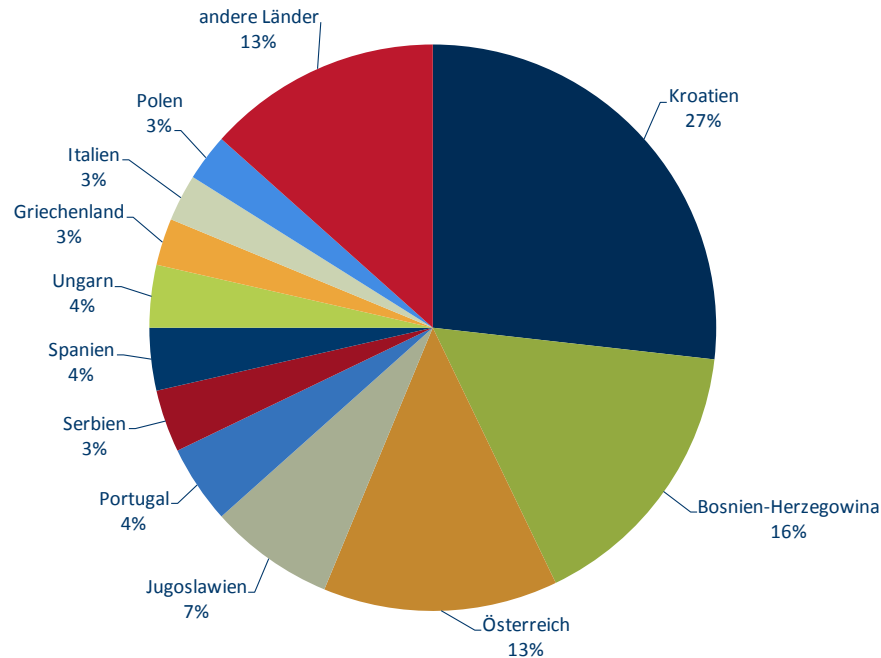
Die deutsche Staatsbürgerschaft hatten 89 % (n = 1.060) der befragten Pflegekräfte. Rund 4 % (n = 45) hatte die kroatische und rund 2 % (n = 19) die bosnisch-herzegowinische Staatsbürgerschaft.

Rund 90 % (n = 1.064) der befragten Pflegekräfte hatte Deutsch als Muttersprache, 4 % (n = 47) kroatisch und 2 % (n = 22) bosnisch.

Pflegekräfte, die sich an der Befragung beteiligt haben und deren Muttersprache nicht Deutsch war, gaben zu rund 84 % (n = 101) an, Deutsch verhandlungssicher bzw. fließend zu sprechen.

60 % der befragten Pflegekräfte haben ihren Abschluss in Bayern gemacht, 31 % in anderen Bundesländern und 9 % im Ausland. Von diesen kamen die meisten aus Kroatien (Abbildung 6).

Abbildung 6: Verteilung der Pflegekräfte, die ihren Abschluss im Ausland gemacht haben, nach Ländern (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
 Anmerkung: n = 1.185; n = 1 machte keine Angabe

Knapp ein Drittel (31 %, n = 349) der Pflegekräfte lebte in einem Singlehaushalt bzw. war alleinerziehend, rund 57 % (n = 654) lebte in einer Partnerschaft bzw. Lebensgemeinschaft.

## 2.5 Befragung der Berufsfachschulen sowie der Hochschulen

### 2.5.1 Definition der Grundgesamtheit

In die Befragung mit einbezogen wurden alle Berufsfachschulen für Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegefachhilfe (Altenpflege und Krankenpflege), anästhesietechnische und operationstechnische Assistenz sowie Hebammenwesen in München<sup>7 8</sup> sowie die beiden Hochschulen mit Pflegestudiengängen in München (Katholische Stiftungshochschule München (KSH), Hochschule für angewandte Wissenschaften München).

<sup>7</sup> Gemäß den Abstimmungen mit dem Auftraggeber wurde auch die Berufsfachschule für Krankenpflege in Freising sowie Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe in Haar miteinbezogen.

<sup>8</sup> Eine Liste der Berufsfachschulen findet sich in Tabelle 40 im Anhang.

Das IGES Institut erstellte eine Adressdatei mit den ausgewählten Berufsfachschulen sowie der beiden Hochschulen (d. h. Adresse sowie Name der Schulleitung).

### 2.5.2 Inhalte der Befragung

Das IGES Institut entwickelte auf Basis der Untersuchungsfragen in den Ausschreibungsunterlagen sowie der im Rahmen der Sitzung des Runden Tisches besprochenen Ergänzungen jeweils einen Fragebogen für die Befragung der Berufsfachschulen und einen für die Befragung der Hochschulen. Der Fragebogen enthielt insbesondere die in Tabelle 2 dargestellten Themen.

Tabelle 2: Inhalte der Befragung der Berufsfachschulen für Pflege und Hebammenwesen sowie der Hochschulen mit Pflegestudiengängen

Frageblock / Item	Differenzierung
<b>Ausbildung</b>	
Ausbildungsplätze bzw. Studienplätze für einen Ausbildungsbeginn	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl pro Jahr</li> <li>◆ Entwicklung in den letzten Jahren</li> <li>◆ Zukünftige geplante Entwicklung</li> <li>◆ Ausbildung / duale Ausbildung / Studium</li> </ul>
Bewerbungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl pro Jahr</li> <li>◆ Entwicklung in den letzten Jahren</li> <li>◆ Veränderungen der Kompetenzen der Bewerber in den letzten Jahren</li> </ul>
Absagen seitens der Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl der Absagen</li> <li>◆ Entwicklung in den letzten Jahren</li> <li>◆ Gründe</li> </ul>
Verträge für einen Ausbildungsplatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl der Absagen</li> <li>◆ Entwicklung in den letzten Jahren</li> </ul>
Schülerinnen und Schüler sowie Studierende	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl pro Jahr</li> </ul>
Absolventinnen und Absolventen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl pro Jahr</li> <li>◆ Entwicklung in den letzten Jahren</li> </ul>
Abbrecherquote	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl der Abbrecher (je Ausbildungsjahr)</li> <li>◆ Gründe für den Abbruch</li> </ul>
Angebot von Anerkennungskursen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anzahl an Kursen pro Jahr</li> <li>◆ Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer</li> </ul>
Auswirkungen der Akademisierung der Geburtshilfe gemäß EU-Richtlinien und dement-sprechende Vorbereitungen	

Quelle: IGES auf Basis der Ausschreibungsunterlagen sowie der Ergebnisse der Diskussion beim Runden Tisch Pflege

Die beiden Fragebögen wurden nach Abstimmung mit dem Auftraggeber ausgewählten Mitgliedern des Runden Tisch zur Kommentierung übermittelt und entsprechend den Kommentaren und Anmerkungen überarbeitet.

### **2.5.3 Durchführung der Befragung**

#### **Befragung der Berufsfachschulen**

Für die Durchführung einer Befragung an staatlichen Berufsfachschulen in München ist eine Genehmigung der Regierung von Oberbayern erforderlich. Das IGES Institut stellte dafür in Abstimmung mit dem Auftraggeber die notwendigen Antragsunterlagen zusammen und reichte den Antrag bei der Regierung von Oberbayern ein. Der Antrag wurde am 03. April 2018 genehmigt.

Die Erhebungsunterlagen wurden daraufhin postalisch an die Schulleitungen versendet. Neben dem Fragebogen enthielten die Unterlagen ein Anschreiben, eine Kopie des Genehmigungsschreibens sowie einen frankierten und adressierten Rückumschlag. Das Anschreiben enthielt eine kurze Einführung zu den Zielen der Befragung sowie Hinweise zum Datenschutz. Für Rückfragen zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine E-Mail-Adresse als auch eine Ansprechpartnerin beim IGES Institut mit Telefonnummer angegeben.

Nach Ablauf der Bearbeitungsfrist erhielten alle Schulen, die keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt hatten, einen Reminder (per E-Mail) sowie den Hinweis auf die Verlängerung der Frist. Insgesamt wurden drei E-Mail-Reminder versendet. Auch beim Runden Tisch Pflege wurde mehrfach auf die Befragung hingewiesen und um Teilnahme gebeten.

#### **Befragung der Hochschulen**

Die Erhebungsunterlagen wurden postalisch und per E-Mail an die Dekaninnen der beiden Hochschulen versendet. Diese enthielten neben dem Fragebogen auch ein Anschreiben sowie (bei den postalisch versendeten Unterlagen) einen frankierten und adressierten Rückumschlag. Das Anschreiben wurde analog zum Anschreiben an die Berufsfachschulen gestaltet.

Nach Ablauf der Bearbeitungsfrist erhielten die Hochschulen, die keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt hatten, einen E-Mail-Reminder.

### **2.5.4 Teilnahme an der Befragung**

#### **Befragung der Berufsfachschulen**

Bis zum 24. Oktober 2018 sind 13 ausgefüllte Fragebögen am IGES Institut eingegangen, die Informationen zu 14 der angeschriebenen Berufsfachschulen enthielten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rd. 67 %.

---

## **Befragung der Hochschulen**

An der Befragung haben sich beide Hochschulen in München mit Studiengängen im Bereich Pflege beteiligt.

## **2.6 Befragung der Schülerinnen und Schüler sowie der Studierenden**

Im Rahmen der Präsentation und Diskussion der Studie mit dem Runden Tisch Pflege wurde beschlossen, dass die Schülerinnen und Schüler sowie die Studierenden separat über die Berufsfachschulen und Hochschulen befragt werden sollen und nicht – wie ursprünglich im Rahmen der Leistungsbeschreibung und des Angebots geplant – über die Kliniken im Rahmen der Befragung der Pflegekräfte und Hebammen. Grund hierfür war die Feststellung, dass über die Kliniken nur diejenigen erreicht werden, die gerade einen Praxiseinsatz haben, nicht jedoch die Gesamtheit der Schülerinnen und Schüler sowie der Studierenden.

### **2.6.1 Definition der Grundgesamtheit**

In die Befragung wurden alle Schülerinnen und Schüler sowie Studierende an den identifizierten Berufsfachschulen und Hochschulen einbezogen (vgl. dazu Kapitel 2.5).

### **2.6.2 Inhalte der Befragung**

Die Schülerinnen, Schüler und Studierenden wurden insbesondere zu den folgenden Aspekten befragt:

- ◆ Bewerbungsprozess (u. a. Anzahl der geschriebenen Bewerbungen, Anzahl der Zusagen / Absagen, Bewerbungen auch außerhalb des Pflege- bzw. Hebammenbereichs, Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungs- bzw. Studienplatz zu erhalten),
- ◆ Gründe für die Wahl des Ausbildungsberufes bzw. Studienganges sowie für die Wahl des Ausbildungs- bzw. Studienortes,
- ◆ Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Ausbildung bzw. des Studiums und Gedanken an einen Abbruch,
- ◆ Wünsche und Pläne für die Zeit nach der Ausbildung bzw. nach dem Studium,
- ◆ sozio-demographische / persönliche Merkmale (u. a. Alter, Geschlecht, Schulbildung, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse).

Die Entwürfe der beiden Fragebögen (Schülerinnen und Schüler bzw. Studierende) wurden zunächst einem IGES-internen methodischen und inhaltlichen Expertenreview unterzogen (auch mit Pflegefachkräften) und anschließend mit dem Auftraggeber abgestimmt. Danach wurden die Fragebögen ausgewählten Mitgliedern des

---

Runden Tisches für eine Kommentierung zur Verfügung gestellt. Der überarbeitete Fragebogen wurden daraufhin mit dem Auftraggeber abgestimmt und finalisiert.

Die beiden final abgestimmten Fragebögen wurden für die Online-Befragung programmiert und auf einer gesicherten Inhouse-Plattform unter der dafür registrierten Domain [www.pflegebefragung-muenchen.de](http://www.pflegebefragung-muenchen.de) bereitgestellt.

### **2.6.3 Durchführung der Befragung**

#### **Befragung der Schülerinnen und Schüler**

Auch die Befragung der Schülerinnen und Schüler musste von der Regierung von Oberbayern genehmigt werden. Das IGES Institut erstellte hierfür in Abstimmung mit dem Auftraggeber die erforderlichen Antragsunterlagen und reichte diese bei der Regierung von Oberbayern ein. Der Antrag wurde am 23. Mai 2018 genehmigt.

Die Befragung der Schülerinnen und Schüler wurde als reine offene Online-Befragung konzipiert. Nach Vorliegen der Befragungsgenehmigung wurde eine Muster-E-Mail sowie ein Anschreiben als pdf-Datei an die Berufsfachschulen gesendet mit der Bitte, diese Unterlagen an die Schülerinnen und Schüler weiterzugeben sowie die Schülerinnen und Schüler über die Befragung zu informieren.<sup>9</sup> Zusätzlich wurde auch eine Kopie des Genehmigungsschreibens der Regierung von Oberbayern zur Information an die Schulen gesendet. Die Berufsfachschulen hatten darüber hinaus die Möglichkeit, das Anschreiben für die Schülerinnen und Schüler in ausgedruckter Form und ausreichender Menge für alle Schülerinnen und Schüler postalisch zu erhalten.

Das Anschreiben enthielt eine kurze Einführung zu den Zielen der Befragung sowie Hinweise zum Datenschutz und zum Vorgehen bezüglich der Elterngenehmigung bei Minderjährigkeit. Des Weiteren enthielt es den Internetlink. Für Rückfragen zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine E-Mail-Adresse als auch eine Ansprechpartnerin beim IGES Institut mit Telefonnummer angegeben.

Einige Berufsfachschulen haben die Fragebögen postalisch angefordert, um die Fragebögen in den Schulklassen zu verteilen. Insgesamt hat das IGES Institut ca. 300 Papierfragebögen versendet. Damit wurde vom Konzept einer reinen Online-Befragung abgewichen, um den Rücklauf zu erhöhen.

Die Berufsfachschulen wurden mehrfach per E-Mail sowie bei den Treffen des Runden Tisches gebeten, die Befragung der Schülerinnen und Schüler zu unterstützen und die Schülerinnen und Schüler um eine Teilnahme zu bitten.

---

<sup>9</sup> Für Schülerinnen und Schüler im Alter von unter 18 Jahren wurde zusätzlich ein Elternanschreiben mit der Möglichkeit der Einwilligung in die Befragung entwickelt, da die Teilnahme der minderjährigen Schülerinnen und Schüler von den Eltern genehmigt werden musste. Der Fragebogen war für die Eltern sowohl online auf der Befragungsseite als auch über eine Papierversion bei den Berufsfachschulen einsehbar.

---

Die Befragungsseite wurde Anfang Oktober 2018 geschlossen und alle bis Mitte Oktober 2018 postalisch eingegangenen Fragebögen wurden erfasst und in die Auswertungen einbezogen.

### **Befragung der Studierenden**

Die Befragung der Studierenden wurde als offene Online-Befragung konzipiert. Der Zugang zu den Studierenden erfolgte über die Hochschulen. Diese erhielten eine Muster-E-Mail sowie ein Anschreiben als pdf-Datei mit der Bitte, diese Unterlagen an die Studierenden in den Pflegestudiengängen weiterzugeben sowie die Studierenden über die Befragung zu informieren.

Die Hochschulen wurden mehrfach per E-Mail sowie bei den Treffen des Runden Tisches gebeten, die Befragung der Studierenden zu unterstützen und die Studierenden über die Befragung zu informieren.

Die Befragungsseite wurde Anfang Oktober 2018 geschlossen.

## **2.6.4 Teilnahme an der Befragung**

### **Befragung der Schülerinnen und Schüler**

An der Befragung nahmen insgesamt 307 Schülerinnen und Schüler teil (Tabelle 3). Die meisten Schülerinnen und Schüler machten eine Ausbildung im Bereich der Altenpflege (n = 160), an zweiter Stelle stand der Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (n = 99). Aus den anderen Ausbildungsbereichen beteiligten sich nur wenige Schülerinnen und Schüler.

Legt man die Angaben der Berufsfachschulen zur Anzahl der Schülerinnen und Schüler zugrunde, dann ergibt sich eine Rücklaufquote von rd. 29 % im Bereich der Hebammen, von rd. 21 % im Bereich der Altenpflege und von rd. 16 % im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege.

---

Tabelle 3: Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Ausbildungsbereich sowie geschätzte Rücklaufquote, 2018

	Anzahl Schülerinnen und Schüler mit Befragungsteilnahme	Rücklaufquote *
Altenpflege	160	21 %
Gesundheits- und Krankenpflege	99	16 %
Hebammen	17	29 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	14	11 %
andere Ausbildungsberufe	17	n.a.**
<b>insgesamt</b>	<b>307</b>	

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler  
 Anmerkung: \* geschätzte Rücklaufquote auf Basis der Angaben der Berufsfachschulen, die sich an der Befragung beteiligt haben, zur Anzahl der Schülerinnen und Schüler in den jeweiligen Ausbildungsbereichen  
 \*\* aufgrund fehlender Angaben zur Grundgesamtheit (z. B. bei der anästhesietechnischen Assistenz, kann hier keine Rücklaufquote angegeben werden. Da sich jedoch insgesamt nur 17 Schülerinnen und Schüler beteiligt haben, ist davon auszugehen, dass die Rücklaufquote bei unter 5 % liegen wird.

### Befragung der Studierenden

An der Befragung nahmen insgesamt 156 Studierende teil (Tabelle 4). Die meisten davon studierten „Pflege dual“ (n = 85).

Die Rücklaufquote ist mit 77 % im Master-Studiengang „Advanced Nursing Practice“ am höchsten, am niedrigsten mit 17 % im Studiengang „Pflege dual“.



Tabelle 4: Anzahl der Studierenden, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Studiengang und geschätzte Rücklaufquote, 2018

	Anzahl Studierende mit Befragungsteilnahme	Rücklaufquote*
Pflege dual (B.Sc.)	85	17 %
Pflegemanagement (B.A.)	25	27 %
Pflegepädagogik (B.A.)	27	20 %
Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte (M.Sc.)	9	43 %
Advanced Nursing Practice (M.Sc.)	10	77 %
<b>insgesamt</b>	<b>156</b>	<b>21 %</b>

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkung: \* geschätzte Rücklaufquote auf Basis der Angaben der Hochschulen zur Anzahl der Studierenden in den jeweiligen Studiengängen.

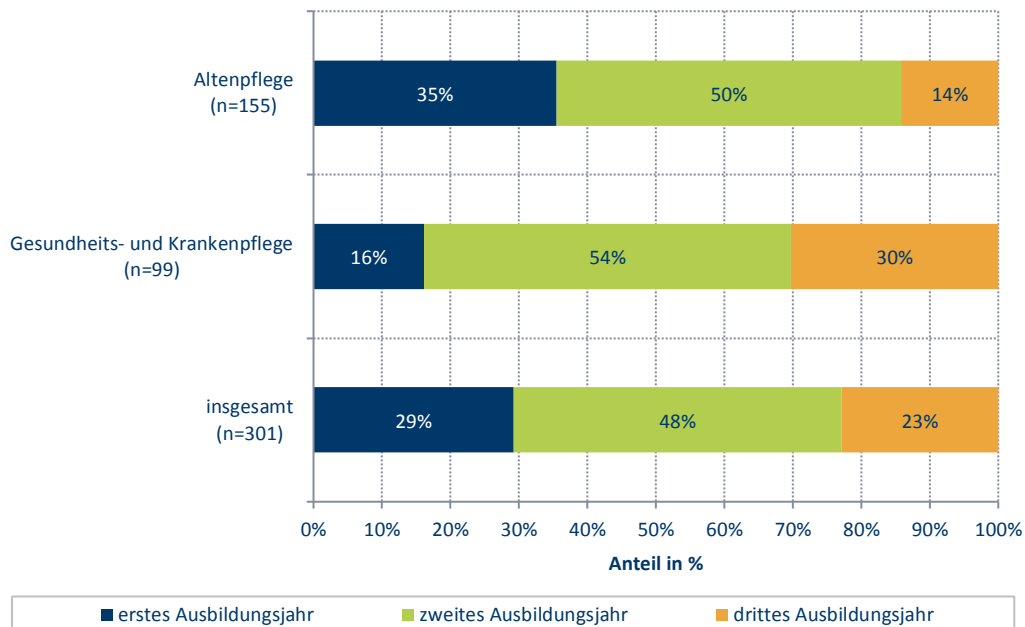
## 2.6.5 Charakteristika der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

### Befragung der Schülerinnen und Schüler

Knapp die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (48 %, n = 144) befand sich zum Zeitpunkt der Befragung im zweiten Ausbildungsjahr (Abbildung 7). Rund 29 % (n = 88) der Schülerinnen und Schüler absolvierten das erste Ausbildungsjahr und 23 % (n = 69) das dritte Ausbildungsjahr.

Im Bereich der Altenpflege lag der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die sich an der Befragung beteiligt haben, im ersten Ausbildungsjahr etwas höher (35 %, n = 55), im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege etwas niedriger (16 %, n = 16).

Abbildung 7: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Ausbildungsjahr und Ausbildungsbereich (in %), 2018

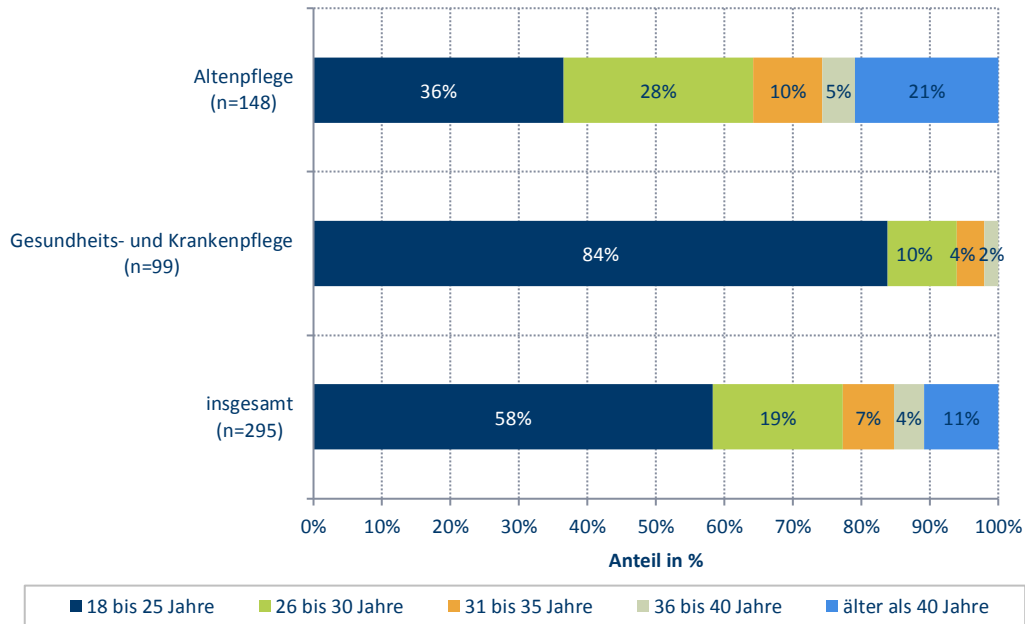


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Mehr als die Hälfte (58 %, n = 172) aller Schülerinnen und Schüler befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Altersklasse der 18- bis 25-jährigen, etwas mehr als jeder zehnte (11 %, n = 32) war älter als 40 Jahre (Abbildung 8).

Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege waren deutlich jünger als die der Altenpflege: Der Anteil der Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege im der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen betrug rd. 84 % (n = 83), in der Altenpflege dagegen rd. 36 % (n = 54). Während von den Schülerinnen und Schülern im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege niemand älter als 40 Jahre war, lag der Anteil der Schülerinnen und Schüler der Altenpflege in dieser Altersgruppe bei rund 21 % (n = 31).

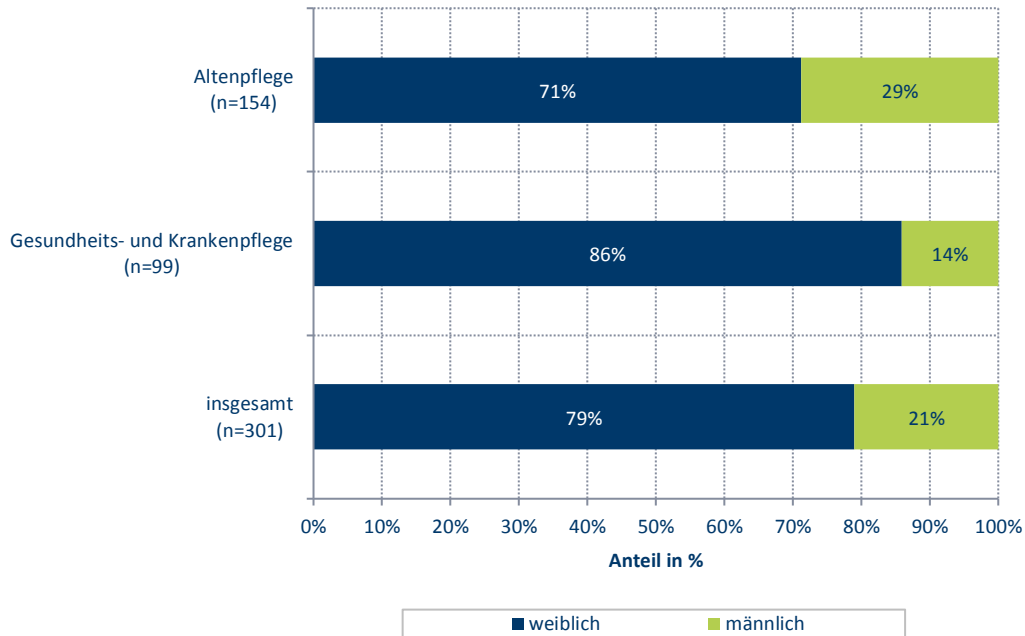
Abbildung 8: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Altersstruktur und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Der größte Teil der Schülerinnen und Schüler war weiblich (79 %, n = 237) (Abbildung 9). Bei der Unterscheidung nach Bereichen zeigt sich ein höherer Frauenanteil (86 %, n = 85) bei der Gesundheits- und Krankenpflege als bei der Altenpflege (71 %, n = 109).

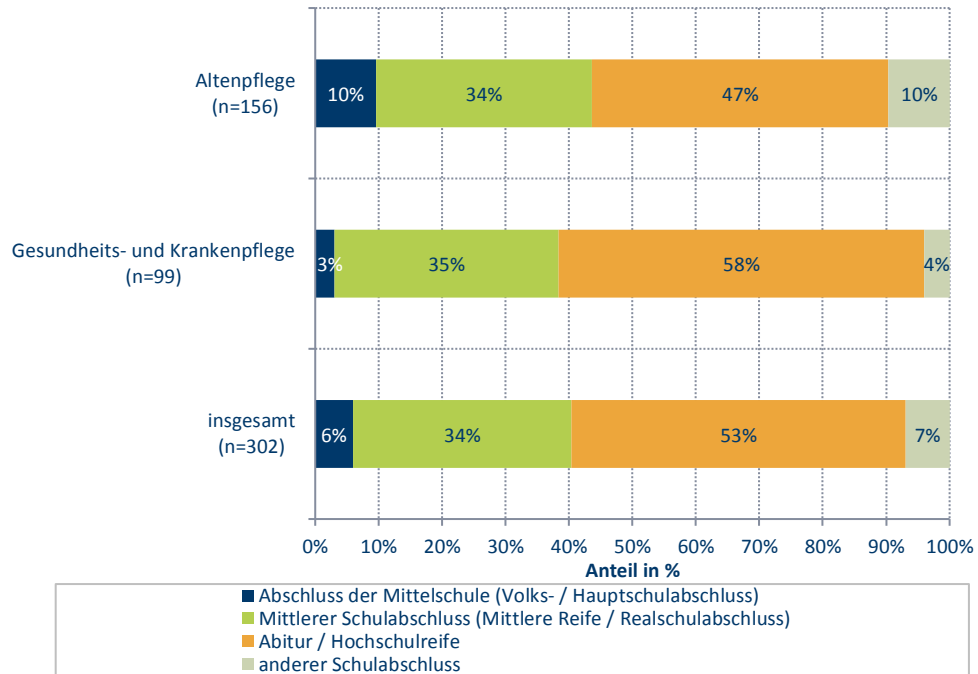
Abbildung 9: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (53 %, n = 159) gaben als höchsten schulischen Bildungsabschluss das Abitur bzw. die Hochschulreife an, etwas mehr als ein Drittel (34 %, n = 104) hatten einen mittleren Schulabschluss (Abbildung 10). Bei der Unterscheidung nach Bereichen zeigt sich ein leicht höherer Bildungsstand bei den Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege: Hier gaben 58 % (n = 57) an, das Abitur absolviert zu haben, bei der Altenpflege mit 47 % nur knapp die Hälfte (n = 73).

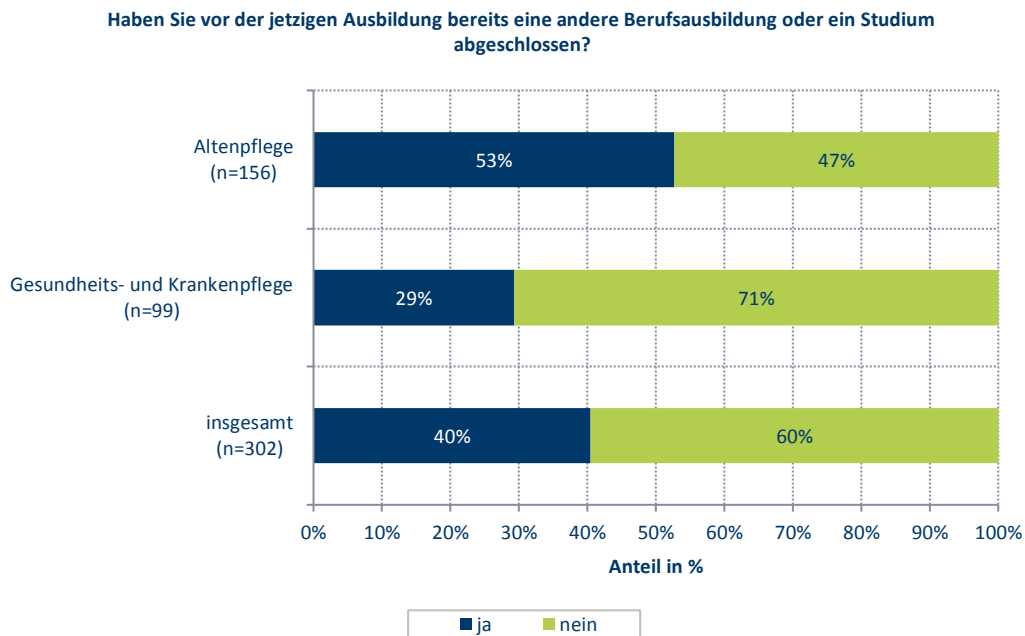
Abbildung 10: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach höchstem schulischem Bildungsabschluss und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Der größte Teil (60 %, n = 175) der Schülerinnen und Schüler hat vor ihrer jetzigen Ausbildung keine andere Ausbildung und kein Studium abgeschlossen (Abbildung 11). Schülerinnen und Schüler im Bereich der Altenpflege (53 %, n = 78) haben vor ihrer Pflegeausbildung häufiger eine andere Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen als Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (29 %, n = 29).

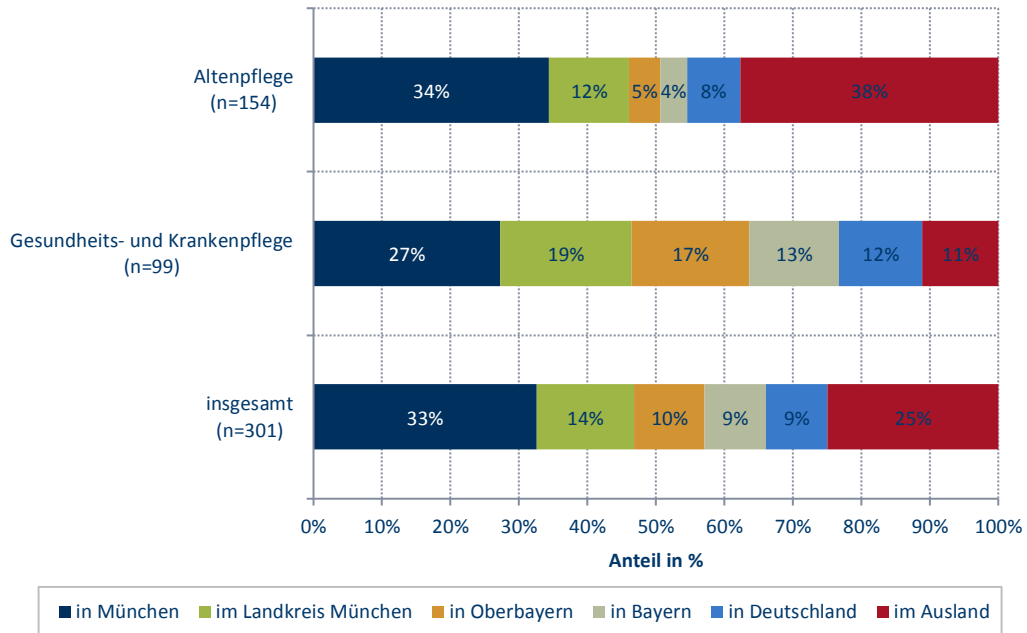
Abbildung 11: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach anderer abgeschlossener Ausbildung bzw. abgeschlossenem Studium und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Ein Drittel der Schülerinnen und Schüler (33 %, n = 98) wohnte bereits vor Beginn ihrer Ausbildung in München, weitere 14 % (n = 43) im Landkreis München (Abbildung 12). Rund ein Viertel 25 % (n = 75) aller Schülerinnen und Schüler wohnte vor Beginn der Ausbildung im Ausland. Unter den Schülerinnen und Schülern im Bereich der Altenpflege lag dieser Anteil mit rd. 38 % (n = 58) deutlich höher als bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (11 %, n = 11).

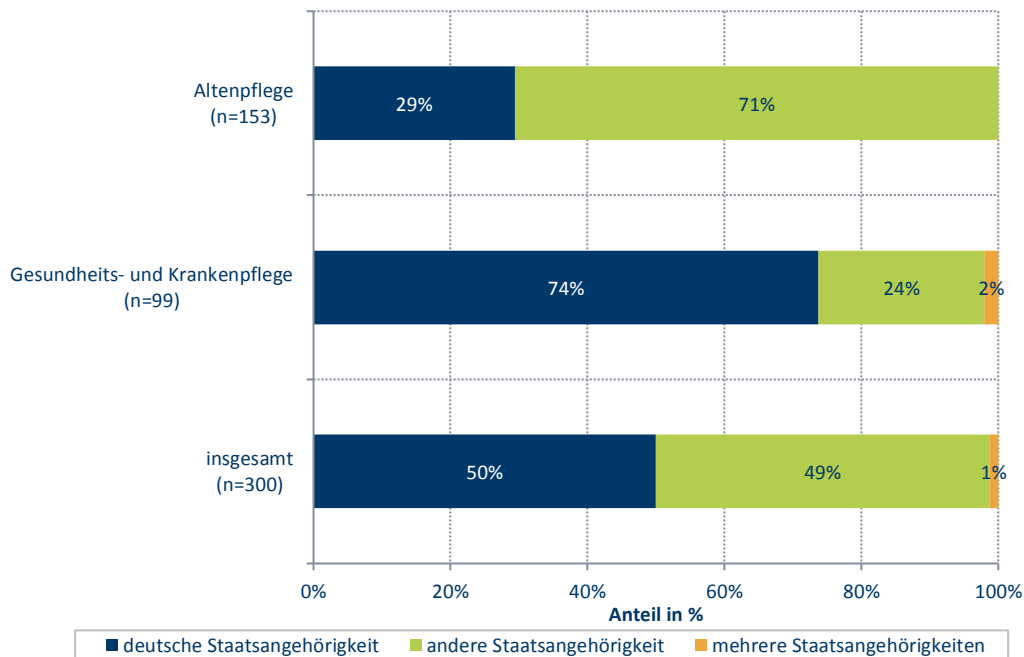
Abbildung 12: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Wohnort vor Beginn der Ausbildung und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Die Hälfte der Schülerinnen und Schüler hatte eine deutsche Staatsangehörigkeit (50 %, n = 150) (Abbildung 13). Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege hatte ein größerer Anteil (74 %, n = 73) von Schülerinnen und Schülern die deutsche Staatsangehörigkeit Krankenpflege als bei der Altenpflege (29 %, n = 45).

Abbildung 13: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Staatsangehörigkeit und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Für ungefähr die Hälfte (51 %, n = 158) der Schülerinnen und Schüler war Deutsch ihre Muttersprache. Bei den anderen Muttersprachen war hauptsächlich Bosnisch (15 %, n = 46) und Kroatisch (5 %, n = 16) vertreten.

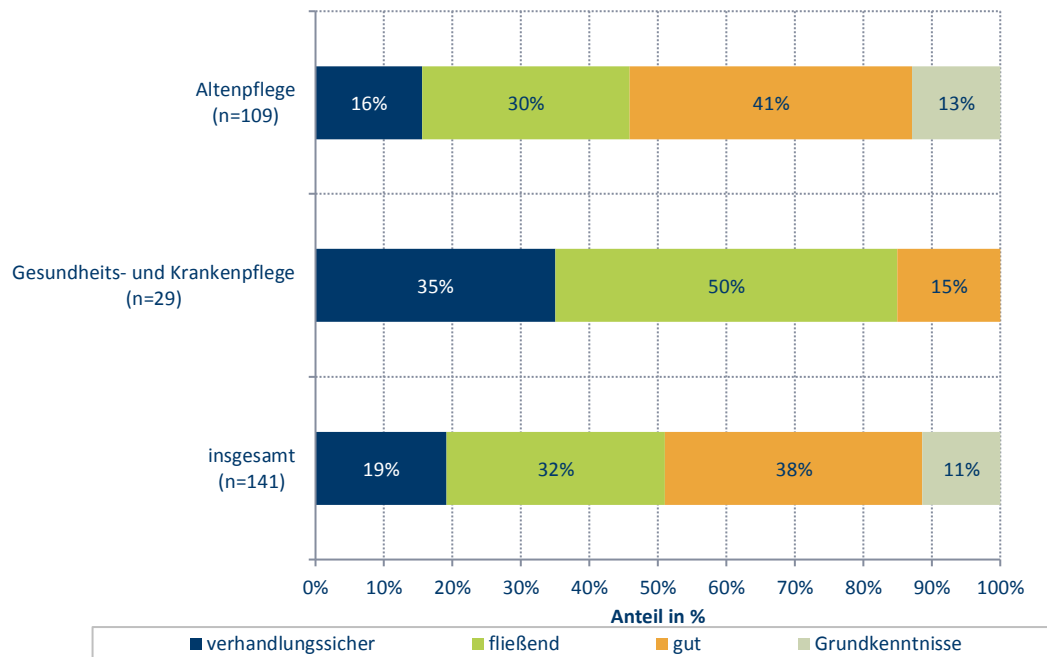
Entsprechend der Verteilung der ausländischen Staatsbürgerschaft gaben im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege mit rund 80 % (n = 79) mehr Schülerinnen und Schüler Deutsch als Muttersprache an als bei der Altenpflege (28 %, n = 44).

Mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler, deren Muttersprache nicht Deutsch war, gaben an, dass sie Deutsch verhandlungssicher (19 %, n = 27) oder fließend (32 %, n = 45) sprechen (Abbildung 14). Etwas mehr als jeder Zehnte gab lediglich Grundkenntnisse an (11 %, n = 16).

Im Bereich der Altenpflege hatten die Schülerinnen und Schüler etwas schlechtere Deutschkenntnisse (gute Kenntnisse bzw. Grundkenntnisse: 54 %, n = 59) als die Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (15 %, n = 3).



Abbildung 14: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Sprachkenntnissen und Ausbildungsbereich (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Die meisten Schülerinnen und Schüler (72 %, n = 100) gaben an, die selbstständige Sprachanwendung (Level B1<sup>10</sup> oder B2<sup>11</sup> nach dem Europäischen Referenzrahmen) zu beherrschen (Altenpflege: 79 %, n = 85; Gesundheits- und Krankenpflege: 45 %, n = 9).

### Befragung der Studierenden

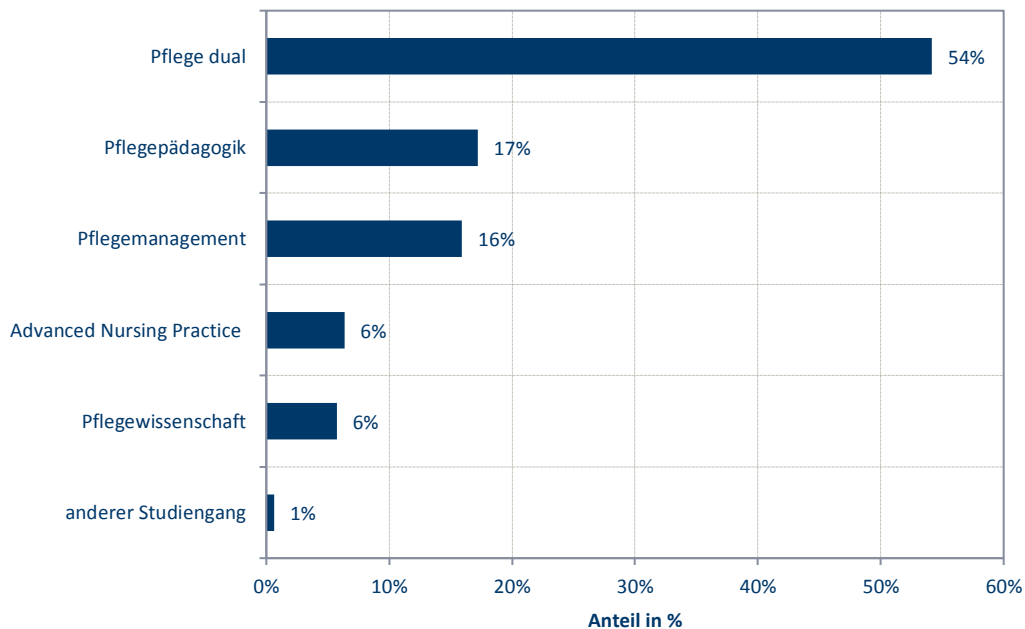
Mehr als die Hälfte der Studierenden gab an „Pflege dual“ zu studieren (54 %, n = 85) (Abbildung 15). Fast jeder fünfte Studierende studierte Pflegepädagogik (17 %, n = 27) oder Pflegemanagement (16 %, n = 25). Pflegewissenschaft (6 %, n = 19).

<sup>10</sup> Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.

<sup>11</sup> Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.

n = 9) und Advanced Nursing Practice (6 %, n = 10) wurde von einem kleineren Anteil der Studierenden angegeben.

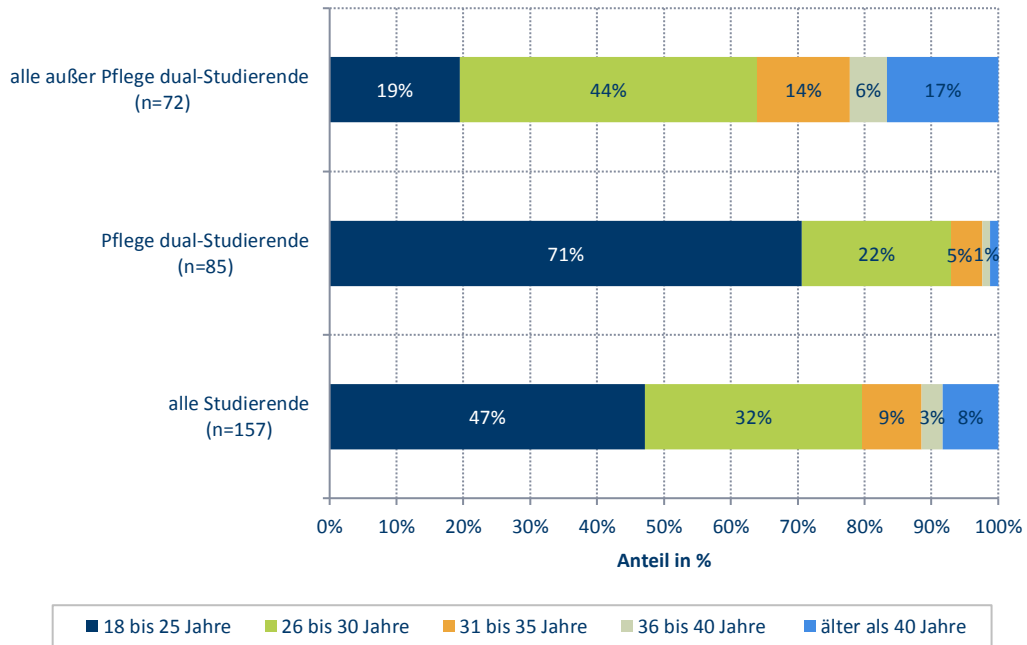
Abbildung 15: Verteilung der Studierenden nach Studiengang (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden  
Anmerkung: n = 157

Knapp die Hälfte der Studierenden (47 %, n = 74) war zum Befragungszeitpunkt zwischen 18 und 25 Jahre alt, ungefähr jeder zehnte (11 %, n = 18) war älter als 35 Jahre (Abbildung 16). „Pflege dual“-Studierende waren jünger als Studierende der anderen Studiengänge: Bei den „Pflege dual“-Studierenden entfiel ein Anteil von rd. 71 % (n = 60) auf die Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen – bei den anderen Studiengängen lag der entsprechende Anteil bei 19 % (n = 14).

Abbildung 16: Verteilung der Studierenden nach Altersstruktur und Studiengang (in %), 2018



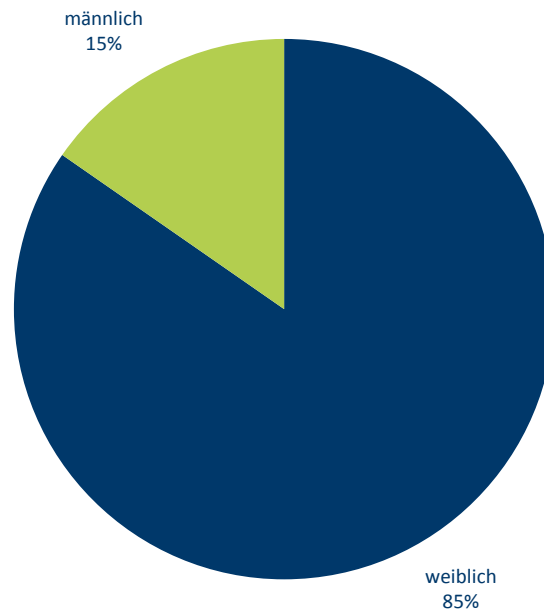
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Der Großteil der Studierenden (85 %, n = 133) war weiblich (Abbildung 17). Bezüglich der Geschlechtsstruktur waren keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Pflege dual-Studierenden und den anderen Studiengängen feststellbar.

---

Abbildung 17: Verteilung der Studierenden nach Geschlecht (in %), 2018

---



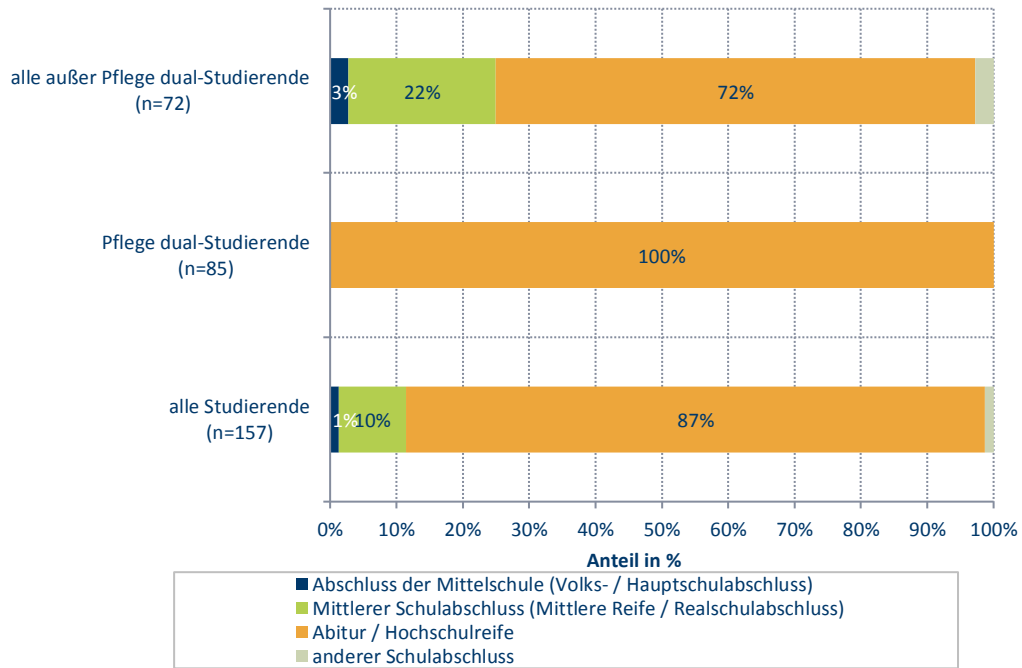
---

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Der Großteil der Studierenden (87 %, n = 137) gab das Abitur bzw. die Hochschulreife als höchsten Bildungsabschluss an (Abbildung 18). Im Studiengang der dualen Pflege hatten alle 85 Studierenden als höchsten Bildungsabschluss das Abitur bzw. die Hochschulreife, in den anderen Studiengang lag der Anteil der Studierenden mit Abitur bzw. Hochschulreife bei rd. 72 % (n = 72).

---

Abbildung 18: Verteilung der Studierenden nach höchstem Bildungsabschluss und nach Studiengang (in %), 2018

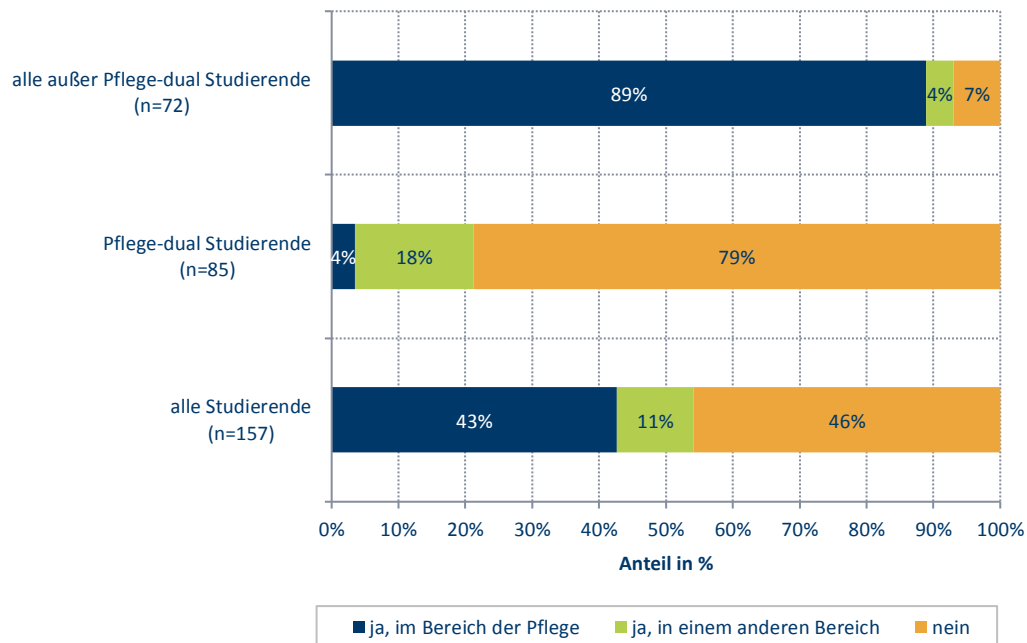


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Mehr als die Hälfte der Studierenden (54 %, n = 85) hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium, davon mehrheitlich im Bereich der Pflege (Abbildung 19).

Im Studiengang „Pflege dual“ hatte rund jeder fünfte Studierende (22 %, n = 18) eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium, in den anderen Studiengängen lag der entsprechende Anteil bei rd. 89 % (n = 64).

Abbildung 19: Verteilung der Studierenden nach Vorliegen einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder eines Studiums (in %), 2018

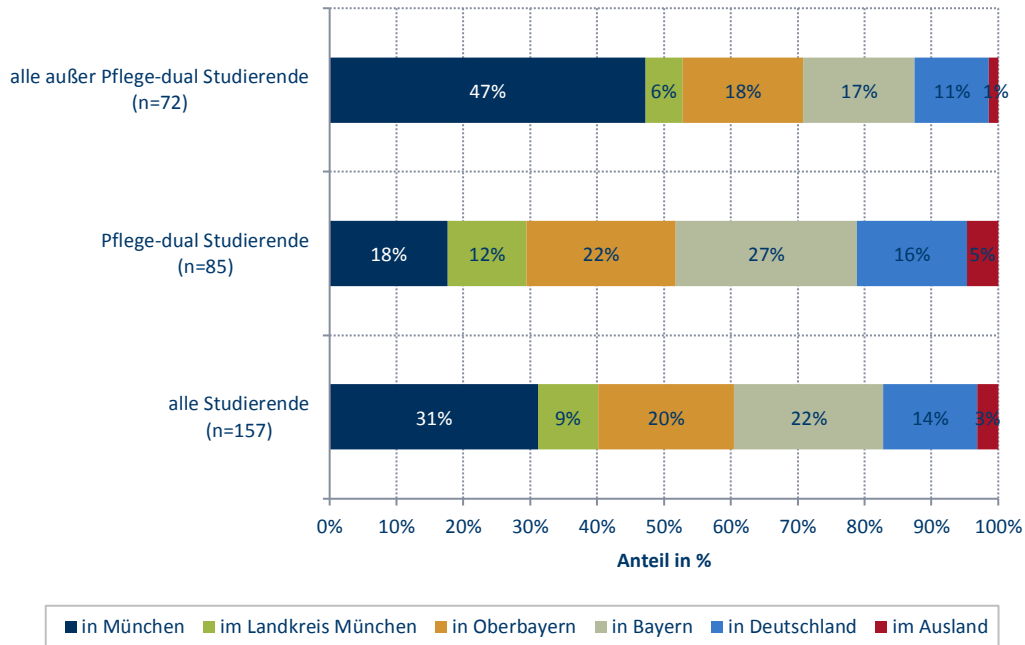


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Knapp ein Drittel der Studierenden (31 %, n = 49) wohnte vor Beginn ihres Studiums in München, jeweils rund ein Fünftel wohnte im übrigen Oberbayern (20 %, n = 32) bzw. im übrigen Bayern (22 %, n = 35) (Abbildung 20).

Die Studierenden im Bereich „Pflege dual“ legten für ihr Studium im Vergleich zu den anderen Studiengängen eine weitere Distanz zurück um das Studium anzutreten: Von ihnen wohnten nur 18 % (n = 15) vor Studienbeginn bereits in München, bei den anderen Studiengängen lag dieser Anteil bei rd. 47 % (n = 34).

Abbildung 20: Verteilung der Studierenden nach Wohnort vor Studienbeginn und nach Studiengang (in %), 2018

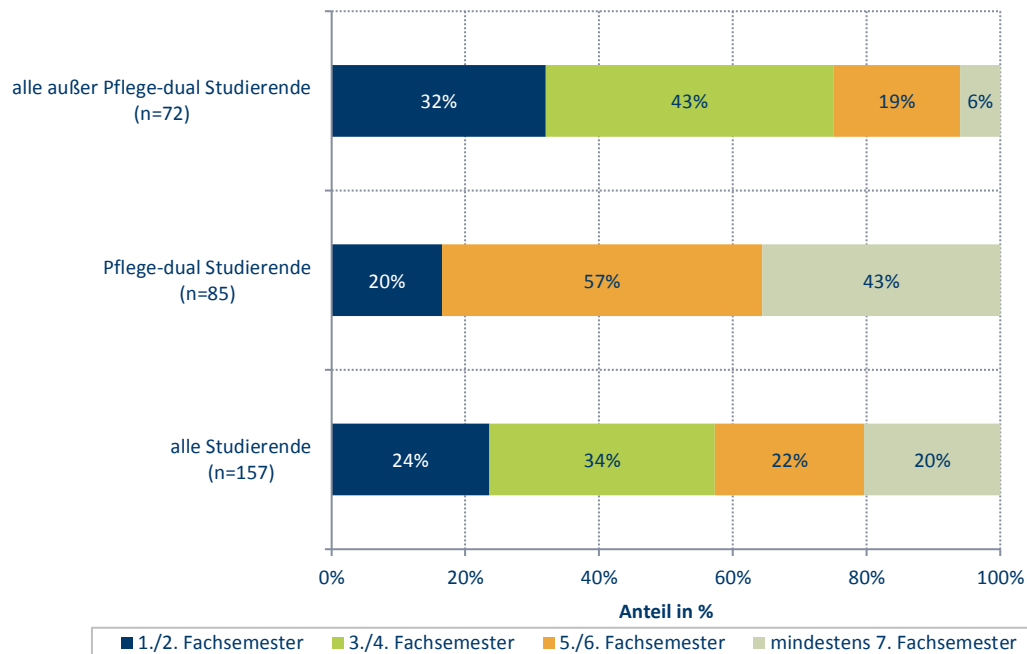


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Rund ein Drittel der Studierenden (34 %, n = 53) befand sich zum Zeitpunkt der Befragung im 3./4. Fachsemester, 24 % (n = 37) im 1./2. Fachsemester (Abbildung 21).

Bei den Studierenden des Studiengangs „Pflege dual“ lag der Anteil der Studierenden im 7. Fachsemester oder höher bei rund einem Drittel (33 %, n = 28), bei den Studierenden der anderen Studiengänge dagegen lediglich bei rd. 6 % (n = 4).

Abbildung 21: Verteilung der Studierenden nach Fachsemestern und nach Studiengang (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

## 2.7 Prognose des Bedarfs und des Angebots an Pflegefachkräften

Für die Darstellung der Entwicklung des Bedarfs an Pflegefachkräften im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- u. Kinderkrankenpflege für die Münchner Kliniken wird zunächst der altersbedingte Nachbesetzungsbedarf prognostiziert, d. h. es wurde prognostiziert, wie viele Pflegefachkräfte in diesem Bereich in den nächsten 10 Jahren vermutlich altersbedingt oder vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden werden.<sup>12</sup> Hierzu werden die Befragungsergebnisse auf die Gesamtzahl der Pflegekräfte in München gemäß den SQB-Daten aus dem Jahr 2016 hochgerechnet.<sup>13</sup> Bezüglich der vorzeitig aussteigenden Pflegekräfte werden in unterschiedlichen Abstufen auch zunächst die Pflegekräfte berücksichtigt, die ganz sicher aber vorzeitig aus dem Beruf aussteigen wollen, in einer weiteren Variante auch die, die einen solchen Ausstieg für eher wahrscheinlich halten.

<sup>12</sup> Unter Berücksichtigung des potentiellen Renteneintrittsalter der 50 bis 59-Jährigen wurde vereinfachend eine Altersgrenze von 65 Jahren angenommen.

<sup>13</sup> Da die SQB-Daten allerdings nur in Vollzeitäquivalenten vorliegen, das Alter der Pflegekräfte allerdings lediglich pro Kopf vorliegt, wurden in einem ersten Schritt auf Basis des Verhältnisses von VZÄ zur Kopfzahl in den befragten Kliniken die Vollzeitäquivalente der SQB-Daten in Kopfzahlen umgerechnet. Dafür wurde der Quotient von der Kopfzahl und den VZÄ, die in der Krankenhausbefragung angegeben waren, gebildet. Aus dem Produkt von diesem Wert und den VZÄ aus den SQB-Daten ergab sich die Umrechnung in Kopfzahlen.



Demgegenüber steht die voraussichtliche Anzahl des pflegerischen Nachwuchses in München in den nächsten 10 Jahren. Hierzu werden die Angaben der Berufsfachschulen zur durchschnittlichen Anzahl an Absolventinnen und Absolventen in den letzten 3 Jahren zugrunde gelegt. Für die Berufsfachschulen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, wird die durchschnittliche Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Berufsfachschulen zugrunde gelegt, die sich an der Befragung beteiligt haben. In der Basisvariante wird zunächst die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen insgesamt berücksichtigt. In weiteren Varianten werden von dieser Anzahl diejenigen abgezogen, die nach Ausbildungsabschluss sicher nicht oder eher nicht in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten wollen.

## 2.8 Expertenbefragung

Zur Klärung von offenen Fragen im Anschluss an die Befragungsergebnisse und zur gezielten Vertiefung einzelner Aspekte wurden Expertengespräche durchgeführt. Im Rahmen der 8. Sitzung des Runden Tisches wurde Anfang 2019 beschlossen, die Expertengespräche auf folgende Aspekte der Ausbildung zu fokussieren:

- ◆ die Frage, wie gut Plätze für die Pflegeausbildung in den Berufsfachschulen tatsächlich ausgelastet sind
- ◆ die Frage nach den Gründen für die Unzufriedenheit der Schülerinnen und Schüler mit der Ausbildung
- ◆ die Frage nach den Auswirkungen der Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung auf Schülerinnen und Schüler sowie das Lehrpersonal.

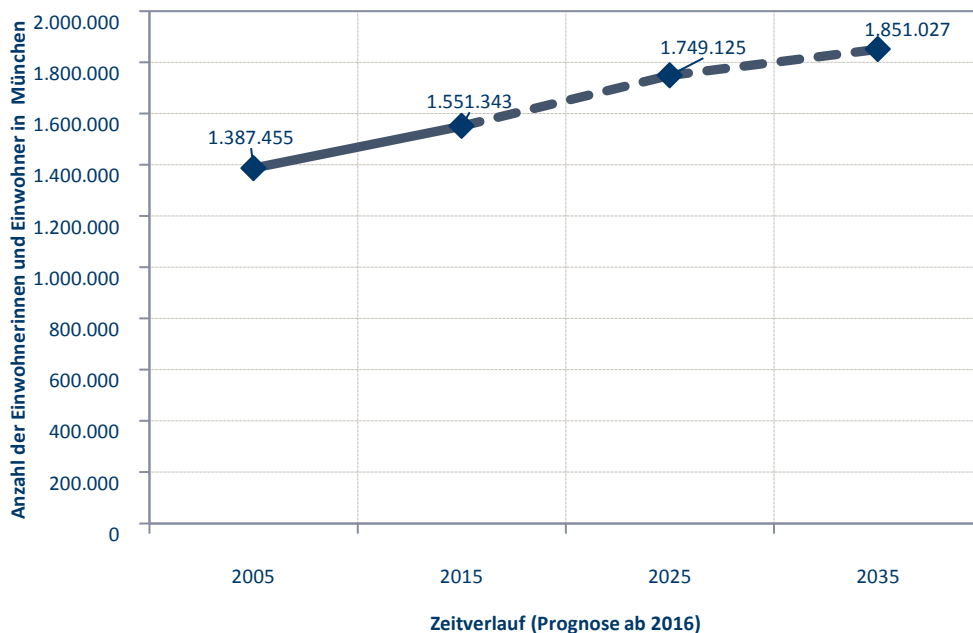
Zur Durchführung von Expertengesprächen wurden im Februar die Schulleitungen von sieben Münchner Berufsfachschulen, die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger oder Altenpflegerinnen und -pfleger ausbilden, per E-Mail kontaktiert. Sie wurden über die Befragung informiert und um ein telefonisches Gespräch gebeten. Im Anhang der Mail fand sich der Interview-Fragebogen. Zwei Tage nach Aussendung der E-Mail wurden die angeschriebenen Personen zur Terminvereinbarung telefonisch kontaktiert oder falls erfolglos, Terminvorschläge mit der Bitte um Rückmeldung per Mail zugesendet. Von den kontaktierten sieben Personen konnten nach zwei Follow Up-Runden auf diesem Wege vier Interviews vereinbart und durchgeführt werden.

### 3. Demographische Entwicklung in München

#### Anzahl und Entwicklung der Bevölkerung

Im Jahr 2015 hatte die Landeshauptstadt München 1.551.343 Einwohnerinnen und Einwohner (Abbildung 22). Dies entspricht einem Zuwachs von rd. 11,8 % seit dem Jahr 2005. Laut Prognose werden es im Jahr 2025 1.749.125 Einwohnerinnen und Einwohner (+12,7 % im Vergleich zum Jahr 2015) und im Jahr 2035 schätzungsweise 1.851.027 Einwohnerinnen und Einwohner (+19,3 % im Vergleich zum Jahr 2015) sein. Der Anstieg ist bedingt durch Wanderungsgewinne sowie Geburtenüberschüsse, also eine höhere Geburten- als Sterbezahl (Referat für Stadtplanung und Bauordnung der Landeshauptstadt München 2017).

Abbildung 22: Bestand und Prognose der Bevölkerungszahlen in München, 2005 bis 2035



Quelle: IGES auf Basis von Landeshauptstadt München (2017) – Demografiebericht

#### Altersstruktur der Bevölkerung

Das Durchschnittsalter der Münchner Bevölkerung betrug im Jahr 2017 rd. 41,3 Jahre. Bis zum Jahr 2035 wird mit einem Anstieg des Durchschnittsalters um ein halbes Jahr auf rund 41,8 Jahre gerechnet.

Der größte Bevölkerungsanteil entfiel im Jahr 2015 auf die 30 bis 44-Jährigen mit rund 25 %, 65 Jahre und älter waren rund 15 % der Bevölkerung. Diese Altersverteilung in der Bevölkerung wird sich – gemäß der Prognose – künftig kaum ändern.

Vergleicht man die Entwicklung der Bevölkerung in einzelnen Altersgruppen im Vergleich zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2015 in München, so zeigt sich, dass insbesondere die Altersgruppe der 55 bis 74-Jährigen sowie der 10- bis 14-Jährigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überproportional steigen wird.

Im Jahr 2015 wurden in München 17.143 Kinder geboren. Für das Jahr 2035 werden 19.700 Geburten prognostiziert, was einen Anstieg von knapp 15 % bedeuten würde (Referat für Stadtplanung und Bauordnung der Landeshauptstadt München 2017: 22).

Der Jugendquotient in München wird laut Prognose mit 24,6 im Jahr 2035 nahezu konstant bleiben (2015: 24,5). Der Altersquotient dagegen wird leicht von 26,2 im Jahr 2015 auf 27,1 im Jahr 2035 steigen. In den einzelnen Münchner Bezirken zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede in der gegenwärtigen Altersstruktur und bezüglich der prognostizierten Entwicklung des Jugend- und Altenquotienten bis zum Jahr 2035 (Landeshauptstadt München 2017: 18-20).

### **Zuzug ins Stadtgebiet München**

Im Jahr 2015 zogen knapp 130.000 Personen in die Landeshauptstadt München. Dabei handelte es hauptsächlich um Personen aus Osteuropa und um Schutzsuchende. Im Gegenzug verließen mehr als 100.000 Personen München. Dies führte zu einem positiven Wanderungssaldo von knapp 30.000 Personen.

Im Jahr 2015 zogen ca. 110.000 Personen innerhalb der Stadt um. Interne Wanderungen erfolgten meist vom Zentrum zum Stadtrand (Landeshauptstadt München 2017: 24-27).

### **Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit**

Im Jahr 2015 gab es in München 26.745 Menschen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) als pflegebedürftig eingestuft wurden. Gemäß einer Prognose für das Jahr 2025 werden dann 31.400 Menschen pflegebedürftig sein (+17,4 %) (Landeshauptstadt München Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung 2016: 16-18).

Einer weiteren Statistik aus dem Jahr 2015 zufolge erhielten rd. 45 % der pflegebedürftigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger Pflegegeld, knapp 30 % wurden stationär betreut und rd. ein Viertel erhielt Leistungen der ambulanten Pflege (Bayerisches Landesamt für Statistik 2015: 56-59).

### **Wohnungslosigkeit**

Der bereits erwähnte Anstieg der Bevölkerung in München führt zu Problemen auf dem Wohnungsmarkt. Zum Jahresende 2016 waren 7.300 Personen wohnungslos, davon knapp 1.600 Kinder. Des Weiteren standen zum Jahresende 2016 etwa 11.500 Haushalte auf der Warteliste für eine geförderte Wohnung, davon rund 8.200 Haushalte mit der höchsten Dringlichkeitsstufe (Rangstufe I), allerdings wur-

den nur ca. 2.800 Wohnungen vergeben. Im Jahr 2004 gab es noch 5.200 vergebene Wohnungen.<sup>14</sup> Durch eine steigende Zahl von Wohnungslosen, Flüchtlingen und sonstigen Zuzügen ist zukünftig davon auszugehen, dass die Anzahl der für eine geförderte Wohnung registrierten Haushalten weiter steigen wird (Landeshauptstadt München, Amt für Soziale Sicherung 2017: 84-86).

### **Alleinerziehendenhaushalte**

Im Jahr 2017 machten die Alleinerziehenden ein Fünftel aller Familien in München aus. Die Armutsgefährdungsquote liegt bei Alleinerziehenden mit Kindern bei 42 %, im Dezember 2016 bezogen 11 % der Alleinerziehenden SGB II-Leistungen. (Landeshauptstadt München, Amt für Soziale Sicherung 2017: 67-107).

---

<sup>14</sup> Als Hauptgründe für die Registrierung eines Haushaltes für geförderte Wohnungen nach Lebenssituation gelten eine Überbelegung der bestehenden Wohnung (d. h. die Zahl der Haushaltsmitglieder ist größer als die Anzahl der Wohnräume) (39 %), Wohnungslose (28 %), gesundheitliche Gründe (14 %) und von Wohnungslosigkeit Bedrohte (9 %). Als Gründe für die Registrierung eines Haushaltes für geförderte Wohnungen nach Einkommenssituation gelten das eigene Einkommen (55 %), Transferleistungen (39 %) und Aufstocker bzw. Aufstockerinnen (6 %).

---

## 4. Struktur der Münchner Kliniken

In München gibt es derzeit (Stand November 2018) 52 Krankenhausstandorte.<sup>15</sup> Für eine Auswertung der Struktur der Münchner Kliniken nach der Anzahl der Betten sowie der Trägerschaft wird auf eine Auswertung der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte aus dem Jahr 2016 zurückgegriffen. Im Jahr 2016 waren dort 51 Krankenhausstandorte verzeichnet.<sup>16</sup> Ohne die im Jahr 2017 geschlossene Klinik Dr. Schreiber und unter Berücksichtigung der Zusammenlegung der Sana Klinik Solln und der Sana Klinik Solln-Sendling stehen Informationen in den SQB-Daten für das Datenjahr 2016 von 49 Krankenhausstandorten zur Verfügung.

Gemäß den SQB-Daten gab es im Jahr 2016 in München 11.323 Betten. Knapp 47 % (n = 24) der Standorte hatten eine Bettenanzahl zwischen 0 und 99 Betten (Tabelle 5). Bei weiteren rund 35 % (n = 16) lag die Bettenzahl zwischen 100 und 299. Rund 6 % (n = 3) der Standorte hatten mehr als 800 Betten.

Tabelle 5: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anzahl der Betten (absolut und in %), 2016

Anzahl der Betten	Anzahl der Krankenhausstandorte	Anteil der Krankenhausstandorte
<50	9	18,4 %
50-99	15	28,6 %
100-299	16	34,7 %
300-499	2	4,1 %
500-799	4	8,2 %
800-999	1	2,0 %
1.000 und mehr	2	4,1 %
insgesamt	49	100,0 %

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte, Datenjahr 2016

<sup>15</sup> Vgl. hierzu Tabelle 39 im Anhang. Die dort aufgelisteten Krankenhausstandorte wurden auch im Rahmen der Befragung der Kliniken angeschrieben.

<sup>16</sup> Die Unterschiede zwischen der verwendeten Standortliste und den SQB-Daten betreffen zum einen das kbo-Isar-Amper-Klinikum Nord: Dieses ist in den SQB-Daten mit einem Standort vertreten, in der verwendeten Standortliste mit zwei Standorten (Haus 7 sowie Tagesklinik), da unterschiedliche Adressdaten vorliegen. Zum anderen ist in der verwendeten Standortliste die Schön Tagesklinik in München sowie das Kbo-Isar-Amper Klinikum Haus 28 vertreten – diese beiden Standorte finden sich in den SQB-Daten nicht wieder. Des Weiteren wurde im Jahr 2018 die Sana Klinik Solln und die Sana Klinik Solln-Sendling zum Sana Gesundheitscampus Sendling zusammengelegt und die Klinik Dr. Schreiber im Jahr 2017 geschlossen – diese Veränderungen sind in den SQB-Daten aus dem Jahr 2016 noch nicht abgebildet.

Anmerkung: Ohne die im Jahr 2017 geschlossene Klinik Dr. Schreiber und unter Berücksichtigung der Zusammenlegung der Sana Klinik Solln und der Sana Klinik Solln-Sendling im Jahr 2018

Rund 47 % der Krankenhausstandorte sind in privater Trägerschaft (Tabelle 6).

Tabelle 6: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Art des Trägers (absolut und in %), 2016

Art des Trägers	Anzahl der Krankenhausstandorte	Anteil der Krankenhausstandorte
öffentlicher Träger	11	22,5 %
freigemeinnütziger Träger	15	30,6 %
privater Träger	23	46,9 %
insgesamt	49	100,0 %

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte, Datenjahr 2016  
 Anmerkung: Ohne die im Jahr 2017 geschlossene Klinik Dr. Schreiber und unter Berücksichtigung der Zusammenlegung der Sana Klinik Solln und der Sana Klinik Solln-Sendling im Jahr 2018

Im Jahr 2016 wurden an den Münchner Krankenhausstandorten gemäß den Auswertungen der SQB-Daten insgesamt 487.161 vollstationäre Fälle, 46.803 teilstationäre Fälle sowie 1,63 Millionen ambulante Fälle abgerechnet.

Von den 49 Krankenhausstandorten hatte rund jeder fünfte bis zu 1.000 vollstationäre Fälle im Jahr 2016 zu verzeichnen (Tabelle 7). Jeweils vier Standorte hatten zwischen 20.000 und 29.999 bzw. über 30.000 vollstationäre Fälle in diesem Jahr aufzuweisen.

Mehr als die Hälfte der Krankenhausstandorte (55,1 %, n = 24) erbrachte keine teilstationären Leistungen und rd. ein Drittel (32,7 %, n = 16) keine ambulanten Fälle.

Tabelle 7: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anzahl der vollstationären, teilstationären und ambulanten Fälle, 2016

Anzahl der Fälle	Anzahl der Krankenhausstandorte	Anteil der Krankenhausstandorte
<b>vollstationäre Fälle</b>		
<1.000	10	20,4 %
1.000-2.999	8	16,3 %
3.000-5.999	10	20,4 %
6.000-9.999	8	16,3 %
10.000-19.999	5	10,2 %
20.000-29.999	4	8,2 %
30.000 und mehr	4	8,2 %
<b>teilstationäre Fälle</b>		
keine	27	55,1 %
1-999	13	26,5 %
1.000-9.999	7	14,3 %
10.000 und mehr	2	4,1 %
<b>ambulante Fälle</b>		
keine	16	32,7 %
1-4.999	12	24,5 %
5.000-9.999	6	12,2 %
10.000-99.999	12	24,5 %
100.000 und mehr	3	6,1 %

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte, Datenjahr 2016

An zehn Standorten in München wurde im Jahr 2017 Geburtshilfe angeboten:

- ◆ Frauenklinik Dr. Geisenhofer
- ◆ Frauenklinik München West
- ◆ HELIOS Klinikum München West
- ◆ Klinikum der Universität München mit den Standorten Großhadern und Innenstadt
- ◆ Klinikum Dritter Orden
- ◆ Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

- ◆ Rotkreuzklinikum München Frauenklinik
- ◆ München Klinik Harlaching
- ◆ München Klinik Neuperlach
- ◆ München Klinik Schwabing

Insgesamt wurden im Jahr 2017 an diesen Standorten 22.394 Geburten betreut. Zwei Klinikstandorte hatten eine Geburtenanzahl von unter 1.000 Geburten im Jahr 2017 und zwei hatten eine Geburtenanzahl von über 3.500 zu verzeichnen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Verteilung der Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe nach ihrer Geburtenzahl (absolut), 2017

Anzahl der Geburten	Anzahl der Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe
<1.000	2
1.000-1.499	1
1.500-1.999	0
2.000-2.499	4
2.500-2.999	1
3.000 und mehr	2
insgesamt	10

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Milupa-Liste, Datenjahr 2017



## 5. Personalsituation in der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchner Kliniken

### 5.1 Beschreibung der Personalsituation an den Kliniken

#### 5.1.1 Anzahl der Pflegekräfte gemäß Daten aus den Strukturierten Qualitätsberichten

Sekundärdaten zur Personalsituation an den Münchner Kliniken können lediglich den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser entnommen werden. Das aktuellste verfügbare Datenjahr ist das Jahr 2016. Es liegen zudem lediglich Informationen zu den Vollzeitäquivalenten (VZÄ) vor.

Gemäß SQB-Daten waren im Jahr 2016 knapp 8.000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (in VZÄ) an 47 Münchner Krankenhausstandorten beschäftigt (Tabelle 9). Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger gab es demnach 932 VZÄ an 19 Krankenhausstandorten.

Tabelle 9: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen an Münchner Kliniken in Vollzeitäquivalenten, 2016

Qualifikation der Pflegekräfte / Hebammen	Anzahl der Krankenhausstandorte	Anzahl Pflegekräfte / Hebammen (in VZÄ)
Altenpflegerinnen und -pfleger	18	123,2
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger	47	7.999,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger	19	932,0
Hebammen (angestellt)	7	134,3
Krankenpflegehelferinnen und -pfleger	33	435,2
Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten	29	261,2
Pflegeassistentinnen und -assistenten	3	6,0
Pflegehelferinnen und -helfer	29	540,6

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Strukturierten Qualitätsberichte, Datenjahr 2016  
 Anmerkung: Für die Anästhesietechnischen Assistentinnen und Assistenten sind in den Strukturierten Qualitätsberichten keine Daten ausgewiesen

### 5.1.2 Personalstruktur gemäß der Befragung der Kliniken

Die Kliniken, die sich an der Befragung beteiligten und Informationen zur Personalstruktur zur Verfügung stellten, hatten insgesamt im Jahr 2017 rd. 3.240 Vollzeitäquivalente beschäftigt (n = 12). Davon entfielen rd. 71 %, d. h. 2.310 VZÄ, auf den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (an zwölf Standorten) und rd. 10 %, d. h. 309 VZÄ, auf den Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (an sieben Standorten).

An 12 Krankenhausstandorten waren insgesamt 4.076 Personen beschäftigt, davon 2.881 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und 407 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger.

Nicht alle Krankenhausstandorte gaben sowohl Auskunft zur Anzahl der VZÄ als auch zur Anzahl der Personen. Für eine Gegenüberstellung von VZÄ und Personen wurden daher lediglich die Krankenhausstandorte einbezogen, die eine Aussage zu beiden Variablen gemacht haben. An diesen Krankenhausstandorten entsprach eine Gesamtzahl von 2.851 beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen – und -pflegern 2.258,5 Vollzeitäquivalenten (Tabelle 10). Damit entsprach ein VZÄ durchschnittlich 1,26 Personen. Bei den Personen ohne Ausbildung sowie bei den Hebammen lag dieser Verhältniswert am höchsten, für diese Gruppen entsprach ein VZÄ durchschnittlich 1,66 bzw. 1,47 Personen; bei den Altenpflegerinnen und -pflegern lag dieser Wert am niedrigsten mit 1,08.

Tabelle 10: Anzahl der Pflegekräfte und Hebammen an den befragten Münchner Kliniken in Vollzeitäquivalenten und Personen, 2017

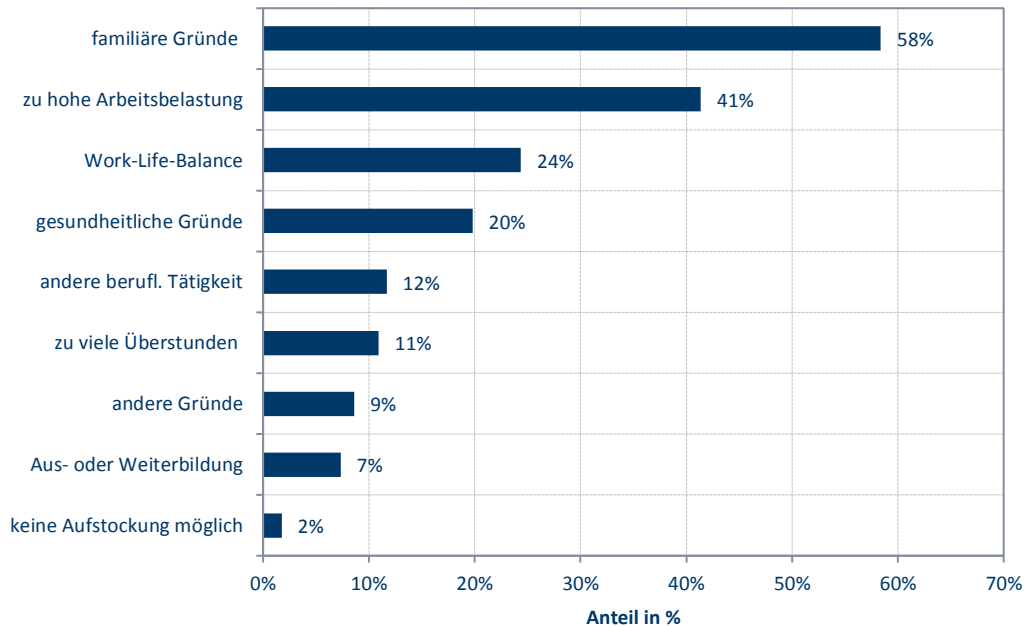
Qualifikation	Anzahl Standorte	Anzahl VZÄ	Anzahl Personen	Verhältnis (Personen zu VZÄ)
Gesundheits- und Krankenpflege	11	2.258,5	2.851	1,26
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	7	308,5	407	1,32
Altenpflege	7	51,8	56	1,08
Kranken- oder Altenpflegehilfe	7	197,0	259	1,31
Operationstechnische Assistenz (OTA)	7	32,9	41	1,25
Anästhesietechnische Assistenz (ATA)	4	7,8	9	1,15
Hebammen (angestellt)	4	61,2	90	1,47
andere Pflegekräfte	7	98,9	130	1,31
ohne Ausbildung	7	118,5	197	1,66

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Von den Pflegekräften, die sich an der Befragung beteiligt haben, arbeitete rund ein Drittel (33 %, n = 394) in Teilzeit, d. h. weniger als 35 Stunden die Woche. Rund 7 % (n = 77) arbeiteten weniger als 20 Stunden die Woche.

Als Gründe für eine Teilzeitarbeit wurden in erster Linie familiäre Gründe angeführt (58 %, n = 230) (Abbildung 23). Rund 41 % (n = 163) nannten als Begründung eine zu hohe Arbeitsbelastung. Dass seitens des Arbeitsgebers keine Aufstockung möglich war, spielte kaum eine Rolle und wurde lediglich von 2 % (n = 7) der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer als Grund für ihre Teilzeitarbeit angegeben.

Abbildung 23: Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen für Teilzeitarbeit (in %), 2018

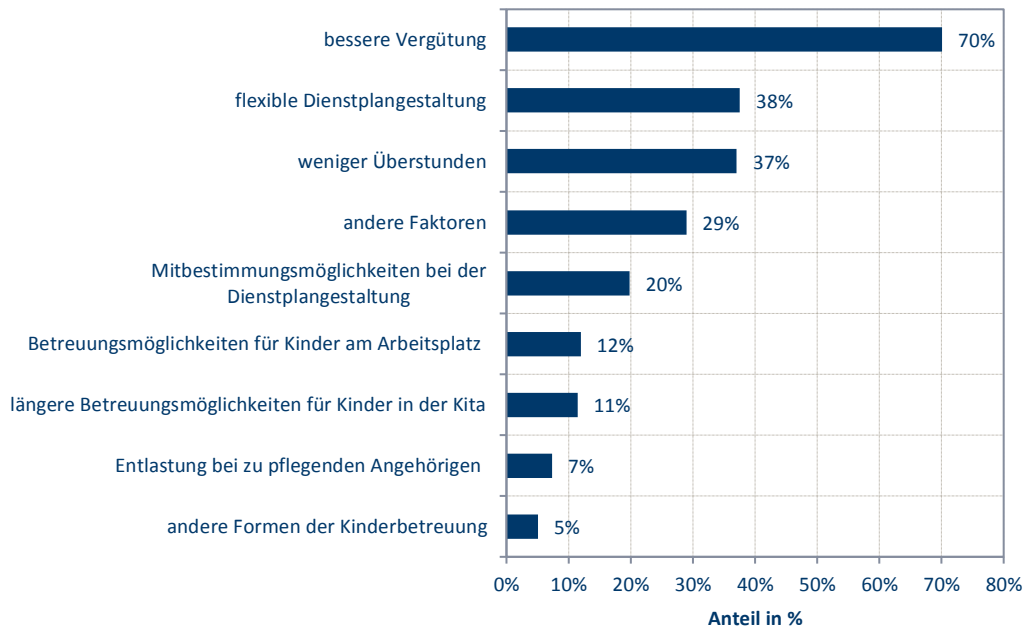


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Anmerkungen: n = 394; Mehrfachnennungen waren möglich

Die Pflegekräfte, die in Teilzeit arbeiteten, wurden in der Befragung gebeten anzugeben, welche Faktoren dazu beitragen könnten, ihr reguläres Arbeitspensum zu erhöhen. Die große Mehrheit (70 %, n = 276) nannte als Faktor eine bessere Vergütung (Abbildung 24). Eine flexible Dienstplangestaltung sowie weniger Überstunden wurden von rd. 38 % (n = 148) bzw. 37 % (n = 146) angeführt. In der Alterskategorie zwischen 20 und 49 Jahren führen 10 % (n = 40) längere Betreuungsmöglichkeiten für Kinder in der Kita als Grund an, ihr Arbeitspensum zu erhöhen.

Abbildung 24: Verteilung der Pflegekräfte nach den Faktoren, die dazu beitragen könnten, ihr reguläres Arbeitspensum zu erhöhen (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Anmerkungen: n = 394; Mehrfachnennungen waren möglich

### Geschlechtsverteilung der Pflegekräfte und Hebammen

Zur Geschlechtsstruktur machten elf Krankenhausstandorte im Rahmen der Befragung eine Angabe. Durchschnittlich waren 84 % aller Pflegekräfte und Hebammen weiblich, im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege durchschnittlich 81 %.

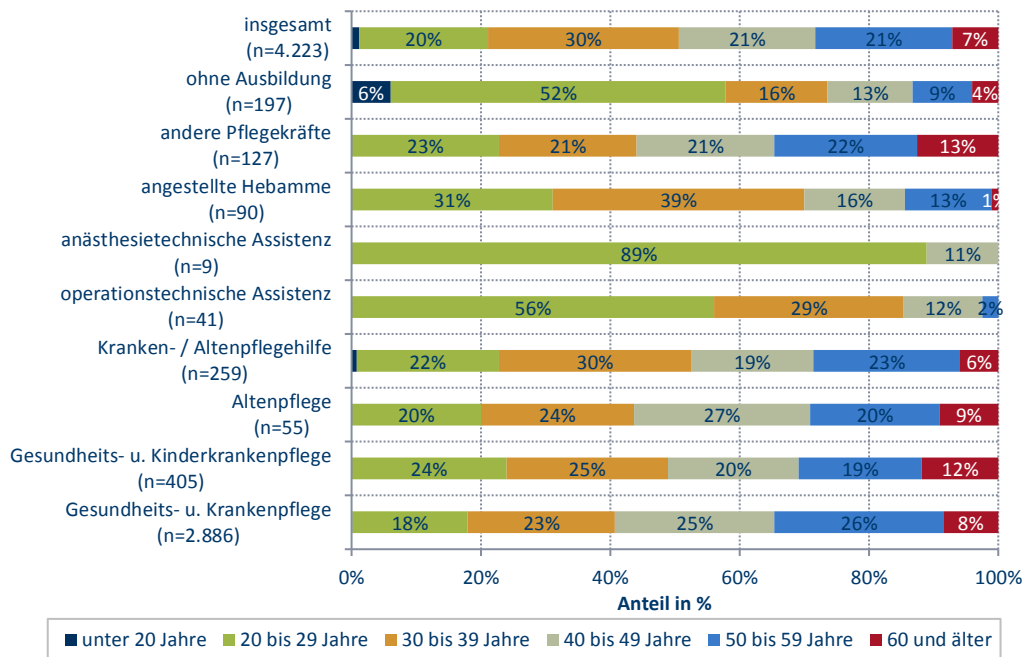
Bei den Hebammen betrug die Frauenquote 100 %, im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lag der Frauenanteil bei 99 %. Am geringsten war der Anteil der Frauen bei den Pflegekräften ohne Ausbildung mit 65 % sowie im Bereich der Altenpflege mit 68 %.

Bei den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern lag der Anteil der Frauen bei rd. 81 % (vgl. dazu Kapitel 2.4.5).

### Altersstruktur der Pflegekräfte und Hebammen

Zur Altersstruktur der Pflegekräfte und Hebammen machten elf Krankenhausstandorte im Rahmen der Befragung Angaben. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege waren rd. 34 % (n = 999) der Beschäftigten mindestens 50 Jahre alt (Abbildung 25). Anästhesietechnische und operationstechnische Assistentinnen und Assistenten waren durchschnittlich am jüngsten – allerdings liegen hier nur geringe Fallzahlen zugrunde.

Abbildung 25: Verteilung der Pflegekräfte bzw. Hebammen in den Kliniken nach Altersgruppen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Ergebnisse basieren auf den Angaben von elf Krankenhausstandorten. In einigen Kliniken stimmten die angegebenen Personenzahlen nicht mit der Summe der Personen je Altersgruppen überein. Für diese Abbildung wurde die Summe über die Personen je Altersgruppe zugrunde gelegt.

### 5.1.3 Befristete Verträge

Zehn Krankenhausstandorte machten Angaben zur Anzahl der befristeten Verträge. Demnach waren rd. 5 % (n = 216) der Verträge mit Pflegekräften, Hebammen oder Assistenzpersonal im Jahr 2017 befristet (Tabelle 11). Der Anteil befristeter Verträge war insbesondere bei den Beschäftigten ohne Ausbildung überproportional hoch mit rd. 59 % (n = 99). Bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger lag der Anteil mit befristeten Verträgen bei rd. 3 % (n = 74), bei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern bei lediglich rd. 1 % (n = 6).

Die Pflegekräfte und Hebammen, die sich an der Befragung beteiligt haben, hatten insgesamt in knapp 2 % (n = 23) der Fälle einen befristeten Vertrag (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger: 1 %, n = 3).

Tabelle 11: Anzahl und Anteil der Pflegekräfte und Hebammen an Münchner Kliniken mit einem befristeten Vertrag nach Qualifikation, 2017

Qualifikation	Anzahl Pflegekräfte / Hebammen	Anteil mit befristetem Vertrag
Gesundheits- und Krankenpflege	2.849	3%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	407	1%
Altenpflege	56	2%
Kranken- oder Altenpflegehilfe	259	8%
Operationstechnische Assistenz (OTA)	41	0%
Anästhesietechnische Assistenz (ATA)	9	44%
Hebammen (angestellt)	90	2%
andere Pflegekräfte	128	7%
ohne Ausbildung	167	59%
insgesamt	4.007	5%

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: Ergebnisse basieren auf den Angaben von zehn Krankenhausstandorten

Als Hauptgründe für eine Befristung von Verträgen mit Pflegekräften, Hebammen oder Assistenzpersonal wurde von den Kliniken eine Unsicherheit über die Qualifikation des Personals (n = 5 Kliniken) sowie der eigene Wunsch der Angestellten (n = 4 Kliniken) angegeben. Eine Klinik nannte als Grund die Überbrückung eines Personalausfalls durch Elternzeit / Familienzeit. Als weitere Gründe wurde von drei Kliniken die fehlende Anerkennung des Abschlusses bzw. ein laufendes Anerkennungsverfahren aufgeführt. In jeweils einer Klinik wurde eine begrenzte Arbeits- bzw. Aufenthaltserlaubnis, ein Tarifvertrag sowie die Gleichstellung mit internationalen Wissenschaftlern, die projektgebundene befristete Verträge erhalten, genannt.

#### 5.1.4 Personal über Zeitarbeitsfirmen

Vierzehn Krankenhausstandorte machten Angaben zur Beschäftigung von Personal über Zeitarbeitsfirmen (Leiharbeitskräfte). Vier dieser Kliniken (rd. 29 %) gaben an, im Jahr 2017 gar keine Pflegekräfte, Hebammen oder Assistenzpersonal (ATA, OTA) über Zeitarbeitsfirmen eingesetzt zu haben.

Für anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten sowie für Hebammen wurden im Jahr 2017 keine Leiharbeitskräfte eingesetzt (Tabelle 12). Acht der zehn Krankenhausstandorte mit Leiharbeitskräften beschäftigten im Jahr 2017 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger über Leiharbeitsfirmen. Insgesamt beschäftigten diese Kliniken 211 Leiharbeitskräfte in diesem Bereich. Dies entsprach – bezogen auf die Gesamtzahl an Beschäftigten in dieser Kategorie an den

entsprechenden Klinikstandorten – einem Anteil von rd. 7 %. Das Maximum an eingesetzten Leiharbeitskräften lag bei 60; dies entsprach einem Anteil in Bezug auf die Beschäftigten von rd. 25 %.

Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie der Krankenpflegehelferinnen und -helfer gaben jeweils drei Kliniken an, im Jahr 2017 Leiharbeitskräfte beschäftigt zu haben. Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern wurden insgesamt 29, bei den Krankenpflegehelferinnen und -helfern insgesamt 24 Leiharbeitskräfte eingesetzt. Dies entsprach jeweils einem Anteil von rd. 8 % an allen Beschäftigten in dieser Kategorie.

Eine Klinik gab an, im Jahr 2017 sonstige Pflegekräfte als Leiharbeitskräfte beschäftigt zu haben; dabei handelte es sich um Assistenzpersonal.

Tabelle 12: Anzahl der Klinikstandorte mit Leiharbeitskräften, Gesamtzahl an Leiharbeitskräften und Anteil der Leiharbeitskräfte an allen Beschäftigten, 2017

Qualifikation	Anzahl Standorte mit Leiharbeitskräften	Leiharbeitskräfte insgesamt	Anteil Leiharbeitskräfte an allen Beschäftigten*
Gesundheits- und Krankenpflege	8	211	7%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	3**	29	8%
Krankenpflegehilfe	3	24	8%
Operationstechnische Assistenz (OTA)	3	4	9%
Anästhesietechnische Assistenz (ATA)	0	0	0%
Hebammen (angestellt)	0	0	0%
andere Pflegekräfte	1	4,5	n/a

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: Ergebnisse basieren auf den Angaben von zehn Krankenhausstandorten, die im Jahr 2017 Leiharbeitskräfte einsetzen. Vier Krankenhausstandorte setzten keine Leiharbeitskräfte in diesem Jahr ein und ein Krankenhausstandort machte keine Angaben.

\* Für diese Berechnung wurden lediglich die Krankenhausstandorte einbezogen, für die sowohl Informationen zu den Leiharbeitskräften als auch Informationen zur Anzahl der beschäftigten Personen vorlag.

\*\* Ein Krankenhausstandort machte zum Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege keine Aussage.



Alle zehn Klinikstandorte, die im Jahr 2017 Leiharbeitskräfte über Zeitarbeitsfirmen beschäftigt haben, gaben Auskunft über die Gründe dafür. Mit einer Ausnahme nannten alle Kliniken die Schwierigkeiten, vakante Stellen zu besetzen als Grund für den Einsatz von Leiharbeitskräften. Drei Kliniken begründeten den Einsatz mit einer kurzfristigen Abfederung von Engpässen, zwei davon aufgrund von Krankheitsfällen und eine davon aufgrund einer hohen Belegung.

Acht der zehn Kliniken gaben an, die Leiharbeitskräfte auf den Allgemeinstationen bzw. in der Pflege einzusetzen, vier verwendeten diese auf der Intensivstation und drei im Operationsaal. Seltener genannt wurden Bereiche wie Anästhesie, Notaufnahme sowie Funktionsbereiche.

### 5.1.5 Anzahl Planstellen und vakanter Planstellen

Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gab es an neun Standorten insgesamt 1.893,6 Planstellen (Tabelle 13). Sechs Kliniken gaben in diesem Bereich insgesamt 88 vakante Stellen an. Bezogen auf die Anzahl der Planstellen insgesamt an den neun Kliniken entsprach dies einem Anteil vakanter Stellen von rd. 5 %. Der Anteil vakanter Stellen an allen Planstellen lag bei den Kliniken im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen einem Minimum von 0 % und einem Maximum von 29 %.

Tabelle 13: Anzahl Planstellen, vakanter Planstellen (absolut) und Anteil vakanter Planstellen, 2018

	Anzahl Planstellen	Anzahl vakanter Planstellen	Anteil vakanter Planstellen
Gesundheits- und Krankenpflege	1.893,6 (n = 9)	88 (n = 6)	5 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	123 (n = 2)	5 (n = 1)	4 %

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Zum Stichtag 01.01.2018

Bei den Krankenhausstandorten, die Angaben zu den Planstellen machten, die Anzahl vakanter Planstellen aber im Fragebogen ganz freiließen, wurde dies so interpretiert, als ob keine vakanten Stellen vorliegen. Das heißt, die Anzahl der Planstellen dieser Standorte wurde bei der Berechnung des Anteils vakanter Planstellen berücksichtigt.

Für die anderen Bereiche liegen nur Informationen von jeweils einem Klinikstandort vor.

Ein Klinikstandort wurde bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, da bei der Anzahl der vakanten Stellen eine negative Zahl angegeben wurde.

Wenn im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege nur die Kliniken betrachtet werden, die Angaben sowohl zu der Anzahl Ihrer Planstellen als auch zu der Anzahl vakanter Planstellen machten, dann gab es an fünf Standorten insgesamt 1.201,5

Planstellen (Tabelle 14). Bezogen auf die Anzahl der Planstellen insgesamt an den diesen Kliniken entsprach dies einem größeren Anteil vakanter Stellen mit rd. 7 %.

Tabelle 14: Anzahl Planstellen, vakanter Planstellen (absolut) und Anteil vakanter Planstellen, 2018

	Anzahl Planstellen	Anzahl vakanter Planstellen	Anteil vakanter Planstellen
Gesundheits- und Krankenpflege	1.201,5 (n = 5)	88 (n = 5)	7 %

Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Zum Stichtag 01.01.2018

Für die anderen Bereiche liegen nur Informationen von jeweils einem Klinikstandort vor.

Ein Klinikstandort wurde bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, da bei der Anzahl der vakanten Stellen eine negative Zahl angegeben wurde.

### 5.1.6 Zeitdauer bis zur Stellenbesetzung und Beurteilung der Schwierigkeit, vakante Stellen zu besetzen

#### Zeitdauer bis zur Stellenbesetzung

Dreizehn Klinikstandorte machten Angaben zur durchschnittlichen Dauer, bis eine vakante Stelle für Gesundheits- und Krankenpflege besetzt werden kann (Tabelle 15). Eine Klinik gab an, eine Dauerausschreibung für diesen Bereich zu haben, für die restlichen zwölf Kliniken konnte eine durchschnittliche Dauer von rund 5 Monaten berechnet werden (Min: 3; Max: 12).

Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der operationstechnischen Assistenz benötigte eine Neubesetzung im Vergleich zu den anderen Bereichen am längsten, durchschnittlich 5,9 Monate (n = 6 Klinikstandorte bei Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und n = 5 Klinikstandorte bei OTA), mit jeweils einem Minimum von 3 Monaten und einem Maximum von 12 Monaten.

Am kürzesten war die durchschnittliche Dauer bis zur Stellenbesetzung im Bereich der Kranken- oder Altenpflegehilfe mit 2,4 Monaten (n = 4 Klinikstandorte) mit einem Minimum von 0,5 Monaten und einem Maximum von 3 Monaten.

Im Bereich der anderen Pflegekräfte betrug die durchschnittliche Dauer bis zur Neubesetzung einer Stelle 4,6 Monate (n = 6). Eine Klinik merkte an, dass die Dauer bis zur Besetzung einer offenen Stelle davon abhängig ist, ob die Klinik für diese Stelle selbst ausbildet. Wenn dies der Fall ist, beträgt die Dauer 1 Monat bis zur Neubesetzung, wenn die Klinik nicht für diese Stelle ausbildet, beträgt die Dauer bis zu einer Besetzung 12 Monate.

Tabelle 15: Durchschnittliche Dauer bis zur Stellenbesetzung (in Monaten) für Pflegekräfte, Hebammen und Assistenzpersonal, 2018

	Anzahl Klinikstandorte	Ø Dauer bis Stellenbesetzung (Monate)	Median der Dauer bis Stellenbesetzung (Monate)
<b>Gesundheits- und Krankenpflege</b>	n = 12	5,0	4,5
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</b>	n = 6	5,9	5,3
<b>Altenpflege</b>	n = 6	3,2	3
<b>Kranken- oder Altenpflegehilfe</b>	n = 4	2,4	3
<b>operationstechnische Assistenz (OTA)</b>	n = 5	5,9	4,5
<b>anästhesietechnische Assistenz (ATA)</b>	n = 4	4,8	4,5
<b>Hebammen (angestellt)</b>	n = 1	4,0	4
<b>Pflegekräfte mit Pflege dual-Abschluss</b>	n = 5	4,0	3
<b>andere Pflegekräfte</b>	n = 6	4,6	6

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

### Beurteilung der Schwierigkeit, eine Stelle zu besetzen

Eine Stelle im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zu besetzen, wurde von der großen Mehrheit der Klinikstandorte als (sehr) schwer beurteilt (84 %, n = 11) (Tabelle 16). Lediglich zwei Kliniken gaben die Antwort „teils, teils“.

Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beurteilten es alle Klinikstandorte (n = 5) als sehr schwer, Stellen zu besetzen.

Auch bei den Assistenzkräften (OTA, ATA), Pflegekräften mit Pflege dual-Abschluss sowie anderen Pflegekräften wurde die Stellenbesetzung mehrheitlich als (sehr) schwierig eingestuft.

Lediglich im Bereich der Kranken- oder Altenpflegehilfe wurde die Stellenbesetzung von nur einem Standort als sehr schwer beurteilt, die anderen fanden es (sehr) leicht bzw. wählten die Antwortkategorie „teils, teils“.

Tabelle 16: Verteilung der Klinikstandorte nach der Beurteilung der Schwierigkeit, vakante Stellen zu besetzen (absolut und in %), 2018

	sehr leicht	leicht	teils, teils	schwer	sehr schwer
<b>Gesundheits- und Krankenpflege (n = 13)</b>	0 (0%)	0 (0%)	2 (15%)	5 (38%)	6 (46%)
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (n = 5)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)
<b>Altenpflege (n = 7)</b>	0 (0%)	1 (14%)	2 (29%)	3 (43%)	1 (14%)
<b>Kranken- oder Altenpflegehilfe (n = 7)</b>	1 (14%)	2 (29%)	3 (43%)	0 (0%)	1 (14%)
<b>operationstechnische Assistenz (OTA) (n = 7)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)	2 (29%)	4 (57%)
<b>anästhesietechnische Assistenz (ATA) (n = 5)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
<b>Hebammen (angestellt) (n = 3)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	2 (55%)
<b>Beleghebammen (n = 2)</b>	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)
<b>Pflegekräfte mit Pflege dual-Abschluss (n = 7)</b>	0 (0%)	0 (0%)	3 (43%)	3 (43%)	1 (14%)
<b>andere Pflegekräfte (n = 6)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (83%)	1 (17%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Als Erläuterung ergänzte eine Klinik, dass der Fachkräftemangel in der Stadt München spürbar sei und es besonders bei sehr speziellen Fachgebieten (z. B. Sozialpädiatrie) schwierig sei, Personal zu finden. Eine weitere Klinik gab an, geeignetes Personal sei umso schwieriger zu finden, je höher die gesuchte Qualifikation sei.

Als besonders schwierig empfanden es die Kliniken, Pflegepersonal für den OP-Bereich (n = 4), für Gesundheits- und Krankenpflege (n = 3), Gesundheits- und Krankenpflege mit Erfahrungen in bestimmten Bereichen oder speziellen pädiatrischen Weiterbildungen (z. B. neonatologischer Intensivbereich oder Psychiatrie) (n = 3)) und im Bereich der Psychiatrie (n = 2) zu finden. Auch sei es zunehmend schwierig, erfahrene Hebammen zu finden (n = 1).

### Veränderungen in den letzten 5 Jahren, vakante Stellen zu besetzen

In allen Bereichen – mit Ausnahme der Kranken- oder Altenpflegehilfe, der Pflegekräfte mit einem Pflege dual-Abschluss sowie der Hebammen – gaben die Klinik-

standorte mehrheitlich an, dass sich die Möglichkeiten, vakante Stellen zu besetzen, in den letzten 5 Jahren verschlechtert bzw. stark verschlechtert hat (Tabelle 17). Insbesondere betraf dies die Bereiche der Gesundheits- und Krankenpflege – 13 von 14 Kliniken konstatierten für diesen Bereich eine (starke) Verschlechterung – sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, bei der alle fünf Klinikstandorte eine (starke) Verschlechterung angaben.

Als Gründe für die Entwicklung nannten die Kliniken große Konkurrenz der Kliniken um Fachkräfte in Ballungsräumen wie München (n = 2), einen generellen Fachkräftemangel (n = 2), einen geringen Verdienst (und durch TVöD auch keine Möglichkeit der übertariflichen Bezahlung) (n = 3) und speziell für München mangelnden Wohnraum (n = 1), hohe Lebenshaltungskosten (n = 1) und fehlende mit dem Schichtdienst korrespondierende Kindergartenplätze und Öffnungszeiten (n = 1).

Tabelle 17: Verteilung der Klinikstandorte nach der Einschätzung der Entwicklung (in den letzten fünf Jahren) der Möglichkeit, vakante Stellen zu besetzen (absolut und in %), 2018

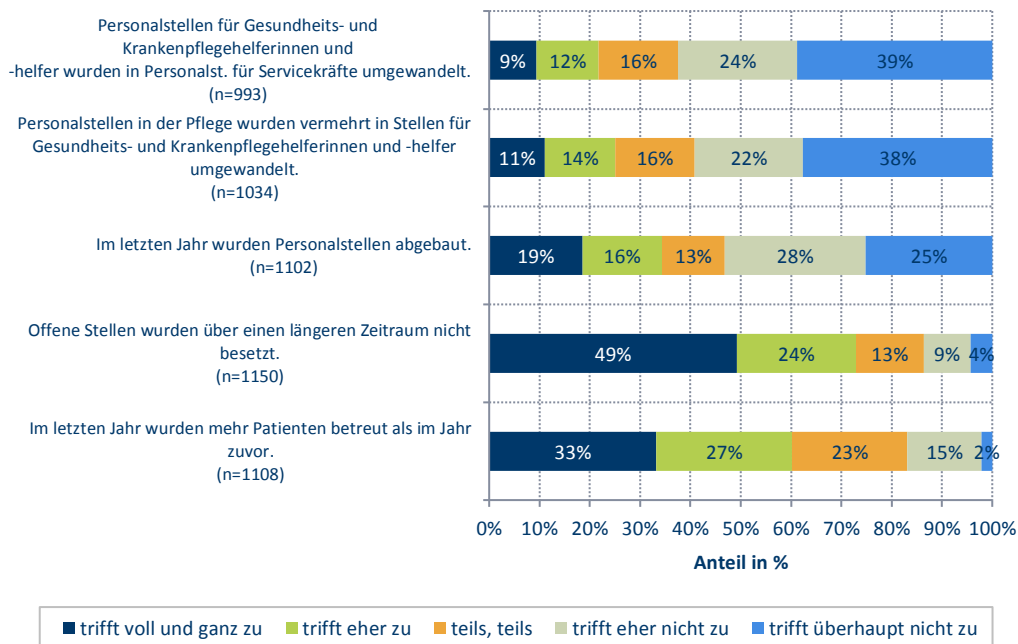
	stark verbessert	verbessert	keine Änderung	verschlechtert	stark verschlechtert
<b>Gesundheits- und Krankenpflege (n = 14)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)	7 (50%)	6 (43%)
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (n = 5)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	4 (80%)
<b>Altenpflege (n = 8)</b>	0 (0%)	0 (0%)	3 (38%)	4 (50%)	1 (12%)
<b>Kranken- oder Altenpflegehilfe (n = 7)</b>	0 (0%)	1 (14%)	3 (43%)	2 (29%)	1 (14%)
<b>operations-technische Assistenz (OTA) (n = 8)</b>	0 (0%)	0 (0%)	3 (38%)	3 (38%)	2 (25%)
<b>anästhesie-technische Assistenz (ATA) (n = 6)</b>	0 (0%)	0 (0%)	3 (50%)	2 (33%)	1 (17%)
<b>Hebammen (angestellt) (n = 2)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
<b>Beleghebammen (n = 2)</b>	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)
<b>Pflegekräfte mit Pflege dual-Abschluss (n = 6)</b>	0 (0%)	1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	0 (0%)
<b>andere Pflegekräfte (n = 6)</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

### Einschätzungen der Pflegekräfte und Hebammen zur Situation auf ihrer Station

Knapp drei Viertel der Pflegekräfte (73 %, n = 838) gaben an, dass auf ihrer Station offene Stellen über einen längeren Zeitraum nicht besetzt wurden (Abbildung 26). Bei rund einem Drittel der Pflegekräfte (34 %, n = 378) wurde auf der Station im letzten Jahr Personalstellen abgebaut. Rund jeder vierte Befragte (25 %, n = 259) stimmte zudem der Aussage zu, dass auf der Station Personalstellen in der Pflege in Stellen für Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer umgewandelt und jeder Fünfte (21 %, n = 216), dass Stellen für Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer in Personalstellen für Servicekräfte umgewandelt wurden.

Abbildung 26: Verteilung der Pflegekräfte nach der persönlichen Einschätzung zur Situation auf ihrer Station (in %), 2018



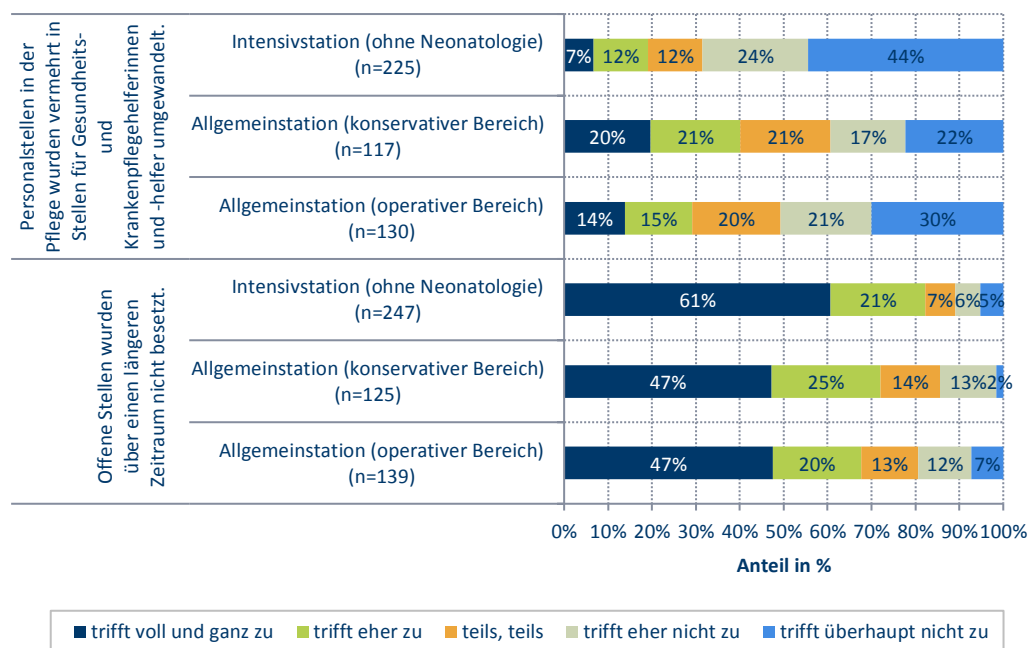
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Pflegekräfte, die auf der Intensivstation arbeiteten, stimmten der Aussage, dass offene Stellen über einen längeren Zeitraum nicht besetzt wurden, in einem höheren Maße zu als Pflegekräfte auf den Allgemeinstationen (Intensivstation: 82 %, n = 203, Allgemeinstation (konservativ): 72 %, n = 90), Allgemeinstation (chirurgisch): 67 %, n = 95) (Abbildung 27).

Die Umwandlung von Personal in der Pflege in Stellen für Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie die Umwandlung für Stellen für Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer in Stellen für Servicekräfte trat dagegen bei einem größeren Anteil von Pflegekräften auf den Allgemeinstationen (chirurgisch und konservativ) als bei denen auf der Intensivstation auf: Während

beispielsweise rd. 41 % (n = 47) der Pflegekräfte auf den konservativen Allgemeinstationen der Aussage zustimmten, dass vermehrt Personalstellen in der Pflege in Stellen für Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer umgewandelt wurden, betrug der entsprechende Anteil bei Pflegekräften, die auf Intensivstationen tätig sind, lediglich rd. 19 % (n = 43).

Abbildung 27: Verteilung der Pflegekräfte nach der persönlichen Einschätzung zur Situation auf ihrer Station sowie nach Art der Station (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

## 5.1.7 Personalfluktuaton

### Kündigungen und Neubesetzungen

Zur Personalfluktuaton machten 13 Klinikstandorte im Rahmen der Befragung eine Angabe. Diese berichteten insgesamt von 511 Kündigungen im Jahr 2017. Für zwölf Krankenhausstandorte liegen damit Daten sowohl zur Anzahl der Beschäftigten insgesamt (vgl. dazu Kapitel 5.1.2) als auch zur Personalfluktuaton vor. Bei diesen zwölf Klinikstandorten betrug der Anteil der Kündigungen an der Gesamtzahl der Beschäftigten rd. 12 %. Die Zahl der Neubesetzungen betrug 384, d. h. für 127 Kündigungen im Jahr 2017 fand damit keine Neubesetzung im gleichen Jahr statt.

Einige Kliniken machten lediglich Angaben zu den Kündigungen insgesamt, d. h. ohne Unterscheidung nach den einzelnen Bereichen.

Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gaben elf Kliniken für das Jahr 2017 insgesamt 382 Kündigungen an. Der Anteil der Kündigungen an allen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen lag in diesen Kliniken bei rd. 16 %. Für die anderen Bereiche wurde nur vereinzelt von Kündigungen berichtet.

Als Gründe für Kündigungen von Pflegekräften nannte die Mehrheit der Kliniken (n = 8) einen Wegzug aus München aus privaten und Kostengründen (Miete, Lebenshaltungskosten), Abwerbepremien anderer Kliniken bzw. Unzufriedenheit mit dem Gehalt (n = 4) sowie die Arbeit im Schichtdienst (n = 3). Vereinzelt wurden auch eine Überlastung sowie eine Unterbesetzung der Schichten als Grund für Kündigungen angegeben.

### **Verrentungen**

Für das Jahr 2017 gaben die Kliniken insgesamt 59 Verrentungen an. Bezogen auf die Krankenhausstandorte, für die Daten sowohl zur Anzahl der Beschäftigten insgesamt als auch zur Verrentung vorliegen, betrug der Anteil der Verrentungen an der Gesamtzahl der Beschäftigten rund 1 %.

### **Krankschreibungen über 6 Wochen und Krankheitstage**

Für das Jahr 2017 gaben die Kliniken insgesamt 362 Personen mit einer Krankheitsdauer von mehr als 6 Wochen an. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten entsprach dies einem Anteil von knapp 15 %. Insgesamt wurden von elf Klinikstandorten 52.057 Krankheitstage angegeben. An den zehn Standorten, an denen sowohl Informationen zur Anzahl der Krankheitstage als auch zur Gesamtzahl an Beschäftigten vorlag, entsprach dies einer durchschnittlichen Anzahl an Krankheitstagen je Beschäftigten von 13,7 Tagen.

Für die Gesundheits- und Krankenpflege gaben acht Kliniken insgesamt 279 Personen an, die im Jahr 2017 länger als 6 Wochen krankgeschrieben waren. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten lag der Anteil der langfristig Krankgeschriebenen damit bei rd. 13 %.<sup>17</sup>

Für die Gesundheits- und Krankenpflege gaben die Kliniken insgesamt 35.191,9 Krankheitstage an. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege lag die durchschnittliche Anzahl der Krankschreibungstage damit bei rd. 16,7 Tagen.

## **5.1.8 Durchschnittliche Zuteilung gemäß Krankenhausbefragung**

### **Aktuelle durchschnittliche Zuteilung**

Die Krankenhausstandorte wurden gebeten anzugeben, wie viele Patientinnen und Patienten gemäß Planung / Zuteilung derzeit in den folgenden Bereichen durch ei-

---

<sup>17</sup> Zum Vergleich: Bundesweit hatten in der Branche Krankenhäuser 7% der Beschäftigten eine AU mit einer Dauer von über 6 Wochen. Bezogen auf diejenigen, die mindestens eine AU hatten, sind dies 11,4% (Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2018; Sonderauswertung).



nen Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. eine Gesundheits- und Krankenpflegerin oder einen Altenpfleger bzw. eine Altenpflegerin mit mindestens dreijähriger Ausbildung je Schicht im Durchschnitt versorgt werden.

Für den Krankenhausstandort insgesamt konnten die Angaben von sieben Krankenhausstandorten berücksichtigt werden.<sup>18</sup> Grundsätzlich wurden an allen sieben Krankenhausstandorten in der Früh- und Spätschicht weniger Patientinnen und Patienten je Pflegekraft versorgt als in der Nachtschicht (Tabelle 18). Durchschnittlich wurden unter der Woche (von Montag bis Freitag) in einer Frühschicht 9,1 und in einer Spätschicht 11,0 Patientinnen und Patienten je Pflegekraft mit mindestens 3-jähriger Ausbildung versorgt. In der Nachtschicht war eine Pflegekraft für die doppelte Anzahl an Patientinnen und Patienten verantwortlich, nämlich 22. Die Wochenendschichten unterschieden sich dabei nicht wesentlich von den Schichten unter der Woche.

Tabelle 18: Durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten, die je Schicht durch eine Pflegekraft mit mindestens dreijähriger Ausbildung versorgt werden, 2018

Schicht	Ø Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft mit mind. 3-jähriger Ausbildung	Minimum	Maximum
<b>Montag bis Freitag</b>			
Frühschicht	9,1	4,5	12,5
Spätschicht	11,0	4,5	15,7
Nachtschicht	22,0	12,0	31,0
<b>Wochenende</b>			
Frühschicht	9,1	4,5	12,0
Spätschicht	11,0	4,5	17,5
Nachtschicht	20,3	12,0	28,0

Quelle: IGES auf Basis der der Krankenhausbefragung  
Anmerkungen: n = 7, bezogen auf den gesamten Krankenhausstandort

Die durchschnittliche Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten unterschied sich dabei beträchtlich je nach Krankenhausbereich bzw. Fachabteilung, insbesondere im Vergleich der Intensivstationen zu den Allgemeinstationen (Tabelle 20).

<sup>18</sup> Lediglich acht Krankenhausstandorte beantworteten die Frage. Ein Krankenhausstandort wurde aufgrund von unplausiblen Werten bei den Auswertungen nicht berücksichtigt.

Tabelle 19: Durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten, die je Schicht durch eine Pflegekraft mit mindestens dreijähriger Ausbildung versorgt werden, nach Wochentagen sowie nach Fachabteilung, 2018

Fachabteilung	Montag bis Freitag			Wochenende		
	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
Intensivstation (Chirurgie) (n = 5)	2,3	2,3	2,6	2,3	2,3	2,6
Intermediate Care (Chirurgie) (n = 3)	4,3	4,3	5,5	4,3	4,3	5,5
Unfallchirurgie (n = 4)	11,1	13,0	22,3	10,5	11,8	20,5
Viszeralchirurgie (n = 4)	11,3	12,3	21,8	10,5	11,0	20,5
Geriatric (n = 4)	6,8	8,3	21,3	7,3	8,3	21,3
Endokrinologie / Diabetologie (n = 3)	11,0	13,8	30,0	11,0	12,7	28,7
Gastroenterologie (n = 3)	8,3	11,3	31,3	11,0	12,0	29,7
Hämatologie / Onkologie (n = 5)	7,5	9,8	20,9	9,1	10,4	20,9

Fachabteilung	Montag bis Freitag			Wochenende		
	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
Intensivstation (Innere Medizin) (n = 5)	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	2,3
Intermediate Care (Innere Medizin) (n = 3)	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
Kardiologie (n = 4)	10,8	11,3	26,4	10,1	10,1	25,1
Pneumologie (n = 3)	7,4	10,4	26,3	10,4	11,5	26,3
Allgemeine Neurologie (n = 3)	8,3	9,5	19,2	9,2	10,5	18,8
Urologie (n = 3)	9,3	11,5	20,3	10,7	11,5	20,3
Zentrale Notaufnahme (n = 4)	14,5	13,8	8,3	12,8	13,0	9,6

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: Bei den Auswertungen wurden aus Datenschutzgründen lediglich Fachabteilungen berücksichtigt, bei denen von mindestens drei Krankenhausstandorten entsprechende Angaben vorlagen.

### Veränderung der geplanten Zuteilung in den letzten 5 Jahren

Die Klinikstandorte gaben mehrheitlich an, dass eine Pflegekraft innerhalb der letzten 5 Jahre durchschnittlich zunehmend mehr Patientinnen und Patienten versorgen musste (Tabelle 20). Dies galt sowohl für die Allgemeinstationen sowie die Funktionsbereiche und sowohl bei den erwachsenen Patientinnen und Patienten als auch bei den Kindern und Jugendlichen.

Bei den Intensivstationen war das Bild weniger einheitlich: Hier gaben jeweils gleich viele Kliniken eine steigende und eine gleichbleibende Patientenzahl je Pflegekraft an.

Nur ein Klinikstandort berichtete von einem Rückgang der durchschnittlichen Anzahl an zu versorgenden Patientinnen und Patienten je Pflegekraft. Als Erläuterungen dafür gab diese Klinik an, dass es eine deutliche Steigerung des Pflegeaufwands je Patientin bzw. Patient gegeben habe, da diese zunehmend älter und schwerer erkrankt seien.

Tabelle 20: Verteilung der Klinikstandorte nach der Entwicklung der zugeteilten Anzahl an durchschnittlich zu versorgenden Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in den letzten 5 Jahren (absolut und in %), 2018

Eine Pflegekraft muss...	weniger Patientinnen und Patienten versorgen	gleich viele Patientinnen und Patienten versorgen	mehr Patientinnen und Patienten versorgen
<b>bei erwachsenen Patientinnen und Patienten</b>			
<b>allgemeine Station (n = 11)</b>	1 (9%)	3 (27%)	7 (64%)
<b>Intensivstation (n = 7)</b>	1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)
<b>Funktionsbereiche (n = 7)</b>	1 (14%)	1 (14%)	5 (71%)
<b>bei Kindern und Jugendlichen</b>			
<b>allgemeine Station (n = 4)</b>	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)
<b>Intensivstation (n = 4)</b>	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
<b>Funktionsbereiche (n = 4)</b>	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

### Entwicklung des Pflegeaufwands in den letzten 5 Jahren

Die Mehrheit der Klinikstandorte gab an, dass sowohl bei den erwachsenen Patientinnen und Patienten als auch bei den Kindern und Jugendlichen in den letzten 5 Jahren ein steigender Pflegeaufwand je Patientin bzw. je Patient zu verzeichnen war (Tabelle 21). Dieser steigende Pflegeaufwand wurde gleichermaßen für alle Bereiche, d. h. allgemeine Station, Intensivstation sowie Funktionsbereiche, festgestellt. Als Begründung für die Einschätzung eines steigenden Pflegeaufwands je Patientin bzw. je Patient wurde von einer Klinik der Dokumentationsaufwand, kürzere Liegezeiten, das PEPP-Abrechnungssystem sowie ein detaillierteres Entlassmanagement aufgeführt.

Ein konstanter oder gesunkener Pflegeaufwand je Patientin bzw. je Patient wurde nur von einzelnen Klinikstandorten angegeben. Als Begründung dafür nannte eine Klinik die gesenkte Verweildauer auf der allgemeinen Station.

Tabelle 21: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Entwicklung des Pflegeaufwands je Patientin bzw. je Patient in den letzten 5 Jahren (absolut und in %), 2018

Der Pflegeaufwand je Patientin bzw. je Patient ist...	höher	gleich geblieben	gesunken
<b>bei erwachsenen Patientinnen und Patienten</b>			
<b>allgemeine Station (n = 11)</b>	9 (82%)	1 (9%)	1 (9%)
<b>Intensivstation (n = 7)</b>	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)
<b>Funktionsbereiche (n = 6)</b>	5 (83%)	1 (17%)	0 (0%)
<b>bei Kindern und Jugendlichen</b>			
<b>allgemeine Station (n = 5)</b>	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)
<b>Intensivstation (n = 4)</b>	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)
<b>Funktionsbereiche (n = 4)</b>	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

#### 5.1.9 Durchschnittliche Anzahl an zu versorgenden Patientinnen und Patienten gemäß der Befragung der Pflegekräfte

Die Pflegekräfte wurden darum gebeten anzugeben, wie viele Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Schicht (differenziert nach Frühschicht, Spätschicht,

Nachtschicht bzw. nach Tag- und Nachtschicht) auf ihrer Station waren. Zudem wurden sie gefragt, wie viele Personen mit welcher Qualifikation zusammen mit ihnen in der jeweiligen Schicht im Dienst waren. Diese Angaben wurden genutzt, um „nurse-to-patient“-ratios zu berechnen, d. h. das Verhältnis von Pflegefachkräften zur Patientenzahl in den einzelnen Schichten bzw. auf den verschiedenen Stationen.

Für die Allgemeinstation im operativen Bereich gaben die Pflegekräfte an, in der Frühschicht durchschnittlich für 9,0, in der Spätschicht für 13,3 und in der Nachtschicht für 23,2 Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen (Tabelle 22). Für die Allgemeinstation im konservativen Bereich lagen die Werte – mit Ausnahme der Nachtschicht – durchschnittlich etwas höher.

Für die Intensivstation (ohne Neonatologie) gaben die Pflegekräfte an, in der Frühschicht für 2,4, in der Spätschicht für 2,9 und in der Nachtschicht für 3,4 Patientinnen und Patienten zu sorgen. Hier zeigt sich ein Unterschied zur Befragung der Kliniken, nach der sich die Zahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in den intensivmedizinischen Bereichen in der Nachtschicht nicht von der Früh- und Spätschicht unterschied (vgl. dazu Kapitel 5.1.8).

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, wie häufig die Pflegekräfte die Patientinnen und Patienten alleine (d. h. ohne anderes nicht-ärztliches Personal) auf der Station versorgen. Insgesamt gaben in der Frühschicht rd. 10 % (n = 76) der Befragten an, alleine für die Patientinnen und Patienten verantwortlich zu sein. In der Nachtschicht betrug der entsprechende Anteil knapp ein Drittel (33 %, n = 239).

---

Tabelle 22: Durchschnittliche Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten je Pflegekraft sowie nach Schicht und Art der Station, 2018

	Mittelwert	Median
<b>Frühschicht</b>		
insgesamt (n = 788)**	6,3	4,3
Allgemeinstation – operativer Bereich (n = 108)	9,0	7,1
Allgemeinstation – konservativer Bereich (n = 109)	9,4	8,5
Intensivstation* (n = 226)	2,4	2
direkte Patientenversorgung insgesamt (n = 654)	6,0	4
<b>Spätschicht</b>		
insgesamt (n = 785)**	8,6	5
Allgemeinstation – operativer Bereich (n = 109)	13,3	12
Allgemeinstation – konservativer Bereich (n = 109)	16,5	14
Intensivstation* (n = 227)	2,9	2,7
direkte Patientenversorgung insgesamt (n = 654)	8,0	5
<b>Nachtschicht</b>		
insgesamt (n = 767)**	12,3	7,5
Allgemeinstation – operativer Bereich (n = 107)	23,2	24
Allgemeinstation – konservativer Bereich (n = 101)	22,7	24
Intensivstation* (n = 226)	3,4	3
direkte Patientenversorgung insgesamt (n = 641)	11,6	7

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

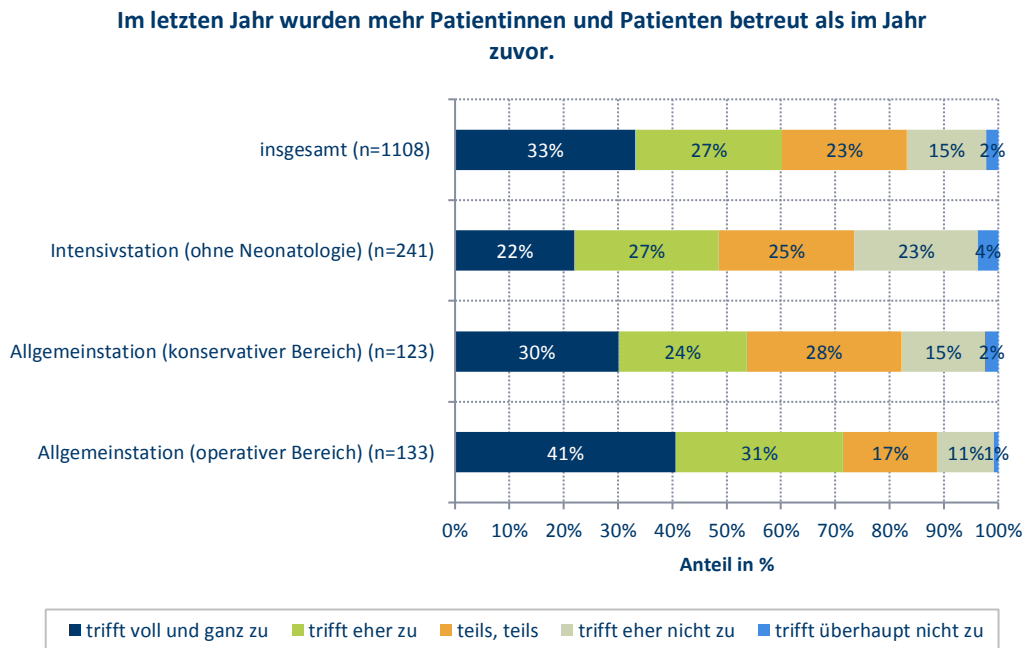
Anmerkungen: \* ohne Neonatologie

\*\* Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung und im Funktionsdienst

Rund 60 % (n = 667) der Pflegekräfte gaben an, dass auf ihrer Station im letzten Jahr mehr Patientinnen und Patienten betreut wurden als im Jahr zuvor (Abbildung 28). Mit rd. 72 % (n = 95) stimmten insbesondere Pflegekräfte, die in operativen

Allgemeinstationen tätig waren, der Aussage zu, dass im letzten Jahr mehr Patientinnen und Patienten betreut werden mussten als im Jahr zuvor.

Abbildung 28: Verteilung der Pflegekräfte nach der Veränderung der Anzahl der zu betreuenden Patientinnen und Patienten im letzten Jahr sowie nach Art der Station (in %), 2017-2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

## 5.2 Arbeitsbelastung und -zufriedenheit der Pflegekräfte und des Assistenzpersonals

### 5.2.1 Überstunden

Bei den Klinikstandorten, die Angaben zu den Überstunden machten, waren zum 31.12.2017 für Pflegekräfte und Assistenzpersonal, die auf der Allgemeinstation, der Intensivstation und den Funktionsbereichen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten eingesetzt sind, insgesamt 165.036 Überstunden angefallen (Tabelle 23). In den gleichen drei Bereichen bei Kindern und Jugendlichen gab es 23.410 Überstunden. Damit ergaben sich insgesamt über alle Bereiche 188.446 Überstunden.

Als Hauptgründe für Überstunden nannten die Kliniken Krankheitsausfälle (n = 8), nicht besetzte Stellen bzw. Personalengpässe (n = 6) sowie einen gestiegenen Pflegeaufwand (n = 3).



Tabelle 23: Anzahl der Überstunden und ausbezahlter Überstunden nach Art der Station und nach Patientengruppen, 31.12.2017

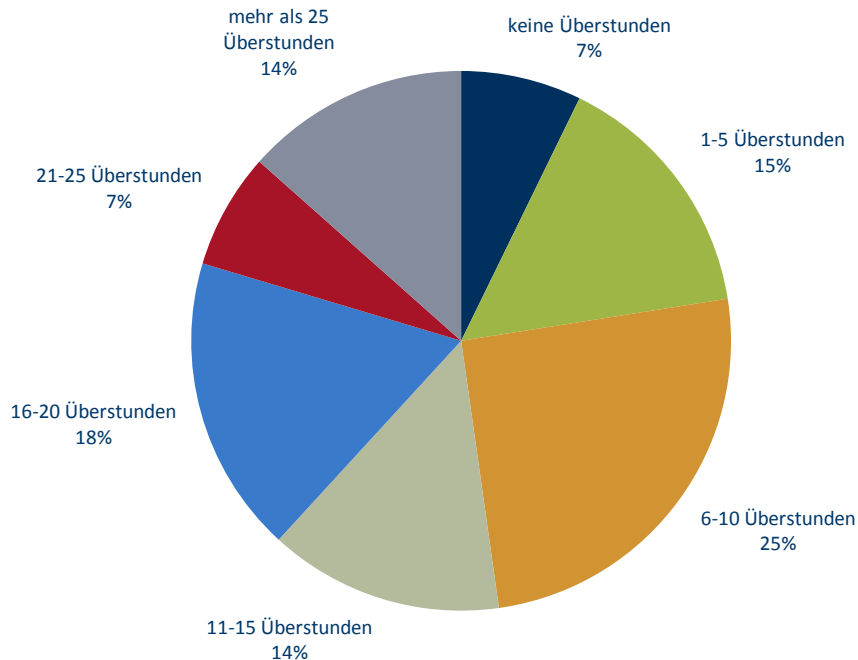
	Anzahl Überstunden	Anzahl ausbezahlter Über- stunden	Anteil ausbezahlter Überstunden*
<b>bei erwachsenen Patientinnen und Patienten</b>			
Allgemeinstationen	98.619 (n = 12)	29.964 (n = 8)	7,6 % (n = 7)
Intensivstationen	29.889 (n = 6)	8.225 (n = 7)	9,4% (n = 6)
Funktionsbereiche	36.528 (n = 6)	14.807 (n = 6)	6,2 % (n = 5)
<b>insgesamt</b>	<b>165.036</b>	<b>52.996</b>	
<b>bei Kindern und Jugendlichen</b>			
allgemeine Stationen	13.001 (n = 4)	477 (n = 5)	3,3 % (n = 4)
Intensivstationen	7.299 (n = 3)	158 (n = 4)	0,9%
Funktionsbereiche	3.110 (n=3)	278 (n = 2)	9,0%
<b>insgesamt</b>	<b>23.410</b>	<b>913</b>	
<b>insgesamt (Erwachsene + Kinder und Jugendliche)</b>	<b>188.446</b>	<b>53.909</b>	

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: \*Berücksichtigt wurden nur Krankenhausstandorte, für die sowohl Angaben zur Anzahl der Überstunden als auch zur Anzahl der ausbezahlten Überstunden vorliegen

Die befragten Pflegekräfte leisteten insgesamt im letzten Monat 15.551 Überstunden (n = 982). Dies entsprach einem Durchschnitt von 15,8 Stunden; der Median lag bei 12,0. Dabei gab es große Unterschiede zwischen den Pflegekräften: Rund 7 % (n = 71) gaben an, keine Überstunden im letzten Monat geleistet zu haben (Abbildung 29). Jeder Fünfte (20 %, n = 200) hatte mehr als 20 Überstunden im letzten Monat zu erbringen.

Abbildung 29: Verteilung der Pflegekräfte nach der Anzahl der Überstunden im letzten Monat, 2018

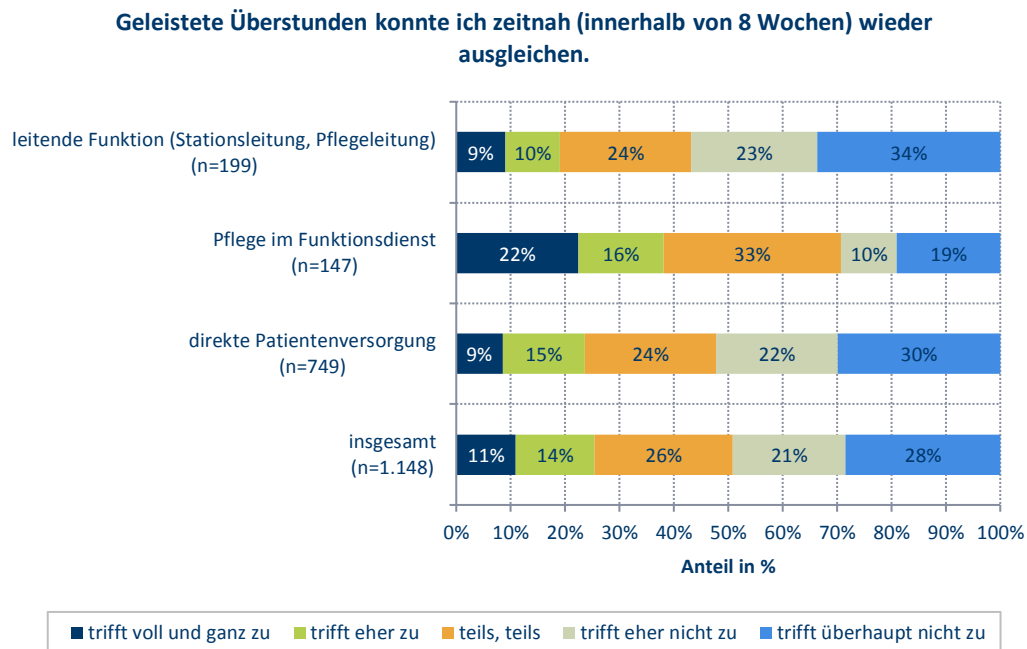


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
Anmerkungen: n = 982

Pro Monat im Jahr 2017 wurden durchschnittlich 18,8 Überstunden angegeben (Median: 10; n = 918). Rund 3 % (n = 32) gaben an, im gesamten Jahr 2017 keine Überstunden geleistet zu haben. Mehr als 20 Überstunden durchschnittlich pro Monat im Jahr 2017 wurden von rd. 17 % angegeben (n = 159).

Die Hälfte (49 %, n = 564) der Pflegekräfte konnte im letzten Jahr die geleisteten Überstunden nicht zeitnah, d. h. innerhalb von 8 Wochen, wieder ausgleichen (Abbildung 30). Dies betraf vor allem Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung sowie in leitender Funktion. Von den Pflegekräften im Funktionsdienst konnten rd. 29 % (n = 43) ihre Überstunden zeitnah ausgleichen.

Abbildung 30: Verteilung der Pflegekräfte nach der Möglichkeit, Überstunden zeitnah auszugleichen, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017



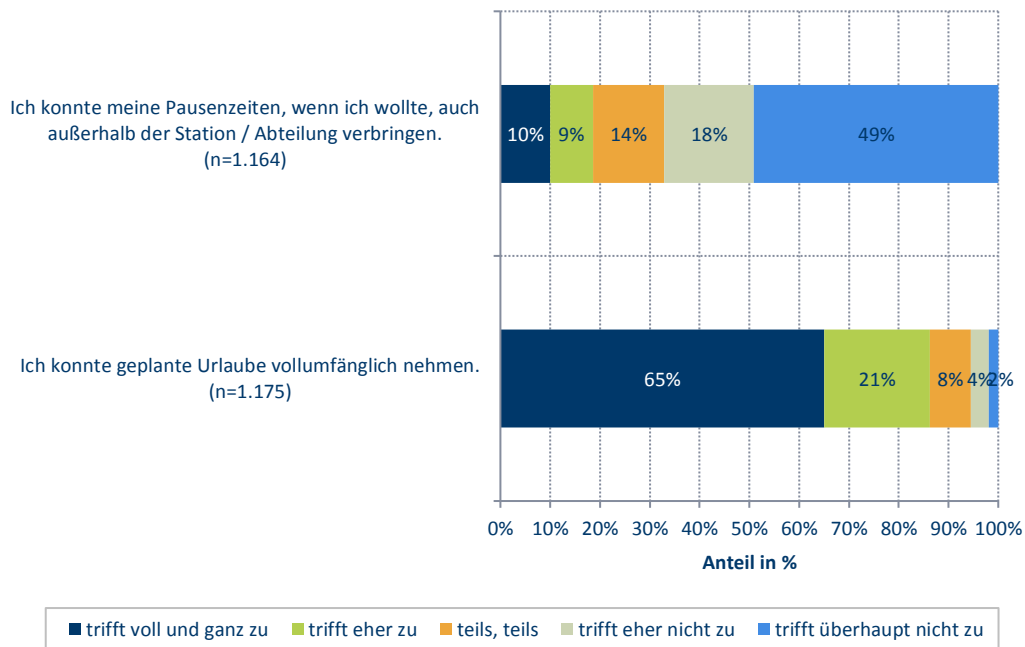
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

### 5.2.2 Einhaltung von Pausenzeiten

Mehr als zwei Drittel (67 %, n = 781) der Pflegekräfte gaben an, dass sie im letzten Jahr nicht die Möglichkeit hatten, ihre Pausenzeiten außerhalb der Station zu verbringen (Abbildung 31).

Dagegen konnte knapp zwei Drittel (65 %, n = 498) der Pflegekräfte ihren geplanten Urlaub vollumfänglich nehmen.

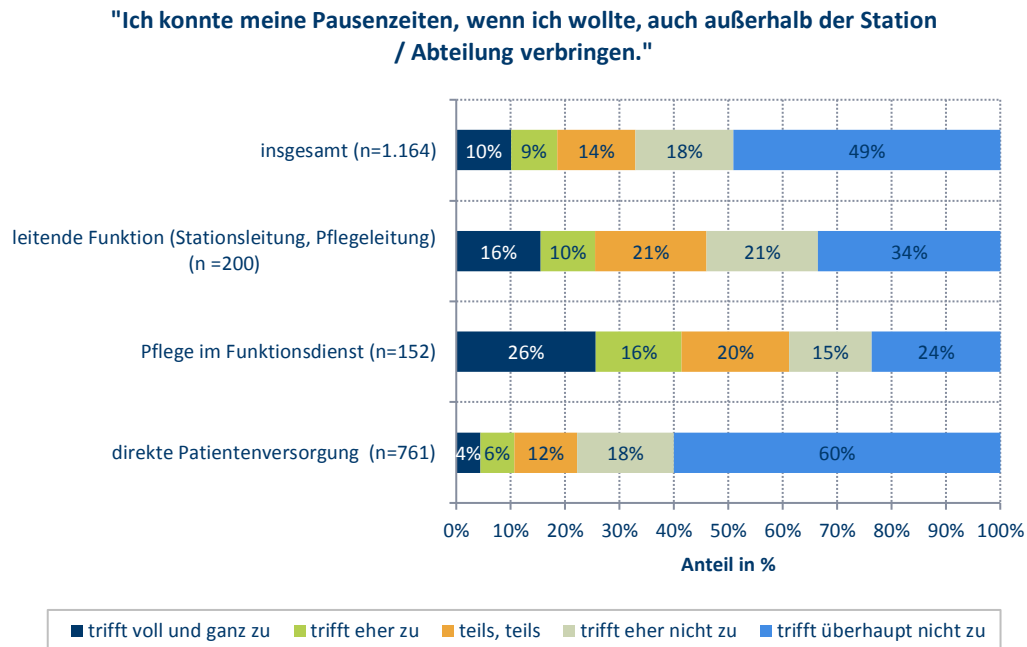
Abbildung 31: Verteilung der Pflegekräfte nach der Wahl des Ortes für Pausenzeiten und der Möglichkeit, geplante Urlaube vollumfänglich zu nehmen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Insbesondere Pflegekräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig waren, konnten ihre Pausenzeiten bei Wunsch nicht außerhalb ihrer Station verbringen (78 %, n = 592) (Abbildung 32). Bei der Pflege im Funktionsdienst lag der entsprechende Anteil dagegen bei rd. 39 % (n = 59).

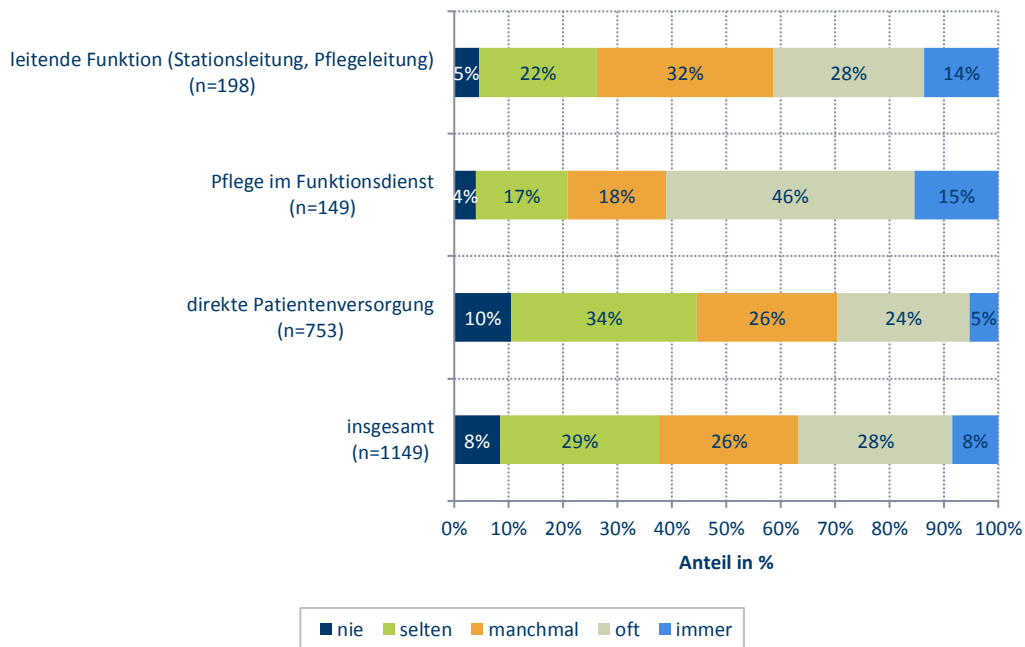
Abbildung 32: Verteilung der Pflegekräfte nach der Wahl des Ortes für Pausenzeiten und nach Tätigkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Darüber hinaus wurden die Pflegekräfte darum gebeten, die Häufigkeit der Einhaltung der gesetzlichen bzw. tariflichen Pausenzeiten im letzten Jahr anzugeben. Insgesamt gaben rund 37 % (n = 421) an, die Pausenzeiten oft oder immer einhalten zu können, der gleiche Anteil konnte dagegen nie oder selten die gesetzlichen bzw. tariflichen Pausenzeiten einhalten (Abbildung 33). Insbesondere die Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung gaben an, dass sie selten oder nie die gesetzlichen bzw. tariflichen Pausenzeiten einhalten konnte (44 %, n = 336), im Funktionsdienst lag der entsprechende Anteil dagegen bei rd. 21 % (n = 33).

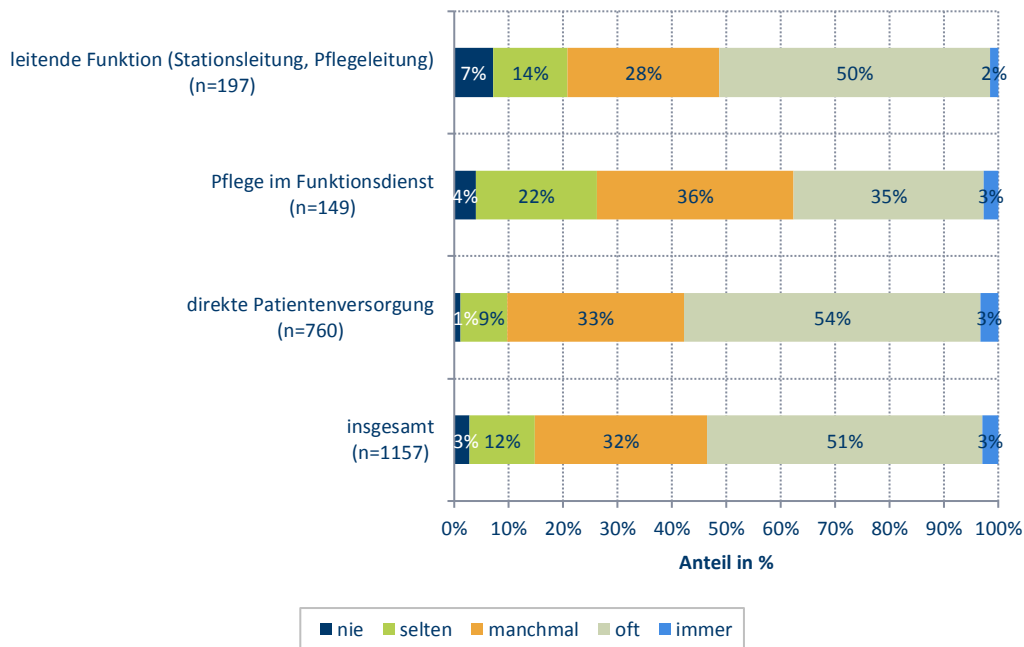
Abbildung 33: Verteilung der Pflegekräfte nach der Häufigkeit der Einhaltung der gesetzlichen bzw. tariflichen Pausenzeiten, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Etwas mehr als die Hälfte der Pflegekräfte (54 %, n = 619) musste oft oder immer für Kolleginnen und Kollegen außerplanmäßig einspringen (Abbildung 34). Auch dieser Anteil lag bei Pflegekräften in der direkten Patientenversorgung mit rd. 57 % (n = 439) etwas höher als bei Pflegekräften im Funktionsdienst (38 %, n = 56).

Abbildung 34: Verteilung der Pflegekräfte nach der Häufigkeit des außerplanmäßigen Einspringens für Kolleginnen und Kollegen, insgesamt sowie nach Tätigkeit (in %), 2017



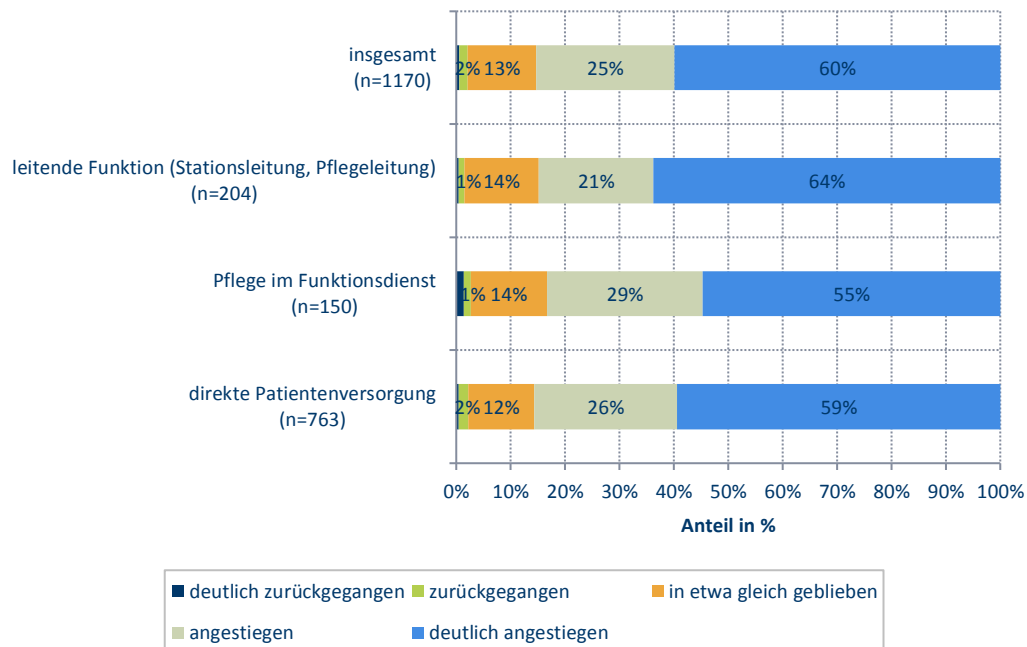
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

### 5.2.3 Veränderung der Arbeitsbelastung in den letzten 2 Jahren

Die Pflegekräfte wurden nach der Entwicklung ihrer durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren befragt. Rund 60 % (n = 701) der Pflegekräfte gaben an, dass ihre durchschnittliche tägliche Arbeitsbelastung deutlich angestiegen ist (Abbildung 35). Weitere 25 % (n = 297) berichteten von einem Anstieg. Lediglich 2 % (n = 19) der befragten Personen hatten einen Rückgang der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren erfahren.

Bei der Betrachtung der Pflegekräfte nach der Tätigkeit zeigen sich kaum Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren.

Abbildung 35: Verteilung der Pflegekräfte nach Entwicklung der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung in den letzten zwei Jahren sowie nach Tätigkeit (in %), 2016-2018



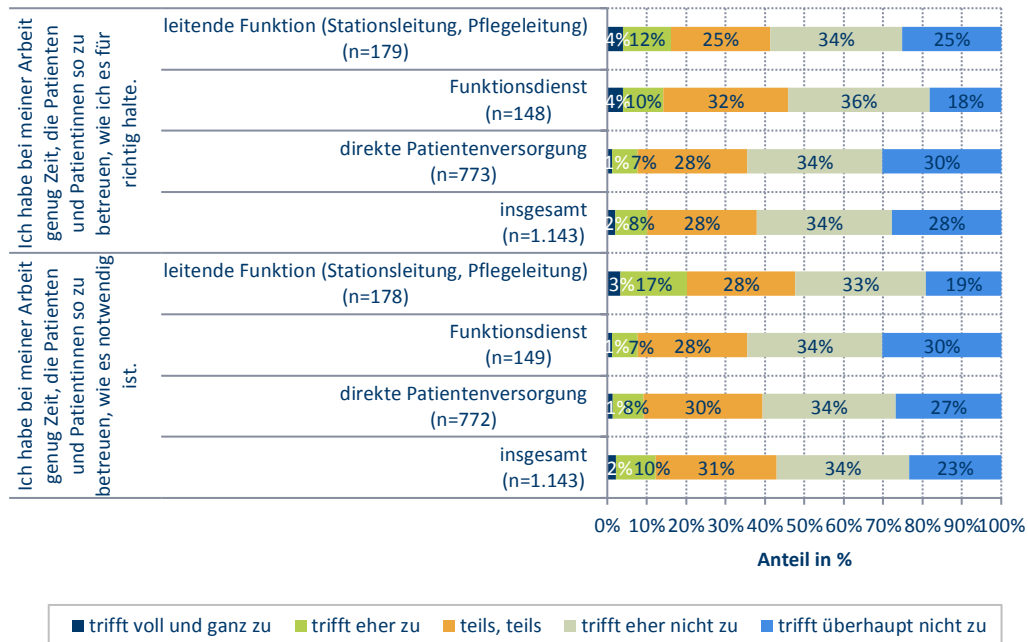
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

#### 5.2.4 Einschätzung der Zeit für die Patientenbetreuung

Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte hatte das Gefühl, nicht genug Zeit zu haben, um die Patientinnen und Patienten so zu betreuen wie sie es für richtig halten (62 %, n = 710) bzw. wie sie es für notwendig halten (57 %, n = 652) (Abbildung 36). Dabei gab es nur vergleichsweise geringe Unterschiede nach den Tätigkeiten der Pflegekräfte (direkte Patientenversorgung, Funktionsdienst, leitende Funktion).



Abbildung 36: Verteilung der Pflegekräften nach ihrer Einschätzung der Zeit für die Patientenbetreuung (in %), 2018

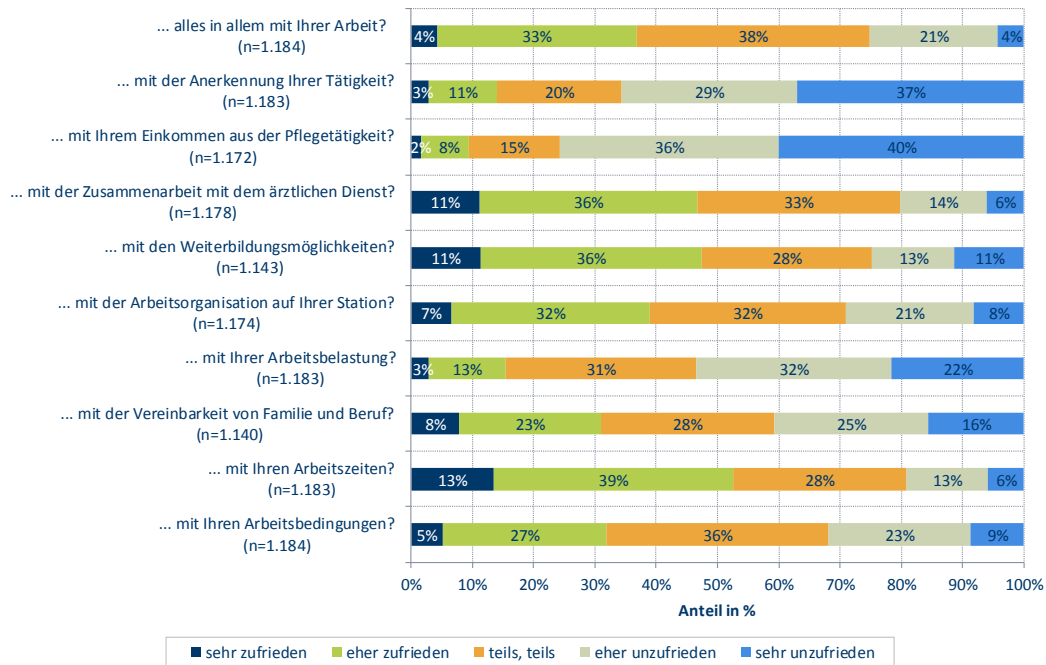


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

### 5.2.5 Zufriedenheitsaspekte

Der Großteil der Pflegekräfte war vor allem hinsichtlich ihres Einkommens aus der Pflegetätigkeit (76 %, n = 887), der Anerkennung für die Tätigkeit (66 %, n = 777) sowie der Arbeitsbelastung eher oder sehr unzufrieden (53 %, n = 632) (Abbildung 37). Dagegen waren die Pflegekräfte am häufigsten mit den Arbeitszeiten (52 %, n = 621), der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst (47 %, n = 551) sowie den Weiterbildungsmöglichkeiten (47 %, n = 542) eher oder sehr zufrieden.

Abbildung 37: Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Arbeit (in %), 2018

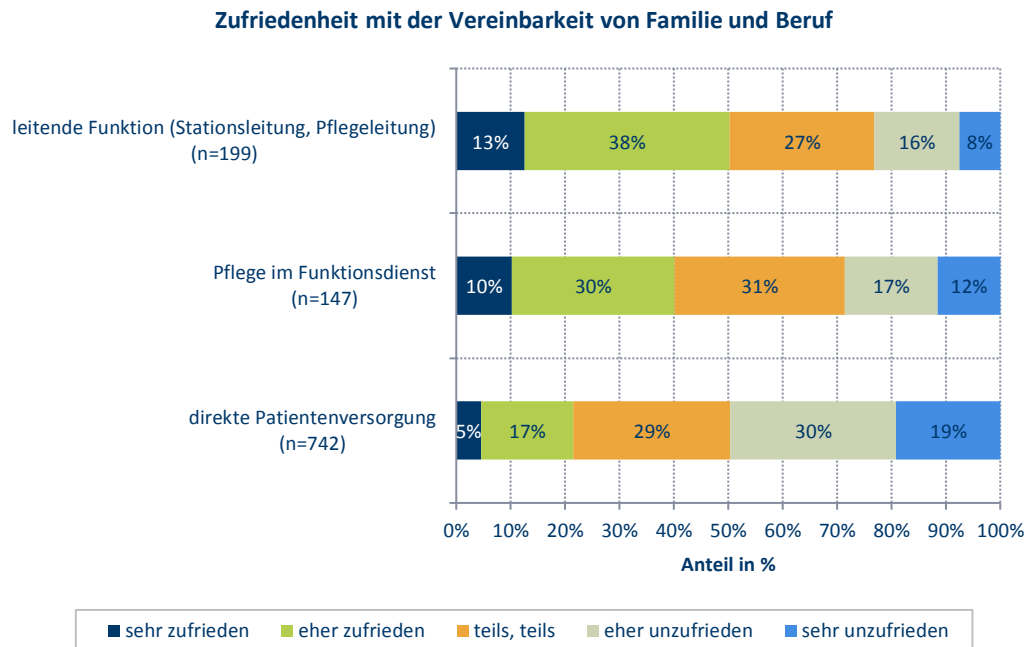


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Auch differenziert nach Tätigkeit (direkte Patientenversorgung, Funktionsdienst, leitende Tätigkeit) war für alle drei Gruppen die Unzufriedenheit am höchsten mit den oben genannten Themen Einkommen, Anerkennung sowie Arbeitsbelastung. Grundsätzlich war der Anteil der jeweils Unzufriedenen bei den Pflegekräften in der Patientenversorgung bei allen drei Punkten höher als bei den Pflegekräften in leitender Funktion: So waren beispielsweise 78 % (n = 598) der Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung (eher) unzufrieden mit dem Einkommen, der entsprechende Anteil bei Pflegekräfte in leitender Funktion betrug 63 % (n = 128).

Wesentliche Unterschiede nach Tätigkeit gab es auch mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Rund die Hälfte (50 %, n = 368) der Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung war unzufrieden mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Vergleich zu rd. 23 % (n = 46) bei den Personen mit leitender Funktion (Abbildung 38).

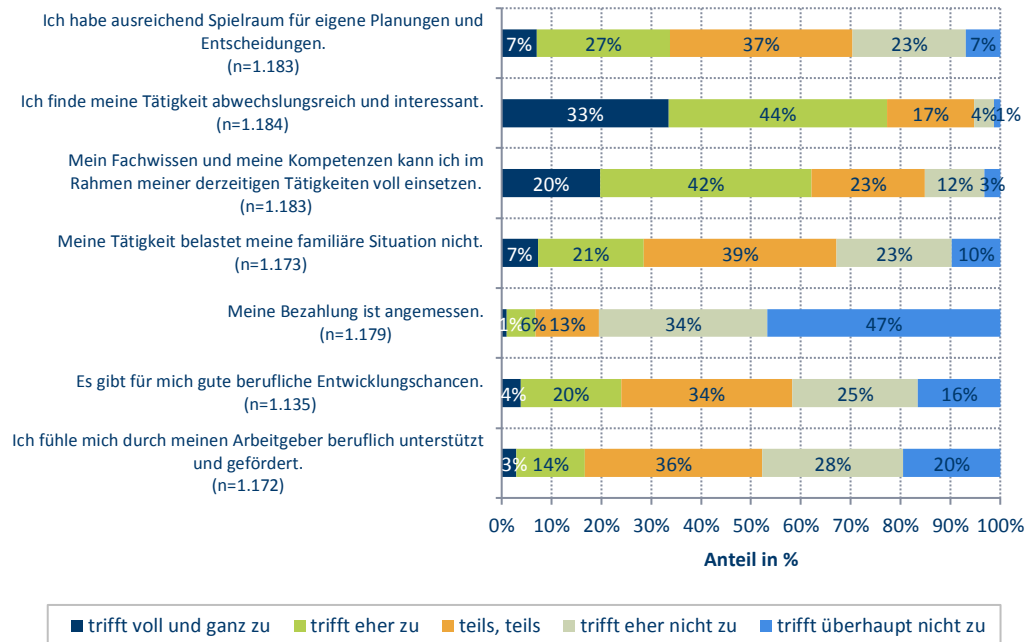
Abbildung 38: Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und nach Tätigkeit (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Rund 80 % (n = 949) der Pflegekräfte fanden ihre Bezahlung nicht als angemessen (Abbildung 39). Zusätzlich fühlte sich knapp die Hälfte (48 %, n = 559) der Pflegekräfte durch den Arbeitgeber nicht beruflich gefördert und unterstützt. Dagegen fanden mehr als drei Viertel (77 %, n = 915) der Pflegekräfte ihre Tätigkeit abwechslungsreich und interessant. Außerdem hatten rd. 62 % (n = 735) der befragten Personen das Gefühl, ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen im Rahmen der derzeitigen Tätigkeiten voll einsetzen zu können.

Abbildung 39: Verteilung der Pflegekräfte nach verschiedenen Aspekten der Berufstätigkeit und Wertschätzung im Beruf (in %), 2018

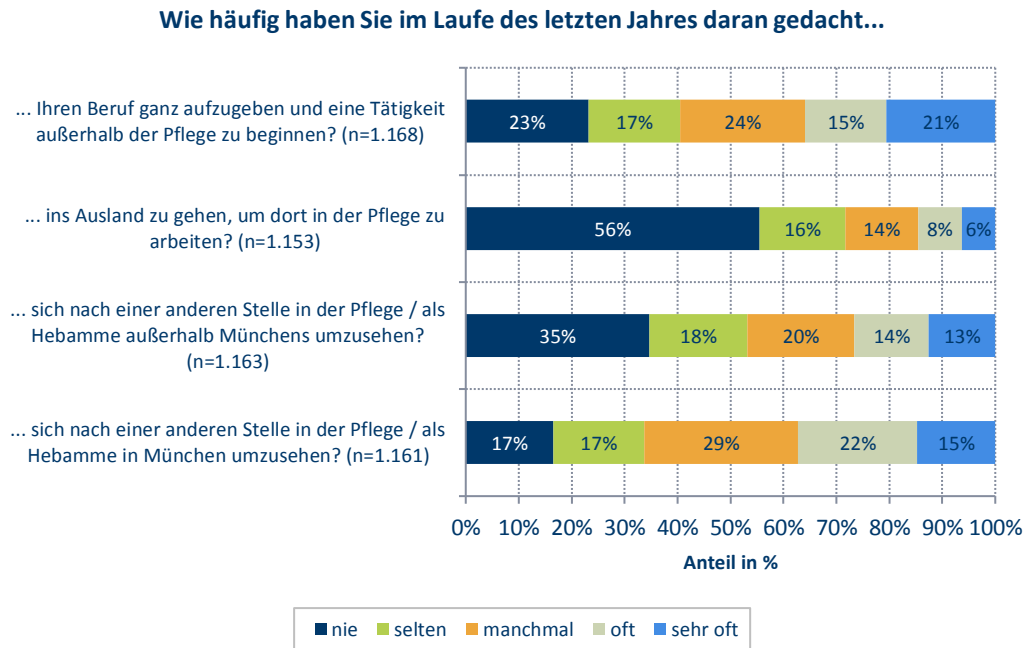


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

### 5.3 Zukunftspläne der Pflegekräfte

Mehr als ein Drittel der befragten Pflegekräfte (36 %, n = 419) dachten im Laufe des letzten Jahres oft oder sehr oft daran, ihren Beruf ganz aufzugeben und eine Tätigkeit außerhalb der Pflege zu beginnen (Abbildung 40). Ein etwa gleich großer Anteil dachte auch oft bzw. sehr oft daran, sich nach einer anderen Stelle in der Pflege in München umzusehen (37 %, n = 432). Hinsichtlich der Erwägung einer anderen Stelle in der Pflege außerhalb Münchens war der Anteil mit rd. 27 % (n = 309) geringer. Noch seltener waren die Gedanken der Pflegekräfte an eine Tätigkeitsaufnahme im Ausland; für mehr als die Hälfte (56 %, n = 640) der Befragten kam diese Option gedanklich nie in Betracht.

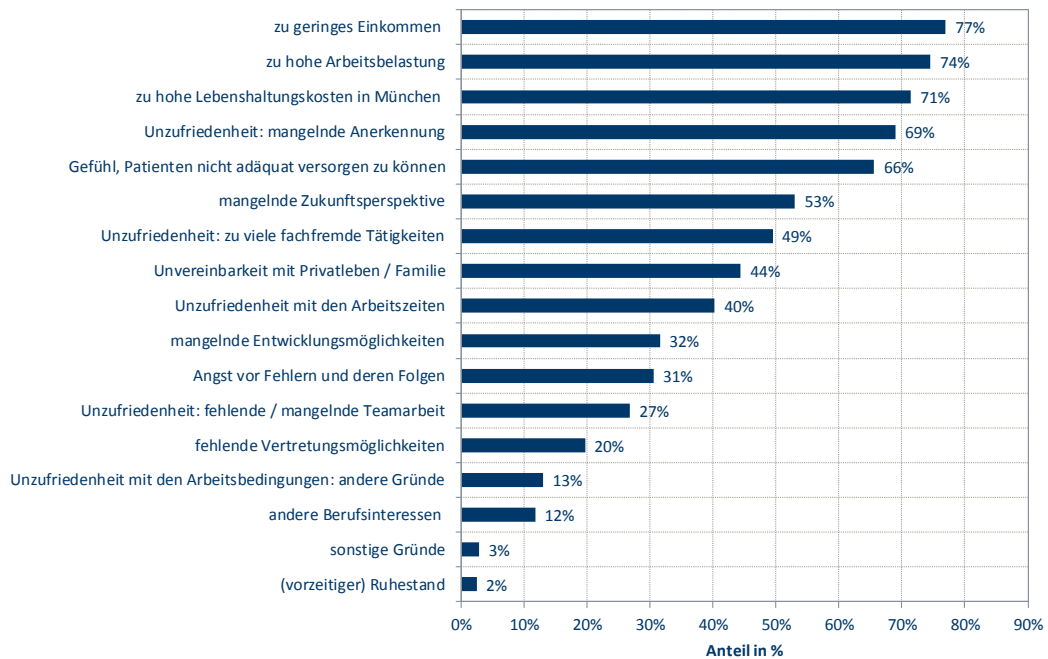
Abbildung 40: Verteilung der Pflegekräfte nach Erwägung einer beruflichen Umorientierung, eines Wohnorts- oder Stellenwechsels (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Die Pflegekräfte, die oft bzw. sehr oft darüber nachdachten, sich nach einer anderen Stelle umzusehen oder den Beruf ganz aufzugeben, wurden nach den Gründen dafür gefragt. Am häufigsten wurden ein zu geringes Einkommen (77 %, n = 537), eine zu hohe Arbeitsbelastung (74 %, n = 520) und zu hohe Lebenshaltungskosten in München (71 %, n = 498) genannt (Abbildung 41). Auch eine Unzufriedenheit aufgrund von mangelnder Anerkennung der Arbeit, das Gefühl, die Patienten nicht mehr adäquat versorgen zu können sowie eine mangelnde Zukunftsperspektive spielten für mehr als die Hälfte der Befragten eine Rolle.

Abbildung 41: Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen für die Erwägung einer beruflichen Umorientierung, eines Wohnorts- oder Stellenwechsels (in %), 2018

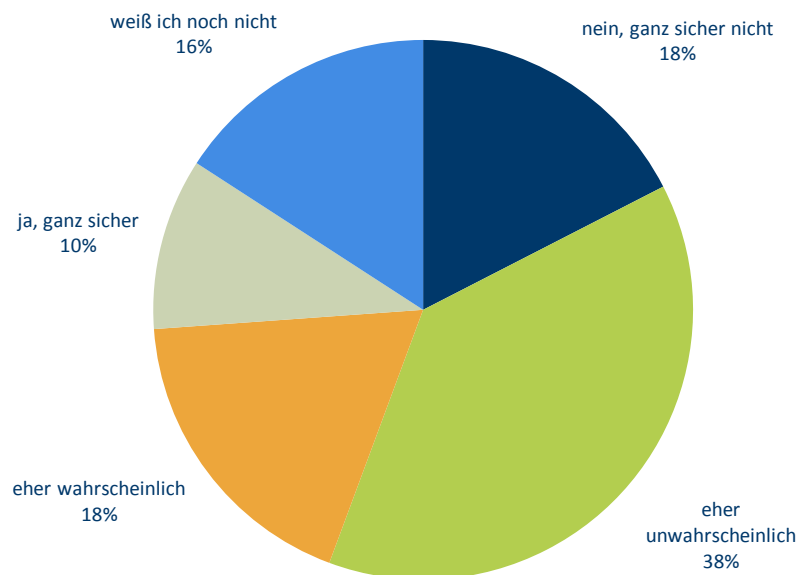


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Anmerkung: n = 698

Konkrete Pläne, die Pfl egetätigkeit in den nächsten 3 Jahren ganz sicher aufzugeben, hatte jeder zehnte (n = 122) Befragte, weitere 18 % (n = 216) bezeichneten dies als eher wahrscheinlich (Abbildung 42). Rund jeder sechste war diesbezüglich noch unentschlossen.

Abbildung 42: Verteilung der Pflegekräfte nach konkreter Planung der Aufgabe der Pflegetätigkeit in der näheren Zukunft (3 Jahre) (in %), 2018

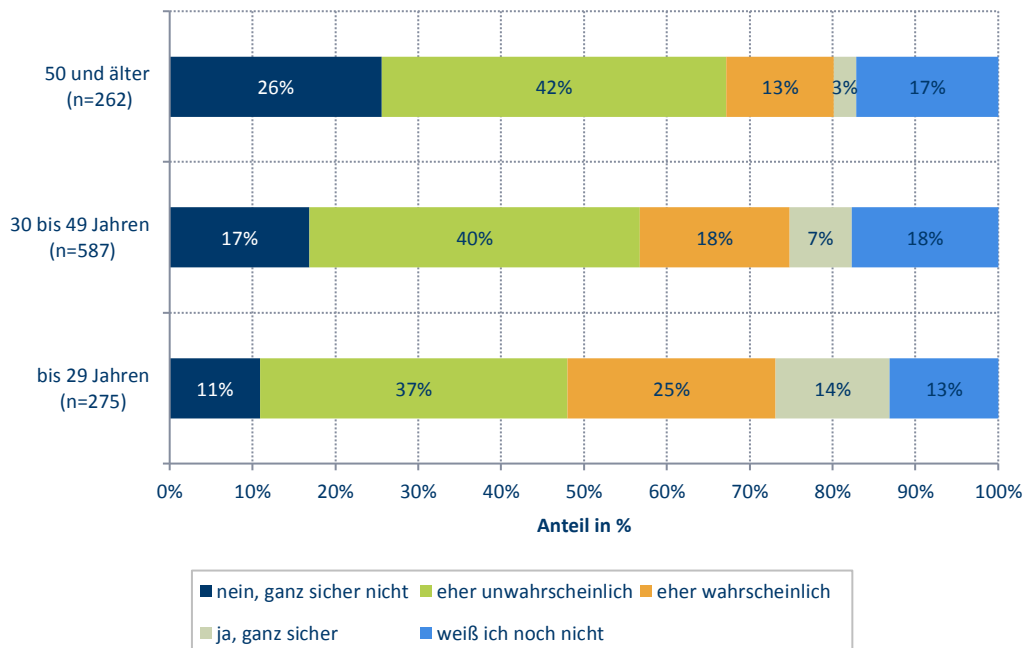


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Anmerkung: n = 1.186

Von den Pflegekräften im Alter von mindestens 50 Jahren plante ein geringer Anteil eher wahrscheinlich oder ganz sicher eine Aufgabe des Berufs in den nächsten 3 Jahren (16 %, n = 41 im Vergleich zu 39 %, n = 107 in der Altersgruppe der bis 29-Jährigen) (Abbildung 43).

Abbildung 43: Verteilung der Pflegekräfte nach Planung der Aufgabe der Pflegein der näheren Zukunft (3 Jahre) (in %), 2018

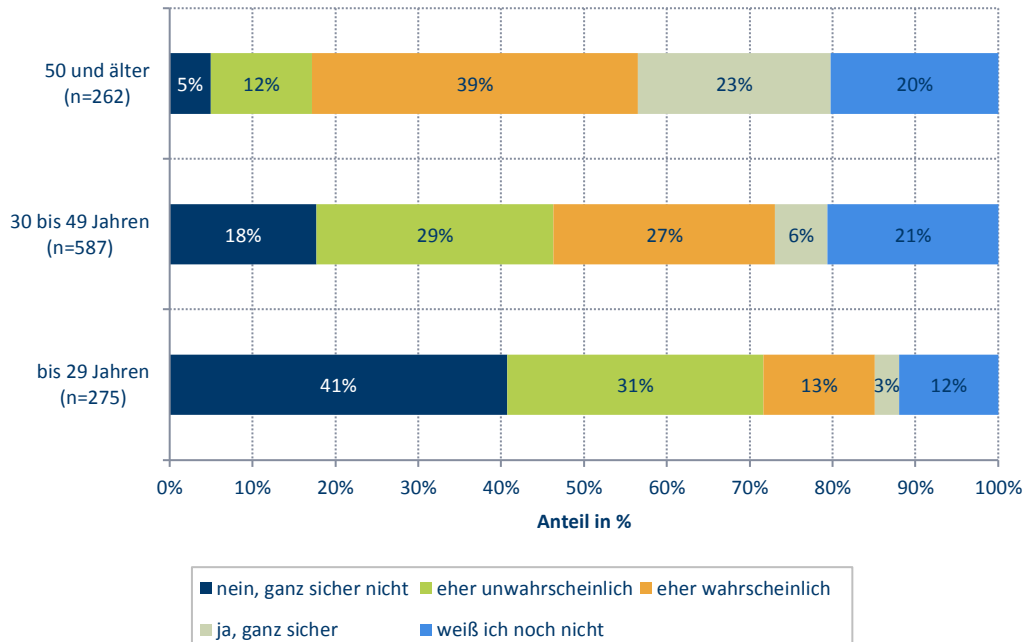


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Rund 41 % (n = 112) der jüngeren Pflegekräfte im Alter bis 29 Jahren gaben an, dass sie ganz sicher nicht einen Verbleib im Pflegeberuf bis zum Eintritt ins Rentenalter planen (Abbildung 44). In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen lag der entsprechende Anteil bei rund 18 % (n = 104), in der Altersgruppe über 50 Jahren bei rund 5 % (n = 13).



Abbildung 44: Verteilung der Pflegekräfte nach Planung eines Verbleibs in der Pfl egetätigkeit bis zum Rentenalter (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

## 5.4 Wahrnehmung von Führungsaufgaben

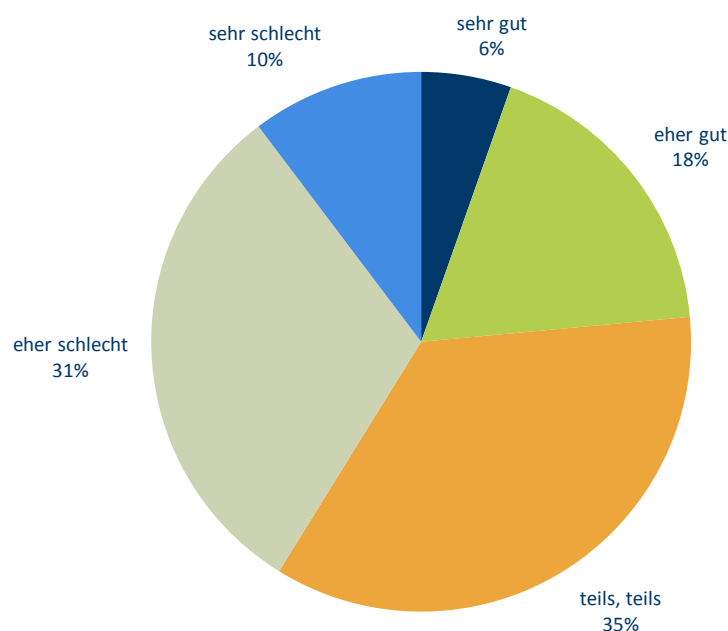
Darüber hinaus wurden die Pflegekräfte, die angegeben hatten, in leitender Funktion tätig zu sein, darum gebeten, die Rahmenbedingungen zur Erfüllung ihrer Führungsaufgabe zu beurteilen. Rund 23 % (n = 48) dieser Personen schätzten diese Rahmenbedingungen als sehr oder eher gut ein, während 41 % (n = 84) dieser Fachkräfte die Bedingungen als eher schlecht oder sehr schlecht einstufen (Abbildung 45).

Viele Führungskräfte nannten als Grund für schlechte Rahmenbedingungen, dass sie selbst in der direkten Patientenversorgung eingebunden sind und daher nur wenig Zeit bleibt für die Bürotätigkeiten und Führungsaufgaben. Im Folgenden sind einige direkte Zitate aus der Erhebung aufgeführt, die dies illustrieren:

- ◆ „Durch einen anhaltenden Personalmangel (Stellen stehen zur Verfügung, können jedoch aus Mangel an Bewerbern nicht besetzt werden) und die Doppelbelastung aus der Arbeit im direkten Patientenkontakt und der anschließenden Bürotätigkeit kann ich meinen Aufgaben nur bedingt gerecht werden.“
- ◆ „Ich arbeite direkt am Patientenbett und habe weniger als einen Tag pro Monat für die leitenden Aufgaben. Ich habe keine Stellvertretung und muss alle anfallenden Aufgaben allein bewältigen.“

- ◆ „Organisatorische Tätigkeiten müssen aufgeschoben oder in die Überstundenzeit gelegt werden. Die Leitungsfunktion wird nicht im Stellenplan berücksichtigt. Bei hohem Krankheitsausfall müssen Leitungsaufgaben vernachlässigt werden.“
- ◆ „In letzten 2 Jahren wurden uns 6 VK Stellen genommen. Wir arbeiten ständig am Limit, Mitarbeiter sind frustriert, krank, machtlos und machen oft mich verantwortlich für wenig Personal. Qualität unserer Arbeit leidet trotz unserer Bemühungen und Patienten sind nicht gut versorgt.“
- ◆ „Durch den ständigen Personalmangel werden Tage für organisatorische Aufgaben kurzfristig gestrichen. Eine Station mit ca. 30 Mitarbeitern kann man nicht nebenbei führen. Ich habe keine Stellvertretung, der ich Aufgaben abgeben kann. Ich bin ca. 1 Tag pro Woche alleine mit der Organisation von Leiharbeitskräften, Dienstplan pflegen und abtelefonieren von Kollegen zum Einspringen beschäftigt. Es steht mir aber nur ein Bürotag zu. Andere organisatorische Aufgaben erledige ich nach dem Frühdienst oder komme zum Spätdienst eher.“

Abbildung 45: Verteilung der Führungskräfte nach ihrer Beurteilung der Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Führungsaufgaben (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

Anmerkungen: n = 204

Als hauptsächlicher Faktor, der dazu beitragen könnte, dass die Führungsaufgaben in vollem Umfang wahrgenommen werden können, wurde in erster Linie mehr Personal genannt. Des Weiteren wurde eine Anrechnung der Leitungsfunktion im Stellenplan gefordert sowie eine Stellvertretung.

## 5.5 Kapazitätsengpässe in den Kliniken

### Schließung von Stationen

Nur ein Klinikstandort (von 15) gab an, dass im Jahr 2017 aufgrund eines Personalmangels in der Pflege, bei den Hebammen oder beim Assistenzpersonal bestimmte Fachbereiche gesperrt waren. Dabei handelte es sich um die Fachbereiche Allgemeine Chirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Neonatologie. Dabei wurden keine Angaben dazu gemacht, ob es sich um die Schließung ganzer Stationen oder um die Sperrung einzelner Betten auf diesen Stationen handelte.

### Verschiebung geplanter Operationen

Zehn der 15 Klinikstandorte machten Angaben dazu, ob im Jahr 2017 geplante Operationen aufgrund von personellen Engpässen um mehr als einen Tag verschoben werden mussten. Sieben Kliniken verneinten dies, drei bejahten dies. In zwei dieser Fälle wurden geplante Operationen aufgrund von personellen Engpässen im pflegerischen Bereich verschoben, in einem Fall aufgrund von ärztlichen und pflegerischen personellen Engpässen. Die Kliniken gaben keine Auskunft darüber, welcher Anteil der geplanten Operationen im Jahr 2017 aufgrund von personellen Engpässen um mehr als einen Tag verschoben werden musste.

### Verschiebung geplanter Aufnahmen

Zehn der 15 Klinikstandorte machten Angaben dazu, ob im Jahr 2017 geplante Aufnahmen aufgrund von personellen Engpässen um mehr als einen Tag verschoben werden mussten. Sechs Kliniken verneinten dies, vier Kliniken bejahten dies. In allen vier Kliniken wurden geplante Aufnahmen aufgrund von personellen Engpässen im pflegerischen Bereich verschoben. Lediglich zwei Standorte, bei denen Aufnahmen verschoben werden mussten, machten Angaben zum Anteil der verschobenen Aufnahmen an allen geplanten Aufnahmen: An diesen zwei Standorten wurden durchschnittlich 0,8 % der geplanten Aufnahmen aufgrund von personellen pflegerischen Engpässen um mehr als einen Tag verschoben.

## 5.6 Systeme zur potenziellen Entlastung von Pflegekräften

Alle 13 Krankenhausstandorte, die Auskunft darüber gaben, welche Systeme zur potentiellen Entlastung des Pflegepersonals etabliert wurden, verwendeten ein einheitliches Krankenhausinformationssystem. Sieben der 13 Kliniken nutzten eine

elektronische Patientenakte. Keine der Kliniken gab an, Unit-Dose-Systeme / Medikamentenautomaten zur Entlastung des Pflegepersonals etabliert zu haben. Eine Klinik nannte als zusätzlich verwendetes System „Optiplan“.<sup>19</sup>

Die Bewertung der verwendeten Systeme bezüglich der Entlastungswirkung für das Pflegepersonal fiel größtenteils positiv aus. Das einheitliche Krankenhausinformationssystem wurde von vier Kliniken als stark entlastend für das Pflegepersonal beurteilt, von sieben Kliniken als mäßig entlastend (Tabelle 24). Die elektronische Patientenakte wurde von fünf Kliniken als stark entlastend und von einer Klinik als schwach entlastend eingestuft. Als Erläuterung für die schwache Entlastung des Pflegepersonals durch die elektronische Patientenakte ergänzte eine Klinik, dass in der Patientenakte nur Vorbefunde zu finden seien und dies keinen Einfluss auf die Pfl egetätigkeit habe.

Tabelle 24: Verteilung der Klinikstandorte nach der Beurteilung der Entlastungswirkung des Pflegepersonals durch ein einheitliches Krankenhausinformationssystem und die elektronische Patientenakte (in %), 2018

	Einschätzung der Entlastungswirkung für das Pflegepersonal			
	stark	mäßig	schwach	gar nicht
einheitliches Krankenhausinformationssystem (n = 11)	4 (36%)	7 (64%)	0 (0%)	0 (0%)
elektronische Patientenakte (n = 6)	5 (83%)	0 (0%)	1 (17%)	0 (0%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Als weitere Technologien, die sich die Kliniken als Entlastung für die Pflegekräfte vorstellen könnten, momentan aber noch nicht einsetzen, wurden von jeweils fünf Standorten die folgenden Optionen genannt:

- ◆ mobile Visite,
- ◆ Unit-Dose-System,
- ◆ Multiressourcenmanagement zur Optimierung der Planungsprozesse.

Von einzelnen Standorten wurde eine elektronische Pflegeplanung, die Digitalisierung (z. B. Akte am Tablet) und verbesserte IT-Systeme mit besseren Vernetzungen und schnelleren Zugriffen genannt.

<sup>19</sup> Optiplan ist ein Unternehmen, das verschiedene Produkte für die Dokumentation in der Pflege anbietet ([www.optiplan.org](http://www.optiplan.org)).

## 5.7 Zukünftige Veränderungen der Versorgungskapazitäten und des Bedarfs an Pflegekräften

### Zukünftige Veränderungen der Versorgungskapazitäten

Mit Ausnahme der allgemeinen Stationen für erwachsene Patientinnen und Patienten plante die Mehrheit der Klinikstandorte zum Befragungszeitpunkt keine Veränderungen in den Versorgungskapazitäten in den nächsten 5 Jahren (Tabelle 25). Nur eine Klinik plante, in den nächsten 5 Jahren weniger Patientinnen und Patienten zu versorgen, auch dies im Bereich der allgemeinen Stationen bei den Erwachsenen.

Tabelle 25: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der geplanten Veränderungen der Versorgungskapazitäten an den Krankenhausstandorten in den nächsten 5 Jahren (absolut und in %), 2018

Versorgung von .... Patientinnen und Patienten	weniger	gleich vielen	mehr
<b>bei erwachsenen Patientinnen und Patienten</b>			
Allgemeine Stationen (n = 11)	1 (9%)	4 (36%)	6 (55%)
Intensivstationen (n = 8)	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)
Funktionsbereiche (n = 8)	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)
<b>bei Kindern und Jugendlichen</b>			
Allgemeine Stationen (n = 6)	0 (0%)	4 (67%)	2 (33%)
Intensivstationen (n = 5)	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)
Funktionsbereiche (n = 5)	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

### Veränderung des Bedarfs an Pflegepersonal und Hebammen

Die Kliniken wurden gebeten einzuschätzen, wie sich der Bedarf an Pflegekräften bzw. Hebammen (in VZÄ) an ihrem Krankenhausstandort innerhalb der nächsten 5 Jahre voraussichtlich entwickeln wird. Die Mehrheit der Klinikstandorte geht im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege sowie der Fachkräfte mit einem „Pflege-dual“-Abschluss von einem steigenden Bedarf an Pflegekräften aus (Tabelle 26). Nur jeweils

eine Klinik vermutet einen Rückgang des Bedarfes an Pflegepersonal in den Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Kranken- oder Altenpflegehilfe.

Als Erläuterungen für einen Anstieg des Bedarfs nannte eine Klinik einen geplanten Neu- und Erweiterungsbau und altersbedingte Fluktuation langjähriger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine andere Klinik nannte differenziertere Krankheitsbilder, schwerere Fälle und höhere Fallzahlen als Begründung für einen Anstieg des Bedarfes an Pflegepersonal.

Tabelle 26: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Einschätzung der Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften bzw. Hebammen (in VZÄ) innerhalb der nächsten 5 Jahre (absolut und in %), 2018

Der Bedarf wird...	ansteigen	gleich- bleiben	zurück- gehen	keine Aussage möglich
<b>Gesundheits- und Krankenpflege (n = 14)</b>	12 (86%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)
<b>Gesundheits- und Kinderkranken- pflege (n = 11)</b>	6 (55%)	2 (18%)	1 (9%)	2 (18%)
<b>Altenpflege (n = 10)</b>	7 (70%)	2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)
<b>Kranken- oder Altenpflegehilfe (n = 9)</b>	3 (33%)	4 (44%)	1 (11%)	1 (11%)
<b>Operationstechnische Assistenz (OTA) (n = 10)</b>	5 (50%)	3 (30%)	0 (0%)	2 (20%)
<b>Anästhesietechnische Assistenz (ATA) (n = 9)</b>	4 (44%)	3 (33%)	0 (0%)	2 (22%)
<b>Hebammen (angestellt) (n = 6)</b>	1 (17%)	2 (33%)	0 (0%)	3 (50%)
<b>Beleghebammen (n = 8)</b>	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (50%)
<b>Pflegekräfte mit Pflege dual- Abschluss (n = 10)</b>	6 (60%)	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>andere Pflegekräfte (n = 8)</b>	4 (50%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (25%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

## 6. Anerkennungsverfahren und Pflegeabschlüsse aus dem Ausland

### 6.1 Hintergrund

Zuständig für die Anerkennung eines ausländischen Pflegeabschlusses von Pflegekräften, die in München tätig sein möchten, ist die Regierung von Oberbayern.<sup>20</sup> Diese ist in ihrem Zuständigkeitsbereich für insgesamt 13 Gesundheitsfachberufe zuständig. Eine Anerkennung in einem Gesundheitsfachberuf bedeutet, dass dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung für den jeweiligen Beruf erteilt wird.

Gemäß § 2 Abs. 1 Krankenpflegegesetz (KrPflG) ist die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung zu erteilen, wenn

- ♦ die vorgeschriebene Ausbildungszeit abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden oder die Gleichwertigkeit<sup>21</sup> einer ausländischen Qualifikation mit der deutschen Ausbildung nachgewiesen wurde sowie
- ♦ die zur Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderliche Zuverlässigkeit, gesundheitliche Eignung und Kenntnisse der deutschen Sprache vorliegen.

Die gesetzliche Frist zur Entscheidung über einen Anerkennungsantrag beträgt i. d. R. 4 Monate. Die Frist beginnt zu laufen, sobald der Regierung alle für die Entscheidung nach § 2 KrPflG erforderlichen Unterlagen vorliegen (§ 20c Abs. 1

---

<sup>20</sup> Seit dem 01.01.2004 sind die Ausbildungen der Pflegefachhelferinnen und -helfer landesrechtlich geregelt. Zuständig für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse für ganz Bayern ist die Regierung von Oberfranken in Bayreuth.

<sup>21</sup> Am 01.04.2012 ist das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz - BQFG) in Kraft getreten. Mit dem BQFG erhalten Personen, die im Ausland einen beruflichen Bildungsabschluss erworben haben und in Deutschland eine Erwerbstätigkeit ausüben oder ausüben wollen, einen gesetzlichen Anspruch auf ein Verfahren zur Prüfung der Gleichwertigkeit ihres ausländischen Berufsabschlusses mit einem deutschen Referenzberufsabschluss. Durch die Neuregelung wird erreicht, dass künftig für Anerkennungssuchende, Arbeitgeber und Betriebe nachvollziehbare und bundesweit möglichst einheitliche Bewertungen zu beruflichen Auslandsqualifikationen zur Verfügung stehen. Das BQFG umfasst alle nichtreglementierten Berufe (z. B. Kfz-Mechatronikerinnen und -Mechatroniker, Bäckerinnen und -Bäcker) sowie auf Bundesebene reglementierte Berufe (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger). Nicht unter das BQFG fallen die reglementierten Berufe, für die die Zuständigkeit bei den Ländern liegt (z. B. Dolmetscherinnen und Dolmetscher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Altenpflegehelferinnen und Altenpfleger). Für die letztere Gruppe ist das Bayerische Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Berufsqualifikationen (BayBQFG) mit seinen analogen Regelungen zum 01.08.2013 in Kraft getreten (vgl. dazu [https://www.statistik.bayern.de/statistik/berufliche\\_qualifikation/00799.php](https://www.statistik.bayern.de/statistik/berufliche_qualifikation/00799.php), letzter Abruf am 01.12.2018).

KrPflAPrV – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege).

Einzureichende Unterlagen für ein Anerkennungsverfahren in Bayern sind:

- ◆ Lebenslauf (Ausbildung, Tätigkeiten, ...) in Deutsch,
- ◆ Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) im Original oder als beglaubigte Kopie,
- ◆ Ausbildungsnachweis/e aus dem Ausland im Original oder als beglaubigte Kopie mit Übersetzung ins Deutsche durch geeignete Dolmetscherinnen und Dolmetscher/Übersetzerinnen und Übersetzer,
- ◆ Angabe, ob und wo bereits ein Antrag auf Feststellung der Gleichwertigkeit gestellt wurde in Deutsch; falls Bescheid aus anderem Bundesland vorhanden, muss dieser mit eingereicht werden,
- ◆ Nur bei Staatsangehörigen außerhalb der EU/EWR/Schweiz oder Personen, die ihren Wohnort nicht in EU/EWR/Schweiz haben: Nachweis, dass Antragssteller im Freistaat Bayern arbeiten möchte.

Anhand der eingereichten Unterlagen wird geprüft, ob der inhaltliche und zeitliche Aufwand der Ausbildung / Qualifikation dem des Referenzberufes (Beruf, in dem man arbeiten möchte) in Bayern entspricht. Folgende Ergebnisse der Prüfung sind möglich:

- ◆ sofortige Anerkennung
- ◆ Notwendigkeit von Anpassungsmaßnahmen

Bei inhaltlichen Defiziten bei ausländischen Ausbildungen können Antragsteller bzw. Antragstellerinnen zwischen einem Anpassungslehrgang und einer Eignungsprüfung bzw. bei Personen mit einer Drittstaatenausbildung zwischen einem Anpassungslehrgang und einer Kenntnisprüfung wählen, um über entsprechende Ausgleichsmaßnahmen einen gleichwertigen Kenntnisstand nachzuweisen (§§ 20a und 20b KrPflAPrV). Zudem bezieht sich bei Drittstaatenausbildungen die Maßnahme (d. h. Lehrgang oder Kenntnisprüfung) auf den gesamten Inhalt der staatlichen Prüfung, bei Ausbildungen, die im Europäischen Wirtschaftsraum abgelegt wurden, dagegen nur auf die Defizite gegenüber der deutschen Ausbildung.

Die Anpassungsmaßnahmen werden in Zusammenarbeit mit den Berufsfachschulen für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt.

Während das Anerkennungsverfahren läuft, ist ein Einsatz der Pflegekraft als Pflegefachhelferinnen und -helfer möglich.

## 6.2 Anzahl der Anerkennungsverfahren

Die Zahl der Anträge auf Anerkennung bei der Regierung von Oberbayern ist von 250 im Jahr 2005 auf 1.500 im Jahr 2017 gestiegen (+500 %). Davon waren 190 (Jahr 2005) bzw. 1.100 (Jahr 2017) Anträge für den Ausbildungsberuf Gesundheits-



und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Konkrete Angaben dazu, wie viele Verfahren in Anerkennung bzw. Ablehnung endeten, sind laut der Regierung von Oberbayern nicht möglich.

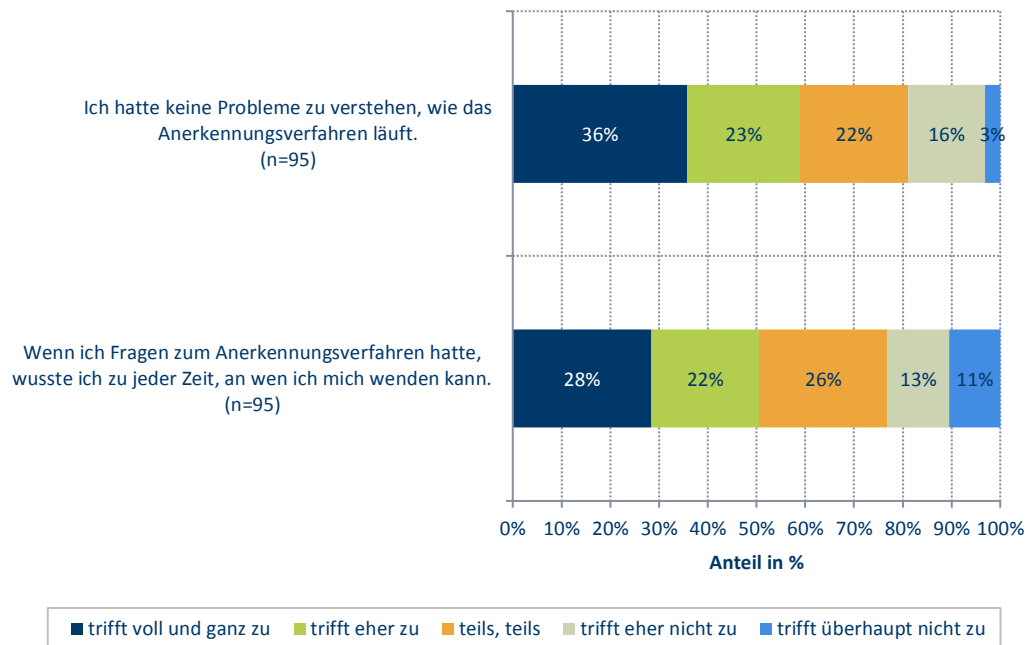
Im Jahr 2017 gab es bayernweit insgesamt 2.813 Anerkennungsverfahren für den Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpfleger. Dies war damit der Beruf mit der höchsten Anzahl an Anerkennungsverfahren. In rund 38 % der Fälle (n = 1.057) wurde die volle Gleichwertigkeit anerkannt, 29 % (n = 806) bekamen eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt. In 27 % (n = 755) gab es zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch keine Entscheidung zum Anerkennungsverfahren (Bayerisches Landesamt für Statistik 2017).

Von den befragten Pflegekräften, die ihren Abschluss nicht in Deutschland gemacht hatten, musste mehr als die Hälfte (55 %, n = 62) keine Ausgleichsmaßnahmen durchführen. Rund 16 % (n = 18) machten einen Anpassungslehrgang und rund 15 % (n = 17) eine Kenntnisprüfung.

### **6.3 Einschätzungen der Pflegekräfte über das Anerkennungsverfahren**

Die Pflegekräfte, die ihren Abschluss nicht in Deutschland gemacht hatten, wurden zu ihrer Einschätzung bezüglich des Anerkennungsverfahrens befragt. Rund 59 % (n = 56) gaben an, keine Probleme gehabt zu haben, zu verstehen, wie das Anerkennungsverfahren läuft (Abbildung 46). Etwas mehr als jeder Fünfte (19 %, n = 18) hatten dagegen Probleme, das Anerkennungsverfahren zu verstehen. Knapp jede(r) vierte Befragte (24 %, n = 22) stimmte zudem der Aussage nicht zu, bei Fragen zum Anerkennungsverfahren gewusst zu haben, an wen man sich wenden kann.

Abbildung 46: Verteilung der Pflegekräfte nach ihrer Einschätzung des Anerkennungsverfahrens (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

## 7. Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und Hebammen in München

### 7.1 Berufsausbildung im Bereich Pflege in München

#### 7.1.1 Ausbildungseinrichtungen und Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn

In München (inklusive Haar und Freising) gibt es derzeit insgesamt 21 Berufsfachschulen bzw. Ausbildungseinrichtungen<sup>22</sup>. An neun Berufsfachschulen kann eine Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert werden (Tabelle 27). An einer Berufsfachschule wird generalistisch ausgebildet.

Tabelle 27: Ausbildungseinrichtungen in München, Haar und Freising nach Art der Ausbildung, 2018

	Anzahl der Berufsfachschulen / Ausbildungseinrichtungen
Altenpflege	6
Anästhesietechnische Assistenz	3
Generalistische Ausbildung	1
Gesundheits- und Krankenpflege	9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	3
Hebammen	1
Operationstechnische Assistenz	6
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	5
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	5

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, <https://www.km.bayern.de/ministerium/schule-und-ausbildung/schul-suche.html> (letzter Abruf am 29. Oktober 2018)

In der Befragung der Berufsfachschulen wurden diese in ihren jeweiligen Ausbildungsrichtungen um Angaben zur Anzahl der Ausbildungsplätze, die jeweils für einen Ausbildungsbeginn zur Verfügung standen, gebeten. Für den Bereich Gesundheit- und Krankenpflege wurden 463 Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn angegeben (Tabelle 28).

<sup>22</sup> Eine Liste der 21 Ausbildungseinrichtungen findet sich im Anhang.

Tabelle 28: Anzahl der Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn an den Berufsfachschulen, die sich an der Befragung beteiligt haben, nach Art der Ausbildung, 2017/2018

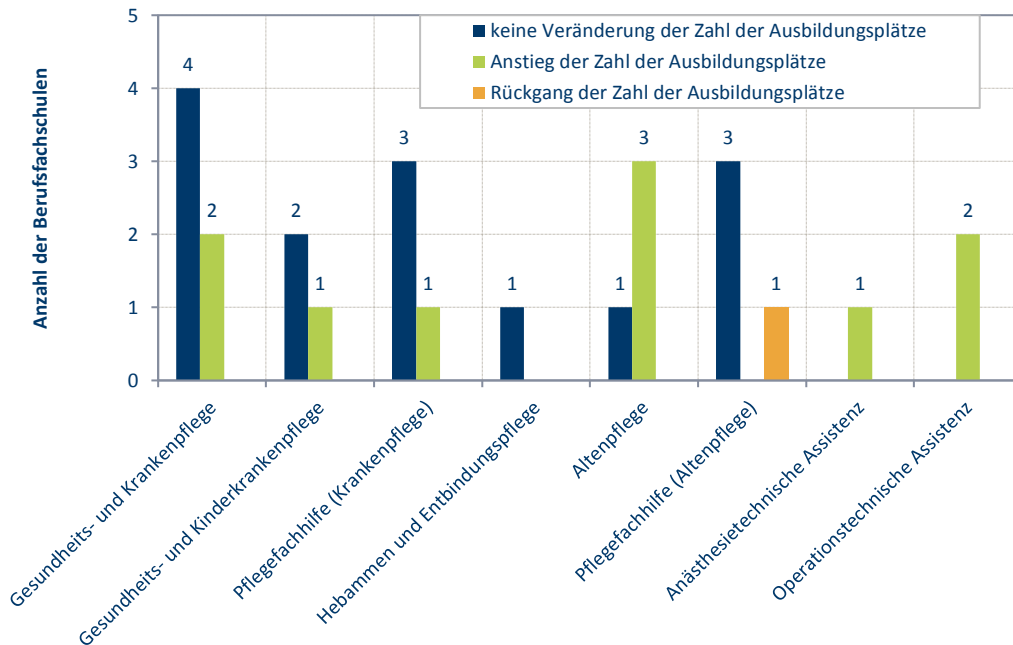
	Anzahl der Berufsfachschulen insgesamt	Anzahl der Berufsfachschulen mit Teilnahme an Befragung	Anzahl Ausbildungsplätze im Schuljahr 2017/2018 bei den beteiligten Berufsfachschulen
Altenpflege	6	4	350
Anästhesietechnische Assistenz	3	1	10*
Gesundheits- und Krankenpflege	9	7	463
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	3	3	107
Hebammen	1	1	60
Operationstechnische Assistenz	6	3	74
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	5	4	128
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	5	4	104

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen sowie eigener Schätzungen

Anmerkung: \* Schuljahr 2016/2017

Über alle Ausbildungsbereiche hinweg gab es mehrheitlich keine Veränderung der Ausbildungsplätze in den letzten zehn Jahren (Abbildung 47). Lediglich an einer Berufsfachschule ist die Anzahl der Ausbildungsplätze im Bereich Pflegefachhilfe (Altenpflege) zurückgegangen. In der Altenpflege sind an mehr Berufsfachschulen die Ausbildungsplätze angestiegen als konstant geblieben. Auch im Bereich der Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistenz gab es einen Ausbau der Ausbildungsplätze in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 47: Entwicklung der Ausbildungsplätze in den letzten zehn Jahren nach Art der Ausbildung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

### 7.1.2 Bewerbungssituation

#### Anzahl der Bewerbungen im Verhältnis zu den Ausbildungsplätzen

Die Anzahl der Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz lag in den letzten fünf Schuljahren an allen Berufsfachschulen, die an der Befragung teilgenommen haben, und in allen Ausbildungsbereichen um ein Vielfaches höher als die Anzahl der Ausbildungsplätze für einen Ausbildungsbeginn. Die Anzahl der Bewerbungen je Ausbildungsplatz war im Schuljahr 2017/2018 durchschnittlich über alle Berufsfachschulen am höchsten im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, in dem die Anzahl der Bewerbungen um mehr als das Siebenfache die Anzahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze überschritt (Tabelle 29). Im Bereich der Pflegefachhilfe (Krankenpflege) gab es auf jeden Ausbildungsplatz mehr als fünf Bewerbungen und im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege entfielen auf jeden Ausbildungsplatz mehr als vier Bewerbungen. Am geringsten war die Anzahl der Bewerbungen je Ausbildungsplatz im Bereich der Operationstechnischen Assistenz, wo lediglich etwas mehr als eine Bewerbung auf einen Ausbildungsplatz entfiel. Auch im Bereich der Altenpflege und Pflegefachhilfe (Altenpflege) kamen auf einen Ausbildungsplatz lediglich 1,5 bzw. 1,4 Bewerbungen.

Tabelle 29: Anzahl der Bewerbungen je Ausbildungsplatz für einen Ausbildungsbeginn nach Art der Ausbildung, 2017/2018

	Anzahl der Ausbildungsplätze für Ausbildungsbeginn an den befragten Berufsfachschulen	Anzahl der Bewerbungen insgesamt an den befragten Berufsfachschulen	Anzahl der Bewerbungen je Ausbildungsplatz für Ausbildungsbeginn
Altenpflege	350	538	1,54
Anästhesietechnische Assistenz	k. A.	k. A.	k. A.
Gesundheits- und Krankenpflege	463	2.024	4,37
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	107	695	6,50
Hebammen	60	282	4,70
Operationstechnische Assistenz	72	80	1,08*
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	128	179	1,40
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	104	552	5,31

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

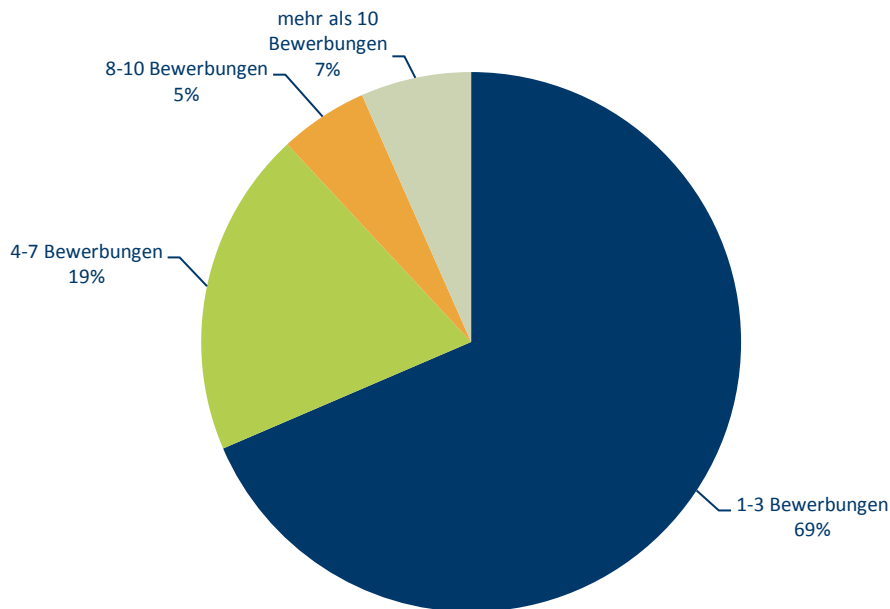
Anmerkungen: \* Angabe von nur einer Berufsfachschule

### Anzahl der geschriebenen Bewerbungen seitens der Schülerinnen und Schüler

Etwas mehr als zwei Drittel (69 %, n = 207) der Schülerinnen und Schüler haben sich bei einer bis drei Berufsfachschulen beworben (Abbildung 48). Dieser Anteil lag bei den Schülerinnen und Schülern der Altenpflege mit rd. 72 % (n = 112) etwas höher als bei den Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege (65 %, n = 64).

Rund 14 % (n = 43) der Schülerinnen und Schüler haben sich auch auf einen Ausbildungsplatz außerhalb des Pflege bzw. Hebammenberufes beworben. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen Schülerinnen und Schüler der Altenpflege bzw. der Gesundheits- und Krankenpflege.

Abbildung 48: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl der geschriebenen Bewerbungen für einen pflegerischen Ausbildungsplatz bzw. eine Hebammenausbildung (in %), 2018

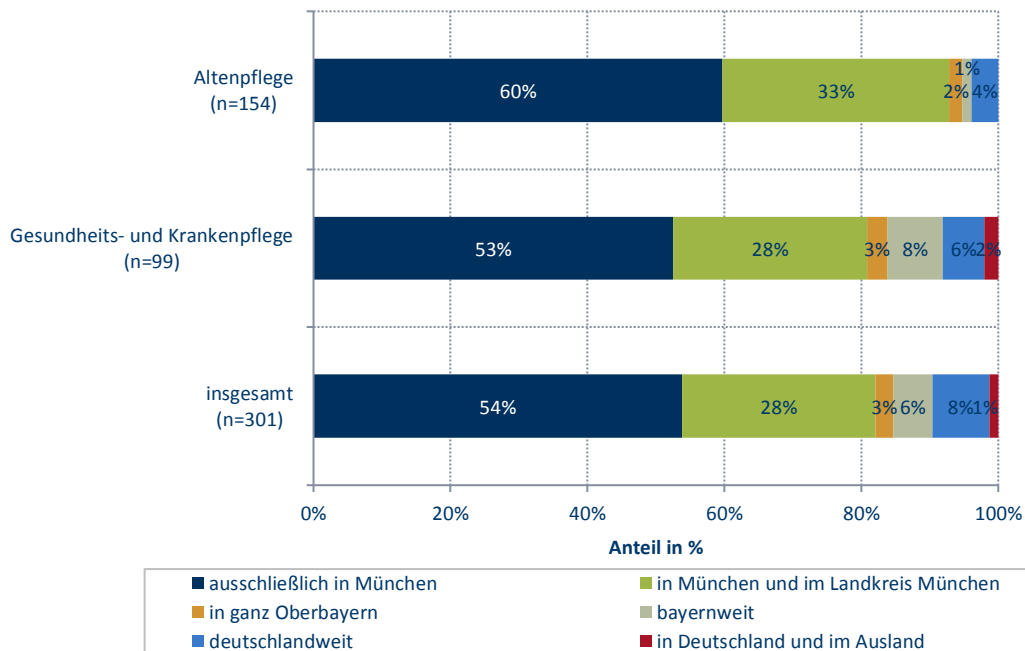


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler  
Anmerkung: n = 302, fünf Schülerinnen bzw. Schüler machten keine Angabe

Rund 15 % (n = 44) der Schülerinnen und Schüler haben sich zusätzlich auf einen Studienplatz im Bereich Gesundheitswesen beworben. Der Anteil lag bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege mit rd. 20 % (n = 20) doppelt so hoch wie bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege (10 %, n = 16). Rund 44 % (n = 19) bewarb sich dabei auf einen „Pflege-dual“-Studienplatz und rund jeder Vierte (26 %, n = 11) auf einen Studienplatz im Bereich Medizin.

Etwas mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (54 %, n = 162) bewarb sich ausschließlich in München (Abbildung 49). Schülerinnen und Schüler im Bereich Altenpflege bewarben sich etwas häufiger ausschließlich in München und Umgebung (93 %, n = 143) als Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (81 %, n = 80).

Abbildung 49: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach dem Ort der Bewerbungen für einen pflegerischen Ausbildungsplatz bzw. eine Hebammenausbildung (in %), 2018



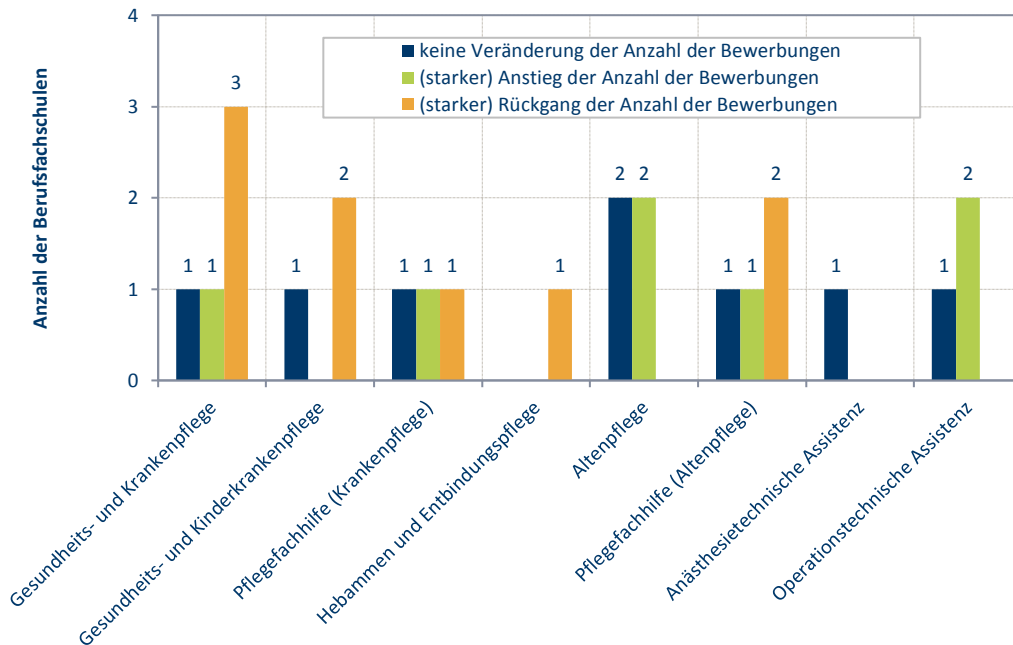
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

### Entwicklung der Bewerbungen und des Bewerberprofils in den letzten 10 Jahren

In den letzten 10 Jahren sind in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebammen und Entbindungspflege sowie Pflegefachhilfe (Altenpflege) an mehr Berufsfachschulen die Bewerberzahlen (stark) zurückgegangen als angestiegen oder gleichgeblieben (Abbildung 50). In der Altenpflege erläuterte eine Berufsfachschule, dass die Zahl der Bewerbungen aus Deutschland gesunken sei, die Anzahl der Bewerbungen aus dem Ausland (v. a. Bosnien, Kroatien, Serbien) aber stark gestiegen sei, was insgesamt zu konstanten bzw. steigenden Bewerberzahlen führte. Bei den Hebammen wurde der starke Rückgang der Bewerberzahlen u. a. damit begründet, dass viele Abiturientinnen und Abiturienten eine akademische Ausbildung bevorzugen würden.



Abbildung 50: Entwicklung der Anzahl der Bewerbungen an den Berufsfachschulen in den letzten 10 Jahren nach Art der Ausbildung, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

Nach den Angaben der Berufsfachschulen haben sich die Kompetenzen der Bewerber, die für eine erfolgreiche Ausbildung notwendig sind, in den letzten 10 Jahren verschlechtert, gemäß einer Schule sogar stark verschlechtert.<sup>23</sup> Gemäß einer Schule gibt es derzeit überwiegend Bewerbungen von Auszubildenden nicht-deutscher Herkunftsländer mit unterschiedlichen Deutschsprachkenntnissen. Zudem seien es Bewerber mit überwiegend schlechten Schulabschlüssen. Eine weitere Schule erläuterte, dass es durch den Migrationshintergrund vieler Schülerinnen und Schüler zu einer Kompetenzverschiebung gekommen sei, bei der sich Les- und Sprachverständnisfähigkeiten verschlechtert haben, was auch zu einer Einschränkung der Fachkompetenz führe. Verbessert habe sich dagegen die Sozialkompetenz. Eine Berufsfachschule beklagte die Suche nach der Ausbildung ohne genaue Vorstellungen, zudem seien die Schulnoten der Bewerber heute schlechter als früher.

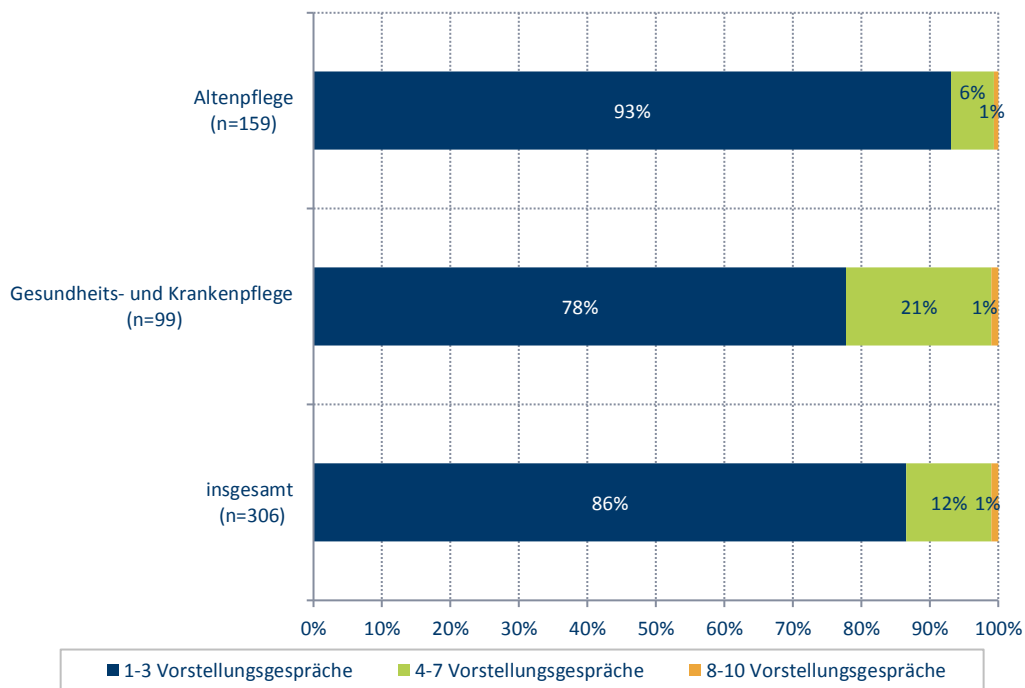
### Anzahl der Vorstellungsgespräche und Absagen seitens der Schule

Der Großteil der Schülerinnen und Schüler (86 %, n = 264) hatte maximal drei Vorstellungsgespräche (Abbildung 51). Etwa jeder fünfte Auszubildende im Bereich

<sup>23</sup> Lediglich eine Schule gab an, die Kompetenzen seien „gleich geblieben bis verschlechtert“.

Gesundheits- und Krankenpflege (21 %, n = 21) hatte zwischen vier und sieben Vorstellungsgespräche. Im Bereich Altenpflege betrug der entsprechende Anteil lediglich rd. 6 % (n = 10).

Abbildung 51: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl ihrer Vorstellungsgespräche (in %), 2018

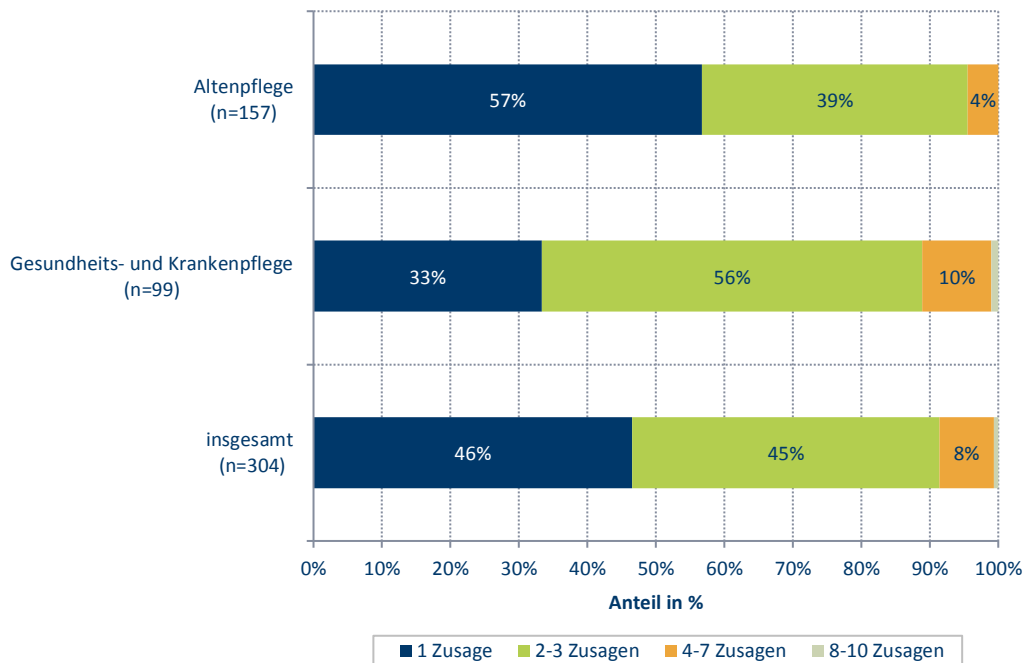


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Als Gründe für eine Absage seitens der Schule wurde von dem Großteil der Schulen (10 von 12) angeführt, dass die Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt worden sind. Sechs Berufsfachschulen erwähnten explizit mangelnde Sprachkenntnisse als Grund für Absagen seitens der Schule. Auch die begrenzte Anzahl an Ausbildungsplätzen wurde von sechs Schulen als Begründung angeführt. Vereinzelt wurde zudem eine mangelnde soziale Kompetenz, fehlende Empathie sowie eine mangelnde Eignung für den Beruf genannt.

Knapp die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (46 %, n = 141) erhielt eine Zusage für einen Ausbildungsplatz (Abbildung 52). Dieser Anteil lag bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege mit rd. 57 % (n = 89) etwas höher als bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege mit rd. einem Drittel (n = 33).

Abbildung 52: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Anzahl der Zusagen (in %), 2018



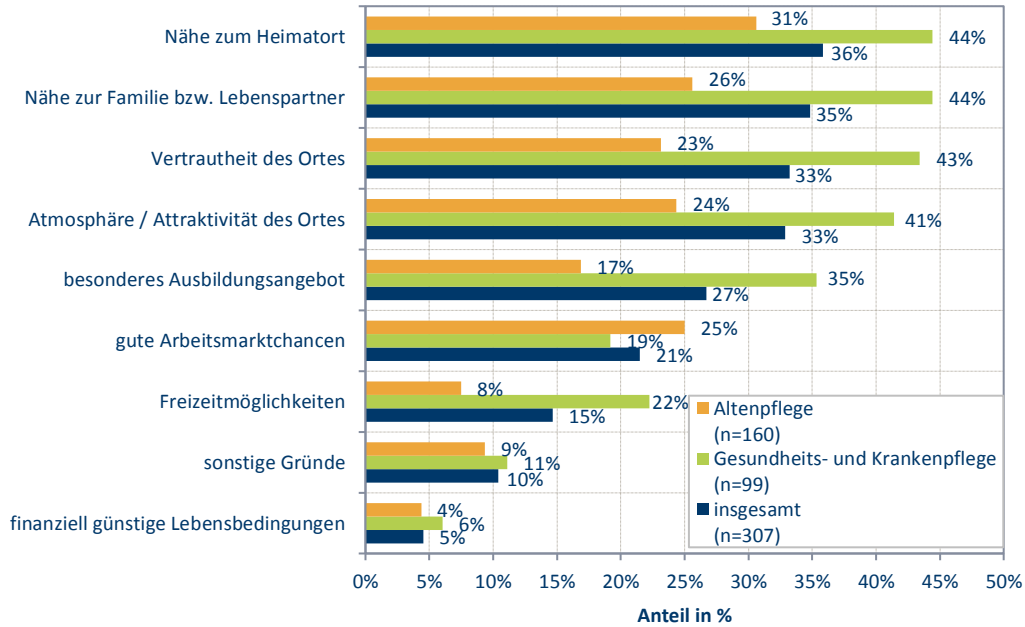
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Jeder vierte Auszubildende erhielt auch eine Zusage für einen Ausbildungsplatz außerhalb von München (25 %, n = 76). Bei Schülerinnen und Schüler im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege lag dieser Anteil bei rd. 27 % (n = 27), bei Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege bei rd. 17 % (n = 27).

### Beweggründe für eine Ausbildung in München

Die Nähe zum Heimatort und zur Familie bzw. dem Lebenspartner waren für die Schülerinnen und Schüler die am häufigsten genannten Gründe für die Entscheidung für eine Ausbildung in München (Abbildung 53). Rund 35 % (n = 35) der Schülerinnen und Schüler im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege nannten darüber hinaus auch ein „besonderes Ausbildungsangebot“ als Grund (Altenpflege: 17 %, n = 27). Schülerinnen und Schüler im Bereich Altenpflege erwähnten etwas häufiger „gute Arbeitsmarktchancen“ (25 %, n = 40) als Schülerinnen und Schüler im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege (19 %, n = 19).

Abbildung 53: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Beweggründen für eine Ausbildung in München (in %), 2018



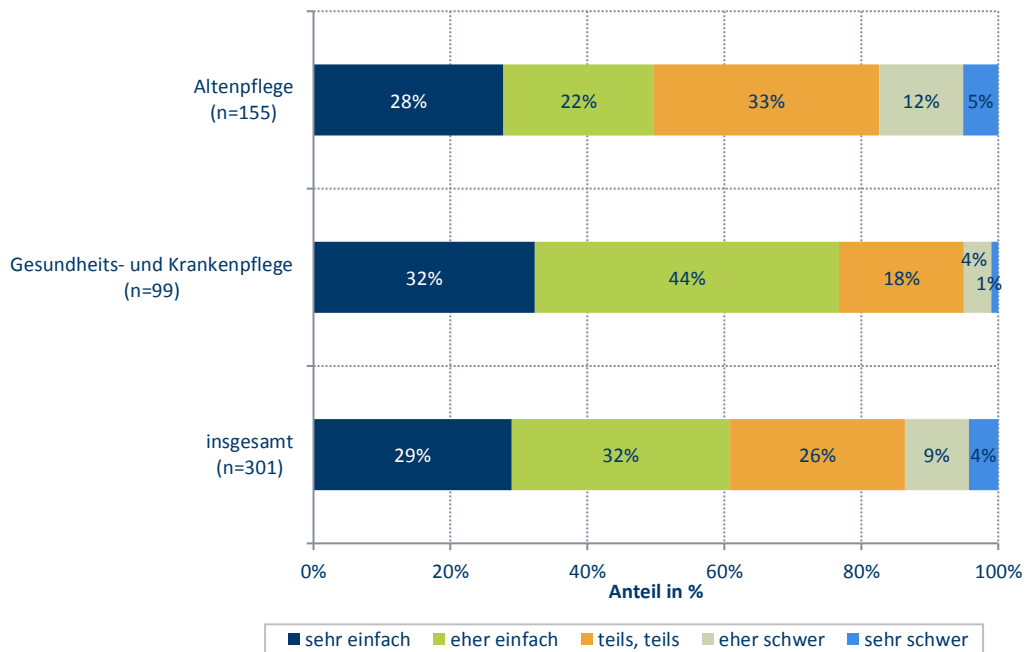
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich

### Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu finden

Rund 61 % (n = 183) der Schülerinnen und Schüler beurteilte es als sehr oder eher einfach, einen Ausbildungsplatz zu bekommen (Abbildung 54). Bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege waren es sogar mehr rund 77 % (n = 76), bei Schülerinnen und Schüler im Bereich Altenpflege dagegen nur rund die Hälfte (50 %, n = 77).

Abbildung 54: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu finden (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

### 7.1.3 Ausbildungssituation der Schülerinnen und Schüler

#### Anzahl der Schülerinnen und Schüler

An den Berufsfachschulen, die an der Befragung teilgenommen haben, waren im Schuljahr 2017/2018 im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege 623 Schülerinnen und Schüler in Ausbildung (Information von 5 von 9 Berufsfachschulen in München) und im Bereich Altenpflege 766 (Information von 4 von 6 Berufsfachschulen in München) (Tabelle 30).

Tabelle 30: Anzahl der Schülerinnen und Schüler je Schuljahr nach Art der Ausbildung, Schuljahre 2013/2014 bis 2017/2018

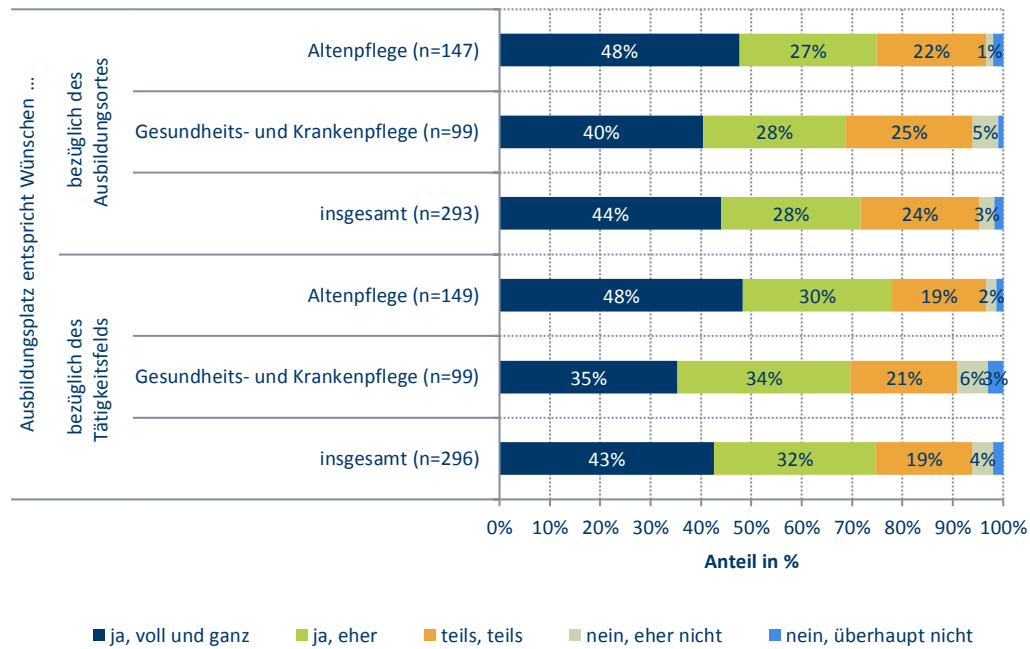
Anzahl der Schülerinnen und Schüler (jeweils zum Stichtag 20.10.)					
	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Altenpflege	651 (n = 4)	735 (n = 4)	803 (n = 4)	768 (n = 4)	766 (n = 4)
Anästhesietechnische Assistenz	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesundheits- und Krankenpflege	815 (n = 5)	764 (n = 5)	811 (n = 6)	814 (n = 6)	623 (n = 5)
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	180 (n = 3)	180 (n = 3)	176 (n = 3)	176 (n = 3)	127 (n = 2)
Hebammen	60 (n = 1)	58 (n = 1)	60 (n = 1)	58 (n = 1)	59 (n = 1)
Operationstechnische Assistenz	56 (n = 1)	61 (n = 1)	56 (n = 1)	61 (n = 1)	61 (n = 1)
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	109 (n = 3)	108 (n = 3)	135 (n = 4)	92 (n = 3)	90 (n = 3)
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	57 (n = 2)	64 (n = 3)	76 (n = 3)	83 (n = 3)	58 (n = 2)

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

### Zufriedenheit mit der Ausbildung

Der Großteil der Schülerinnen und Schüler gab an, dass der Ausbildungsort (72 %, n = 210) bzw. das Tätigkeitsfeld (75 %, n = 221) voll und ganz bzw. eher ihren Wünschen entspricht (Abbildung 55). Während bei den Schülerinnen und Schüler der Altenpflege rund 3 % (n = 5) sagten, dass das Tätigkeitsfeld eher nicht oder überhaupt nicht ihren Wünschen entspreche, betrug der entsprechende Anteil bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege rd. 9 % (n = 9).

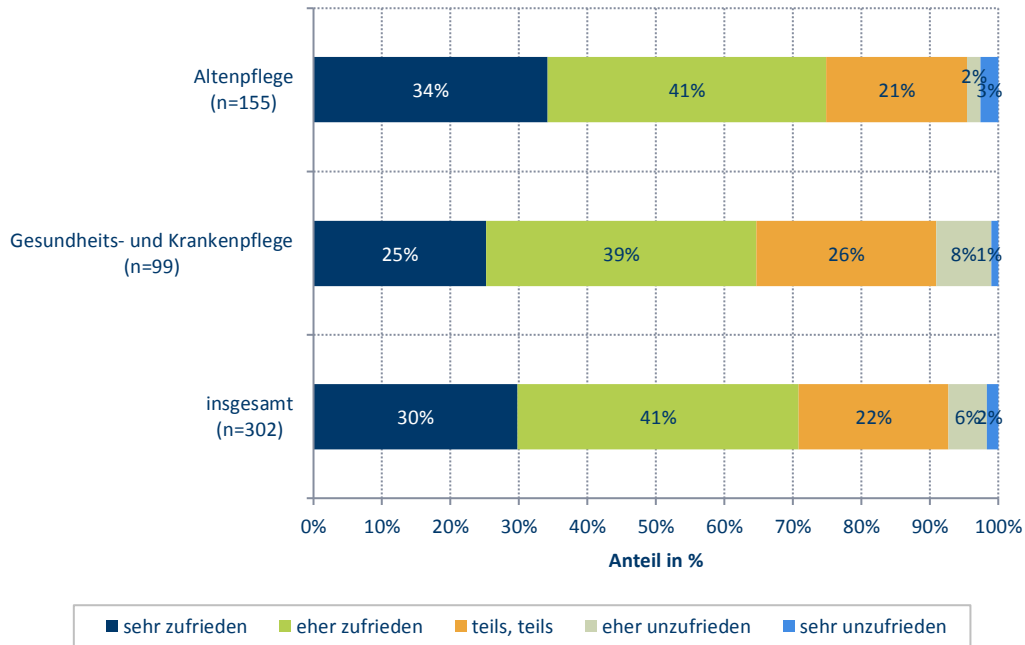
Abbildung 55: Verteilung der Schülerinnen und Schüler gemäß ihrer Zustimmung, dass der Ausbildungsort bzw. das Tätigkeitsfeld ihren Wünschen entspricht (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Der Großteil der Schülerinnen und Schüler (71 %, n = 214) war auch insgesamt mit der Ausbildung sehr oder eher zufrieden (Abbildung 56). Schülerinnen und Schüler im Bereich Altenpflege waren dabei etwas zufriedener (75 %, n = 116) als Schülerinnen und Schüler im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege (65 %, n = 64).

Abbildung 56: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach ihrer Zufriedenheit mit der Ausbildung insgesamt (in %), 2018

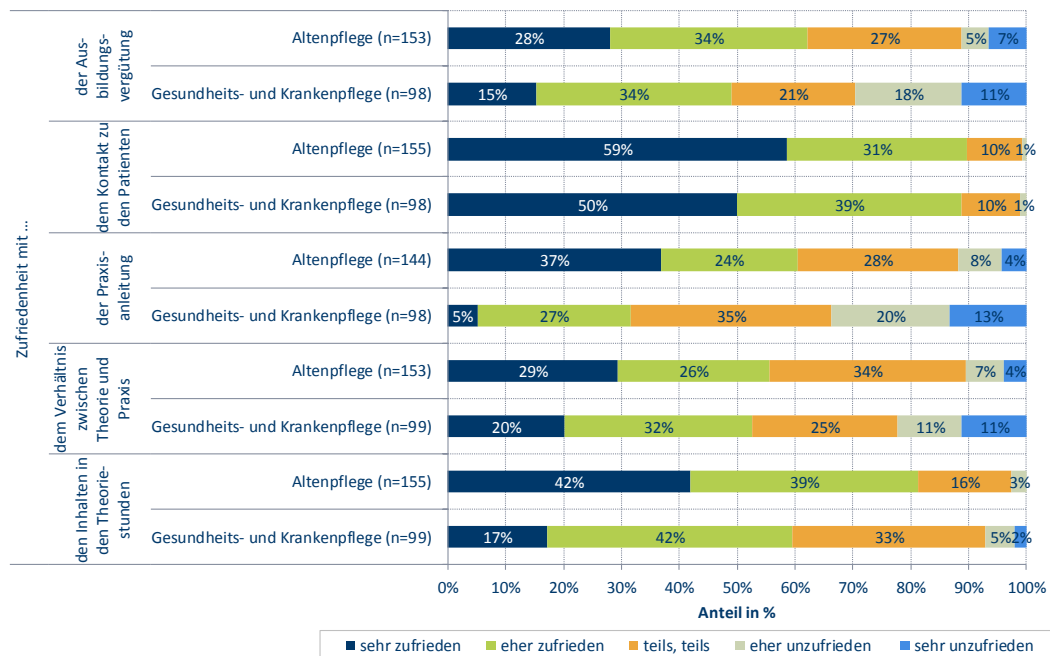


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Die Schülerinnen und Schüler waren am zufriedensten mit dem Kontakt zu den Patientinnen und Patienten während der Ausbildung (Abbildung 57). Am unzufriedensten waren die Schülerinnen und Schüler mit der Praxisanleitung, wobei es diesbezüglich große Unterschiede zwischen dem Bereich Altenpflege und dem Bereich Gesundheits- und Krankenpflege gab: Während von den Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege rd. 12 % (n = 17) eher oder sehr unzufrieden waren mit der Praxisanleitung, betrug der entsprechende Anteil bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege rd. 34 % (n = 33).



Abbildung 57: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach ihrer Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Ausbildung (in %), 2018

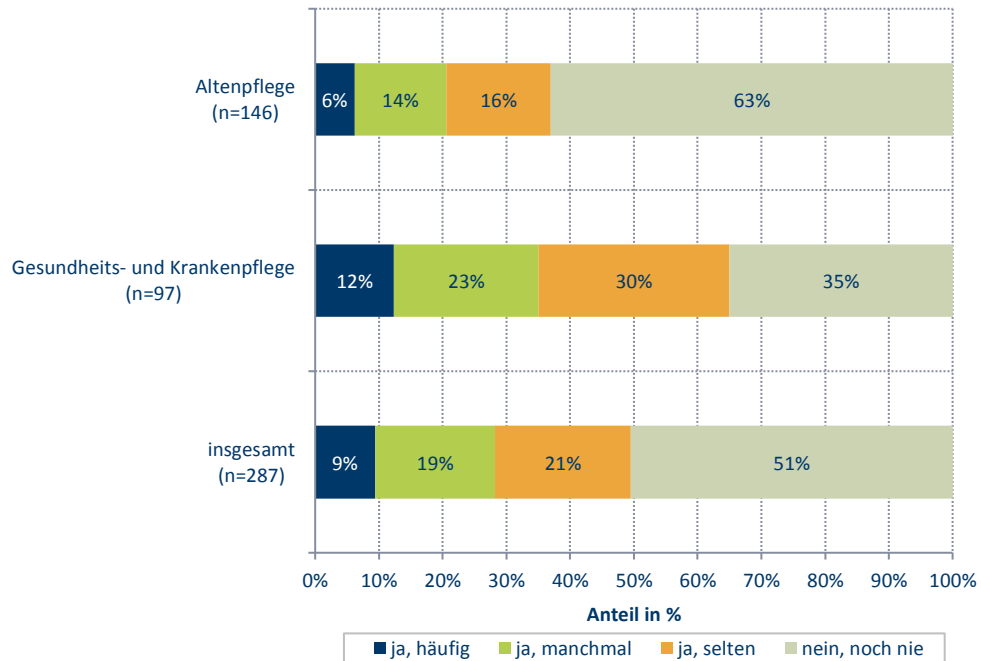


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

#### 7.1.4 Ausbildungsabbrüche und Gründe

Knapp die Hälfte (49 %, n = 142) der Schülerinnen und Schüler hat schon einmal über einen Abbruch der Ausbildung nachgedacht, davon 9 % (n = 27) häufig und rund jeder Fünfte (19 %, n = 54) manchmal (Abbildung 58). Die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege haben häufiger schon einmal über einen Abbruch nachgedacht (65 %, n = 63) als die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege (37 %, n = 54).

Abbildung 58: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach der Häufigkeit des Nachdenkens über einen Abbruch der Ausbildung (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Als Hauptgründe für die Gedanken an einen Abbruch der Ausbildung gaben die Schülerinnen und Schüler eine zu hohe Arbeitsbelastung (45 %, n = 64) und Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (43 %, n = 61) an (Abbildung 59). Weitere Gründe, die häufig angegeben wurden, waren Unzufriedenheit mit den Praxiseinsätzen (33 %, n = 47), Unzufriedenheit mit der Aufnahme ins Team bei den Praxiseinsätzen (32 %, n = 46) und Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (30 %, n = 42).

Abbildung 59: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen für das Nachdenken über einen Ausbildungsabbruch (in %), 2018

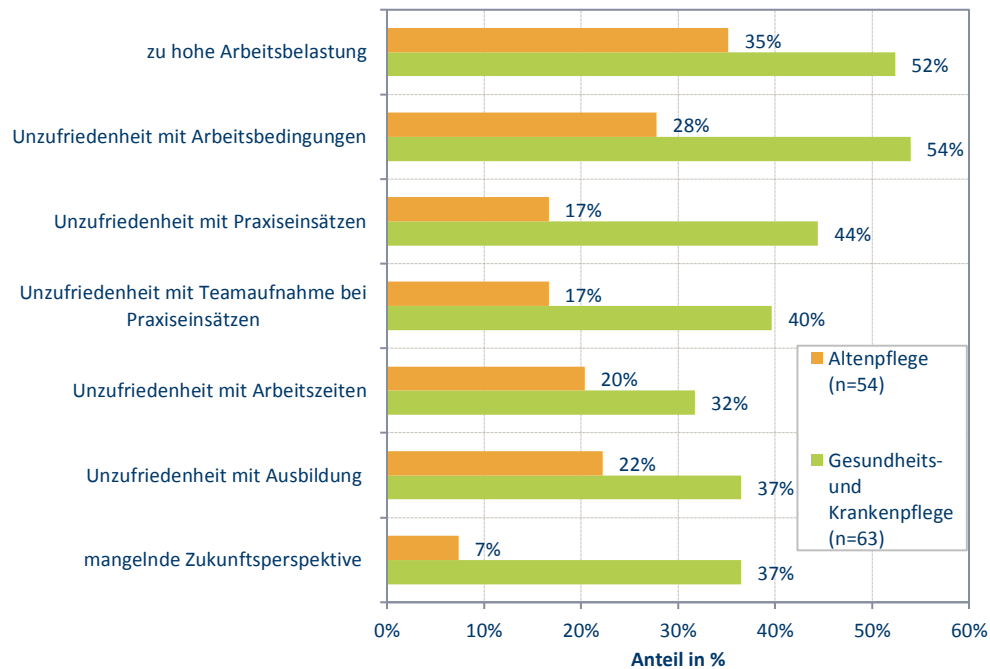


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Differenziert nach Ausbildungsberufen dachten die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege deutlich häufiger als die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege wegen einer mangelnden Zukunftsperspektive (37 % im Vergleich zu 7 %), Unzufriedenheit mit den Praxiseinsätzen (44 % im Vergleich zu 17 %) und Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (54 % im Vergleich zu 28 %) über einen Abbruch nach (Abbildung 60).

Abbildung 60: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen für das Nachdenken über einen Ausbildungsabbruch nach Ausbildungsberuf (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Nach Angaben und Einschätzungen der Berufsfachschulen gibt es die ersten Abbrüche schon unmittelbar nach Ausbildungsbeginn, wenn einige der Auszubildenden noch eine Zusage für einen Studienplatz bekommen. Weitere Auszubildende scheidern schon während der Probezeit aus, u. a. deswegen, weil sie sich vor Ausbildungsbeginn ein falsches Bild von dem Beruf und den Arbeitsbedingungen gemacht haben oder mit der Ausbildung insgesamt (auch aufgrund einer ungenügenden schulischen Bildung oder unzureichender Sprachkenntnisse) überfordert sind. Als weiterer Grund für Abbrüche im späteren Verlauf der Ausbildung wird auch in den Expertengesprächen zunächst die Tatsache genannt, dass die Auszubildenden im Praxiseinsatz die hohe Arbeitsbelastung und Überlastung der angestellten Pflegekräfte und deren Auswirkung auf die Pflegequalität „hautnah“ miterleben. Weiter leiden aber auch die Auszubildenden selbst häufig unter einer hohen Arbeitsbelastung und Überforderung durch einen Praxiseinsatz, in dem der Ausbildungsaspekt vielfach nicht genügend Raum bekommt und die Auszubildenden – angesichts des allgemeinen Personalmangels – primär als Arbeitskräfte (auch für unattraktive Dienste wie Wochenendschichten, Pflege im Isolierzimmer oder Alleindienste auf einer Station) gesehen werden. Eng damit verknüpft wird von den befragten Expertinnen die mangelnde Unterstützung der Auszubildenden durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter. Diese seien häufig selbst überlastet und – als nebenberufliche Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter – häufig nur

formell für die Praxisanleitung freigestellt. Außerdem sei die Zahl der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter vielfach so gering, dass etwa bei Krankheit oder Urlaub einer Praxisanleiterin oder eines Praxisanleiters kein Ersatz zur Verfügung stehe. Der in § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) geforderte zeitliche Umfang der Praxisanleitung könne unter den gegebenen Bedingungen vielfach nicht sichergestellt werden. Einen Lösungsansatz – so ein Teil der befragten Expertinnen – liegt in einer Erhöhung der Zahl der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter insgesamt, besonders auch durch zentral organisierte, hauptamtlich tätige Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter liegen. Insgesamt müsse jedoch gewährleistet werden, dass die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter auch tatsächlich im erforderlichen Umfang für die Praxisanleitung freigestellt werden.

Zwei Expertinnen sprachen auch einen jetzt schon bestehenden Mangel an qualifiziertem Lehrpersonal an, der auch ein Grund für die Unzufriedenheit der Auszubildenden sein könne. Dieser Unzufriedenheit würde eine Absenkung des Lehrer-Schüler-Verhältnisses<sup>24</sup> noch Vorschub leisten. Einen grundsätzlich steigenden Mangel an Lehrpersonal aufgrund der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung sehen die befragten Expertinnen aber (noch) nicht.

### **7.1.5 Absolventinnen und Absolventen**

Für das Schuljahr 2017/2018 konnten noch nicht von allen Berufsfachschulen, die sich an der Befragung beteiligt haben, Auskunft über die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen geben. Im Schuljahr 2016/2017 gab es für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege an sechs Berufsfachschulen 233 Absolventinnen und Absolventen, im Bereich der Altenpflege waren es an vier Schulen 268 Absolventinnen und Absolventen (Tabelle 31).

---

<sup>24</sup> In § 9 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (PflBG) soll mindestens eine Vollzeit-Lehrkraft auf 20 Ausbildungsplätze kommen. Nach § 9 Abs. 3 PflBG können die Länder das Nähere zu dieser Mindestanforderung bestimmen und auch darüber hinausgehende Anforderungen festlegen.

---

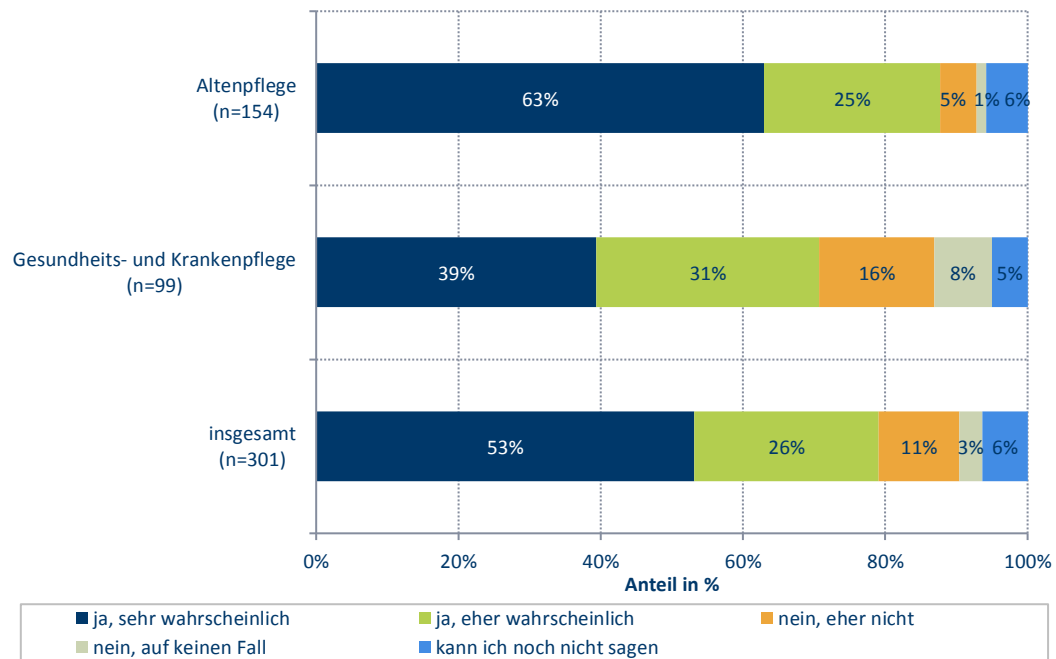
Tabelle 31: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen je Schuljahr nach Art der Ausbildung, 2013/2014 bis 2017/2018

	Anzahl der Absolventinnen und Absolventen				
	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Altenpflege	172 (n = 4)	175 (n = 4)	276 (n = 4)	268 (n = 4)	241 (n = 3)
Anästhesietechnische Assistenz	k. A.	8 (n = 1)	k. A.	5 (n = 1)	k. A.
Gesundheits- und Krankenpflege	222 (n = 4)	213 (n = 6)	239 (n = 6)	233 (n = 6)	43 (n = 1)
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	49 (n = 3)	57 (n = 3)	50 (n = 3)	48 (n = 3)	15 (n = 1)
Hebammen	20 (n = 1)	15 (n = 1)	19 (n = 1)	21 (n = 1)	18 (n = 1)
Operationstechnische Assistenz	21 (n = 1)	30 (n = 2)	21 (n = 1)	29 (n = 2)	17 (n = 1)
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	111 (n = 4)	104 (n = 4)	96 (n = 3)	93 (n = 4)	55 (n = 2)
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	36 (n = 2)	49 (n = 2)	60 (n = 3)	71 (n = 3)	19 (n = 1)

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

Rund 79 % (n = 238) der Schülerinnen und Schüler wollen nach ihrem Abschluss wahrscheinlich in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten, davon gaben 53 % (n = 160) an, dies sehr wahrscheinlich zu planen (Abbildung 61). Rund 6 % (n = 19) konnten dies zum Befragungszeitpunkt noch nicht einschätzen. Unterschiede gab es zwischen den Schülerinnen und Schülern der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege: In der Altenpflege planten 88 % der Schülerinnen und Schüler nach ihrem Abschluss in ihrem Ausbildungsberuf zu arbeiten (n = 135), in der Gesundheits- und Krankenpflege dagegen nur 71 % (n = 70).

Abbildung 61: Verteilung der Schülerinnen und Schüler, die nach dem Abschluss in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten wollen (in %), 2018

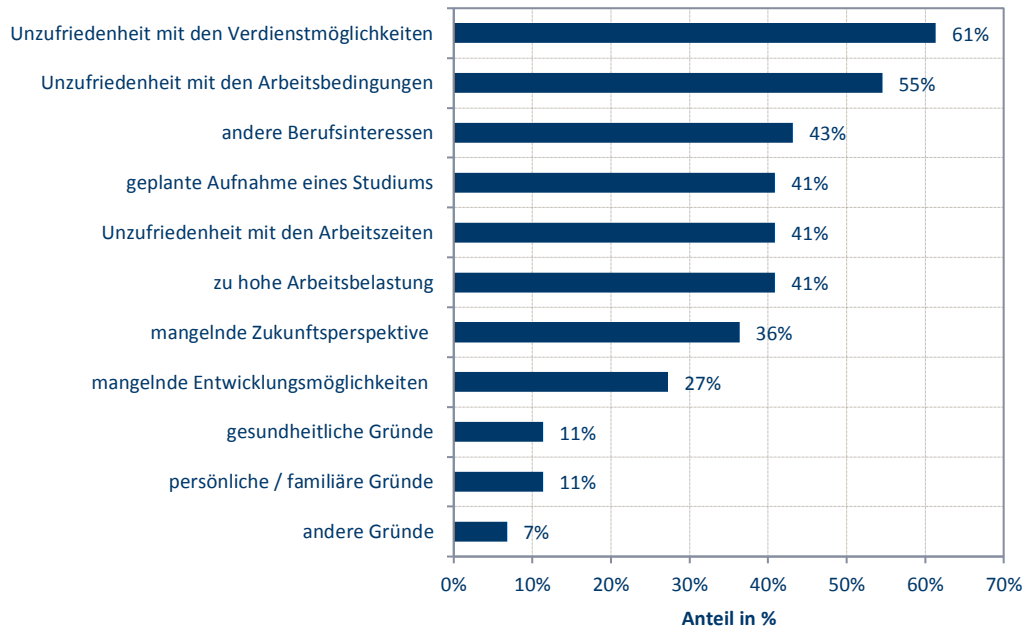


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Als Hauptgründe dafür, dass nach dem Abschluss nicht im Ausbildungsberuf gearbeitet werden möchte, gaben die Schülerinnen und Schüler Unzufriedenheit mit den Verdienstmöglichkeiten (61 %, n = 27), Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (55 %, n = 24) und andere Berufsinteressen (43 %, n = 19) an (Abbildung 62).

Unterschiede gab es auch zwischen den Schülerinnen und Schülern der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege: In der Gesundheits- und Krankenpflege wurde deutlich häufiger Unzufriedenheit mit den Verdienstmöglichkeiten (75 %, n = 18), Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (63 %, n = 15) und eine mangelnde Zukunftsperspektive (50 %, n = 12) angegeben, während diese Gründe in der Altenpflege nur jeweils einmal angegeben wurde (10 %).

Abbildung 62: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen dafür, dass nicht im Ausbildungsberuf gearbeitet werden will (in %), 2018



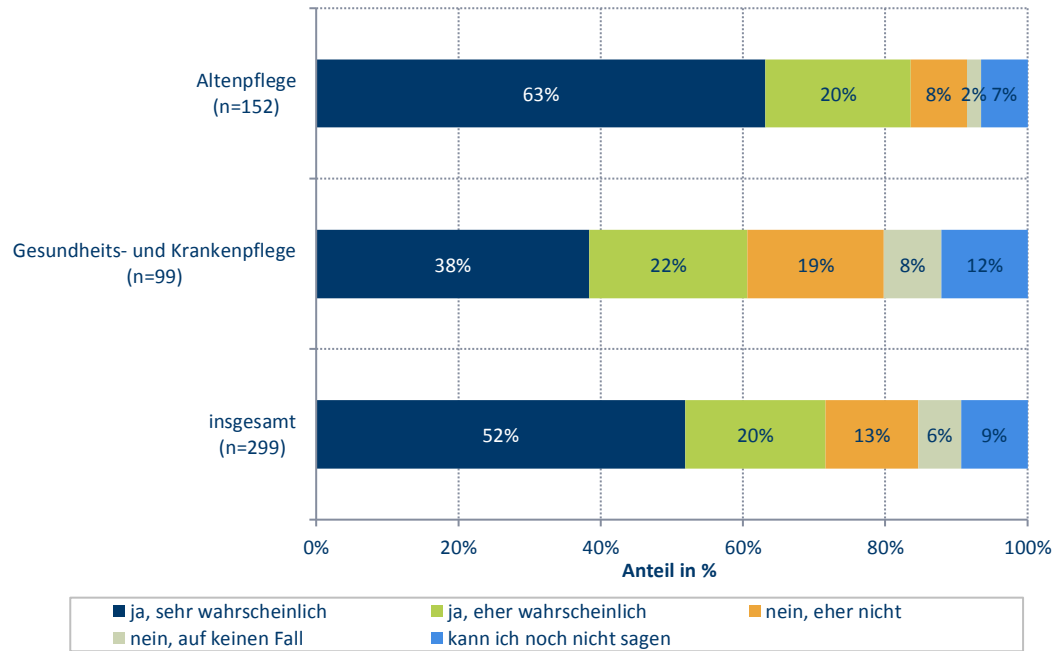
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Knapp drei Viertel (72 %, n = 214) der Schülerinnen und Schüler planten wahrscheinlich nach dem Abschluss der Ausbildung in München zu bleiben, 52 % (n = 155) davon sehr wahrscheinlich (Abbildung 63). Im Bereich der Altenpflege planten 83 % (n = 107) nach der Ausbildung in München zu bleiben, in der Gesundheits- und Krankenpflege dagegen lediglich 60 % (n = 60).



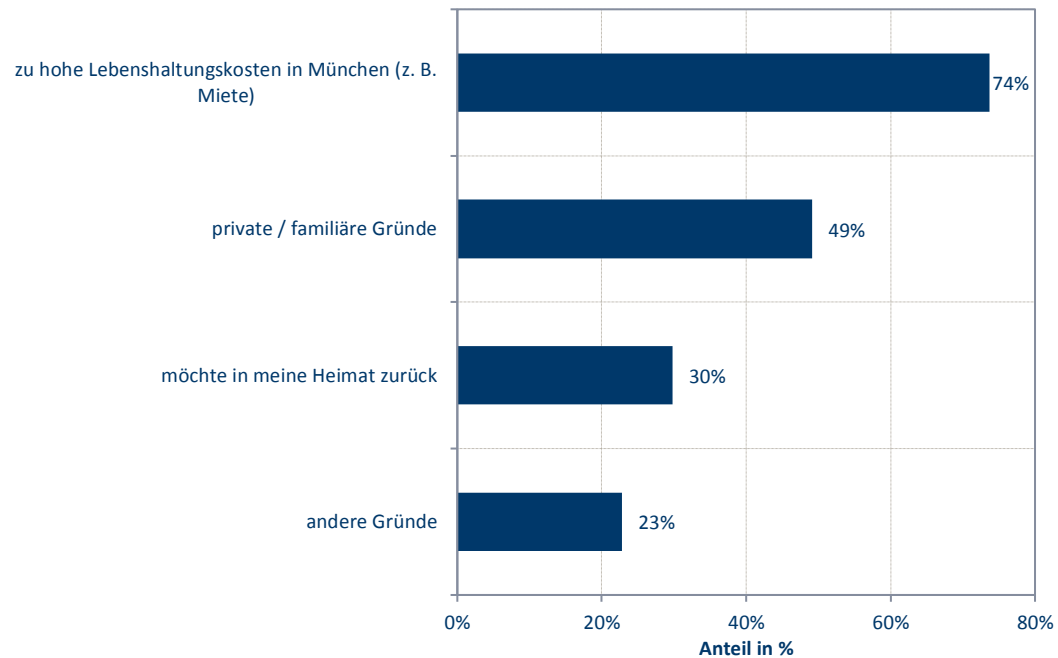
Abbildung 63: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach geplantem Verbleib in München nach der Ausbildung (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler (74 %, n = 42) gab als Grund dafür, nach der Ausbildung wahrscheinlich nicht in München zu bleiben, die hohen Lebenshaltungskosten in München an (Abbildung 64). Knapp die Hälfte (49 %, n = 28) plante aus privaten / familiären Gründen einen Wegzug aus München und knapp ein Drittel möchte in die Heimat zurückkehren (30 %, n = 17).

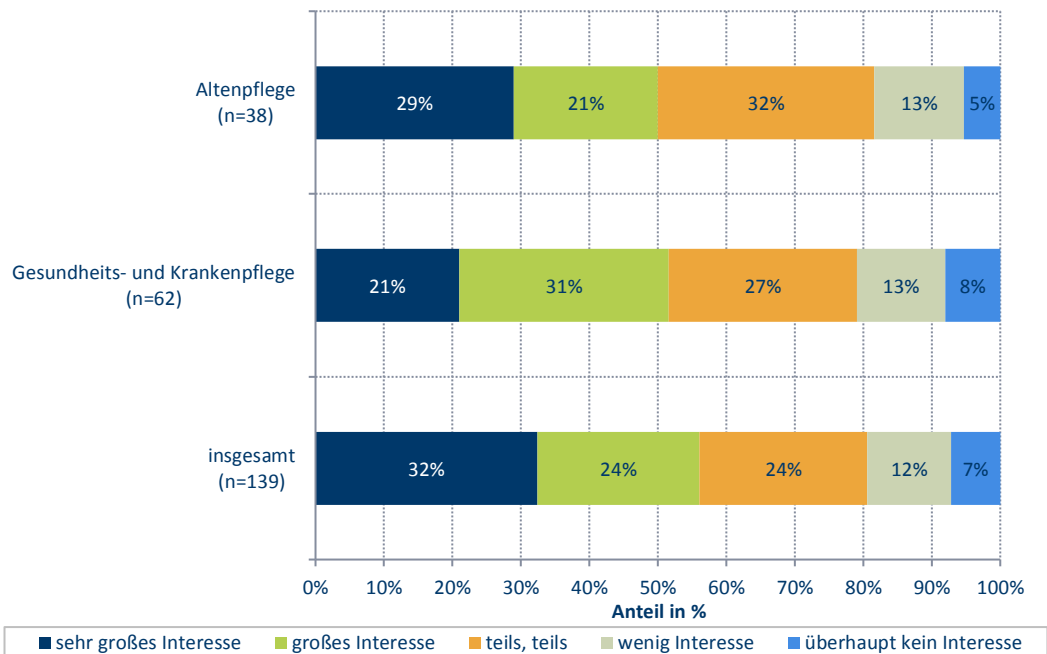
Abbildung 64: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach den Gründen dafür, nach dem Abschluss wahrscheinlich nicht in München zu bleiben (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Rund 56 % (n = 78) der Schülerinnen und Schüler hatten Interesse an einem akademischen Abschluss, 32 % (n = 45) davon sehr großes Interesse (Abbildung 65). Dabei gab es kaum Unterschiede zwischen den Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege.

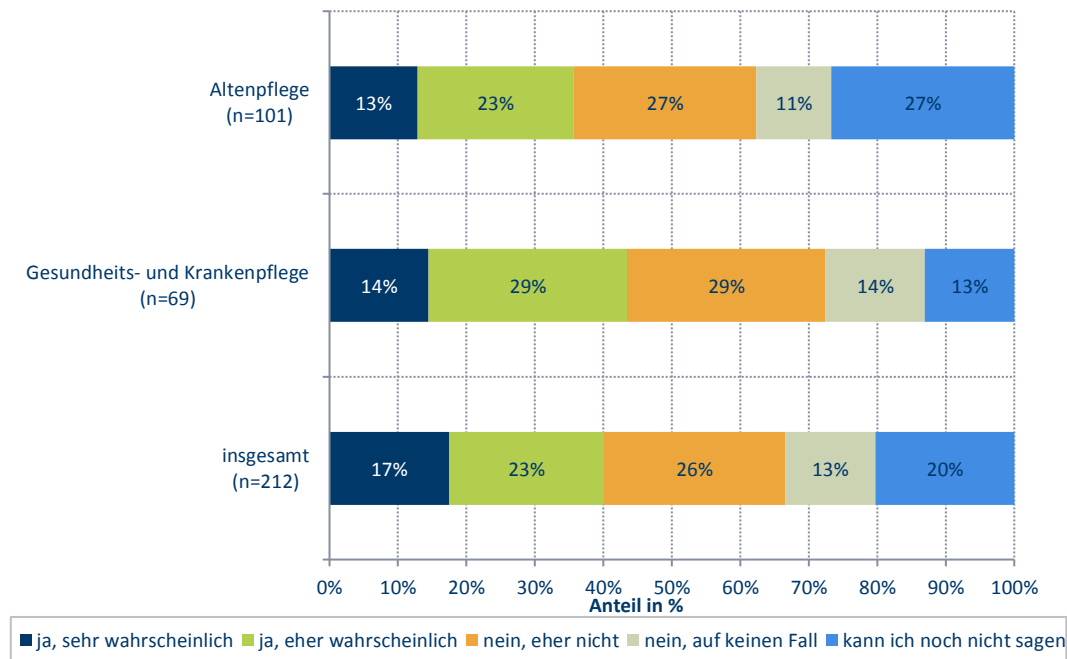
Abbildung 65: Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach dem Interesse an einem akademischen Abschluss (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

Rund 40 % (n = 85) der Schülerinnen und Schüler planten wahrscheinlich nach ihrem Ausbildungsabschluss ein Studium zu beginnen, davon 17 % (n = 37) sehr wahrscheinlich (Abbildung 66). Die Unterschiede zwischen den Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege sind gering – die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege sind mit rd. 27 % (n = 27) etwas unentschlossener als die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege (13 %, n = 9).

Abbildung 66: Verteilung der Schülerinnen und Schülern nach ihren Plänen, nach der Ausbildung zu studieren (in %), 2018



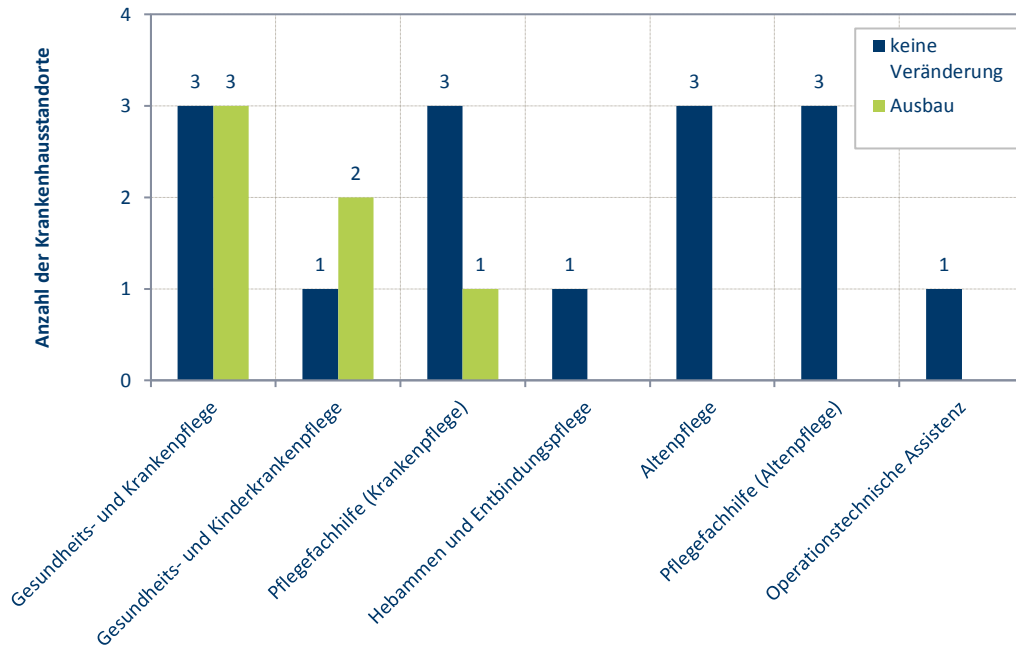
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schülerinnen und Schüler

### 7.1.6 Zukünftige Entwicklung der Ausbildungskapazitäten

#### Entwicklung der Ausbildungsplätze an den Schulen

Für den Bereich der Hebammen und Entbindungspflege, der Altenpflege, Pflegefachhilfe (Altenpflege) sowie der operationstechnischen Assistenz planten die Berufsfachschulen zum Befragungszeitpunkt in den nächsten 2 Jahren keine Veränderung (Abbildung 67). Einen Ausbau der Ausbildungskapazitäten planten drei von sechs Berufsfachschulen für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, zwei von drei für den Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und eine von vier für den Bereich der Pflegefachhilfe (Krankenpflege).

Abbildung 67: Verteilung der Krankenhausstandorte nach den geplanten Veränderungen der Ausbildungskapazitäten in den nächsten 2 Jahren und nach Bereich (absolut), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Berufsfachschulen

Anmerkungen: Zur anästhesietechnischen Assistenz liegen keine Informationen vor

### Plätze für Praxiseinsätze an den Kliniken

Für Pflegeschülerinnen und -schüler bzw. Studierende plante die Mehrheit der Klinikstandorte einen Ausbau der Plätze für Praxiseinsätze in den nächsten 5 Jahren (Tabelle 32). Einen Abbau der Plätze für Praxiseinsätze plante nur eine Klinik – und zwar für OTA-Schülerinnen und Schüler.

Tabelle 32: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze für Schülerinnen und Schüler bzw. Studierende in den nächsten 5 Jahren (absolut und in %), 2018

Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze	Ausbau	keine Veränderung	Abbau	keine Aussage möglich
Pflegeschülerinnen und -schüler / Studierende (n = 13)	9 (69%)	3 (23%)	0 (0%)	1 (8%)
Kinderpflegeschülerinnen und -schüler / Studierende (n = 12)	5 (42%)	2 (17%)	0 (0%)	5 (42%)
Hebammenschülerinnen und -schüler / Studierende (n = 9)	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)	8 (89%)
OTA-Schülerinnen und Schüler (n = 11)	2 (18%)	3 (27%)	1 (9%)	5 (45%)
ATA-Schülerinnen und Schüler (n = 11)	4 (36%)	3 (27%)	0 (0%)	4 (36%)

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

## 7.2 Studiengänge im Bereich Pflege in München

### 7.2.1 Art der Studiengänge und Anzahl der Studienplätze

In München bieten die Katholische Stiftungshochschule München (KSH) sowie die Hochschule für angewandte Wissenschaften München Studiengänge im Bereich Pflege an (Tabelle 33). An beiden Hochschulen gibt es einen „Pflege dual“-Studiengang.

Tabelle 33: Studiengänge im Bereich Pflege in München nach Hochschule, 2018

	Katholische Stiftungshochschule München	Hochschule für angewandte Wissenschaften München
Pflege dual (B.Sc)	x	x
Pflegemanagement (B.Sc)	x	
Pflegepädagogik (B.Sc)	x	
Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte (M.Sc)	x	
Advanced Nursing Practice (M.Sc)		x

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Hochschulen

### Anzahl der Studienplätze für einen Studienbeginn

Für ein „Pflege dual“-Studium stehen an den beiden Hochschulen alle zwei Jahre 120 Studienplätze für einen Studienbeginn zur Verfügung (Tabelle 34). Für die anderen vier Studiengänge – Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaften sowie Advanced Nursing Practice – stehen alle zwei Jahre jeweils 25 Studienplätze für einen Studienbeginn zur Verfügung.

Tabelle 34: Anzahl der Studienplätze für einen Studienbeginn nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018

	SS 15	WS 15/16	SS 16	WS 16/17	SS 17	WS 17/18
Pflege dual	0	120	0	120	0	120
Pflegemanagement	0	25	0	25		25
Pflegepädagogik	0	25	0	25	0	25
Pflegewissenschaft*	25	0	25	0	25	0
Advanced Nursing Practice	0	0	0	25	0	25

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Hochschulen

Anmerkung: \*Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte

Für den Studiengang „Pflege dual“ gab es an einer Hochschule in den letzten Jahren keine Veränderung der Anzahl der Studienplätze, an der anderen Hochschule ist die Anzahl der Studienplätze in den letzten 10 Jahren stark gestiegen, da dort das Studium zu Beginn des Jahres 2009 etabliert und bis zum Jahr 2014 ausgebaut

wurde. Seitdem ist kein weiterer Anstieg der Studienplätze mehr zu verzeichnen. Auch im Studiengang Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte, der im Jahr 2016 eingeführt wurde, war bis zum Ausbau im Jahr 2017 eine Steigerung der Studienplätze gegeben, seitdem fand kein weiterer Ausbau mehr statt. Auch der Studiengang Advanced Nursing Practice war aufgrund der Etablierung dieses Studiengangs in den letzten 10 Jahren durch eine steigende Anzahl an Studienplätzen gekennzeichnet. In den Studiengängen Pflegemanagement sowie Pflegepädagogik gab es in den letzten 10 Jahren keine Veränderung der Anzahl der Studienplätze.

### **7.2.2 Bewerbungssituation**

Eine Hochschule gab an, dass die Anzahl der Bewerbungen für den Studiengang „Pflege dual“ in den letzten 10 Jahren gesunken ist. Für die anderen Studiengänge gab es keine Beurteilung der Hochschulen bezüglich der Entwicklung der Anzahl der Bewerbungen. Teilweise konnte diese auch nicht abgegeben werden, da die Studiengänge erst in den letzten 10 Jahren etabliert wurden.

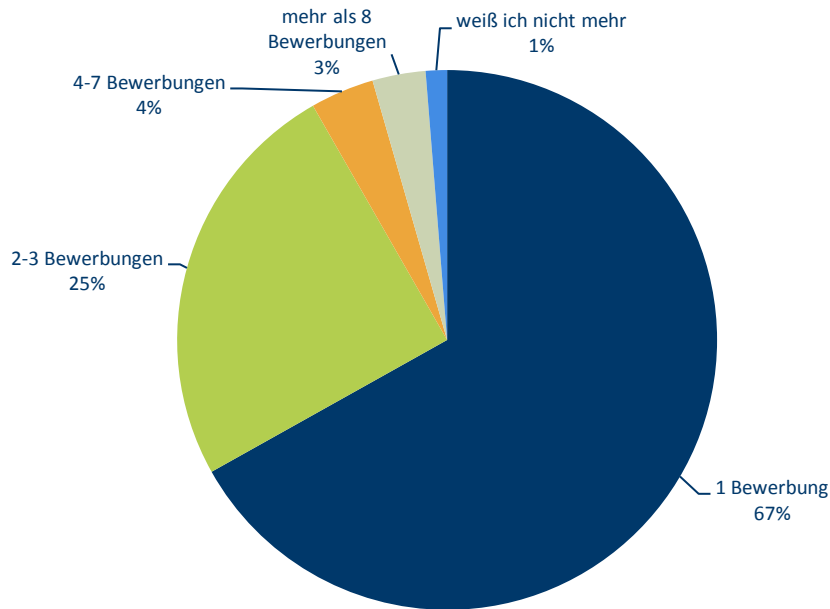
Die Kompetenzen der Bewerberinnen und Bewerber, welche für ein erfolgreiches Studium notwendig sind, haben sich gemäß den beiden Hochschulen in den letzten 10 Jahren nicht verändert. Eine Hochschule erwähnte, dass die Studierenden in den Studiengängen Pflegemanagement und Pflegepädagogik tendenziell jünger werden, was zu einer geringeren Berufserfahrung bei den Bewerberinnen und Bewerbern führt.

Von Seiten der Hochschulen gab es keine Absagen an Bewerberinnen und Bewerber. Bei den „Pflege dual“-Studierenden wird die Aufnahme über die Berufsfachschule gesteuert. An einer Hochschule wurde in den anderen Studiengängen – aufgrund eines kaum kalkulierbaren Anmeldeverhaltens – auf Zurückweisungen verzichtet und insbesondere beim Studiengang Pflegepädagogik eine Überbesetzung in Kauf genommen. Beim Studiengang Advanced Nursing Practice gab es weniger Bewerbungen als Studienplätze.

Die Studierenden wurden gefragt, wie viele Bewerbungen sie insgesamt für einen Studienplatz im Bereich Pflege geschrieben haben: Etwas mehr als zwei Drittel (67 %, n = 105) schrieb lediglich eine Bewerbung (Abbildung 68). Rund 7 % (n = 9) schrieben mehr als vier Bewerbungen. „Pflege dual“ Studierende schrieben etwas häufiger mehr als vier Bewerbungen im Vergleich zu Studierenden der anderen Studiengänge (11 %, n = 9 im Vergleich zu 3 %, n = 2).



Abbildung 68: Verteilung der Studierenden nach der Anzahl der geschriebenen Bewerbungen für einen Studienplatz im Bereich Pflege (in %), 2018

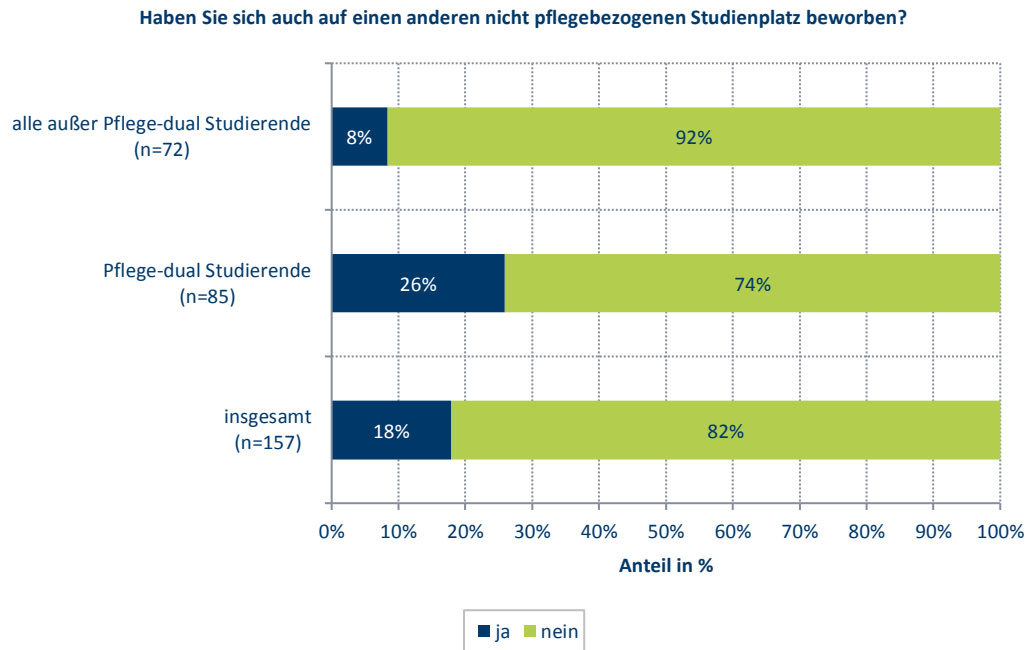


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 157

Knapp jeder fünfte Studierende (18 %, n = 28) hatte sich auf einen anderen, nicht pflegebezogenen, Studienplatz beworben (Abbildung 69). „Pflege dual“-Studierende bewarben sich dabei mit rd. 26 % (n = 22) häufiger auf einen nicht pflegebezogenen Studienplatz als Studierende der anderen Studiengänge (8 %, n = 6).

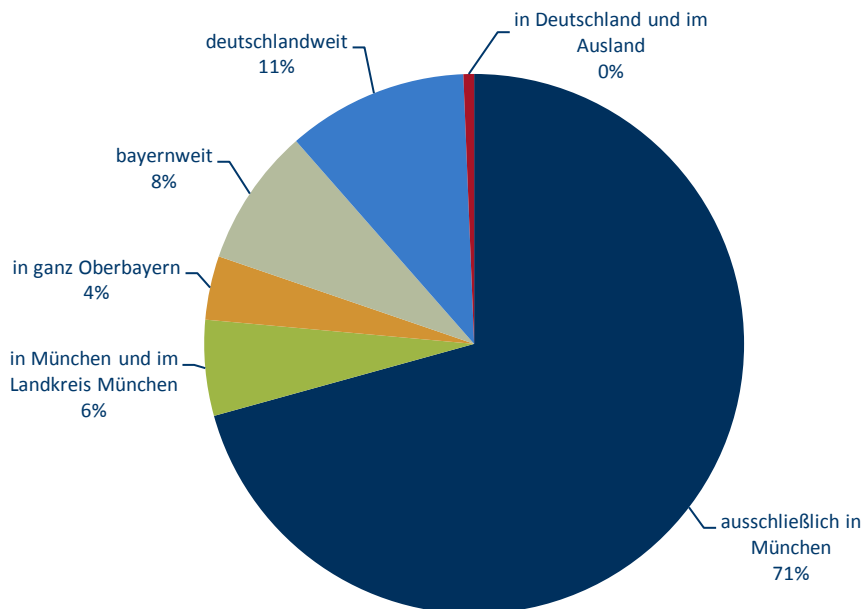
Abbildung 69: Verteilung der Studierenden nach zusätzlicher Bewerbung auf einen anderen, nicht pflegebezogenen, Studienplatz (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Rund 71 % (n = 111) der Studierenden haben sich ausschließlich in München beworben, etwas mehr als jeder zehnte (n = 17) bewarb sich deutschlandweit (Abbildung 70).

Abbildung 70: Verteilung der Studierenden nach dem Ort der Bewerbungen auf einen Studienplatz im Bereich Pflege (in %), 2018

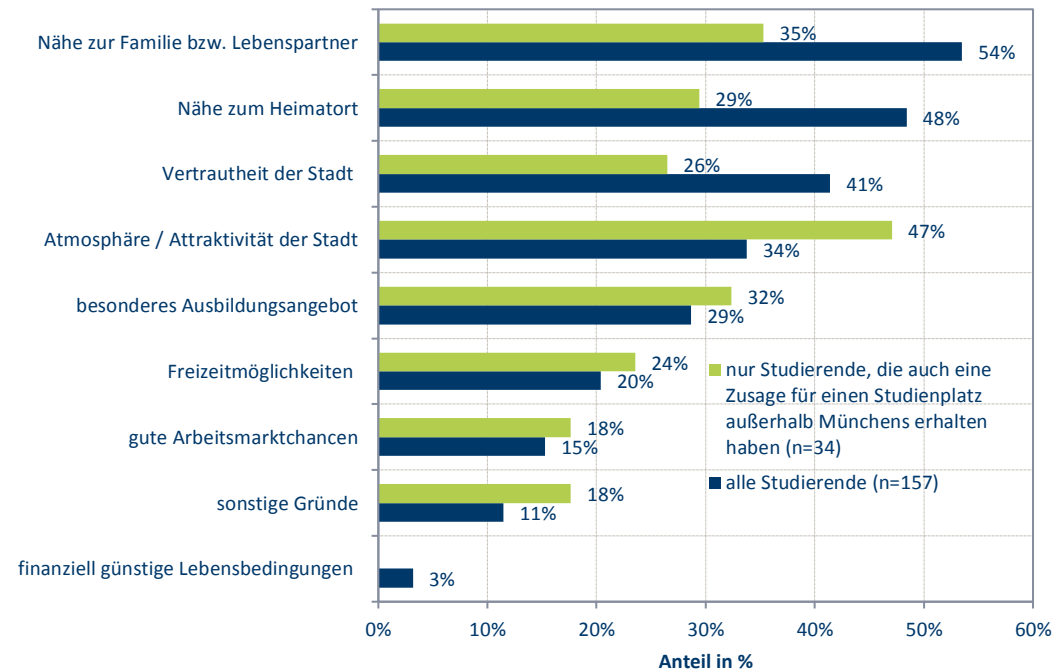


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden  
Anmerkungen: n = 157

Etwas mehr als jeder fünfte Studierende (22 %, n = 34) hat eine Zusage für einen Studienplatz außerhalb von München erhalten.

Rund die Hälfte der Studierenden (54 %, n = 84) wählte München als Studienort aufgrund der Nähe zur Familie bzw. zum Lebenspartner bzw. zum Heimatort (48 %, n = 76) (Abbildung 71). Bei den Studierenden, die auch eine Zusage für einen Studienplatz außerhalb Münchens erhalten haben, gab knapp die Hälfte (47 %, n = 16) die Atmosphäre / Attraktivität der Stadt als Begründung für die Auswahl des Studienplatzes in München an, gefolgt von der Nähe zur Familie bzw. Lebenspartner (35 %, n = 12) und dem besonderen Ausbildungsangebot (32 %, n = 11).

Abbildung 71: Verteilung der Studierenden nach Gründen für die Wahl eines Studienplatzes in München (in %), 2018

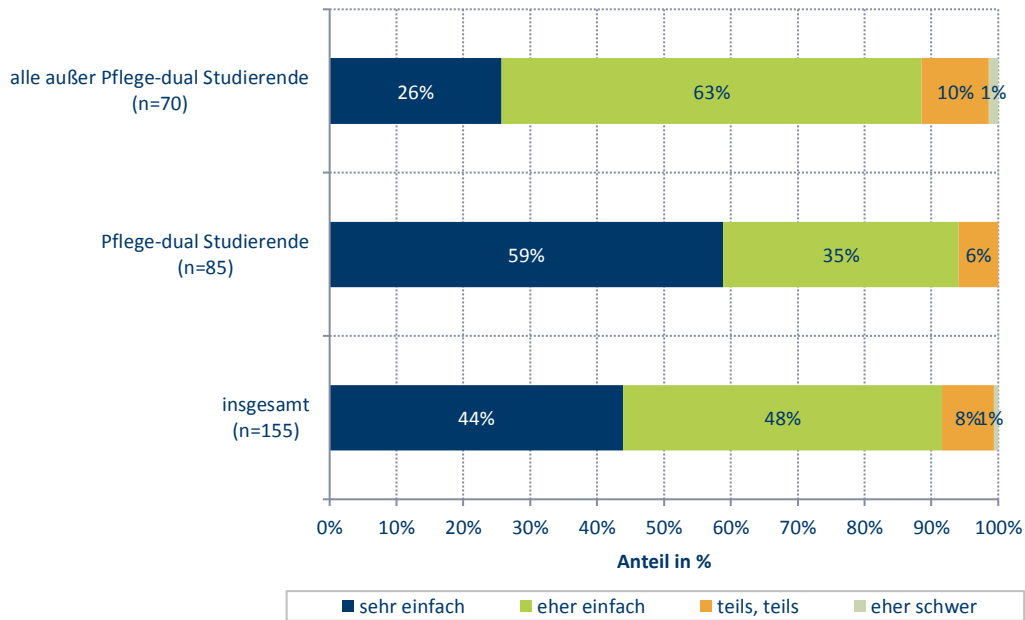


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Mehr als 90 % (n = 142) der Studierenden fand es sehr oder eher einfach, einen Studienplatz im Bereich Pflege erhalten zu haben (Abbildung 72). „Pflege dual“-Studierende beurteilten es zu einem größeren Anteil als „sehr leicht“ (59 %, n = 50) im Vergleich zu Studierenden der anderen Studiengänge (26 %, n = 18).

Abbildung 72: Verteilung der Studierenden nach der Beurteilung der Möglichkeit einen Studienplatz im Bereich Pflege zu finden und nach Studiengang (in %), 2018

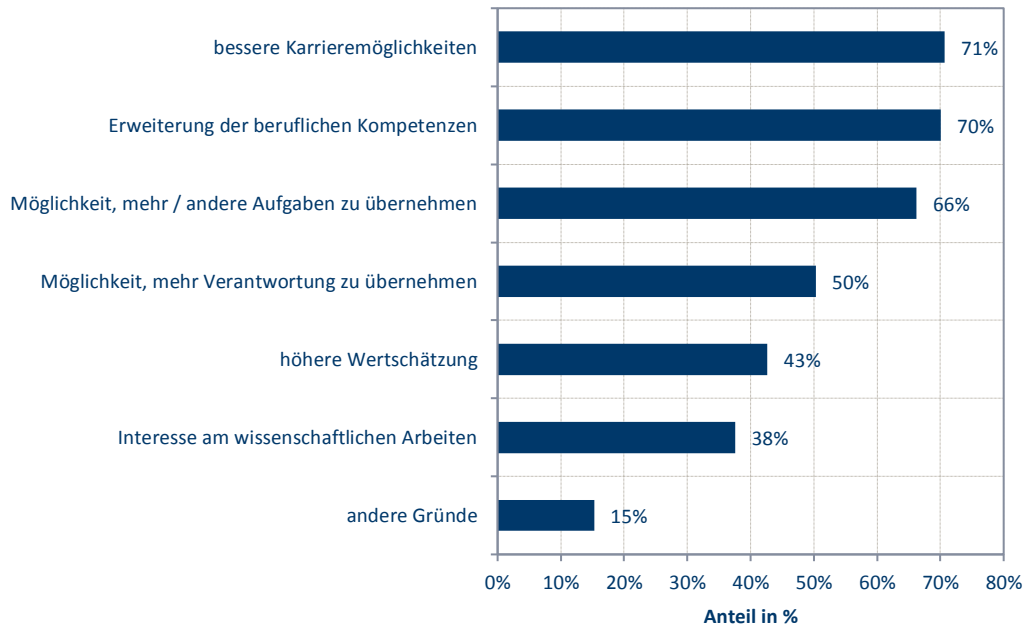


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 157, Mehrfachnennungen waren möglich

Rund 70 % der Studierenden erhoffte sich durch ein Studium im Bereich Pflege bessere Karrieremöglichkeiten (71 %, n = 111) sowie eine Erweiterung der persönlichen Kompetenzen (70 %, n = 110), rund zwei Drittel (66 %, n = 104) die Möglichkeit mehr bzw. andere Aufgaben zu übernehmen (Abbildung 73).

Abbildung 73: Verteilung der Studierenden nach den Gründen für die Wahl eines Studiums im Bereich Pflege (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkung: n = 157; Mehrfachnennungen waren möglich

### 7.2.3 Situation der Studierenden

#### Eingeschriebene Studierenden nach Studiengang

Im Wintersemester 2017 / 2018 waren an den beiden Hochschulen 490 Studierende in den Studiengang „Pflege dual“ eingeschrieben (Tabelle 35). An zweiter Stelle folgte der Studiengang Pflegepädagogik mit 135 eingeschriebenen Studierenden.

Tabelle 35: Anzahl der eingeschriebenen Studierenden nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018

	SS 15	WS 15/16	SS 16	WS 16/17	SS 17	WS 17/18
Pflege dual	485	516	488	509	495	490
Pflege- management	93	110	86	88	82	92
Pflege- pädagogik	108	139	117	135	122	135
Pflegewissen- schaft*	10	0	13	0	11	21
Advanced Nursing Practice	0	0	0	0	0	13

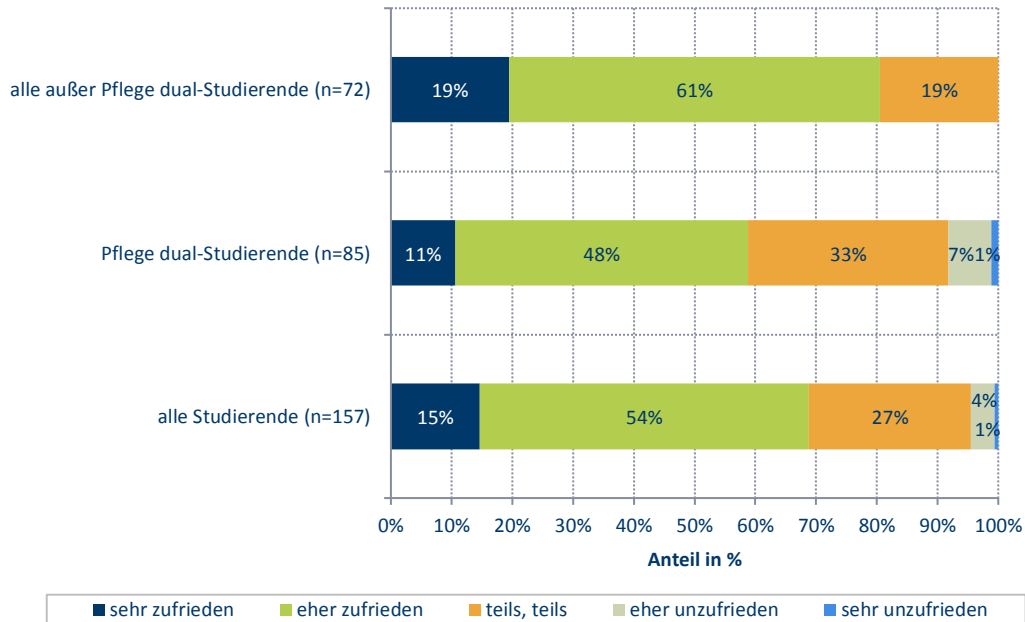
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Hochschulen

Anmerkung: \*Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte

### Zufriedenheit mit dem Studium

Rund 69 % (n = 108) der Studierenden waren insgesamt mit ihrem Studium sehr oder eher zufrieden (Abbildung 74). „Pflege dual“-Studierenden waren insgesamt unzufriedener mit ihrem Studium als Studierenden der anderen Studiengänge: Lediglich rund 59 % (n = 50) der „Pflege dual“-Studierenden war sehr oder eher zufrieden im Vergleich zu 81 % (n = 58) der Studierenden der anderen Studiengänge.

Abbildung 74: Verteilung der Studierenden nach ihrer Zufriedenheit mit dem Studium insgesamt und nach Studiengang (in %), 2018

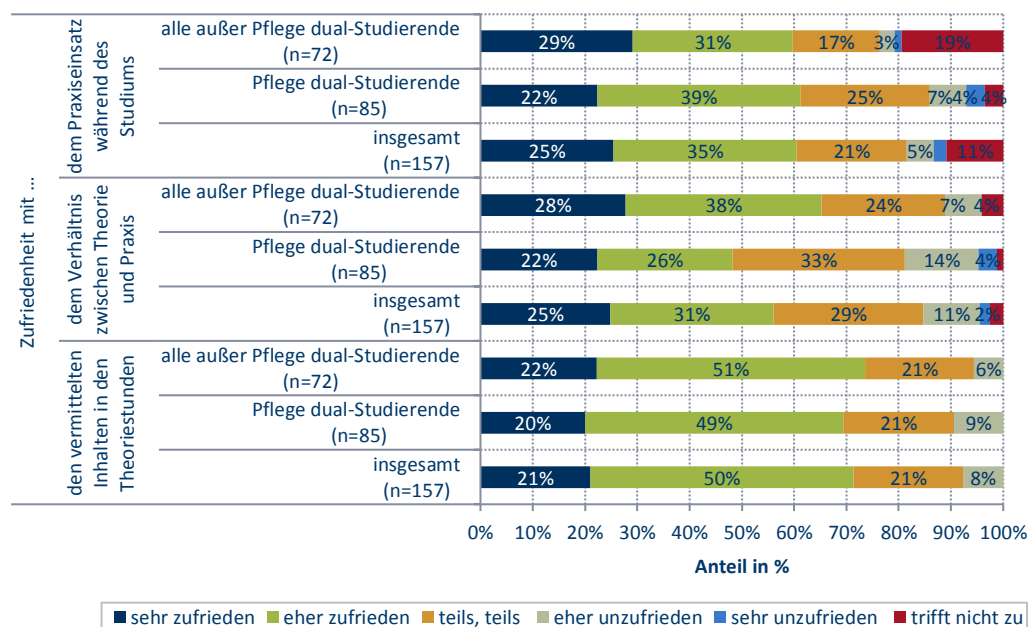


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

„Pflege dual“-Studierende sind insbesondere mit dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis unzufriedener: Rund 18 % (n = 15) der „Pflege-dual“-Studierenden äußerten sich sehr oder eher unzufrieden mit dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis im Vergleich zu rund 7 % (n = 5) bei den Studierenden der anderen Studiengänge (Abbildung 75).



Abbildung 75: Verteilung der Studierenden nach ihrer Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Studiums insgesamt sowie nach Studiengang (in %), 2018



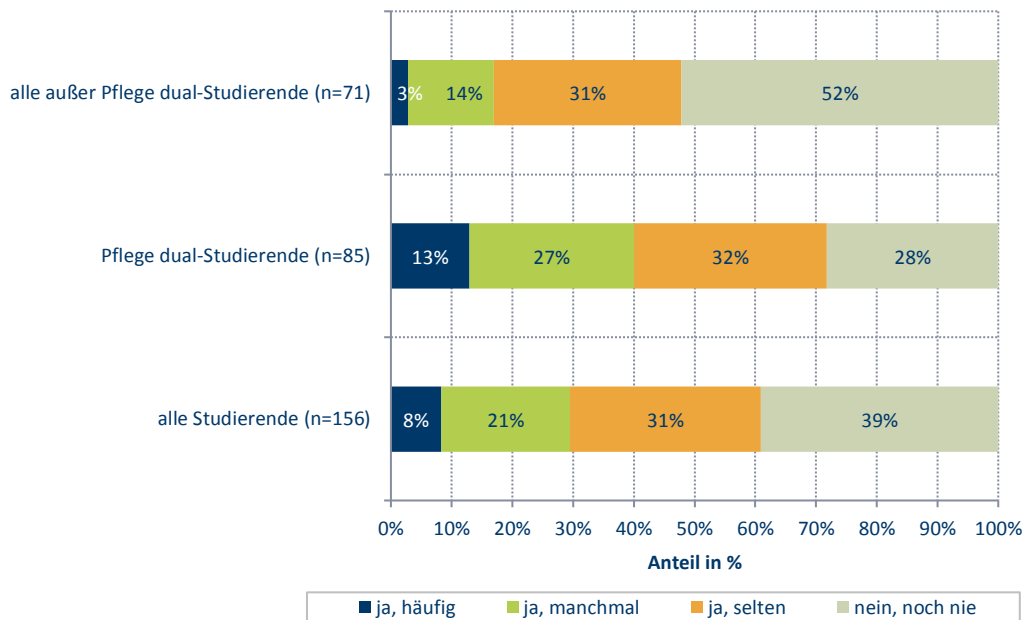
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

### 7.2.4 Studienabbrüche und Gründe

Die Hochschulen wurden nach den Gründen für Studienabbrüche befragt. Von einer Hochschule wurde hierfür die Enttäuschung über die Pflege-Praxis angegeben: Die Studierenden könnten ihre Therapiekennntnisse aus dem Studium kaum anwenden; die Pflege-Praxis sei für BA-Studierende noch immer zu wenig offen eingestellt. Zudem gebe es keine finanzielle Verbesserung nach Abschluss des Bachelors.

Die Studierenden wurden gefragt, ob und wie häufig sie über einen Studienabbruch nachdenken. Rund 8 % (n = 13) der Studierenden dachte häufig, mehr als jeder fünfte (n = 33) manchmal an den Abbruch des Studiums (Abbildung 76). „Pflege dual“-Studierende dachten dabei häufiger an einen Studienabbruch als Studierende der anderen Studiengänge: Während bei den anderen Studiengängen mehr als die Hälfte (52 %, n = 37) der Studierenden noch nie über einen Studienabbruch nachdachte, betrug der entsprechende Anteil bei den „Pflege dual“-Studierenden lediglich rund 28 % (n = 24).

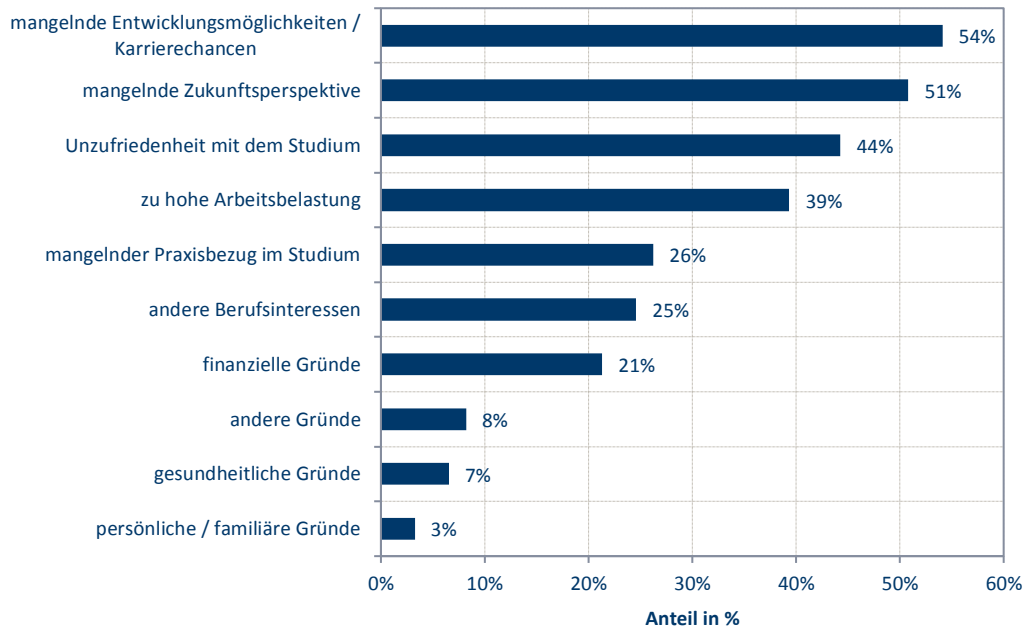
Abbildung 76: Verteilung der Studierenden nach der Häufigkeit des Nachdenkens über einen Abbruch des Studiums sowie nach Studiengang (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Mehr als die Hälfte der „Pflege dual“-Studierenden (54 %, n = 33), die über einen Studienabbruch nachdachten, gaben als Begründung mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Karrierechancen sowie die Unzufriedenheit mit dem Studium an (Abbildung 77). Eine mangelnde Zukunftsperspektive (51 %, n = 31) sowie Unzufriedenheit mit dem Studium (44 %, n= 27) spielten für einen wesentlichen Anteil der „Pflege dual“-Studierenden eine Rolle.

Abbildung 77: Verteilung der „Pflege dual“-Studierenden nach den Gründen für das Nachdenken über einen Abbruch des Studiums (in %), 2018

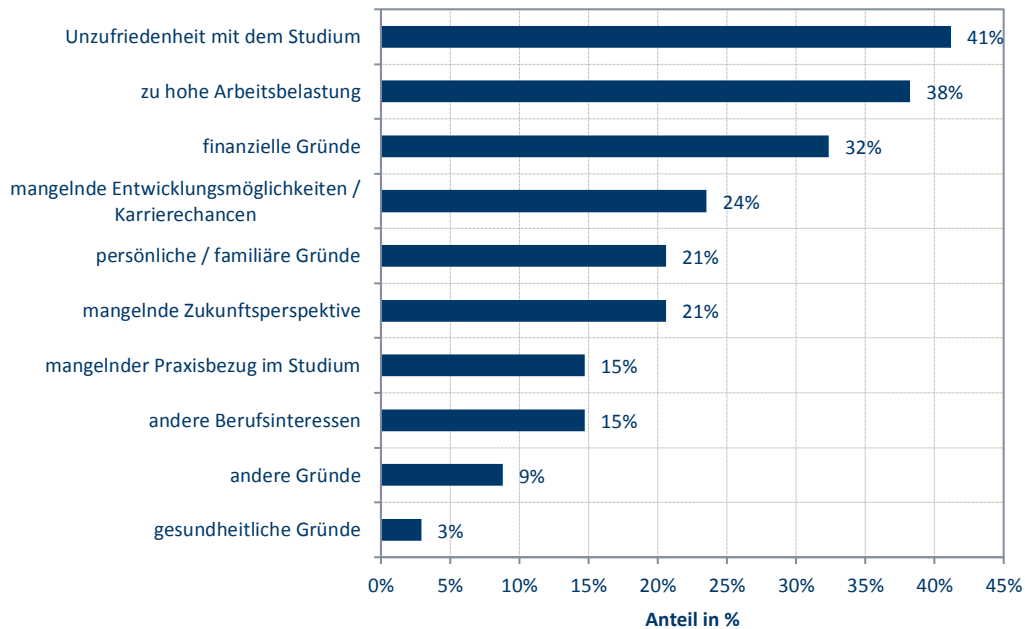


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 61, Mehrfachnennungen waren möglich

Bei den Studierenden anderer Studiengänge war der Hauptgrund für das Nachdenken über einen Abbruch des Studiums die Unzufriedenheit mit dem Studium (41 %, n = 14) (Abbildung 78). Als weitere Faktoren wurden unter anderem die zu hohe Arbeitsbelastung (38 %, n = 13) sowie finanzielle Gründe (32 %, n = 11) angeführt.

Abbildung 78: Verteilung der nicht „Pflege dual“-Studierenden nach den Gründen für das Nachdenken über einen Abbruch des Studiums (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 34, Mehrfachnennungen waren möglich

### 7.2.5 Absolventinnen und Absolventen

Im Wintersemester 2017/2018 gab es 17 Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs „Pflege dual“, im Sommersemester 2017 waren es 49 (Tabelle 36).

Tabelle 36: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen nach Studiengang, Sommersemester 2015 bis Wintersemester 2017/2018

	SS 15	WS 15/16	SS 16	WS 16/17	SS 17	WS 17/18
Pflege dual	40 (n=2)	27 (n=2)	49 (n=2)	32 (n=2)	49 (n=2)	17 (n=2)
Pflege- management	15 (n=1)	20 (n=1)	16 (n=1)	11 (n=1)	12 (n=1)	11 (n=1)
Pflege- pädagogik	13 (n=1)	17 (n=1)	14 (n=1)	9 (n=1)	17 (n=1)	15 (n=1)
Pflegewissen- schaft*	0 (n=1)	0 (n=1)	0 (n=1)	0 (n=1)	2 (n=1)	2 (n=1)

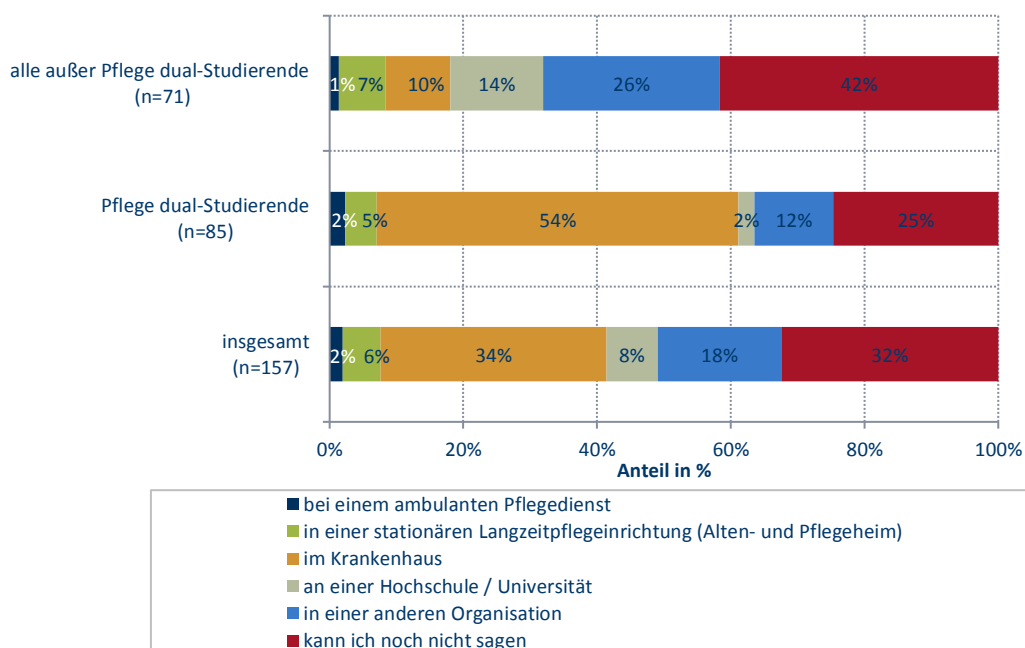
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Hochschulen

Anmerkung: \*Pflegewissenschaft-Innovative Versorgungskonzepte; für den Studiengang Advanced Nursing Practice liegen keine Daten vor.

Ungefähr ein Drittel der Studierenden gab an, nach Abschluss des Studiums in einem Krankenhaus tätig sein zu wollen (34 %, n = 53) (Abbildung 79). Lediglich rund 6 % (n = 9) der Studierenden sahen nach Abschluss des Studiums ihre beruflichen Perspektiven in einer stationären Pflegeeinrichtung und kaum eine Studierende priorisierte eine berufliche Tätigkeit bei einem ambulanten Pflegedienst (2 %, n = 3).

Mehr als die Hälfte der „Pflege dual“-Studierenden tendierten nach Abschluss des Studiums zu einer Tätigkeit im Krankenhaus (54 %, n = 46), während der entsprechende Anteil bei den Studierenden der anderen Studiengänge lediglich rd. 10 % (n = 7) betrug. In den anderen Studiengängen lag der Anteil der noch Unentschlossenen sowie derer, die in einer anderen Organisation arbeiten möchten, jeweils höher als der entsprechende Anteil bei den „Pflege dual“-Studierenden.

Abbildung 79: Verteilung der Studierenden nach präferiertem Bereich der Berufstätigkeit nach Abschluss des Studiums insgesamt sowie nach Studiengang (in %), 2018

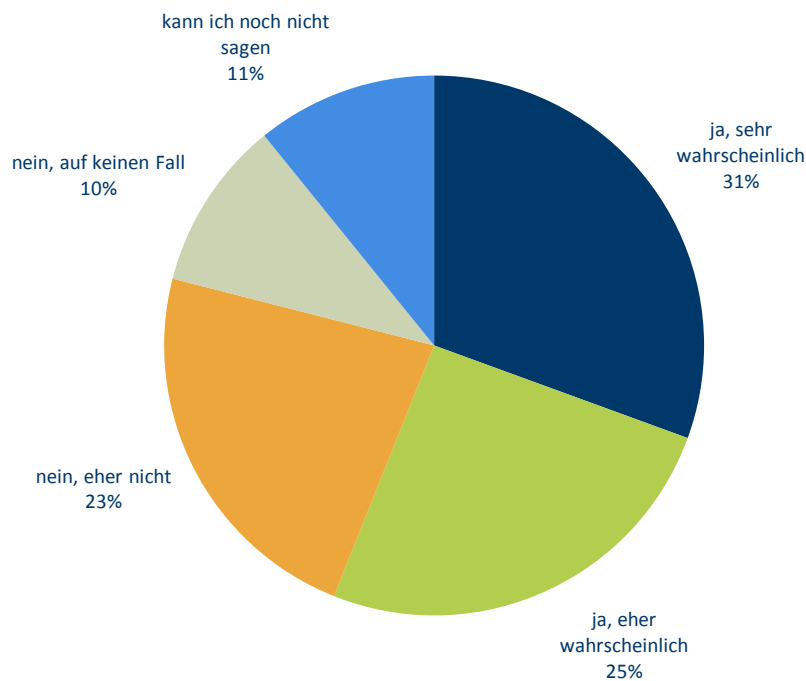


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Gemäß den Befragungsergebnissen möchte mehr als die Hälfte der Studierenden sehr oder eher wahrscheinlich nach Abschluss ihres Studiums in München bleiben (56 %, n = 88) (Abbildung 80). Jeder zehnte Studierende war noch unentschlossen

hinsichtlich des Wohnortes nach dem Abschluss (11 %, n = 17). Ein Drittel der Studierenden gab an, nach Abschluss des Studiums eher nicht oder auf keinen Fall in München bleiben zu wollen (33 %, n = 52).

Abbildung 80: Verteilung der Studierenden nach ihrer Absicht, nach Abschluss des Studiums in München zu bleiben (in %), 2018

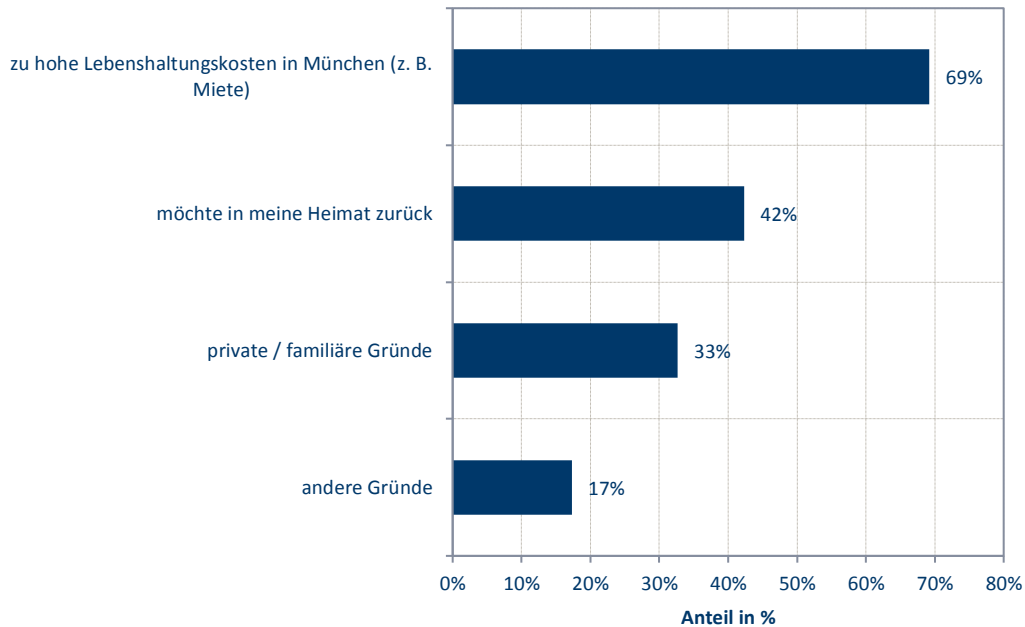


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 157

Die Studierenden, die eher nicht oder auf keinen Fall in München bleiben wollen, wurden gebeten, Gründe für diese Erwägungen zu nennen. Mehr als zwei Drittel der Studierenden führten die zu hohen Lebenshaltungskosten in München als Grund an (69 %, n = 36), gefolgt von dem Wunsch in die Heimat zurückzukehren (42 %, n = 22) sowie privaten bzw. familiären Gründen (33 %, n = 17) (Abbildung 53).

Abbildung 81: Verteilung der Studierenden nach Gründen des Vorhabens nach dem Studium nicht in München bleiben zu wollen (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Studierenden

Anmerkungen: n = 52, Mehrfachnennungen waren möglich

### 7.2.6 Geplante Veränderungen der Studienkapazitäten

Für den Studiengang „Pflege dual“ plant eine Hochschule in den kommenden zwei Jahren keine Veränderung der Studienkapazitäten. Eine Hochschule geht davon aus, dass die geplante Umstellung des Pflege dual-Studiums auf ein grundständiges Studienangebot eine voraussichtliche Reduktion der Studienplätze – in geringem Umfang – erforderlich machen wird.

Damit zukünftig zusätzliche Studierende ausgebildet werden könnten, ist laut einer Hochschule eine auskömmliche Finanzierung der Studienplätze, die eine Erfüllung der Anforderungen gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) und der Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) ermögliche, notwendig. Des Weiteren sei auch eine sichere Finanzierung der Praxisanleitung und Praxisbegleitung in den Einrichtungen erforderlich. Auch die andere Hochschule erwähnte die Notwendigkeit zusätzlicher Kooperationspartnerinnen und -partner in der praktischen Ausbildung. Zudem seien für die Ausbildung von mehr Studierenden Zusagen des Ministeriums hinsichtlich der Stellen und der Räumlichkeiten für die Lehre erforderlich.

Beide Hochschulen erwähnten, dass die derzeitige Situation im grundständigen Bereich unkalkulierbar sei und eine gesetzeskonforme Studiengangsentwicklung derzeit in Bayern mangels Klärung offener Fragen nicht möglich sei. Diesbezüglich

wurden eindeutige Aussagen des Ministeriums hinsichtlich des Pflegereformgesetzes und des Studiums an den Hochschulen in Bayern gefordert. In diesem Zusammenhang wurde auch eine mangelnde Unterstützung des Ministeriums für Gesundheit und Pflege im Hinblick auf die Akademisierung bemängelt.

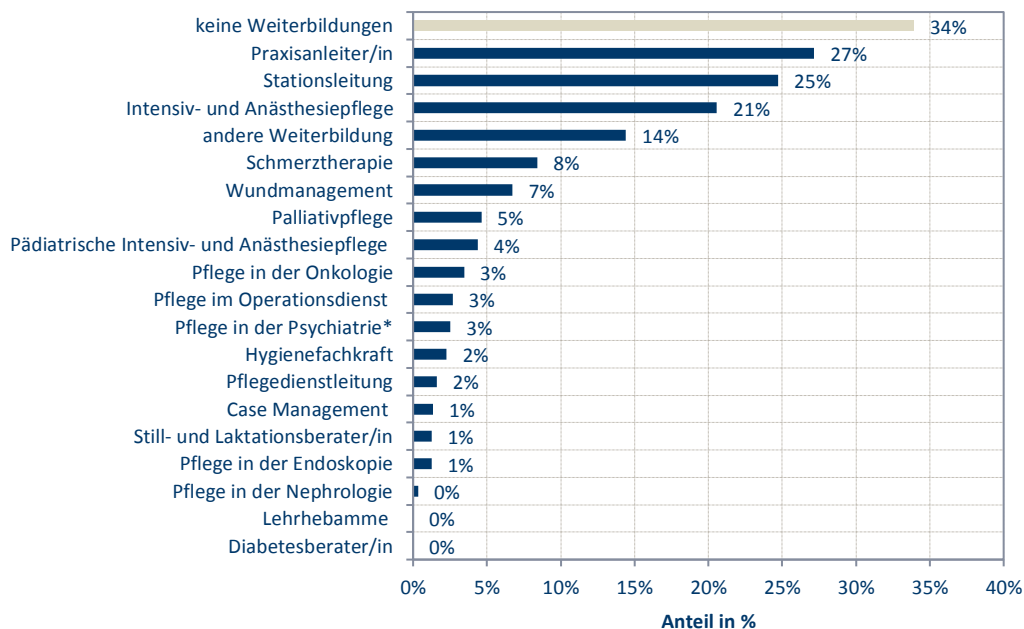
Schließlich wurde von den Hochschulen angemerkt, dass die Arbeitgeber den Wert des Pflege-Bachelors erkennen und die Kenntnisse der Studierenden auch in der Praxis einsetzen sollten.

### 7.3 Stand der Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte

Etwas mehr als ein Drittel (34 %, n = 402) der Pflegekräfte haben keine Weiterbildung abgeschlossen (Abbildung 82). Am häufigsten hatten die Pflegekräfte eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxisanleiter (27 %, n = 322) sowie zur Stationsleitung (25 %, n = 293).

Weitere 13 % (n = 159) der Befragten befanden sich zum Befragungszeitpunkt in Weiterbildung. Mit rd. 3 % (n = 33) der größte Anteil im Bereich der Intensiv- und Anästhesiepflege, rd. 3 % (n=32) war in Weiterbildung zur Stationsleitung.

Abbildung 82: Verteilung der Pflegekräfte nach abgeschlossenen Weiterbildungen (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte

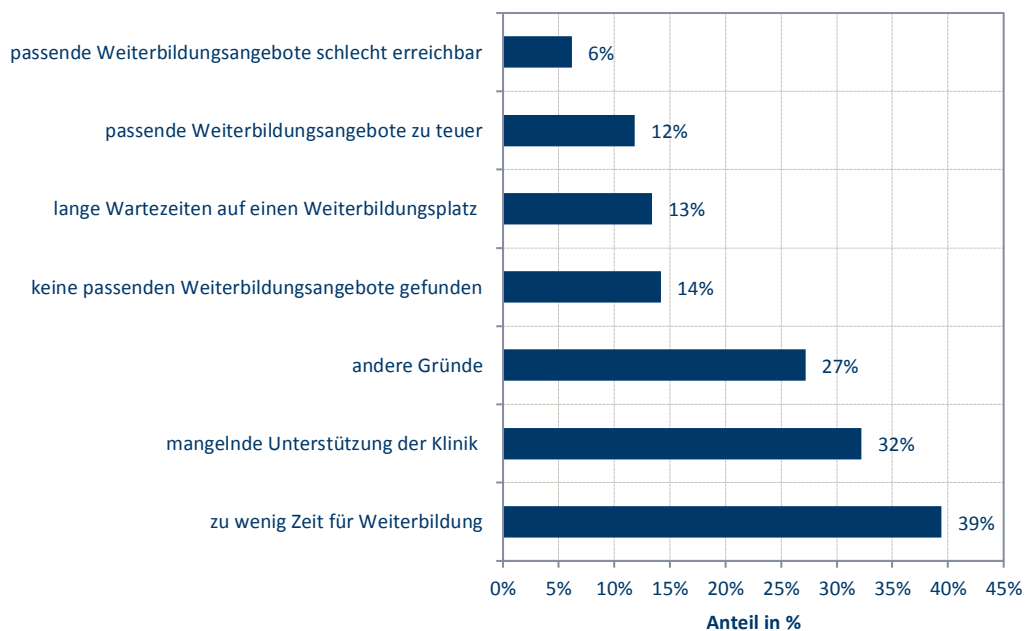
Anmerkungen: n = 1.186; Mehrfachnennungen waren möglich; \*Psychosomatik oder Psychotherapie



Rund 43 % (n = 515) der Pflegekräfte hatte zum Befragungszeitpunkt einen konkreten Weiterbildungswunsch. Rund 6 % (n = 76 bzw. n = 77) wollten sich gerne zur Stationsleitung und zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxisanleiter ausbilden lassen. Weitere 5 % hatten einen Weiterbildungswunsch im Bereich der Intensiv- und Anästhesiepflege (n = 61) sowie Palliativpflege (n = 64).

Die Pflegekräfte nannten als Grund, weshalb trotz Weiterbildungswunsch keine Weiterbildung bislang stattgefunden hat, hauptsächlich zu wenig Zeit für Weiterbildung (39 %, n = 203) sowie mangelnde Unterstützung der Klinik (32 %, n = 166) (Abbildung 83).

Abbildung 83: Verteilung der Pflegekräfte nach den Gründen, weshalb trotz konkretem Weiterbildungswunsch noch keine Weiterbildung absolviert wurde (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Pflegekräfte  
Anmerkungen: n = 515; Mehrfachnennungen waren möglich

## 8. Prognose des Bedarfs und des Angebots an Pflegefachkräften

Aufbauend auf den Befragungsergebnissen werden im Folgenden die Ergebnisse einer Prognose des Bedarfs und des Angebots an Pflegefachkräften in München in den nächsten 10 Jahren vorgestellt.

Demnach werden in den nächsten 10 Jahren in München schätzungsweise 1.711 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie 140 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Kliniken rein altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden (Tabelle 37).<sup>25</sup> Dazu kommen noch die Pflegekräfte, die einen vorzeitigen Berufsausstieg planen. Hierzu wurden die Befragungsergebnisse bezüglich der Frage herangezogen, inwieweit die Pflegekräfte konkret in den nächsten 3 Jahren eine Aufgabe des Berufs planen. Um Doppelzählungen bezüglich des regulären Eintritts in den Ruhestand zu vermeiden, wurde lediglich der Anteil der unter 50-Jährigen zugrunde gelegt, der gemäß eigenen Angaben ganz sicher bzw. eher wahrscheinlich eine Aufgabe der Pfl egetätigkeit plante.<sup>26</sup>

Daraus ergibt sich insgesamt ein Nachbesetzungsbedarf in der Gesundheits- und Krankenpflege von 4.695 Pflegekräften und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 517 Pflegekräften in den Kliniken.<sup>27</sup>

Tabelle 37: Nachbesetzungsbedarf in den nächsten 10 Jahren, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

	Gesundheits- und Kranken- pflege	Gesundheits- und Kinder- krankenpflege
altersbedingtes Ausscheiden	1.711	140
vorzeitige Berufsaufgabe „ganz sicher“	943	124
vorzeitige Berufsaufgabe „eher wahrscheinlich“	2.041	253
<b>insgesamt</b>	<b>4.695</b>	<b>517</b>

Quelle: IGES, eigene Prognose

<sup>25</sup> Aufgrund der geringen Befragungsbeteiligung in den anderen Berufsgruppen wurde hier keine Prognose vorgenommen.

<sup>26</sup> Aus dem Produkt der errechneten Kopfzahl für die Pflegekräfte sowie den Befragungsergebnissen zu der Planung der Aufgabe des Berufs in den nächsten drei Jahren ergibt sich die Anzahl der voraussichtlichen vorzeitigen Berufsaustritte.

<sup>27</sup> Der gesamte Nachbesetzungsbedarf besteht aus der Summe der prognostizierten altersbedingten Berufsaustritte in den nächsten zehn Jahren und dem berechneten Produkt der vorzeitigen Berufsaustritte in den nächsten drei Jahren, die sich wiederum aus den Befragungsergebnissen ergaben.

Demgegenüber steht die voraussichtliche Anzahl des pflegerischen Nachwuchses in München in den nächsten 10 Jahren. Hierzu wurden die Angaben der Berufsfachschulen zur durchschnittlichen Anzahl an Absolventinnen und Absolventen in den letzten 3 Jahren zugrunde gelegt. Für die Berufsfachschulen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, wurde die durchschnittliche Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Berufsfachschulen zugrunde gelegt, die sich an der Befragung beteiligt haben. So sind in den nächsten 10 Jahren insgesamt 3.420 Absolventinnen und Absolventen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 520 Absolventinnen und Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erwarten (Tabelle 38). Allerdings gaben im Rahmen der Befragung der Schülerinnen und Schüler rd. 24 % im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege an, dass sie nach Abschluss der Ausbildung ganz sicher bzw. eher nicht in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten möchten. Abzüglich dieser Absolventinnen und Absolventen ergibt sich eine Gesamtzahl an pflegerischem Nachwuchs in Höhe von 2.589 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern sowie 394 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern.

Tabelle 38: Pflegerische Nachwuchs in den nächsten 10 Jahren, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

	Gesundheits- und Kranken- pflege	Gesundheits- und Kinder- krankenpflege
Anzahl der Absolventinnen und Absolventen	3.420	520
Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sicher nicht im Beruf arbeiten möchten	277	42
Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die eher nicht im Pflegeberuf arbeiten möchten	554	84
<b>Anzahl der Absolventinnen und Absolventen, die im Beruf arbeiten möchten</b>	<b>2.589</b>	<b>394</b>

Quelle: IGES, eigene Prognose

Sowohl im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege als auch im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird der Nachwuchs in den nächsten 10 Jahren voraussichtlich nicht ausreichen, den Nachbesetzungsbedarf (Eintritte in den Ruhestand sowie vorzeitige Berufsaufgaben) zu decken.

Nicht nur der künftige Nachbesetzungsbedarf ist jedoch bedeutsam, sondern auch die Entwicklung des Pflegebedarfs in den Krankenhäusern. Dieser ist wesentlich von der Bevölkerungsentwicklung in München und seinem Einzugsgebiet sowie der Altersstruktur der Bevölkerung abhängig. Gemäß der in Kapitel 3 vorgestellten

Prognose wird die Bevölkerung in München bis zum Jahr 2035 nicht nur um rund ein Fünftel steigen, sondern im Durchschnitt auch etwas älter werden. Darüber hinaus wird mit einem Geburtenanstieg gerechnet. All dies spricht bei gleichbleibender altersspezifischer Krankenhaushäufigkeit dafür, dass – wie auch von der Mehrheit der Kliniken erwartet – der Pflegebedarf in den Krankenhäusern Münchens deutlich ansteigen wird.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) zu einem zusätzlichen Pflegepersonalbedarf in nicht genau bezifferbarem Umfang führen wird.

---

## 9. Zusammenfassung

### 9.1 Hintergrund und Ziele

In der Landeshauptstadt München gibt es einen von Pflegedirektorinnen und -direktoren bestätigten Mangel an Pflegefachkräften. Es wird befürchtet, dass sich dieser Mangel zukünftig noch weiter verschärfen wird. Vor diesem Hintergrund wurde von der Landeshauptstadt München ein „Runder Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“ eingerichtet. Da es bislang keine umfassende und systematische Analyse der Situation in der Pflege und der Geburtshilfe (Hebammen) in den Münchner Krankenhäusern gibt, wurde das IGES Institut beauftragt, diese Analyse auf Basis einer vom Runden Tisch zusammengestellten Liste mit Untersuchungsfragen durchzuführen.

Das Ziel der Studie ist eine systematische Bestandsaufnahme der Situation der Pflege und der Geburtshilfe (Hebammen) an den Münchner Krankenhäusern. Die derzeitige Pflege- und Hebammensituation sowie der Bedarf an Pflegekräften in den kommenden 10 Jahren soll eingeschätzt werden. Des Weiteren sollen die bekannten sowie zukünftig zu erwartenden Versorgungsprobleme in der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) an den Münchner Kliniken identifiziert werden.

### 9.2 Methodisches Vorgehen

Methodisch stützt sich die Studie auf drei Ansätze: 1) eine Auswertung der vorhandenen Sekundärdaten (insbesondere SQB-Daten); 2) Datenerhebungen in Form von quantitativen Personenbefragungen (unter Pflegekräften und Hebammen an den Münchner Kliniken, Schülerinnen und Schülern an den Münchner Berufsfachschulen sowie Studierenden in Pflegestudiengängen an den Münchner Hochschulen) sowie von Einrichtungsbefragungen (Münchner Kliniken, Berufsfachschulen und Hochschulen); 3) qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten.

Für die Befragung der Pflegekräfte und Hebammen lag an 17 (von 52) Krankenhausstandorten eine Genehmigung zur Durchführung der Befragung vor. Beteiligt haben sich insgesamt 1.229 Pflegekräfte und 32 Hebammen. Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger beträgt die Rücklaufquote schätzungsweise rd. 30 %, für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger rd. 18 %. Für die anderen Gruppen sind aufgrund einer geringen Fallzahl in der Stichprobe keine separaten Auswertungen möglich.

An der Befragung der Schülerinnen und Schüler haben sich 307 Schülerinnen und Schüler beteiligt, darunter 160 Schülerinnen und Schüler der Altenpflege (geschätzte Rücklaufquote von rd. 21 %) sowie 99 Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege (geschätzte Rücklaufquote von rd. 16 %). Aus den anderen Ausbildungsberufen haben sich insgesamt lediglich 48 Schülerinnen und Schüler beteiligt, so dass die Ergebnisse für diese Bereiche nicht separat ausgewertet wurden.

Von den Studierenden haben 156 an der Befragung teilgenommen, davon 85 aus dem Studiengang „Pfleger dual“. Die geschätzte Rücklaufquote liegt für diesen Studiengang damit bei rd. 17 %. Die Rücklaufquoten in den anderen Studiengängen liegen zwischen 20 % (Pflegerpädagogik) und 77 % (Advanced Nursing Practice), allerdings gibt es in diesen Fächern nur wenige Studierende, so dass für diese Studiengänge keine separaten Auswertungen durchgeführt wurden.

An der Befragung der Münchner Kliniken haben sich 16 der 52 Klinikstandorte beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 31 %. Die beteiligten Krankenhausstandorte repräsentieren knapp die Hälfte der Münchner Krankenhausbetten (48 %) sowie vollstationären Fallzahlen (46 %). Allerdings haben sich an der Befragung Krankenhausstandorte in öffentlicher Trägerschaft überproportional beteiligt, Krankenhausstandorte in privater Trägerschaft dagegen unterproportional (im Vergleich zu den Anteilen öffentlicher und privater Krankenhausstandorte in der Grundgesamtheit).

An der Befragung der Berufsfachschulen haben sich 13 von 21 Berufsfachschulen beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rd. 62 %. Für die Studie konnten zudem alle zwei Hochschulen in München mit Pflegestudiengängen befragt werden.

Die Prognose des künftigen Bedarfs an Pflegekräften in Münchener Krankenhäusern fokussiert sich im Wesentlichen darauf, in welchem Umfang die freiwerdenden Stellen von aus dem Beruf aussteigenden Pflegefachkräften in den nächsten Jahren durch Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen nachbesetzt werden können.

Zur Klärung offener Fragen zur Ausbildungssituationen wurden Gespräche mit Expertinnen geführt.

## **9.3 Wesentlichen Ergebnisse der Studie**

### **9.3.1 Struktur der Münchner Kliniken**

Im München gibt es 52 Krankenhausstandorte mit insgesamt 11.323 Betten. Knapp die Hälfte der Krankenhausstandorte befindet sich in privater Trägerschaft, rd. 23 % in öffentlicher Trägerschaft. Die Krankenhausstandorte haben im Jahr 2016 insgesamt 487.161 vollstationäre Fälle behandelt. Acht Standorte hatten mehr als 20.000 vollstationäre Fälle zu verzeichnen, 18 weniger als 3.000.

An zehn Krankenhausstandorten wird Geburtshilfe angeboten. Insgesamt wurden im Jahr 2017 an diesen Standorten 22.394 Geburten betreut. Zwei Standorte betreuten weniger als 1.000 Geburten im Jahr, drei Standorte mehr als 2.500 Geburten.

### 9.3.2 Personalsituation an den Münchner Kliniken

#### Personalstruktur und Vakanzen

Sekundärdaten zur Personalsituation in der Pflege und Geburtshilfe (Hebammen) sind lediglich den SQB-Daten zu entnehmen. Gemäß diesen gab es im Jahr 2016 an den Münchner Kliniken knapp 8.000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (in Vollzeitäquivalenten) sowie 932 (VZÄ) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Eine Personenzahl wird in den SQB-Daten nicht berichtet.

Gemäß der Krankenhausbefragung entsprach ein Vollzeitäquivalent in der Gesundheits- und Krankenpflege durchschnittlich 1,26 Personen, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 1,32. Bei den angestellten Hebammen lag das Verhältnis mit 1,47 (mit Ausnahme derer ohne Ausbildung) am höchsten, in der Altenpflege mit 1,08 am niedrigsten.

Bei den Befragungsteilnehmern lag die Teilzeitquote bei rd. 33 %. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern war sie mit rd. 30 % etwas niedriger, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern mit rd. 44 % dagegen höher. Als Hauptgründe für eine Beschäftigung in Teilzeit wurden familiäre Gründe sowie eine zu hohe Arbeitsbelastung angegeben. Als Hauptfaktor, der dazu beitragen könnten, dass die Pflegekräfte und Hebammen ihr reguläres Arbeitspensum erhöhen, wurde von mehr als zwei Drittel der Teilzeitbeschäftigten eine bessere Vergütung genannt. Weniger Überstunden sowie eine flexiblere Dienstplangestaltung wären für mehr als ein Drittel der Teilzeitbeschäftigten relevante Faktoren.

Durchschnittlich waren 84 % der Pflegekräfte und Hebammen an den befragten Klinikstandorten weiblich.

Etwas mehr als ein Drittel der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in den beteiligten Klinikstandorten war mindestens 50 Jahre alt. Anästhesietechnische und operationstechnische Assistentinnen und Assistenten waren durchschnittlich am jüngsten.

Befristete Verträge waren vergleichsweise selten: Durchschnittlich waren in den beteiligten Krankenhausstandorten rd. 5 % aller Verträge mit Pflegekräften bzw. Hebammen befristet, dabei war der Anteil der befristeten Verträge in der Gruppe der Beschäftigten ohne Ausbildung mit 59 % überproportional hoch. Als Hauptgründe für eine Befristung wurde von den Krankenhausstandorten die Unsicherheit über die Qualifikation des Personals sowie der eigene Wunsch der Beschäftigten angegeben.

Zehn von 14 Krankenhausstandorte beschäftigten im Jahr 2017 Leiharbeitskräfte. Dies betraf mit Ausnahme der Hebammen und der anästhesietechnischen Assistenz alle Bereiche. Als Grund für den Einsatz von Leiharbeitskräfte wurde – mit einer Ausnahme – von allen Kliniken die Schwierigkeit, vakante Stellen zu besetzen,

benannt. Zusätzlich dient der Einsatz von Leiharbeitskräften der Abfederung von kurzfristigen Engpässen.

An den beteiligten Krankenhausstandorten waren rd. 5 % der Planstellen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und rd. 4 % der Planstellen im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zum Stichtag am 01.01.2018 vakant.

Am längsten dauerte eine Stellenbesetzung nach Einschätzung der Klinikstandorte im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der operationstechnischen Assistenz mit durchschnittlich rund 5,9 Monaten. Darauf folgte der Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege mit durchschnittlich 5 Monaten. Am schnellsten ging eine Stellenbesetzung für die Kranken- und Altenpflegehilfe mit durchschnittlich rd. 2,4 Monaten.

Die Möglichkeit, Stellen zu besetzen, wurde von den Klinikstandorten – mit Ausnahme der Kranken- oder Altenpflegehilfe sowie der Beleghebammen – mit großer Mehrheit als (sehr) schwierig eingestuft.

Mit Ausnahme der Kranken- oder Altenpflegehilfe, der Pflegekräfte mit einem „Pflege dual“-Abschluss sowie der Hebammen, gaben die Klinikstandorte mehrheitlich an, dass sich die Möglichkeit, vakante Stellen zu besetzen, in den letzten 5 Jahren (stark) verschlechtert hat – insbesondere im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

In der Befragung der Pflegekräfte gaben rd. drei Viertel an, dass auf ihrer Station offene Stellen über einen längeren Zeitraum nicht besetzt wurden. Dies betraf insbesondere die Intensivstationen (81 %). Zusätzlich wurden bei rd. einem Drittel im letzten Jahr Personalstellen abgebaut.

Der Krankenstand der Pflegekräfte war gegenüber den übrigen Beschäftigten in den Krankenhäusern überdurchschnittlich hoch.

### **Betreuungsverhältnis**

Gemäß den Angaben der Klinikleitungen in der Krankenhausbefragung wurden unter der Woche in einer Frühschicht durchschnittlich 9,1 und in einer Spätschicht durchschnittlich 11,0 Patientinnen und Patienten je Pflegekraft mit mindestens 3-jähriger Ausbildung versorgt. In der Nachtschicht war eine Pflegekraft für durchschnittlich 22 Patientinnen und Patienten verantwortlich.

Beträchtliche Unterschiede gab es dabei zwischen den einzelnen Stationen: Auf Intensivstationen (Chirurgie) entfielen auf eine Pflegekraft in der Früh- und Spätschicht durchschnittlich 2,3 Patientinnen und Patienten, in der Nachtschicht 2,6. Die meisten Patientinnen und Patienten je Pflegekraft gab es in der Frühschicht in der Zentralen Notaufnahme (14,5), der Viszeralchirurgie (11,3), der Unfallchirurgie (11,1) sowie der Endokrinologie / Diabetologie (11,0), in der Nachtschicht in der Gastroenterologie (31,3), Endokrinologie / Diabetologie (30,0), Kardiologie (26,4) sowie Pneumologie (26,3).

Die Klinikstandorte gaben mehrheitlich an, dass eine Pflegekraft innerhalb der letzten 5 Jahre durchschnittlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen musste,



insbesondere auf den Allgemeinstationen sowie in den Funktionsbereichen. Zusätzlich stellten die Klinikstandorte einen steigenden Pflegeaufwand je Patientin bzw. je Patient in den letzten 5 Jahren fest, und zwar gleichermaßen für Allgemeinstationen, Funktionsbereiche sowie Intensivstationen.

Die befragten Pflegekräfte, die auf Allgemeinstationen im operativen Bereich tätig waren, gaben an, in der Frühschicht durchschnittlich für 9,0, in der Spätschicht früh 13,2 und in der Nachtschicht für 23,2 Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. Im konservativen Bereich der Allgemeinstation lagen die Werte durchschnittlich etwas höher. Auf den Intensivstationen waren die Pflegekräfte gemäß eigener Angaben in der Frühschicht für 2,4, in der Spätschicht für 2,9 und in der Nachtschicht für 3,4 Patientinnen und Patienten zuständig.

Zudem gaben knapp ein Drittel der befragten Pflegekräfte an, in der Nacht alleine (d. h. ohne anderes nicht-ärztliches Personal) für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen.

### **Arbeitsbelastung der Pflegekräfte**

Die befragten Pflegekräfte leisteten durchschnittlich 15,8 Überstunden je Monat. Als Begründung für Überstunden wurde von den Krankenhausstandorten hauptsächlich Krankheitsausfälle sowie nicht besetzte Stellen angeführt. Die Hälfte der Pflegekräfte konnte geleistete Überstunden nicht zeitnah, d. h. innerhalb von 8 Wochen, wieder abbauen; dies betraf insbesondere Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung sowie in leitender Funktion.

Mehr als zwei Drittel der Pflegekräfte konnte zudem im letzten Jahr ihre Pausenzeiten nicht außerhalb der Station verbringen; dies galt insbesondere für Pflegekräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig waren. Gesetzliche bzw. tarifliche Pausenzeiten konnten von einem guten Drittel der Pflegekräfte oft oder immer eingehalten werden, von rund einem Drittel jedoch auch selten oder nie. Letzteres betraf überproportional stark die Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung. Zusätzlich musste mehr als die Hälfte der Pflegekräfte oft oder immer außerplanmäßig für Kolleginnen und Kollegen einspringen.

Die durchschnittliche tägliche Arbeitsbelastung der Pflegekräfte ist gemäß ihrer eigenen Einschätzung in den letzten 2 Jahren für rd. 25 % angestiegen, für weitere rd. 60 % sogar stark angestiegen.

Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte hatte zudem das Gefühl, nicht genug Zeit zu haben, um die Patientinnen und Patienten so zu betreuen, wie sie es für richtig bzw. notwendig halten.

### **Zufriedenheit der Pflegekräfte**

Die Pflegekräfte waren insbesondere mit ihrem Einkommen, der Anerkennung für die Tätigkeit sowie der Arbeitsbelastung unzufrieden. Eher (oder sehr) zufrieden waren sie dagegen mit den Arbeitszeiten, der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst sowie den Weiterbildungsmöglichkeiten.

---

### **Zukunftspläne der Pflegekräfte**

Mehr als ein Drittel der Pflegekräfte dachte im Laufe des letzten Jahres sehr oft oder oft daran, den Beruf ganz aufzugeben und eine andere Tätigkeit zu ergreifen. Ein etwa gleich großer Anteil erwägt oft oder sehr oft, sich nach einer anderen Stelle in der Pflege in München umzusehen. Seltener dachten die Pflegekräfte daran, eine Tätigkeit im Ausland aufzunehmen – für mehr als die Hälfte kam diese Option gedanklich nie in Betracht. Gründe für die Gedanken an eine Berufsaufgabe oder auch einen Stellenwechsel waren hauptsächlich ein zu geringes Einkommen, eine zu hohe Arbeitsbelastung, zu hohe Lebenshaltungskosten in München, die Unzufriedenheit mit der mangelnden Anerkennung bei der Arbeit sowie das Gefühl, die Patientinnen und Patienten nicht mehr adäquat versorgen zu können. Eine konkrete Aufgabe der Pfl egetätigkeit in den nächsten 3 Jahren plante rd. jede zehnte Befragte ganz sicher, knapp jeder fünfte sehr wahrscheinlich.

### **9.3.3 Ausbildungssituation an den Berufsfachschulen**

#### **Bewerbungssituation**

Die Anzahl der Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz lag in den letzten 5 Jahren an allen Berufsfachschulen und in allen Ausbildungsbereichen um ein Vielfaches höher als die Anzahl der Ausbildungsplätze. Dies ist jedoch primär, darauf zurückzuführen, dass viele Bewerber sich an mehreren Schulen bewerben.

Ungefähr 14 % der Schülerinnen und Schüler bewarb sich auch auf einen Ausbildungsplatz außerhalb der Pflege / der Hebammenhilfe. Bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege bewarben sich zudem rd. 20 % auf einen Studienplatz im Gesundheitswesen, bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege lediglich rd. 10 %.

Die große Mehrheit der Schülerinnen und Schüler (82 %) bewarb sich ausschließlich in München und Umgebung. Die Nähe zum Heimatort und zur Familie bzw. zum Lebenspartner waren die von den Schülerinnen und Schülern am häufigsten genannten Gründe für die Entscheidung für eine Ausbildung in München.

Rund drei Viertel der Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege beurteilte es als sehr oder eher einfach, einen Ausbildungsplatz zu finden; bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich Altenpflege waren es rund die Hälfte.

In den letzten 10 Jahren sind die Bewerberzahlen in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebammen und Entbindungspflege sowie Pflegefachhilfe (Altenpflege) tendenziell zurückgegangen. Die Berufsfachschulen urteilten zudem, dass sich die Kompetenzen, die für eine erfolgreiche Ausbildung notwendig sind, bei den Bewerberinnen und Bewerbern in den letzten 10 Jahren verschlechtert haben, insbesondere im Hinblick auf die Sprachkompetenz.

---

Die Auslastung der Schulen ist, so die Rückmeldungen in den Expertengesprächen, hoch und beträgt regelmäßig deutlich über 90 %. Eine Reihe von Bewerbern springt noch vor Ausbildungsbeginn ab, wenn sich die Bewerber für einen spezifischen Ausbildungsplatz entscheiden.

### **Zufriedenheit mit der Ausbildung**

Knapp drei Viertel (71 %) der Schülerinnen und Schüler waren mit der Ausbildung insgesamt zufrieden. Schülerinnen und Schüler der Altenpflege waren zufriedener als Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege. Am unzufriedensten waren die Schülerinnen und Schüler, insbesondere im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, mit der Praxisanleitung: rd. ein Drittel der Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege war damit eher oder sehr unzufrieden. Als mögliche Gründe für diese Unzufriedenheit konnten in den Expertengesprächen zum Teil fehlende und überlastete Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter und die Überforderung der Auszubildenden mit Aufgaben, für die sie noch nicht qualifiziert sind, identifiziert werden. Zum Teil wurde von den Schulleitungen auch ein Mangel an Lehrkräften konstatiert, der ebenfalls zur Unzufriedenheit der Auszubildenden beitragen könnte. Insgesamt sei die Zufriedenheit der Auszubildenden mit der theoretischen Ausbildung jedoch hoch.

### **Ausbildungsabbrüche**

Knapp die Hälfte der Schülerinnen und Schüler hat schon einmal über einen Abbruch der Ausbildung nachgedacht, die Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege dabei häufiger als die Schülerinnen und Schüler im Bereich der Altenpflege. Als Hauptgründe für die Gedanken an einen Ausbildungsabbruch wurde eine zu hohe Arbeitsbelastung sowie die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen angegeben. Weiterhin nannte rund ein Drittel die Unzufriedenheit mit den Praxiseinsätzen, die Unzufriedenheit mit der Aufnahme ins Team bei den Praxiseinsätzen sowie die Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten.

Aus Sicht der Schulen gibt es die ersten Abbrüche schon unmittelbar nach Ausbildungsbeginn, wenn einige der Auszubildenden noch eine Zusage für einen Studienplatz bekommen. Weitere Auszubildende scheidet schon während der Probezeit aus, u. a., weil sich vor Ausbildungsbeginn ein falsches Bild von dem Beruf und den Arbeitsbedingungen gemacht haben oder mit der Ausbildung insgesamt überfordert sind. Spätere Abbrüche werden v. a. auf die schlechten Arbeitsbedingungen im Praxiseinsatz zurückgeführt.

### **Zukunftspläne der Absolventinnen und Absolventen**

Knapp 80 % der Schülerinnen und Schüler plante zum Befragungszeitpunkt nach dem Ende der Ausbildung sehr oder eher wahrscheinlich im Ausbildungsberuf arbeiten zu wollen. Bei den Schülerinnen und Schüler im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege lag dieser Anteil mit rd. 71 % etwas niedriger, bei den Schülerinnen und Schülern im Bereich der Altenpflege mit rd. 88 % etwas höher. Als

Gründe dafür, nach dem Abschluss der Ausbildung nicht im Ausbildungsberuf arbeiten zu wollen, wurde hauptsächlich die Unzufriedenheit mit den Verdienstmöglichkeiten sowie mit den Arbeitsbedingungen angegeben.

Knapp drei Viertel der Schülerinnen und Schüler gaben an, nach dem Ende der Ausbildung in München bleiben zu wollen. Für einen Wegzug aus München wurden in erster Linie die zu hohen Lebenshaltungskosten angegeben.

Rund 40 % der Schülerinnen und Schüler plante sehr oder eher wahrscheinlich nach dem Ende der Ausbildung die Aufnahme eines Studiums.

### **9.3.4 Ausbildungssituation an den Hochschulen**

Zwei Hochschulen in München bieten Studiengänge im Bereich der Pflege an, darunter „Pflege dual“, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaften – Innovative Versorgungskonzepte sowie Advanced Nursing Practice.

#### **Bewerbungssituation**

Gemäß einer Hochschule ging die Anzahl der Bewerbungen für den Studiengang „Pflege dual“ in den letzten zehn Jahren zurück. Für die anderen Studiengänge gab es keine Bewertung der Hochschulen.

#### **Zufriedenheit mit dem Studium**

Knapp 70 % der Studierenden sind mit ihrem Studium sehr oder eher zufrieden. „Pflege dual“-Studierende sind zu einem geringeren Anteil zufrieden (59 %) als Studierende der anderen Studiengänge (81 %). Insbesondere sind „Pflege dual“-Studierende mit dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis unzufriedener als die Studierenden der anderen Studiengänge.

#### **Gedanken an einen Abbruch des Studiums**

Rund 8 % der Studierenden dachten häufig, mehr als 20 % manchmal an den Abbruch des Studiums. „Pflege dual“-Studierende dachten häufiger an einen Studienabbruch als die Studierenden der anderen Studiengänge. Als Begründung für die Gedanken an einen Studienabbruch wurden von jeweils rd. 43 % der Studierenden mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Karrierechancen sowie die Unzufriedenheit mit dem Studium angegeben. Für jeweils rund 40 % spielte eine mangelnde Zukunftsperspektive sowie eine zu hohe Arbeitsbelastung eine Rolle.

#### **Zukunftspläne nach dem Studium**

Ungefähr ein Drittel der Studierenden gab an, nach Abschluss des Studiums in einem Krankenhaus tätig sein zu wollen – bei den Pflege dual-Studierenden betrug der entsprechende Anteil rund 54 %. Des Weiteren wollten zum Befragungszeitpunkt mehr als die Hälfte der Studierenden sehr oder eher wahrscheinlich in München bleiben. Als Hauptgrund nicht in München bleiben zu wollen, führten die Studierenden – wie auch schon die Schülerinnen und Schüler – die hohen Lebenshaltungskosten in München an.

### **Prognose des künftigen Bedarfs an Pflegekräften**

Der Bedarf an Pflegekräften in Münchner Krankenhäusern hängt im Wesentlichen ab vom Bedarf im Status Quo und von dem durch künftige Entwicklungen verursachten Bedarf. Schon im Status Quo zeigt sich, dass zusätzliche Pflegekräfte notwendig sind, um die Arbeitsüberlastung der Pflegekräfte zu reduzieren und Überstunden abzubauen. Die künftige Bedarfsentwicklung hängt insbesondere ab von dem Nachbesetzungsbedarf aufgrund aus dem Beruf aussteigender Pflegekräfte und der Entwicklung des Pflegebedarfs. Grundsätzlich reicht die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen in den nächsten 10 Jahren aus, um bei gleichbleibendem Pflegebedarf den Nachbesetzungsbedarf durch ein altersbedingtes Ausscheiden von Pflegekräften zu kompensieren. Berücksichtigt man, dass ein Teil der Pflegekräfte ihren Beruf ganz sicher vorzeitig aufgeben will und es Absolventinnen und Absolventen gibt, die sicher nicht in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten möchten, geht der Personalüberschuss schon deutlich zurück. Würden auch die Pflegekräfte in den nächsten Jahren vorzeitig aus dem Beruf aussteigen, die diesen Ausstieg zum gegenwärtigen Zeitpunkt zumindest für eher wahrscheinlich halten und gleichzeitig nur die Absolventinnen und Absolventen in den Beruf einsteigen, die ganz sicher als Pflegekraft arbeiten wollen, könnte der Nachbesetzungsbedarf mit den momentan absehbar nachrückenden Pflegekräften bei weitem nicht gedeckt werden kann. Geht man –aufgrund des demographischen Wandels – bei gleichbleibender altersspezifischer Krankenhaushäufigkeit von einem steigenden Krankenhausbehandlungsbedarf in den nächsten Jahren aus, werden über den Nachbesetzungsbedarf hinaus noch zusätzliche Pflegekräfte in den Krankenhäusern benötigt.

### **9.4 Bewertung der Ergebnisse**

An den Münchner Kliniken besteht ein Mangel an Pflegefachkräften und Hebammen: diese Einschätzung teilen sowohl die Klinikleitungen als auch die Pflegekräfte und Hebammen. Für den Mangel gibt es eine Vielzahl von Indizien, u. a.

- ◆ die Schwierigkeit, vakante Stellen wieder zu besetzen,
  - ◆ der Einsatz von Leiharbeitskräften,
  - ◆ die hohe Zahl von Überstunden,
  - ◆ die hohe Anzahl der von einer Pflegekraft zu betreuenden Patientinnen und Patienten,
  - ◆ der Anstieg der Arbeitsbelastung in den letzten Jahren ohne entsprechenden Stellenaufbau,
  - ◆ der hohe Krankenstand,
-

- ◆ die Überforderung und Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation aufgrund einer Effort-Reward-Imbalance<sup>28</sup> und
- ◆ die Gedanken an eine (vorzeitige) Berufsaufgabe

Diese Ergebnisse für Münchner Krankenhäuser decken sich grundsätzlich mit anderen Studien zur Situation der Pflege in Deutschland insgesamt, etwa zur Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit, zum Mangel an Pflegekräften und dem Betreuungsschlüssel<sup>29</sup>, zum erhöhten Krankenstand<sup>30</sup> und dem vorzeitigen Berufsausstieg.<sup>31</sup>

Die Befragungen der Schülerinnen und Schüler sowie der Berufsfachschulen zeigt jedoch auch: Die Probleme beginnen nicht erst mit dem Einstieg der Pflegekräfte in das Berufsleben, sondern schon während der Ausbildung. Zwar gibt es noch immer genug Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildungs- und Studienplätze in der Pflege, was für eine grundsätzliche Attraktivität des Berufsfeldes spricht. Insbesondere die hohe Belastung in der praktischen Ausbildung und Mängel in der Praxisanleitung wegen fehlender oder überlasteter Praxisanleiterinnen führen jedoch dazu, dass ein erheblicher Teil der Auszubildenden nicht vorhat, nach dem Abschluss ihrer Ausbildung im Pflegeberuf zu arbeiten. Die schon heute zum Teil bestehende mangelnde Eignung der Auszubildenden (sowohl im Hinblick auf die sprachlichen Fähigkeiten als auch auf die schulische Bildung insgesamt) könnte sich

---

<sup>28</sup> Die Effort-Reward-Imbalance bezeichnet ein Ungleichgewicht zwischen dem wahrgenommenen eigenen Aufwand bzw. der eigenen Arbeitsleistung als Arbeitnehmer/-in und der wahrgenommenen Belohnung (z. B. in Form von Gehalt und Wertschätzung) durch den Arbeitgeber und/oder andere Dritte.

<sup>29</sup> Gemäß den Ergebnissen der G-NWI-Studie, einer Neuauflage von RN4Cast-Studie, kümmert sich eine Pflegekraft in Deutschland im Durchschnitt um zehn Patientinnen und Patienten (Köppen et al. 2016), was in der vorliegenden Studie für München ungefähr dem Niveau der Frühschicht auf den Allgemeinstationen entspricht. Die G-NWI-Studie unterscheidet nicht zwischen den Schichten oder Stationen, ein weiterer Vergleich ist daher nicht möglich. Gemäß der G-NWI-Studie liegt Deutschland mit den durchschnittlich zu versorgenden zehn Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern an der Spitze: In Norwegen kommen lediglich vier Patientinnen und Patienten auf eine Pflegekraft.

<sup>30</sup> Gemäß dem TK-Gesundheitsreport 2018 (<https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf>) lag die Anzahl der AU-Tage im Jahr 2017 in der Pflege über dem Durchschnitt aller Tätigkeitsgruppen (19,2 Tage vs. 14,6 Tage), allerdings auch noch unter dem Krankenstand etwa von Beschäftigten in einigen anderen Tätigkeitsgruppen (Kunststoffherstellung, Holzbe- und -verarbeitung, Metallbauberufe, (Innen-)Ausbauberufen, Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufen, Führung von Fahrzeugen und Transportgeräten). Generell haben Frauen im Durchschnitt mehr AU-Tage als Männer, was auf die Doppelbelastung durch Beruf und Familie zurückgeführt wird (Schröer 2016: 4).

<sup>31</sup> Schröer (2016) zeigt, dass insbesondere Pflegekräfte überdurchschnittlich häufig aufgrund von psychischen Erkrankungen vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden und Erwerbsminderungsrente beantragen. Dies gelte insbesondere für Pflegekräfte mit einem mittleren Qualifikationsniveau, weniger für Pflegekräfte mit einer besonderen Qualifizierung und Pflegehelfer bzw. -helferinnen.

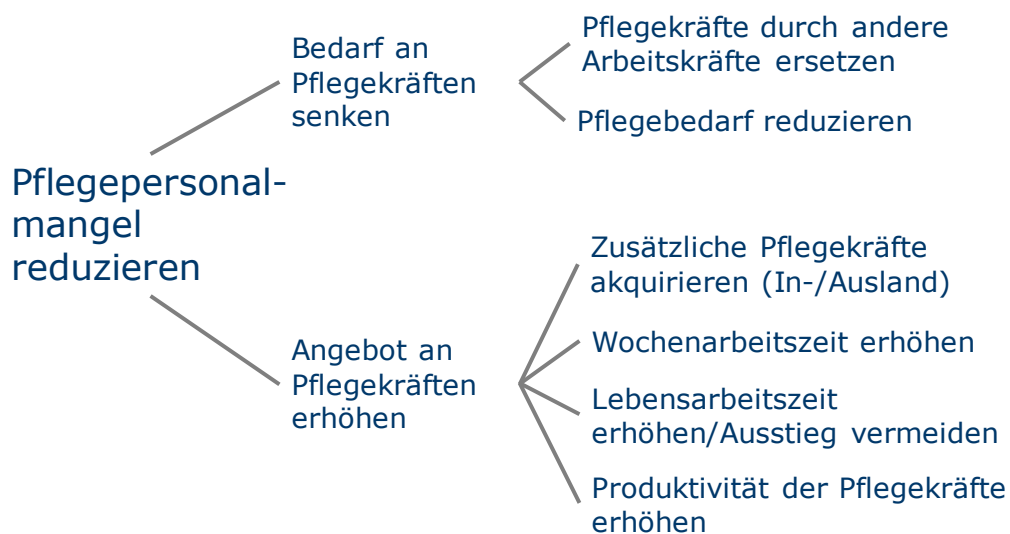
im Zuge der Einführung der Generalistik – so die Einschätzung von befragten Expertinnen – weiter verschärfen, da diese in verstärktem Maße von den Auszubildenden einen eigenständigen Transfer des zum Teil abstrakt-theoretischen Wissens in die konkret-praktische Pflege Tätigkeit verlange.

In der Summe führt dies dazu, dass die jetzigen Ausbildungskapazitäten (insbesondere mit Blick auf die verfügbaren Praxisanleiter) und Auszubildenden ohne weiteren Maßnahmen voraussichtlich nicht ausreichen werden, um

- a) die in den nächsten Jahren wegen altersbedingtem oder vorzeitigem Ausstieg aus dem Berufsleben freiwerdenden Stellen nachzubeseetzen,
- b) dem voraussichtlich steigenden Pflegebedarf gerecht zu werden und
- c) die Überlastung der Pflegekräfte abzubauen.

Daher müssen dringend Maßnahmen ergriffen werden, um diese sich selbst verstärkende Abwärtsspirale aus unzureichenden Arbeitsbedingungen, Unzufriedenheit, Überlastung und Berufsaufgabe aufzuhalten (Abbildung 84).

Abbildung 84: Mögliche Ansatzpunkte für Reduktion des Pflegepersonal mangels



Quelle: IGES

Der zentrale Ansatz besteht gegenwärtig darin, dass Angebot an Pflegekräften zu erhöhen. Ein Ansatz dafür ist die Gewinnung von neuen Pflegekräften. Die Akquise von ausländischen Pflegekräften bzw. Pflegekräften mit Migrationshintergrund hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Ergebnisse dieser Studie hat jedoch gezeigt, dass hier sprachliche Barrieren und ein im Mittel niedrigeres Bildungsniveau häufig eine große Hürde darstellen, die im Zuge der Einführung der Generalistik und der Akademisierung der Pflege noch wachsen könnte. Es sollte

geprüft werden, inwieweit die Sprachförderung von Auszubildenden mit nichtdeutscher Muttersprache noch vor oder auch während der Ausbildung weiter gestärkt werden kann.

Ein weiterer Ansatz könnte darin bestehen, die Ausbildungskapazitäten sowie den Anteil der Auszubildenden zu erhöhen, die nach Abschluss der Ausbildung auch den Pflegeberuf ergreifen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass hier insbesondere bei der Verbesserung der praktischen Ausbildung im Rahmen der Praxiseinsätze angesetzt werden kann. Konkret könnte es darum gehen, Praxisanleiter häufiger für ihre Tätigkeit (inkl. Vorbereitungszeit) von anderen Diensten freizustellen. Dies könnte auch in Form von (ergänzenden) zentralen, hauptamtlich tätigen Praxisanleitern geschehen.

Die Erhöhung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit zielt darauf ab, die Arbeitszeiten von in Teilzeit tätigen Pflegekräften zu erhöhen und ihnen ggf. die Aufnahme einer Vollzeittätigkeit bzw. die Rückkehr in diese zu erleichtern. Als Gründe für eine Teilzeitarbeit wurden von den befragten Pflegekräften in erster Linie familiäre Gründe sowie eine zu hohe Arbeitsbelastung angeführt. Entsprechend wurden als Voraussetzungen für eine höhere reguläre Arbeitszeit u. a. der Abbau von Überstunden, eine flexiblere Dienstplangestaltung und die Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und zu pflegende Angehörige genannt. Am häufigsten wurde jedoch eine bessere Vergütung als Maßnahme genannt, welche die in Teilzeit tätigen Pflegekräfte zu einer Erhöhung ihrer Arbeitszeit bewegen könnte.

Ähnliche Bedingungen gelten auch für das Ziel, die Lebensarbeitszeit von Pflegekräften zu erhöhen, in dem der (auch krankheitsbedingte) vorzeitige Berufsausstieg nach Möglichkeit vermieden wird. Insofern dieser Ausstieg sich vielfach mit einer Gratifikationskrise bzw. einer Effort-Reward-Imbalance erklären lässt, bieten sich auch hier zwei Maßnahmenbündel an, um diese Balance wieder herzustellen: Dies ist zum einen die Steigerung der „Belohnung“ (Reward), die sich sowohl in einer höheren Vergütung (eine zu geringe Vergütung wurde – auch angesichts der hohen Lebenshaltungskosten in München – als Hauptgrund für Gedanken an eine Berufsaufgabe genannt) als auch in einer höheren Anerkennung und Wertschätzung der Tätigkeit als Pflegekraft ausdrücken kann. Auf der anderen Seite würden alle Maßnahmen helfen, die zu einer Senkung der Arbeitsbelastung (durch Einstellung von mehr Personal oder die Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten) beitragen.

Schließlich ist im Zusammenhang mit der Steigerung des Angebots an Pflegekräften auch mit einer Erhöhung der Produktivität der Pflegekräfte zu denken. Diese Produktivität wird vielfach durch dieselben Faktoren gesenkt, die auch zu der Unzufriedenheit mit dem Beruf und den Gedanken an eine vorzeitige Berufsaufgabe führen. Es ist daher damit zu rechnen, dass dieselben Maßnahmen, die dazu beitragen, dass mehr Pflegekräfte länger in der Pflege arbeiten, auch dazu führen, dass die Produktivität der Pflegekräfte steigt.

---



Auf der anderen Seite kann es jedoch vor allem mittel- und langfristig nicht nur das Ziel sein, das Angebot an Pflegekräften gemäß dem Anstieg des Pflegebedarfs immer weiter zu erhöhen. Dazu könnte die Substitution von Pflegekräften durch anderes Personal oder der Einsatz von technischen Hilfsmitteln („Pflegerobotern“) nur ein Weg sein. Im Vordergrund sollten Maßnahmen stehen, die darauf abzielen, den Pflegebedarf sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege nach Möglichkeit zu minimieren. Ein zentraler Ansatzpunkt könnten die hohen, in den letzten Jahren insgesamt deutlich gestiegenen Krankenhausfallzahlen in Deutschland sein. Diese sind nicht nur deutlich höher als in vergleichbaren Ländern der Europäischen Union; Analysen deuten zudem darauf hin, dass etwa 20% aller Krankenhausfälle in Deutschland durch eine bessere vertragsärztliche Versorgung, Krankheitsprävention und Steuerung von Notfällen vermieden werden können.<sup>32</sup> Und es gibt Anzeichen dafür, dass auch das Rehabilitationspotential zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Minderung des Pflegebedarfs in Deutschland nicht vollständig ausgeschöpft wird.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. Sundmacher et al. (2016), Albrecht/Zich (2016).

<sup>33</sup> Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69705/Zu-wenig-geriatrische-Rehabilitation-in-Deutschland> sowie Lübke (2015).

---

## 10. Anhang

---

**A1 Liste der Krankenhausstandorte**

**A2 Liste der Berufsfachschulen**

---

## A1 Liste der Krankenhausstandorte

Tabelle 39: Liste der Krankenhausstandorte in München

Nr.	Krankenhausstandort
1	Algesiologikum Tagesklinik für Schmerzmedizin
2	Arabella Klinik
3	Artemed Fachklinik München
4	ATOS STARMED KLINIK
5	Augenklinik Herzog Carl Theodor
6	Chirurgische Klinik München-Bogenhausen
7	Chirurgisches Klinikum München Süd
8	CIP- Tagesklinik
9	Clinic Dr. Decker
10	Deutsches Herzzentrum München des Freistaates Bayern
11	Diakoniewerk München-Maxvorstadt
12	Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige
13	Frauenklinik Dr. Geisenhofer
14	Frauenklinik München West
15	HELIOS Klinik München Perlach
16	HELIOS Klinikum München West
17	HNO-Klinik Bogenhausen Dr. Gaertner
18	Internistische Klinik München Süd
19	Isar Kliniken
20	kbo-Heckscher-Klinikum
21	kbo-Isar-Amper-Klinikum Atriumhaus
22	Kbo-Isar-Amper-Klinikum - Haus 28
23	kbo-Isar-Amper-Klinikum München Nord - Haus 7
24	kbo-Isar-Amper-Klinikum München Nord - Tagesklinik
25	kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost
26	kbo-Kinderzentrum München
27	Klinik Augustinum München
28	Klinik Josephinum

<b>Nr.</b>	<b>Krankenhausstandort</b>
29	Klinik ProSomno
30	Klinikum der Universität München
31	Klinikum Dritter Orden
32	Klinikum rechts der Isar
33	Krankenhaus Barmherzige Brüder München
34	Krankenhaus für Naturheilweisen
35	Krankenhaus Martha-Maria München
36	Krankenhaus Neuwittelsbach
37	Maria-Theresia-Klinik
38	Max-Planck-Institut für Psychiatrie
39	Paracelsus Klinik München
40	Rotkreuzklinikum München
41	Rotkreuzklinikum München Frauenklinik
42	Sana Gesundheitscampus Sendling
43	Schön Klinik München Harlaching
44	Schön Klinik München Schwabing
45	Schön Klinik Tagesklinik München
46	München Klinik Bogenhausen
47	München Klinik Harlaching
48	München Klinik Neuperlach
49	München Klinik Schwabing
50	München Klinik Thalkirchner Straße
51	Tagesklinik Westend
52	Tagklinik für Psychisch Kranke

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Strukturierten Qualitätsberichts, der Positivliste des G-BA, den Daten des Auftraggebers sowie eigener Recherchen

## A2 Liste der Berufsfachschulen

Tabelle 40: Liste der Berufsfachschulen in München, Haar und Freising

Nr.	Berufsfachschule	Ausbildungen
1	Berufsfachschule für Krankenpflege München der Berufsfachschulen Heimerer GmbH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>
2	Berufsfachschule f. Krankenpflege München der Barmherz. Schwestern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>
3	Staatl. Berufsfachschule für Hebammen am Klinikum der Universität München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebamme / Entbindungspfleger</li> </ul>
4	Berufsfachschule für Krankenpflege Schwesternschaft München vom BRK e.V., München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</li> </ul>
5	Private Berufsfachschule für Krankenpflege Dritter Orden und Barmherz. Brüder d. Kliniken Dr. Orden gGmbH am Klinikum Dritter Orden München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>
6	Private Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege der Kliniken Dritter Orden gGmbH am Klinikum Dritter Orden München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Krankenpflege)</li> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> </ul>
7	Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe am Diakoniewerk München-Maxvorstadt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachhilfe (Krankenpflege)</li> </ul>
8	München Klinik Akademie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege (Generalistik)</li> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Krankenpflege)</li> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> <li>• Anästhesietechnische Assistenz</li> </ul>
9	Staatliche Berufsfachschule für Krankenpflege am Klinikum der Universität München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Krankenpflege)</li> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> </ul>
10	Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München(AÖR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> <li>• Anästhesietechnische Assistenz</li> </ul>
11	kbo-Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege, Kliniken d. Bez. Oberbayern, Haar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>

Nr.	Berufsfachschule	Ausbildungen
12	Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe Haar am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachhilfe (Krankenpflege)</li> </ul>
13	Berufsfachschule für Krankenpflege der Krankenhaus Freising GmbH am Klinikum Freising	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>
14	San-ak GmbH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> <li>• Anästhesietechnische Assistenz</li> <li>• Intensivfachpflegekraft</li> </ul>
15	IB Medizinische Akademie, Schule für Operationstechnische Assistenten (DKG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationstechnische Assistenz</li> </ul>
16	GGSD - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste, Berufsfachschule für Altenpflege München mit Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Altenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>
17	Heimerer Berufsfachschule für Altenpflege München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>
18	Stiftung Kath. Familien- und Altenpflegewerk Berufsfachschule für Altenpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>
19	Innere Mission Evangelische PflegeAkademie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>
20	Caritas Berufsfachschule für Altenpflege/-hilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>
21	Hans Weinberger Akademie München	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altenpflege</li> <li>• Pflegefachhilfe (Altenpflege)</li> </ul>

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, <https://www.km.bayern.de/ministerium/schule-und-ausbildung/schulsuche.html> (letzter Abruf am 29. Oktober 2018)

## Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Verfügbar unter [https://www.researchgate.net/publication/305996105\\_Ambulantes\\_Potenzial\\_in\\_der\\_stationaren\\_Notfallversorgung](https://www.researchgate.net/publication/305996105_Ambulantes_Potenzial_in_der_stationaren_Notfallversorgung).
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2018): Die zehn Berufe mit den meisten Anerkennungsverfahren nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz BQFG und BayBQFG in Bayern 2017.
- Bayerisches Staatministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2017): Häufig gestellte Fragen zum „Bayerischen Anerkennungsgesetz“, Stand: 16.08.2017.
- Köppen J, Zander B, Busse R (2016): Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland, Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4Cast), Präsentation im Rahmen der ePA-LEP Anwenderkonferenz, 23.11.2016.
- Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2017): Demografiebericht München – Teil 2, Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035 für die Stadtbezirke.
- Landeshauptstadt München Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung (2016): Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München.
- Landeshauptstadt München Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung (2017): Münchner Armutsbericht 2017
- Lübke N (2015) Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten\\_Reha\\_bei\\_Pflegebeduerftigkeit\\_KCG.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf)
- Marschall J, Hildebrandt S, Zich K, Tisch Th, Sörensen J, Nolting H-D (2018): DAK-Gesundheitsreport. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf>
- Milupa Nutricia GmbH (2018): Geburtenliste Deutschland 2017.
- Referat für Gesundheit und der Landeshauptstadt München (2016): Einrichtung des „Runden Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“ Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06576, Beschluss der Vollversammlung vom 28.9.2016.
- Schröer L (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege. Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. Verfügbar unter <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-01.pdf>.
- Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015): Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Verfügbar unter [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf).
-

Herausgeberin:  
Landeshauptstadt München  
Referat für Gesundheit und Umwelt  
Bayerstraße 28a  
80335 München  
[muenchen.de/rgu](http://muenchen.de/rgu)

Foto Referentin: Gert Krautbauer  
Gestaltung: Claudia Adam  
Gedruckt auf 100% Recyclingpapier, das mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet ist.  
Stand: Oktober 2019