
Der Pflegesektor in der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt

- Bestandsaufnahme und zukünftiger Bedarf

Juni 2001



Mit Unterstützung des
Europäischen Sozialfonds

Der Pflegesektor in der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt

-

Bestandsaufnahme und zukünftiger Bedarf

Juni 2001

Verantwortlicher Herausgeber:

Wirtschafts- und Sozialrat der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
Quartum Center
Hütte 79, Bk. 18
4700 EUPEN

Nachdruck – ganz oder auszugsweise – erlaubt mit Vermerk der Quellenangabe.

Bemerkung:

Die im Begleitausschuss vertretenen Personen haben die Ausarbeitung der Studie begleitet und mitgelenkt und die Autoren in inhaltlichen und methodischen Fragen beraten. Der vorliegende Bericht spiegelt aber nicht unbedingt in jeder Aussage die Meinung dieser verschiedenen Personen wider. Allein der Herausgeber ist für den Inhalt verantwortlich. Dieser war um eine möglichst objektive Darstellung und Analyse bemüht und hat diese gegebenenfalls um die verschiedenen Standpunkte ergänzt.

Die Durchführung dieser Studie wurde vom Europäischen Sozialfonds unterstützt.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

1. EINLEITUNG UND ZIEL DER STUDIE	5
2. UNTERSUCHUNGSFELD UND METHODE	6
3. KONTEXTANALYSE: DER PFLEGESEKTOR IN BELGIEN UND DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT	9
3.1. Die Ausbildungen der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den Pflege- und Versorgungsberufen	9
3.1.1. Krankenpfleger ("Praticiens de l'Art Infirmier")	9
3.1.2. Pflegehelfer ("personnel soignant")	10
3.1.3. Betreuungs- und Versorgungsberufe	11
a) Familien- und Seniorenhelfer/in	11
b) Sonstige Tätigkeiten	12
3.2. Rahmenbedingungen: Normen und Programmierung, Theorie und Wirklichkeit	12
3.2.1. Zuständigkeiten/Finanzierung	12
3.2.2. Normen/Programmierung und die aktuelle Situation	13
a) Krankenhäuser	13
b) Altenheime (<i>Maison de repos pour personnes âgées - MR</i>)	16
c) Altenpflegeheime (<i>Maison de repos et de soins - MRS</i>)	18
d) Betreutes Wohnen für Senioren	21
e) Tagespflege für Senioren	22
f) Psychiatrisches Pflegeheim (<i>Maison de soins psychiatriques - MSP</i>)	22
g) Begleitetes Wohnen (Psychiatrie)	23
h) Häusliche Versorgung und Hauskrankenpflege	23
i) Behinderteneinrichtungen	24
3.2.3. Vergleich Normen/Programmierung und Realität	25
4. PERSONALANGEBOT UND -NACHFRAGE IN DEN PFLEGERISCHEN BERUFEN: ENTWICKLUNGEN UND TENDENZEN	27
4.1. Die Beschäftigungssituation und -entwicklung generell	27
4.2. Die Nachfrage pro Untersektor	30
4.2.1. Krankenhäuser	30
4.2.2. Altenheime (MR) und Altenpflegeheime (MRS)	32
4.2.3. Psychiatrische Einrichtungen: Begleitetes Wohnen und MSP	38
4.2.4. Hauskrankenpflege und häusliche Versorgung	39
a) Gelb-Weißes Kreuz	39
b) Selbständige Krankenpfleger	40
c) Familien- und Seniorenhilfe	40
d) Der Palliativpflegeverband	41
4.2.5. Situation in den Behinderteneinrichtungen	41
4.2.6. Sonstige Einrichtungen (Beratung, Begleitung etc.)	42
4.3. Das Angebot pro Berufsgruppe	43
4.3.1. Das beschäftigte Pflege- und Pflegehilfspersonal	43
a) Allgemeines	44
b) Altersstruktur	46
c) Vollzeit- und Teilzeitarbeit	48
d) Diplome und Ausbildungsort	51
e) Vertragsart	53
f) Berufserfahrung	54

4.3.2. Arbeitslosigkeit in den untersuchten Berufsgruppen	54
4.3.3. Personalrotation, Rekrutierung und Abgänge	56
a) Rotation	56
b) Rekrutierungsschwierigkeiten	58
c) Abgänge und ihre Gründe	59
4.3.4. Entwicklung der Schülerzahlen in der Krankenpflege	60
4.3.5. Entwicklung der Schüler- bzw. Teilnehmerzahlen in der FSH-Ausbildung	63
4.3.6. Verbleib der KrankenpflegerInnen und FSH	64
 5. BLICK IN DIE ZUKUNFT	 66
5.1. Einleitung	66
5.2. Auswirkungen der bereits geplanten Änderungen	67
5.3. Einfluss der demographischen Entwicklung	68
5.4. Einführung einer Pflegeversicherung	73
 6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	 75
 TABELLENVERZEICHNIS	 83
 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	 84
 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	 85
 BIBLIOGRAPHIE	 86
 MITGLIEDER DES BEGLEITAUSSCHUSSES	 88
 ANLAGEN	

1. EINLEITUNG UND ZIEL DER STUDIE

Nachdem der SABA, Vorläufer des WSR, zum wiederholten Male mit der Begutachtung einer Neuauflage der *Ausbildung zum/r Familien- und Seniorenhelfer/in* konfrontiert wurde, stellte sich die Frage, ob in den pflegerischen Berufen nicht ein struktureller Bedarf herrscht und wenn ja, ob man diesem nicht auch entsprechend begegnen müsse. So richteten die Ausbildungen sich bisher jeweils an Arbeitslose, doch dieses Potential in der Deutschsprachigen Gemeinschaft schrumpft zusehends, so dass insbesondere auch Wiedereinsteigerinnen als Zielpublikum anvisiert werden mussten. Zudem wurde die Frage aufgeworfen, ob es nicht auch einen Bedarf an Weiterbildungen für beschäftigtes Personal gibt. Insbesondere für die vielen teilzeitbeschäftigten Niedrigqualifizierten in den pflegerischen Einrichtungen (etwa Raumpflege- und Küchenpersonal) nahm man an, dass ein Interesse an einer höheren Qualifizierung im pflegerischen Bereich vorhanden sein könnte.

Eine Reihe von anderen Beobachtungen und Entwicklungen, wie die zunehmenden Klagen über einen Krankenpflegermangel, die Umwandlung von zusätzlichen Altenheimbetten in Pflegebetten mit erhöhtem Personalbedarf, die Erhöhung des "sozialen Maribels", die Einführung der Pflegeversicherung in den Nachbarländern, sowie vor allem die zu erwartende Überalterung der ostbelgischen Bevölkerung (s. *Punkt 5.3.*) schienen darauf hinzuweisen, dass ein Bedarf an zusätzlichem Pflegepersonal sowie Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen besteht und sich in Zukunft noch verstärken könnte.

Aus diesen Gründen hat der SABA seinerzeit vorgeschlagen, eine gründliche Untersuchung des tatsächlichen Personal- und Ausbildungsbedarfs bei den hiesigen Einrichtungen im Pflegesektor (Krankenhäuser, Alten- und Altenpflegeheime, Familienhilfediens, Einrichtungen der Behindertenbetreuung, psychiatrische Einrichtungen,...) durchzuführen.

Ziel sollte es dabei auch sein, eine längerfristige Vorausschau des Personalbedarfs als Konsequenz der steigenden Zahl an Senioren zu erstellen.

Die Resultate sollten sowohl für die inhaltliche und organisationelle Ausbildungsplanung (welche Ausbildungen organisieren? für welches Publikum? welche Fachbereiche und welches Niveau? in welcher Häufigkeit? ...) als auch für eine vorausschauende Arbeitsmarktpolitik von großem Interesse sein. Schließlich verfügt die Deutschsprachige Gemeinschaft mit der Krankenpflegeschule, den technisch-beruflichen Sekundarschulen und dem Trägerverbund KPVDB/Familienhilfe/Arbeitsamt in einigen Schlüsselberufen des Sektors über eigene Ausbildungsinfrastrukturen.

Nicht zuletzt könnten die Ergebnisse der Vorausschau als Verhandlungsargumente genutzt werden, wenn es 2002 darum gehen wird, mit dem Föderalstaat die zukünftigen Kapazitäten der diversen Aufnahmestrukturen für Senioren auszuhandeln.

Bei der Analyse dieser Thematik konnte natürlich auch die Finanzierungsproblematik nicht ganz außer Acht gelassen werden, wo die Pflegeeinrichtungen der Deutschsprachigen Gemeinschaft in weiten Teilen von den Entscheidungen des Föderalstaates abhängen.

Zur Begleitung der Untersuchung ist ein Begleitausschuss mit Experten der betroffenen Institutionen eingesetzt worden (s. Seite 88). Dieser sollte gewährleisten, dass die Studie nicht an den Realitäten des Sektors vorbeiläuft. Darüber hinaus waren die Kenntnisse der einzelnen Personen für uns eine überaus wichtige Informationsquelle und wir danken daher all denjenigen, die sich die Mühe gemacht haben, diese Untersuchung tatkräftig zu unterstützen.

Einige Bemerkungen zum Verständnis des Textes

Im nachfolgenden Text werden der Einfachheit halber eine Reihe von Abkürzungen benutzt. Ein Verzeichnis dieser Abkürzungen finden Sie auf Seite 85.

Um die Lesbarkeit des Textes nicht zu beeinträchtigen, haben wir manchmal die weibliche und manchmal die männliche Form der Berufsbezeichnungen benutzt. Außer wenn explizit erwähnt, sind immer Personen beider Geschlechter gemeint.

2. UNTERSUCHUNGSFELD UND METHODE

Bei näherer Betrachtung stellten sich schnell einige - aus beschäftigungspolitischer Sicht - kritische Berufe im Bereich der Pflegedienstleistungen heraus. Um ein Gesamtbild zu erhalten, haben wir aber nicht nur die Berufe berücksichtigt, in denen bereits aufgrund der täglichen Erfahrung ein Personalmangel beklagt wird, sondern alle vorhandenen Berufe im Sektor (mit Ausnahme der Ärzte). Außerdem haben wir unser Augenmerk vor allem (aber nicht ausschließlich) auf die Berufe gerichtet, für die es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine Ausbildungsmöglichkeit gibt.

Aufgrund dieser Erwägungen wurden folgende Berufsfelder für die Untersuchung ausgesucht:

Gruppe 1: Krankenpflegeberufe

- Krankenpfleger (Brevet, Graduat, Assistenten¹)
- Hebammen
- Krankenpfleger mit Fachtitel² im Bereich Kinderkrankenpflege, Sozialkrankenpflege, Psychiatrie, Intensivstation und Nothilfe, "imagerie médicale", Geriatrie und Psychogeriatric (neu)
- Lizenzierte in Gesundheitswissenschaften ("sciences de la santé publique" oder "sciences sanitaires")

nachfolgend zusammengefasst unter dem Kürzel "**PAI**"

Gruppe 2: Pflegehilfsberufe

- Pflegehelfer³
- Familien- und Seniorenhelfer, Familien- und Sanitätshelfer (FSH)
- Krankenwachen (Profil noch nicht reglementiert)
- Krankenhauslogistiker

nachfolgend zusammengefasst unter dem Kürzel "**PH**". Es gibt allerdings kein einheitliches Berufsbild des "Pflegehelfers" (s. Punkt 3.1.2. und 3.1.3.) und die Finanzierung ihrer Leistungen hängt von ihrem Einsatzgebiet ab (je nachdem, ob es sich um föderale oder Gemeinschaftsmaterie handelt). Dennoch umfasst ihre Tätigkeit im Grunde ähnliche Handlungen (keine medizinische Pflege, die den Krankenpflegern vorbehalten ist, sondern Hilfe bei der körperlichen Pflege und den Handlungen des täglichen Lebens) und sind die Kompetenzanforderungen auf ähnlichem Niveau angesiedelt. Daher sprechen wir in diesem Dokument - wenn nicht anders spezifiziert - meist von der Gruppe der "Pflegehelfer" in Abgrenzung von den Berufen der Gruppen 1 und 3.

Gruppe 3: soziale und betreuende sowie paramedizinische Berufe

- Erzieher: technische Abiturienten (vm. A2), Graduierte und Zusatzdiplome (Frühförderung, Orthopädagogie,...)
- Sozialassistenten, Psychologieassistenten
- Ergotherapeuten, Logopäden, Kinesitherapeuten,...
- Laboranten, medizinisch-technische Assistenten

nachfolgend zusammengefasst unter dem Kürzel "**PARA**"

Die Berufe im Bereich der Kinderbetreuung (Säuglingspfleger, Kinderbetreuerin,...) wurden auf Beschluss des Begleitausschusses in dieser Studie nicht aufgenommen, da man hier von einer getrennten Problematik ausging, die sicherlich untersuchenswert ist, aber über den gesetzten Rahmen hinausgeführt hätte.

¹ Die entsprechende Ausbildung (Dauer 2 Jahre) gibt es seit 3 Jahren nicht mehr, daher wird die Zahl der Assistenten mit dem Ausscheiden der Betroffenen aus dem Berufsleben stetig sinken. Bleibt also zu sehen, durch wen sie ersetzt werden.

² Diese Zusatzausbildungen werden (noch) nicht in der DG organisiert. KPVDB und Krankenpflegeschule überlegen aber die Einführung der Module "Psychiatrie" und "Sozialkrankenpfleger".

³ Das Profil der Pflegehelfer ist nur im Altenheimwesen definiert (s. Punkt 3.1.2.). Die deutschen "Altenpfleger" sind hier als FSH anerkannt.

Folgende Einrichtungen sind in die Untersuchung einbezogen worden, d.h. haben unseren Fragebogen (s. Anlage 1) erhalten:

Untersektor	Einrichtungen
Krankenhäuser	- St. Joseph St.Vith - St. Nikolaus Eupen
Erholungsheime	- Institut Belle-Vue - Institut Kneipp (Association des Soeurs Franciscaines)
Altenheime, Alten- und Pflegeheime <i>Private kommerzielle</i> <i>Private GoE</i> <i>Öffentliche (ÖSHZ)</i> <i>Interkommunale IGS</i>	- Haus Katharina - Golden Morgen - Seniorenzentrum St. Franziskus - Marienheim - Katharinenstift Astenet - St. Joseph Eupen - Seniorenheim Hof Bütgenbach - Seniorenheim Elisabeth St.Vith
Behinderteneinrichtungen <i>Tagesstätten</i> <i>Heime, Wohngemeinschaften</i> <i>Begleitdienste</i>	- Tagesstätte Meyerode - König Baudouin Tagesstätte Hergenrath - Tagesstätte Eupen (Am Garnstock) - Tagesstätte Elsenborn (Griesdeck) - Wohngemeinschaft für Behinderte Deidenberg und Lommersweiler - Königin Fabiola Haus Eupen - Begleitzentrum Griesdeck (Frühhilfe, Familienbegleitung, Freizeitvermittlung, Wohnkoordination, Kurzaufenthalte, Wegweiser, Wohnressourcen)
Psychiatrische Einrichtungen	- begleitetes Wohnen (Eupen u. St.Vith) - psychiatrische Abteilung des Krankenhauses St.Vith - psychiatrische Tagespflege St.Vith und Eupen
Mobile Pflege- u. Hilfsdienste	- Familienhilfedienst - Gelb-Weißes Kreuz - Selbständige Krankenpfleger - Palliativpflegeverband
Beratende / Begleitende / Ausbildende Einrichtungen, Sonstige	- Dienst für Kind u. Familie - PMS-Zentren (Freie, DG, Provinz) - SPZ Eupen + St.Vith - Gesundheitszentrum Eupen + St.Vith - KPVDB - Krankenpflegeschule - Eudomos - Patientenrat Treff - Belgisches Rotes Kreuz - Arbeitsmedizin (CESI, PROVILIS,...)

Methode

Folgende Vorgehensweise wurde festgehalten:

1. Überprüfung existierender Studien auf ihre Relevanz und ihre Übertragbarkeit für die Deutschsprachige Gemeinschaft, Kontextanalyse
2. Ermittlung der Angebots- und Nachfragesituation in der Deutschsprachigen Gemeinschaft
 - Angebot = Zahl der Arbeitskräfte auf dem Markt (Schülerzahlentwicklung in den entsprechenden Ausbildungen, Beschäftigtenzahlen, Berufslaufbahnen, Arbeitslose,...)
 - Nachfrage = Zahl der verfügbaren Arbeitsstellen heute und in Zukunft (nach Zahl und Art): Ermittlung der Ist-Situation des Personals und der Entwicklungen in den einzelnen Institutionen (quantitativ und qualitativ) über einen Fragebogen und Experten-Gespräche
3. Entwerfen realistischer Zukunftsszenarien

Durch die Untersuchung der vergangenen Entwicklung der Personalstruktur wollten wir herausfinden, ob der seit Jahren beklagte Personalmangel auf ein höheres Stellenangebot oder aber auf eine rückläufige Zahl von Pflegeern (oder auf beides) zurückzuführen ist.

Ermittlung der Nachfrage

1. Evaluierung der theoretisch möglichen Zahl der Arbeitsplätze anhand der Normen und Programmierung im Bereich Krankenhaus, Altenheime, Pflegeheime, Psychiatrie und Behinderteneinrichtungen; Finanzierung des Personals; ...
2. Bestandsaufnahme in den einzelnen Institutionen (schriftlicher Fragebogen und Gespräche), Auswertung amtlicher Quellen (LIKIV, LSS, Sozialbilanzen, Ministerien):
 - Anzahl Betten, Aufnahmeplätze bzw. Interventionen, geplante quantitative Änderungen;
 - Belegungsquoten und ihre Entwicklung in der Vergangenheit (Wartelisten?), Profil der Leistungsbezieher (Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit, durchschnittliche Verweildauer,...);
 - Welcher Teil der Bevölkerung nimmt die jeweilige Leistung in Anspruch ("taux d'utilisation")? Welche Entwicklungen sind hier zu beobachten?
 - Profil des beschäftigten Personals (nach Diplom und Funktion, Alter, Geschlecht, Vollzeit/Teilzeit, Herkunft, Betriebszugehörigkeit, Rotation, Art der Verträge...) und der ABM-Stellen, eventuelle Rekrutierungsprobleme, Rotation und Abwanderungsprobleme;
 - Aus- und Weiterbildungsbedarf.
3. Vergleich zwischen der Realität und den Normen, Einbeziehung der Ergebnisse anderer Studien
4. Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeplätzen (nach Art der Einrichtung) und an entsprechendem Personal unter Berücksichtigung von realistischen Hypothesen
 - zur Programmierung und den Kapazitäten (sind z.B. zusätzliche Infrastrukturen nötig?);
 - zur demographischen Entwicklung;
 - zu den Finanzierungsmöglichkeiten (Projekte und Prioritäten der politisch Verantwortlichen, Thema Pflegeversicherung,...);
 - zu den Auswirkungen des Abkommens im nicht-kommerziellen Sektor;
 - zu den Substituierungseffekten: werden gewisse Berufe/Diplomierte in Zukunft durch andere ersetzt? werden neue Berufsbilder auftreten?

Ermittlung des Angebots

1. Entwicklung der Schülerzahlen in der Krankenpflegeschule und bei den anderen Ausbildungsträgern
2. Zahl der Arbeitslosen aus dem Pflegesektor
3. Pendler ins Ausland
4. Untersuchung verschiedener Einflussfaktoren (Gehalt, Arbeitsbedingungen,...)

Konfrontation von Angebot und Nachfrage, Zukunftsszenarien, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

3. KONTEXTANALYSE: DER PFLEGESEKTOR IN BELGIEN UND DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT

3.1. Die Ausbildungen der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den Pflege- und Versorgungsberufen

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird im Pflege- und Versorgungsbereich in 2 Berufen ausgebildet: Krankenpfleger (Graduat und Brevet) und Pflegehelfer. Für Letztere gibt es 2 Schienen: in den Sekundarschulen die Abteilung "Familien- und Sanitätshelfer" (berufl. Abteilungen in der Maria-Goretti-Schule St.Vith und im Robert Schuman Institut Eupen) sowie über den Zweiten Bildungsweg die Ausbildung zum/zur Familien- und Seniorenhelfer/in.

Würde man das Betrachtungsfeld um die Berufe im Sozialbereich erweitern, müsste man noch die Abteilung "Erziehung" in der Maria-Goretti-Schule einbeziehen, wo im technischen Unterricht das Abitur erworben werden kann.

Für alle übrigen Berufen, die wir der Kategorie der sozialen, betreuenden und paramedizinischen Berufe zugeordnet haben und die überwiegend im Hochschulwesen angesiedelt sind, gibt es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft keine Ausbildungen. Daher gehen wir in diesem Kapitel nicht näher auf sie ein.

3.1.1. Krankenpfleger ("Praticiens de l'Art Infirmier")

Sowohl das Graduat als auch das Brevet werden nach 3-jähriger Ausbildungszeit erworben, wobei das Graduat Hochschulniveau hat und das Brevet im ergänzenden berufsbildenden Sekundarunterricht angesiedelt ist.

Die Graduat-Ausbildung existiert in Eupen seit dem Schuljahr 1990-1991, die Brevet-Ausbildung seit 1963. Voraussetzung zum Einstieg in die Graduat-Ausbildung ist ein Abitur, für die Brevet-Ausbildung ein bestandenenes 6. berufliches Jahr oder das Bestehen des Vorbereitungsjahres. Das Vorbereitungsjahr wird ebenfalls auf der Krankenpflegeschule angeboten. Es dient v.a. dazu, Personen ohne Abiturabschluss auf ein Krankenpflegestudium vorzubereiten und ermöglicht den Einstieg in das 1. Jahr der Brevet-Ausbildung. Man kann das Vorbereitungsjahr, das in der Fachrichtung "Animator/in für Kindergemeinschaften" organisiert ist, aber auch dazu belegen, um anschließend die Abiturprüfung vor dem Prüfungsausschuss abzulegen. Die einzige Voraussetzung für den Einstieg in das Vorbereitungsjahr ist das Alter von 17 Jahren erreicht zu haben. Auch das Bestehen des 1. Jahres der Brevet-Ausbildung führt zum Erlangen des beruflichen Abiturzeugnisses, insofern die Person vorher das 5. und 6. Jahr in der selben beruflichen Abteilung bestanden hat.

Die zusätzlichen Fachtitel (außer Psychiatrie) sind allein den graduierten KrankenpflegerInnen vorbehalten. Die entsprechenden Studien werden in der Deutschsprachigen Gemeinschaft allerdings nicht angeboten.

Es gibt zurzeit keine reguläre Übergangsmöglichkeit von der Brevet- in die Graduat-Ausbildung. Im Rahmen des Abkommens zwischen der Föderalregierung (Ministerin Aelvoet) und den drei Gemeinschaften für den nicht-kommerziellen Sektor vom Juni 2000 wurde jedoch vorgesehen, ein Brückenstudium für Brevet-Diplomierte zu schaffen. Die Interessenten sollen mindestens 5 Jahre Berufserfahrung vorweisen können und dann eine 2-jährige Ausbildung (möglicherweise in Modulen, parallel zur Berufstätigkeit, oder im Abendunterricht) absolvieren, um das Graduat zu erhalten. Für Brevet-Pfleger mit mindestens 10-jähriger Berufserfahrung ist ein 1-jähriges Brückenstudium geplant. Die konkrete Umsetzung ist zurzeit in Vorbereitung. Auch auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird der entsprechende Dekretentwurf zurzeit im RDG diskutiert. Demnach könnte die erste Auflage des Brückenstudiums hier ab Januar 2002 organisiert werden. Seit kurzem ist in der Deutschsprachigen Gemeinschaft auch beschlossen worden, dass Personen mit bestandener Brevet-Ausbildung die Zulassung zum 1. Jahr der Graduat-Ausbildung erhalten.

Seit einiger Zeit wird von Seiten der Ausbildungsträger allerdings ein sinkendes Niveau in der Brevet-Ausbildung bemängelt, da die Schüler(innen) - meist aus den beruflichen Abteilungen kommend - anscheinend häufig nicht mehr genügend Vorbildung mitbringen. Entsprechend dieser Beobachtung werden auch die neuen Personalnormen im Allgemeinen nach oben angepasst (Graduat oder gar Fachtitel verlangt). Allerdings wird zur Erfüllung der Normen auch die Berufserfahrung noch anerkannt. In Spezialisierungsdiensten etwa (z.B. Intensiv- oder Notfallstation) schreibt die Norm vor, dass die Hälfte der PflegerInnen den entsprechenden Fachtitel in Notfallpflege besitzen muss. In Ermangelung solcher Personen werden aber auch Graduat- oder Brevet-Diplomierte mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung anerkannt. Dasselbe Prinzip gilt auch für Kaderstellen (Personen mit Brevet plus 5 Jahre Berufserfahrung plus Kaderschule können berücksichtigt werden). Dies kommt aber keiner Gleichstellung dieser Personen gleich (keine Barema-Anpassung).

Vor einiger Zeit war ein neues Berufsprofil in Diskussion: der Berufsverband der Krankenpfleger wollte das Brevet durch eine 2-jährige Ausbildung zum "qualifizierten Pflegehelfer" für Krankenhäuser ersetzen. Die Diskussion um die Abschaffung des Krankenpflege-Brevets ist aber inzwischen auf politischer Ebene ad acta gelegt worden. Das Abkommen zwischen den Gewerkschaften und der Regierung vom Mai 2000 sieht ausdrücklich vor, dass sowohl die Graduat- als auch die Brevet-Ausbildung beibehalten werden soll, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des immer akuter werdenden Krankenpflegermangels. Die Frage, ob dennoch der Beruf des "qualifizierten Pflegehelfers" als Zwischenstufe zwischen Pflegehelfer (Familien- und Seniorenhelfer) und Krankenpfleger geschaffen werden soll, ist heute noch nicht definitiv geklärt und bleibt umstritten.

Laut Einschätzung mancher Altenheimleiter ist die Ausbildung der Krankenpfleger (insbesondere das Graduat) eher medizinisch-technisch orientiert und damit mehr auf den Bedarf der Krankenhäuser zugeschnitten. Dagegen erhalten die Pfleger nach ihrer Meinung eine eher begrenzte Ausbildung im Bereich der Altenpflege und sind auch nicht unbedingt optimal auf die Anforderungen der häuslichen Versorgung vorbereitet⁴. Um diesem Manko entgegenzuwirken, könnten 2 Möglichkeiten ins Auge gefasst werden: entweder eine eigene Ausbildung zum Krankenpfleger in der Altenpflege oder eine Zusatzausbildung (Spezialisierung/Fachtitel) nach der Grundausbildung. Die zweite Möglichkeit scheint die sinnvollere Variante zu sein, jedoch werden Spezialisierungen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (vor allem aus finanziellen Gründen) heute noch nicht angeboten. Insbesondere in den Bereichen Geriatrie, Intensivpflege, Sozialkrankenpflege und Psychiatrie wird aber von manchen ein Bedarf gesehen.

Darüber hinaus stellt sich aber auch die Frage, ob es tatsächlich sinnvoll ist, den Zugang zu Fachtiteln weiterhin allein den graduierten PflegerInnen vorzubehalten.

In punkto Spezialisierung/anerkannte Weiterbildung ist bisher in Eupen nur einmal eine Kaderschulung organisiert worden (für graduierte und brevetierte Pfleger, die eine Position als Pflegedienstleiter anstreben).

3.1.2. Pflegehelfer ("personnel soignant")

Pflegehelfer werden vor allem in den Alten(pflege)heimen und in der häuslichen Versorgung eingesetzt, aber auch in den Krankenhäusern sind sie zu finden. Gerade dort aber werden sie mehr und mehr durch höher qualifizierte Pfleger ersetzt.

Das Profil und der Tätigkeitsbereich der Pflegehelfer wurden nur im Bereich der Seniorenbetreuung genauer definiert: Sie assistieren den Krankenpflegern bei der Pflege, helfen den Heimbewohnern bei den Handlungen des täglichen Lebens, bei der Wahrung ihrer Autonomie und ihrer Lebens- und Wohnqualität.

Die entsprechenden Qualifikationsanforderungen wurden 1992 und 1993 vom Föderalstaat definiert. Auch auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft - zuständig für die Anerkennung der Altenheime - wurden 1993 Normen verabschiedet. Außerdem wurden im Erlass vom 26.4.1996 für Pflegepersonal im Alten- und Pflegeheim folgende Diplome/Ausbildungen anerkannt:

- bestandenes erstes Jahr Graduat oder Brevet Krankenpfleger
- Diplom des "Seniorenhelfers" (vom Nat. Gesundheitsministerium ausgestellt)
- Familien- und Seniorenhelfer(in)-Diplom (der KPVDB und des Familienhilfedienstes in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt), s.u.
- "Altenpfleger"-Diplom aus Deutschland
- von der KPVDB durchgeführte Nachschulungen (abgeschlossen)

Auf föderaler Ebene - und damit maßgebend für die Finanzierung - sind noch weitere Diplome anerkannt (Erzieher, Kinderpfleger,...). Außerdem ist vor einigen Jahren in den Altenheimen eine Reihe von Personen als Pflegehelfer "assimiliert" worden (wer am 26.5.1992 mindestens 45 Jahre alt war und mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in einem Alten- oder Pflegeheim aufweisen konnte). Alle übrigen Nichtqualifizierten mussten Nachschulungen absolvieren.

Das Berufsbild des Pflegehelfers ist also recht diffus und ihre Finanzierung verteilt sich auf 2 Ebenen:

- Als qualifizierte Pflegehelfer ("personnel soignant") anerkannt, d.h. auch von der INAMI als Pflegeleistende im Rahmen des Gesundheitswesens anerkannt und bezuschusst werden nur die Pflegehelfer in den Alten- und Pflegeheimen (wobei eine der oben aufgezählten Qualifikationen erforderlich ist) und in den Krankenhäusern (wo nicht definiert ist, welche Ausbildung sie absolviert haben müssen).
- Arbeitet ein(e) Pflegehelfer(in) in der häuslichen Versorgung oder der Behindertenbetreuung, fällt seine/ihre Leistung nicht unter das Gesundheitswesen und muss von der Gemeinschaft finanziert werden. In diesem Sinne sollte man dann eher von einem "Versorgungsberuf" und weniger von einem "Pflegeberuf" sprechen,

⁴ Diese Auffassung wird allerdings von den Berufskreisen (KPVDB und Krankenpflegeschule) nicht geteilt.

auch wenn die heute geläufigste Ausbildung in diesem Bereich (Familien- und Senioren-/Sanitätshelfer) für beide Einsatzbereiche (INAMI-Sektoren und Sektoren im Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaft) die gleiche ist. Auch die Grundpflege wird von den Familienhelferinnen in allen Einsatzbereichen gewährleistet.

3.1.3. Betreuungs- und Versorgungsberufe

a) Familien- und Seniorenhelfer/in

Bisher haben in der Deutschsprachigen Gemeinschaft 4 Ausbildungslehrgänge zum/zur FSH stattgefunden (1993, 1995, 1998 und 2001), wobei insgesamt 81 Personen einen Abschluss erhalten haben. Diese richteten sich an Arbeitslose (vor allem Langzeitarbeitslose) und in den letzten beiden Kursen auch verstärkt an WiedereinsteigerInnen.

Laut Aussage der Organisatoren können auf Dauer nicht nur Langzeitarbeitslose für die Ausbildung in Betracht gezogen werden, da man einer gewissen Qualität der Dienstleistung verpflichtet ist. Das Potential an in Frage kommenden und motivierten Arbeitslosen erschöpft sich zudem immer mehr. Wiedereinsteigerinnen oder auch Beschäftigte im Bereich Küche, Raumpflege etc., die sich "hocharbeiten" wollen, wären daher ein ideales Publikum für diese Ausbildung und diesen Beruf.

Die Schulen scheinen diese Ausbildung als eine gewisse Konkurrenz zu erleben, da sie die (sehr ähnlich gelagerte) Ausbildung zur Familien- und Sanitätshilfe anbieten. Dies war allerdings vor allem vor einigen Jahren noch der Fall, als die Pflegehelfer noch kein Diplom vorweisen mussten und verschiedene Jugendliche der Versuchung erlagen, ihre schulische Ausbildung abzubrechen, um eine Arbeit aufzunehmen. Diesen wurde dann im nachhinein die Chance geboten, über die Ausbildung im 2. Bildungsweg diesen Abschluss nachzuholen. Diese Situation hat sich jedoch durch die Diplombedingung entschärft und beide Ausbildungen sind heute tatsächlich komplementär zueinander, da sie sich an ein unterschiedliches Publikum richten. Im 2. Bildungsweg werden nur KandidatInnen ab 21 Jahren angenommen und der Altersdurchschnitt sowie das Profil der TeilnehmerInnen an den bisherigen Ausbildungen (s. S. 63) zeigen die Unterschiede deutlich auf. Es erweist sich auch in der täglichen Arbeit - insbesondere bei der häuslichen Versorgung -, dass eine gewisse Lebenserfahrung in diesem Beruf von Vorteil ist. Dies wiederum räumt den Absolventen des 2. Bildungsweges einen gewissen Arbeitsmarktvorteil ein.

Das Berufsbild der Familien- und Seniorenhelfer wurde erst kürzlich (Erlass vom 15.06.2001) beschrieben. Die Entwicklung zeigt aber, dass die Ansprüche an die FSH steigen werden. So kommen z.B. durch die Tatsache, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Krankenhäusern ständig reduziert wird, heute Personen in ihr Zuhause zurück, die hilfsbedürftiger sind als früher. Auf solche Situationen müssen sich dann nicht nur die KrankenpflegerInnen im ambulanten Dienst, sondern auch die FSH einstellen können.

Angesichts des Krankenpflegermangels plädiert mancher Altenheimleiter auch dafür, dass die FSH zusätzliche Aufgaben übernehmen dürfen sollten (z.B. Verbände wechseln, Insulin injizieren u.ä.), die zurzeit allerdings per Gesetz ausschließlich den diplomierten KrankenpflegerInnen vorbehalten sind.

Im Ministerium wurden vor einiger Zeit Überlegungen angestellt, die Ausbildung zum FSH aufzusplitteln in 900 Std. allgemeine Grundausbildung und 300 Std. Module nach Wahl (Kinderbetreuung, Familien in schwierigen Situationen, Senioren, Institutionen, Psychiatrie). Im Hintergrund stand die Beobachtung, dass die Personen mit sehr vielfältigen Einsatzfeldern konfrontiert werden, die unterschiedliche Anforderungen stellen. Andererseits bleibt eine polyvalente Einsatzfähigkeit gerade für ein Gebiet wie die Deutschsprachige Gemeinschaft sehr wichtig. Daher wurde nunmehr beschlossen, die 1.200 Stunden umfassende Grundausbildung beizubehalten und eventuell in Zukunft Zusatzmodule anzubieten.

Für FSH gibt es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft - neben dem Familienhilfedienst selbst - vor allem Bedarf in Alten- und Pflegeheimen. Aber auch die Behinderteneinrichtungen, Krankenhäuser (inkl. Psychiatrie) und möglicherweise auch die zukünftig neu hinzukommende psychiatrische Pflegeabteilung (MSP), wo 6 von 12 Personaleinheiten pro 30 Betten keine qualifizierten Pfleger oder Paramediziner (Graduierte oder Lizenzierte) sein müssen, haben einen gewissen Bedarf an Pflegehelfern. Die Vermittlungsquote im Anschluss an die bisherigen Ausbildungen war denn auch äußerst hoch. Aus den ersten beiden Ausbildungen sind die meisten Personen in den Altenheimen, aus der 3. Auflage viele im FHD übernommen worden.

b) Sonstige Tätigkeiten

Im Bereich der häuslichen Versorgung werden neben den Familien- und SeniorenhelferInnen (bzw. Familien- und SanitätshelferInnen) noch weitere Berufstätige eingesetzt, wie etwa Putzhilfen und Krankenwachen. Hier liegen jedoch keine Ausbildungs- oder Anerkennungsanforderungen vor. In den Krankenhäusern werden seit einigen Jahren sogenannte "KrankenhauslogistikerInnen" eingesetzt. Diese müssen gewisse Einstiegsvoraussetzungen mitbringen und eine Zusatzausbildung absolvieren.

3.2. Rahmenbedingungen: Normen und Programmierung, Theorie und Wirklichkeit

Das Angebot an Pflegeplätzen im Senioren- und Krankenhausbereich - und damit die Nachfrage nach Personal - wird bestimmt durch ein komplexes Regelwerk, in dem der Föderalstaat und die Gemeinschaften jeweils ihre eigenen Zuständigkeiten haben. Im Folgenden werden nur diejenigen kurz beschrieben, die in unserem Zusammenhang von Belang sind.

3.2.1. Zuständigkeiten/Finanzierung

Föderalstaat:

- Festlegung der Normen und Programmierung für Krankenhäuser (Koordiniertes Krankenhausgesetz vom 7.8.1987) und Pflegeheime (K.E. 24.6.1999, Inkrafttreten ab 1.10.2000), Anerkennung derselben, Finanzierung der Funktionskosten;
- Festlegung der Finanzierungsmodalitäten für die Infrastruktur in Krankenhäusern;
- LIKIV/Krankenkassen: Finanzierung aller Pflegeleistungen ("axées sur le traitement curatif") für die sozialversicherten Personen⁵ (hinzu kommt die Eigenbeteiligung der Patienten) intra- und extra-muros (in den Krankenhäusern, durch das Gelb-Weiße Kreuz, die selbständigen Krankenpfleger etc.). Erst seit 1986 interveniert das LIKIV auch für Pflegeleistungen in den Altenheimen. Bis 1995 erfolgte die Finanzierung über eine Rückerstattung pro erbrachter Leistung, seitdem jedoch interveniert das LIKIV in den Alten(pflege)heimen nach pauschalen, festgesetzten Pflegesätzen (pro Kategorie der Katz-Skala, d.h. nach Abhängigkeitsgrad der Person: O, A, B, C, Cd, C+) und in den Krankenhäusern nach festgelegten Tagessätzen. Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss die Institution nachweisen können, dass sie die vorgeschriebenen Personalnormen erfüllt.

Gemeinschaften:

- Festlegung der Normen und Programmierung für Altenheime, Tagespflegestätten und betreute Wohnungen (EEDG 26.02.1997), sowie für die häusliche Versorgung (Familienhilfe), Anerkennung derselben;
- Überwachung der Ausführung der Normen im Bereich Krankenhaus und Pflegeheime;
- Genehmigung und Finanzierung der Infrastrukturmaßnahmen im Bereich Krankenhaus und Altenheime;
- Finanzierung der Dienste der häuslichen Versorgung (Familienhilfe, Eudomos,...);
- Behindertenpolitik;
- Gesundheitsfürsorge.

In gewissen Bereichen ist eine Verlagerung der Finanzierungslast vom Föderalstaat hin zu den Gemeinschaften festzustellen. Indem der Föderalstaat Einschränkungen in der Finanzierung von gewissen Akten vorgenommen hat (z.B. bei den Hygienetoiletten durch die selbständigen Krankenpfleger oder das Gelb-Weiße Kreuz), bleibt ein Teil dieser Tätigkeiten an der Familienhilfe und damit die Finanzierung an der Gemeinschaft hängen, da der Versorgungsbedarf bei den betroffenen Personen sich dadurch nicht automatisch verringert. Daraus ergibt sich allerdings auch eine höhere Eigenbeteiligung für den Betroffenen, da die Krankenkasse für diese Leistungen nun nicht mehr aufkommt.

Dienste wie das Gelb-Weiße-Kreuz sind aus diesen finanziellen Erwägungen heraus gezwungen, ihre Leistungen soweit wie möglich auf die LIKIV-finanzierten Akten zu beschränken und mancher Betroffene mag angesichts der Zusatzbelastung genauer abwägen, ob er die Leistung noch genauso häufig wie früher beanspruchen will oder kann.

In diesem Kontext erhält die Diskussion zur Einführung einer Pflegeversicherung weiteres Gewicht.

⁵ Für Selbständige z.B. interveniert das LIKIV nur, wenn diese die freiwillige Versicherung für "kleine Risiken" abgeschlossen haben. Weitere Sonderfälle sind z.B. Kriegsinvaliden, pensionierte Bahnangestellte und ausländische Bewohner.

3.2.2. Normen/Programmierung und die aktuelle Situation

In den sogenannten LIKIV-Sektoren (Krankenhäuser und Alten- und Pflegeheime) wird die Zahl der bezuschussbaren Aufnahmeplätze vom Föderalstaat bzw. den Gemeinschaften in Kooperation mit dem Föderalstaat begrenzt, um die Kosten für das Sozialversicherungssystem unter Kontrolle zu halten. Man stellte nämlich in den 70er Jahren fest, dass die Zahl der Krankenhausbetten auszuufern drohte, und dieses (Über-) Angebot stimulierte wiederum die Nachfrage. Aus dieser Situation heraus entstand ab 1973 die sogenannte Programmierung.

Darüber hinaus werden auf verschiedenen Ebenen Normen festgelegt, um die Qualität der Betreuung zu garantieren und die Finanzierung zu regeln. So legt die Gemeinschaft die Basisnormen fest, die ein Haus erfüllen muss, um die Anerkennung zu erhalten (u.a. in punkto Hygiene, Gebäude, Sicherheit und Personal). Will die Einrichtung eine LIKIV-Finanzierung für die Pflege ihrer Patienten bzw. Bewohner erhalten, muss sie zusätzlich die vom Föderalstaat bzw. vom LIKIV festgelegten Personalnormen erfüllen.

Während die Personalnormen Mindestanforderungen an die einzelnen Einrichtungen sind, damit sie anerkannt werden und eine LIKIV-Finanzierung erhalten können⁶, handelt es sich bei der Programmierung von Bettenzahlen oder Pflegeplätzen um Höchstbegrenzungen (bzw. um Zielvorgaben, wo diese Grenze noch nicht erreicht ist), die von den einzelnen Körperschaften auf ihrem Gebiet erreicht werden dürfen.

Diese Normen und Programmierungszahlen werden durch die zuständigen Minister festgelegt. Daneben gibt es mehrere begutachtende Gremien: Der Beirat für Aufnahmestrukturen für Senioren und der Krankenhausbeirat der DG geben auf Anfrage oder aus eigener Initiative Gutachten zu den Materien im Kompetenzbereich der Gemeinschaft ab, etwa im Bereich der Anerkennung von Aufnahmestrukturen für Senioren bzw. Krankenhausdiensten.

In begründeten Fällen kann der zuständige Minister Abweichungen von den Normen genehmigen.

Durch die ständige Anpassung der Normen und damit der Bezuschussungskriterien des LIKIV ist es schwierig, die Personalentwicklung langfristig vor auszuplanen, insbesondere im Altenheimbereich.

a) Krankenhäuser

Programmierung

Sie wird pro Dienst, d.h. medizinischer Spezialität festgelegt. Gleichzeitig gibt es eine Mindestnorm von 150 Betten pro Krankenhaus (mit Ausnahmen, wo 120 Betten reichen, insofern kein anderes Krankenhaus in einem Radius von 50 Km in der gleichen Gemeinschaft vorhanden ist). Aus Rentabilitäts- und Qualitätsgründen sind ebenfalls Mindestbettenzahlen für gewisse Dienste festgelegt. So muss z.B. eine Sp-Abteilung (ein Spezialisierungsdienst) mindestens 20 Betten umfassen, eine Psychiatrie-Abteilung mindestens 30.

Da die Programmierung allein nicht ausreichte, um das Angebot einzudämmen, ist 1982 ein landesweites Moratorium zur Begrenzung der Gesamtzahl an Krankenhausbetten beschlossen worden. Dieses hat noch immer Bestand, und nur Umwandlungen und Transfers von Betten sind möglich, aber keine Neuschaffungen.

Solange die Programmierung pro Dienst in einer Region nicht erreicht ist, können Krankenhäuser die Genehmigung von zusätzlichen Betten in diesem Dienst beantragen. Aufgrund des Moratoriums müssen allerdings im Gegenzug - im Prinzip - andere Betten (nach festgelegtem Schlüssel) abgebaut werden.

Darüber hinaus hängt die Anerkennung (und damit Finanzierung) der Betten auch davon ab, ob gewisse Mindestbelegungsquoten erreicht werden (bzw. eine jährliche Mindestzahl an gewissen medizinischen Akten, z.B. Geburten).

Seit einigen Jahren wird auch die Entwicklung der Aktivität "Tagesklinik" (für Chirurgie und Innere Medizin) stark gefördert. Der technologische Fortschritt und neue medizinische Methoden erlauben in der Tat eine Reihe von Interventionen, die keinen stationären Klinikaufenthalt mehr erfordern. Dies ist zudem mit weniger Kosten für die Krankenversicherung verbunden. Der "Anreiz" für die Krankenhäuser liegt darin, dass ihr Budget mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten variiert. Grob gesagt: eine kürzere Aufenthaltsdauer als im nationalen Durchschnitt für gewisse Patientengruppen wird belohnt, eine längere wird penalisiert. Da die Rahmenbedingungen für Tagesklinikplätze noch nicht ganz klar sind, ist noch nicht festgelegt, ob die Schaffung von Tagesklinikplätzen generell mit der Umwandlung von anderen Betten verbunden sein muss.

⁶ Tatsächlich wird diese Norm von vielen Häusern überschritten, wenn sie intern höhere Qualitätsansprüche festgelegt haben. Dieses zusätzliche Personal muss dann über andere Quellen finanziert werden.

Allgemeine Krankenhäuser				
Dienst	Bezeichnung	allg. Programmierung (1.1.1995)	Programm DG ⁷	existierende Betten DG
C + D + H + H* + I	Chirurgie, innere Medizin, stationäre Behandlung (einfache und gemischt C + D), Intensivstation	2,9/1000 Einw.	200	208
M	Entbindungsstation	32/1000 Geburten	ca. 26 ⁷	22
E	Pädiatrie	37/1000 Geburten	ca. 30 ⁷	13
N	Neugeborene	6/1000 Geburten	-	-
L + B	ansteckende Krankheiten	0,03/1000 Einw.	-	-
A	akute Neuropsychiatrie (Beobachtung u. Behandlung)	0,15/1000 Einw.	10	30
A1 + A2	akute Neuropsychiatrie (Tages- bzw. Nachtambulanz)	0,075/1000 Einw.	5	15
Sp	Spezialisierungen (Palliativpflege, ...)	0,52/1000 Einw.	36	0
G	Geriatric	5/1000 Einw. über 65	50	24
...				
Total			357	312

Tabelle 1: Programmierung der Krankenhausbetten (aus: IBES, 1998, S. 114f., eigene Berechnung für die DG, existierende Betten laut INS, 1998)

Mittelfristig ist ohnehin eine grundlegende Änderung des Finanzierungssystems abzusehen. Zukünftig wird man die Finanzierung und auch die Normen nicht mehr an Bettenzahlen binden, sondern an Leistungen bzw. Aktivitäten.

Personalnormen

Sie sind im K.E. vom 23.10.1964 und seinen zahlreichen Anpassungen festgelegt worden. Zurzeit beläuft sie sich auf 13 Krankenpfleger pro 30 Betten. Hinzu kommen spezifische Normen für einzelne Stationen (die Qualifikation der Pfleger betreffend, z.B. eine gewisse Anzahl in Intensivpflege spezialisierte Pfleger für die Intensivstation), für die Nachtschichten usw.

Die Erfüllung der Norm ist aber nicht automatisch gleichzusetzen mit der Finanzierung des Pflegepersonals. Diese wird theoretisch über den Tagespreis gesichert. Aber seit die Krankenhäuser über ein Globalbudget für das ganze Land finanziert werden, gilt es diesen festgelegten Haushalt nach bestimmten Schlüsseln unter allen Krankenhäusern zu verteilen. Die vorgeschriebene Personalnorm ist daher nur noch ein Kriterium unter mehreren.

Viele Krankenhäuser sehen sich daher (und aufgrund des gestiegenen Patienten-Turnovers) vor die Wahl gestellt, die Pflegeleistungen zu reduzieren oder einen Teil des Pflegepersonals über andere Einnahmen zu finanzieren. So sind in den letzten Jahren z.B. ABM-Stellen geschaffen worden, die aber zur Einstellung von Pflegehelfern (bspw. Logistiker) oder paramedizinischem Personal (Sozialassistenten, Psychologen,...) genutzt werden mussten und die Krankenpfleger nur indirekt entlasteten.

Der Intensivierung der Krankenpflegeleistung infolge der Aufenthaltsverkürzung wurde in den letzten Jahren nur durch eine geringfügige Anpassung der Normen für das Pflegepersonal Rechnung getragen: 1999 sind die Stationsnormen um 0,5 Personen pro 30 Betten erhöht worden, 2000 kamen nochmals 0,5 hinzu. Dieses zusätzliche Personal muss zu 70% diplomiertes Personal sein. Diese "équipes volantes" können im Hospitalisations- und Notfalldienst eingesetzt werden.

Für Paramediziner gibt es Normen nur in bestimmten Diensten (M, N, G, gewisse Sp und psychiatrische Dienste), für Pflegehelfer variiert die Personalnorm je nach Dienst.

In der Neuropsychiatrie (Dienst A) werden 16 Personen pro 30 Betten finanziert. Neben den Ärzten (als freie Mitarbeiter) muss vorhanden sein: 1 Psychologe und 1 Sozialassistent oder Sozialkrankenschwester pro 60 Patienten, 6 Krankenpfleger (vorzugsweise mit Spezialisierung in Psychiatrie), 2 Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Erzieher, Psychologieassistenten oder Pflegehelfer, 3 Familien- und Sanitätshelfer und 4 Lizenzierte oder Graduierte (Paramediziner, Erzieher, soziale oder künstlerische Ausrichtung) pro 30 Patienten.

In der psychiatrischen Tagesklinik sieht die Norm 3 Krankenpfleger und 6 Paramediziner pro 30 Plätze, sowie 1 Psychologen und 1 Sozialassistenten pro 60 Plätze vor.

⁷ Zahl der rein rechnerisch der DG zustehenden Betten, auf Basis der Bevölkerungszahl von 1995 und einer durchschnittlichen jährlichen Geburtenzahl von 800 für die beiden Krankenhäuser.

Aktuelle Situation

Seit den 80er Jahren ist die Bettenzahl in den allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern Belgiens massiv reduziert worden mit dem Ziel, nur noch die akuten und intensiven Pflegemaßnahmen dort durchzuführen; alle übrigen Fälle sollen in anderen (kostengünstigeren) Infrastrukturen aufgefangen werden. Außerdem ist in dieser Zeit die Bettenzahl zwischen den Diensten und Krankenhäusern umgeschichtet worden, so dass zusätzlich benötigte Betten in dem einen Dienst nur geschaffen werden konnten, wenn im Gegenzug andere Betten abgebaut wurden oder Krankenhäuser fusionierten.

Obwohl die Zahl der Krankenhausbetten in Belgien zwischen 1979 bis 1994 um 18% reduziert worden ist, liegt sie noch immer leicht über den Programmierungszahlen (zumindest in gewissen Diensten).

Ermöglicht wurde dies durch die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Patient (von 1983 bis 1993 um 66-74%, je nach Region). Dagegen ist die Zahl der Einweisungen pro Einwohner angestiegen (ein höheres "Turnover"), besonders bei den über 60-Jährigen. 1992 waren ca. 36% der Krankenhauspatienten älter als 60 Jahre, und dieser Proporz ist steigend, wie eine Studie des Gesundheitsministeriums ergeben hat (s.S.32). Diese Phänomene (Aufenthaltsverkürzung, höhere Rotation und ältere Patienten) führen dazu, dass die zu erbringenden Pflegeleistungen in ihrer Art immer intensiver und anspruchsvoller werden.

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft verfügen wir über folgende Krankenhausinfrastruktur:

Bettenzahl	1992	1993	1996	1999	2000	2004/5?
Klinik Eupen	177	177	177	177	177	197?
Klinik St.Vith	105	113	120	120	120	140?
psych. Tagesklinik				8	15	15?
chirurg. Tagesklinik						
TOTAL DG	282	290	297	305	312	352?

Tabelle 2: Entwicklung der Bettenzahl in den Krankenhäusern der DG

Wie die Tabelle 1 gezeigt hat, sind damit die Programmierungszahlen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft noch nicht erreicht, geschweige denn überschritten wie in den anderen Landesteilen. Theoretisch stehen hier noch insgesamt 45 Betten zur Verfügung.

Zurzeit existieren in den beiden Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft Betten der Abteilungen C, D, M, I; sowie A in St.Vith, E und G in Eupen. Geplant für die nahe Zukunft ist die Schaffung von 20 Sp-Betten (für chronische Krankheiten) in Eupen, sowie eventuell auch 20 in St.Vith. Unklar ist allerdings noch, ob dafür andere Betten abgebaut werden müssen oder nicht. Darüber hinaus sind auch neue Dienste ohne stationäre Betten geplant (Nierendialyse in Eupen ab 2001, Ausbau der chirurgischen Tageskliniken).

Angeichts von Tabelle 2 kann auch für die Vergangenheit nicht die Rede von einem Bettenabbau sein, im Gegenteil. Dadurch, dass verschiedene Dienste in den hiesigen Krankenhäusern überhaupt nicht vorhanden waren, konnten sie natürlich auch nicht abgebaut werden, um andere oder neue Dienste zu schaffen. So ist im Laufe der Jahre die Geriatrie-Abteilung in Eupen und die Psychiatrie in St.Vith neu hinzugekommen. Dennoch liegt die Bettendichte pro 1000 Einwohner noch immer deutlich unter derjenigen in den anderen Landesteilen (s. Tabelle 3).

Bettenzahl pro 1000 Einwohner (1994)	allgemeine Krankenhäuser	psychiatr. Krankenhäuser	TOTAL
Flandern	5,6	1,9	7,5
Wallonie	5,7	1,4	7,1
Brüssel	8,7	1,2	9,9
DG	4,2	-	4,2

Tabelle 3: Krankenhausbettendichte pro 1000 Einwohner
(aus: IBES, S. 114 u. eigene Berechnung für die DG)

Das Angebot im Bereich **Psychiatrie** auf Ebene der Krankenhäuser umfasst zurzeit die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses St.Vith (30 Betten) und die psychiatrische Tagespflege (8 Plätze in St.Vith und 7 Plätze in Eupen). Komplementär zum klinischen Bereich gibt es auch das "Begleitete Wohnen" (s.S.23).

Krankenhäuser DG	Bettenzahl 1.1.1997	Zahl der Patienten 1995	Hospitalisations- tage 1995
Neuropsychiatrie	30	362	8.582
Chirurgie	111	5.286	31.864
Innere Medizin	90	2.935	26.676
Pädiatrie	13	245	1.148
Intensiv	7	-	-
Entbindung	22	903	6.275
Geriatric	24	291	7.557
Gesamt	297	10.022	82.102

Tabelle 4: Die Krankenhausinfrastruktur und -belegung in der DG
(aus: INS, *Annuaire des statistiques régionales*, 1998 und 1996)

b) Altenheime (Maison de repos pour personnes âgées - MR)

Programmierung:

- Deutschsprachige Gemeinschaft: **4** Altenheimplätze pro 100 Personen von 60 Jahren und mehr (E.R. 20.2.1995), d.h. auf Basis der Bevölkerungszahl von 1995 sind 565 Plätze programmiert. Bis 1992 lag die Norm noch bei 4,5%.
- Wallonische Region: **6,8** pro 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr auf Ebene der Region; 6,3 auf Ebene jedes Bezirks (A.G. 3.12.1998), (vorher 7 pro 1000 Einwohner, A.R. 2.5.1972)
- Flandern: **gestaffelt**, d.h. 1 Platz pro 100 Personen von 60-74 Jahren, 4 Plätze pro 100 Personen von 75-79 Jahren, 12 Plätze pro 100 Personen von 80-84 Jahren, 23 Plätze pro 100 Personen von 85-89 Jahren, 32 Plätze pro 100 Personen von 90 Jahren und mehr (E.R. 17.3.1998; vorher waren es 5 pro 100 Pers. von 60 Jahren und mehr).

1997 ist allerdings eine **Umwandlung von Altenheim- in Pflegeheimbetten** beschlossen worden⁸, da es eindeutig an Aufnahmeplätzen für schwere Pflegefälle fehlte.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft bedeutete das, dass im Zeitraum von 1998 bis 2002 151 MR-Betten in MRS-Betten umgewandelt werden können. Dies soll nach folgendem Zeitplan geschehen:

1998: 11 Betten im Marienheim, 20 in St.Vith

1999: 25 Betten in Astenet, 5 in St.Vith

2000: 2 Betten in St.Vith, 13 im Marienheim, 15 in St.Joseph

2001: 5 Betten in St.Vith, 25 im Seniorenzentrum St. Franziskus

2002: 7 Betten in St.Vith, 10 in Bütgenbach, 5 im Marienheim, 8 in St.Joseph

Das heißt, dass zu Beginn 2000 noch 504 Altenheimbetten im Programm stehen, Ende 2002 nur noch 414.

Diese Zahl gilt aber nur, wenn man auch weiterhin die Bevölkerungszahl von 1995 der Berechnung zugrunde legt. Tatsächlich aber steigt die Zahl der Senioren stark an (zwischen 1995 und 2000 um 12%, bis 2005 nochmals um schätzungsweise 15% usw.), so dass eine Anwendung der Programmierung auf die aktualisierte Bevölkerungszahl eine sehr viel höhere Bettenzahl ergeben würde (wofür aber wiederum zuerst die baulichen Voraussetzungen geschaffen werden müssten). Da aber 1996 ein Moratorium verabschiedet wurde, welches die Programmzahl der Alten- und Pflegeheimbetten bis 2002 einfriert, können zumindest bis dahin ohnehin keine zusätzliche Betten genehmigt werden.

Personalnormen

Die *Mindestpersonalnormen* für die Anerkennung eines Hauses (EEDG 26.02.1997) - unabhängig von der Pflegebedürftigkeit der Bewohner – werden in Tabelle 5 dargestellt.

Des Weiteren muss die ständige Anwesenheit mindestens einer Person mit dem Familien- und Seniorenhelferdiplom (oder gleichwertig) garantiert werden. Die tägliche Präsenz eines Krankenpflegers muss gewährleistet sein. Pro 30 belegter Betten muss 1 ganztags beschäftigter Krankenpfleger vorgesehen sein (bei höherer oder niedrigerer Belegung wird das Personal proportional dazu berechnet). Dies können in Einrichtungen mit weniger als 13 Betten (die in der DG aber nicht existieren) auch selbständige Krankenpfleger sein. Die anderen Personalmitglieder müssen mindestens ein Erste-Hilfe-Diplom vorweisen können. Wenn weniger als 15 B- oder C-Fälle anwesend sind, müssen mindestens 2 Krankenpfleger und 3 Pflegehelfer beschäftigt sein.

⁸ "Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées" (9.6.1997)

Belegte Betten	Ganztags beschäftigte Personalmitglieder
25 und weniger	6
26 bis 30	6,5
31 bis 35	7
36 bis 40	7,5
jede weitere Einheit von 10	+ 0,5

Tabelle 5: Mindestpersonalnormen für die Anerkennung von Altenheimen (MR)

Um die LIKIV-Finanzierung zu erhalten, muss die Einrichtung darüber hinaus den Personalschlüssel der Tabelle 6 einhalten, der sich nach der Anzahl Bewohner in der jeweiligen Kategorie der Pflegebedürftigkeit richtet (von den leichten bis sehr schweren Pflegefällen, d.h. Kategorie O bis C+).

Kat.	Personalnormen (pro 30 Bewohner) 5.4.1995	Personalnormen (pro 30 Bewohner) seit 1.10.2000	LIKIV- Pauschale (01.06.1999)	LIKIV- Pauschale (01.07.2001)
O	0,25 Krankenpfleger - genügend Ergoth. o. Logop.	idem	48 BEF	60 BEF
A	0,95 Krankenpfleger 0,55 Pflegehelfer - genügend Ergoth. o. Logop.	0,95 Krankenpfleger 0,80 Pflegehelfer 0,25 Krankenpfleger/Paramed. - genügend Ergoth. o. Logop.	217 BEF	349 BEF
B	2,10 Krankenpfleger 3,50 Pflegehelfer - genügend Ergoth. o. Logop.	idem	820 BEF	926 BEF
C	3,75 Krankenpfleger 0,35 Paramediziner 4,60 Pflegehelfer - genügend Ergoth. o. Logop.	idem	1244 BEF	1.334 BEF
Cd	idem C, + 1 Krankenpfleger oder Paramediziner oder Pflegehelfer	idem	1244 BEF	1.334 BEF
C+	4,10 Krankenpfleger 0,385 Paramediziner 5,06 Pflegehelfer - genügend Ergoth. o. Logop.	idem	1360 BEF	1.456 BEF

Tabelle 6: Personalnormen des LIKIV für Altenheime (MR)

Die Politik des LIKIV zielt darauf ab, möglichst große Heime zu fördern, da dies angeblich besser für die Qualität der Versorgung sei. Daher werden in Heimen, die weniger als 15 B- oder C-Fälle beherbergen, selbst C-Fälle nur mit der Pauschale der B-Fälle bezuschusst. Dies stellt für die kleinen Altenheime natürlich ein großes finanzielles Problem dar. Andererseits können sie aber nicht beliebig zusätzliche Plätze schaffen, da die Aufnahmekapazitäten genehmigt werden und sich innerhalb der Grenzen der Programmierung bewegen müssen. Auch wenn die Personalnorm nicht erreicht wird, drohen finanzielle Strafen: -25% Abzüge wenn die Personalnorm um weniger als 10% unterschritten wird, nur noch A-Pauschale, wenn die Personalnorm um mehr als 10% unterschritten wird.

Aktuelle Situation

Die Bettenzahl der MR ist von 1984 bis 1997 in Belgien um 34% gestiegen. Allerdings waren 1984 weniger Häuser offiziell anerkannt, so dass diese Steigerung etwas überschätzt sein kann.

In Flandern war damit die Programmierung noch nicht erreicht (wobei allerdings noch die Betreuten Wohnungen hinzugerechnet werden müssten, was die Zahl der Aufnahmeplätze 1996 um ca. 14% erhöht), wogegen sie in der Wallonie und Brüssel weit übertroffen wurde (wobei es sich aber z.T. um rein theoretische Plätze handelt, die in der Praxis nicht verfügbar sind und die Programmierung um ca. 35% niedriger lag als in Flandern).

Anzahl Betten / 1000 Personen von 60 Jahren und mehr	Flandern	Wallonie	Brüssel	DG (31.12.1997)
Stand Juni 1997	45	65	73	34,8
Verhältnis zur damaligen Programmierung ⁹	89%	201%	230%	87%

Tabelle 7: Vergleich Programmierung und Realität in den Altenheimen
(Quelle: HIVA 1998, S. 123 und eigene Berechnung für die DG)

Auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist die Zahl der MR-Betten bis 1997 bis auf 511 Betten angestiegen, lag aber damit ebenfalls noch unter der ursprünglichen Programmierung. Seitdem ist sie - aufgrund der Umwandlung in MRS-Betten - weiter rückläufig (s. Tabelle 10). Ende 2000 waren noch 374 Betten anerkannt, und nach der Umwandlung von weiteren 60 Betten würde die Zahl bis Ende 2002 auf 314 sinken. Da die laut Protokoll von 1997 nunmehr zulässige Zahl von 414 Betten aber damit nicht erreicht ist, können noch 100 neue Betten genehmigt werden. Bisher sind davon 63 neue Betten angefragt und genehmigt worden, 37 bleiben also noch zur Verfügung. Nach Schaffung der neuen Betten und Umwandlung wird die MR-Bettendichte in der DG normalerweise leicht über derjenigen in Flandern liegen, aber weit unter derjenigen in Brüssel und der Wallonie - und damit unter dem Landesdurchschnitt - bleiben.

c) Altenpflegeheime (Maison de repos et de soins - MRS)

Programmierung

Die letzte Programmierung sah 1,7 Plätze pro 100 Personen über 65 Jahren vor (A.M. 12/10/1993). Per Ministeriellem Erlass vom 4.2.1998 wurde jedoch eine maximale MRS-Bettenzahl für das gesamte Land festgelegt, die wiederum das Abkommen von 1997 berücksichtigt, wonach zwischen 1998 und 2002 jährlich 5.000 Betten aus dem MR-Bereich hinzukommen. Dies bedeutet, dass die MRS-Bettenzahl von 20.126 Betten Ende 1997 auf 45.126 ab dem 1. Januar 2002 steigen soll.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft würde die theoretische Programmierung von 1,7% auf Basis der 95er Bevölkerungszahl 173 MRS-Betten bedeuten. Tatsächlich aber lag die durch den Föderalstaat genehmigte Zahl von MRS-Betten in der DG in 1997 bei 155, eine Zahl, die sich aus den vorhandenen Haushaltsmitteln und -diskussionen ergeben hat. Durch die Umwandlung von MR- in MRS-Betten, die 1997 beschlossen wurde (s.o.), und die von dieser tatsächlich anerkannten Bettenzahl von 155 ausgeht, soll die Zahl bis Anfang 2000 auf 246 und bis Ende 2002 auf 306 steigen.

Verglichen mit den Bettenzahlen, die aus der Anwendung der ursprünglichen Programmierung auf die künftigen Bevölkerungszahlen resultieren würden (s.S.68), sind diese Zahlen deutlich höher. Die Realität unterstreicht also, dass die Programmierungszahl von 1,7 zu niedrig angesetzt worden ist. Über die Anpassung der Programmierungszahlen soll nach Ende des Moratoriums in 2002 neu verhandelt werden.

Um als MRS-Einrichtung anerkannt zu werden, muss u.a. eine Mindestanzahl von 25 Betten erreicht werden und ein "lien fonctionnel" zu gewissen Krankenhausdiensten (Geriatric, Palliativpflege) bestehen. Eine Person muss mindestens den Abhängigkeitsgrad B aufweisen, um in ein Pflegeheim überwiesen werden zu können.

Personalnormen

Die Personalnormen des LIKIV für MRS in Funktion der Bewohner werden aus Tabelle 8 (s.S.19) ersichtlich.

Für die ursprünglich vorgesehene Aufstockung der Norm für B-Fälle von 3 auf 5 Krankenpfleger musste im Nachhinein eine Übergangslösung gefunden werden, da die Altenpflegeheime aufgrund der mangelnden Zahl an Krankenpflegern auf dem Arbeitsmarkt sich nicht in der Lage sahen, diese Norm zu erfüllen. Daher können sie zurzeit entweder 4 Pfleger beschäftigen und die niedrigere Pauschale fakturieren oder bei 5 Pflegern den höheren Satz fakturieren. Zudem ist es für Heime mit mehr als 40 B- oder C-Fällen möglich, einen Krankenpfleger durch einen Paramediziner zu ersetzen, ohne dafür finanziell bestraft zu werden.

Die LIKIV-Pauschale soll die Pflegekosten abdecken, während die Eigenbeteiligung der Bewohner die "Hotelkosten" finanziert. Während die LIKIV-Pauschale auf nationaler Ebene festgesetzt wird, legen die einzelnen Einrichtungen ihren Tagespreis selber fest (bedürfen aber einer Zustimmung des Wirtschaftsministers).

⁹ In der Wallonie hat man die Programmierung 1998 kurzerhand nach oben, d.h. der Realität angepasst, auf 68 Betten pro 1000 Personen von 60 Jahren u. mehr, so dass das Verhältnis zwischen Realität und Norm jetzt ausgewogen scheint.

Kategorie	Personalnormen (pro 30 Bewohner) seit 1.10.2000	LIKIV-Pauschale (01.06.1999)	LIKIV-Pauschale (ab 1.7.2001)
B	B4: 4 Krankenpfleger (vorher 3) 5 Pflegehelfer 1 Ergoth. o. Logop. o. Kine B5: 5 Krankenpfleger (vorher 3) 5 Pflegehelfer 1 Ergoth. o. Logop. o. Kine	1.364 BEF	1.577 BEF (B4) 1.735 BEF (B5)
C	5 Krankenpfleger 0,5 Paramediziner 6 Pflegehelfer 1 Ergoth. o. Logop. o. Kine	1.819 BEF	1.905 BEF
Cd	5 Krankenpfleger 0,5 Paramediziner 6,5 Pflegehelfer 1 Ergoth. o. Logop. o. Kine	1.885 BEF	2.069 BEF

Tabelle 8: Personalnormen des LIKIV für Altenpflegeheime (MRS)

Aktuelle Situation

Auch die Zahl der MRS-Plätze in Belgien ist seit den 80er Jahren deutlich gestiegen. Zuerst (bis 1994) wurden sie hauptsächlich durch die Umwandlung von Krankenhausbetten geschaffen. Zwischen 1991 und 1997 stellte sich dann aber eine Stagnation der MRS-Bettenzahl ein.

Da die Programmierung aber noch lange nicht erreicht wurde (s. Tabelle 9) und der Bedarf an MRS-Plätzen steigt, ist mit dem Protokoll von 1997 die Umwandlung von 25.000 Altenheimbetten in MRS-Betten beschlossen worden. Davon entfallen wie gesagt 151 auf die DG. Dies bedeutet insgesamt etwa eine Verdopplung der Kapazität zwischen 1997 und 2002.

Anzahl Betten /1000 Personen von 65 Jahren und mehr	Flandern	Wallonie	Brüssel	Belgien	DG
Stand 1997	13,3	9,6	12,6	12	14,5
ursprüngliche Programmierung	17				
Situation nach Umwandlung (Betten in 2002/Bev. 65+ in 2000)	26,8	23,4	31,2	26,3	27,3

Tabelle 9: Vergleich Programmierung und Realität in den Altenpflegeheimen
(Quelle: HIVA 1998a, S. 126, eigene Berechnung für die DG u. Situation nach Umwandlung)

Die Situation in der Deutschsprachigen Gemeinschaft sieht so aus, dass die Zahl der MRS-Betten exakt der 1997 festgelegten Planung (+30 jährlich bis 2002) folgen soll. Ende 2000 bedeutet das 246 Betten, Ende 2002 sollten es 306 sein.

Dann würden, gemessen an der Bevölkerungszahl von 2000, ca. 27,3 MRS-Betten pro 1000 Einwohner von 65 Jahren und mehr vorhanden sein, was ähnlich wie in Flandern leicht über dem Landesdurchschnitt liegt. Demgegenüber bleibt in der Wallonie die MRS-Bettendichte trotz der Umwandlung unter dem Durchschnitt, während die MR-Bettendichte noch wesentlich höher bleibt. In Brüssel bleibt die Bettendichte sowohl im MR- als auch im MRS-Bereich deutlich höher als anderswo, was noch dadurch betont wird, dass Brüssel die einzige Region ist, deren Bevölkerung über 65 Jahren rückläufig ist.

Stand 31.12.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ¹⁰	2002 ¹⁰
Katharinenstift Astenet											
MR	75	75	75	75	75	75	100	75	73	73	73
MRS								25	30	30	30
Seniorenzentrum St. Franziskus											
MR	35	35	35	48	48	48	48	48	48	23	39
MRS										(25)	(25)
Seniorenheim St.Vith											
MR	23	23	60	60	60	60	40	35	30	25	18
MRS							20	25	30	35	42
Seniorenheim Bütgenbach											
MR	34	40	30	30	30	40	40	40	36	50	40
MRS	30	40	50	50	50	50	50	50	54	54	64
Alten- und Pflegeheim St.Joseph											
MR	62	102	97	97	97	97	97	96	68	68	60
MRS	55	45	50	50	50	50	50	50	78	78	86
Haus Katharina											
MR	22	29	29	29	29	29	29	29	29	29	45
MRS											
Marienheim											
MR	80	80	75	75	78	75	67	67	49	49	61
MRS	20	20	25	25	25	25	36	36	54	54	59
Golden Morgen											
MR	30	30	30	30	30	30	30	30	41	41	41
MRS											
Haus Anna											
MR	20	20	20	20	20	20	0	0	0	0	0
MRS											
Gesamt Alten(pflege)heime DG											
MR	381	434	451	464	467	474	451	420	374	358	377
MRS	105	105	125	125	125	125	156	186	246	276	306
TOTAL	486	539	576	589	592	599	607	606	620	634	683
AIOMS (Moresnet) – zählen ab 2000 nicht mehr zur Programmierung der DG											
MR	37	37	37	37	37	37	37	37	-	-	-
MRS	30	30	30	30	30	30	30	30	-	-	-
Gesamt Alten(pflege)heime (inklusive Moresnet)											
MR	418	471	488	501	504	511	488	457	374	358	377
MRS	135	135	155	155	155	155	186	216	246	276	306
TOTAL	553	606	643	656	659	666	674	673	620	634	683
Aufgrund der 1997 angepassten Planung erlaubte Zahlen:											
MR						565	534	504	474	444	414
MRS						155	186	216	246	276	306
Gesamt						720	720	720	720	720	720

Tabelle10: Reale Entwicklung der anerkannten Bettenzahlen in MR und MRS in der DG

Zwischen 1992 und 2002 (wo die zusätzlich genehmigten, aber noch nicht gebauten Betten bereits berücksichtigt werden) ist also eine Zunahme von 130 Betten insgesamt zu beobachten. Die Zunahme fällt insgesamt ganz auf die personalintensiveren MRS-Betten (+160), während einfache Altenheimbetten abgebaut werden (-30).

Der DG zugute kommt dabei, dass die Betten in Moresnet ab 2000 nicht mehr in der Wallonischen Region und der DG doppelt programmiert werden und somit 37 MRS- und 30 MR-Betten in der DG neu verteilt werden konnten.

¹⁰ Die für 2001 und 2002 geplanten und genehmigten zusätzlichen Betten werden zum Teil mit Verzögerung realisiert werden, da sie teilweise von Bauvorhaben abhängen.

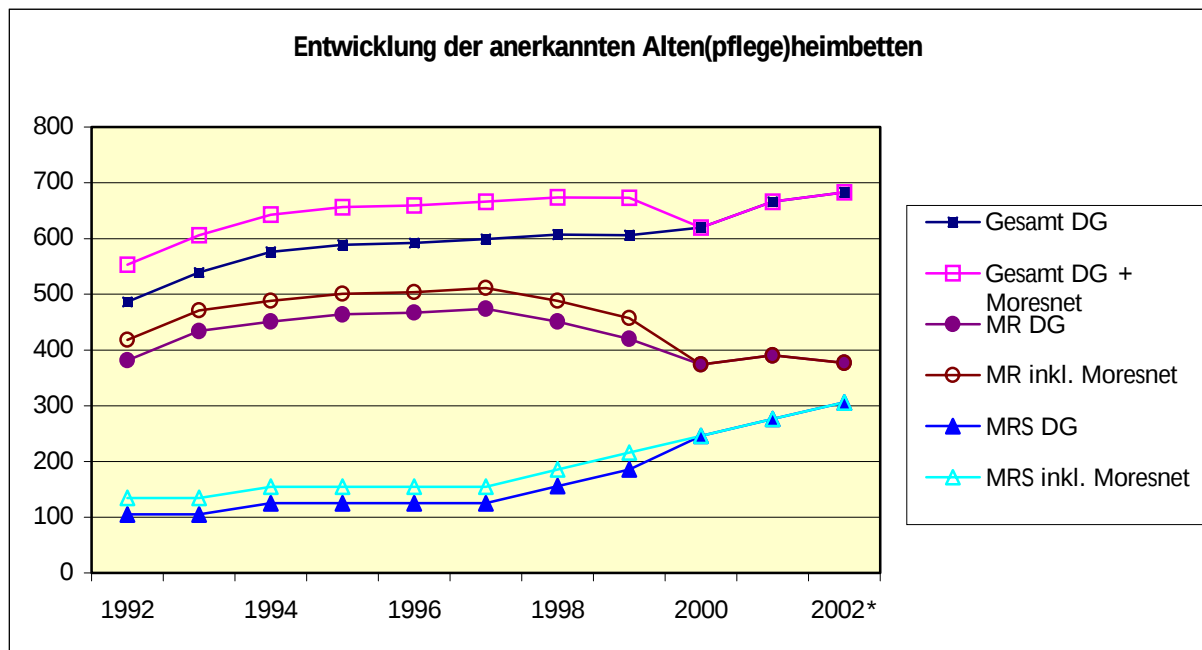


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl an Alten(pflege)heimbetten in der DG seit 1992

Kurzzeitpflege

Das Angebot der Kurzzeitpflege ermöglicht Familien, die ihre pflegebedürftigen Verwandten zuhause selber pflegen, im Notfall (Krankheit des pflegenden Familienangehörigen, Überlastung,...) auf die Leistungen des Alten(pflege)heims zurückzugreifen und den Pflegebedürftigen für eine gewisse Zeit dort unterbringen zu können. Diese Ausweichmöglichkeit fördert damit den Verbleib der Pflegebedürftigen zuhause.

Die Kurzzeitpflege unterliegt keiner speziellen Programmierung oder Personalnorm. Die meisten Heime reservieren aber in der Regel einen oder mehrere Plätze in ihren Altenheimbetten für Kurzzeitaufenthalte und verzeichnen auch eine hohe bis sehr hohe Auslastung derselben.

d) Betreutes Wohnen für Senioren

Bei dieser Betreuungsform leben die Betroffenen weitgehend autonom in individuellen Wohnungen, können aber bei Bedarf auf die verschiedenen Dienstleistungen im Pflege- oder Versorgungsbereich des angegliederten Alten(pflege)heims zurückgreifen.

Programmierung

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist 1 Wohnung je 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr vorgesehen (EEDG 20.2.1995).

Dies würde (auf Basis der Bevölkerungszahl von 1995) bedeuten, dass 138 Wohnungen genehmigt werden können.

In Flandern sind in ähnlicher Form 2 Aufnahmeplätze pro 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr programmiert (in "serviceflats en woningen met dienstverlening", E.R.FI. 17.3.1998).

Darüber hinaus sind in Flandern auch Dienstleistungszentren vorgesehen (max. 1 Zentrum pro 2000 Einwohner von 60 Jahren und mehr), die den Senioren aus der Wohngegend materielle, hygienische und soziale Dienstleistungen anbieten.

In der Wallonie sind im Bereich "résidences-services" pro Bezirk 2 Aufnahmeplätze pro 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr programmiert (A.G.W. 3.12.1998).

Personalnorm

Die Personalnorm ist flexibel: "Eine ausreichende Anzahl qualifizierter Personalmitglieder" müssen zur Verfügung stehen (EEDG 26.02.1997).

Aktuelle Situation

Zurzeit gibt es in der DG nur 3 betreute Wohnungen, angesiedelt beim Marienheim in Raeren. 8 weitere sind dort selbst in Planung. Die Bewohner beziehen ihr Mittagessen und den Wäschedienst vom Heim, leben aber sonst autonom.

Nicht klar ist zurzeit, ob die zögerliche Entwicklung dieser Betreuungsform in der Deutschsprachigen Gemeinschaft auf eine geringe Nachfrage seitens der Senioren oder auf das fehlende Angebot seitens der Altenheimbetreiber zurückzuführen ist.

e) Tagespflege für Senioren

Diese Betreuungsform sieht vor, dass die Pflegebedürftigen den Tag im Heim verbringen, die Nacht über aber in die eigene Wohnung oder Familie zurückkehren.

Programmierung

In der DG (ebenso wie in Flandern, E.R. 17.3.1998) sind 1,5 Plätze je 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr vorgesehen (E.R. 20.2.1995), in der Wallonie 2 Plätze (A.G.W. 3.12.1998).

Für die DG bedeutet dies eine theoretische Zahl von knapp 21 Aufnahmeplätzen (auf Basis der Bevölkerungszahl von 1995).

Auch auf föderaler Ebene wurde eine Programmierung für Tagespflegestätten verabschiedet (neu seit M.E. vom 5.7.1999):

- 2000: 0,3 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr
- 2002: 0,6 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr
- 2003: 0,9 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr
- 2004: 1,2 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr
- 2005: 1,5 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr
- danach: 1,5 Plätze pro 1000 Einwohner von 60 Jahren und mehr

Personalnorm

Die Personalnorm auf Ebene der DG zwecks Anerkennung ist vage: "Eine ausreichende Anzahl qualifizierter Personalmitglieder" müssen zur Verfügung stehen, die ständige Präsenz eines FSH (bzw. Familien- und Sanitätshelfer oder Erzieher), und die tägliche Präsenz eines Krankenpflegers und eines Kinesitherapeuten müssen gewährleistet sein (EEDG 26.02.1997).

Bezuschusst vom LIKIV wird die Tagespflege nur für Personen, die mindestens die Kategorie B auf der Katz-Skala erreicht haben.

Die LIKIV-Personalnorm pro 15 anerkannter Plätze (A.R. 24.6.1999, trat am 1.1.2000 in Kraft) sieht folgendes vor:

- 1 VZÄ Krankenpfleger
- 1,5 VZÄ qualifizierte Pflegehelfer
- 0,5 VZÄ Kine, Ergo, Logo oder Graduat-Krankenpfleger

Die Tagespflegeplätze müssen einem anerkannten Alten- oder Pflegeheim angegliedert sein und dürfen - außer für die bereits vor 2000 anerkannten Plätze - nur durch Umwandlung von Altenheimbetten geschaffen werden.

Aktuelle Situation

Für die Tagespflege sind bislang 5 Plätze im Marienheim (1999 genehmigtes Pilotprojekt), 6 im Süden der DG (Bütgenbach und St.Vith) und 4 im Seniorenzentrum St. Franziskus (in 2000) genehmigt worden.

Nur im Marienheim konnte bisher speziell für die Tagespflege 1 Person eingestellt werden, da es hierfür seit dem 1.1.2001 die LIKIV-Anerkennung hat (für B- und C-Fälle). Das Dilemma der Tagespflege ergibt sich nämlich daraus, dass eine Finanzierung durch das LIKIV nur für B- und C-Fälle gewährt wird, das Angebot aber eher für O- und A-Fälle interessant ist, da die Personen morgens und abends transportiert werden müssen. In dem Fall trägt sich ein Tagespflegeangebot nur dann, wenn die betroffenen Personen in gemischten Gruppen mit stationären Personen betreut werden können.

f) Psychiatrisches Pflegeheim (Maison de soins psychiatriques - MSP)

Programmierung:

Sie beläuft sich auf 0,6 Betten pro 1000 Einwohner, die aber im Prinzip durch die Umwandlung von psychiatrischen Pflegebetten in Krankenhäusern zu schaffen sind. Dies würde für die Deutschsprachige Gemeinschaft 42 MSP-Betten bedeuten.

Die Einrichtungen müssen mindestens 10 und dürfen höchstens 60 Betten umfassen.

Die Finanzierung funktioniert ähnlich wie im Altenheim (LIKIV-Pauschale für die Pflegeleistungen, Eigenbeteiligung für die übrigen Unkosten, reduziert um eine weitere staatliche Intervention je nach Statut des Patienten).

Personalnormen

12 Personalmitglieder pro 30 Patienten, davon mindestens 6 qualifizierte Personen (Erzieher, Sozialassistent, Orthopädagoge, Ergotherapeut, Psychologe, Krankenpfleger, o.ä.).

Aktuelle Situation

Die theoretisch der DG zugedachten 42 MSP-Betten dürfen im Prinzip nur durch Umwandlung von anderen psychiatrischen Pflegebetten geschaffen werden. Da es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft jedoch keine entsprechenden "überflüssigen" Pflegebetten gibt, die umgewandelt werden können, wurden der DG 1993 20 MSP-Betten ohne Umwandlung zugestanden. Die Interkommunale IGS als potentieller Träger überlegt noch, wo diese angesiedelt werden sollen. Falls erfolgreich mit dem Föderalstaat verhandelt wird, könnten sogar 30-40 Plätze geschaffen werden.

g) Begleitetes Wohnen (Psychiatrie)**Programmierung**

Sie beträgt 0,5 Plätze pro 1000 Einwohner, wovon 0,1 für Appartements vorgesehen werden können (K.E. vom 5.6.2000). Dies würde für die DG ca. 34 Plätze bedeuten. Auch um diese Plätze zu schaffen, müssen - im Prinzip - psychiatrische Krankenhausbetten abgebaut werden.

Die Wohnungen müssen jeweils 4 bis 10 Personen beherbergen.

Personalnormen

1 Betreuer pro 8 Bewohner (z.B. Krankenpfleger in Psychiatrie o.ä.). Die Finanzierung des Personals umfasst eine jährliche Pauschale in Funktion der Anzahl Plätze.

Aktuelle Situation

Der Deutschsprachigen Gemeinschaft sind - in Ermangelung von umwandelbaren Betten aus der Programmierung - 16 Plätze zur Verfügung gestellt worden. Bisher sind 13 Plätze anerkannt worden (verteilt auf Eupen und St.Vith).

Man denkt auch an die Einführung der ambulanten Betreuung von leichteren Fällen zu Hause.

h) Häusliche Versorgung und Hauskrankenpflege

Die Pflege und Versorgung von Kranken, Senioren und anderen Pflege- und Hilfsbedürftigen in den eigenen vier Wänden wird gewährleistet durch verschiedene organisierte Dienste (in der DG die KrankenpflegerInnen des Gelb-Weißen-Kreuz, die Familien- und SeniorenhelferInnen, Krankenwachen und Putzhilfen der Familienhilfe, die KrankenpflegerInnen des Palliativpflegeverbands) und die selbständigen KrankenpflegerInnen. Hinzu kommen im Versorgungsbereich einige private Initiativen wie z.B. die SOS-Selbsthilfe (Putzdienst und handwerkliche Arbeiten) und ehrenamtliche Hilfen (Stundenblume,...), auf die wir hier aber nicht näher eingehen. Ein Großteil der Betreuung zu Hause wird allerdings immer noch durch Familienangehörige, Nachbarn usw. geleistet. Laut Bardehle (1997) schätzt man in Deutschland, dass zurzeit noch rund vier Fünftel der Altenpflege in den Familien geleistet wird und somit die institutionelle Pflege entsprechend entlastet wird.

Eine Programmierung im Sinne eine Mindest- oder Höchstzahl von zu erbringenden Leistungen pro Einwohner gibt es nicht.

Die pflegerischen Leistungen der selbständigen Krankenpfleger, wie auch der Krankenpfleger des Gelb-Weißen Kreuzes werden vom LIKIV erstattet, entweder pro Leistung oder nach einem Pauschalensystem wie in den Altenheimen, wenn der Gesundheitszustand besondere Pflege verlangt. Dazu kommt eine Eigenbeteiligung des Patienten. Die Familienhilfe wird zum großen Teil von der Gemeinschaft finanziert (s.u.).

Die Zahl der in diesen Diensten beschäftigten Personen hängt also von der Nachfrage und der Finanzierung, nicht aber von Personalnormen ab.

Häusliche Versorgung

- **Familien- und Seniorenhilfe**

Die Familien- und SeniorenhelferInnen haben ihr Einsatzfeld in Familien, bei Alleinerziehenden, bei älteren Menschen, bei Alleinstehenden, bei kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen. Sie bieten den Menschen eine Reihe von Hilfestellungen bei der Bewältigung des Alltags (Hilfe bei der Körperpflege, Einkäufe und Kochen, allgemeine Hausarbeit). Rund 80% der Einsätze erfolgen bei älteren Menschen. Ergänzt wird das Angebot durch einen Putzdienst und Krankenwachen.

Die Finanzierung wird zum größten Teil von der Gemeinschaft gewährleistet (etwa 80-85%, in Form einer Defizitfinanzierung¹¹). Hinzu kommen die Eigenbeteiligung der Nutznießer (zwischen 61 und 362 BEF/Std., im Schnitt 140 BEF/Std.) und eventuell eine Beteiligung des ÖSHZ und der Provinz. Nutznießer, die den Sonderbeitrag der Krankenkasse bezahlen, bekommen einen geringen Teil der Eigenbeteiligung von der Krankenkasse erstattet (zwischen 15 und 30 BEF/Std.).

Die Nachfrage für diesen Dienst steigt stetig an. Entsprechend wurde das jährliche Stundenkapital regelmäßig erhöht auf mittlerweile 62.000 Stunden. Seit 1998 wird ein Abenddienst angeboten. Auch die Wochenendaufträge sind stark gestiegen.

September 1999 konnte eine neue Dienstleistung ins Leben gerufen werden, nämlich die Krankenwache. Diese Wachen werden v.a. nachts organisiert.

Hauskrankenpflege

- Gelb-Weißes Kreuz (GWK) und selbständige KrankenpflegerInnen

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird die Heim- oder Hauskrankenpflege durch die KrankenpflegerInnen des GWK und die selbständigen KrankenpflegerInnen gewährleistet. In ganz Belgien stellt man eine starke Zunahme der Inanspruchnahme der Hauskrankenpflege fest, besonders in Flandern und bei der Altersgruppe der über 70jährigen.

Auf nationaler Ebene wird etwa jeweils die Hälfte der Hauskrankenpflege-Dienstleistungen vom GWK (bzw. anderen Organisationen) und den Selbständigen erbracht. Für die DG liegen keine verlässlichen Informationen über die vergangene Entwicklung vor, da das GWK bis 1999 auf Ebene der gesamten Provinz Lüttich organisiert wurde. Erst seit 2000 verfügt die Deutschsprachige Gemeinschaft über eine eigene Direktion (im Rahmen einer VoE, die den gesamten Bezirk Verviers abdeckt). Angesichts der Beschäftigtenzahlen (s. Punkt 4.3.1.) kann man hier aber davon ausgehen, dass die selbständigen KrankenpflegerInnen zurzeit doppelt so stark vertreten sind wie das GWK.

- Der Palliativpflegeverband

Da es bisher an Begleitstrukturen mangelt, sterben immer noch rund 70% aller Personen im Krankenhaus, obwohl viele den Wunsch haben, zu Hause zu sterben. Um die Philosophie der Palliativpflege zu verbreiten und das würdige Sterben in der eigenen Umgebung zu ermöglichen, wurde diese föderale Initiative ins Leben gerufen. Im Prinzip muss pro Gebiet von 300.000 Personen ein solcher Verband gegründet werden. Für die Deutschsprachige Gemeinschaft ist eine Ausnahme gemacht worden, so dass diese über einen eigenen Verband verfügt.

Hier haben sich 16 Institutionen zum Palliativpflegeverband zusammengeschlossen, der über eine Koordinatorin sowie ein externes palliatives Team verfügt. Die Personen müssen eine entsprechende Ausbildung im Bereich Palliativpflege absolvieren und werden über das LIKIV bezahlt.

In Krankenhäusern (mit Finanzierung) und Altenpflegeheimen (ohne Finanzierung) müssen ebenfalls Referenzpersonen für die Palliativfunktion bezeichnet werden. Seit dem 1. Mai 2001 ist eine wesentliche Aufstockung dieser Funktion in den Krankenhäusern in Kraft getreten. In Krankenhäusern mit weniger als 500 Betten sind seitdem für diesen Dienst 0,5 Krankenpfleger, 0,5 Onkologen und 0,5 Psychologen zur Verfügung vorgesehen.

i) Behinderteneinrichtungen

Eine **Programmierung** in dem Sinne, dass eine gewisse Zahl von Aufnahmeplätzen, etwa ein Prozentsatz der Bevölkerung, zur Verfügung stehen muss, gibt es nicht. Man versucht, im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten den Bedarf zu decken, wobei aber primär die Integration der Personen mit Behinderung in die Gesellschaft gefördert werden soll und nicht die Unterbringung in Heimen.

Während die Zahl der in den Tagesstätten zur Verfügung stehenden Plätze in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist, wird die Zahl der Plätze in den Wohngemeinschaften bewusst konstant gehalten, um den Verbleib der behinderten Menschen in ihren Familien zu fördern. Gleichzeitig wird dort stets eine Reihe von Plätzen freigehalten, um den betroffenen Familien zu signalisieren, dass sie im Notfall auf diese Möglichkeit zurückgreifen können.

¹¹ d.h. die DG übernimmt alle Kosten, nach Abzug der übrigen Einnahmen, die für das zugestandene Stundenkapital entstanden sind.

Aufnahmeplätze	1995	1996	1997	1998	1999	2002
Tagesstätte Griesdeck	10	10	10	12	12	10
König Baudouin Tagesstätte	12	20	24	24	24	30
Tagesstätte Am Garnstock	30	30	30	30	35	35
Tagesstätte Meyerode	20	26	26	26	26	26
Gesamt Tagesstätten	72	86	90	92	97	101
Wohngemeinschaft Deidenberg	20	20	20	20	20	20
Königin Fabiola Haus (Wohngem.)	24	24	24	24	24	24
Gesamt Wohngemeinschaften	44	44	44	44	44	44
Gesamt	116	130	134	136	141	145

Tabelle 11: Entwicklung der Aufnahmeplätze für Personen mit Behinderung in der DG seit 1995

In den letzten Jahren wurde allerdings verstärkt in Integrations- und Begleitmaßnahmen für Personen mit Behinderung investiert (s. Tabelle 42).

Personalnormen

• Tagesstätten

Die Zahl des Betreuungspersonals wird errechnet in Funktion des Behinderungsgrades der betreuten Personen: L = leichte Behinderung, M = Mittlere Behinderung, S = schwere Behinderung, S+ = sehr schwere Behinderung (Erlass DG 12. 12. 1997).

Stunden pro Woche pro Behinderten	Betreuungspersonal (erzieherisches, pädagogisches, psychol. und/oder paramedizinisches Personal)
Kategorie L	6,9
Kategorie M	8,4
Kategorie S	12,7
Kategorie S+	15,2

Tabelle 12: Personalnormen für Tagesstätten

Hinzu kommt ein Leiter ab 10 Behinderte, sowie ein Personalschlüssel für Arztstunden, Verwaltungs- und Arbeitspersonal.

• Wohnheime

Hier ist der Erlass der Wallonischen Region von 1981 noch gültig. Ein eigener Erlass ist in Vorbereitung.

Die Personalnorm sieht vor:

pro 30 Betten: 1/8 Arzt, 6,5 Erzieher
 pro 60 Betten: 2/3 Arzt
 24 Std. Psychologe o. anderer Lizenziat
 2 Paramediziner
 24 Std. Sozialassistent o.ä.
 30 Erzieher o. Pfleger

Darüber hinaus ist auch in den Sonderschulen Betreuungs- und paramedizinisches Personal nach einem bestimmten Schlüssel beschäftigt.

3.2.3. Vergleich Normen/Programmierung und Realität

In Tabelle 13 wird der Vergleich zwischen der jetzigen Programmierung und der Realität (tatsächlich anerkannte Betten/Plätze) gezogen.

Dabei stellt man fest, dass in fast allen Bereichen im Vergleich zum aktuellen gesetzlichen Rahmen noch Raum besteht, zusätzliche Angebote zu schaffen. Dies ist jedoch zum Teil mit erheblichen Investitionen verbunden (Ausbau der Infrastruktur) und kann daher nicht von heute auf morgen realisiert werden.

Ein Teil dieses "Defizits" wird aber in den nächsten Jahren in der Tat aufgeholt, was ein erstes wichtiges Indiz für zusätzlichen Personalbedarf liefert (den wir im folgenden Kapitel näher beleuchten werden):

Stand 2000	Programmierung	Realität	Differenz
Altenheime (MR)	474 (414 bis 2002)	374 (+ 3 bis 2002)	- 100 (-37 in 2002)
Altenpflegeheime (MRS)	246 (306 bis 2002)	246 (+ 60 bis 2002)	0
Betreutes Wohnen für Senioren	138	3 (+ 8 geplant)	-135 (-127)
Tagespflege für Senioren	21	11 (+ 4 geplant)	-10 (-6)
Krankenhäuser	357	312 (+ 40 geplant)	-45 (-5)
Psychiatrische Pflegeeinrichtung (MSP)	42	0 (30 geplant, evtl. auch 40)	-42 (-12 oder -2)
Begleitetes Wohnen	34 (16 effektiv)	13	-21 (bzw. -3)
Tagesstätten für Behinderte	-	97	
Wohngemeinschaften für Behinderte	-	44	
Heimpflege	-		

Tabelle 13: Vergleich zwischen Programmierung und Realität des Angebots im Pflegesektor der DG

Darüber hinaus ist in manchen Bereichen aber auch noch eine Aufstockung der Programmierung geplant: Im MR- und MRS-Bereich wird ab 2002 eine neue Programmierung verhandelt, die angesichts der demographischen Entwicklung auf eine weitere Aufstockung der MRS-Plätze hinauslaufen müsste.

Neu hinzukommen wird auch der Bereich MSP (psychiatrische Pflegeplätze) mit voraussichtlich mindestens 30, eventuell gar 40 Plätzen.

Im Bereich "Betreutes Wohnen" ist dagegen kurzfristig in der Deutschsprachigen Gemeinschaft nicht mit sehr viel Zuwachs zu rechnen, es sei denn, der Bedarf hierfür würde sich in der Bevölkerung manifestieren. Für die Tagespflege scheint es zwar einen realen Bedarf zu geben, doch wird die Umsetzung noch durch Organisations- und Finanzierungsmodalitäten gebremst.

Daneben muss auch aufmerksam beobachtet werden, wie sich der Bedarf an Heimpflege und -versorgung entwickelt, dessen Befriedigung jedoch nicht an Infrastrukturmaßnahmen gekoppelt ist und für den Teil der häuslichen Versorgung ganz in Händen der Gemeinschaft liegt. Hier spielt auch die Frage mit, wie groß in Zukunft die Bereitschaft und Verfügbarkeit der Angehörigen sein wird, um einen Teil dieser Versorgungsarbeit (auf freiwilliger Basis) zu leisten.

Im Krankenhausbereich ist zurzeit ebenfalls die Rede von Bettenzuwachs (20 oder 40 Sp-Betten für chronisch Kranke). Auch die Anerkennung von zusätzlichen spezialisierten Diensten (bspw. Dialyse in Eupen, chirurgische Tagesklinik, Notfallaufnahmen u.ä.) wird nicht ohne Konsequenz auf den Personalbedarf bleiben (s. Peers, 1997).

Im Bereich der Betreuung von behinderten Menschen ist nicht mit großen Veränderungen der Aufnahmestrukturen zu rechnen. Der Schwerpunkt liegt hier eher bei den Integrationsmaßnahmen, und zusätzlicher Handlungsbedarf wird eher im Bereich der Betreuung von Menschen mit psychischer Behinderung erkannt (s.u.).

Insgesamt ist also mit einem Ausbau der vorhandenen Pflege- und Versorgungsstrukturen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu rechnen. Somit wird in Zukunft nicht nur zusätzliches Personal benötigt, um den Aufholbedarf an Pflegeplätzen im Vergleich zur jetzigen Programmierung zu kompensieren, sondern in Teilbereichen werden noch zusätzliche Kapazitäten geschaffen, die natürlich ihre Auswirkungen auf den Personalbedarf haben werden.

Die Abschätzung dieses Personalbedarfs ist komplex und soll im Folgenden versucht werden. Er orientiert sich nur teilweise an den Personalnormen. Diese reflektieren generell nur Mindestpersonalzahlen – und werden zudem regelmäßig angepasst. In vielen Einrichtungen beschäftigt man mehr Personal, als es die Norm verlangt, da diese Normen z.T. als zu knapp bemessen angesehen werden und man eine gewisse Qualität der Dienstleistung (und der Arbeitsbedingungen) garantieren möchte. Außerdem müssen die Einrichtungen den zeitweiligen Abwesenheiten oder unerwarteten Abgängen (Krankheit, "écartement", Schwangerschaften, Laufbahnunterbrechungen oder -reduzierungen,...) begegnen können, was gerade bei einem knappen Arbeitsmarkt schwierig ist.

Andererseits, wenn die Einrichtungen die Normen nicht erreichen können, führt dies zu finanziellen Einbußen und Strafen.

Die Normen führen aber nicht nur zu quantitativen Problemen, sondern auch zu Qualifikationsproblemen: Immer häufiger schreiben sie nicht nur eine Anzahl von Pflege- oder Pflegehilfskräften vor, sondern auch die Art der erforderlichen Qualifikation. Diese entspricht aber nicht unbedingt dem, was die auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte aufweisen oder was die einzelnen Einrichtungen als Priorität für ihren Bedarf empfinden.

4. PERSONALANGEBOT UND -NACHFRAGE IN DEN PFLEGERISCHEN BERUFEN: ENTWICKLUNGEN UND TENDENZEN

4.1. Die Beschäftigungssituation und -entwicklung generell

Die tatsächliche Situation des Pflegeplatzangebots und die damit zusammenhängende Personalzahl wird nur teilweise von den Programmierungszahlen und Normen bestimmt. Beide Planungsinstrumente müssen zudem immer wieder an die Realität angepasst werden. Im Jahre 2002 endet das aktuell anwendbare Moratorium bezüglich der Alten- und Pflegeheimplätze und die Gemeinschaften werden erneut über die Programmierung beraten und eventuell Anpassungen vornehmen. Auch die Personalnormen werden regelmäßig an neue Gegebenheiten (politische Entscheidungen wie z.B. zur Verstärkung der Palliativfunktion, Forderungen der Gewerkschaften zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen,...) angepasst.

Betrachten wir zunächst die Beschäftigungsentwicklung im Sektor auf Basis verschiedener Statistiken. Die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen¹² ist in der Vergangenheit rasant gestiegen. Während die Gesamtbeschäftigung (Arbeitnehmer) in der Deutschsprachigen Gemeinschaft seit 1976 um 26,4% zugenommen hat, stieg die Arbeitnehmerzahl im gleichen Zeitraum im Gesundheits- und Sozialwesen um 155% (s. Tabelle 14)! Diese Zahl beinhaltet neben dem eigentlichen Pflegepersonal allerdings auch das Verwaltungs- und Arbeiterpersonal.

Arbeitnehmer D.G.	1976	1980	1984	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999
Gesundheits- & Sozialwesen	697	795	933	1.180	1.419	1.513	1.570	1.610	1.756	1.778
Entwicklung (seit 1976)	0,0%	14,1%	33,9%	69,3%	103,6%	117,1%	125,3%	131,0%	151,9%	155,1%
Gesamtbeschäftigung	16.393	16.816	15.731	17.827	18.509	19.272	19.217	19.975	20.445	20.722
Entwicklung (seit 1976)	0%	2,6%	-4,0%	8,7%	12,9%	17,6%	17,2%	21,9%	24,7%	26,4%
Anteil an Gesamt	4,3%	4,7%	5,9%	6,6%	7,7%	7,9%	8,2%	8,1%	8,6%	8,6%

Tabelle 14: Beschäftigungsentwicklung im Gesundheits- und Sozialsektor der DG (Quelle: LSS 1999)

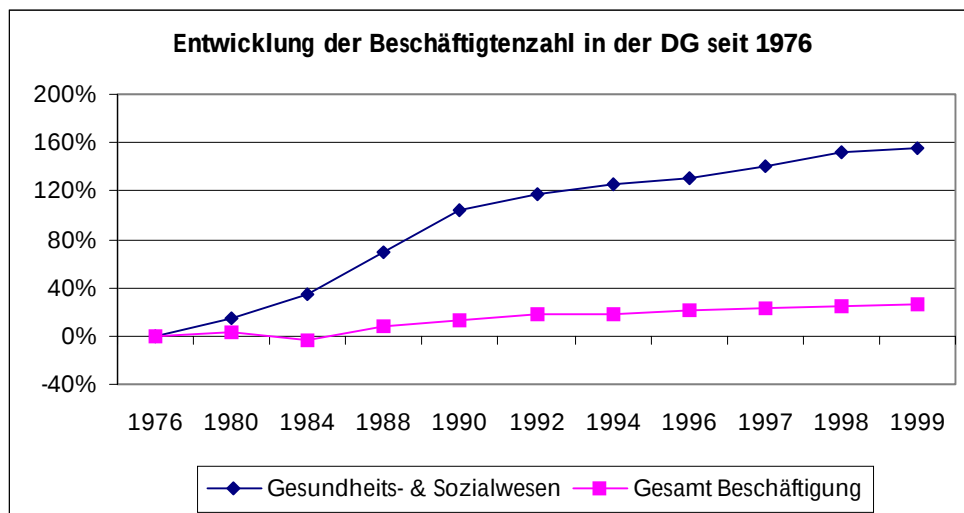


Abbildung 2: Entwicklung der Beschäftigtenzahl im Pflegesektor in der DG (1976-1999)

Auch wenn hier noch das Gesamtpersonal betrachtet und keine Unterscheidung zwischen Anzahl Personen und Vollzeitäquivalent gemacht wird, kann man doch schon festhalten, dass zumindest ein Teil des seit einiger Zeit beklagten Personalmangels auf diese vergleichsweise enorme Steigerung der Anzahl Arbeitsstellen zurückzuführen ist (und daher nicht unbedingt ein nachlassendes Interesse für die Gesundheits- und Pflegeberufe im Spiel sein muss). Auch die tendenziell zunehmende Teilzeitbeschäftigung führt dazu, dass die vorhandene Arbeit auf umso mehr Köpfe verteilt werden muss.

Ein wesentlicher Teil dieser Arbeitnehmer ist in relativ großen Einrichtungen beschäftigt (fast 50% in Einrichtungen mit mehr als 100 Arbeitnehmern, s. Tabelle 15).

¹² Dazu gehören neben den von uns untersuchten Einrichtungen v.a. auch noch die Beschützenden Werkstätten, Arzt- und Zahnarztpraxen und alle Formen von Kinderbetreuungseinrichtungen.

D.G. - 1999	< 5	5-9	10-19	20-49	50-99	100-199	200-499	> 1000	Gesamt
Arbeitgeber G & S	86	7	8	12	4	2	2	0	121
Arbeitnehmer G & S	142	49	114	338	315	253	567	0	1.778
Anteil an Gesamt (AN)	8,0%	2,8%	6,4%	19,0%	17,7%	14,2%	31,9%	0,0%	100,0%

Tabelle 15: Anzahl Arbeitnehmer / Arbeitgeber nach Größe des Unternehmens im Gesundheits- und Sozialsektor der D.G. (LSS 1999)

Bekanntlich beschäftigt dieser Sektor vor allem Frauen (zu 80%). Damit ist er für die Frauen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft nach dem Unterrichtswesen der wichtigste Beschäftigungssektor (noch vor Handel und Industrie).

Insgesamt findet fast jeder 10. Arbeitnehmer (8,6%) in der Gemeinschaft seinen Arbeitsplatz in diesem Sektor (s. Tabelle 16). Dies sind 2% mehr als noch vor 10 Jahren (s. Tabelle 14).

D.G. - 1999	Arbeitgeber	Arbeitnehmer					
		Männer	Frauen	Arbeiter	Angestellte	Beamte	Gesamt
Gesundheits- & Sozialwesen	121	362	1.416	682	1.039	57	1.778
Anteil in %		20,4%	79,6%	38,4%	58,4%	3,2%	100%
Gesamtbeschäftigung	2.185	12.353	8.369	10.442	7.184	3.096	20.722
Anteil in %		59,6%	40,4%	50,4%	34,7%	14,9%	100%
Anteil Gesundheits- & Sozialwesen an der Gesamtbeschäftigung	5,5%	2,9%	16,9%	6,5%	14,5%	1,8%	8,6%

Tabelle 16: Verteilung der Arbeitnehmer nach Statut und Geschlecht (LSS 1999)

Während in allen Regionen das relative Gewicht des Sektors bisher stetig zunimmt, hat der Sektor in der Deutschsprachigen Gemeinschaft allerdings immer noch nicht die gleiche relative Bedeutung erreicht wie in Flandern (10,8% der Beschäftigten) oder in der Wallonie (13,1%) (s. Tabelle 17).

Anzahl Arbeitnehmer 1999	DG	Wallonie	Flandern	Brüssel	Belgien
Gesundheits- & Sozialwesen	1.778	113.527	206.758	49.330	369.615
Anteil an Gesamt	8,6%	13,1%	10,8%	8,6%	11,0%
Gesamtbeschäftigung	20.722	865.877	1.914.885	575.494	3.356.256

Tabelle 17: Anzahl Arbeitnehmer nach Sektoren und Kantonen (LSS 1999)

Dies wird auch durch den sogenannten "Spezialisierungsindex" deutlich, der die relative Bedeutung der Beschäftigung in einem Sektor einer Region mit derjenigen in einer Referenzregion (hier die Wallonie und Belgien) vergleicht. Insbesondere im Krankenhausbereich (s. Tabelle 18) ist in der DG also in Bezug zur Gesamtbeschäftigung relativ weniger Personal anzutreffen, was natürlich mit der niedrigeren Bettendichte in der DG zusammenhängt (die jedoch nach Schaffung der neuen Sp-Betten etwas ansteigen wird).

Arbeitnehmer 1999	Absolute Zahlen DG	Spezial. im Vgl. zur Wallonie (Wall. = 1)	Spezial. im Vgl. zu Belgien (Belgien = 1)
Krankenhäuser	623	0,58	0,69
Sozialaktivitäten mit Beherbergung (Alten- und Pflegeheime, Heime für Kinder o. Behinderte,...)	544	0,64	0,82
Sozialaktivitäten ohne Beherbergung (Tagesstätten, BW, PMS, ...)	465	0,80	0,88

Tabelle 18: Spezialisierungsindizes im Vergleich

Bedingt durch den hohen Frauenanteil im Sektor ist auch die Teilzeitarbeitsquote sehr hoch. Im Vergleich zu den übrigen Regionen fällt auf, dass diese Quote in der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit ca. 55% (für alle Beschäftigten des Sektors) wiederum besonders hoch ausfällt (s. Tabelle 19).

Gesundheits- & Sozialwesen 1996	Anteil Frauen	Total Arbeitnehmer				Teilzeitanteil	
		VZ	TZ	Gesamt	% TZ	M	F
Wallonie	77%	46.129	36.261	82.390	44%	16%	52%
Flandern	77%	86.034	73.074	159.108	46%	14%	55%
Brüssel	75%	12.976	7.109	20.085	35%	22%	40%
DG 1996	78%	645	726	1.371	53%	19%	62%
DG 1997	79%	618	767	1.385	55%	20%	65%

Tabelle19: Anteil der Teilzeitarbeit im Gesundheits- und Sozialsektor (LIKIV 1996 und 1997)

Vergleicht man die Altersstruktur im Pflegesektor mit derjenigen der Gesamtbeschäftigung, so fällt auf, dass die Gruppe der 30- bis 40-Jährigen hier stärker repräsentiert ist, dass die Zahl der 20- bis 24-Jährigen schwächer ist (was mit der Tatsache zu tun hat, dass viele der ausgeübten Berufe ein Studium voraussetzen) und dass der Anteil der über 50-Jährigen geringer ist als in der Gesamtbeschäftigung (was durch den hohen Anteil an Frauen zu erklären ist, die generell früher aus dem Berufsleben ausscheiden). Dennoch ist der Anteil der über 50-Jährigen nicht geringer als bei den anderen weiblichen Beschäftigten, so dass die hin und wieder vorgebrachte Auffassung, dass die Arbeitnehmerinnen in diesem Sektor sich wegen der hohen Arbeitsbelastung früher zurückziehen als in anderen Sektoren, durch diese Statistik nicht erhärtet werden kann. Wir werden diese Aussagen später differenzieren zwischen den einzelnen Untersektoren.

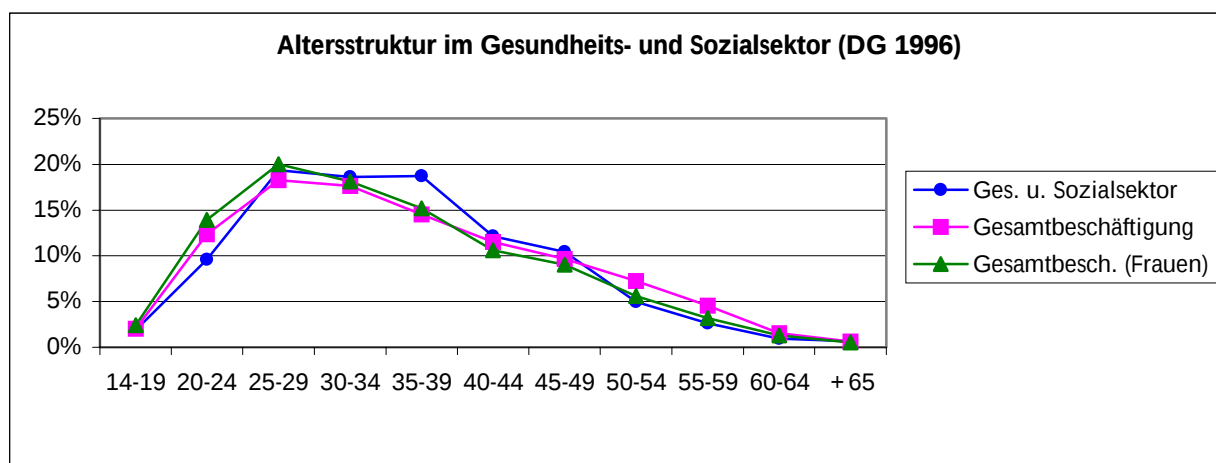


Abbildung 3: Altersstruktur im Gesundheits- und Sozialsektor der DG (LIKIV 1996, Arbeiter und Angestellte)

Anhand der Ergebnisse unserer Umfrage vom Mai 2000 können wir auch die Entwicklung des alleinigen Pflege- und Pflegehilfspersonals in den letzten 3 Jahren nachvollziehen.

Pflege- und Pflegehilfspersonal (Personen)	1997	1998	1999	1997-1999	
				absolut	%
Alten- und Pflegeheime	244	256	270	+ 26	+ 11%
Behinderteneinrichtungen	78	84	89	+ 11	+ 14%
Krankenhaus	370	386	407	+ 37	+ 10%
Mobile Pflege-/Hilfsdienste	136	136	153	+ 17	+ 13%
Sonstige	71	73	74	+ 3	+ 4%
Gesamt	899	935	993	94	+ 10%
davon in Laufbahnunterbrechung o.ä.	64	69	72	8	+ 9,5%
Pflege- und Pflegehilfspersonal (VZÄ)	1997	1998	1999	1997-1999	
				absolut	%
Alten- und Pflegeheime	171,9	177,4	189,2	+ 17,4	+ 10%
Behinderteneinrichtungen	60,3	66,4	68,5	+ 8,2	+ 14%
Krankenhaus	271,0	290,2	294,4	+ 23,4	+ 9%
Mobile Pflege-/Hilfsdienste	96,6	92,5	99,2	+ 2,6	+ 3%
Sonstige	48,9	51,5	52,0	+ 3,1	+ 6%
Gesamt	648,6	677,9	703,3	+ 54,7	+ 8%
davon in Laufbahnunterbrechung o.ä.	43,1	47,6	50,8	7,7	+ 18%

Tabelle 20: Beschäftigungsentwicklung 1997-1999 pro Untersektor (Umfrage 2000)

Diese erreichte +10% in der Anzahl Personen und +8,4% in der Anzahl Vollzeitäquivalent. Die größte relative Steigerung (in VZÄ) erfuhren die Einrichtungen für Personen mit Behinderung, gefolgt von den Alten- und Pflegeheimen sowie den Krankenhäusern. Betrachtet man die absolute Anzahl zusätzlicher Personen, liegen die beiden letztgenannten vorn. Die größte Diskrepanz zwischen Personenzahl und Vollzeitäquivalent findet sich bei den ambulanten Diensten, wo zwar viele Personen, aber nur wenig Arbeitszeit hinzugekommen ist.

Dies wird auch in der Tabelle 21 deutlich, wo die Entwicklung nach Berufsgruppen dargestellt wird. Demnach sind zwar viele Pflegehilfskräfte eingestellt worden, aber nur wenige Arbeitsstunden hinzugekommen. Dagegen sind bei den Krankenpflegern sogar mehr Arbeitsstunden als Personen hinzugekommen (d.h. zum Teil sind ausscheidende Personen mit geringer Wochenarbeitszeit durch Neueinstellungen mit höherer Wochenarbeitszeit kompensiert worden, während es bei den Pflegehilfskräften umgekehrt war).

Personen	1997	1998	1999	1997-1999	
				absolut	%
Krankenpfleger	448	473	478	30	7%
Paramediziner/ Sozialberufe	187	196	216	29	16%
Pflegehilfskräfte	264	266	299	35	13%
Gesamt	899	935	993	94	10%
VZÄ	1997	1998	1999	1997-1999	
				absolut	%
Krankenpfleger	309,8	338,0	344,3	34,5	11%
Paramediziner/ Sozialberufe	142,3	151,8	158,0	15,6	11%
Pflegehilfskräfte	196,5	188,1	201,0	4,5	2%
Gesamt	648,6	677,9	703,3	54,6	8%

Tabelle 21: Beschäftigungsentwicklung 1997-1999 pro Berufsgruppe (Umfrage 2000)

4.2. Die Nachfrage pro Untersektor

In diesem Teil versuchen wir, neben der kurzen Beschreibung der tatsächlichen Personalsituation in den einzelnen Untersektoren, die für die zukünftige Entwicklung der Personalnachfrage relevanten Einflussfaktoren und bereits erkennbaren Tendenzen herauszufiltern.

4.2.1. Krankenhäuser

Personalsituation

Trotz Reduzierung der Bettenzahl auf Landesebene ist die Zahl der in den Krankenhäusern beschäftigten Krankenpfleger zwischen 1985 und 1991 um 20% gestiegen. Ein Bettenabbau ist somit noch kein Synonym von Stellenabbau. Diese gegensätzliche Entwicklung kann dadurch begründet werden, dass die Personalnormen erhöht worden sind, unqualifiziertes Pflegepersonal durch Krankenpfleger ersetzt worden ist, mehr Pfleger einer Teilzeitarbeit nachgehen, sogenannte "équipes volantes" eingeführt wurden usw.

In der DG hat sich die Bettenzahl in den letzten Jahren dagegen sogar erhöht (s.S.15). Daher ist es umso weniger verwunderlich, dass sich die Personalzahl im Gesundheitswesen¹³ bedeutsam erhöht hat (s. Tabelle 22). 1999 arbeiten dort fast 100 Personen mehr als noch vor 5 Jahren.

Arbeitnehmer im Gesundheitswesen der DG (jeweils 30. Juni)	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Anzahl Personen	654	684	694	686	728	740
% Entw. im Vgl. zu 1994	-	5%	6%	5%	11%	13%

Tabelle 22: Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen der DG 1994-1999
(Quelle: LSS, NACE 851)

Der in der Vergangenheit beobachtete Personalanstieg in den Krankenhäusern betrifft vor allem die Krankenpfleger, während die Zahl der weniger qualifizierten Pflegehilfskräfte eher rückläufig bis stagnierend ist,

¹³ Welches nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die verschiedenen Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Kinesitherapeuten) umfasst, wo aber in der DG nur wenige Personen in einem Arbeitnehmerverhältnis stehen.

mit Ausnahme der Krankenhauslogistiker, die seit 1997 neu hinzugekommen sind. Die Entwicklung in den Krankenhäusern der DG der letzten 3 Jahre wird in Tabelle 23 dargestellt.

Krankenhäuser DG	Anzahl Personen			Vollzeitäquivalent		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Krankenpfleger	272	283	294	194,5	212,6	216,1
paramed. Personal	59	58	66	49,2	50,2	49,8
Pflegehilfspersonal	39	45	47	27,3	27,4	28,6
Gesamt	370	386	407	271,0	290,2	294,4
davon in LBU (unvollst.)	9	13	14	6,4	8,5	10,7
andere (Verwaltung, Unterhalt...)	264	245	259	146,6	147,4	150,8
Total	634	631	666	417,6	437,6	445,2

Tabelle 23: Personalentwicklung in den Krankenhäusern der DG seit 1997 (Umfrage 2000)

Man stellt also beim Pflege(hilfs)personal einen Zuwachs von 10% innerhalb von 3 Jahren fest, und von 8,6% in Vollzeitäquivalent. Dabei sind beim Pflege- und Pflegehilfspersonal noch nicht alle Personen berücksichtigt, die sich zu dem Zeitpunkt in Laufbahnunterbrechung befanden, da uns nur ein Krankenhaus diese Angaben liefern konnte. Ihr Anteil lag in diesem Krankenhaus (in VZÄ) 1997 bei 4% und 1999 bei 6%.

Die Krankenpfleger stellen 1991 rund 67,5% des Pflege- und Pflegehilfspersonals in den belgischen Krankenhäusern dar, Pflegehilfskräfte 19% und Paramediziner 13,5% (IBES, S.102). Betrachtet man die Verteilung 1999 in den hiesigen Krankenhäusern, dann ist eine gewisse Verschiebung zu beobachten. Der Krankenpflegeranteil ist auf gut 73% angewachsen, der Anteil an Pflegehilfskräften auf 11% zurückgegangen und der Anteil der Paramediziner auf 16% angewachsen.

In den Krankenhäusern stellen die Krankenpfleger den weitaus wichtigsten Berufszweig, während in den Alten(pflege)heimen das Pflegehilfspersonal überwiegt und in der ambulanten Versorgung beide gleich stark vertreten sind (die selbständigen Krankenpfleger sind hier mitgezählt).

Berufsgruppe pro Art der Einrichtung	Krankenpfleger	Paramediziner	Pflegehelfer	Total
Krankenhäuser (inkl. Psychiatrie)	72%	16%	12%	100%
Alten(pflege)heim	29%	8%	63%	100%
ambulante Versorgung	48%	3%	49%	100%
Hauskrankenpflege	100%	0%	0%	100%
Familienhilfe	0%	5%	95%	100%
Sonstige	22%	76%	3%	100%

Tabelle 24: Anteil der Berufsgruppen je nach Art der Einrichtung (Umfrage 2000)

Die Qualifikationsstruktur in den Krankenhäusern variiert auch von Region zu Region (in Flandern sind proportional mehr brevetierte Krankenpfleger beschäftigt, in der Wallonie mehr Pflegehilfspersonal und in Brüssel sind durch die Universitätskliniken mehr Graduierte vorhanden). Faktoren, die dabei mitspielen sind die Entwicklung des Arbeitsmarktes, die Beliebtheit der Ausbildungen, die Art der Dienste in jedem Krankenhaus und die Anforderungen der Krankenhausverwalter. Die Tendenz geht jedoch dahin, dass höher qualifiziertes Personal die niedriger Qualifizierten mehr und mehr ersetzt. Dies wird auch aus der Tabelle 25 ersichtlich, wenn man berücksichtigt, dass die Vergleichsdaten der anderen Regionen fast 10 Jahre alt sind.

Verteilung nach Qualifikation (allgemeine Krankenhäuser 1991)	Kader (infirmières en chef)		Brevet + Assistenten	Pflegehilfspersonal	Total
Brüssel	6%	46%	26%	21%	100%
Flandern	6%	37%	40%	17%	100%
Wallonie	5%	37%	31%	27%	100%
DG 2000	53%		33%	14%	100%

Tabelle 25: Struktur des Pflegepersonals in den Krankenhäusern nach Qualifikation

Die Teilzeitarbeit ist in den Krankenhäusern weniger stark verbreitet als in den anderen Einrichtungen (s. Tabelle 53), aber sie ist auch dort in den letzten Jahren angestiegen. 53% des Pflege- und Pflegehilfspersonal in den Krankenhäusern arbeitet vollzeitig, während es in den Alten- und Pflegeheimen nur halb so viele sind (27%).

➤ **Relevante Einflüsse und Tendenzen im Krankenhausbereich**

- Tendenz zu stets höher qualifiziertem Personal (die Graduierten ersetzen zunehmend die Brevetierten und es werden auch mehr und mehr Fachtitel verlangt);
- Auch in den Krankenhäusern wird inzwischen eine Zunahme der Teilzeitarbeit beobachtet, hinzu kommen die Auswirkungen des Abkommens vom März 2000 zur Arbeitszeitreduzierung;
- Man beobachtet einen längeren Verbleib der Pflegeleistenden in der Berufstätigkeit;
- Die Normen und Finanzierungsmodalitäten ändern nach und nach. So wird man in Zukunft davon abkommen, nach Bettenzahlen zu rechnen und stattdessen Pauschalen je nach Art der Intervention einführen (Beispiel: eine Blinddarmoperation gleich Finanzierung von 3 Pflegetagen);
- Ansiedlung neuer Dienste: Die Schaffung des Dialysesdienstes und von Sp-Betten in der DG sowie der Ausbau der Tageskliniken wird mit zusätzlichem Personalbedarf verbunden sein;
- Tendenz zu mehr ambulanter und weniger stationärer Behandlung: Ausbau der Tageskliniken, Verkürzung der Aufenthaltsdauer pro Patient. Zwecks Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen werden auch die Krankenhäuser zu mehr und mehr Kosteneffizienz gezwungen. Ein kompliziertes Berechnungssystem der Tagespreise soll die Krankenhäuser dazu anhalten, die Kosten weiter zu senken. Die Intensität der zu erbringenden Pflegeleistung steigt dabei weiter an. Der Personalbedarf verlagert sich dadurch noch mehr von den Hotel- oder Versorgungsleistungen zu den medizinisch-technischen Leistungen.

• Überalterung der Patienten

Eine Studie des Gesundheitsministeriums¹⁴ hat versucht, die Auswirkungen der Überalterung der belgischen Bevölkerung (laut Berechnungen des Planbüros 1992-2042) auf die Zahl der Krankenhauseinlieferungen und der Aufenthaltsdauer zu ermitteln, wobei die Hypothese einer gleichbleibenden Gesundheitspolitik gemacht wurde.

Ergebnis dieser Simulation war ein Rückgang der Einlieferungen und Aufenthaltsdauer für die unter 44-Jährigen und eine Zunahme für alle über 45-Jährigen, insbesondere aber für die über 75-Jährigen. Bis 2042 wird die Zahl der Einweisungen insgesamt um 16%, die der Aufenthaltstage um 37% ansteigen. Bis dahin wird der Anteil der unter 65-Jährigen an den Aufenthaltstagen von heute 52% auf 35% zurückgehen. Die über 65-Jährigen bilden dann 65% aller Patienten (gemessen in Aufenthaltstagen).

Diese Tendenz beeinflusst auch die Art der zu erbringenden Leistungen (mehr intensivere Interventionen), und damit auf Dauer auch die Qualifikationsanforderungen.

4.2.2. Altenheime (MR) und Altenpflegeheime (MRS)

Personalsituation

Nach dem starken Anstieg der Bettenzahlen in den belgischen Altenheimen bis 1997 ist nunmehr vorläufig eher Stagnation bis "Reduzierung" bei den MR-Betten angesagt, da diese - wie bereits gesagt - in besser finanzierte MRS-Betten umgewandelt werden. Nur wo die Programmierung nicht erreicht ist, d.h. in der DG und evtl. in Flandern, können theoretisch weitere MR-Betten geschaffen werden. Im Gegenzug erhöht sich aber die Zahl der MRS-Betten - die deutlich personalintensiver sind - aufgrund der Umwandlung drastisch (Verdopplung zwischen 1997 und 2002). Der Bedarf situiert sich in der Tat aber auch mehr und mehr im Bereich MRS, da hauptsächlich Personen mit starker Pflegebedürftigkeit eine Unterbringung in einem Heim suchen.

In den hiesigen Altenheimen wird oft mehr Personal beschäftigt, als die Norm vorsieht. Die **Umwandlung von Altenheim- in Pflegeheimbetten** - und damit einhergehend die Finanzierung eines höheren Personalschlüssels - kommt daher oft nur einer Refinanzierung dieses bereits vorhandenen Personals gleich, schafft aber keine neuen Stellen.

In den Alten(pflege)heimen werden also nur zusätzliche Stellen geschaffen werden, wenn eine Ausdehnung der Kapazitäten bzw. der Betreuungsangebote erfolgt (insofern diese genehmigt werden und die entsprechende Finanzierung erhalten) oder eine Erhöhung der Personalnorm.

Parallel zur Erhöhung der Bettenzahl (und der Personalnormen) in der Vergangenheit erhöhte sich auch die Zahl der beschäftigten Personalmitglieder. Während die Entwicklung der Gesamtbeschäftigung im Sektor anhand der LSS-Zahlen relativ leicht beobachtet werden kann (s. Tabelle 14), ist es schwieriger herauszufinden, wie stark das Pflegepersonal allein angewachsen ist.

¹⁴ Cellule de planification: "Impact de l'évolution démographique sur l'hôpital d'aujourd'hui".

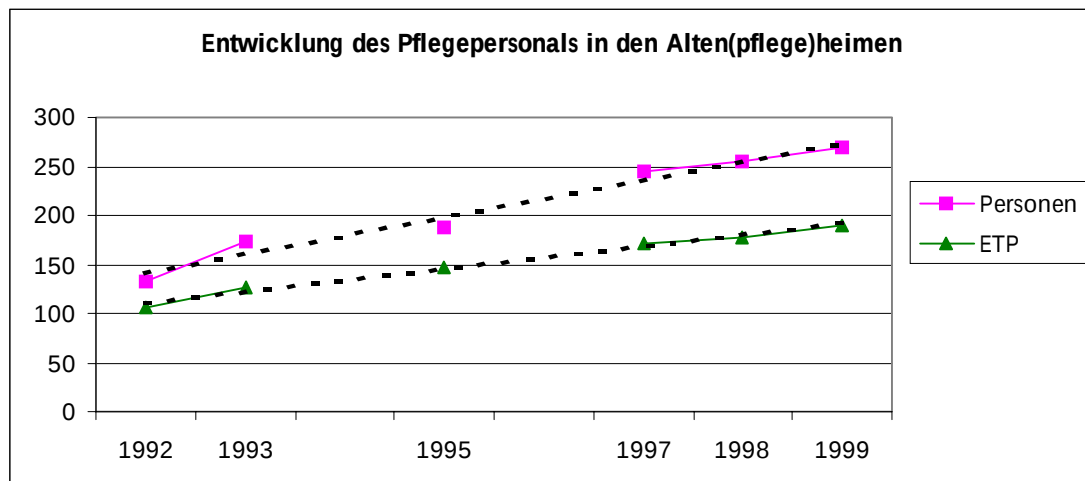


Abbildung 4: Entwicklung des Pflegepersonals in den Alten(pflege)heimen der DG seit 1992

In Abbildung 4 werden die Angaben aus den Inspektionsberichten des Ministeriums (bis 1995) um die direkt den Einrichtungen erfragten Angaben (von 1997 bis 1999) ergänzt. Man stellt eine fast lineare Entwicklung von ca. 133 Personen in 1992 bis 270 Personen in 1999 fest, also etwa eine Verdopplung in 7 Jahren (Es muss allerdings angemerkt werden, dass die Zahlen der Jahre 1992-1995 nicht ganz verlässlich sind und möglicherweise etwas unterschätzt sind). Gleichzeitig ist aber auch der Anteil an Teilzeitbeschäftigten gestiegen, so dass in Vollzeitäquivalent ausgedrückt "nur" eine Steigerung um 78% zu beobachten ist. Überhaupt ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten mit nur 27% in diesem Sektor besonders niedrig.

Alten(pflege)heime der DG	Anzahl Personen			Vollzeitäquivalent		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Krankenpfleger	76	83	79	49,6	55,2	57,5
paramed. Personal	14	17	20	8,2	10,1	13,6
Pflegehelfer	154	156	171	114,0	112,2	118,2
Gesamt	244	256	270	171,9	177,4	189,2
davon in LBU	14	13	14	9,5	9,5	10,9

Tabelle 26: Entwicklung des Alten(pflege)heimpersonals 1997-1999 (Umfrage 2000)

Allein die Entwicklung der letzten 3 Jahre zeigt aber auf jeden Fall eine Steigerung um ca. 10%, sowohl in der Anzahl Personen als auch der Vollzeitäquivalent. In diesen Zahlen sind die Personen inbegriffen, die sich in Laufbahnunterbrechung befanden. Ihr Anteil liegt jeweils bei 5-6% des Gesamtpersonals.

Schenkt man dem LIKIV Glauben, so verfügten die Heime der DG in 1995, gemessen an der Zahl anerkannter MRS-Betten, anscheinend über überproportional viel Personal, zumindest in Vollzeitäquivalent ausgedrückt.

VZÄ pro 30 Betten in MRS (1995)	DG	Wallonie	Flandern	Brüssel	Belgien
Pflegehelfer	11,59	9,01	8,88	6,92	8,74
Krankenpfleger	7,84	5,26	7,82	6,05	7,09
Total	19,43	14,27	16,7	12,97	15,83

Tabelle 27: Personaldichte in den MRS

(Quelle: Ministère des Affaires sociales, Santé publique et environnement, enquête 1995, in: HIVA 1998, tome 2)

Dies wird auch bestätigt durch folgende Information des LIKIV, wonach besonders bei den Pflegehelfern das Personal - gemessen an der Norm - überbesetzt ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das LIKIV bei seiner Berechnung nur Heimbewohner berücksichtigt, die auch vom LIKIV bezuschusst werden. Verschiedene Kategorien sind daher von der Berechnung ausgeschlossen: ehemalige Bahnbedienstete (separate Versicherung), Kriegsinvaliden, deutsche Staatsbürger, ehemalige Selbständige, die nur für große Risiken versichert sind (außer in MRS), u.ä. Wenn man die vom LIKIV ermittelte Bettenauslastung mit der real beobachteten von nahezu 100% vergleicht, muss man davon ausgehen, dass rund 85% der Alten(pflege)heimbewohner in der DG zurzeit über das LIKIV bezuschusst werden.

Personal in MR + MRS (VZÄ, 4/98-1/99)	durchschnittl. Personalzahl	Normen (1999)	Differenz IST - SOLL
Krankenpfleger	67,28	49,38	17,9
Pflegehelfer	116,43	63,79	52,64
Kine/Ergo/Logo	11,9	6,9	5
Paramediziner	0,84	3,5	-2,66
GESAMT	196,45	123,57	72,88

Tabelle 28: Personal in den Alten(pflege)heimen der DG laut LIKIV
(N.B.: hier ist ein Heim mehr erfasst als in unserer Umfrage)

➤ Relevante Einflüsse und Tendenzen im Bereich Aufnahmestrukturen für Senioren

- Personalnormen

Seit dem 1.10.2000 ist in den MRS eine Erhöhung der Personalnorm für B-Fälle von 3 auf 5 Krankenpfleger pro 30 Bewohner in Kraft getreten. Da der Arbeitsmarkt diese Personen aber nicht alle hergibt, wurde als (zeitlich begrenzte) Zwischenlösung die Möglichkeit eröffnet, mit 4 Pflegern zu arbeiten. Weitere Anpassungen sind zurzeit nicht in Planung, aber das kann sich jederzeit ändern.

- Programmierung

Ab 2002 soll die Programmierung von MR- und MRS-Betten neu verhandelt werden, was die Schaffung von zusätzlichen MRS-Kapazitäten und damit einen weiteren Personalbedarf zur Folge haben könnte.

Die Absicht lautet (laut Protokoll vom 9. Juni 1997), die Programmierungszahlen für MR- und MRS-Betten an den Bedarf anzupassen, wobei eine integrierte Programmierung für beide Formen anvisiert wird. Auch die Normen sollen wenn möglich zwischen Föderalstaat und Gemeinschaften harmonisiert werden.

Andererseits ist es nicht das oberste Ziel der Politik, die Altenheimstrukturen auszubauen, sondern vor allem die alternativen Betreuungsformen und den Verbleib zu Hause stärker zu fördern. Gegebenenfalls sollen gar weitere MR-Betten in Tages- bzw. Kurzzeitpflegeplätze umgewandelt werden (laut Protokoll op. cit.). Das Altenheim soll in der Regel nur noch für die letzten 1-2 Lebensjahre in Anspruch genommen werden. Dies wiederum könnte auch eine größere Nachfrage nach ambulanten Pflege- und Versorgungsdiensten bedeuten, wo quasi ebenso viele Pflegehilfskräfte wie KrankenpflegerInnen Arbeit finden, wenn man die selbständigen KrankenpflegerInnen mitzählt (s. Tabelle 24).

- Entwicklung des Betreuungsbedarfs und Belegung der vorhandenen Strukturen

Die Altenheime in der DG sind quasi zu 100% belegt, je nach Fall bestehen sogar Wartelisten von bis zu 50 Personen (wobei die gleiche Person in mehreren Häusern einen Antrag gestellt haben kann). Das Durchschnittsalter in den Altenheimen liegt schätzungsweise bei ca. 85 Jahren. Durch die steigende Lebenserwartung werden außerdem immer weniger Plätze frei. Daher müsste das Angebot ausgebaut werden, wodurch die Nachfrage nach Pflegepersonal steigen würde. Da die Altenheime einen weitaus größeren Teil an Pflegehilfskräften beschäftigen (63%, s. Tabelle 24) als an KrankenpflegerInnen (29%), ist in absoluten Zahlen gesehen vor allem bei den ersteren eine stärkere Nachfrage zu erwarten. Andererseits ist mit Effekt zum 1.10.2000 auch die Norm für Krankenpfleger erhöht worden, so dass sich auch ein zusätzlicher Bedarf für diese ergibt.

- sozio-demographische Tendenzen

Man ist sich noch nicht ganz schlüssig darüber, ob die Tatsache, dass die Leute zwar immer älter werden, aber auch länger bei guter Gesundheit bleiben, die steigende Gesamtzahl der Senioren kompensiert, so dass ultimativ nicht mehr Betreuungsplätze vonnöten sind, oder zumindest nicht so viele, wie man befürchten könnte. Andererseits zeigt sich, dass der Pflegebedarf in den letzten 1-2 Jahren vor dem Tod eigentlich immer stark ansteigt, gleich in welchem Alter der Tod eintritt. Reserviert man die Alten(pflege)heime also hauptsächlich für diese Personen, so wird die Betreuungsintensität pro Person sicherlich im Vergleich zu heute nicht abnehmen. Außerdem muss man damit rechnen, dass in Zukunft der heute noch hohe Betreuungsanteil, der von den Familien geleistet wird, rückläufig sein wird und damit der Bedarf an professioneller Hilfe wächst.

- Profil der Heimbewohner (Grad der Pflegebedürftigkeit)

Da sich die Personalzahl laut Normen dem Profil der Pflegebedürftigen anpassen muss (Personalschlüssel abhängig von der Seniorenzahl in jeder Kategorie der Katz-Skala), ist es wichtig zu ermitteln, wie dieses Profil aussieht und sich entwickelt. In Tabelle 29 findet sich die vom LIKIV ermittelte Verteilung wieder (wobei hier also nur die vom LIKIV bezuschussten Senioren wieder zu finden sind).

DG - durchschnittl. Bewohnerzahl	Altenheime		Altenpflegeheime		Gesamt	%
Kategorie O	134,66	36%	0	0%	134,66	23%
Kategorie A	94,32	25%	0	0%	94,32	16%
Kategorie B	93,09	25%	37,16	18%	130,25	22%
Kategorie C	53,48	14%	51,01	25%	104,49	18%
Kategorie Cd	0	0%	119,16	57%	119,16	20%
Gesamt	375,55		207,33		582,88	

Tabelle 29: Belegung der Alten(pflege)heime der DG laut LIKIV
(mjf: moyenne des journées facturées, Periode 4/98-1/99)

Unsere Befragung der hiesigen Einrichtungen ergab die Verteilung in Tabelle 30 (wobei es sich um Momentaufnahmen handelt und nicht die Angaben aller Häuser ermittelt werden konnten). Beide Quellen ergeben insgesamt aber ein ähnliches Bild. Rund 60% aller Bewohner gehören in die Kategorie der schwer- und schwerstpflegebedürftigen Personen (Kat. B und C).

GESAMT DG (MR und MRS)	31.12.95	31.12.97	31.12.98	31.12.99
Kategorie O	28%	31%	23%	25%
Kategorie A	16%	12%	13%	16%
Kategorie B	18%	18%	21%	19%
Kategorie C	38%	39%	43%	41%
davon Kategorie Cd	15%	22%	27%	26%
Gesamt	100%	100%	100%	100%
erfasste Personen	457	512	431	531

Tabelle 30: Verteilung der Senioren nach Abhängigkeitsgrad in den Alten(pflege)heimen der DG (Umfrage 2000)

In Tabelle 31 finden sich zum Vergleich die Zahlen der anderen Regionen (nur LIKIV-Versicherte), die allerdings noch aus dem Jahre 1995 stammen. Die Verteilung war zu dem Zeitpunkt relativ unterschiedlich zwischen der Wallonie (relativ viele leichte Pflegefälle) und Flandern (relativ viele schwere Pflegefälle), im Schnitt aber der unsrigen ziemlich ähnlich. Sie hat sich seitdem - soweit dies aus unseren Zahlen ersichtlich werden kann - nur wenig verändert. Es kann jedoch eine kleine Verschiebung hin zu den schwereren Pflegefällen festgestellt werden.

Die Förderung des Verbleibs zu Hause für die Valideren unter den Senioren kann diese Tendenz nur verstärken, so dass sich in Zukunft vor allem die - mit mehr Personaleinsatz verbundenen - schweren Pflegefälle in den Heimen konzentrieren werden.

Verteilung nach Abhängigkeitsgrad 30.9.1995	MR und MRS			MR	MRS
	Flandern	Wallonie	Belgien	Belgien	
Kategorie O	24%	32%	27%	33%	0
Kategorie A	19%	17%	18%	21%	0
Kategorie B	19%	20%	20%	21%	14%
Kategorie C	39%	31%	35%	25%	86%
davon Kategorie Cd	8%	-			
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 31: Verteilung der Senioren nach Abhängigkeitsgrad in den belgischen Alten(pflege)heimen, Stand 30.09.1995 (INFO SANTE)

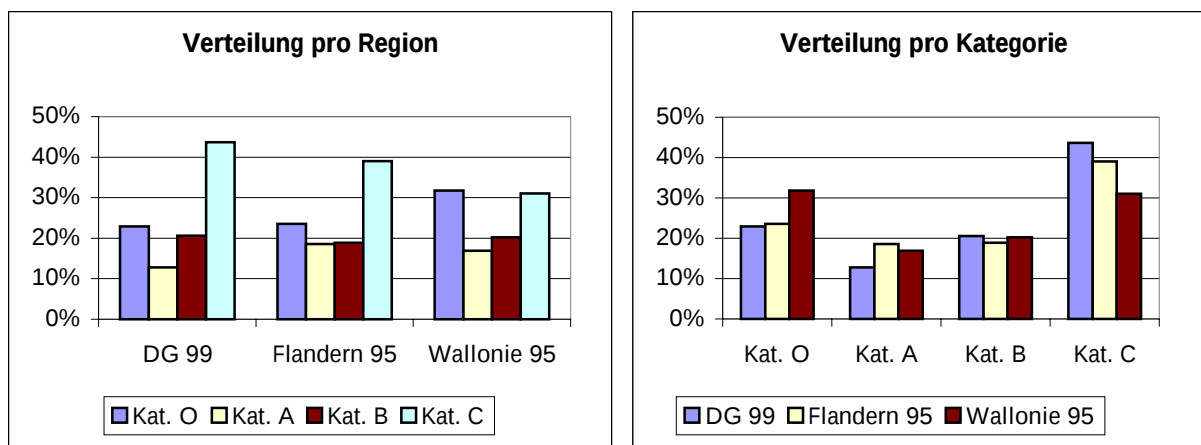


Abbildung 5: Bewohner der Alten(pflege)heime nach Abhängigkeitsgrad und Region

In Tabelle 32 wird die Altersverteilung der Senioren der DG in den Einrichtungen dargestellt. Auch hier verfügen wir nur über unvollständige Angaben, aber die Größenordnungen werden dennoch ersichtlich. Mehr als die Hälfte der Alten- und Pflegeheimbewohner ist zwischen 81 und 90 Jahre alt, der Altersdurchschnitt wird im Allgemeinen mit 82-83 Jahren angegeben.

% der Bewohner in MR und MRS - DG	31.12.97	31.12.98	31.12.99
unter 70 Jahre	5%	4%	3%
71 - 80 Jahre	25%	30%	34%
81 - 90 Jahre	56%	53%	51%
91 Jahre und älter	15%	13%	11%
TOTAL	100%	100%	100%
erfasste Personen	275	313	415

Tabelle 32: Altersverteilung der Alten(pflege)heimbewohner in der DG (Umfrage 2000)

Will man Projektionen in die Zukunft wagen, muss man diese Angaben über das Profil der Altenheimbevölkerung mit der Entwicklung der absoluten Zahl an Senioren kombinieren. Daher haben wir versucht zu ermitteln, welcher Anteil der Senioren in ein Alten(pflege)heim zieht.

- Nutzungsquote der Altenheime: Welcher Anteil der Senioren geht ins Altenheim?**

Laut LIKIV (in HIVA, 1998) lebten 1995 3,5% aller Personen über 60 Jahre im Altenheim. In seiner Untersuchung geht das HIVA-Institut davon aus, dass im Jahr 2000 schon 5% aller über 60-jährigen im Altenheim wohnen. Diese berücksichtigt einen Effekt der Überalterung: Desto älter und abhängiger die Personen, desto höher ist der Prozentsatz derjenigen, die ins Altenheim gehen. So war in Flandern 1995 von den über 90-jährigen schon jeder vierte im Altenheim (und jeder 10. im Pflegeheim), von den unter 70-jährigen weniger als 1%.

Rechnen wir die Ergebnisse unserer Erhebung hoch auf die gesamte Alten(pflege)heimbevölkerung in der DG, dann ergeben sich folgende Zahlen:

Nutzungsquote DG (MR und MRS)	31.12.97	31.12.98	31.12.99
65 - 70 Jahre	0,7%	0,5%	0,4%
71 - 80 Jahre	3,1%	3,8%	4,1%
81 - 90 Jahre	18,3%	19,4%	19,8%
91 Jahre und älter	47,4%	39,0%	30,6%
TOTAL	5,4%	5,5%	5,4%

Tabelle 33: Nutzungsquoten der Alten(pflege)heimstrukturen in der DG (eigene Berechnung)

Die relativ geringen absoluten Zahlen der über 91-jährigen führen zu starken Schwankungen von einem Jahr zum anderen, so dass es hier schwierig ist, zuverlässige Zahlen zu ermitteln. Zum Vergleich wird in Tabelle 34 die Situation in den anderen Regionen dargestellt (auf Basis der LIKIV-Zahlen):

Flandern 30/9/95	Bevölkerung	Personen in MR	Personen in MRS	Anteil in MR	Anteil in MRS	Gesamt
65 - 69 Jahre	294.492	2.426	602	0,8%	0,2%	1,0%
70 - 79 Jahre	388.327	6.633	1.834	1,7%	0,5%	2,2%
80 - 89 Jahre	190.784	20.397	5.841	10,7%	3,1%	13,8%
90 Jahre und älter	25.586	7.481	2.592	29,2%	10,1%	39,4%
TOTAL	899.189	36.937	10.869	4,1%	1,2%	5,3%

Wallonie 30/9/95	Bevölkerung	Personen in MR	Personen in MRS	Anteil in MR	Anteil in MRS	Gesamt
65 - 69 Jahre	174.383	3.194	320	1,8%	0,2%	2,0%
70 - 79 Jahre	234.850	6.876	838	2,9%	0,4%	3,3%
80 - 89 Jahre	108.512	16.621	2.104	15,3%	1,9%	17,3%
90 Jahre und älter	14.763	5.213	1.021	35,3%	6,9%	42,2%
TOTAL	532.508	31.904	4.283	6,0%	0,8%	6,8%

Tabelle 34: Nutzungsquoten der Alten(pflege)heimstrukturen pro Altersgruppe in Flandern und der Wallonie (INFO-Santé u. eigene Berechnung)

Geht man davon aus, dass diese Zahlen von 1995 wahrscheinlich ein wenig unterschätzt sind (weil nicht die gesamte Bewohnerzahl erfasst ist), kann man daraus ersehen, dass in der DG proportional weniger Senioren in den Alten(pflege)heimen leben als in den anderen Regionen, insbesondere im Vergleich zur Wallonie. Dies kann vermutlich unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass hier weniger Plätze zur Verfügung stehen und dass die Heime hier verhältnismäßig teuer sind.

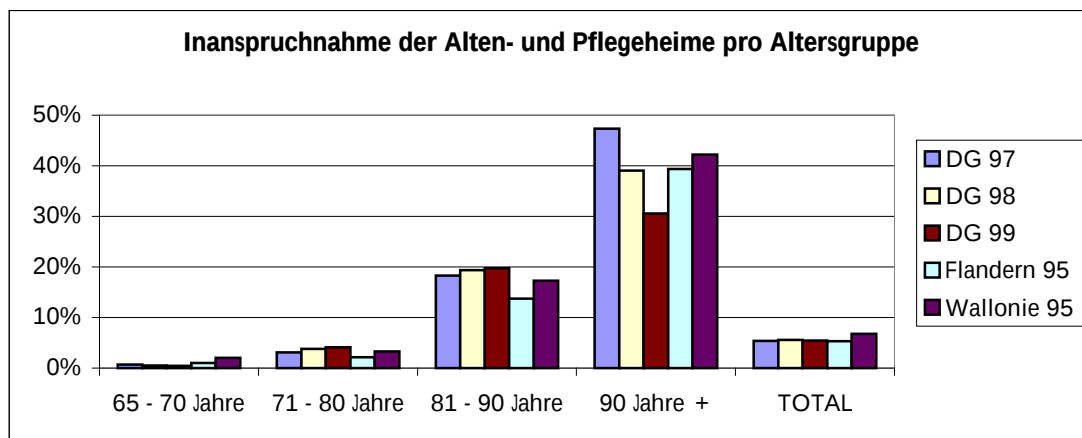


Abbildung 6: Inanspruchnahme der Alten(pflege)heime pro Altersgruppe

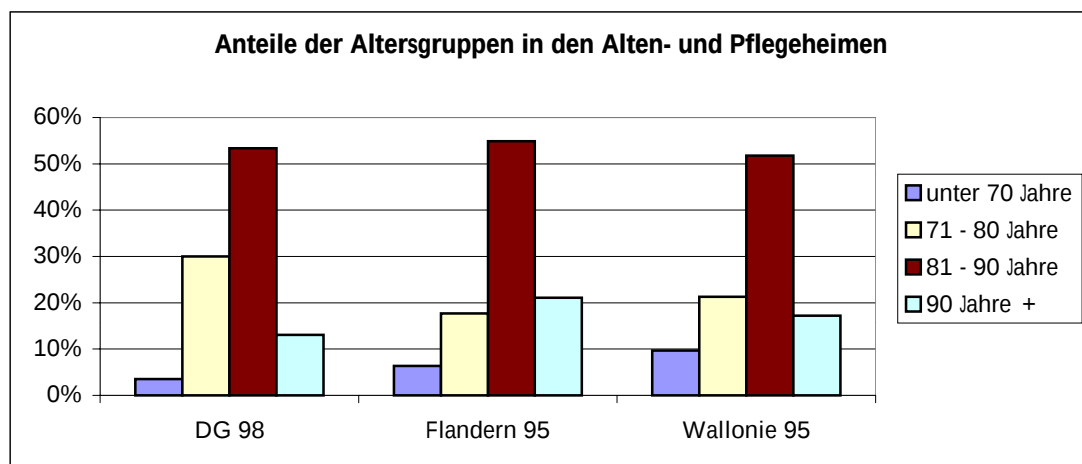


Abbildung 7: Altersprofil der Alten(pflege)heimbewohner

- Alternative Betreuungsformen der Alten(pflege)heime

Der politische Wille ist es, den Verbleib der Senioren in den eigenen vier Wänden so lange wie möglich zu verlängern. Entsprechend sollen den Senioren Hilfestellungen, sprich ambulante Pflege und Versorgung bzw.

Kurzzeitbetreuung, angeboten werden. Diese alternativen Betreuungsformen (s.u.) sind im Übrigen weniger kostenintensiv als die stationäre Betreuung (zumindest für die föderale Kasse).

Zu den negativen Aspekten des Verbleibs zu Hause kann allerdings (v.a. für allein Lebende) auch die Vereinsamung der Betroffenen gehören, sowie für schwere Pflegefälle auch unter Umständen höhere Kosten.

- **Kurzzeitpflege**

Die Kurzzeitpflege soll es pflegenden Angehörigen erlauben, im Notfall oder bei sonstigem Bedarf, für begrenzte Zeit auf eine Ausweichmöglichkeit in einem Heim zurückgreifen zu können. Kurzzeitpflegeplätze unterliegen keiner speziellen Anerkennung. Die meisten Häuser reservieren in der Regel einen oder mehrere Plätze für Kurzzeitaufenthalte und verzeichnen auch eine hohe bis sehr hohe Auslastung derselben. Hier wird für die Zukunft ein großes Potential gesehen.

- **Tagespflege**

Bisher scheint die Nachfrage nach dieser Betreuungsart gering, aber andererseits bestand auch bis vor kurzem noch kein Angebot in der DG. 1999 wurde ein erstes Pilotprojekt bewilligt: im Marienheim wurden 5 Plätze anerkannt. Dafür wurde 1 Person (via Maribel Social) eingestellt. Seit 2000 gibt es auch 6 Plätze in Bütgenbach/St.Vith (ohne die Einstellung von zusätzlichem Personal) und 4 Plätze sind im Seniorenzentrum St. Franziskus vorgesehen.

Ein Hindernis scheint darin zu bestehen, dass es im ländlichen Gebiet ein Transportproblem für diese Art der Betreuung gibt. Problematisch kann es für die Träger auch werden, wenn durch die Inbetriebnahme von Tagespflegeplätzen "reguläre" Betten wegfallen müssen. Eine Finanzierung durch das LIKIV ist nämlich nur für B- und C-Fälle gewährleistet, was aber kaum durchführbar ist, da es gerade für diese Fälle Transportschwierigkeiten gibt. Der Bedarf an Tagespflege betrifft eher O- und A-Fälle. Zurzeit können Tagespflegeplätze aber noch aus dem verbleibenden Kontingent an nicht realisierten Betten aus der Programmierung vergeben werden.

- **Betreute Wohnungen**

Hierbei leben die Senioren weiter autonom in einer eigenen Wohnung, beziehen aber je nach Bedarf gewisse Pflege- und Dienstleistungen (Mittagessen, Wäschedienst,...) vom angegliederten Heim. Nur beim Marienheim besteht diese Möglichkeit zurzeit in der DG. Weitere Dienstleistungen für Senioren, die in ihren eigenen vier Wänden leben, werden ebenfalls vom Marienheim angeboten: Essen auf Rädern, Wäschedienst, Mittagstisch im Heim.

Es wäre interessant zu klären, ob und unter welchen Bedingungen eine Nachfrage für diese Betreuungsform auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft existiert oder existieren kann.

Was den Einfluss der Förderung dieser Betreuungsformen auf den Personalbedarf angeht, so kann man Folgendes festhalten: Die Kurzzeitpflege bedeutet im Grunde keine personelle Änderung im Vergleich zu "normalen" MR- oder MRS-Betten (insofern diese Plätze ständig belegt sind), außer dass noch mehr Flexibilität gefragt ist (ständig wechselnde Bewohner).

Die Tagespflege muss im Vergleich zu "regulären" Betten mit insgesamt weniger Personal auskommen, da kein Personal für die leichteren Fälle finanziert wird. Es bleibt zu sehen, ob die praktischen Probleme, die mit dieser Betreuungsform im ländlichen Gebiet verbunden sind, lösbar sind.

Im Bereich der betreuten Wohnungen - insofern diese eines Tages mehr Zuspruch erfahren - wären es eher die "Hoteldienstleistungen", die einen zusätzlichen Personalbedarf zur Folge haben.

4.2.3. Psychiatrische Einrichtungen: Begleitetes Wohnen und MSP

Begleitetes Wohnen	31.12.95	31.12.96	31.12.97	31.12.98	31.12.99	2002
Gesamtzahl betreute Personen	9	9	9	13	13	16
Durchschnittsalter (+/-)	40	40	40	40	40	40
Durchschnittliche Verweildauer	1 Jahr	1,5 Jahr	1,5 Jahr	1,5 Jahr	1,5 Jahr	1,5 Jahr
Anteil Frauen	50%	50%	50%	33%	33%	33%

Tabelle 35: Betreute Personen in psychiatrischen Einrichtungen (betreutes Wohnen)

In St.Vith ist eine Erzieherin (halbzeitig) und in Eupen eine Psychologin (vollzeitig) angestellt worden.

Man denkt auch an die Einführung der ambulanten Betreuung von leichteren Fällen zu Hause.

Die MSP-Betten existieren zurzeit noch nicht, so dass hier auch noch kein Personal beschäftigt ist. Aufgrund der Personalnorm von 12 Personen, davon 6 qualifizierte Pfleger bzw. Paramediziner pro 30 Patienten, müsste mit einer Einstellung von etwa dieser Größenordnung zu rechnen sein.

4.2.4. Hauskrankenpflege und häusliche Versorgung

In diesem Bereich muss unterschieden werden zwischen den von den Krankenkassen finanzierten Pflegeleistungen durch Krankenpfleger (in der DG insbesondere das GWK und Selbständige) und den Diensten der häuslichen Versorgung, für die die Gemeinschaft zuständig ist und wo die Krankenkasse für die Personen höchstens über die freiwillige Zusatzversicherung interveniert. Da die Pflege und Versorgung zu Hause eine Reihe von Kosten für die Betroffenen aufwirft, die nicht über die soziale Sicherheit abgedeckt sind, kommt immer stärker die Diskussion zur Einführung einer Pflegeversicherung auf (s. Punkt 5.4.).

In beiden Bereichen ist eine starke Zunahme der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Die Heim- oder Hauskrankenpflege ist in Flandern sehr viel stärker entwickelt als in der Wallonie. Sie wird insbesondere durch Personen in den Alterstranchen 70-79 Jahre und bei den über 90-Jährigen in Anspruch genommen.

Es ist allerdings schwierig, für diesen Sektor an genauere Zahlen zu kommen. Auch die Entwicklung in der DG kann nur schwer nachverfolgt werden, da die hier zuständige Sektion des Gelb-Weißen Kreuzes erst seit 1999 eine eigene Direktion vor Ort hat und die selbständigen Krankenpfleger nur schwierig zu erfassen sind.

Ambulante Pflege und Versorgung	Anzahl Personen					
	1995	1996	1997	1998	1999	
Krankenpfleger	30	30	32	37	29	= ausschließlich GWK u. Palliativpfl.
paramed. Personal	2	3	5	5	6	= ausschließlich im Familienhilfedienst
Pflegehelfer (FSH)	58	60	65	60	76	
Gesamt	90	93	102	102	111	
davon in LBU	12	13	17	15	17	
selbständige Krankenpfleger (Schätzung)			34?	34?	42	

Tabelle 36: Beschäftigung in der ambulanten Pflege und Versorgung in der DG (Umfrage 2000), Personen

Diese Angaben sind zum Teil Schätzungen (PAI des GWK vor 1999). Sie beinhalten auch die Personen in Laufbahnunterbrechung, die in diesem Untersektor mit ca. 15% der Gesamtbeschäftigten besonders zahlreich sind. Demnach ist die Beschäftigung in diesem Sektor in der DG in den letzten 5 Jahren um ca. 23% angewachsen (in Vollzeitäquivalent ausgedrückt um 14%, s. Tabelle 37). Dieser Anstieg ist insbesondere auf die wachsende Zahl an Familien- und SeniorenhelferInnen in der Familienhilfe zurückzuführen. Für die KrankenpflegerInnen können keine verbindlichen Aussagen gemacht werden, da die Angaben Lücken aufweisen. Neu hinzugekommen ist allerdings 1998 der Palliativpflegeverband (s.u.).

Ambulante Pflege und Versorgung	Vollzeitäquivalent					
	1995	1996	1997	1998	1999	
Krankenpfleger	18,7	18,7	19,9	22,3	17,4	= ausschließlich GWK u. Palliativpfl.
paramed. Personal	1,9	2,4	3,0	3,0	3,5	
Pflegehelfer (FSH)	41,8	45,0	50,7	44,0	50,3	= ausschließlich im Familienhilfedienst
Gesamt	62,3	66,0	73,5	69,4	71,2	
davon in LBU	7,5	9,5	12,2	9,7	11,2	
selbständige Krankenpfleger (Schätzung)					28	

Tabelle 37: Beschäftigung in der ambulanten Pflege und Versorgung in der DG (Umfrage 2000), VZÄ

a) Gelb-Weißes Kreuz

Der Personalstand liegt Ende 1999 noch bei 24 KrankenpflegerInnen (14,91 VZÄ). Er war infolge der Umstrukturierung des Dienstes gesunken, was aber nicht an einer mangelnden Nachfrage gelegen hat, sondern an internen Schwierigkeiten. Die abgegangenen Personen haben sich meist selbständig gemacht.

In diesem Dienst werden vorzugsweise Teilzeitkräfte beschäftigt, da der Großteil der Visiten morgens anfällt. Bei 24 Visiten pro Tag (=Rentabilitätsschwelle), davon etwa 10 Grundpflegen, müssen rund 15 morgens verrichtet werden. Daher ist es interessant, möglichst viele Personen zur Verfügung zu haben. Darüber hinaus ist ein "service coupé" für Vollzeitkräfte kaum zu bezahlen (+30% auf das Bruttogehalt für die gesamten

8 Stunden). Aufgrund der vorwiegenden Teilzeitarbeit sind junge PflegerInnen nicht unbedingt an diesem Job interessiert.

Als problematisch für die Vollzeitbeschäftigten wird auch das fehlende Angebot an Kleinkindbetreuung, v.a. aber an vor- und nachschulischer Betreuung, eingeschätzt.

b) Selbständige Krankenpfleger

Die Selbständigen werden von der INASTI erfasst und können über diese Quelle beziffert werden. Allerdings geben die Statistiken nur Zahlen zu den "Paramedizinern" insgesamt her, wozu neben den Krankenpflegern auch Psychologen, Therapeuten u.ä. gehören. Die Zahlen geben die in der DG wohnhaften Selbständigen wieder, wobei der Arbeitsort nicht präzisiert ist:

INASTI 31.12.1998	Männer			Frauen			Gesamt Paramed.
	Selbst.	Gehilfen	Total	Selbst.	Gehilfen	Total	
Süden	15	0	15	53	2	55	70
Norden	24	0	24	34	1	35	59
D.G.	39	0	39	87	3	90	129

Tabelle 38: Selbständige im Paramedizinischen Sektor in der DG

Eine Überprüfung durch die KPVDB Anfang 2001 ergab die Zahl von 42 selbständigen KrankenpflegerInnen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, 22 im Kanton St.Vith und 20 im Kanton Eupen. Diese entsprechen ca. 28 Vollzeitäquivalent. Bei der Mehrzahl von ihnen handelt es sich um brevetierte PflegerInnen.

c) Familien- und Seniorenhilfe

Die Inanspruchnahme des Dienstes zeigt eine eindeutig steigende Tendenz. Allein zwischen 1995 und 1999 stieg die Zahl der Nutznießer und der geleisteten Stunden durch die Familien- und SeniorenhelferInnen um mehr als 20% (s. Tabelle 39). Seit 1998 ist das Stundenkapital von 54.000 auf mittlerweile 62.000 Stunden für 2001 erhöht worden. Entsprechend stieg auch die Zahl der beschäftigten FSH von 48 in 1995 auf 67 in 1999.

Auch die Schaffung zusätzlicher Angebote (seit 1998 Abenddienst, seit September 1999 Krankenwachen) sowie die steigenden Wochenendanfragen bedurfte der Einstellung von zusätzlichem Personal (10 halbzzeitige BÜP-Stellen allein für die Krankenwachen). Die Stundenplanung gestaltet sich allerdings als äußerst schwierig. Über den "Maribel Social"-Mechanismus konnte das übrige Personal aufgestockt werden (1 Telefonistin, 1 Putzhilfe und die Erhöhung der Stundenzahl verschiedener Angestellter).

Familienhilfe	1995	1996	1997	1998	1999	2002
Zahl der Nutznießer						
Leistungen der FSH	308	303	339	356	379	400
Leistungen der Putzhilfen	138	139	127	171	200	250
Leistungen der Krankenwachen					16	60
Stundenkapital				54.000	58.000	64.000
Zahl der beschäftigten FSH (ohne LBU)	46	48	52	49	59	
geleistete Stunden						
FSH	49.777	54.949	56.207	54.936	60.785	65.000
Putzhilfen	7.563	7.910	7.551	7.972	10.862	13.000
Krankenwachen					1.182	9.000
Std./Woche/Nutznießer						
FSH	2,95	3,3	3	2,9	2,9	2
Putzhilfen	2	2	2	2	2	2
Krankenwachen					5,3	6

Tabelle 39: Entwicklung der Dienstleistungen der Familienhilfe VoE

Absagen aus Personalmangel gab es bisher noch kaum, aber man kommt an die Grenze der möglichen Produktivität (Leistung pro Personaleinheit). Im Schnitt verrichtet ein FSH 4 Interventionen pro Tag. Die durchschnittliche Dauer pro Intervention ist zwischen 1995 und 2000 von 3,5 auf mittlerweile 2,6 Stunden gesunken, was auf den steigenden Professionalismus der Dienstleistung aber auch auf die doch nicht unerheblichen Kosten für die Nutznießer zurückzuführen ist.

d) Der Palliativpflegeverband

Der Palliativpflegeverband der DG beschäftigt eine Koordinatorin sowie ein externes palliatives Team (4 x 1/3 Krankenpfleger), welches eine begleitende Funktion ausübt. Die Personen müssen eine entsprechende Ausbildung im Bereich Palliativpflege absolvieren und werden über das LIKIV bezahlt.

In Krankenhäusern und Altenpflegeheimen gibt es ebenfalls Personen, die für die Palliativpflege zuständig sind, die aber aus dem bestehenden Personal bezeichnet werden.

➤ **Einflüsse und Tendenzen in der Heimpflege und häuslichen Versorgung**

- Demographie und politische Entscheidungen

Durch die Überalterung der Bevölkerung wächst der gesamte Betreuungsbedarf in Zukunft stark an. Je nachdem, wie stark der Verbleib zu Hause gefördert wird, wird sich auch ein Teil des Betreuungsbedarfs auf die ambulanten Dienste verlagern. Verstärkt wird dies durch fehlende oder kleiner werdende soziale Netzwerke und die zu erwartende Verringerung der Bereitschaft der Familien, einen Großteil der Betreuung selber zu übernehmen (da die nachrückenden Generationen der Frauen im mittleren Alter, die diese Betreuung ihrer Elterngeneration heute meist gewährleisten, mehr und mehr selbst berufstätig sind). So verspricht z.B. die Untersuchung der Stadt Eupen zur Wohnungssituation der Senioren für die Zukunft einen drastischen Anstieg der Anfragen an die ambulanten Dienste. Es stellt sich die Frage, ob die Entwicklung im ländlichen Raum ähnlich aussehen oder ob die Familien- und Nachbarschaftshilfe dort weiterhin stark ausgeprägt bleiben wird.

- Kosten

Auch die Pflege und Versorgung zu Hause ist für die Betroffenen zum Teil mit relativ hohen Kosten verbunden. Es scheint, dass mit steigender Pflegebedürftigkeit die Kosten des Verbleibs zu Hause sogar höher sind als die Unterbringung in einem Heim, insbesondere wenn das soziale und familiäre Umfeld der Personen nicht viel Unterstützung bietet. Gerade die nicht-pflegerischen Leistungen werden jedoch nicht von der Krankenkasse (zumindest nicht von der Pflichtversicherung) übernommen, so dass mehr und mehr auf die Notwendigkeit der Einführung einer Pflegeversicherung (s. Punkt 5.4.) hingewiesen wird. Sollte ein solches System eingeführt werden, ist sicherlich mit einer erhöhten Inanspruchnahme der Heimpflege- und Versorgungsdienste zu rechnen.

4.2.5. Situation in den Behinderteneinrichtungen

In diesen Einrichtungen werden vorwiegend Erzieher beschäftigt (ca. 70% des erfassten Personals besteht aus Erziehern, wovon wiederum 3/4 ein Graduat aufweisen). An zweiter Stelle kommen dann die übrigen paramedizinischen Berufe, während Krankenpfleger und Pflegehelfer nur marginal zum Einsatz kommen. Hier ist in den letzten 5 Jahren ein Personalanstieg von 44% zu beobachten (38% in VZÄ ausgedrückt). Der Anteil von Personen in Laufbahnunterbrechung beläuft sich auf ca. 15% der Beschäftigten und ist in den letzten 5 Jahren ebenfalls deutlich angestiegen. Bereinigt um diese Personen beläuft sich der Personalzuwachs "nur" noch auf 38% (und 31% in VZÄ).

Einrichtungen für Behinderte	Anzahl Personen				
	1995	1996	1997	1998	1999
Krankenpfleger	0	0	1	1	2
paramed. Personal	59	73	73	80	84
Pflegehelfer	3	3	4	3	3
Gesamt	62	76	78	84	89
davon in LBU	7	10	12	15	13

Tabelle 40: Beschäftigung in den Einrichtungen für Personen mit Behinderung (Umfrage 2000), Personen

Einrichtungen für Behinderte	Vollzeitäquivalent				
	1995	1996	1997	1998	1999
Krankenpfleger	0,0	0,0	0,5	1,0	2,0
paramed. Personal	47,5	55,5	56,8	62,4	64,5
Pflegehelfer	2,5	3,0	3,0	3,0	2,5
Gesamt	50,0	58,5	60,3	66,4	69,0
davon in LBU	4,5	6	7	10,5	9

Tabelle 41: Beschäftigung in den Einrichtungen für Personen mit Behinderung (Umfrage 2000), VZÄ

Dieser Personalanstieg lässt sich angesichts von Tabelle 42 auf eine leicht erhöhte Zahl an Personen in den Tagesstätten, aber v.a. auf die Verstärkung des Angebots an Begleitmaßnahmen zurückführen.

Zahl der behinderten Personen	1995	1996	1997	1998	1999	2002 (vorauss.)
Tagesstätte Griesdeck	10	10	10	11	11	9
König Baudouin Tagesstätte	12	14	16	21	22	25
Tagesstätte Am Garnstock	30	29	29	29	30	31
Tagesstätte Meyerode	21,2	20,9	22,4	22,9	22,9	25
Gesamt Tagesstätten	73,2	73,9	77,4	83,9	85,9	90,0
Wohngemeinschaft Deidenberg	15,1	13,7	13,8	13,5	12,8	14
Königin Fabiola Haus (Wohngem.)	12,5	14,25	13,5	14,25	14,25	16
Gesamt Wohngemeinschaften	27,6	27,95	27,3	27,75	27,05	30
Griesdeck (in Maßnahmen betreut)	18	20	26	37	90	100
Griesdeck (Frühhilfe)	61	59	35	39	43	50-60
Wohngem. Deidenberg (in Maßn.betreut)	1	1	1	2	2	2
Gesamt in Maßnahmen	80	80	62	78	135	157
TOTAL betreute Personen	180,8	181,8	166,7	189,6	247,9	277,0

Tabelle 42: Entwicklung der Zahl der von Behinderteneinrichtungen der DG betreuten Personen seit 1995

➤ **Einflüsse und Tendenzen im Bereich Betreuung von Behinderten**

In diesem Sektor wird die demographische Entwicklung wohl kaum eine ausschlaggebende Bedeutung auf den Personalbedarf haben, sondern dieser wird mehr von der verfolgten Politik im Umgang mit behinderten Personen abhängen. So ist ein Ausbau im "stationären" Bereich nicht das Ziel, sondern es wird auch weiterhin vor allem die Integration in die Gesellschaft unter Zuhilfenahme von begleitenden Maßnahmen angestrebt.

Erwartet wird allerdings ein Anstieg an zu betreuenden Personen mit einer psychischen Behinderung, wobei die Gemeinschaft aber nur im beschäftigungspolitischen Bereich die Verantwortung für diese Personen trägt (Ausbildungs- und Integrationsmaßnahmen).

4.2.6. Sonstige Einrichtungen (Beratung, Begleitung etc.)

Bei den sonstigen Einrichtungen, die Krankenpfleger, Pflegehilfspersonal und/oder Paramediziner beschäftigen und die in unsere Befragung aufgenommen wurden, handelt es sich um folgende:

- Dienst für Kind und Familie des Ministeriums der DG
- PMS-Zentren (Freie, DG, Provinz)
- SPZ Eupen + St.Vith
- Gesundheitszentrum Eupen + St.Vith
- KPVDB
- Krankenpflegeschule
- Eudomos
- Patientenrat Treff

Hier hängt die Personalentwicklung im Wesentlichen von den politischen Entscheidungen und dem jeweils zur Verfügung gestellten Budget auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft ab.

Sonstige Einrichtungen	Anzahl Personen				
	1995	1996	1997	1998	1999
Krankenpfleger	32	32	33	35	32
paramed. Personal	33	34	36	36	40
Pflegehelfer (FSH)	0	0	2	2	2
Gesamt	65	66	71	73	74
<i>davon in LBU</i>	6	7	12	13	14

Tabelle 43: Beschäftigung in den sonstigen Einrichtungen, Personen (Umfrage 2000)

Dieser Untersektor beschäftigt rund 70 Personen, überwiegend paramedizinisches Personal (v.a. SozialassistentInnen und PsychologInnen) und KrankenpflegerInnen (fast ausschließlich Graduierte). Der Beschäftigungszuwachs der letzten 5 Jahre beträgt 14%, in Vollzeitäquivalent ausgedrückt sogar 17%, so dass wir es hier mit einem der seltenen Sektoren zu tun haben, wo die Arbeitszeit pro Person leicht angestiegen ist. Andererseits ist gerade in diesem Sektor auch der Anteil von vollzeitig arbeitenden Personen überaus gering mit nur 11%, und der Anteil, der eine Laufbahnunterbrechung in Anspruch nimmt, besonders hoch mit inzwischen ca. 18% (vor 5 Jahren erst knapp 10%). Daher ist der Beschäftigungszuwachs, wenn man nur die effektiv anwesenden Personen berücksichtigt, nur auf 2% zu beziffern (5% in VZÄ) und bei den Krankenpflegern sogar negativ.

Sonstige Einrichtungen	Vollzeitäquivalent				
	1995	1996	1997	1998	1999
Krankenpfleger	20,8	21,3	22,3	23,9	23,4
paramed. Personal	23,8	24,3	25,1	26,1	27,1
Pflegehelfer (FSH)	0,0	0,0	1,5	1,5	1,5
Gesamt	44,6	45,6	48,9	51,5	52,0
davon in LBU	3,5	4,5	8	9,5	9

Tabelle 44: Beschäftigung in den sonstigen Einrichtungen (Umfrage 2000), VZÄ

Die meisten der in diesem Untersektor beschäftigten Personen verfügen über Stundenpläne mit 19 oder weniger Stunden pro Woche. Das mag zum Teil an der Art der Einrichtungen liegen (GoEs und keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung). Daher ist dieser Untersektor eher interessant für Personen, die einen Zweitjob ausüben möchten, oder aus familiären oder altersbedingten Gründen kürzer treten wollen, was wiederum durch die Altersstruktur bestätigt wird (s.u.).

4.3. Das Angebot pro Berufsgruppe

Das Angebot an Personal und seine Entwicklung ergibt sich aus mehreren Komponenten:

- die Zahl und Zusammensetzung des derzeit aktiven beschäftigten und arbeitslosen Personals (Personenzahl und Vollzeitäquivalent, Alters- und Qualifikationsstruktur),
- der Zustrom an neuen Berufstätigen aus der Ausbildung (bzw. von BerufsrückkehrerInnen),
- die Abgänge in Pension, ins Ausland, in andere Berufe oder der Ausstieg aus dem Erwerbsleben.

Diese Komponenten und ihre Einflussfaktoren haben wir versucht, anhand der Befragung der Arbeitgeber sowie verschiedener anderer Analysen, näher zu bestimmen.

4.3.1. Das beschäftigte Pflege- und Pflegehilfspersonal

Unsere Umfrageaktion von Mai 2000 in den Einrichtungen der DG hat eine fast vollständige Erfassung des Sektors ermöglicht: Die beiden Krankenhäuser haben geantwortet, von 8 Altenheimen haben 7 geantwortet (+ 1 Erholungsheim), alle 6 Behinderteneinrichtungen und die ambulanten Dienste haben geantwortet, von den 15 angeschriebenen sonstigen Einrichtungen haben 10 geantwortet (Es fehlen das Rote Kreuz, das PMS-Zentrum der DG, das Gesundheitszentrum Eupen - mit 1 Krankenpflegerin - sowie die 3 Arbeitsmedizinische Dienste, die aber hauptsächlich Ärzte beschäftigen).

Es konnte somit das Profil (zumindest Alter, Geschlecht, Diplom, Ausbildungsort und -zeitpunkt sowie Arbeitszeit) von fast 1.000 am 31.12.1999 unter Vertrag stehenden Personen bestimmt werden¹⁵. Nicht immer jedoch wurde der Fragebogen vollständig ausgefüllt, so dass für manche Aspekte (bspw. Vertragsart und Dauer der Berufserfahrung) weniger Informationen vorliegen. Wo dies vertretbar ist, wurden diese Angaben hochgerechnet, ansonsten wird darauf hingewiesen, dass die Aussage nur für den erfassten Teil des Personals gilt.

Indem wir diese Angaben mit den zurzeit stattfindenden Entwicklungen koppeln, wollen wir herausfinden, wo eventuell die Knackpunkte für die Zukunft liegen.

¹⁵ Insgesamt liegen mehr oder weniger vollständige Profilangaben zu 968 Personen vor. Darin sind 47 Personen enthalten, die sich zu dem Zeitpunkt in Laufbahnunterbrechung befanden. Unter Vertrag standen aber noch weitere 25 Personen, die ebenfalls in Laufbahnunterbrechung waren, zu denen aber keine individualisierten Angaben gemacht worden sind. Unter Vertrag standen also 993 Personen, wovon insgesamt 72 in Laufbahnunterbrechung waren. Die weiteren profilbezogenen Auswertungen beziehen sich aber nur auf 921 anwesende + 47 LBU = 968 Personen.

Anzahl - Personen in Pflegeberufen 31.12.1999		Gruppe Beruf				
Art der Einrichtung	Arbeitgeber	PAI	PARA	PH	Gesamt	VZÄ
Alten- und Pflegeheim	Alten- und Pflegeheim St. Joseph	19	4	51	74	54,1
	Haus Katharina	1		9	10	8,9
	Katharinenstift Astenet	6	2	13	21	19,0
	Marienheim	16	6	19	41	32,4
	Seniorenheim Hof Bütgenbach	16	3	36	55	35,2
	Seniorenheim St. Elisabeth St.Vith	11	2	26	39	21,9
	Seniorenzentrum St. Franziskus	8	2	12	22	16,0
	Institut Kneipp		3	2	5	3,3
		77	22	168	267	190,8
Behinderteneinrichtung	Begleitzentrum Griesdeck		26	1	27	17,8
	König Baudouin Tagesstätte		7		7	5,7
	Königin Fabiola Haus Eupen	2	9	2	13	9,0
	Tagesstätte Am Garnstock Eupen		16	1	17	10,8
	Tagesstätte Meyerode		12		12	9,8
	Wohngemeinschaft Deidenberg		10		10	9,5
		2	80	4	86	62,6
Beratende/Begleitende Einrichtung	Dienst für Kind und Familie	14	1		15	7,0
	EUDOMOS VoE		1		1	0,5
	Freies PMS-Zentrum	2	6		8	5,7
	Gesundheitszentrum St.Vith	1			1	0,8
	KPVDB	1			1	0,6
	Krankenpflegeschule	10			10	6,6
	PMS Provinzialzentrum	2	8		10	5,7
	Patientenrat Treff		2		2	1,3
	SPZ (Eupen und St.Vith)		14		14	10,0
		30	32		62	38,2
Krankenhaus	Klinik St.Joseph (ohne Psychiatrie)	104	18	23	145	113,6
	St. Nikolaushospital	175	37	23	235	188,2
		279	55	46	380	301,8
ambulanter Pflege- oder Hilfsdienst	Familienhilfe		4	71	75	53,0
	Gelb Weißes Kreuz	22			22	13,7
	Palliativpflegeverband	5			5	2,3
	selbständige Krankenpfleger	42			42	28,0
		69	4	71	144	97,0
Psychiatrische Einrichtung	Begleitetes Wohnen		2		2	1,5
	Psychiatrie - Klinik St.Joseph	15	9	3	27	23,8
		15	11	3	29	25,3
Gesamtergebnis	Personen	472	204	292	968	
	Vollzeitäquivalent	356,0	153,1	206,7		715,8

Tabelle 45: Übersicht des erfassten Pflege- und Pflegehilfspersonals in den Einrichtungen der DG (Umfrage 2000)

a) Allgemeines

Die am häufigsten vertretene Berufsgruppe ist diejenige der Krankenpfleger mit 472 Personen. Sie machen 49% des pflegerischen Personals (im weiteren Sinne) aus, die Pflegehelfer 30% und die paramedizinischen und sozialen Berufe 21%. Je nach Untersektor ist diese Gewichtung sehr unterschiedlich. In den Einrichtungen der Behindertenbetreuung arbeitet zu 93% paramedizinisches und Erziehungspersonal, in den beratenden und sonstigen Einrichtungen arbeitet überhaupt kein Pflegehilfspersonal, während dieses in den Alten(pflege)heimen

mit 63% die größte Gruppe darstellt. In den Krankenhäusern wiederum sind zu fast drei Vierteln Krankenpfleger beschäftigt.

Anteile der Berufsgruppen am gesamten Pflegepersonal	PAI	PARA	PH	TOTAL
Alten- und Pflegeheim	29%	8%	63%	100%
Beratende/Begleitende Einrichtung	48%	52%	0%	100%
Krankenhaus	73%	14%	12%	100%
Mobiler Pflege-/Hilfsdienst	48%	3%	49%	100%
Psychiatrische Einrichtungen	52%	38%	10%	100%
Behinderteneinrichtung	2%	93%	5%	100%
TOTAL	49%	21%	30%	100%

Tabelle 46: Anteile der Berufsgruppen in den einzelnen Sektoren (Umfrage 2000)

Dies ist dann von Bedeutung, wenn man die Auswirkungen der Entwicklung von Strukturen auf den künftigen Personalbedarf abschätzen will. So hat ein Ausbau der Aufnahmestrukturen für Senioren in erster Linie (aber natürlich nicht ausschließlich) einen Einfluss auf den Bedarf an PflegehelferInnen.

Dass der Pflegesektor eindeutig ein weiblicher Sektor ist, wird auch durch diese Erhebung bestätigt. Der Männeranteil liegt insgesamt bei 11% und ist nur in den paramedizinischen Berufen (v.a. bei den Laboranten, A2-Erziehern, Psychologen, Kinesitherapeuten und medizinisch-technischen Assistenten) deutlich höher mit insgesamt 27%. Unter den männlichen Krankenpflegern verfügen 79% über das Graduat, während bei den Frauen dieser Anteil 54% beträgt.

Berufsgruppe	Männer	Frauen	Gesamt	Männeranteil
PAI	39	433	472	8%
PARA	55	149	204	27%
PH	12	280	292	4%
Gesamt	106	862	968	11%

Tabelle 47: Verteilung der Geschlechter in den Berufsgruppen (Umfrage 2000)

Je nachdem, in welchem Sektor die einzelnen Berufsgruppen besonders stark vertreten sind, werden sich die künftigen Entwicklungen in den Angebotsstrukturen besonders stark auf die eine oder andere Berufsgruppe auswirken. Die Verteilung der Berufsgruppen auf die Sektoren wird in Tabelle 48 dargestellt.

Verteilung der Berufsgruppen auf die Art der Einrichtungen	PAI		PARA		PH		Total	
	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ
Alten- und Pflegeheim	16%	16%	11%	10%	58%	58%	28%	27%
Beratende/Begleitende Einr.	6%	5%	16%	14%	0%	0%	6%	5%
Krankenhaus	59%	63%	27%	30%	16%	16%	39%	42%
Mobiler Pflege-/Hilfsdienst	15%	12%	2%	2%	24%	24%	15%	14%
Psychiatrische Einrichtung	3%	4%	5%	6%	1%	1%	3%	4%
Behinderteneinrichtung	0%	0%	39%	38%	1%	2%	9%	9%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 48: Verteilung der Berufsgruppen auf die Sektoren (Umfrage 2000)

Demnach bleiben die Krankenhäuser der wichtigste Arbeitgeber für die Krankenpfleger: 59% aller Krankenpfleger arbeiten im Krankenhaus, 16% in den Alten(pflege)heimen und 15% in der ambulanten Pflege (inklusive Selbständige). Vergleichen wir dies mit der für ganz Belgien ermittelten Verteilung in 1995 (in VZÄ), so stellen wir keine erheblichen Unterschiede fest (s. Tabelle 49).

Allerdings bestehen Unterschiede in der Anzahl beschäftigter Krankenpfleger gemessen an der Einwohnerzahl. Insgesamt kommt Belgien 1995 auf eine Krankenpflegerdichte von 6,75 Krankenpflegern (VZÄ) pro 1000 Einwohner. Machen wir diese Berechnung für die Deutschsprachige Gemeinschaft mit den erhobenen Zahlen von Ende 1999, dann kommen wir auf eine Dichte von 5,0 Krankenpflegern (VZÄ) pro 1000 Einwohner. Dies kann natürlich darauf zurückgeführt werden, dass auch die Bettendichte pro Einwohner (in Krankenhäusern und Altenheimen) hier geringer sind. Außerdem sind vermutlich einige kleinere Arbeitgeber nicht erfasst worden (s. fehlende Antworten auf den Fragebogen), die aber nicht erheblich ins Gewicht fallen dürften.

Verteilung der Krankenpfleger auf die Sektoren (in VZÄ)	DG 1999	Belgien 1995
Krankenhaus	63%	61%
Alten(pflege)heim	16%	14%
Heimpflege	12%	15%
Sonstige ¹⁶	9%	10%

Tabelle 49: Verteilung der Krankenpfleger auf die Sektoren (HIVA 1998 und Umfrage 2000)

Für die paramedizinischen und Sozialberufe sind die Einrichtungen der Behindertenbetreuung der wichtigste Arbeitgeber (mit 39%), gefolgt von den Krankenhäusern (27%) und den sonstigen Einrichtungen (16%). Die Verteilung ist also etwas breiter gefächert. Das Pflegehilfspersonal wiederum findet hauptsächlich eine Anstellung in den Alten(pflege)heimen (58%), weit dahinter gefolgt von den ambulanten Diensten (24%) und den Krankenhäusern (16%).

b) Altersstruktur

Verständlicherweise ist die Altersgruppe der unter 25-Jährigen bei den Krankenpflegern und Paramedizinern nicht sehr stark vertreten, da diese Berufe eine mehrjährige Ausbildung nach dem Abitur (bzw. dem Erreichen des 18. Lebensjahres) verlangen. Vergleicht man die Altersstruktur in diesen Berufen mit derjenigen der gesamten weiblichen Arbeitnehmerschaft in der DG, so stellt man nur bei den PflegehelferInnen eine etwas schwächere Vertretung der Altersgruppe von 25-34 Jahren fest und insbesondere bei den Paramedizinern einen höheren Anteil an Personen in der Gruppe 34-44 Jahre. Die Altersgruppe der über 45-Jährigen wiederum ist etwas schwächer vertreten, was allerdings nur auf die paramedizinischen Berufe und die KrankenpflegerInnen zurückzuführen ist.

Altersgruppen	PAI	PARA	PH	Gesamt Pflegeberufe	Frauen DG 1997	M + F DG 1997
unter 25 J.	10%	8%	12%	10%	13%	11%
25-34 J.	39%	34%	30%	35%	35%	33%
35-44 J.	33%	40%	35%	35%	31%	30%
45 J. und älter	19%	19%	23%	20%	22%	26%

Tabelle 50: Verteilung des Pflege(hilfs)personals in der DG nach Altersgruppen, ohne Selbständige (Umfrage 2000) und Vergleich mit der Gesamtbeschäftigung (LIKIV 1997)

In Abbildung 9 wird der Versuch unternommen, die Entwicklung der Altersstruktur über das letzte Jahrzehnt zu verfolgen. Es muss allerdings angemerkt werden, dass die Daten hierzu aus verschiedenen Quellen stammen und zum Teil etwas andere Personengruppen abdecken: Die Zahlen des Jahres 1991 entstammen der Volkszählung und umfassen 879 in der DG wohnhafte Personen, die angaben Krankenpfleger zu sein oder einen anderen Pflegeberuf auszuüben; die Zahlen des Jahres 1996 kommen vom LIKIV und umfassen 1063 Personen, die im Gesundheits- und Pflegesektor arbeiten (also alle Berufe, inklusive Verwaltung u.ä.); die Zahlen von 1999 schließlich umfassen die 926 Personen, die über unsere Umfrage erfasst wurden.

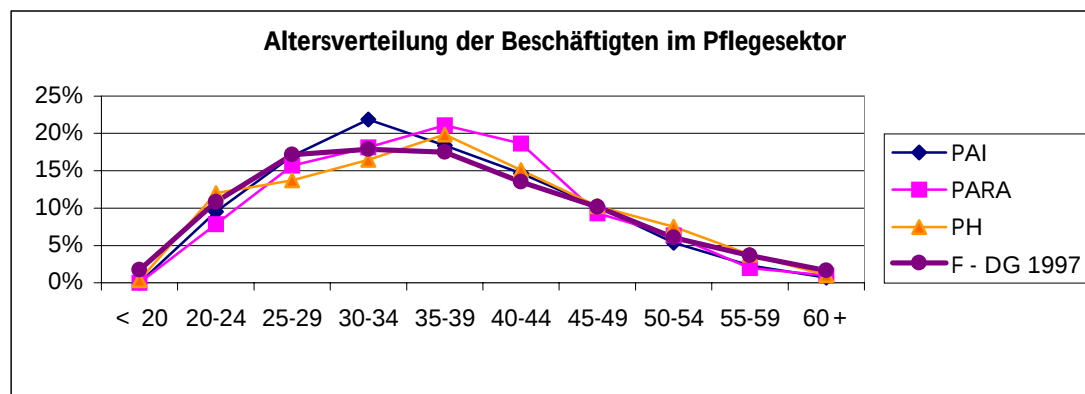


Abbildung 8: Verteilung nach Altersgruppen in den Pflege(hilfs)berufen und in der Gesamtbeschäftigung

¹⁶ im Unterricht, Dienst für Kind und Familie, PMS-Zentren, Einrichtungen für Behinderte (sowie für die Zahlen 1995 in der Kinderbetreuung, Arbeitsmedizin, Armee, Rotes Kreuz, u.ä.)

Trotz dieser Unzulänglichkeiten lässt sich eine interessante Beobachtung machen, insbesondere wenn man die recht gut vergleichbaren Daten von 1991 und 1999 heranzieht. Der Altersschwerpunkt hat sich deutlich von der Gruppe der 25-34-Jährigen hin zu den 30-39-Jährigen verlagert und auch die älteren Gruppen (40-54-Jährigen) sind heute offensichtlich stärker vertreten. Die Kurve ist vernehmlich abgeflacht durch einen geringeren Zustrom von jungen Leuten und einen längeren Verbleib der Älteren.

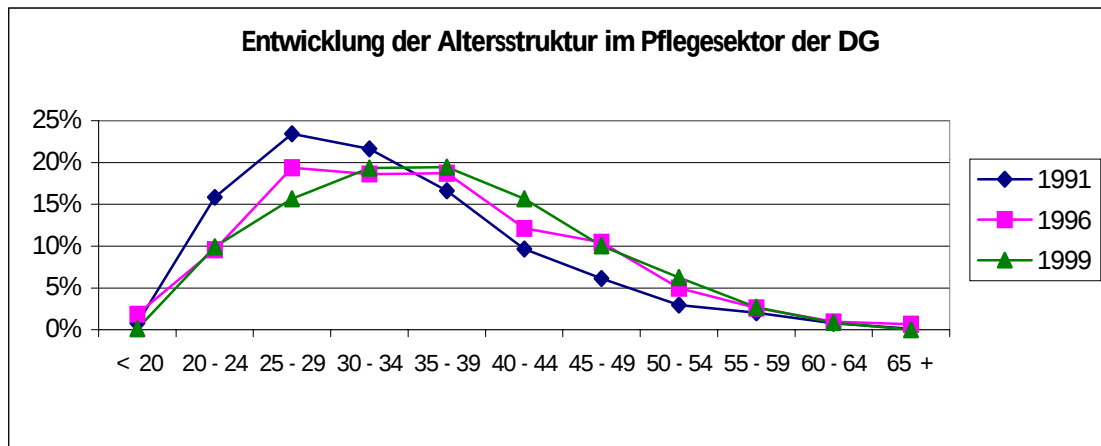


Abbildung 9: Entwicklung der Altersstruktur im Pflegesektor der DG seit 1991

Auch nach Sektoren betrachtet, gibt es Unterschiede in der Altersverteilung. Betrachtet man z.B. die Krankenpfleger in den einzelnen Einrichtungen, stellt sich heraus, dass überdurchschnittlich viele junge PflegerInnen im Krankenhaus arbeiten, im Gegensatz zu den Altenheimen, wo überdurchschnittlich viele ältere, insbesondere 40-49-Jährige, arbeiten. Auch in den sonstigen Einrichtungen und bei den ambulanten Diensten sind relativ wenig Jüngere zu finden, und bei den sonstigen Einrichtungen wiederum viele Ältere.

PAI	Altenheim	Sonstige	Krankenhaus	Mobile	Gesamt PAI
20-29	21%	3%	30%	19%	26%
30-39	35%	53%	40%	52%	40%
40-49	35%	30%	21%	30%	25%
50 +	9%	13%	9%	0%	8%
	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 51: Altersverteilung der KrankenpflegerInnen pro Sektor (Umfrage 2000)

Bei den Pflegehelfern sieht es eher umgekehrt aus: die Jüngeren sind eher überrepräsentiert in den Altenheimen und die Älteren in den Krankenhäusern. Dies hat sicherlich damit zu tun, dass Pflegehelfer in den letzten Jahren vor allem in den Altenheimen (und ambulanten Diensten) rekrutiert worden sind, wogegen in den Krankenhäusern eine stetige Substitution der niedriger qualifizierten Pflegehelfer durch diplomierte Krankenpfleger stattgefunden hat.

Bei den paramedizinischen und sozialen Berufen sind die Jüngeren besonders stark vertreten im Bereich der Behindertenbetreuung und in den Alten(pflege)heimen, während die Älteren eher in den sonstigen Einrichtungen und den Krankenhäusern überproportional vertreten sind. Auch hier mag das auf die stärkere Rekrutierungstätigkeit der erstgenannten Sektoren zurückzuführen sein.

Alle Berufe zusammen betrachtet (s. Tabelle 52), sind im Bereich der Behindertenbetreuung überdurchschnittlich viele jüngere Arbeitnehmer und bei den sonstigen Einrichtungen (Beratung, Begleitung, ...) überdurchschnittlich viele ältere Arbeitnehmer beschäftigt.

Altersstruktur pro Sektor	Altenheim	Sonstige	Krankenhaus	Mobile	Behinderte	Gesamt
20-29	28%	8%	27%	23%	29%	26%
30-39	37%	47%	36%	44%	44%	39%
40-49	27%	31%	25%	25%	22%	26%
50 +	8%	15%	11%	9%	5%	10%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 52: Altersstruktur pro Sektor (alle Pflege- und Pflegehilfsberufe) (Umfrage 2000)

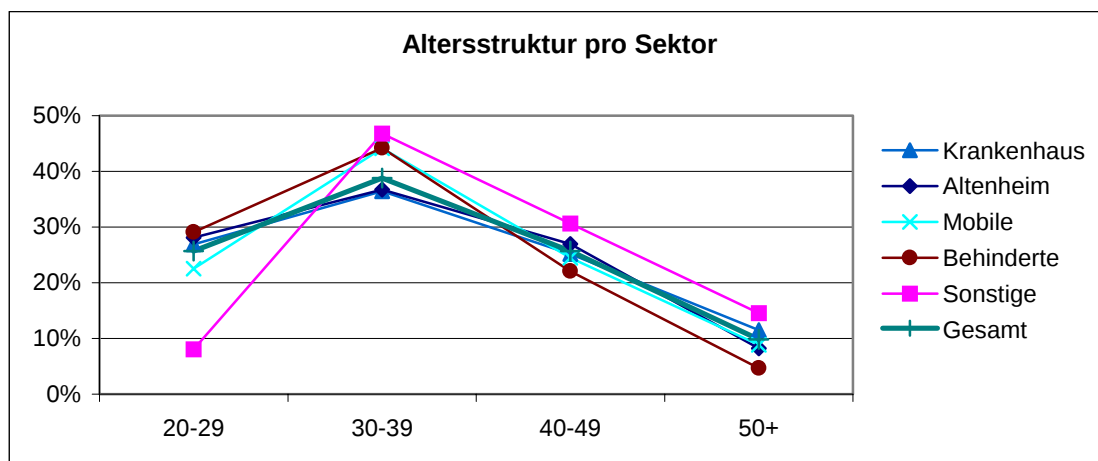


Abbildung 10: Altersstruktur pro Sektor (alle Pflege- und Pflegehilfsberufe)

c) Vollzeit- und Teilzeitarbeit

Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den Pflege- und Pflegehilfsberufen ist mit 61% enorm hoch. 45% der Teilzeitbeschäftigten hat einen Halbzeitstundenplan (s. Tabelle 53), 46% arbeiten zwischen 50 und 100% und nur 9% arbeiten weniger als Halbzeit. Die Teilzeitbeschäftigten kommen somit auf einen Durchschnitt von 0,6 VZÄ pro Person (oder 23,2 Stunden pro Woche). Besonders hoch ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bei den Pflegehilfsberufen mit 72%, während ihr Anteil bei den Krankenpflegern und Paramediziner/Sozialberufen deutlich niedriger liegt mit 55 bzw. 57%.

Umfrage DG 2000	0-49%	Halbzeit	51-74%	75-99%	Vollzeit	Gesamt	Anzahl
Krankenhaus (inkl. Psychiatrie)	2%	28%	2%	15%	53%	100%	409
Alten- und Pflegeheime	4%	18%	33%	18%	27%	100%	267
Mobiler Pflege-/Hilfsdienst	5%	40%	9%	16%	30%	100%	102
Behinderteneinrichtungen	7%	38%	6%	7%	42%	100%	86
Beratende/Begleitende Einrichtungen	32%	27%	2%	27%	11%	100%	62
Gesamtergebnis	5%	27%	12%	16%	39%	100%	926

Tabelle 53: Anteile der Beschäftigten nach Arbeitszeitdauer je nach Art der Einrichtung

	PAI	PARA	PH	Gesamt
VZ-Beschäftigte	190	87	83	360
TZ-Beschäftigte	236	117	209	562
Gesamt	426	204	292	922
Anteil TZ-Beschäftigte	55%	57%	72%	61%
VZÄ pro Person	0,76	0,75	0,71	0,74

Tabelle 54: Verteilung Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung pro Berufsgruppe

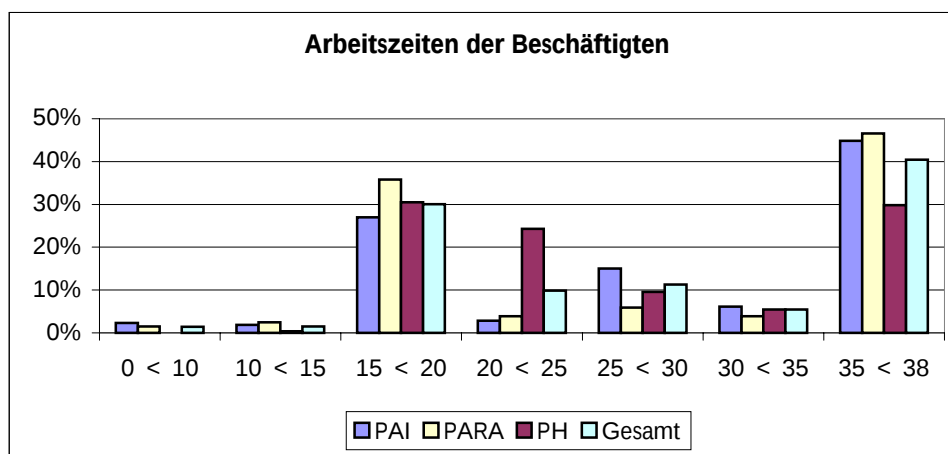


Abbildung 11: Arbeitszeiten der Beschäftigten nach Berufsgruppen (Umfrage 2000)

Dieser Anteil ist wesentlich höher als die Vergleichszahlen von 1991 aus Flandern (37% für KrankenpflegerInnen und 45% für PflegehelferInnen) oder der Wallonie (29% bzw. 39%), wo die Zahlen aber mittlerweile auch weiter angestiegen sein dürften.

Einen deutlichen Unterschied gibt es allerdings nicht nur nach Berufsgruppen, sondern auch nach Sektoren, wie in der Tabelle 55 ersichtlich wird.

Während die Krankenpflegerinnen in der Psychiatrie und im Krankenhaus im Schnitt 0,9 bzw. 0,82 VZÄ pro Person leisten, sinkt der Quotient auf 0,74 in den Altenheimen, auf 0,64 in den ambulanten Diensten und 0,55 in den sonstigen Einrichtungen. Dies erhärtet die Beobachtung, dass die Pflegerinnen - meist mit zunehmendem Alter - die Tendenz haben, von den anstrengenden Arbeitszeiten in den Krankenhäusern zu wechseln in Teilzeitbeschäftigungen in den anderen Sektoren.

VZÄ pro Person nach Art der Einrichtung	PAI	PARA	PH	Gesamt
Alten- und Pflegeheim	0,74	0,67	0,71	0,71
Beratende/Begleitende Einrichtung	0,55	0,68		0,62
Krankenhaus	0,80	0,84	0,70	0,79
Mobiler Pflege-/Hilfsdienst	0,64	0,75	0,70	0,67
Psychiatrische Einrichtung	0,92	0,87	0,67	0,87
Behinderteneinrichtung	0,75	0,72	0,84	0,73
Gesamt	0,75	0,75	0,71	0,74

Tabelle 55: Anzahl Vollzeitäquivalent pro Berufsgruppe und Sektor (Umfrage 2000)

Bei den Pflegehilfskräften variiert die Zahl der VZÄ pro Person nicht sehr stark mit dem Sektor (mit Ausnahme der Behinderteneinrichtungen, wo aber nur sehr wenige Pflegehelferinnen beschäftigt sind).

Die Paramediziner wiederum kommen im Krankenhaus auf 0,84 VZÄ pro Person, während dieser Quotient in den Behinderteneinrichtungen auf 0,72 und in den Alten(pflege)heimen und sonstigen Einrichtungen auf etwa 0,68 sinkt.

Hat das Alter einen Einfluss auf die Häufigkeit der Teilzeitarbeit?

Der Anteil an Teilzeitbeschäftigten wächst bis etwa 45 Jahre stetig an, um dann leicht abzufallen bis zu den 55-Jährigen. Es sind also nicht unbedingt die Frauen in der Hauptmutterschaftsphase (25-35 Jahre), die am meisten teilzeitig arbeiten, sondern am weitesten verbreitet ist die Teilzeitarbeit unter den etwa 40-44-Jährigen. Wie bereits gesagt wurde, arbeitet der weit überwiegende Teil dieser Beschäftigten zumindest halbezeitig oder mehr. Daraus ergibt sich auch die durchschnittliche Zahl von rund 0,75 VZÄ pro Person.

Personen pro Altersgruppe	Gesamt (nur Frauen)				TZ pro Berufsgruppe		
	Teilzeit	Vollzeit	Gesamt	Anteil TZ	PAI	PH	PARA
20-24	37	51	88	42%	5%	67%	73%
25-29	58	75	133	44%	30%	54%	64%
30-34	108	53	161	67%	66%	72%	61%
35-39	120	40	160	75%	68%	86%	70%
40-44	100	18	118	85%	79%	93%	86%
45-49	64	17	81	79%	86%	74%	67%
50-54	29	15	44	66%	82%	53%	33%
55-59	20	5	25	80%	60%	100%	75%
60+	2	3	5	40%	50%	50%	0%
Gesamt	538	277	815	66%	59%	75%	68%

Tabelle 56: Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen pro Altersgruppe (Umfrage 2000)

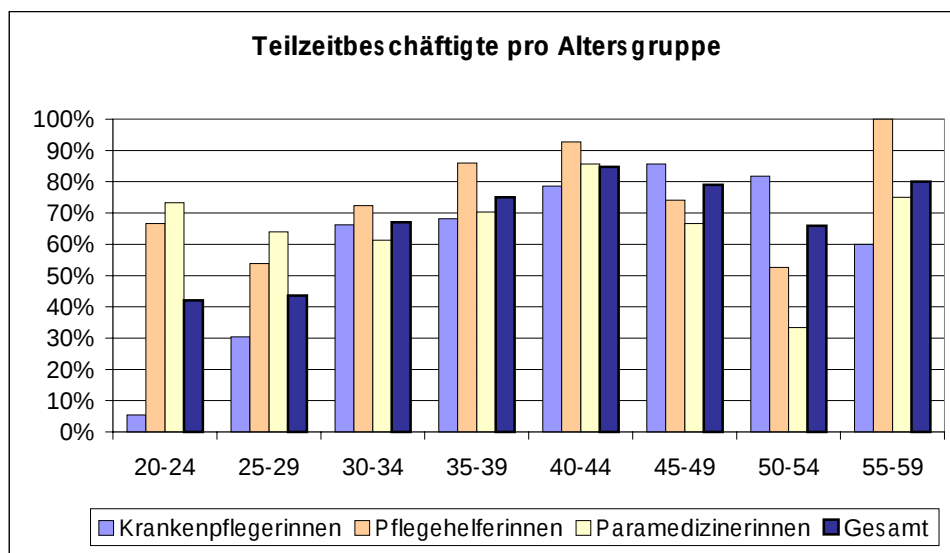
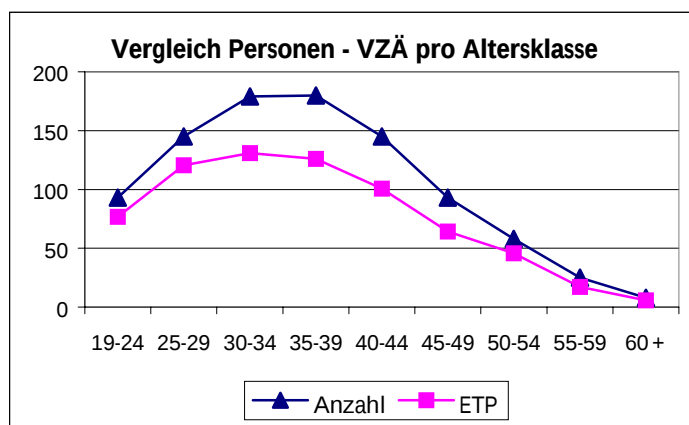


Abbildung 12: Anteil der Teilzeitbeschäftigten pro Berufsgruppe und Alter (Umfrage 2000)



Altersgruppen	Anzahl	VZÄ	VZÄ/Anzahl
19-24	93	76,7	0,82
25-29	145	120,7	0,83
30-34	179	131,0	0,73
35-39	180	125,9	0,70
40-44	145	100,7	0,69
45-49	93	64,3	0,69
50-54	58	45,8	0,79
55-59	25	17,2	0,69
60+	8	5,7	0,71
	926	687,8	0,74

Abbildung 13: VZÄ und Personenzahl der Beschäftigten (Umfrage 2000, ohne die selbständigen KrankenschwesternInnen)

Auch je nach Sektor bestehen relativ starke Unterschiede in der Arbeitsdauer. So ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten deutlich höher in den psychiatrischen Einrichtungen, in den Krankenhäusern und in den Einrichtungen für Personen mit einer Behinderung. Vergleichsweise niedrig ist er in den sonstigen Einrichtungen, in den Altenheimen und den ambulanten Diensten (s. auch Tabelle 53).

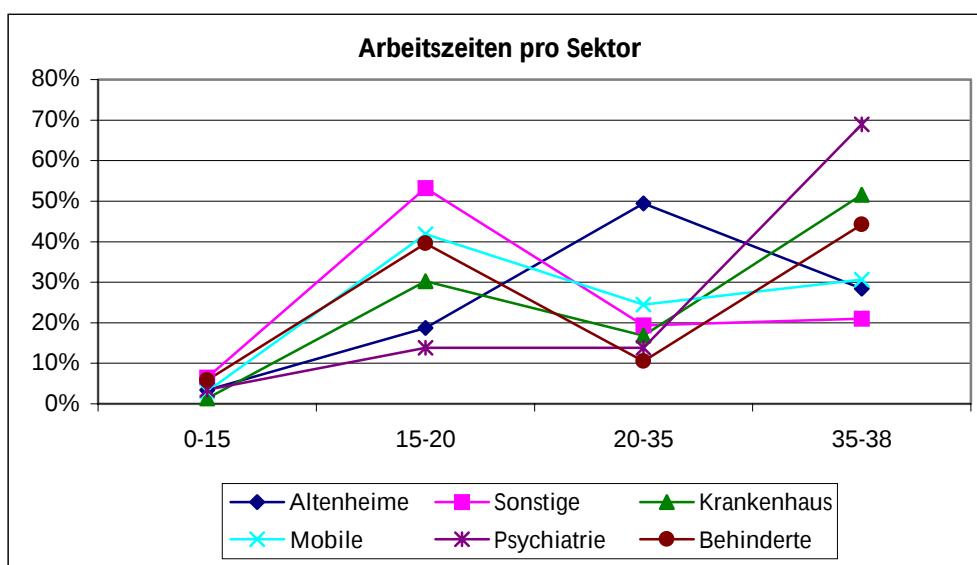


Abbildung 14: Arbeitszeiten pro Sektor (Umfrage 2000)

Aktuelle Entwicklungen

Versucht man die Auswirkungen des Abkommens im NKS von März 2000 abzuschätzen (des Abschnitts zur sogenannten "Altersteilzeit"), so muss man sich die absoluten Zahlen vor Augen führen.

In Tabelle 57 wird die Zahl der Krankenpfleger und Pflegehelfer über 45 Jahren in den untersuchten Einrichtungen der DG aufgeführt (Situation Ende 1999, ohne die Selbständigen). Diese können im Prinzip von einer Arbeitszeitreduzierung Gebrauch machen (in den Krankenhäusern, den Alten(pflege)heimen, beim Roten Kreuz und in der Heimkrankenpflege):

- ◆ ab 45 Jahre: 36 Std. bei vollem Lohnausgleich (oder 38 Std. + 2 Std. Prämie)
- ◆ ab 50 Jahre: 34 Std. bei vollem Lohnausgleich (oder 38 Std. + 4 Std. Prämie)
- ◆ ab 55 Jahre: 32 Std. bei vollem Lohnausgleich (oder 38 Std. + 6 Std. Prämie)

Würden alle Personen die Arbeitszeitreduzierung wählen (und nicht die Alternative des Lohnzuschlags), dann ergäbe sich im ersten Jahr ein Neueinstellungsbedarf von 4,6 VZÄ Krankenpfleger und 4,4 VZÄ Pflegehelfer. Im nächsten Jahr würden sich die Zahlen auf 5,4 VZÄ und 4,7 VZÄ erhöhen. Dabei wurde berücksichtigt, dass Personen, die bereits heute teilweise arbeiten, ihre Arbeitszeit auch noch proportional hierzu reduzieren können.

Altersgruppen	PAI	PH	Gesamt	Reduzierung
45-49	44	30	74	-2
50-54	23	22	45	-4
55-59	10	11	21	-6
60 +	3	3	6	-6
GESAMT	80	66	146	

Tabelle 57: Potentielle Kandidaten für die Regelung zur Altersteilzeit im NKS

Zu diesem Ersatzeinstellungsbedarf kommt natürlich der Ersatz für die Personen, die in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen werden:

Bis 2010 erreichen 33 Personen (entsprechen zurzeit 22,8 VZÄ) das normale Pensionsalter (das bis dahin auch für Frauen auf 65 Jahre angehoben wird). Bis 2020 erreichen dann weitere 151 Personen (110 VZÄ) das Pensionsalter, wobei natürlich damit zu rechnen ist, dass ein Teil davon schon früher aus dem Berufsleben ausscheidet (insofern die heutigen Möglichkeiten des Vorruhestands und der Frühpensionierung beibehalten werden), seine Arbeitszeit vorher reduziert (ohne Lohnausgleich) oder auch von den neuen Möglichkeiten der Altersteilzeit (mit Lohnausgleich) Gebrauch macht. Dennoch erscheint eine Tendenz ganz klar: Während zurzeit nur wenige Personen pro Jahr durch Pensionierung ausscheiden, wird ihre Zahl in den nächsten 2 Jahrzehnten aufgrund der aktuellen Altersstruktur der Beschäftigten stark ansteigen.

d) Diplome und Ausbildungsort

40% des von uns erfassten Personals verfügen über ein Graduat-Diplom (knapp 2/3 in Krankenpflege oder als Hebammen, die anderen als Erzieher, Sozialassistent, Kine usw.), 23% haben eine FSH-Ausbildung (der größte Teil über die schulische Ausbildung und die anderen über den 2. Bildungsweg) und 20% sind im Besitz des Krankenpflege-Brevets. Rund 4% der Beschäftigten sind im Besitz eines ausländischen Diploms und weitere 4% sind Lizenziate (meist Psychologen und Lizenziate in Gesundheitswissenschaften). Die restlichen 8% verfügen über diverse andere Diplome (Abitur, Mittlere Reife, Kinderpflegerin, Primarschullehrer), sind aufgrund von Teilausbildungen (z.B. Abschluss des 1. Jahres der Krankenpflegeausbildung), Dienstjahren oder Nachschulungen qualifizierten PflegehelferInnen gleichgestellt worden oder aber verfügen über keine formal anerkannte Ausbildung.

Insgesamt haben 7% der Beschäftigten eine anerkannte Weiterbildung, ein Zusatzdiplom oder einen Fachtitel erworben. Dies betrifft 14% des Krankenpflegepersonals und 3% des paramedizinischen bzw. sozialen Personals.

Von den 430 erfassten KrankenpflegerInnen (ohne die Selbständigen) haben 23 den Fachtitel in Intensiv- und Notfallpflege, 19 die Kaderausbildung, 9 die Lizenz und 8 den Fachtitel in Sozialkrankenpflege absolviert (und manche zwei dieser Zusatzausbildungen). In den Sozialberufen haben einige Personen eine Weiterbildung in Bereichen wie Psychomotorik, Frühförderung, Kunsttherapie o.ä. abgeschlossen.

Nach dem Ausbildungsort der zurzeit Beschäftigten haben wir uns erkundigt, um einerseits eine Idee davon zu bekommen, woher die hier beschäftigten Arbeitskräfte kommen und andererseits, wie viele der hier

ausgebildeten Personen auch tatsächlich in den Einrichtungen der Deutschsprachigen Gemeinschaft arbeiten, da wir die Absolventenzahlen der Schulen kennen.

Berufsgruppe	Wallonie	DG	Flandern	unbekannt/ ohne	Deutsch- land	Andere	Anzahl Personen
PAI	50%	34%	11%	1%	3%	1%	430
PARA	75%	5%	4%	10%	5%	0%	204
PH	21%	70%	1%	7%	1%	1%	292
	46%	39%	6%	5%	3%	1%	100%
Anzahl Personen	428	363	56	43	27	9	926

Tabelle 58: Ausbildungsort (Grundausbildung) pro Berufsgruppe (Umfrage DG 2000)

Die meisten Beschäftigten (46%) haben ihre Ausbildung in der Wallonie (inkl. Brüssel) vollzogen. Darunter befinden sich sowohl Deutschsprachige als auch Frankophone, die inzwischen hier arbeiten.

Dies ist insbesondere bei den **paramedizinischen und sozialen Berufen** nicht verwunderlich, da mit Ausnahme des Erzieher-Diploms keine Ausbildung hier angeboten wird. Bei dieser Gruppe fällt vielleicht der relativ hohe Anteil der Personen mit unbekanntem oder ohne Diplom auf, was v.a. auf die medizinisch-technischen Assistenten und Techniker zurückzuführen ist, die überwiegend (mit Ausnahme der Laboranten) keine berufsspezifische Ausbildung absolviert haben, sondern vor Ort in den Krankenhäusern ausgebildet werden.

Die **Pflegehelfer** sind zu 70% hier vor Ort ausgebildete Personen (davon 52% in den Schulen ausgebildete Familien- und SanitätshelferInnen, 30% Familien- und SeniorenhelferInnen und die übrigen Gleichgestellte o. Nachgeschulte). Weitere 21% sind (vermutlich frankophone) Personen, die in der Wallonie als FSH ausgebildet wurden, sowie einige Kinderpflegerinnen.

In der DG ausgebildet worden sind bis 1999 (s. Tabelle 74 und Tabelle 75) 201 Familien- und Sanitätshelferinnen (seit 1980) und 66 Familien- und Seniorenhelferinnen. Das hieße, rund 55% der schulisch ausgebildeten FSH arbeiten zurzeit in den hiesigen Einrichtungen und 100% der FSH aus dem 2. Bildungsweg. Dabei ist zu berücksichtigen, dass rund 12% der FSH aus den Schulen anschließend ein Krankenpflegestudium absolviert haben. Die übrigen 33% sind also nicht (mehr) im Beruf tätig oder aber außerhalb der DG untergekommen.

Bei den **Krankenpflegern** schließlich sind "nur" 34% der Beschäftigten Diplomierte der Eupener Krankenpflegeschule. Es überwiegen die Diplomierten aus frankophonen Einrichtungen mit 50% (71% bei den Graduierten, aber nur 26% bei den Brevetierten) und 11% kommen aus flämischen Schulen. Letzteres scheint ein Zeichen dafür zu sein, dass das Angebot an hiesigen Krankenpflegern nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken. Allerdings sind die flämischen Pfleger überwiegend in den Krankenhäusern beschäftigt; die Altenheime scheinen eher noch auf Personen mit deutschem Diplom zurückzugreifen.

Ausbildungsort der Krankenpfleger (in %)	Wallonie	DG	Flandern	Deutschland
Krankenhäuser	48%	35%	14%	1%
Alten(pflege)heime	40%	44%	5%	9%
Sonstige	80%	13%	3%	3%
Mobile	63%	19%	0%	4%
Gesamt	50%	34%	11%	3%

Tabelle 59: Ausbildungsort der in den hiesigen Einrichtungen beschäftigten KrankenpflegerInnen (Umfrage DG 2000)

Betrachten wir die Zahlen der in Eupen diplomierten Krankenpfleger (s. Tabelle 71), so stellen wir fest, dass rund 76% der hier Graduierten Ende 1999 auch in den hiesigen (erfassten) Einrichtungen arbeiten, aber nur knapp 43% der Brevetierten. Dazu muss natürlich gesagt werden, dass das Graduat in Eupen erst seit 10 Jahren organisiert wird, die ältesten Diplomierten (von 1993) also etwa 29 Jahre alt sind. Bei den Brevetierten finden wir hingegen auch Personen, die schon auf das Rentenalter zugehen sowie einen relativ hohen Prozentsatz mit unbekanntem Arbeitsort (worunter wahrscheinlich auch etliche zu finden sind, die nicht mehr im Beruf tätig sind). Außerdem kommen noch die selbständigen Krankenpfleger hinzu, über deren Ausbildungsprofil wir allerdings keine Angaben haben.

Jedenfalls sind für beide Ausbildungen fast alle der nachweislich in Belgien beschäftigten Personen in den von uns erfassten Einrichtungen in der DG tätig. Wenn also jemand außerhalb der DG arbeitet, dann mit großer Wahrscheinlichkeit im Ausland (für weitere Informationen hierzu s.S.64).

e) Vertragsart

Die Angaben zu den Vertragsarten sind nicht von allen Arbeitgebern ausgefüllt worden. Für rund 30% der erfassten Beschäftigten liegen keine Angaben vor. Dies betrifft insbesondere die Beschäftigten der Krankenhäuser (62% ohne Angaben) und der ambulanten Dienste (40% ohne Angaben), die daher mit Vorsicht betrachtet werden müssen.

Betrachten wir die übrigen Sektoren, fällt auf, dass der weit überwiegende Teil der Verträge auf unbestimmte Zeit abgeschlossen worden ist (67%). Dies ist insbesondere in den Alten(pflege)heimen und den Psychiatrischen Einrichtungen mit ca. 80% die Regel.

Hinzu kommen rund 14%, die sich zur Zeit der Befragung in Laufbahnunterbrechung, unbezahltem Urlaub, längerer Krankheit o.ä. befanden. Deren Anteil war vor allem in den sonstigen Einrichtungen mit 34% und den Einrichtungen für Personen mit Behinderung mit 26% besonders hoch.

Hierbei muss allerdings gesagt werden, dass die Zahl der Personen in Laufbahnunterbrechung (oder anderen Formen der Nicht-Anwesenheit, wie Schwangerschaftsurlaub, Stillurlaub usw.) wahrscheinlich noch unterschätzt ist, da die Antworten zu dieser Frage oft ungenau waren (auch aufgrund der Schwierigkeit für viele Arbeitgeber, das ständige Kommen und Gehen von Personen genau zu verfolgen und festzuhalten).

31.12.99	Alten- und Pflegeheim	Behinderten-einrichtung	sonstige Einrichtung	Kranken-häuser (1)	Mobile Dienste (2)	Psych. Einrichtung	Gesamt	Gesamt ohne (1) und (2)
unbefristeter Vertrag	79%	46%	40%	25%	8%	83%	42%	67%
befristeter Vertrag	11%	21%	25%	7%	4%	14%	10%	15%
ABM	3%	4%	0%	3%	3%	3%	3%	3%
zur Zeit abwesend (LBU, ...)	6%	26%	34%	4%	16%	0%	10%	14%
selbständig	0%	0%	0%	0%	27%	0%	4%	0%
keine Angaben	0%	2%	0%	62%	42%	0%	30%	1%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 60: Vertragsarten pro Sektor (Umfrage 2000)

Hinzu kommen rund 15% befristete Verträge (besonders hoch mit 25% bei den sonstigen Einrichtungen und mit 21% bei den Einrichtungen für Personen mit Behinderung) und 3% ABM-Verträge (Maribel, Jugendpraktikum, FBI, ACS, BÜP oder Aktivierung des Arbeitslosengeldes), wobei hier wenig Unterschiede zwischen den Sektoren bestehen.

Um die Verteilung pro Berufsgruppe zu analysieren, haben wir die rund 30% der Personen ohne Vertragsangaben herausgerechnet¹⁷ und die Verteilung der restlichen 70% betrachtet.

31.12.99	PAI	PARA	PH	Gesamt
unbefristeter Vertrag	60%	59%	63%	60%
befristeter Vertrag	13%	18%	15%	15%
ABM	3%	4%	6%	4%
abwesend (LBU, ...)	11%	19%	16%	15%
selbständig	14%	0%	0%	6%
keine Angaben	nicht berücksichtigt (insgesamt 30%)			
Gesamt (nur mit Angaben)	100%	100%	100%	100%

Tabelle 61: Verteilung der Vertragsarten nach Berufsgruppen (Umfrage 2000)

Wenn es auch Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gibt, so sind diese nicht so ausgeprägt wie zwischen den Sektoren. 60% aller Beschäftigten haben einen Vertrag über unbestimmte Zeit und 15% befanden sich in Laufbahnunterbrechung oder ähnlichen Regelungen. Der relativ geringe Anteil an LBU bei den Krankenpflegern ist sicherlich zum Teil auf die diesbezüglich fehlenden Angaben eines der beiden Krankenhäuser zurückzuführen und darf daher nicht überbewertet werden. Bei den Krankenpflegern fallen natürlich die 14% an Selbständigen auf, wobei aber hinzugefügt werden muss, dass die selbständigen Paramediziner (v.a. Kinesitherapeuten, eventuell auch Logopäden) im Rahmen dieser Umfrage nicht erfasst worden sind.

¹⁷ Sie betreffen zwar mehr Krankenpfleger (37% ohne Angaben) und Pflegehelfer (27% ohne Angaben) als die paramedizinischen/Sozialberufe (20% ohne Angaben), liegen aber nicht so weit auseinander wie pro Sektor.

Befristete Verträge sind etwas häufiger bei den ParamedizinerInnen/Sozialberufen zu finden und ABM-Verträge geringfügig häufiger bei den PflegehelferInnen.

f) Berufserfahrung

Zu dieser Frage liegen noch weniger Angaben vor als zu den Vertragsarten: nur von 41% aller Beschäftigten (393 Personen) kennen wir die Dauer der Berufserfahrung. Insbesondere zu den Krankenpflegern können wir nicht allzu viel aussagen, da insbesondere die Angaben der Krankenhäuser fehlen. Wo ein Unterschied zwischen effektiver und anerkannter Berufsdauer gemacht wird, haben wir die effektive Dauer berücksichtigt.

Auffällig ist der hohe Anteil an PflegehelferInnen mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung, was auf zahlreiche Einstellungen in den letzten Jahren hindeutet. Bei den erfassten KrankenpflegerInnen (die hauptsächlich in den Alten(pflege)heimen arbeiten) fällt der verhältnismäßig hohe Anteil an Personen mit 15-20jähriger Berufserfahrung ins Auge. Dies bestätigt die Aussage der Altenheimleiter, dass die KrankenpflegerInnen oft erst später in ihrer Berufslaufbahn von einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung in ein Alten(pflege)heim wechseln. Während der Nutzen einer langen Berufserfahrung für die Arbeit nicht von der Hand zu weisen ist, stellt sich für die Altenheimleiter doch ein finanzielles Problem dadurch, dass die LIKIV-Bezuschussungssätze für die Pflegeleistungen auf eine durchschnittliche Berufslaufbahndauer berechnet sind, die aber weit unter den Barmen liegen, auf die die tatsächlich angestellten Personen Anrecht haben.

Berufserfahrung	PAI	PARA	PH	Gesamt
0 < 5 Jahre	20%	29%	38%	32%
5 < 10 Jahre	23%	18%	20%	20%
10 < 15 Jahre	18%	27%	18%	20%
15 < 20 Jahre	22%	15%	12%	15%
20 < 25 Jahre	5%	6%	10%	8%
25 < 30 Jahre	8%	4%	3%	4%
30 < 35 Jahre	4%	1%	1%	2%
Anzahl Personen	93	84	216	393
Antwortquote	20%	41%	74%	41%

Tabelle 62: Verteilung der Berufsgruppen nach Dauer der Berufserfahrung (Umfrage 2000)

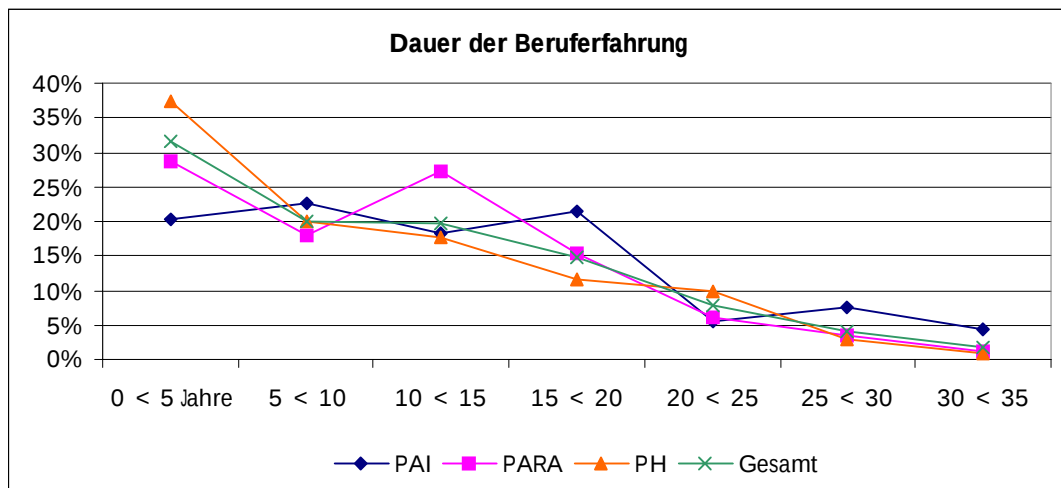


Abbildung 15: Dauer der Berufserfahrung pro Berufsgruppe (Umfrage 2000)

Die allgemeine Tendenz geht auf jeden Fall dahin, dass die Frauen immer länger aktiv im Berufsleben bleiben und dies umso mehr, desto höher sie qualifiziert sind.

4.3.2. Arbeitslosigkeit in den untersuchten Berufsgruppen

Die Zahl der beim Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft eingetragenen Krankenpfleger, Pflegehelfer, Paramediziner und Sozialberufler wird in der Tabelle 63 dargestellt. Dabei handelt es sich um die monatliche Durchschnittszahl der eingetragenen Personen im Zeitraum Juli 1998 bis Mai 2001.

Im Durchschnitt waren demnach 7 Personen als Krankenpfleger, 48 als Pflegehelfer und 55 in der Gruppe der paramedizinischen und sozialen Berufe eingetragen. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass es sich dabei um den Berufswunsch der Betroffenen handelt und nicht überprüft ist, ob die Personen auch über die entsprechende Ausbildung, Berufserfahrung oder das Diplom verfügen. Insbesondere bei den Pflegehelfern kann man aufgrund des diffuseren Berufsbildes nicht davon ausgehen, dass es sich bei all diesen Personen um ausgebildete Kräfte handelt. Außerdem sind die Gruppen der "anderen Sozialberufe" und des "medizinischen und paramedizinischen Personals" etwas breiter definiert als die Berufe, die Gegenstand unserer Untersuchung sind (s. Fußnote 18), so dass man sie nicht direkt vergleichen kann mit der Zahl der von uns erfassten beschäftigten Personen aus diesen Berufsgruppen.

Rund 60% dieser Arbeitslosen haben Anspruch auf Arbeitslosengeld und ca. 20% sind Jugendliche in der Wartezeit. So sieht man auch klar auf der Abbildung 16, dass die Arbeitslosenzahlen jeweils im Juni/Juli stark ansteigen (wenn die Schulabgänger sich massiv einschreiben), um anschließend wieder abzusacken.

Juli 1998 - Mai 2001 Monatlicher Durchschnitt	arbeitsuchende Vollarbeitslose (DEI)	davon entschädigte Vollarbeitslose (CCI)	Anteil CCI in %	Anteil Jugendl. in Wartezeit an den DEI	freiwillig eingetragene Beschäftigte	aus Altersgründen freigestellte Arbeitslose
Sozialassistenten	5	3	58,6	28%	2	0
Erzieher	24	15	59,3	24%	6	3
Psychologen	3	1	36,5	49%	3	0
andere Sozialberufe ¹⁸	8	3	42,1	30%	2	0
mediz. und paramediz. Personal ¹⁸	16	10	63,3	24%	6	2
Pflegehelfer	48	32	67,3	12%	7	6
Krankenpfleger	7	3	45,8	25%	1	3
PAI	7	3	45,8	25%	1	3
PH	48	32	67,3	12%	7	6
PARA	55	31	56,9	27%	19	5
GESAMT	109	66	60,7	20%	27	14

Tabelle 63: Monatlicher Durchschnitt der Arbeitslosenzahlen in den untersuchten Berufsgruppen (Arbeitsamt der DG)

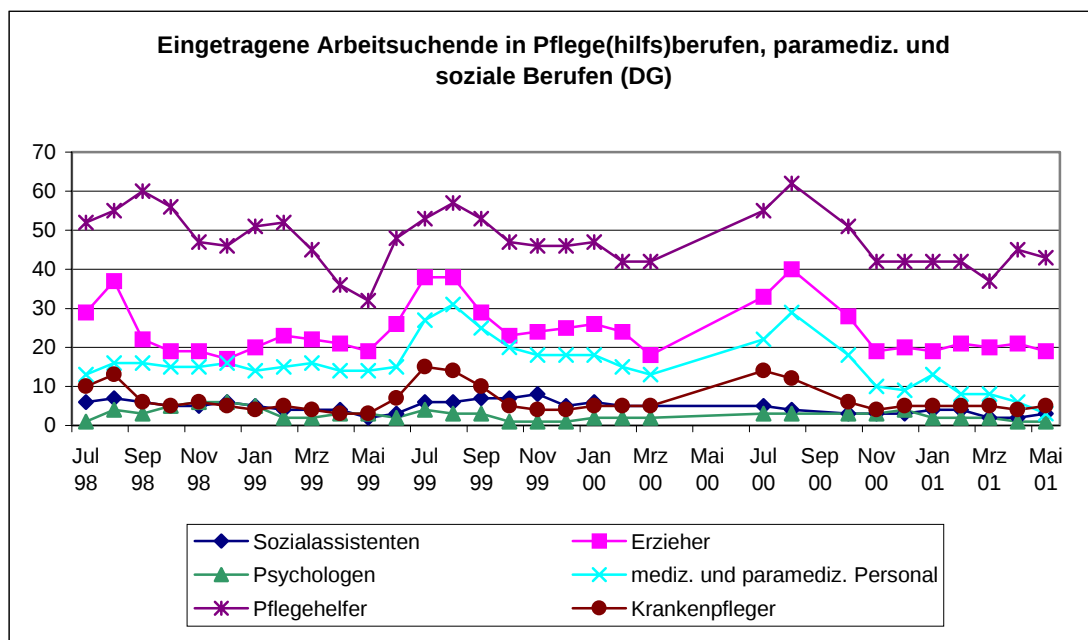


Abbildung 16: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen in den untersuchten Berufsgruppen von Juli 1998 bis Mai 2001

¹⁸ andere Sozialberufe: Psychologieassistenten, Animatoren, Kriminologen,...; mediz. und paramediz. Personal: Kinesitherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Orthopäden, Apothekenhelfer, Audiologen, mediz. Techniker, Diätassistenten, Pediküren,...

Die Zahl der arbeitslosen Krankenpfleger kann auf jeden Fall als äußerst gering bewertet werden, verglichen mit den 472 beschäftigten Pflegern in den untersuchten Einrichtungen. Auch bei den Sozialassistenten und Psychologen kann man kaum von Arbeitslosigkeit sprechen. Ein wenig anders sieht es dann schon bei den Erziehern und vor allem den Pflegehelfern aus.

Allerdings wäre es sicher ratsam, das Profil der eingetragenen Personen daraufhin zu überprüfen, ob diese Personen tatsächlich die Voraussetzungen erfüllen, um eine Arbeitsstelle im gewünschten Beruf auszuüben (Ausbildung, Verfügbarkeit, Diplom,...). Bei den Erziehern handelt es sich möglicherweise um Personen mit Abitur-Niveau, wogegen die Arbeitgeber v.a. eine Nachfrage nach Graduierten haben.

Das Arbeitskräftepotential, im Sinne eines dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Publikums für offene Stellen, ist also bei den hiesigen Arbeitslosen eher gering, vielleicht mit Ausnahme der Pflegehelfer und Erzieher. Hier wäre es möglicherweise interessant zu überlegen, inwiefern diese Personen, die offensichtlich ein Interesse an einer Tätigkeit im untersuchten Sektor manifestieren, durch Aus- und/oder Weiterbildungsmaßnahmen für eine solche Tätigkeit qualifiziert werden können.

Ein weiteres Potential, dass aber über die Daten des Arbeitsamtes nicht erfasst werden kann, liegt möglicherweise bei den zurzeit nicht aktiv nach Arbeit suchenden Personen, den potentiellen "WiedereinsteigerInnen".

4.3.3. Personalrotation, Rekrutierung und Abgänge

a) Rotation

Die Angaben zur Personalrotation in den hiesigen Einrichtungen, sprich zu den Neueinstellungen und Abgängen waren recht schwierig zu erfassen, da es vielerlei definitive und zeitweilige Bewegungen zu berücksichtigen gilt: Neben definitiven Neueinstellungen gibt es Ersatzverträge für zeitweise ausfallendes Personal und andere befristete Verträge, neben definitiven Abgängen (Pensionierung, Kündigung,...) werden viele zeitweilige Abgänge (Schwangerschafts- und Stillurlaub, "écartement" wegen Schwangerschaft, vollzeitige und teilzeitige Laufbahnunterbrechungen, unbezahlter Urlaub) sowie auch definitive Arbeitszeitverkürzungen verzeichnet. Die nachfolgend genannten Zahlen können deshalb - und weil nicht alle Einrichtungen vollständige Angaben liefern konnten - nur einen Teil der tatsächlichen Personalrotation im Laufe eines Jahres wiedergeben.

Bewegungen	Personen			Vollzeitäquivalent		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Neueinstellungen	122	122	155	88,4	94,1	108,5
Abgänge*	90	64	97	65,5	51,0	68,8
Saldo	32	58	58	22,9	43,1	39,7
Gesamt Beschäftigte 31.12. (ohne Selbst., inkl. LBU)	865	901	951	625,5	654,8	675,3
Anteil Zuwachs am Gesamt	4%	6%	6%	4%	7%	6%

Tabelle 64: Personalrotation 1997-1999 (Pers. und VZÄ)

* nur definitive Abgänge, ohne neue Laufbahnunterbrechungen (unvollständige Angaben) und Arbeitszeitreduzierungen (fallen kaum ins Gewicht, aber nicht alle Angaben sind vollständig)

Gewiss kann man aber von einer sehr hohen Rotation sprechen, da insgesamt fast 10% des Pflege- und Pflegehilfspersonals jährlich definitiv den Arbeitsplatz verlassen hat und ersetzt werden musste. Hinzu kommen die zahlreichen zeitweiligen Unterbrechungen, die es ebenfalls zu ersetzen gilt. So waren während der 3 Jahre zum Stichtag jeweils mindestens 7% des Personals in Laufbahnunterbrechung (s. Tabelle 65).

Bedeutung der Laufbahnunterbrechung	Personen			Vollzeitäquivalent		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Personen in LBU am 31.12.*	64	69	72	43,07	47,6	50,75
Anteil LBU an Gesamt	7,4%	7,7%	7,6%	6,9%	7,3%	7,5%

Tabelle 65: Anzahl Personen in Laufbahnunterbrechung 1997-1999
(Umfrage 2000, *ohne die Angaben eines Krankenhauses und eines Altenheims)

Die Neueinstellungen betreffen jährlich ca. 15% des Personals und kompensieren dadurch nicht nur die Abgänge, sondern führten in den Jahren 98 und 99 zu einer Erhöhung der Personalzahl von jeweils ca. 5% (in Vollzeitäquivalent etwas weniger in 1999).

Nach den **Gründen** für die Abgänge und Neueinstellungen befragt, konnten uns die Arbeitgeber aufgrund der Komplexität der Rotationsbewegungen nur teilweise Antworten liefern. Bei den Neueinstellungen sieht man die hohe Bedeutung des Ersetzens von Abgängern, gefolgt von Verstärkungen für das vorhandene Personal und die Erhöhung der Personalnormen. Bei den (zeitweiligen und definitiven) Abgängen stehen die Kündigungen und Entlassungen an erster Stelle, gefolgt von schwangerschaftsbedingten Unterbrechungen und dem Ende befristeter Verträge (s. Tabelle 66). Man erkennt die geringe Bedeutung der Pensionierungen (inkl. Frühpensionierungen), was wohl zum großen Teil auf die noch junge Altersstruktur in den Einrichtungen zurückzuführen ist.

Gründe der Neueinstellungen 1999			Gründe der Abgänge (inkl. LBU und Reduzierungen) 1999		
Ersatz Abgänger	56	59%	Kündigung/ Entlassung	27	28%
Verstärkung	20	21%	"écartement"	18	19%
Erhöhung Norm	8	8%	Schwangerschaft, VZ LBU	15	15%
Neue Dienste	7	7%	Ende befr. Vertrag	14	14%
ABM	3	3%	teilzeitige Laufbahnunterbrechung	14	14%
andere	1	1%	Arbeitszeitreduzierung	5	5%
GESAMT	95	100%	Pension	2	2%
			andere	2	2%
			GESAMT	97	100%

Tabelle 66: Gründe der Neueinstellungen und Abgänge des Jahres 1999 (Umfrage 2000)

Nach Sektoren betrachtet verteilen sich die Neueinstellungen und Abgänge wie folgt:

Abgänge in %	Personen			ETP		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Altenheim	30%	39%	33%	31%	37%	32%
Behinderte	8%	13%	3%	8%	12%	2%
Krankenhaus	46%	34%	48%	46%	39%	52%
Mobile	7%	5%	7%	7%	5%	7%
Sonstige	10%	9%	8%	8%	7%	7%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Neueinstellungen in %	Personen			ETP		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Altenheim	30%	35%	27%	28%	31%	28%
Behinderte	15%	10%	9%	14%	10%	9%
Krankenhaus	38%	38%	43%	40%	44%	44%
Mobile	12%	8%	14%	14%	8%	12%
Sonstige	6%	9%	8%	5%	7%	7%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 67: Verteilung der Ab- und Zugänge nach Sektoren (1997-1999)

Die Neueinstellungen verteilen sich im Durchschnitt proportional zum Beschäftigungsanteil der einzelnen Sektoren: 44% aller neu eingestellten Personen fanden 1999 einen Arbeitsplatz im Krankenhaus, 28% im Altenheim und 12% in einem ambulanten Pflege(hilfs)dienst. Die Abgänge betrafen relativ häufiger die Altenheime und Krankenhäuser, weniger die ambulanten Dienste und Einrichtungen für Behinderte.

Nach Berufsgruppen verteilen sich die Ab- und Zugänge wie folgt:

Abgänge in %	Personen			ETP		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
PAI	57%	50%	57%	59%	53%	61%
PARA	24%	19%	14%	21%	17%	13%
PH	19%	31%	29%	20%	30%	26%
Gesamtergebnis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Neueinstellungen in %	Personen			ETP		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
PAI	49%	51%	51%	52%	56%	56%
PARA	24%	20%	17%	21%	18%	17%
PH	27%	29%	32%	28%	26%	27%
Gesamtergebnis	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 68: Verteilung der Ab- und Zugänge nach Berufsgruppen (1997-1999)

Die meiste Fluktuation gab es beim Krankenpflegepersonal, das z.B. 1999 61% der Abgänge und 56% der Neueinstellungen auf sich vereinte. Dies ist relativ viel, gemessen an einem Anteil von 48% der Krankenpfleger am Gesamtpersonal. Bei den Pflegehelfern und mehr noch bei den Paramedizinern herrschte vergleichsweise weniger Bewegung: in beiden Berufsgruppen war die Zahl der Ab- und Zugänge geringer als ihr jeweiliger Anteil an der Gesamtbeschäftigung.

Ganz konkret ausgedrückt wurden 1999 in den untersuchten Einrichtungen der Deutschsprachigen Gemeinschaft 79 KrankenpflegerInnen neu eingestellt (davon $\frac{3}{4}$ Graduierte), 36 Familien- und SeniorenhelferInnen und 9 ErzieherInnen, um nur die ersten 3 in der Rangliste zu nennen. Im gleichen Jahr haben auch 55 KrankenpflegerInnen dort ihren Arbeitsplatz verlassen (davon etwas mehr als die Hälfte Graduierte), 19 Familien- und SeniorenhelferInnen und 5 andere Pflegehelfer. Natürlich können hierin auch Wechsel zwischen den Einrichtungen inbegriffen sein. Nicht inbegriffen in diesen Zahlen sind allerdings die zeitweiligen Unterbrechungen.

b) Rekrutierungsschwierigkeiten

Danach befragt, ob sie zur Zeit der Umfrage über offene Stellen verfügten, die sie nicht besetzen konnten, haben 12 der 27 Arbeitgeber positiv geantwortet.

Summe – offene Stellen	PAI	PARA	PH	Total
Altenheim	13	3	2	18
Behinderte		0,5		0,5
Krankenhaus	2			2
Mobile	2,33			2,33
Sonstige	0,5			0,5
Insgesamt	17,83	3,5	2	23,33

Tabelle 69: Zahl der offenen Stellen zur Zeit der Umfrage (Umfrage 2000)

Die meisten offenen Stellen betrafen also eindeutig die Krankenpfleger in den Altenheimen (wobei allerdings noch ergänzt werden muss, dass ein Krankenhaus die Frage nicht beantwortet hat). Eine Reihe dieser Stellen konnte bereits seit 6 Monaten oder länger nicht besetzt werden. Die offenen Stellen für Paramediziner betrafen alle Ergotherapeuten. Für die meisten der Stellen wurden unbefristete Verträge angeboten. 8 Arbeitgeber gaben an, regelmäßig Rekrutierungsschwierigkeiten zu kennen.

Darüber hinaus wurden die Arbeitgeber befragt, ob sie ein in absehbarer Zukunft (1-2 Jahre) weitere neue Stellen auszuschreiben gedenken. Auf diese Frage antworteten 14 mit ja, 9 mit nein, 2 mit ja unter gewissen Bedingungen und 2 gaben keine Antwort. Diese zusätzlichen Stellen betrafen wiederum vor allem die Krankenpfleger (11, davon 2 mit Fachtitel), gefolgt von den Paramedizinern (9, hauptsächlich Ergotherapeuten, gefolgt von Erziehern und Kinesitherapeuten) und den Pflegehelfern (5).

Nach Gründen gefragt, die im Allgemeinen zu Rekrutierungsschwierigkeiten führen, gaben 16 Arbeitgeber eine mangelnde Bewerberzahl an. 10 gaben auch an, dass die vorhandenen Bewerber oft nicht den Anforderungen entsprechen: sie verfügen nicht über notwendige Diplome, Zusatzausbildungen oder Fachtitel, gehen nicht auf die Bedingungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und -tage ein, sind nicht flexibel genug (auch hinsichtlich der zu verrichtenden Arbeit), weisen keine Berufserfahrung auf, sind nicht zweisprachig, erfüllen die ABM-Bedingungen nicht usw.

Ein Arbeitgeber bedauerte auch explizit, nicht genügend männliches Personal zu finden (in seinem Falle graduierte Erzieher), da er eine möglichst ausgewogene Verteilung zwischen männlichem und weiblichem Personal anstrebt. Im Bereich der Behindertenbetreuung legten auch viele Arbeitgeber Wert auf Berufserfahrung, die aber oft bei den Bewerbern nicht vorhanden ist. Außerdem scheint es genügend Bewerber mit dem Erzieher-Abiturdiplom zu geben, dagegen sind die gefragteren Graduierten schwieriger zu finden.

Ein anderer Arbeitgeber gab an, zwar immer neue Mitarbeiter zu finden, aber die Rekrutierung sei jedes Mal mühselig und eine Auswahlmöglichkeit nicht immer gegeben.

Im Allgemeinen haben die Krankenhäuser weniger Probleme, Krankenpfleger zu finden, wogegen die Probleme der Altenheime sehr groß sind. Nach Aussage einiger Altenheimleiter finden sie noch relativ leicht Pflegehelfer, gebraucht werden aber - aufgrund der erhöhten Normen - vor allem zusätzliche Krankenpfleger. In der Tat orientiert sich der überwiegende Teil der Absolventen nach Abschluss der Ausbildung in Richtung Krankenhaus und das Altenheim wird oft - zumindest bei den Jüngeren - als zweite Wahl angesehen. Mit zunehmendem Alter sind die Pflegerinnen dann schon eher interessiert, in einem Alten(pflege)heim zu arbeiten, was unter anderem am generell geringeren Stress und flexibleren Arbeitszeiten (mehr Teilzeitverträge) in diesen Einrichtungen liegt.

Interessant in diesem Zusammenhang ist sicherlich auch die Analyse der durch das Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft vermittelten Arbeitsstellen (s. Tabelle 70). Natürlich umfasst diese nicht die gesamte Einstellungstätigkeit der Arbeitgeber, da ein unbekannter Teil der Arbeitsstellen über andere Wege (Presseinserate, informelle Kanäle usw.) besetzt wird. Dennoch lässt sich z.B. ersehen, dass nur 65% der Stellen für Krankenpfleger besetzt werden konnten, während es bei der Gruppe der Paramediziner und Sozialberufe 77% und bei den Pflegehelfern 90% waren.

jährlicher Durchschnitt 1998-2000	offene Angebote zu Beginn des Jahres	erhalten im Laufe des Jahres	vermittelt im Laufe des Jahres			Annul- lierte Angebote	offene Angebote Ende des Jahres	Vermittlungs- quote
			Männer	Frauen	Gesamt			
Sozialassistenten	3	13	3	9	12	2	2	74%
Erzieher	2	46	6	35	41	2	3	87%
Psychologen	2	3	0	3	3	0	1	62%
andere Sozialberufe	7	23	5	17	22	2	6	73%
mediz. und paramediz. Personal	6	20	3	15	18	3	6	69%
Pflegehelfer/ Familienhilfen	1	15	1	13	14	0	2	85%
Kinderpfleger	0	10	0	10	10	0	0	97%
Krankenpfleger	7	20	0	17	18	3	6	65%
PAI	7	20	0	17	18	3	6	65%
PH	2	25	1	23	24	0	2	90%
PARA	19	105	18	78	96	9	18	77%
GESAMT	27	150	19	118	137	13	27	77%

Tabelle 70: Stellenangebote und Vermittlungen des Arbeitsamtes in den untersuchten Berufsgruppen
(Durchschnittszahlen für die Jahre 1998-2000, ADG)

Auch wird nochmals deutlich, wie hoch der Frauenanteil an den Vermittlungen ist (86%).

c) Abgänge und ihre Gründe

Wie wir oben gesehen haben, ist das Ersetzen von weggehendem Personal der häufigste Einstellungsgrund. Bei den (zeitweiligen und definitiven) Abgängen stehen die Kündigungen und Entlassungen an erster Stelle, gefolgt von schwangerschaftsbedingten Unterbrechungen und dem Ende befristeter Verträge, wogegen die Zahl der Pensionierungen (inkl. Frühpensionierungen) bisher äußerst bescheiden ist.

Eine häufig angeführte Begründung für den von vielen empfundenen Krankenpflegermangel ist die Behauptung, dass attraktivere Löhne in den Nachbarländern viele Nachwuchskräfte dorthin locken. Während das große Lohngefälle im Vergleich zu Luxemburg sicherlich eine Realität ist, schien uns diese Behauptung für Deutschland (wohin weitaus mehr hier ansässige PflegerInnen pendeln als nach Luxemburg, s.u.) etwas gewagter. Wir haben daher versucht, einen konkreten Vergleich anzustellen (s. Anlage 2), und dabei festgestellt, dass eine Krankenpflegerin wie in unserem Fallbeispiel beschrieben (10 Jahre Berufserfahrung, verheiratet, 2 Kinder, in Belgien wohnhaft) in der Tat in Belgien unter dem Strich besser zu verdienen scheint als in Deutschland, zumindest solange sie als Grenzgängerin in Belgien versteuert wird (was bis 2002 der Fall sein wird).

Man sollte diese Berechnung natürlich auch nur als Fallbeispiel (wenn auch recht typisches) betrachten, denn je nach individueller Situation treten natürlich Abweichungen auf (Familiensituation, Anzahl Sonderschichten,...).

Neben der Bezahlung spielt aber sicherlich auch eine Reihe von anderen Gründen bei der Entscheidung, ob und wo jemand einen Pflegeberuf ausübt, eine wichtige Rolle, wie z.B. das Arbeitsklima, die Flexibilität der Stundenpläne, die Regelungen in Bezug auf Krankheit, Schwangerschaft, Laufbahnunterbrechung usw., die Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten,...

Ein Vorteil eines großen Krankenhauses wie z.B. des Uniklinikums Aachen besteht sicherlich auch darin, den Pflegekräften größere Entfaltungsmöglichkeiten bieten zu können. Das betrifft sowohl die Wahl einer bestimmten beruflichen Spezialität (eine Uniklinik bietet weitaus mehr Dienste als ein regionales Krankenhaus), als auch allgemein die Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Andererseits mag vielleicht nicht jede(r) sich mit dem Gedanken anfreunden, in einem solch riesigen Betrieb nur eine(r) von vielen zu sein. Ein Anreiz dürfte für die Brevet-Krankenpfleger auch darin liegen, dass sie in Deutschland den Graduat-Pfleger in jeder

Hinsicht gleichgestellt sind, während sie in Belgien schlechter bezahlt werden und keinen Zugang zu den Fachtiteln haben.

Neben der Anziehungskraft der Beschäftigungsmöglichkeiten im benachbarten Ausland wird auch die gesellschaftliche Anerkennung der pflegerischen und sozialen Berufe dem Vernehmen nach von vielen Betroffenen, insbesondere den Pflegehelferinnen, als viel zu gering empfunden und als Grund für mangelndes Interesse an diesen Berufen angegeben.

Darüber hinaus können weitere Gründe eine Rolle spielen und eine gewisse Desillusion bei den Beschäftigten hervorrufen. So herrscht z.B. innerhalb der Einrichtungen des Pflegesektors oft ein sehr starres, hierarchisches Denken und eine starke Abgrenzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen vor, was eine Reihe von Spannungen verursacht, die sich wiederum auf das Arbeitsklima und die Motivation des Einzelnen auswirken.

4.3.4. Entwicklung der Schülerzahlen in der Krankenpflege

Die Zahl der Krankenpflegestudenten hängt einerseits von demographischen Faktoren (Zahl der Schulabgänger) und andererseits von der Anziehungskraft der Ausbildung ab. Wie viele Absolventen schließlich auf den Arbeitsmarkt kommen, hängt dann von der Erfolgsquote ab.

Von 1963 bis 1999 haben insgesamt 623 Personen (545 Frauen und 78 Männer) eine Ausbildung als KrankenpflegerIn in Eupen begonnen (bis 1990 existierte nur die Abteilung Brevet). Bis 1999 sind 305 Diplome verliehen worden, was einer "Erfolgsquote" von ca. 56% insgesamt entspricht¹⁹. Diese Quote ist fast identisch in beiden Zweigen und bedeutet, dass man bei einer bekannten Zahl von Einschreibungen davon ausgehen kann, dass nur rund die Hälfte dieser Personen mindestens 3 Jahre später (eventuell auch erst nach einer weiteren Spezialisierung) mit einem Diplom auf den Arbeitsmarkt kommt. Diese Quote variiert relativ stark von Jahr zu Jahr, liegt allerdings höher für Frauen (58%) als für Männer (36%).

Über die letzten Jahre betrachtet, wurden in der DG im Schnitt knapp 10 Krankenpfleger pro Jahr diplomiert.

Gesamt	Einschreibungen 1. Jahr			Verliehene Diplome			Schnitt pro Jahr	Diplomierte (t)/ Studienanfänger (t-3)
	Brevet	Graduat	Gesamt	Brevet	Graduat	Gesamt		
1963-69	42	0	42	24	0	24	3,4	
1970-79	165	0	165	84	0	84	8,4	67%
1980-89	185	0	185	99	0	99	9,9	43%
1990-99	89	142	231	48	50	98	9,8	54%
Gesamt	481	142	623	255	50	305	8,2	56%

Tabelle 71: Zahl der Einschreibungen und Diplomierten der Eupener Krankenpflegeschule seit 1963

Man erkennt auf Abbildung 17 einen relativ kontinuierlichen Anstieg der Einschreibungen bis Mitte der 80er Jahre, gefolgt von einem massiven Einbruch, der erst Anfang der 90er Jahre wieder aufgefangen werden konnte, wozu wohl einerseits die Einführung der Graduat-Ausbildung in Eupen als auch andererseits die damals erfolgte Erhöhung der Personalnorm und Barema-Aufwertung des Berufes beigetragen haben. Nach einer wohl außerordentlichen Spitze in 1996 ist nun wieder eher eine fallende Tendenz bei den Einschreibungen zu beobachten.

Seitdem auch in Eupen die Graduat-Ausbildung angeboten wird, stellt man fest, dass bei den Männern je 50% die Brevet- und die Graduat-Abteilung wählen, bei den Frauen sind seitdem 63% in der Graduat-Abteilung zu finden.

¹⁹ Bei dieser Berechnung sind die Einschreibungen der Jahre 1997, 1998 und 1999 natürlich nicht berücksichtigt worden, da diese Personen frühestens 2000-2002 diplomiert werden. Daher die Berechnungsweise = Diplomierten im Jahr t + Einschreibungen im Jahr t-3.

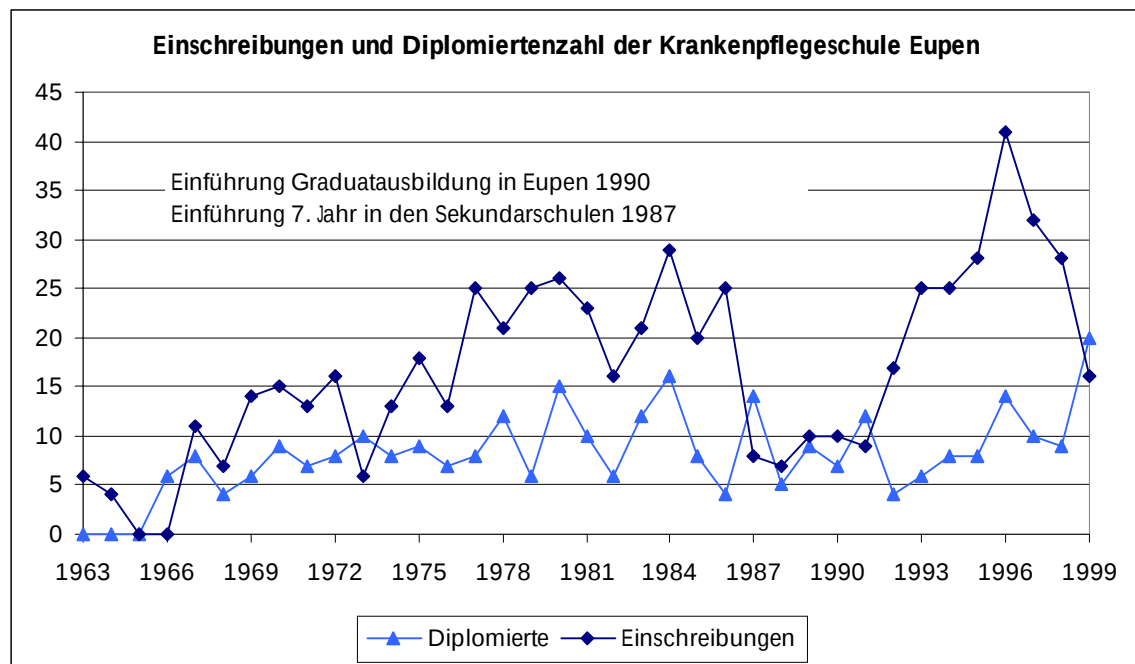


Abbildung 17: Entwicklung der Einschreibungs- und Diplomiertenzahlen der Eupener Krankenpflegeschule seit 1963

Dies, gemeinsam mit den geringeren Erfolgsquoten bei den Männern, legt den Schluss nahe, dass das Krankenpflegestudium heutzutage unter den männlichen Schülern tendenziell ein eher schulisch schwaches Publikum interessiert. Dies hängt sicherlich mit dem Image des Berufes zusammen und sollte uns zu denken geben.

Denn seltsamerweise ist unter den beschäftigten Krankenpflegern ein anderes Verhältnis zu finden, wie wir oben gesehen haben: rund 80% der männlichen Pfleger, aber nur rund 55% der weiblichen Pflegerinnen verfügen über das Graduat. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass in früheren Jahren die Krankenpflegeausbildung auch unter besser qualifizierten Jungen noch als attraktiv angesehen wurde.

Die Schülerzahlen der Krankenpflegeschule Eupen seit 1990 in den einzelnen Abteilungen werden in Tabelle 72 dargestellt.

Schülerzahl pro Schuljahr	Vorbereitungsjahr	Brevet				Graduat				GESAMT
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Total A2	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Total A1	
90-91	9	6	6	12	24	5	0	0	5	38
91-92	5	4	4	3	11	5	4	0	9	25
92-93	3	11	4	2	17	6	5	4	15	35
93-94	4	11	5	3	19	15	4	4	23	46
94-95	8	6	6	3	15	19	12	4	35	58
95-96	8	11	3	5	19	18	12	8	38	65
96-97	10	18	8	1	27	23	12	9	44	81
97-98	13	10	10	4	24	23	12	3	38	75
98-99	8	9	7	7	23	18	14	13	45	76
99-2000	14	4	8	3	15	11	13	14	38	67

Tabelle 72: Schülerzahlen der Krankenpflegeschule Eupen seit 1990

Man sieht also, dass die Graduat-Ausbildung der Brevet-Ausbildung den Rang abgelaufen hat. 61% der Krankenpflegeschüler sind inzwischen hier zu finden und 39% in der Brevet-Ausbildung.

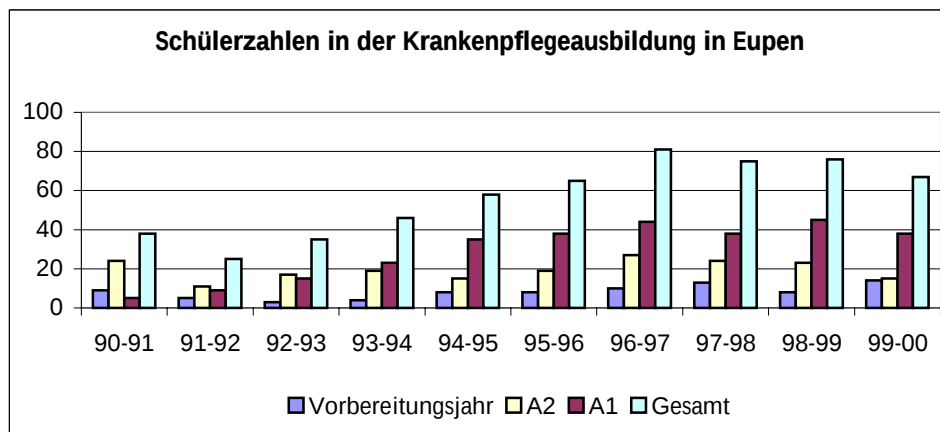


Abbildung 18: Entwicklung der Krankenpflegeschülerzahlen (A1/A2) in Eupen seit 1990

Nicht alle Deutschsprachigen absolvieren ihr Studium jedoch in Eupen. Nachfragen zur Zahl der Deutschsprachigen unter den Diplomierten der 3 wichtigsten Schulen in Verviers und Lüttich ergaben, dass diese ca. 40% aller diplomierten deutschsprachigen KrankenpflegerInnen in den letzten 8 Jahren ausmachen (87 Diplomierte in Eupen und 58 in den frankophonen Schulen)²⁰. Um die gesamte Schülerzahl im 1. Jahr zu ermitteln, gehen wir von der Hypothese aus, dass die Durchfallquote für die Deutschsprachigen in den frankophonen Schulen gleich hoch ist wie in Eupen. Setzt man diese Gesamtschülerzahlen im 1. Jahr in Relation zur Zahl der 18-Jährigen im jeweiligen Jahrgang, dann zeigt sich folgende "Attraktivität" der Krankenpflegeausbildung unter den deutschsprachigen Jugendlichen:

Schuljahr	Deutschsprachige	Flandern	Wallonie
90-91	2,9%	3,59%	3,67%
91-92	2,4%	3,87%	4,26%
92-93	4,2%	4,27%	4,79%
93-94	4,3%	5,2%	6,79%
94-95	6,1%	5,79%	8,79%
95-96	6,9%	5,47%	8,64%
96-97	7,3%	5,73%	8,17%
97-98	7,5%		
98-99	5,2%		
99-2000	4,2%		
Schnitt	5,1%	4,8%	6,4%

Tabelle 73: Anteil der 18-Jährigen in der Krankenpflegeausbildung
(Deutschsprachige: eigene Berechnungen, Flandern und Wallonie: HIVA-Studie)

Im Schnitt kann man also davon ausgehen, dass unter den Deutschsprachigen etwas mehr Zuspruch für diese Ausbildung herrscht als in Flandern, aber weniger als in der Wallonie. Dies kann dann von Bedeutung sein, wenn man die Ergebnisse der HIVA-Studie (1998) heranzieht, die für beide Regionen den künftigen Zustrom in diese Ausbildung abgeschätzt hat.

Nimmt man die Hypothese an, dass diese Attraktivität von ca. 5% der 18-Jährigen auch in Zukunft Bestand hat, dann wäre bis 2015 mit leicht erhöhten Einschreibungszahlen der Deutschsprachigen zu rechnen (im Schnitt + 5 Personen mehr jedes Jahr), da die künftigen Jahrgänge der 18-Jährigen bis dahin zahlreicher sein werden.

➤ Einflüsse und Tendenzen

- Durch die Zugangsbeschränkungen zu Studien wie Kinesithérapie und Medizin könnte es sein, dass mehr Jugendliche sich dem Krankenpfléberuf zuwenden.

²⁰ Wir berücksichtigen hierbei nur die Abschlusszahlen seit dem Schuljahr 1992-1993, da dies das erste Jahr ist, in dem auch Graduierte in Eupen diplomiert worden sind. Dies würde also bedeuten, dass seitdem insgesamt ungefähr 18 deutschsprachige KrankenpflegerInnen (im Schnitt) pro Jahr auf den Arbeitsmarkt kommen (11 aus Eupen + 7 aus frankophonen Schulen).

- Die Anziehungskraft des Krankenpflegestudiums variiert mit vielen äußeren Faktoren: Höhe der allgemeinen Arbeitslosigkeit, Attraktivität der höheren Studien im Allgemeinen, soziale und finanzielle Anerkennung des Berufes, heutige und künftige Arbeitsbedingungen, Motivationen der Jugendlichen usw.
- Die Krankenpflegeschülerzahl ist zum Teil abhängig von der Wirtschaftskonjunktur. Es wird allgemein beobachtet, dass in Zeiten wirtschaftlicher Rezessionen ein Beruf wie Krankenpfleger mehr Attraktivität auf Jugendliche ausübt, da sie sich von ihm eine gute Arbeitsplatzsicherheit erwarten. In wirtschaftlichen Boomzeiten dagegen sinkt das Interesse an Berufen im öffentlichen Sektor wieder ab.

4.3.5. Entwicklung der Schüler- bzw. Teilnehmerzahlen in der FSH-Ausbildung

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft bilden 2 Schulen Familien- und SanitätshelferInnen (im beruflichen Zweig) aus: die Maria-Goretti-Schule in St.Vith und das Robert Schuman Institut in Eupen. Aus den Angaben der beiden ergibt sich das in Tabelle 74 dargestellte Bild zu den Absolventenzahlen.

Bis zum Jahr 2000 wurden demnach 211 Familien- und SanitätshelferInnen ausgebildet, wobei der Großteil (81,5%) auf den Süden fällt. Für diese Tatsache können zwei Erklärungen herangezogen werden: Entweder ist das Interesse der Mädchen im Süden der Gemeinschaft an dieser Ausbildung und Berufswahl größer, oder aber es liegt daran, dass sie über deutlich weniger Wahlmöglichkeiten im beruflichen Zweig verfügen. Ist letzteres der Grund, muss man befürchten, dass diese Wahl für viele aus der Not geboren und eher eine Abwahl als ein bewusster Berufswunsch ist. Manche Ausbilder sind in der Tat der Auffassung, dass dies zumindest in den letzten Jahren mehr und mehr der Fall ist.

Diplomierte	RSI	MG	DG	Ø pro Jahr	Anteil der 18-Jährigen
1980-84	0	75	75	15,0	1,3%
1985-89	4	29	33	6,6	0,6%
1990-94	9	30	39	7,8	1,0%
1995-2000	26	38	64	10,7	1,4%
Gesamt	39	172	211	10,0	1,1%
davon KrankenpflegerIn geworden:	5	21	26		
	13%	12%	12%		

Tabelle 74: Anzahl der diplomierten Familien- und SanitätshelferInnen in der DG

Gemessen an der jeweiligen Gesamtzahl der 18-Jährigen in der DG haben also im Schnitt 1,1% des Jahrganges diese Ausbildung absolviert. Nachdem diese Ausbildung in den ersten Jahren recht beliebt war, ist ihre Anziehungskraft bis Mitte der 90er Jahre niedrig gewesen und erst in den letzten Jahren wieder etwas angewachsen. Nur 2 der 211 Diplomierten waren Jungen.

Eine zweite Ausbildungsmöglichkeit im Bereich der Pflegehilfsberufe ist die Ausbildung zum/zur Familien- und SeniorenhelferIn, die bisher 4 mal organisiert worden ist. Von den 81 Teilnehmern waren nur 4 Männer.

Projekt	Anzahl TeilnehmerInnen	davon aus dem		Durchschnittsalter
		Norden	Süden	
1992-93	20	12	8	30,0
1995-96	22	14	8	32,2
1998-99	24	16	8	33,2
2000-01	15	9	6	37,6
Gesamt	81	51	30	

Tabelle 75: Anzahl TeilnehmerInnen an der Ausbildung zum/zur Familien- und SeniorenhelferIn

Die meisten der TeilnehmerInnen (55%) verfügten über die Mittlere Reife, je 21% verfügten über einen Primarschul- bzw. einen Abiturabschluss, 2 Personen über einen Hochschulabschluss.

Knapp 30% der TeilnehmerInnen waren bereits vor der Ausbildung im Sektor tätig. Diese waren aber vor allem in den ersten beiden Zyklen zu finden, da inzwischen kaum noch nichtqualifizierte Personen in der Pflegehilfe beschäftigt werden.

4.3.6. Verbleib der KrankenpflegerInnen und FSH

KrankenpflegerInnen

Seit Bestehen der Krankenpflegeschule in Eupen (1963) wurden bis 1999 **255** Brevet(A2)-Diplome und **50** Graduat(A1)-Diplome verliehen.

In den Einrichtungen der DG, die an unserer Untersuchung teilgenommen haben, waren am 31.12.99 **110** dieser in Eupen brevetierten und **38** der graduierten Personen beschäftigt. Hinzu kommt wahrscheinlich eine Reihe von selbständigen Krankenpflegerinnen, deren Ausbildungsort wir nicht kennen.

Nach einer 1999 durchgeführten Befragung der Ehemaligen durch die Krankenpflegeschule selbst gaben **130** der brevetierten und **34** der graduierten Krankenpflegerinnen an, in Belgien zu arbeiten. (Unter den insgesamt rund 80 Personen, d.h. etwa einem Viertel, die nicht geantwortet haben, können sich natürlich auch noch Personen befinden, die in Belgien arbeiten).

Der deutsche und luxemburgische Arbeitsmarkt üben eine nicht unbeträchtliche Anziehungskraft auf die hier ausgebildeten Krankenpfleger aus. Dort ist einerseits die belgische Ausbildung sehr geschätzt und andererseits locken natürlich auch finanzielle Anreize, insbesondere in Luxemburg.

Im Vergleich zu Deutschland ist der Gehaltsunterschied nicht besonders groß in punkto Basisgehalt (s.o.) aber viele andere Faktoren können eine Rolle spielen (Zuschläge für Sonderdienste, Familienstand, Steuerland, Arbeitsbedingungen u.v.m.), so dass der Unterschied fast individuell ermittelt werden muss. Generell ist aber der Anreiz für brevetierte Pfleger höher, da sie in Belgien weniger als graduierte verdienen, in Deutschland aber kein Unterschied gemacht wird. Auch in punkto Karrieremöglichkeiten, Fachausbildungen u.ä. bieten sich ihnen in Deutschland bessere Chancen als in Belgien.

BREVET-KRANKENPFLEGER

Arbeitsort	unbekannt	Belgien	Deutschland	Luxemburg	andere	Gesamt
Personen	73	130	33	14	5	255
Anteil	29%	51%	13%	5%	2%	100%

GRADUAT-KRANKENPFLEGER

Arbeitsort	unbekannt	Belgien	Deutschland	Luxemburg	andere	Gesamt
Personen	9	34	0	5	2	50
Anteil	18%	68%	0%	10%	4%	100%

Tabelle 76: Arbeitsort der in Eupen ausgebildeten Krankenpfleger
(Quelle: Umfrage der Krankenpflegeschule Eupen, 1999)

Trotz dieser Situation stellt sich heraus (s. Tabelle 76), dass der überwiegende Teil der hier ausgebildeten Krankenpfleger in Belgien arbeitet (wenn auch die hohe Zahl an Unbekannten Unsicherheit verursacht).

Wenn man die Statistik des Verbleibs der Krankenpfleger pro Jahrgang betrachtet, so scheint diese Verteilung auch nicht altersabhängig zu sein: Der Anteil der in Deutschland oder Luxemburg arbeitenden Krankenpfleger ist tendenziell nicht höher oder niedriger bei den älteren oder jüngeren Jahrgängen. Allerdings steigt mit dem Alter die Zahl der Personen mit unbekanntem Arbeitsort (und der Anteil der nachweislich in Belgien Arbeitenden sinkt).

Die amtlichen Pendlerstatistiken zeigen ein etwas anderes Bild:

Auspendler von Belgien nach Deutschland 1997	Gesamt	Anteil DG 85% (Schätzung)
nach Sektoren		
Altenheime	133	113
Gesundheitswesen	605	514
Gesamt	738	627
nach Berufen		
Gesundheitsdienstberufe	452	384
sozialpflegerische Berufe	135	115
Gesamt	587	499
N.B. Ärzte, Apotheker	67	57

Tabelle 77: Zahl der Pendler nach Deutschland im Sozialwesen
Quelle: Landesarbeitsamt NRW 1998

Diese beziehen sich allerdings weniger auf Berufe als auf Sektoren, so dass auch z.B. das in diesen Sektoren beschäftigte Verwaltungs- und Funktionspersonal inbegriffen ist. Außerdem besteht ein wesentlicher Anteil der Pendler nach Deutschland aus hier wohnhaften deutschen Staatsbürgern (die wahrscheinlich auch meist in Deutschland ausgebildet worden sind).

So stellt sich z.B. bei Nachfrage heraus, dass im Klinikum Aachen im August 2000 367 in Belgien wohnhafte Personen beschäftigt sind. Davon sind nur 110 dem Pflegepersonal zugeordnet, und von diesen weisen wiederum 57 ein belgisches Krankenpflegediplom vor.

Im Marienhospital Aachen arbeiten zum selben Zeitpunkt 34 Personen, die in Belgien wohnhaft sind, wovon 21 im Pflegedienst eingestellt sind.

Anzahl Personen aus der DG	Arbeiter		Angestellte		Total		
	F	M	F	M	F	M	F + M
31.03.94	7	0	27	1	34	1	35
31.03.95	7	0	31	3	38	3	41
31.03.96	6	0	30	5	36	5	41
31.03.97	9	0	36	4	45	4	49
31.03.98	10	0	37	5	47	5	52
31.03.99	9	0	40	4	49	4	53
31.03.00	9	0	47	8	56	8	64

*Tabelle 78: Anzahl der Pendler nach Luxemburg im Sektor "Gesundheit und Soziales"
(Quelle: IGSS)*

Nach Luxemburg, zu einem Arbeitsplatz im Gesundheits- und Sozialsektor, pendeln der amtlichen Statistik zufolge insgesamt 64 in der Deutschsprachigen Gemeinschaft wohnhafte Personen. Auch hierunter befinden sich vermutlich nicht nur Krankenpfleger. Wer jedoch seinen Wohnsitz nach Luxemburg verlegt hat, taucht in dieser Statistik nicht auf.

Familien- und Sanitäts-/SeniorenhelferInnen

Zum Verbleib der ausgebildeten FSH liegen Teilangaben vor. Aus diesen geht hervor, dass die meisten Absolventen aus beiden Ausbildungszweigen einen Arbeitsplatz in den Altenheimen gefunden haben (mindestens 50%). An zweiter Stelle kommt der Familienhilfedienst, gefolgt mit Abstand von diversen weiteren Einrichtungen (Kinderkrippe, Behindertenbetreuung u.ä.). 12% der aus den Schulen kommenden Familien- und Sanitätshelferinnen haben im Anschluss eine Krankenpflegeausbildung absolviert. Wie oben erwähnt (s. S. 52), arbeiteten Ende 1999 rund 55% dieser Personen in den hiesigen Pflegeeinrichtungen.

Die Vermittlungsquote bei den Absolventinnen der Familien- und Seniorenhelferausbildung unmittelbar nach der Ausbildung war bisher sehr hoch (etwa 90%), konnte aber noch nicht über einen längeren Zeitraum überprüft werden. In unserer Umfrage stellte sich jedoch heraus, dass die Zahl der Absolventinnen Ende 1999 mit der Zahl der in den hiesigen Pflegeeinrichtungen beschäftigten FSH quasi identisch war.

5. BLICK IN DIE ZUKUNFT

5.1. Einleitung

Wie viel Pflegepersonal werden wir in Zukunft brauchen?

Das ist die Frage, die uns in diesem Kapitel beschäftigen wird. Und dass es keine leicht zu beantwortende Frage ist, versteht sich von selbst.

Die Projektionen des Pflegepersonalbedarfs für die Zukunft werden von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst:

- die Entwicklung des belgischen Gesundheitssystems: wo werden die Prioritäten gesetzt? welche Leistungen werden von wem finanziert? welche Organisationsformen der Pflege und Betreuung werden in welchem Maße gefördert (stationäre und ambulante Pflege)?
- die technologischen Entwicklungen: wie wird sich die technologische Entwicklung in der Medizin auf den künftigen Pflegebedarf auswirken?
- die demographische Entwicklung: wie stark werden sich die steigende Lebenserwartung und Überalterung der Bevölkerung auf den Bedarf an Betreuung auswirken?
- ungeklärte Fragen der Gesundheitsforschung: wird die Invalidität proportional zu der zunehmenden Lebenserwartung steigen oder leben die Leute in Zukunft länger gesund?
- die tarif- und sozialrechtlichen Entwicklungen: würde z.B. eine generelle Arbeitszeitverkürzung auf 32 Stunden dazu führen, dass mehr Pfleger eingestellt werden oder führt sie dazu, dass mehr Teilzeitbeschäftigte dann einer Ganztagsbeschäftigung nachgehen? würde es genug Nachwuchs für die zusätzlichen Stellen geben?
- die künftigen Qualifikationsanforderungen: wird die Substituierung von weniger qualifiziertem durch höher qualifiziertes Personal weitergehen?
- ...

In der (nicht ganz unumstrittenen) HIVA-Studie wird zum Thema Zukunftsprojektion folgende Aussage gemacht:

- Die Entwicklung der Bettenzahlen ist nicht immer die geeignete Variable: So ist in der Wallonie die Zahl der Pfleger in den letzten 10 Jahren parallel zur Zahl der Einweisungen gestiegen und nicht parallel zum Bettenabbau gesunken.
- Die Finanzierungsnormen (LIKIV-Pauschale pro Pflegeleistung und Abhängigkeitsgrad, gebunden an Personalnormen) sind da zumindest im Altenpflegebereich schon besser geeignet, da sie sich mehr am tatsächlichen Pflegeeinsatz orientieren, obwohl auch hier noch Divergenzen zum tatsächlichen Personaleinsatz existieren können. Diese Angaben in Verbindung mit den demographischen Entwicklungen können als Ansatz für die Projektion genutzt werden. Diese Methode ist aber noch relativ mechanisch, da man die heutigen Nutzungsgrade und Personalnormen benutzt.
- Eine dritte Methode besteht darin, bestehende Tendenzen (linear oder abgeschwächt) in die Zukunft zu verlängern. Dies birgt allerdings Gefahren in sich, da die Entwicklung der Vergangenheit manchmal auf Korrekturmaßnahmen zurückzuführen ist, die in Zukunft nicht mehr nötig sein werden.

Da die ideale Methode noch nicht gefunden wurde, gilt es möglichst realistisch abzuschätzen, welche Entwicklungen die wahrscheinlichsten sind und entsprechende Szenarien zu entwerfen. Diese können immerhin ganz konkret dazu verwendet werden, den Einfluss von künftigen politischen Entscheidungen (Programmierungszahlen, Normen, Finanzierungsmodalitäten,...) und von möglichen unabhängigen Entwicklungen (Demographie, Entwicklung des altersabhängigen Gesundheitszustandes,...) auf den Pflege- und Personalbedarf zu messen.

Hat man einmal den Umfang der wahrscheinlich zu erbringenden künftigen Pflegeleistung errechnet, kann man daraus die Zahl der notwendigen Personen ableiten. Aber auch hier müssen wieder verschiedene Dinge berücksichtigt werden:

- der tatsächliche Personalstand heute (in Zahl und Profil);
- die gesetzlichen Personalnormen (in Zahl und Qualifikation) können geändert werden;
- die mögliche Substituierung einer Berufsgruppe durch eine andere;
- mögliche und bereits stattfindende Korrekturen: Verschwinden der Krankenpflege-Assistenten, Ab- und Zugänge (Pensionierungen), Auftauchen neuer Berufsprofile (s. Logistiker), neue Arbeitszeitregelungen (s. Altersteilzeit);
- usw.

5.2. Auswirkungen der bereits geplanten Änderungen

Eine Reihe von bereits beschlossenen oder in naher Zukunft geplanter Aufstockungen von Aufnahmekapazitäten (s. Tabelle 13) wird zusätzliches Personal verlangen im Vergleich zur Situation, wie sie Ende 1999 erfasst wurde. Diese wollen wir hier kurz zusammenfassen, ungeachtet der zeitlichen Unterschiede in der tatsächlichen Realisierung. Es geht hier um die Erfassung einer Größenordnung.

Einrichtung	bekannte geplante Aufstockungen im Vergleich zu Ende 1999 (Horizont 2004)	zusätzlicher Personalbedarf (laut aktueller Normen)
Krankenhäuser	20 Sp-Betten (nach 2004: +20 Betten)	6 VZÄ Krankenpfleger 5 VZÄ Pflegehilfspersonal 0,67 VZÄ Paramediziner
	Dialyседienst (Eupen)	5-6 VZÄ Krankenpfleger (4 wurden schon eingestellt)
	chirurgische Tagesklinik (Eupen und St.Vith)	3-6 VZÄ Krankenpfleger (3 VZÄ ab 800 Interventionen pro Jahr)
	Finanzierung einer Begleitperson pro Krankenhaus für Praktikanten und neu Eingestellte (Eupen und St.Vith)	2 VZÄ Krankenpfleger
	Anpassung der Palliativfunktion (Eupen und St.Vith)	1 VZÄ Krankenpfleger 1 VZÄ Paramediziner
Altenheime und Pflegeheime	3 MR-Betten und 60 MRS-Betten ²¹	9,6 VZÄ Krankenpfleger 12,1 VZÄ Pflegehilfspersonal 3,3 VZÄ Paramediziner
	8 betreute Wohnungen	?
	4 Tagespflegeplätze	0
	30 MSP-Betten, zu 80% belegt (nach 2004: +10 Betten)	6 VZÄ Krankenpfleger oder Paramediziner 6 VZÄ Pflegehilfspersonal
Häusliche Versorgung (Familienhilfedienst)	regelmäßige Aufstockung des Stundenkapitals (+ 6000 von 1999 bis 2002)	ca. 5-8 Pflegehilfspersonal (Familien- und SeniorenhelferInnen)
Gesamt bis 2004 (soweit heute bekannt)		30-34 VZÄ Krankenpfleger 28-31 VZÄ Pflegehelfer 8 VZÄ Paramediziner
Zusatzbedarf nach 2004 (soweit heute bekannt)	Aufstockung der Sp- und MSP-Bettenzahlen	+ 7 VZÄ Krankenpfleger + 7 VZÄ Pflegehelfer + 1,67 VZÄ Paramediziner

Tabelle 79: Geplante Aufstockungen im Vgl. zu 1999 und zusätzlicher Personalbedarf in VZÄ (laut Normen)

Die Margen ergeben sich daraus, dass die Entwicklung der Inanspruchnahme von manchen Angeboten (Dialyse, Tagesklinik, Familienhilfe) zurzeit noch nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden kann. Auch in den anderen Diensten muss man natürlich der tatsächlichen Belegung oder Inanspruchnahme Rechnung tragen. Die Realisierung all dieser Vorhaben hängt jedoch auch davon ab, ob die Finanzierung der entsprechenden Infrastrukturmaßnahmen gesichert werden kann. Diese Berechnung des zusätzlichen Personalbedarfs geht zudem nur dann auf, wenn nicht an anderer Stelle Personal eingespart wird.

Die Errechnung der erforderlichen Personalaufstockung orientiert sich nur an den aktuellen Personalnormen (in Zahl und Qualifikation). Diese können allerdings im Laufe der Zeit angepasst werden (sowohl in der Zahl als auch der Qualifikationsanforderung²²) und sind, wie bereits gesagt, Minimalanforderungen. Viele Einrichtungen erachten sie zurzeit als ungenügend (zumindest in Teilbereichen) und versuchen, zusätzliches Personal zu engagieren. Schließlich muss auch bei neuem Personal wieder mit Abwesenheitsperioden gerechnet werden (Schwangerschaften, Krankheit, Laufbahnunterbrechungen etc.), die es zu kompensieren gilt.

²¹ Hier sind wir von der Variante 4 PAI und 2 PARA pro 30 Bewohner ausgegangen (Fall B5), wobei auch die Möglichkeiten 3 PAI und 2 PARA oder 4 PAI und 1 PARA (Fall B4, geringere Finanzierung) oder 5 PAI und 1 PARA (Fall B5, höhere Finanzierung) bestehen.

²² So könnten z.B. je nach Art der Einrichtung unterschiedliche Qualifikationen für die Pflegehelfer verlangt werden, insbesondere dann, wenn das Berufsbild des "qualifizierten Pflegehelfers" in den LIKIV-finanzierten Sektoren Einzug finden würde (was für die Familien- und SeniorenhelferInnen vermutlich negative Konsequenzen in diesen Sektoren zur Folge hätte).

Geht man (als Hypothese) davon aus, dass die aktuellen Teilzeitkoeffizienten weiter Bestand haben werden (s. Tabelle 55), dann bedeutet dies einen Einstellungsbedarf von 37-43 Krankenpflegern, 40-44 Pflegehelfern und ca. 10 Paramedizinerinnen zwischen 2000 und 2004, allein für die oben angeführten Projekte (wobei vielleicht noch die eine oder andere Einstellung bei anderen Diensten geplant ist, von der wir hier noch nichts wissen). Voraussichtlich nach 2004 kämen dann nochmals 9 Krankenpfleger, 10 Pflegehelfer und 2-3 Paramediziner für die weiteren bereits heute vorgesehenen Aufstockungen hinzu.

Darüber hinaus ist aber vor allem im MR- und MRS-Bereich noch eine Anpassung der Programmierung geplant: ab 2002 wird eine neue Programmierung zwischen den Gemeinschaften, Regionen und dem Föderalstaat verhandelt, die angesichts der demographischen Entwicklung auf eine weitere Aufstockung der MRS-Plätze hinauslaufen müsste. Im folgenden Abschnitt wollen wir versuchen abzuschätzen, wie sich der Bedarf im Bereich der Aufnahmestrukturen für Senioren längerfristig gesehen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft entwickeln wird.

5.3. Einfluss der demographischen Entwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung in den Ostkantonen ist 1997 von G. Coomans (ISMEA, 1997) bis zum Jahre 2020 vorausgerechnet worden. Er trägt dabei der Bevölkerungsstruktur in 1995, der vergangenen Entwicklung sowie einer Reihe von Hypothesen zur Sterblichkeit, Fruchtbarkeit und Wanderungsbewegungen Rechnung, die hier nicht im Detail erklärt werden sollen. Auf dieser Basis haben wir versucht, die entsprechenden Zahlen für die Deutschsprachige Gemeinschaft (also ohne den Kanton Malmedy) abzuleiten und kommen dabei zu den unten aufgeführten Ergebnissen. Unserer Schätzung zugrunde gelegt haben wir die realen Bevölkerungszahlen von 1995 und 2000, auf die wir die von Coomans ermittelten Entwicklungsraten angewandt haben. Dabei stützen wir uns auf die Beobachtung, dass die Zusammensetzung nach Altersgruppen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den vergangenen 50 Jahren nie wesentlich von derjenigen der gesamten Ostkantone abgewichen ist (weniger als 1% Unterschied). Dennoch handelt es sich natürlich um eine Schätzung. Vor allem hat sich inzwischen herausgestellt, dass die Prognose Coomans die Entwicklung der Seniorenzahl überschätzt hat (vermutlich aufgrund von unterschätzten Abwanderungszahlen), weshalb wir eine leichte Korrektur anhand der realen 2000er Zahlen angewandt haben. Daher müssen diese Zahlen mit Vorsicht betrachtet werden: die steigende Tendenz ist eindeutig vorhanden, nur scheint sie schwächer ausgeprägt zu sein als vorherberechnet.

Die wesentliche demographische Umwälzung liegt im Bereich der Senioren, deren Zahl ziemlich dramatisch ansteigt und weiter ansteigen wird. Obwohl auch die Krankenhäuser von dieser Thematik betroffen sind (der Anteil der Senioren an den Patienten wird stark ansteigen - s.S.32 - mit den spezifischen Pflegeanforderungen, die sich daraus ergeben), sind es die Aufnahmestrukturen für Senioren, gefolgt von den ambulanten Diensten, die die größten Konsequenzen dieser Entwicklung zu tragen haben werden.

Frauen	1995 (reelle Z.)	2000 (reelle Z.)	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
60-64	1.935	2.003	1.960	1.887	2.212	2.543	31%
65-69	1.885	1.866	1.930	1.890	1.820	2.133	13%
70-74	1.677	1.735	1.814	1.878	1.840	1.772	6%
75-79	898	1.463	1.588	1.661	1.721	1.686	88%
80-84	928	694	1.280	1.388	1.453	1.507	62%
85-89	450	583	531	977	1.056	1.107	146%
90+	190	257	394	387	653	743	291%
Gesamt Senioren >65	6.028	6.598	7.538	8.180	8.542	8.948	48%
Anteil der über 80-J.	26%	23%	29%	34%	37%	38%	44%

Männer	1995 (reelle Z.)	2000 (reelle Z.)	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
60-64	1.921	2.105	1.965	2.013	2.387	2.756	43%
65-69	1.636	1.766	1.880	1.757	1.800	2.133	30%
70-74	1.171	1.389	1.601	1.706	1.595	1.635	40%
75-79	494	904	1.198	1.381	1.474	1.379	179%
80-84	391	295	683	904	1.043	1.115	185%
85-89	173	174	182	420	554	640	270%
90+	59	59	91	95	219	288	388%
Gesamt Senioren >65	3.924	4.587	5.635	6.263	6.686	7.190	83%
Anteil der über 80-J.	16%	12%	17%	23%	27%	28%	79%

Gesamt Senioren	1995 (reelle Z.)	2000 (reelle Z.)	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
60-64	3.856	4.108	3.925	3.900	4.599	5.298	37%
65-69	3.521	3.632	3.811	3.647	3.620	4.266	21%
70-74	2.848	3.124	3.415	3.584	3.435	3.407	20%
75-79	1.392	2.367	2.786	3.042	3.195	3.064	120%
80-84	1.319	989	1.963	2.292	2.495	2.622	99%
85-89	623	757	713	1.397	1.611	1.747	180%
90+	249	316	485	482	872	1.031	314%
Gesamt Senioren >65	9.952	11.185	13.173	14.443	15.228	16.138	62%
Anteil der über 80-J.	22%	18%	24%	29%	33%	33%	52%

Tabelle 80: Vorausschätzung der Entwicklung der Seniorenzahl in der DG 1995-2020
(Quelle: ISMEA 1997 und eigene Berechnungen)

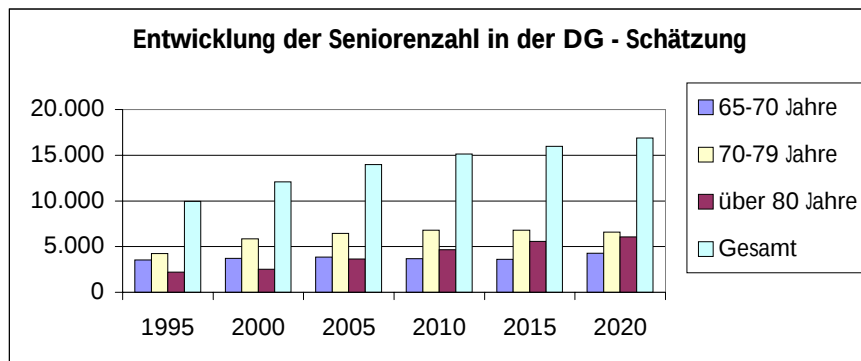


Abbildung 19: Vorausschätzung der Entwicklung der Seniorenzahl in der DG 1995-2020

Vergleichen wir diese mit den entsprechenden Projektionen des Planbüros für die übrigen Landesteile, so stellen wir eine erheblich stärkere Überalterung der Bevölkerung in der DG fest (s. Tabelle 81).

	1995	2005	2010	2015	2020
Wallonie	100	116,8	117,4	115,1	127,5
Flandern	100	124,0	131,8	134,5	145,4
Brüssel	100	97,4	92,9	88,5	90,4
D.G.	100	146	168	180	185

Tabelle 81: Entwicklung der Zahl der über 70-Jährigen
(Quelle: Wallonie, Flandern u. Brüssel: INS - Bureau Fédéral du Plan, Perspectives de population 1995-2050, 1995 (in HIVA 1998), DG: Coomans 1997 u. eigene Berechnungen)

Wir haben diese Zahlen, sowie die Angaben zum heutigen Profil der Alten(pflege)heimbevölkerung (s.S.34f) benutzt, um eine Vorausschätzung des Bedarfs an Alten- und Pflegeheimbetten (und daraus abgeleitet an Personal) zu wagen. Dennoch kommen wir nicht umhin, mit zusätzlichen Hypothesen zu arbeiten, da es noch zu viele Unbekannte in der Gleichung gibt (s. Einleitung des Kapitels).

Auch wir können daher nur einige (von vielen möglichen) Szenarien entwickeln, und es sind die sozio-demographischen Entwicklungen einerseits, sowie die politischen Entscheidungen andererseits, die die Verantwortung dafür tragen, welches dieser Szenarien (oder welche Mischung aus mehreren Szenarien) sich realisieren wird. Interessant ist es auf jeden Fall, die Konsequenzen der einen oder anderen Entscheidung zu simulieren.

1. Szenario: Die letztgültigen Programmierungsnormen (vor dem Protokoll von 1997) werden auf die künftigen Bevölkerungszahlen der DG angewendet

In diesem Szenario würden der letzte gültige Berechnungsschlüssel für die Altenheimbetten (4 pro 100 Einwohner über 60 Jahre) und der landesweit identische Berechnungsschlüssel für die Altenpflegebetten (1,7 pro 100 Einwohner über 65 Jahre) in Zukunft beibehalten bzw. wieder eingeführt.

theoretische Programmierung DG	1995	2000	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
Altenheimbetten	552	612	684	734	793	857	55%
Altenpflegebetten	169	190	224	246	259	274	62%
Gesamt	722	802	908	979	1.052	1.132	57%

Tabelle 82: Entwicklung der Anzahl MR-/MRS-Betten unter Anwendung der letztgültigen Programmierungsnormen der DG (Szenario 1)

Dieses Szenario ist allerdings unwahrscheinlich, da es bereits von der Realität eingeholt wurde. Durch das Protokoll von 1997 wurde die Verteilung zwischen Altenheim- und Pflegeheimbetten geändert, so dass z.B. im Jahre 2000 die Deutschsprachige Gemeinschaft noch über 374 MR-Betten und schon über 246 MRS-Betten verfügte (insgesamt 620 Betten). Bis 2002 werden diese Zahlen (normalerweise) auf 377 MR- und 306 MRS-Betten ansteigen (insgesamt 683 Betten).

Dies und der Bedarf der Bevölkerung zeigen, dass eine neue Programmierung gefunden werden muss, wozu ab 2002 die Gelegenheit besteht. Es gilt auf jeden Fall die MRS-Programmmzahl nach oben anzupassen, oder aber eine integrierte Programmierung für beide zu finden, die dem insgesamt gesteigerten Bedarf Rechnung trägt (siehe die bereits heute bestehenden Wartelisten).

Ginge man von der Situation in 1997 (Zeitpunkt des Moratoriums) aus und würde aus der damals festgelegten zulässigen Bettenzahl von 720 eine integrierte Programmierung für MR- und MRS-Betten ableiten, erhielte man eine Zahl von 5,1 Betten pro 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr (de facto wird diese Zahl von 720 aber auch 2002 vermutlich noch nicht erreicht). Würde man diese nach dem Schlüssel 45% MRS- und 55% MR-Betten (der normalerweise Ende 2002 erreicht sein wird) aufteilen und mit der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung kombinieren, käme man bis 2020 auf eine Bettenzahl von 1.093 Betten. Dies würde also ultimativ fast zum gleichen Gesamtergebnis führen, wobei auch hier der Aufholbedarf in den ersten Jahren am größten ist. Allerdings ist hier der Anteil an MRS-Betten deutlich höher, als wenn man es bei der alten Programmierung beließe.

Integrierte Programmierung (5,1%)	Progr. 1997	2002	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
Altenheimbetten	565 (real: 511)	414 (real: 377)	501	538	581	629	25%
Altenpflegebetten	155	306	371	398	430	465	200%
Gesamt	720 (real: 666)	720 (real: 683)	872	935	1.011	1.093	67%

Tabelle 83: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten unter Anwendung einer integrierten Programmierung von 5,1 Betten pro 100 Einw. von 60 Jahren und mehr (Szenario 1bis)

2. Szenario: Die letztgültigen Programmierungsnormen der Wallonie oder Flanderns (vor dem Protokoll von 1997) werden auf die künftigen Bevölkerungszahlen der DG angewendet

Während die Programmierung der MRS-Betten landesweit identisch ist, gibt es Unterschiede bei der MR-Programmierung. Während in der Wallonie die Programmierung der real existierenden Gesamtbettenzahl zu einem gewissen Zeitpunkt angepasst worden ist, ist man in Flandern einen Schritt weitergegangen und hat eine nach Altersgruppen gestaffelte Programmierung entwickelt. Diese Vorgehensweise ist nuancierter und trägt der tatsächlichen Altersstruktur in den Alten(pflege)heimen Rechnung (s.o.). Daraus ergeben sich auch aufgrund der Bevölkerungsdynamik weniger statische Resultate.

Simulation DG mit den Kriterien der Wallonie	1995	2000	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
Altenheimbetten	939	1.040	1.163	1.247	1.348	1.458	55%
Altenpflegebetten	169	190	224	246	259	274	62%
Gesamt	1108	1230	1387	1.493	1.607	1.732	56%

Tabelle 84: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten unter Anwendung der letztgültigen Programmierungsnormen der Wallonie (Szenario 2)

Wallonie: 6,8 Altenheimbetten pro 100 Einwohner von 60 Jahren und mehr

Simulation DG mit den Kriterien Flanderns	1995	2000	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
Altenheimbetten	539	597	778	983	1.193	1.299	141%
Altenpflegebetten	169	190	224	246	259	274	62%
Gesamt	708	787	1.002	1.229	1.452	1.573	122%

Tabelle 85: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten unter Anwendung der letztgültigen Programmierungsnormen Flanderns (Szenario 2bis)

Flandern: gestaffelte Programmierung: pro 100 Einw. von 60-74 Jahre 1
 pro 100 Einw. von 75-79 Jahre 4
 pro 100 Einw. von 80-84 Jahre 12
 pro 100 Einw. von 85-89 Jahre 23
 pro 100 Einw. von 90 Jahren u. + 32

Hier lassen sich mehrere interessante Beobachtungen machen. Erstens würden beide Programmierungen zu deutlich höheren Bettenzahlen führen, als dies im 1. Szenario der Fall ist. Während man mit der wallonischen Programmierung heute schon wesentlich höhere Zahlen erhielte (da man dort die Norm der existierenden Situation angepasst hat, die wesentlich höher liegt als in der DG), würde das flämische Modell erst nach und nach zu einer größeren Steigerung führen, da man hierin der demographischen Entwicklung Rechnung trägt, die in jeder Altersstranche zeitlich verschobene und unterschiedlich starke Auswirkungen hat (wobei auch für Flandern abzuwarten bleibt, ob dieses Programm tatsächlich realisiert wird, da es natürlich auch finanziert werden muss).

Interessant ist auch zu sehen, dass die nach Altersgruppen gestaffelte Programmierung der in der Deutschsprachigen Gemeinschaft beobachteten Altersverteilung in den Alten(pflege)heimen recht nahe kommt (s. Tabelle 32) und somit einem Bedarf zu entsprechen scheint.

3. Szenario: Der Prozentsatz der Senioren pro Altersgruppe, der in ein Alten(pflege)heim zieht, bleibt auf dem Stand von 1999 und wird auf die künftige Bevölkerung der DG angewendet

Hier gehen wir davon aus, dass in jeder Altersgruppe der Prozentanteil der Personen, der heute in einem Alten(pflege)heim wohnt, auch in Zukunft dort wohnen würde. Da durch die demographische Entwicklung vor allem die Zahl der Hochaltrigen ansteigen wird, würde auch der Gesamtnutzungsgrad aller Senioren von heute 5,4% bei dieser Simulation bis 2020 auf 9% ansteigen. Da hier eine ähnliche Dynamik wie im flämischen Modell vorliegt, ergeben sich auch ähnliche Entwicklungen.

Senioren MR/MRS	Nutzung 1999	2000	2005	2010	2015	2020	Entwicklung 1995-2020
65 - 69 Jahre	0,4%	15	16	15	15	18	21%
70 - 79 Jahre	4,1%	226	255	273	273	267	53%
80 - 89 Jahre	19,8%	345	529	729	811	863	125%
90 Jahre +	30,6%	97	148	147	266	315	314%
Bettenbedarf		683	949	1.165	1.366	1.463	125%
% Bev. > 65	5,4%	6%	7%	8%	9%	9%	
Entw. 95-20		5%	46%	79%	110%	125%	

Tabelle 86: Entwicklung der Anzahl Senioren in den MR/MRS unter Anwendung des Prozentsatzes von 1999 pro Altersgruppe (Szenario 3)

Nun geht natürlich die Tendenz dahin, dass die unter 80-Jährigen vermutlich immer seltener in eine Institution wechseln werden und dass selbst die Hochaltrigen heute länger bei guter Gesundheit sind als früher, so dass auch diese Gruppe in Zukunft - prozentual gesehen - weniger Bedarf haben wird. Nur gibt es diesbezüglich noch keine verlässlichen Zahlen, so dass wir vorerst dieses Szenario als "Maximalthese" stehen lassen. Die absolute Zahl an Hochaltrigen (auch an pflegebedürftigen) wird auf jeden Fall unweigerlich ansteigen. Auch die Politik zielt darauf ab, den Verbleib zu Hause zu fördern, nur bedeutet das vor allem eine Verlagerung des Pflegebedarfs von den Alten(heim)strukturen auf die ambulanten Versorgungs- und Pflegedienste.

Der Leser muss nun selbst entscheiden, welches die plausibelste Entwicklung ist. Zumindest aber scheint gesichert, dass der Pflegebedarf - sei es in einer Institution oder in ambulanter Form - in den nächsten Jahrzehnten noch kräftig anwachsen wird, so dass hier eine große Herausforderung auf die politisch Verantwortlichen wartet.

Wir haben nun versucht, den Personalbedarf zu beziffern, der sich aus dem 3. Szenario ergibt. Als zusätzliche Hypothese schicken wir dabei voran, dass die Verteilung der Bewohner nach Pflegebedürftigkeitskategorien - in Ermangelung von diesbezüglichen Prognosen - auf dem heutigen Stand bleibt (d.h. 25% in Kategorie O, 16% in A, 19% in B, 14% in C und 26% in Cd, s. Tabelle 30) und dass die Verteilung zwischen MR- und MRS-Betten ebenfalls auf dem bis 2002 zu erreichenden Stand bleibt (d.h. 55% MR- und 45% MRS-Betten).

Dies, in Kombination mit den existierenden Personalnormen für Alten- und Pflegeheimbetten (die wir ebenfalls als Konstante für die Zukunft belassen haben) und Belegungsquoten von 100%, ergäbe dann folgenden Personalbedarf:

1. Vergleich zwischen dem aktuellen theoretischen Bedarf und der Realität

Um die Ausgangslage zu erfassen, haben wir zuerst diesen Vergleich IST–SOLL für die von uns erfassten 7 der 8 Alten- und Pflegeheime angestellt²³. Hier ist also bei den Pflegehelfern zu beobachten, dass deutlich mehr Personal beschäftigt wird, als verlangt ist. Bei den Krankenpflegern und Paramedizinern liegen die Heime dagegen ziemlich genau in der Norm.

theoretischer Bedarf laut Norm in 1999 (390 MR, 186 MRS)

MR + MRS	PAI	PH	PARA	Gesamt
Gesamt VZÄ	57,0	71,0	11,9	145,1

vorhanden Ende 1999 laut Umfrage (390 MR, 186 MRS)

MR + MRS	PAI	PH	PARA	Gesamt
Gesamt VZÄ	57,5	118,2	13,6	189,3

theoretischer Bedarf laut Norm in 2000 (333 MR und 246 MRS, neue Norm)

MR + MRS	PAI	PH	PARA	Gesamt
Gesamt VZÄ	63,8	77,8	16,6	158,4

Tabelle 87: Vergleich zwischen aktuellem theoretischen Personalbedarf und Realität

Betrachtet man den theoretischen Bedarf für 2000 (der einer weiteren Umwandlung von 30 MR- in MRS-Betten sowie der im Oktober erfolgten Normerhöhung für Krankenpfleger für B-Fälle in MRS-Betten Rechnung trägt²¹), erkennt man schon einen nicht unerheblichen Einstellungsbedarf für Krankenpfleger (obwohl hier die reduzierte Zahl von 4 PAI angesetzt wurde) und in geringerem Maße für Paramediziner (wobei dieser schon vorwiegend dazu dient, nicht vorhandene Krankenpfleger zu ersetzen). Diese Anpassung war für die Altenpflegeheime bereits mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da sie kaum Krankenpfleger auf dem Arbeitsmarkt finden können.

2. Entwicklung des Personalbedarfs (in Vollzeitäquivalent) in den Alten(pflege)heimen der DG

Hier nun betrachten wir den Gesamtbedarf für alle 8 Heime, ausgehend von der realen Bettenzahl in 2000 (374 MR-Betten und 246 MRS-Betten), gefolgt von der theoretischen Entwicklung, wie sie in Tabelle 86 projiziert wird - wohlwissend, dass der hierzu erforderliche sprunghafte Anstieg zwischen 2000 und 2005 in der Praxis wohl kaum zu realisieren sein wird.

Krankenpfleger	2000	2005	2010	2015	2020
MR	28,7	40,0	49,1	57,6	61,6
MRS	38,4	66,7	81,9	96,0	102,8
Gesamt	67,1	106,7	131,0	153,5	164,5
Pflegehelfer	2000	2005	2010	2015	2020
MR	33,0	46,1	56,5	66,3	71,0
MRS	48,4	84,1	103,2	121,0	129,6
Gesamt	81,4	130,2	159,8	187,4	200,7
Paramediziner	2000	2005	2010	2015	2020
MR	3,4	4,8	5,9	6,9	7,4
MRS	13,6	23,6	29,0	34,0	36,4
Gesamt	17,0	28,4	34,8	40,8	43,7

Tabelle 88: Entwicklung des Personalbedarfs in den Alten(pflege)heimen der DG laut Szenario 3

²³ Es fehlen also 30 MR-Betten in 1999 bzw. 41 MR-Betten in 2000 sowie das entsprechende Personal, um an die gesamten Zahlen für die Deutschsprachige Gemeinschaft zu kommen.

Würden sich dieses Szenario durchsetzen, die Hypothesen bewahrheiten und die Bevölkerungsprognose stimmen (wobei hier sehr viel Vorsicht an den Tag gelegt werden muss), dann würde dies weit mehr als eine Verdopplung des heutigen Personalbedarfs in den nächsten 20 Jahren bedeuten! Angesichts der bereits heute bestehenden Rekrutierungsschwierigkeiten für höher qualifiziertes Personal, insbesondere KrankenpflegerInnen²⁴, kann man sich ausrechnen, mit welchen Problemen die Alten(pflege)heimen in diesem Falle konfrontiert würden (wobei wir unter Punkt 4.3.4. gesehen haben, dass unter den dort aufgeführten Hypothesen nur ein geringer Zuwachs an Diplomierten zu erwarten wäre). Demgegenüber steht eine gewisse "Reserve" an bereits vorhandenen PflegehelferInnen, die zurzeit über Norm beschäftigt sind. Allerdings wird auch ihre Zahl bereits 2005 von diesem Szenario eingeholt.

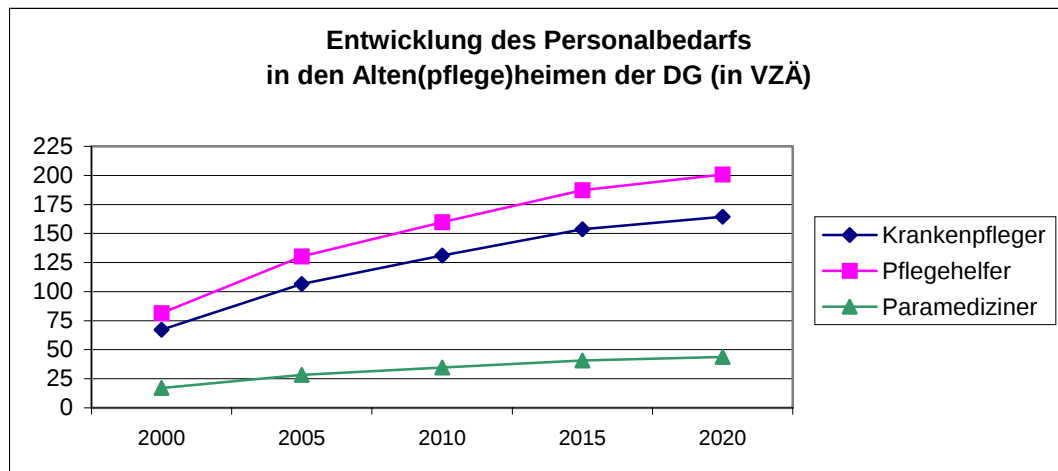


Abbildung 20: Entwicklung des Personalbedarfs in den Alten(pflege)heimen der DG laut Szenario 3

Auch wenn ein Teil des Pflegebedarfs durch eine gezielte Politik von den Alten(pflege)heimen auf die Heimpflege und -versorgung verlagert wird, so verlagert sich dadurch auch der Personalbedarf nur von der einen Form auf die andere. Natürlich kann es auch noch zu weiteren Änderungen kommen, wenn z.B. die Personalnormen des LIKIV angepasst und weitere Verschiebungen zwischen den Qualifikationen verlangt würden.

Und natürlich wird auch das Personal nur gebraucht, wenn die entsprechenden Heime und Dienste die nötigen Finanzmittel erhalten, um dies umzusetzen.

Außerdem sei nochmals verwiesen auf die heute noch ungeklärte Frage, wie sich der Pflegebedarf mit zunehmendem Alter der Bevölkerung entwickeln wird. Sicher ist jedoch auch, dass sich dieser nicht beliebig komprimieren wird lassen, trotz allen technischen und wissenschaftlichen Fortschritts.

5.4. Einführung einer Pflegeversicherung

Die Politik zielt darauf ab, den Verbleib der älteren Personen zu Hause zu fördern, um die Kosten für die Unterbringung in Institutionen im Rahmen zu halten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht ab einem gewissen Punkt die Kosten sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft höher sind beim Verbleib zu Hause als bei der Unterbringung in einem Heim. Mit steigender Pflegebedürftigkeit und sinkender Unterstützung durch das soziale Netzwerk der Person (insbesondere im Falle von Alleinstehenden, deren Zahl stetig anwächst) steigen auf jeden Fall die Kosten, die der/die Betroffene selber zu tragen hat, deutlich an (Dooghe, 1998).

Während die medizinisch-pflegerischen Leistungen weitgehend von der Krankenkasse mitfinanziert werden, bleiben die Kosten der nicht-medizinischen Hilfsleistungen (z.B. die Leistungen des Familienhilfedienstes, Putz- oder Haushaltshilfen,...) integral am Einzelnen hängen. Diese Kosten zu reduzieren ist das Ziel einer Pflegeversicherung. Ein entsprechender Vorstoß auf flämischer Seite wurde inzwischen aber aus organisatorischen Gründen wieder auf Eis gelegt.

Eine mögliche Alternative (auf föderaler Ebene) ist die Anpassung der "allocation pour personnes âgées", die bereits jetzt Personen mit niedrigem Einkommen beziehen können (Vorschlag Ministerin de Galan). Eine Erhöhung der Einkommensschwelle (von derzeit 600.000 BEF) könnte in Betracht gezogen werden.

²⁴ Dementsprechend wurde auch hier der Personalschlüssel von 4 PAI und 2 PARA pro 30 B-Fällen in den MRS angewandt, wohlwissend dass die angestrebte Norm bei 5 PAI und 1 PARA angelegt ist. In diesem Falle käme man bis 2020 auf 171,4 PAI und 36,8 PARA.

Welche Auswirkungen hat die Einführung einer Pflegeversicherung auf die Beschäftigung?

In Deutschland hat man anscheinend festgestellt, dass dadurch kaum Stellen geschaffen wurden. Die Beobachtungen zeigen bisher, dass die Unterbringung in Altersheimen rückläufig ist, dass andererseits aber die Inanspruchnahme von Heimpflegediensten nicht entsprechend gestiegen ist, sondern viele Familien das Geld beziehen und die Hilfsdienste selber erbringen. Im Kontext einer hohen Arbeitslosigkeit ist es die Möglichkeit, das Familieneinkommen leicht aufzubessern. Wie aber wird sich dies weiterentwickeln? Außerdem stellt sich die Frage - zumindest ab einer gewissen Pflegebedürftigkeit - ob die Betreuung zu Hause die Qualität erreicht, die sie in einem professionellen Rahmen erhalten würde.

Wie sieht es in Belgien aus?

- Die pflegerischen Leistungen werden durch die Intervention des LIKIV finanziert, daran wird sich nicht viel ändern (keine zusätzlichen Mittel).
- Der Verbleib der älteren Personen zu Hause wird mehr und mehr gefördert, daher könnte sich die Inanspruchnahme von häuslichen Versorgungsdiensten erhöhen.
- Belgische Grenzgänger, die in Deutschland oder Luxemburg arbeiten bzw. gearbeitet haben, können von den dort erworbenen Ansprüchen an die jeweilige Pflegeversicherung profitieren, auch wenn sie in Belgien wohnen. Dabei besteht die Möglichkeit, entweder Sach- oder Geldwertleistungen zu beziehen, wobei letztere vergleichsweise niedriger ausfallen. Von diesen Leistungen profitieren kann aber auch nur wer die Hilfsdienstleistung tatsächlich in Anspruch nimmt. Durch die Exportierbarkeit der Ansprüche könnte man von einer gesteigerten Nachfrage an Hilfsdienstleistungen auch in Belgien ausgehen.
- Wenn im Rahmen dieser Entwicklungen private kommerzielle Anbieter von Dienstleistungen aufkommen, muss einerseits auf Qualitätsstandards geachtet werden und andererseits dem Faktor Konkurrenz für die öffentlichen Anbieter Rechnung getragen werden.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Pflegesektor ist mit seinen rund 1000 Beschäftigten in pflege- und betreuungsorientierten Berufen (zuzüglich der administrativen und sonstigen Beschäftigten) ein äußerst wichtiger Sektor in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, sowohl aus beschäftigungs- wie aus sozialpolitischer Sicht. Es ist ein Wachstumssektor, der vor allem vielen Frauen gute und vielfältige Beschäftigungschancen bietet.

Wir haben in der vorliegenden Untersuchung versucht, eine Bestandsaufnahme des Sektors und des beschäftigten Personals zu erstellen, die aus beschäftigungs- und ausbildungspolitischer Sicht relevanten Aspekte zu untersuchen, kritische Faktoren herauszufiltern und die zukünftigen Entwicklungsperspektiven einzuschätzen. Ziel war es dabei, den politisch Verantwortlichen das Material an die Hand zu geben, damit richtungsweisende Entscheidungen im Bereich der Ausbildung und Beschäftigung, aber auch bei der Planung der verschiedenen Aufnahme- und Betreuungsstrukturen getroffen werden können.

Aus dieser Untersuchung wollen wir nunmehr die Schlussfolgerungen ziehen, darauf basierend einige Empfehlungen aussprechen und auf die kritischen Punkte hinweisen, in denen es unserer Meinung nach weiteren Handlungsbedarf gibt.

ZUSAMMENFASSUNG UND ERSTE ANREGUNGEN

In einem ersten Schritt des Projektes wurde mit Hilfe des Begleitausschusses der Untersuchungsrahmen abgesteckt (Bestimmung der zu untersuchenden Berufsgruppen und Einrichtungen, Eingrenzung der Problematik) und eine Vorgehensweise festgelegt. Dabei wurde beschlossen, für den empirischen Teil eine Befragung der Arbeitgeber im Sektor durchzuführen und von einer (ursprünglich vorgesehenen) Befragung der Arbeitnehmer - zumindest in dieser Phase - abzusehen. Dadurch konnten wir für diesen Bericht zwar eine Fülle von Daten aufarbeiten, nicht aber auf subjektive Aspekte wie die Gründe und Motivationen für die verschiedenen Laufbahnentscheidungen oder den Weiterbildungsbedarf aus Sicht der Arbeitnehmer eingehen. Möglicherweise wäre es interessant, gerade den letzten Aspekt erneut aufzugreifen, wenn man sich mit einer Neustrukturierung oder Ergänzung des Aus- und Weiterbildungsangebotes in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den betroffenen Berufsbereichen befassen würde.

Im Mai 2000 wurden dann die Fragebögen an die hiesigen Arbeitgeber versandt. Sie wurden zwar fast alle beantwortet, zum Teil aber erst mit erheblicher Verzögerung. Dies lag sicher auch an dem großen Arbeitsaufwand, der insbesondere für größere Einrichtungen mit dem Ausfüllen verbunden war, und der z.T. ungeahnten Komplexität mancher Materien (wie z.B. die vielfältigen Formen der zeitweiligen Rotationsbewegungen des Personals während eines Jahres messen und nachvollziehen?), die auch bei der Auswertung Schwierigkeiten bereitet hat. Dennoch hat sich aus unserer Sicht der Aufwand gelohnt. Interessant wäre natürlich, wenn die wichtigsten Informationen zur Entwicklung der Personalstruktur in den - aus Sicht der Beschäftigungspolitik - sensiblen Berufen und zu den betreuten Personengruppen regelmäßig erfasst werden könnten, um eine größere Planungssicherheit in Personal- und Ausbildungsfragen zu erreichen und wichtige Entwicklungen nicht zu verpassen. Da diese Angaben zum großen Teil - zumindest in den LIKIV-Sektoren - ohnehin jährlich für das LIKIV und/oder das LSS aufgezeichnet und mitgeteilt werden müssen, wäre dies bei einem koordinierten Vorgehen für die Arbeitgeber nicht mit sehr viel Mehraufwand verbunden.

Parallel zur Fragebogenaktion haben wir eine Fülle von Sekundärinformationen aufgearbeitet (statistisches Material aus verschiedenen Quellen, gesetzliche Rahmenbedingungen, wissenschaftliche Studien zum Thema, Befragung von Experten des Sektors usw.), um ein Gesamtbild der Beschäftigungssituation und -entwicklung im Pflegesektor zu erhalten. Schließlich handelt es sich beim untersuchten Sektor um ein stark reglementiertes Feld, wo nicht allein die Gesetze des freien (Arbeits)marktes eine Rolle spielen. Der Versuch einer Planung im Gesundheits- und Pflegebereich wird, mit wechselndem Erfolg, immer wieder auf verschiedenen Ebenen betrieben (siehe etwa die Diskussionen um den Numerus Clausus für Medizinstudenten). Auf der einen Seite erleichtert dieser Umstand die Vorausschau, da man sich z.B. an vorgeschriebene Programmierzahlen und Personalnormen orientieren kann, andererseits ist es überaus heikel, zukünftige politische Entscheidungen zu antizipieren, die nicht zuletzt durch veränderliche finanzielle Rahmenbedingungen mitbestimmt werden.

Deutlich kann man indes beobachten, dass die Beschäftigung im Pflegesektor in den letzten Jahren rasant angestiegen ist: während die Gesamtbeschäftigung in den letzten 15 Jahren in der Deutschsprachigen Gemeinschaft um 32% gewachsen ist, betrug die Steigerung im Gesundheits- und Sozialsektor +90%. Dies allein schon, verbunden mit den gewachsenen Qualifikationsansprüchen (Ersatz von nicht diplomiertem Personal durch diplomiertes Personal, Verlangen von Zusatzdiplomen) und dem überaus hohen Frauen- und

damit Teilzeitanteil in diesem Sektor, mag einen Teil des heute beobachteten Personalmangels erklären. Hinzu kommt, dass es aus mehreren Gründen um das Image und die gesellschaftliche Anerkennung der Pflege- und Betreuungsberufe in den 90er Jahren nicht immer zum Besten bestellt war und das benachbarte Ausland mit zum Teil attraktiveren Arbeitsbedingungen lockt.

Im Vergleich zum Landesinneren kommt hinzu, dass in der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Krankenhausbereich - dem größten Arbeitgeber im Sektor - vorhandene Kapazitäten nicht abgebaut worden sind, sondern im Gegenteil Betten und Dienste hinzugekommen sind (und weiter hinzukommen), da ihre Zahl hier zum Teil unter der Programmierung liegt und somit ein Aufholfaktor mitspielt. Aber gemessen an der Gesamtbeschäftigung hat der Pflegesektor hierzulande mit 8,6% trotzdem noch nicht dasselbe Gewicht wie in Flandern (10,8%) und vor allem wie in der Wallonie (13,1%) erreicht.

Und auch für die Zukunft sind schon weitere notwendig gewordene Aufstockungen in mehreren Bereichen (Krankenhäuser, psychiatrische Pflege und Seniorenbetreuung) geplant, die mit zusätzlichem Personalbedarf verbunden sein werden. Hinzu kommen dann noch Faktoren wie die anstehende Neuverhandlung der Programmierung im Alten(pflege)heimbereich (wo die Deutschsprachige Gemeinschaft zumindest im MR-Bereich bislang ebenfalls noch hinter den anderen Regionen liegt) und der erheblich wachsende Personalbedarf aus rein demographischen Erwägungen zur Entwicklung der Seniorenzahl (s.u.). Gerade in diesem Sektor stehen weitere große Herausforderungen an und ein Ende des Investitionsbedarfs ist nicht in Sicht.

Nicht zuletzt ergibt sich ein zunehmender Ersatzeinstellungsbedarf aufgrund der Altersstruktur des zurzeit beschäftigten Personals, der sich in der neuen Altersteilzeitregelung sowie in zunehmenden Pensionierungszahlen manifestieren wird.

Mit einem Ende des Neueinstellungsbedarfs ist also auch in nächster Zeit nicht zu rechnen.

Demgegenüber stehen relativ schwankende Zahlen an Schul- und StudienabgängerInnen bei den KrankenpflegerInnen und Familien- und Senioren-/SanitätshelferInnen. Die Attraktivität dieser Ausbildungen bei den Jugendlichen unterliegt zahlreichen Einflüssen, auf die man auch nur zum Teil einwirken kann. Unter anderem muss der Sektor versuchen, durch Werbemaßnahmen mehr Jugendliche, insbesondere auch mehr Jungen, für diese Berufsrichtungen zu sensibilisieren. Bei einer durchschnittlichen "Erfolgsquote" von etwas mehr als 50% bei den KrankenpflegerInnen beendet zudem nur rund jede/r Zweite ihr/sein Krankenpflegestudium erfolgreich. Man sollte sich also die Frage stellen, ob die Jugendlichen genügend vorbereitet sind auf die Anforderungen dieses Studiums.

Zum Beruf des Familien- und Seniorenhelfers verdient die Frage des Berufsimages und des Zielpublikums, wie auch die Entwicklung des Berufsbildes mehr Beachtung. Neben den SchülerInnen müsste ein weiteres Potential bei den WiedereinsteigerInnen zu finden sein, für die allerdings bislang nur punktuelle Ausbildungsmaßnahmen angeboten wurden.

Wir empfehlen daher im Bereich der Aus- und Weiterbildung eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem bestehenden Angebot (s.u.).

Auch das Potential an Arbeitslosen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, das ein Interesse an den hier angesprochenen Berufen hat, scheint zumindest in den Bereichen Pflegehilfskräfte und Erzieher nicht unerheblich zu sein, doch gilt es das Profil der erfassten Personen individuell zu überprüfen, ob diese für eine Wiederbeschäftigung oder Qualifizierung in Frage kommen.

Neben dem (zukünftigen und hypothetischen) Personalpotential ist aber natürlich auch der aktuelle Bestand von großem Interesse. Der Sektor kennzeichnet sich durch einen überaus hohen Frauenanteil (80% insgesamt und 89% in den Pflege- und Pflegehilfsberufen) und ist für die Frauen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft nach dem Unterrichtswesen der zweitgrößte Arbeitgeber. Von den erfassten knapp 1000 Personen gehörten 49% zu den Krankenpflegern, 30% zur Gruppe der Pflegehilfskräfte und 21% zur Gruppe der paramedizinischen und Sozialberufe.

Der Anteil an Teilzeitbeschäftigten ist mit 65% im Vergleich zu den übrigen Regionen (52-55%) besonders hoch, so dass die anfallende Arbeit hier auf umso mehr Köpfe verteilt werden muss. Je nach Untersektor und Berufsgruppe existieren unterschiedliche Beschäftigungsmuster, auf die wir mehr im Detail eingegangen sind. So sind z.B. im Krankenhaus- und Behindertensektor weniger Teilzeitarbeit und mehr jüngere Beschäftigte anzutreffen. Die jungen KrankenpflegerInnen arbeiten bevorzugt in den Krankenhäusern, während die älteren eher in den Alten(pflege)heimen und sonstigen Einrichtungen zu finden sind. Dagegen sind die Pflegehilfskräfte in den Alten(pflege)heimen im Durchschnitt jünger als in den anderen Sektoren. Generell arbeiten die Pflegehilfskräfte weitaus häufiger Teilzeit als die Krankenpfleger und Personen in den paramedizinischen bzw. sozialen Berufen. All diese Beobachtungen können weiter hinterfragt werden.

Die einzelnen Berufsgruppen sind in den Untersektoren auch unterschiedlich stark vertreten. Die Krankenhäuser beschäftigen zu 72% Krankenpfleger und bleiben damit die wichtigsten Arbeitgeber für diese. Die Altenheime beschäftigen zu 63% Pflegehilfskräfte, die Einrichtungen für Personen mit Behinderung zu 93%

Sozialberufler bzw. Paramediziner, während in der ambulanten Pflege und Versorgung je zur Hälfte Krankenpflegerinnen und FSH tätig sind. Die in den einzelnen Sektoren beobachteten Entwicklungstendenzen haben also unterschiedlich starke Auswirkungen auf die einzelnen Berufsgruppen, sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht. Denn neben dem zahlenmäßigen Anstieg der Beschäftigtenzahlen in allen Berufsgruppen sind es vor allem die höher qualifizierten Personen, die - in Vollzeitäquivalent gemessen - besonders gefragt sind. Außerdem können auch in Zukunft neue Berufsbilder und Arbeitsteilungen auftauchen.

In punkto Vertragsart kann man festhalten, dass der unbefristete Vertrag die Regel darstellt. Befristete Verträge sind häufiger bei den Beratungs- und Begleitstrukturen und den Einrichtungen für Personen mit Behinderung. Im Vergleich zu den anderen Gruppen sind die Paramediziner und Sozialberufler etwas häufiger mit befristeten Verträgen und die Pflegehilfskräfte mit ABM-Verträgen konfrontiert.

Während die meisten Pflegehilfskräfte hier vor Ort ausgebildete Personen sind, haben die Krankenpfleger nur zu einem Drittel ihre Ausbildung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft absolviert. Umgekehrt arbeitet doch ein ganz erheblicher Teil der hier ausgebildeten Personen auch in den hiesigen Einrichtungen, so dass die Anziehungskraft der Nachbarländer zwar eine Rolle spielt, aber vielleicht nicht so stark wie mancher befürchtet.

Der Sektor ist mit einer hohen Personalrotation konfrontiert. Neben definitiven Personalwechseln spielen auch die zahlreichen zeitweiligen Ausfälle (Schwangerschaft, Krankheit, Laufbahnunterbrechung usw.) eine wichtige Rolle und stellen die Arbeitgeber vor schwierige Aufgaben in Bezug auf das Personalmanagement. So ist es nicht unüblich, quasi "vorbeugend" insbesondere Krankenpfleger unmittelbar nach deren Studienabschluss zu engagieren, damit man über die notwendige Personalreserve "für alle Fälle" verfügt.

Offene und schwierig zu besetzende Stellen betreffen insbesondere die KrankenpflegerInnen in den Alten(pflege)heimen, was durch die kürzlich erfolgte Normanpassung noch verschärft worden ist. Dagegen werden kaum Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Pflegehilfskräften vermeldet. Dabei mag es nicht unerheblich sein, dass eine gewisse Reserve gerade in dieser Berufsgruppe existiert, dadurch dass hier die Pro-Kopf-Arbeitszeit am niedrigsten ist und relativ leicht "umorganisiert" werden kann. Auch in gewissen paramedizinischen bzw. Sozialberufen (graduierte Erzieher, Ergotherapeuten) und bei den Krankenpflegern mit Fachtiteln scheinen gelegentlich Spannungen am Arbeitsmarkt aufzutreten.

ENTWICKLUNGEN MIT AUSWIRKUNGEN AUF DEN PERSONALBEDARF

a) sozio-demographische Entwicklungen

Deutliche Verschiebungen in den Generationenverhältnissen und damit einhergehend eine massive Überalterung der Bevölkerung hält in weiten Teilen Europas Einzug. Dieses Phänomen macht auch vor der Deutschsprachigen Gemeinschaft nicht Halt. Dies wird auch gerade im Sozial- und Pflegesektor gravierende Auswirkungen haben:

- Die zunehmende Zahl an Senioren hat einen erhöhten Bedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten zur Folge, sei es in Institutionen oder in der Heimpflege und -versorgung. Dabei kann noch nicht definitiv vorausgesehen werden, inwiefern dieser zusätzliche Bedarf kompensiert wird durch die bessere Gesundheit der älteren Bevölkerung. Während man in der Alterstranche von 65 bis 80 Jahren von einem durchschnittlich besseren Gesundheitszustand der Personen ausgeht, ist aber zumindest in den letzten Lebensjahren auch in Zukunft mit einem intensiven Pflegebedarf zu rechnen. So treten besonders pflegeintensive Krankheiten wie Krebs und Demenz gerade bei den ältesten Bevölkerungsgruppen auf, deren Zahl wiederum in Zukunft besonders stark ansteigen wird. Es muss daher langfristig geplant werden, welche Versorgungsstrukturen in welcher Höhe ausgebaut werden. Eine weitere ansehnliche Erhöhung der Bettenzahlen im Alten- und Pflegeheimbereich scheint jedoch unumgänglich. Diese sollte sich an der Zahl und altersmäßigen Zusammensetzung der Bevölkerung über 65 Jahren (und insbesondere derjenigen über 80 Jahren) orientieren.

Die bereits geplanten Erhöhungen, aber mehr noch der weitere notwendige Ausbau der Aufnahmestrukturen für Senioren wird eine erhebliche Zahl an zusätzlichen qualifizierten Pflegern und Pflegehelfern benötigen. Auch wenn ein Teil des Pflegebedarfs über alternative Betreuungsformen und den Ausbau der Hauskrankenpflege und häuslichen Versorgung der Senioren in den eigenen vier Wänden gewährleistet werden kann (und sollte), hat das in personeller Hinsicht hauptsächlich eine Verschiebung, aber keine Reduzierung, hin zu diesen Einrichtungen zur Folge. Damit sich nicht auch das Personalproblem einfach verlagert, muss auch für die ambulanten Diensten eine vorausschauende Politik geführt werden und auf die Attraktivität der dort ausgeübten Berufe geachtet werden.

Generell gilt es, in die Ausbildung und Erhaltung der Humanressourcen zu investieren, wobei das in dieser Untersuchung ermittelte Bild der Beschäftigung Aufschluss darüber liefert, inwiefern man Tatsachen wie der Teilzeitarbeit, der Alterszusammensetzung des Personals, des Qualifikationsprofils und der Rotation Rechnung tragen muss.

- Ein Großteil der Betreuungsarbeit wird heute noch ehrenamtlich durch die Familie und das soziale Umfeld geleistet. Doch auch hier kommen die Generationenverschiebungen ins Spiel, vor allem das, was in der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalens mit dem Verschwinden der "Sandwich-Generation" bezeichnet wird. Heute ist es vor allem die mittlere Generation der Frauen von etwa 50-59 Jahren, die - weil häufig nicht berufstätig - sowohl einen Großteil der Kinderbetreuung für ihre Töchter übernimmt und somit diesen die Berufstätigkeit ermöglicht, als auch schätzungsweise 4/5 der Altenpflege für ihre Eltern generation leistet und somit die staatliche Altenhilfe entlastet. Nun wird auch diese Generation allmählich älter und die demographischen Prognosen sagen uns, dass es gerade diese Altersgruppe ist, die in Zukunft zunächst stark schrumpfen wird. Zudem wird sie in Zukunft häufiger selbst (noch) berufstätig sein. Wer wird also ihre ehrenamtliche Arbeit übernehmen?

Der Bedarf an professioneller Hilfe wird also zunehmen, auch weil die sozialen Netzwerke schwächer werden und es mehr und mehr alleinstehende Senioren gibt (wobei die Städte stärker betroffen sind als ländliche Gebiete). Damit die nachrückende Generation überhaupt die Möglichkeit hat, diese Betreuungsarbeit zu leisten, kommt man nicht umhin, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern.

- Die Überalterung der Bevölkerung hat aber auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Auch in den Krankenhäusern wird der Anteil der älteren Patienten ansteigen, die im Regelfall eine intensivere Pflege als die jüngeren verlangen. Auch wenn die Gesundheit der Patienten erst in einem höheren Alter als früher nachlässt, so hat man dann doch oft mit einer Kombination von mehreren Gebrechen zu tun. Auch eine OECD-Studie zeigt, dass die Tendenz zwar dahin geht, den weniger pflegebedürftigen Senioren möglichst lange den Verbleib zu Hause zu ermöglichen, dass sich aber dadurch in den Institutionen (sei es Krankenhaus oder Pflegeheim) vor allem die schweren Pflegefälle konzentrieren. Auch das hat wiederum zur Folge, dass die Ansprüche an das Personal steigen. So werden jetzt schon immer höhere Anforderungen an das Pflegepersonal gestellt (Verlangen eines Fachtitels), dem die Krankenhäuser nur schwierig nachkommen können.

Außerdem zeigt der Peers-Bericht, dass in den reichen Nationen insbesondere die Zahl der Personen mit psychischen Problemen, Depressionen, Überkonsum an Medikamenten u.ä. anwächst. Nicht umsonst wird auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft der Ausbau der Betreuungsstrukturen in diesem Bereich betrieben (MSP-Betten) bzw. ein Bedarf angemeldet (Dienststelle für Personen mit Behinderung). Auch wenn man diesem sozialen Phänomen nicht allein durch das Gesundheitssystem beikommen kann, sondern einen ganzheitlichen Ansatz (auf Ebene der gesamten Gesellschaft) finden muss, zeigt dies doch eine weitere Richtung in punkto Personal- bzw. Qualifikationsbedarf auf.

b) beschäftigungs- und sozialpolitische Entscheidungen

- Mit dem Ziel einer effizienteren Mittelnutzung hat man Krankenhausbetten zugunsten von Tagesklinik-Behandlungen einerseits und Alten(pflege)heimplätzen andererseits rationalisiert²⁵. Nun geht die Bewegung weiter: Man versucht, teure Altenheimplätze einzusparen, indem man den Verbleib der Senioren in den eigenen vier Wänden fördert und alternative Betreuungsformen (Tagespflege, betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege usw.) sowie Hauskrankenpflege und häusliche Versorgung anbietet. Während dies sicher dem Wunsch vieler Senioren entspricht, ist es doch keine allgemeingültige Lösung. Neben dem Vereinsamungsaspekt, der vor allem für Alleinstehende damit einhergehen kann, spielt auch der Kostenfaktor für den Einzelnen und die Gesellschaft eine Rolle.

Desto pflegebedürftiger eine Person und desto schwächer ihr soziales Umfeld ist, desto teurer wird für sie die häusliche Pflege und Versorgung. Dabei sind die Senioren schon mit steigenden Gesundheitskosten konfrontiert: Laut Peers (1997) haben sich die Gesundheitsausgaben der Senioren in den letzten 10 Jahren quasi verdoppelt. Daher sollte auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft die Debatte um die Pflegeversicherung intensiv geführt und die Erfahrungen, die in den Nachbarländern Deutschland und Luxemburg gemacht wurden, berücksichtigt werden. Geschieht nichts in diesem Bereich, wird zudem ein Gefälle entstehen zwischen der hier arbeitenden Bevölkerung und den Grenzgängern, die in den Genuss

²⁵ Dennoch haben sich, so Professor Deliège, trotz des Bettenabbaus von 14% zwischen 1982 und 1994 die Gesundheitsausgaben des LIKIV pro Versichertem für Krankenhausaufenthalte in diesem Zeitraum mit 2,1 multipliziert (und mit 2,6 wenn man die Pflegekosten in den Alten(pflege)heimen mit berücksichtigt). Dies ist unter anderem auf den starken Personalzuwachs - trotz Bettenabbaus - zurückzuführen.

der Pflegeversicherung ihres Arbeitslandes kommen und entsprechende Sach- oder Geldleistungen in Anspruch nehmen können.

Doch auch für die Gesellschaft insgesamt scheint die Finanzierung der Pflege und Betreuung ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit teurer zu sein beim Verbleib zu Hause als bei einer Unterbringung im Heim.

Und nicht zuletzt besteht die Gefahr, dass sich dadurch ein Teil der Finanzlast vom Föderalstaat (aus der LIKIV-Finanzierung) auf die Gemeinschaften verlagert, die für die Finanzierung der häuslichen Versorgung aufkommen müssen. Dieses Thema bedarf sicherlich einer eingehenderen Untersuchung durch entsprechende Experten.

Trotz dieser Einschränkungen ist es natürlich überaus wichtig, über ein Konzept der häuslichen Versorgung und ihre Finanzierungsmodalitäten nachzudenken (wie dies bereits von den betroffenen Trägern in Angriff genommen wurde) und auch die für unsere Gemeinschaft relativ neuen Angebotsformen der Tagespflege und betreuten Wohnungen für Senioren in ein durchdachtes Konzept zu packen und die Nachfrage der Bevölkerung mehr in diese Richtung zu lenken.

- Die ständige Verkürzung der Krankenhausaufenthalte, die Förderung der Tagesklinik-Behandlungen und die Zulassung von zusätzlichen spezialisierten Diensten (Notfallaufnahme, Nierendialyse usw.) geht einher mit höheren Anforderungen an das Pflegepersonal und einer Verschiebung der Qualifikationen. Diese Formen der Behandlung führen zu kurzen aber intensiven Versorgungsleistungen, zu einer zunehmenden Bedeutung der Technik und einer Verringerung der sogenannten "Hoteldienstleistungen". In den Krankenhäusern wird also weiterhin mehr medizinisch-technisch versiertes Personal und weniger Pflegehilfskräfte benötigt.

- Den Normanpassungen, die scheinbar unausweichlich die Tendenz haben, stets steigende Qualifikationsanforderungen zu stellen, können sich die Einrichtungen kaum entziehen. Dennoch stellt sich manchem die Frage, ob diese in jedem Fall gerechtfertigt sind. Auf jeden Fall stellen sie aus arbeitsmarktpolitischer Sicht ein weiteres Problem dar, da es gerade die hochqualifizierten Pfleger sind, an denen es mangelt.

Mit dem Problem des Mangels an hochqualifiziertem und spezialisiertem Personal haben auch die Einrichtungen in der Behindertenbetreuung zu kämpfen.

Hier gilt es also, verstärkt fähige Jugendliche für eine Ausbildung und Karriere im sozialen und pflegerischen Bereich zu motivieren und für ein entsprechendes Angebot im Aus- und Weiterbildungsbereich zu sorgen.

- Die Einrichtungen müssen einer ganzen Reihe von sozialrechtlichen Anpassungen und Errungenschaften der Beschäftigten Rechnung tragen (siehe Abkommen im nicht-kommerziellen Sektor, "écartement" von schwangeren Pflegerinnen, Berufslaufbahnunterbrechungen, Arbeitszeitverkürzungen etc.). Dies stellt sie sowohl vor Rekrutierungsprobleme als vor allem auch vor organisatorische Probleme. Andererseits würde es die Zahl der Pflegekräfte vermutlich weiter negativ beeinflussen, gäbe es diese Erleichterungen in einem anstrengendem und anspruchsvollem Beruf wie dem ihren nicht. Gerade auf arbeitsorganisatorischem Bereich allerdings könnten vermutlich weitere Verbesserungen erzielt werden, wenn alle Parteien mit der nötigen Offenheit an die Sache herangehen.

Ein sicherlich nicht zu vernachlässigender Nebenaspekt der neuen Regelung zur Berufslaufbahnunterbrechung im Privatsektor, die ab 2002 in Kraft tritt, ergibt sich aus der Verkürzung ihrer Dauer von 5 auf 1 Jahr (für unter 50-Jährige und falls auf Ebene des Sektors kein eigenes Abkommen mit längerer Dauer abgeschlossen wird). Allerdings wird daraus im Gegensatz zu vorher ein Anrecht. Diese Änderung dürfte den Bedarf an Kleinkindbetreuungsplätzen stark erhöhen, da sich Mütter dann nur noch während einem Jahr ganz ihrem Nachwuchs widmen können. Diesem Aspekt gilt es sicher bei der Planung der Aufstockung von Kinderbetreuungsstrukturen Rechnung zu tragen.

WIE DEM PERSONAL- UND NACHWUCHSMANGEL ENTGEGENWIRKEN?

Dass das Pflegepersonal knapp wird, ist unter anderem angesichts der phänomenalen Beschäftigungsentwicklung in diesem Sektor in den letzten 10-15 Jahren nicht verwunderlich. Dass dieses Phänomen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft von sehr großer Bedeutung ist, kann außerdem auf den Nachholbedarf unserer Gemeinschaft zurückgeführt werden: während anderswo Kapazitäten abgebaut wurden (und trotzdem zusätzliches Personal eingestellt werden musste), sind hier sogar weitere Aufnahmekapazitäten geschaffen

worden. Und die künftigen Entwicklungen gehen in die gleiche Richtung, insofern der nötige politische Konsens und die Finanzmittel gefunden werden.

Die Engpässe sind nicht überall die gleichen: während die Alten- und Pflegeheime mit einem quantitativen Mangel an Krankenpflegern überhaupt zu kämpfen haben, suchen die Krankenhäuser vor allem nach Krankenpflegern mit speziellen Fachtiteln (Notfall- und Intensivpflege, OP,...). Bei den Pflegehelfern scheint (noch) kein akuter Mangel zu herrschen, jedoch muss man sich Gedanken machen, welches Zielpublikum man in Zukunft für diese Ausbildung ansprechen will und ob nicht eine permanente Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit (im Rahmen eines Gesamtkonzeptes, s.u.) angebracht wäre. Darüber hinaus ist es wichtig, die Entwicklung der Berufsbilder in diesem Bereich im Auge zu behalten.

Daher ist es sicher nicht verfrüht, sich Gedanken über den Erhalt der Beschäftigten und die Motivation zusätzlicher Personen für eine Karriere in diesem Sektor zu machen. Welche Möglichkeiten haben wir?

- Die Zahl der Jugendlichen, die sich für einen Sozial- oder Pflegeberuf entscheidet, ist unter anderem konjunkturabhängig, wie wir gesehen haben. Auch die Lebensphilosophie und persönlichen Werte der Jugendlichen (wie auch der Beschäftigten) beeinflussen ihre Ausbildungs- und Berufswahl. Auf diesem Gebiet kann man aber nur versuchen, ein anderes, zeitgemäßes Berufsbild zu zeichnen. Natürlich darf es nicht wirklichkeitsfremd werden, denn es nutzt niemandem, wenn die jungen Menschen sich nach kurzer Zeit wieder desillusioniert vom Beruf abwenden.
- Dies läuft darauf hinaus, dass die Berufs- und Arbeitsbedingungen den modernen Anforderungen gerecht werden müssen, wo immer dies möglich ist. Familienfreundliche Arbeitszeiten und -rhythmen, Weiterbildungs-, Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten, gute Bezahlung und multidisziplinäres Arbeiten im Team sind einige Stichworte hierzu.
Ein positives Signal wurde sicherlich durch die Anpassung der Baremen in den Alten(pflege)heimen und Heimpflegediensten an Krankenhausniveau und durch die neue Möglichkeit der Arbeitszeitreduzierung ab 45 Jahren (bei gleichem Gehalt) gesetzt.
- Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist im Pflegesektor der Deutschsprachigen Gemeinschaft besonders hoch. Gibt es nicht Möglichkeiten, diesen Personen verstärkt Anreize zur Erhöhung ihrer Arbeitszeit zu bieten? Auch Fragen der Arbeitszeitregelungen und -organisation könnten dabei eine Rolle spielen. Sollte es z.B. an fehlenden Kinderbetreuungsstrukturen liegen, so könnte man dem sicherlich Abhilfe verschaffen. Die Kehrseite einer solchen Politik liegt jedoch im oben erwähnten Dilemma der "Sandwich-Generation": man kann nicht von den Frauen verlangen (denn zumeist handelt es sich um diese), sowohl vollzeitig Berufsarbeit als auch noch einen Großteil der "Familienarbeit" zu leisten.
- Welches Potential liegt bei den WiedereinsteigerInnen? Würde es sich nicht lohnen, eventuell auch grenzüberschreitend, Ausbildungsprojekte für Personen zu konzipieren, die nach der Familienphase wieder in die Arbeitswelt zurückkehren wollen? In Deutschland hat man allerdings die Erfahrung gemacht, dass man sehr stark auf die individuellen Voraussetzungen dieser Personen eingehen muss, wenn man vermeiden will, dass sie nach kurzer Zeit wieder aufgeben. Denn viele dieser Personen bringen nicht (mehr) die nötigen Grundvoraussetzungen für eine Standardausbildung mit.
Auch der nur mäßige Erfolg der angebotenen Aufstiegsausbildung für Pflegehelfer zum Krankenpfleger in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (wo die 20 möglichen Plätze bei weitem nicht ausgeschöpft wurden) lässt vermuten, dass man vor allem bei den Jugendlichen ansetzen muss.
- Und daher ist der wichtigste Faktor sicherlich, über ein gutes, attraktives Ausbildungssystem zu verfügen. Diesem Thema haben wir den folgenden Absatz gewidmet.

AUS- UND WEITERBILDUNG

Während man sich in den Nachbarländern Deutschland und Niederlande über sinkende Schülerzahlen in Pflegeberufen beklagt, können wir dies für Belgien und die Deutschsprachige Gemeinschaft zumindest heute noch nicht beobachten. Dennoch erfordert der aktuelle und künftige Arbeitskräftebedarf, dass das Ausbildungssystem in den entsprechenden Berufen möglichst effizient, attraktiv und gut organisiert ist.

1. Die Deutschsprachige Gemeinschaft verfügt über mehrere Ausbildungsträger, die in den betroffenen Berufsfeldern aktiv sind (Sekundarschulen, Krankenpflegeschule, KPVDB, Familienhilfe, Arbeitsamt, RZKB, Institut für Weiterbildung,...). Während die Schulen ein permanentes, aber begrenztes Angebot aufweisen,

sind die anderen Träger punktuell im Rahmen von Ausbildungsmaßnahmen für Arbeitslose/Wiedereinsteigerinnen oder auch im Weiterbildungsbereich tätig.

Hier könnte durch ein durchdachtes integriertes Konzept, das vor allem die Humanressourcen der verschiedenen Träger besser bündeln würde, ein breitgefächertes und strukturierteres Angebot aufgebaut werden (s. Anlage 3). Um einen Modebegriff aufzunehmen: warum kein "Kompetenzzentrum für Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsberufe" andenken? Die Schwachpunkte zurzeit liegen nämlich unserer Auffassung nach in folgenden Bereichen:

- Die Träger punktueller Maßnahmen verwenden sehr viel Zeit, Mittel und Humanressourcen, um immer wieder von neuem Ausbildungsprojekte auf die Beine zu stellen. Demgegenüber liegt ein immer offensichtlicher werdender struktureller Bedarf.
 - Es mangelt an Weiterbildungsangeboten im pflegerischen Bereich. So wäre z.B. zu überprüfen, ob nicht die eine oder andere Fachtitel-Ausbildung für Krankenpfleger von der Krankenpflegeschule Eupen organisiert werden könnten (im optimalen Fall mehrere Ausrichtungen im mehrjährigen Turnus), da die Arbeitgeber offensichtlich große Schwierigkeiten haben, Krankenpfleger mit Fachtiteln zu finden, die aber aufgrund der Personalnormen vonnöten sind. Des weiteren wäre es auch für die FamilienhelferInnen sinnvoll und aufwertend, wenn das eine oder andere Weiterbildungsmodul angeboten werden könnte, je nachdem in welchem Einsatzbereich diese Personen arbeiten. Auch der Sozialbereich (s. Abteilung Erziehung) sollte nicht außer acht gelassen werden, da sich möglicherweise sehr sinnvolle Synergien mit den anderen Ausbildungen finden lassen.
 - Im Bereich der Kleinkindbetreuung gibt es zwar bislang verschiedene Ansätze (Vorbereitungsjahr der Krankenpflegeschule im Fachbereich KinderanimatorIn, punktuelle Maßnahmen des RZKB, Abteilung "Erziehung" der Sekundarschule, das Modul Kinderbetreuung in der Ausbildung für Familien- und SeniorenhelferInnen), aber kein durchdachtes Konzept für eine strukturierte Ausbildung. Auch dem könnte durch Synergien Abhilfe verschafft werden. Zumal sich der Bedarf an BetreuerInnen erhöhen wird, wenn die Gemeinschaft wie geplant die Zahl der Aufnahmeplätze bis 2004 verdoppelt.
 - Nicht zuletzt sollte aufmerksam verfolgt werden, welche Entwicklungen der Berufsbilder sich abzeichnen und was diesbezüglich auf Ebene des Sektors geplant wird, damit auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft rechtzeitig (und konzertiert) reagiert wird. Als Beispiele seien hier die Diskussion um den "qualifizierten Pflegehelfer" (mögliches neues Berufsbild zwischen den FSH und KrankenpflegerInnen) oder die geplante Abschaffung der Diplome auf Abiturniveau in den Fächern Erziehung und KinderanimatorIn in der Französischen Gemeinschaft genannt.
2. Der Sektor verlangt nach gut ausgebildetem Personal, dass er in dem Umfang zurzeit nur unter Schwierigkeiten findet. Um mehr Jugendliche mit dem geeigneten Profil für eine Karriere in diesem Sektor zu gewinnen, schlagen wir vor, auf Ebene des Sekundarunterrichtes entweder im allgemeinbildenden oder im technischen Zweig (wegen der gut ausgewogenen Mischung von allgemeinbildender und praxisorientierter Ausbildung) eine neue Abteilung zu schaffen, die wir provisorisch "Gesundheits- und Sozialwesen" nennen wollen. Es sollte eine anspruchsvolle, polyvalente Abteilung sein, die auf die weiterführenden Studien im Gesundheits- und Sozialbereich vorbereitet und eventuell auch einen beruflichen Abschluss der Sekundarschule vermittelt (zu diskutieren). Die inhaltliche Gestaltung einer solchen Abteilung sollte im Rahmen einer Arbeitsgruppe von Regierung und Ministerium in Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern des Sektors und den Ausbildungsverantwortlichen weiter ausgearbeitet werden.
 3. Es sollte nach Wegen gesucht werden, mehr Jungen für eine Karriere im Gesundheits- und Sozialbereich zu interessieren, quasi das Pendant zur Kampagne "Frauen in Männerberufen". Es gilt ein positives Image der betroffenen Berufe zu vermitteln, das nicht nur auf die angeblich weiblichen Tugenden und Sozialkompetenzen abzielt, sondern auch Jungen motivieren kann. Dies wäre sowohl im Sinne der Arbeitgeber, die eine größere Personalstabilität nur begrüßen können, als auch im Sinne der "Kunden" (Patienten, Altenheimbewohner, Behinderte, ...), worunter sich naturgemäß auch sehr viele Männer finden, die sich zum Teil mehr männliche Ansprechpartner wünschen.

Und schließlich sollte man über die Brechung von gewissen "Tabus" zumindest nachdenken, denn die Umsetzung geht zum Teil über den Kompetenzbereich der Deutschsprachigen Gemeinschaft und auch über Maßnahmen, die einfach verordnet werden können, hinaus. Die starre Abgrenzung zwischen den Berufen (etwa zwischen den Krankenpflegern und den Familien- und Seniorenhelfern, oder auch zwischen den Graduat- und Brevet-Pflegern) scheint manchen Fachleuten überholt. Auch wird z.B. befürchtet, dass es durch die Zugangsbeschränkungen für das Medizinstudium mittelfristig zu einer Verknappung der Ärzte kommen wird, so dass diese wiederum einen Teil ihrer Arbeit an die Krankenpfleger und Paramediziner delegieren werden. Angesichts der Personalknappheit und auch des tatsächlichen Bedarfs der zu betreuenden Personen sollte über die Umverteilung von Kompetenzen und Zuständigkeiten diskutiert werden, zumindest in Grenzbereichen: Gibt

es nicht Aufgaben, die von Familien- und Seniorenhelfer(innen) übernommen werden könnten - gegebenenfalls unter entsprechender Begleitung oder unter der Bedingung von Zusatzqualifikationen - die aber zurzeit den Krankenpfleger(inne)n vorbehalten sind? Sollten Fachtitel-Ausbildungen nicht auch für Brevet-PflegerInnen zugänglich gemacht werden? Sind Personalnormen, die die Qualifikationsanforderungen ständig nach oben schrauben, tatsächlich in jedem Falle sinnvoll und notwendig?

Ziel dieser Überlegungen ist nicht, bestehende Berufe abzuwerten oder die Qualität der Pflege zu mindern indem andere Beschäftigte überfordert werden, sondern jede(n) Beschäftigte(n) möglichst optimal im Verhältnis zu ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen einzusetzen. Zur Umsetzung ist allerdings eine gute interdisziplinäre Teamarbeit sicherlich unabdingbar.

Und so gibt es vielleicht noch weitere Felder, auf denen innovatives Denken ein Vorwärtkommen ermöglichen könnte.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Programmierung der Krankenhausbetten	S.14
Tabelle 2: Entwicklung der Bettenzahl in den Krankenhäusern der DG	S.15
Tabelle 3: Krankenhausbettendichte pro 1000 Einwohner	S.15
Tabelle 4: Die Krankenhausinfrastruktur und -belegung in der DG	S.16
Tabelle 5: Mindestpersonalnormen für die Anerkennung von Altenheimen (MR).....	S.17
Tabelle 6: Personalnormen des LIKIV für Altenheime (MR).....	S.17
Tabelle 7: Vergleich Programmierung und Realität in den Altenheimen	S.18
Tabelle 8: Personalnormen des LIKIV für Altenpflegeheime (MRS).....	S.19
Tabelle 9: Vergleich Programmierung und Realität in den Altenpflegeheimen	S.19
Tabelle 10: Reale Entwicklung der anerkannten Bettenzahlen in MR und MRS in der DG	S.20
Tabelle 11: Entwicklung der Aufnahmeplätze für Personen mit Behinderung in der DG seit 1995.....	S.25
Tabelle 12: Personalnormen für Tagesstätten	S.25
Tabelle 13: Vergleich zwischen Programmierung und Realität des Angebots im Pflegesektor der DG	S.26
Tabelle 14: Beschäftigungsentwicklung im Gesundheits- und Sozialsektor der DG	S.27
Tabelle 15: Anzahl Arbeitnehmer/Arbeitgeber nach Größe des Unternehmens.....	S.28
Tabelle 16: Verteilung der Arbeitnehmer nach Statut und Geschlecht.....	S.28
Tabelle 17: Anzahl Arbeitnehmer nach Sektoren und Kantonen	S.28
Tabelle 18: Spezialisierungsindizes im Vergleich.....	S.28
Tabelle 19: Anteil der Teilzeitarbeit im Gesundheits- und Sozialsektor	S.29
Tabelle 20: Beschäftigungsentwicklung 1997-1999 pro Untersektor	S.29
Tabelle 21: Beschäftigungsentwicklung 1997-1999 pro Berufsgruppe.....	S.30
Tabelle 22: Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen der DG 1994-1999	S.30
Tabelle 23: Personalentwicklung in den Krankenhäusern der DG seit 1997	S.31
Tabelle 24: Anteil der Berufsgruppen je nach Art der Einrichtung	S.31
Tabelle 25: Struktur des Pflegepersonals in den Krankenhäusern nach Qualifikation	S.31
Tabelle 26: Entwicklung des Alten(pflege)heimpersonals 1997-1999	S.33
Tabelle 27: Personaldichte in den MRS.....	S.33
Tabelle 28: Personal in den Alten(pflege)heimen der DG laut LIKIV	S.34
Tabelle 29: Belegung der Alten(pflege)heime der DG laut LIKIV.....	S.35
Tabelle 30: Verteilung der Senioren nach Abhängigkeitsgrad in den Alten(pflege)heimen der DG	S.35
Tabelle 31: Verteilung der Senioren nach Abhängigkeitsgrad in den belgischen Alten(pflege)heimen.....	S.35
Tabelle 32: Altersverteilung der Alten(pflege)heimbewohner in der DG	S.36
Tabelle 33: Nutzungsquoten der Alten(pflege)heimstrukturen in der DG	S.36
Tabelle 34: Nutzungsquoten der Alten(pflege)heimstrukturen pro Altersgruppe in Flandern und Wallonie	S.37
Tabelle 35: Betreute Personen in psychiatrischen Einrichtungen (betreutes Wohnen)	S.38
Tabelle 36: Beschäftigung in der ambulanten Pflege und Versorgung in der DG, Personen	S.39
Tabelle 37: Beschäftigung in der ambulanten Pflege und Versorgung in der DG, VZÄ.....	S.39
Tabelle 38: Selbständige im Paramedizinischen Sektor in der DG	S.40
Tabelle 39: Entwicklung der Dienstleistungen der Familienhilfe VoE.....	S.40
Tabelle 40: Beschäftigung in den Einrichtungen für Personen mit Behinderung, Personen	S.41
Tabelle 41: Beschäftigung in den Einrichtungen für Personen mit Behinderung, VZÄ.....	S.41
Tabelle 42: Entwicklung der Zahl der von Behinderteneinrichtungen der DG betreuten Personen seit 1995	S.42
Tabelle 43: Beschäftigung in den sonstigen Einrichtungen, Personen	S.42
Tabelle 44: Beschäftigung in den sonstigen Einrichtungen, VZÄ.....	S.43
Tabelle 45: Übersicht des erfassten Pflege- und Pflegehilfspersonals in den Einrichtungen der DG	S.44
Tabelle 46: Anteile der Berufsgruppen in den einzelnen Sektoren	S.45
Tabelle 47: Verteilung der Geschlechter in den Berufsgruppen.....	S.45
Tabelle 48: Verteilung der Berufsgruppen auf die Sektoren.....	S.45
Tabelle 49: Verteilung der Krankenpfleger auf die Sektoren.....	S.46
Tabelle 50: Verteilung des Pflege(hilfs)personals in der DG nach Altersgruppen.....	S.46
Tabelle 51: Altersverteilung der KrankenpflegerInnen pro Sektor.....	S.47
Tabelle 52: Altersstruktur pro Sektor (alle Pflege- und Pflegehilfsberufe)	S.47
Tabelle 53: Anteile der Beschäftigten nach Arbeitszeitdauer je nach Art der Einrichtung	S.48
Tabelle 54: Verteilung Voll- und Teilzeitbeschäftigung pro Berufsgruppe	S.48
Tabelle 55: Anzahl Vollzeitäquivalent pro Berufsgruppe und Sektor	S.49
Tabelle 56: Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen pro Altersgruppe	S.49
Tabelle 57: Potentielle Kandidaten für die Regelung zur Altersteilzeit im NKS.....	S.51
Tabelle 58: Ausbildungsort (Grundausbildung) pro Berufsgruppe	S.52
Tabelle 59: Ausbildungsort der in den hiesigen Einrichtungen beschäftigten KrankenpflegerInnen	S.52

Tabelle 60: Vertragsarten pro Sektor	S.53
Tabelle 61: Verteilung der Vertragsarten nach Berufsgruppen	S.53
Tabelle 62: Verteilung der Berufsgruppen nach Dauer der Berufserfahrung	S.54
Tabelle 63: Monatlicher Durchschnitt der Arbeitslosenzahlen in den untersuchten Berufsgruppen	S.55
Tabelle 64: Personalrotation 1997-1999 (Personen und VZÄ)	S.56
Tabelle 65: Anzahl Personen in Laufbahnunterbrechung 1997-1999	S.56
Tabelle 66: Gründe der Neueinstellungen und Abgänge des Jahres 1999	S.57
Tabelle 67: Verteilung der Ab- und Zugänge nach Sektoren (1997-1999)	S.57
Tabelle 68: Verteilung der Ab- und Zugänge nach Berufsgruppen (1997-1999)	S.57
Tabelle 69: Zahl der offenen Stellen zur Zeit der Umfrage	S.58
Tabelle 70: Stellenangebote und Vermittlungen des Arbeitsamtes in den untersuchten Berufsgruppen	S.59
Tabelle 71: Zahl der Einschreibungen und Diplomierten der Eupener Krankenpflegeschule seit 1963	S.60
Tabelle 72: Schülerzahlen der Krankenpflegeschule Eupen seit 1990	S.61
Tabelle 73: Anteil der 18-Jährigen in der Krankenpflegeausbildung	S.62
Tabelle 74: Anzahl der diplomierten Familien- und SanitätshelferInnen in der DG	S.63
Tabelle 75: Anzahl TeilnehmerInnen an der Ausbildung zum/zur Familien- und SeniorenhelferIn	S.63
Tabelle 76: Arbeitsort der in Eupen ausgebildeten Krankenpfleger	S.64
Tabelle 77: Zahl der Pendler nach Deutschland im Sozialwesen	S.64
Tabelle 78: Anzahl der Pendler nach Luxemburg im Sektor "Gesundheits- und Soziales"	S.65
Tabelle 79: Geplante Aufstockungen im Vgl. zu 1999 und zusätzlicher Personalbedarf in VZÄ	S.67
Tabelle 80: Vorausschätzung der Entwicklung der Seniorenzahl in der DG 1995-2020	S.69
Tabelle 81: Entwicklung der Zahl der über 70-Jährigen	S.69
Tabelle 82: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten (Szenario 1)	S.70
Tabelle 83: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten (Szenario 1bis)	S.70
Tabelle 84: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten (Szenario 2)	S.70
Tabelle 85: Entwicklung der Anzahl MR- und MRS-Betten (Szenario 2bis)	S.71
Tabelle 86: Entwicklung der Anzahl Senioren in den MR/MRS (Szenario 3)	S.71
Tabelle 87: Vergleich zwischen aktuellem theoretischen Personalbedarf und Realität	S.72
Tabelle 88: Entwicklung des Personalbedarfs in den Alten(pflege)heimen der DG laut Szenario 3	S.72

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl an Alten(pflege)heimbetten in der DG seit 1992	S.21
Abbildung 2: Entwicklung der Beschäftigtenzahl im Pflegesektor der DG (1976-1999)	S.27
Abbildung 3: Altersstruktur im Gesundheits- und Sozialsektor der DG	S.29
Abbildung 4: Entwicklung des Pflegepersonals in den Alten(pflege)heimen der DG seit 1992	S.33
Abbildung 5: Bewohner der Alten(pflege)heime nach Abhängigkeitsgrad und Region	S.36
Abbildung 6: Inanspruchnahme der Alten(pflege)heime pro Altersgruppe	S.37
Abbildung 7: Altersprofil der Alten(pflege)heimbewohner	S.37
Abbildung 8: Verteilung nach Altersgruppen in den Pflege(hilfs)berufen und in der Gesamtbeschäftigung	S.46
Abbildung 9: Entwicklung der Altersstruktur im Pflegesektor der DG seit 1991	S.47
Abbildung 10: Altersstruktur pro Sektor (alle Pflege- und Pflegehilfsberufe)	S.48
Abbildung 11: Arbeitszeiten der Beschäftigten nach Berufsgruppen	S.48
Abbildung 12: Anteil der Teilzeitbeschäftigten pro Berufsgruppe und Alter	S.50
Abbildung 13: VZÄ und Personenzahl der Beschäftigten	S.50
Abbildung 14: Arbeitszeiten pro Sektor	S.50
Abbildung 15: Dauer der Berufserfahrung pro Berufsgruppe	S.54
Abbildung 16: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen in den untersuchten Berufsgruppen	S.55
Abbildung 17: Entwicklung der Einschreibungs- und Diplomiertenzahlen der Krankenpflegeschule	S.61
Abbildung 18: Entwicklung der Krankenpflegeschülerzahlen (A1/A2) in Eupen	S.62
Abbildung 19: Vorausschätzung der Entwicklung der Seniorenzahl in der DG 1995-2020	S.69
Abbildung 20: Entwicklung des Personalbedarfs in den Alten(pflege)heimen der DG laut Szenario 3	S.73

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ETP	"équivalent temps plein", s. VZÄ
FSH	Familien- und SeniorenhelferIn bzw. Familien- und SanitätshelferIn
GWK	Gelb-Weißes Kreuz
KPVDB	Krankenpflegevereinigung
LBU	Laufbahnunterbrechung
MG	Maria-Goretti-Schule
MR	Altenheim ("Maison de repos")
MRS	Altenpflegeheim ("Maison de repos et de soins")
MSP	Psychiatrisches Pflegeheim ("Maison de soins psychiatriques")
PAI	KrankenpflegerInnen ("praticiens de l'art infirmier")
PARA	Paramediziner (Kine, Ergo, Logo, MTA) und Sozial- und Erziehungsberufe (Sozial- und PsychologieassistentInnen, Erzieher, ...)
PH	PflegehelferInnen
PMS-Zentrum	Psycho-medizinisch-soziales Zentrum
PRT	Patientenrattreff
RSI	Robert-Schuman-Institut
SPZ	Sozial-Psychologisches Zentrum
VZÄ	Vollzeitäquivalent, s. ETP

BIBLIOGRAPHIE

BARDEHLE D., ANNUSS R., "Gesundheitsberichterstattung - Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen, Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorensetzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder", Band 9/1997, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld.

BREDA J. (1996), "Soins aux personnes âgées souffrant de maladies chroniques", UFSIA 1996.

BUCHAN J. (2000), "Les marchés du travail dans le domaine des soins infirmiers en Europe: la planification du changement", Deuxième conférence ministérielle de l'OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux, Munich, 15.-17. 6.2000

CSEF Namur, "Maisons de repos - Centres de coordination de soins et de services à domicile, services d'aide aux familles: Emploi et Formation aujourd'hui et demain... - Arrondissement de Namur et Dinant".

COOMANS G. (1997), "Antizipative Untersuchung der Auswirkungen der demographischen Verschiebung auf das Arbeitskräfteangebot in den Ostkantonen (1995-2015)", ISMEA, Paris.

DELIEGE Denise (1998), "La planification de l'offre médicale: la grande illusion", UCL 1998.

Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1998), "Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission: Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik", Drucksache 13/11460, 05.10.1998.

DOOGHE G. u. al. (1998), "De kostprijs van de zorg aan ouderen", Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS), 1998/2.

Fiche-Info "La psychiatrie intra- et extramuros 1", in: MC-Informations N° 193, juin-juillet 2000, Mutualités Chrésiennes, Bruxelles.

Fiches-Info "Comment ça marche: Les hôpitaux 1-3", in: MC-Informations N° 183 (juin-juillet 1998), 184 (octobre-novembre 1998) und 185 (déc. 1998 – jan. 1999), Mutualités Chrésiennes, Bruxelles.

IBES (1998), "Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique - Vade Mecum", Février 1998, Institut Belge de l'Economie de la Santé asbl, Bruxelles.

"Impact de l'évolution démographique sur l'hôpital d'aujourd'hui", www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower/manpower-index.htm.

JACOBZONE S. u. al. (1999), "The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?", Labour market and social policy – Occasional Papers No. 3, OECD 1999.

LECLERCQ A. u. al. (1998a), "Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010", Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier, HIVA Leuven, 1998.

LECLERCQ A. u. al. (1998b), "Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010", Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, HIVA Leuven, 1998.

LEROY Xavier (1991), "Le marché des soins infirmiers: Exercice de la profession et formation", in: Reflets et Perspectives de la vie économique", 1991.

LEROY Xavier, LECLERCQ Agnès (2000), "Le marché du travail infirmier et soignant: quelles perspectives?", in: Wallonie, n° 63 juin 2000, CESRW.

"Négociations entre le Gouvernement et le secteur non-marchand: accord sur un plan pluriannuel pour le secteur de la santé", <http://meta.fgov.be/pi/pib/frib17.htm>.

PACOLET J., LANOYE H., BOUTEN R. (1998), "La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Belgique: vers une assurance-dépendance", HIVA Leuven, 1998.

PEERS Jan (1999), "Les soins de santé en Belgique - Défis et opportunités", www.minsoc.fgov.be/actualite.htm.

SCHMIDBAUER Wolfgang (Hg.) (1992), "Pflegenotstand - das Ende der Menschlichkeit", Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek 1992.

Symposium "Grenzüberschreitende Arbeitsmarktproblematik Pflegesektor" in Maastricht (23.11.2000), eigene Notizen und Konferenzunterlagen (u.a. SCHOELEN R.G., "Belgische und niederländische Pflegekräfte im Klinikum Aachen 1993-2000", Klinikum Aachen, 2000).

TEF-Point d'Appui, "Des blouses blanches pour les groupes à risque? Etude sur les opportunités d'emploi des travailleurs peu qualifiés en milieu hospitalier", Dossier n° 17, Journée d'Etude, Bruxelles, 06.06.1996

TEF-Point d'Appui, "La pénurie de personnel infirmier et soignant: mythe ou réalité?", Dossier n° 10, Journée d'Etude, Bruxelles, 07.12.1993

TEF-Point d'Appui, "Blouses blanches en colère: hier ou demain? Radiographie du personnel soignant", Dossier n° 2, Journée d'Etude, Gand, 10.12.1991

VANSTON Nicholas (1998), "L'impact économique du vieillissement" in L'Observateur de l'OCDE, n° 212 juin-juillet 1998, p. 10-14.

Zeitungsartikel

"Die finanzielle Gesundung der Eifeler Seniorenheime" und "Mehr Betten und neue Dienste", Grenz-Echo, 13.7.2000 (SIMONS Herbert).

"Les professions de la santé entre pléthore et pénurie", Le Soir, 30.5.2000 (LEMAL Isabelle).

"Les 'blouses blanches' décrocheront les 35 heures... à 45 ans", Le Soir, 2.3.2000 (VAES Bénédicte).

"Nierendialyse-Dienst als Meilenstein in der Eupener Krankenhausgeschichte", Grenz-Echo, 5.3.2001 (BRANDT Elli).

"Non-marchand: l'accord contente gouvernement et syndicats", L'Echo, 3.3.2000 (COLLARD Fabienne).

"Pflegebetten in St.Vith entsprechen dem Bedarf", Grenz-Echo, 5.1.1998 (MEYERS Norbert).

MITGLIEDER DES BEGLEITAUSSCHUSSES

BEAUJEAN Liliane	(Krankenpflegeschule Eupen)
BERWART Jacques	(Kabinett Minister Bernd Gentges)
DAHLEN Nadine	(St. Nikolaus Hospital Eupen)
ERNST Annemie	(KPVDB)
HEINEN Helmut	(Dienststelle für Personen mit Behinderung)
HEYEN Wilfried	(ESF-Koordinationsbüro)
LASCHET Patrick	(Marienheim Raeren)
MARECHAL Christian	(EUDOMOS)
MOCKEL Freddy	(Kabinett Minister Hans Niessen)
PIRAPREZ Karin	(Ministerium für Gesundheit und Soziales)
SCHLEMBACH Peter	(CNE)
STEFFENS Peter	(Seniorenheim Hof Bütgenbach)
STRIVAY Dimitri	(Kabinett Ministerpräsident Karl-Heinz Lambertz)
WAGNER Brigitte	(WSR)
WEBER Wilfried	(Klinik St. Joseph St.Vith)
WEYNAND Leo	(Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft)
ZIMMERMANN Anneliese	(Familienhilfe, Gelb-Weißes Kreuz)
ZIMMERMANN Werner	(WSR, PRT)
sowie	
LENTZ Christiane	(WSR, Projektleiterin)

ANLAGEN

Gehaltsvergleich für Krankenpfleger Belgien-Deutschland

Fallbeispiel:

Krankenpflegerin im Krankenhaus, in Belgien wohnhaft (wenn sie in Deutschland arbeitet, versteuert sie als Grenzgängerin in Belgien), Gemeindesteuer 7%

10 Berufsjahre (ca. 31 Jahre alt)

ohne Spezialisierung, Vollzeitbeschäftigt

A1 und A2 (nur in Belgien wird der Unterschied gemacht)

Verheiratet, zwei Kinder, Mann berufstätig

Sonderschichten: 5 Nachtschichten, 2 Samstage & 2 Sonntage

	Belgien (in BEF)		Deutschland	
Monatsverdienst	A1	A2	in DM	Umrechnung in BEF
Grundvergütung (Brutto)	92.986	84.285	2.879,68	59.379
Ortszuschlag für Bsp.			1.382,67	28.511
allgemeine Vergütung (für alle)			196,46	4.051
Sonderschichten (1)	20.599	18.672	287,125	5.921
Gesamt Brutto	113.585	102.957	4.745,94	97.861
Gesamt Netto	66.506	61.153	?	
Jahresbruttogehalt	1.363.020	1.235.484	56.951,28	1.174.335
Zusätzlicher Jahresverdienst				
13. Gehalt/Weihnachtsgeld	57.950	55.374	4.169,78	85.981
Urlaubsgeld	98.415	92.661	650	13.403
Gesamt Jahresbruttogehalt	1.519.385	1.383.519	61.771,06	1.273.719
Brutto Monatsgehalt inkl. 13. Monat und Urlaubsgeld	126.615	115.293	5.147,59	106.143
Netto Monatsgehalt				ca. 56-59.000 (2)
Anzahl Urlaubstage für unser Fallbeispiel:	30	30	29	

Erklärung:

(1) Die Vergütung für Sonderschichten von 367,125 DM rechnet sich in Deutschland wie folgt:

Monatlich:

2 Samstage (2 x 7,42 Std.)	14,84 Std. x 1,25 DM	18,55
2 Sonntage (2 x 7,42 Std.)	14,84 Std. x 5 DM	74,2
5 Nächte (5 x 9,15 Std.)	45,75 Std. x 2,5 DM	114,375
	Gesamt	207,125

	Auf 10 Wochen	Im Monat
Nachtschicht (> 80 Std./10 Wochen)	200	80
	Total Gesamt	287,125

Wenn die Anzahl Nachtschichten wie in unserem Fallbeispiel innerhalb 10 Wochen mehr als 80 Std. beträgt (+/- 114 Std.), werden im Nachhinein nochmals zusätzlich 200 DM ausgezahlt. Wenn das Geld auf einen Monat berechnet und ausgezahlt würde, dann macht das:

10 Wochen – 200 DM

1 Woche – 20 DM

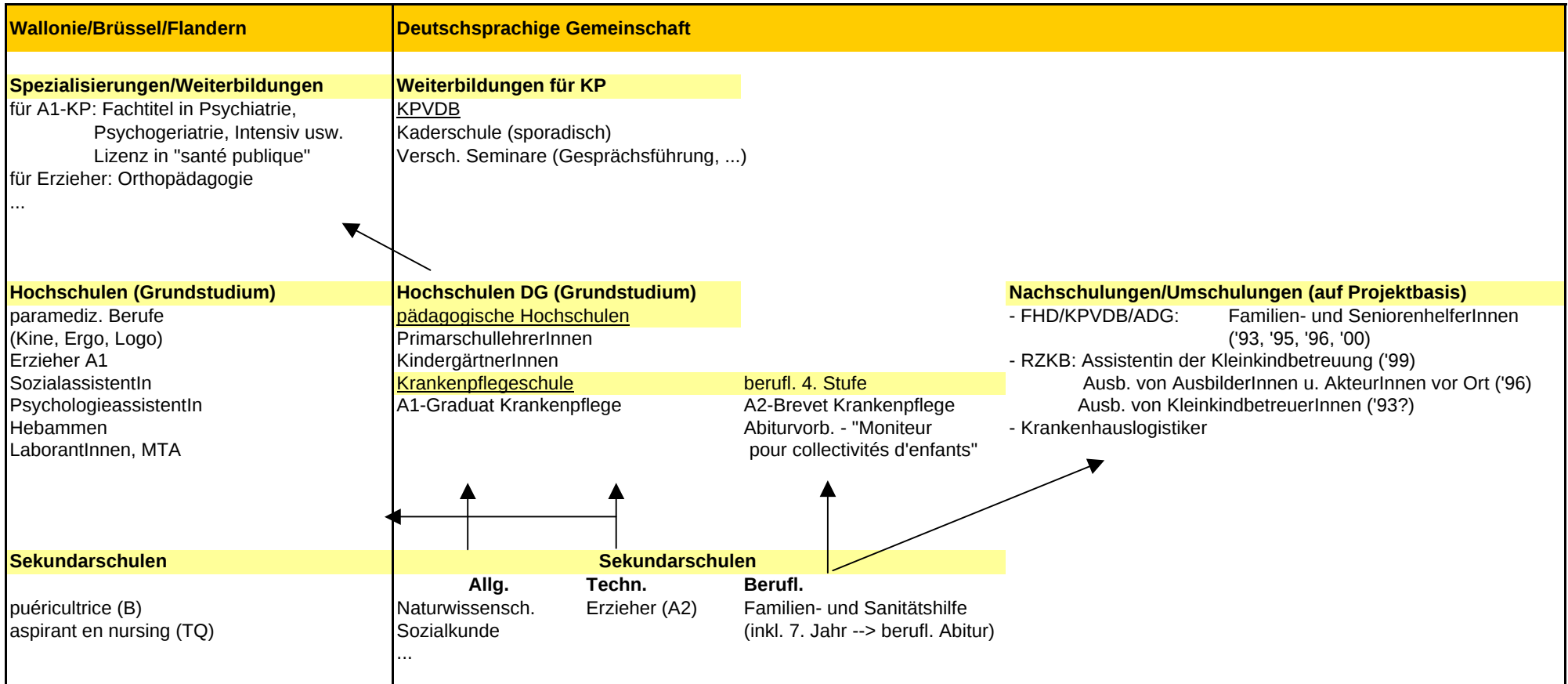
4 Wochen – 80 DM

(In der Tat werden aber diese 200 DM auf einmal ausgezahlt, also quasi alle 2,5 Monate).

Die Sonderschichten sind in Deutschland steuerfrei, werden in Belgien aber normal versteuert.

(2) Je nachdem, zu wessen Lasten die Kinder berechnet werden.

Ausbildungssystem heute: Berufe im Pflegesektor



Ansätze eines zukunftsorientierten Ausbildungssystems für morgen

