

PFLEGEREPORT

Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege –
Beruflich Pflegende im Fokus



Band
47

Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 47)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2024



dak.de/forschung-1281

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 47)

Pflegereport 2024

Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Dr. Wilhelm Haumann, Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Prof. Dr. Michael Isfort, Philip Lewin,
Dr. Mareike Mähs, Sam Schwierk, Isabel Schön, Pascal Wendel, Marco Zeptner

Hamburg/Freiburg
April 2024

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-98800-060-6

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Fotos: © Gettyimages/Halfpoint (Titelbild); privat (Fotos Haumann, Isfort, Schwierk, Schön, S. 301ff.); OptiMedis AG (Fotos Hildebrandt, Lewin, Mähs, Wendel, Zeptner, S. 301 ff.); EH Freiburg Marc Doradzillo (Foto Klie, S. 302 und Umschlag Rückseite), DAK-Gesundheit/Läufer (Foto Storm, Umschlag Rückseite)

Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt

Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Vorwort

Die Baby-Boomer-Generation geht in Rente und mit ihr viele Leistungsträgerinnen und Leistungsträger der beruflichen Pflege. Aus ehemals professionell Pflegenden können selbst Pflegebedürftige werden. Gleichzeitig sinkt die Zahl der nachrückenden Pflegefachkräfte. Deshalb lautet die essenzielle Frage: Wie muss das Pflegesystem vor dem Hintergrund zurückgehender personeller und finanzieller Ressourcen organisiert werden, um zukunftsfähig zu bleiben? Einfache Antworten auf die großen Herausforderungen der Pflege gibt es nicht.

Die DAK-Gesundheit hat aus diesem Grund das Thema „Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegenden im Fokus“ aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten lassen. Das Institut für Demoskopie Allensbach hat die Einstellungen und Erfahrungen der Bevölkerung sowie deren Vorstellungen zur Finanzierung der Langzeitpflege in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung untersucht. Die GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit wurden mit Blick auf die gesundheitliche Belastungssituation von beruflich Pflegenden analysiert.

Drei zentrale Erkenntnisse:

1. Professionell Pflegenden sind gesundheitlich besonders stark belastet.
2. In den Bundesländern stehen Kippunkte bevor: Aus der Gegenüberstellung von altersbedingten Berufsaustritten einerseits und der abnehmenden Zahl an Nachwuchskräften andererseits ergibt sich eine dramatische Prognose: Noch in den 2020er-Jahren wird es nicht mehr ausreichend nachrückende Absolventinnen und Absolventen von Pflegeschulen geben, um die Lücke der ausscheidenden Baby-Boomer zu schließen.
3. Die Baby-Boomer-Generation kann auch ein Teil der Lösung sein. Der Pflege-report belegt: Ihre Sorgebereitschaft ist mit 50 Prozent stark ausgeprägt – jede und jeder Zweite kann sich vorstellen, Sorgeaufgaben zu übernehmen. Die Stärkung der ambulanten Pflege und insbesondere der sorgenden Gemeinschaft sollte deshalb in unserem Fokus stehen. Dafür ist es wichtig, Anreize zu schaffen und mehr Wertschätzung zu vermitteln.

Dies wird eine der zentralen Aufgaben der Politik sein. Denn der Pflegenotstand verschärft sich nicht allein aufgrund des wachsenden Personalmangels. Auch die Finanzierung gerät zusehends in Schieflage und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) droht, ihre Funktionsfähigkeit zu verlieren: Schon im vierten Quartal 2024 wird die SPV an die Grenze zur Zahlungsunfähigkeit stoßen, wie Berechnungen der DAK-Gesundheit in diesem Report nahelegen. Regionale Engpässe in der ambulanten Versorgung, steigende Kosten im Bereich der stationären Pflege und der zunehmende Fachkräftemangel verlangen generationengerechte Lösungen, um die Pflege zukunftsstark zu machen.

Interviews, die im Rahmen der Untersuchungen für diesen Report mit beruflich Pflegenden geführt wurden, und Good Practice-Beispiele verdeutlichen die Dringlichkeit einer grundlegenden Reform der Sozialen Pflegeversicherung. Es bedarf unter anderem

- eines Finanzierungskonzeptes, das mit der dynamischen Entwicklung in der Pflegeversicherung Schritt hält und den wachsenden Finanzbedarf langfristig absichert
- einer Klärung, wie hoch künftig das ambulante und stationäre Sicherungsniveau ausfallen und wie dieses bereitgestellt und finanziert werden soll
- eines klaren Bekenntnisses von Bund und Ländern zur Finanzierung der Aufgaben, die in ihre Verantwortung fallen
- wirksamer Maßnahmen wie einer weiteren Professionalisierung der Pflegefachberufe durch das Pflegekompetenzgesetz, um dem Pflegenotstand entgegenzuwirken.

In einer immer älter werdenden Gesellschaft müssen neue Formen informeller und solidarischer Unterstützung gefunden werden. Es braucht sektorenübergreifende Versorgungskonzepte mit einem eigenständigen Verantwortungsprofil von Pflegefachkräften. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind aufgefordert, verstärkt Präventions- und gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten.

Die Pflege steht vor einem Wendepunkt – sie hat eine Zukunft, wenn die notwendigen Reformen jetzt auf den Weg gebracht werden.

Wir freuen uns auf breites Interesse an den vorliegenden Ergebnissen und hoffen, nachhaltige Impulse für die Stabilisierung des Pflegesystems in Deutschland geben zu können.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, April 2024

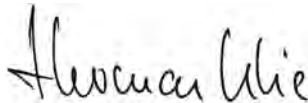
Geleitwort – Die Baby-Boomer und die Pflege

Es war absehbar, dass der demografische Wandel große Herausforderungen für die Pflege mit sich bringt. Aber wie das mit dem Älterwerden so ist: Es geschieht dann schneller als man sich das vorgestellt hat. Nun trifft er uns, der demografische Wandel: Die Baby-Boomer-Generation geht in Rente und damit erreichen auch viele Leistungsträger der beruflichen Pflege die Altersgrenze. Auch die Baby-Boomer werden irgendwann mit dem Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit konfrontiert – nicht jetzt, etwa in 15 bis 30 Jahren. Dann stellt sich die Frage, wie bei zurückgehenden Ressourcen sowohl personeller als auch finanzieller Art die Pflegeaufgaben organisiert werden sollen. Die aktuellen globalen Dynamiken lassen ein weiteres Wachstum und eine Ausweitung des Sozialstaates als unwahrscheinlich erscheinen. Einfache Antworten auf die großen Herausforderungen der Pflege gibt es nicht. Gernot Kiefer vom GKV-Spitzenverband hat ebenso wie Emmi Zeulner MdB eine Enquete Pflege im Deutschen Bundestag vorgeschlagen. Und es ist richtig: Es bedarf parteiübergreifender Anstrengungen und Konzepte, wie wir die Pflege in den nächsten Jahrzehnten sicherstellen können und wollen. Dabei geht es nicht (mehr) allein um Fragen der Finanzierung: Pflegevollversicherung, Bürgerversicherung, Steuerzuschuss, private Vorsorge. Es geht vor allen Dingen um das Personal in der beruflichen Pflege, sowohl in der Fachpflege, als auch in der Assistenz und Hauswirtschaft. Und es geht um das Thema informelle Pflege, auf die wir insbesondere in der Langzeitpflege auch in der Zukunft nicht verzichten werden können.

Die DAK-Gesundheit hat für den Pflegereport 2024 das Thema „Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus“ gewählt und das Thema unter verschiedenen Blickwinkeln ausleuchten lassen. Das Institut für Demoskopie Allensbach hat die Einstellungen und Erfahrungen der Bevölkerung sowie deren Vorstellungen zur Finanzierung der Langzeitpflege in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung untersucht. Die GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit werden mit Blick auf die gesundheitliche Belastungssituation von beruflich Pflegenden, die in der DAK-Gesundheit versichert sind, analysiert – mit bemerkenswerten Erkenntnissen. Die künftige Personalsituation wird durch eine Gegenüberstellung von altersbedingten Berufsaustritten und Qualifizierungen für die Pflege prognostisch errechnet, mit der klaren Aussage: Noch in den 2020er Jahren wird die Zahl der Absolventinnen und Absolventen von Pflegefachschulen, deren Niveau weiterhin hoch ist, nicht ausreichen, um die ausscheidenden Baby-Boomer zu ersetzen. Auch im DAK-Pflegereport 2024 setzt sich die DAK-Gesundheit der Wirklichkeit der Pflege insofern aus, als sechzehn beruflich Pflegende in qualitativen Interviews zu ihren beruflichen Erfahrungen, Perspektiven und Einschätzungen der künftigen Bewältigung von Pflegeaufgaben befragt werden. Good Practice-Beispiele zeigen Handlungsoptionen und unterstreichen den großen Handlungsbedarf. Besonderen Wert legte die DAK-Gesundheit im DAK-Report 2024 auf relevante Zahlen und

Prognosen für die künftige Finanzierung der Pflege. Hier besteht aktuell politischer Entscheidungsbedarf, da die Pflegeversicherung bereits im vierten Quartal 2024 und sicher in 2025 an die Grenzen ihrer Zahlungsfähigkeit gerät. Insofern kommt der DAK-Pflegereport pflegepolitisch gerade zur rechten Zeit und bietet für die aktuellen gesundheits- und pflegepolitischen Diskussionen wertvolles Material. Die Bundesregierung und dort Karl Lauterbach, haben eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, unterstützen die akademische Ausbildung der Pflegenden, arbeiten an einem Pflegekompetenzgesetz und an der bundeseinheitlichen Regelung von Pflegeassistentenberufen. Das sind Bausteine, die aber nicht ausreichen, um die Pflege der Zukunft zu gewährleisten. Das unterstreichen die Befunde des DAK-Pflegereportes in aller Deutlichkeit.

Ich danke der DAK-Gesundheit und dort insbesondere Andreas Storm für das Vertrauen und Milorad Pajovic und Melanie Schäfer für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, den befreundeten Forschungsinstituten für die gelungene Koproduktion bei der Erstellung des Pflegereportes und meinen Mitarbeitenden in AGP Sozialforschung für das große Engagement und Commitment.

A handwritten signature in black ink, reading 'Thomas Klie' in a cursive script.

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Freiburg/Berlin/Starnberg

Inhalt

Vorwort	V
Geleitwort – Die Baby-Boomer und die Pflege	VII
1. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus: Befunde, Analysen und Perspektiven – der Pflegereport 2024	1
<i>Thomas Klie</i>	
1.1 Die wesentlichen Befunde der repräsentativen Bevölkerungsbefragung	1
1.2 Was sagen die Routinedaten der DAK-Gesundheit über Gesundheit und Renteneintritt von Gesundheitsberufen?	9
1.3 Qualifizierung und Berufseintritte in der Pflege	13
1.4 Baby-Boomer zwischen Erfüllung und Erschöpfung	20
1.5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege ...	24
1.6 Ausblick – Zeitenwende in der Pflege	27
1.7 Literaturverzeichnis	27
2. Bevölkerungsbefragung: Kernfragen der Pflege	29
<i>Wilhelm Haumann</i>	
2.1 Einführung	29
2.2 Viel Aufmerksamkeit für die Probleme in der Pflege	32
2.3 Die Kosten der Pflege	34
2.3.1 Politische Präferenzen für die Finanzierung der Pflege	34
2.3.2 Schlüssel für das Vorsorgeverhalten: Präferenzen und Erwartungen für eine mögliche eigene Pflege	41
2.3.3 Pflegevorsorge: bislang Sache einer Minderheit	43
2.3.4 Vorstellungen zur Finanzierung einer eigenen Pflege	47
2.4 Wer soll pflegen?	51
2.4.1 Anhaltende Bereitschaft zur Angehörigenpflege	51
2.4.2 Erhebliche Potentiale für die Nachbarschaftspflege und -unterstützung	54
2.4.3 Pflege als Beruf: In den Augen der Bevölkerung belastend, aber kein Fehler für Einsteiger	55
2.4.4 Vorstellungen, wie genügend Kräfte für die Pflege gewonnen werden könnten	59
2.5 Anhangschaubilder	62
2.6 Literaturverzeichnis	64
3. Pflegende Baby-Boomer im Lichte der Routinedaten	66
<i>Philip Lewin, Mareike Mähls, Pascal Wendel, Marco Zeptner, Helmut Hildebrandt</i>	
3.1 Datengrundlage und Methodik	67

3.2	Die pflegende Baby-Boomer-Generation	68
3.3	Die Gesundheit der pflegenden Boomer-Generation	70
3.3.1	Arbeitsunfähigkeitszeiten	70
3.3.2	Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	72
3.3.3	Krankenhausfälle	73
3.4	Arzneimittelverordnungen	75
3.5	Erwerbsverläufe der professionell Pflegenden beim Übergang in den Ruhestand.	83
3.5.1	Methodik bei Analyse der Erwerbsverläufe	84
3.5.2	Ergebnisse	85
3.5.3	Diskussion und Limitationen	88
3.6	Literaturverzeichnis.	89
4.	Qualifizierung und Berufsaustritte in der Pflege	91
	<i>Michael Isfort</i>	
4.1	Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege.	93
4.2	Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen	99
4.3	Berufsdemografische Entwicklung in der Pflege	105
4.4	Ausbildung in der Pflege	109
4.5	Prognose der Berufseinmündungen und Berufsaustritte	113
4.6	Exemplarische Diskussion im Ländervergleich.	117
4.7	Literaturverzeichnis.	119
5.	„Das war mein Traumberuf“ – Interviews mit Pflegenden aus der Baby-Boomer-Generation	122
	<i>Sam Schwier, Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
5.1	Hintergrund	122
5.2	(Um-)Wege in die Pflege	124
5.2.1	Martina Böhm: „Jetzt muss ich das durchhalten“	124
5.2.2	Pflege als Erstberuf	129
5.2.3	Monika Berger: Flucht in den Nachtdienst.	130
5.2.4	Pflege als Zweitberuf.	136
5.2.5	Die Rolle des traditionellen Familienbildes.	138
5.2.6	Die Rolle von (Vor-)Erfahrungen	139
5.3	Der Blick auf den Pflegeberuf	140
5.3.1	Claudia Mayer: Pflegen mit Herz.	141
5.3.2	Das Verständnis von Pflege.	145
5.3.3	Christine Köhler: Traumberuf Pflege – trotz starker Belastung.	157
5.3.4	Der Blick auf die jüngeren Generationen: Rabauken und Träger der Hoffnung zugleich	162
5.4	Wünsche und Forderungen	169
5.4.1	Heiko Förster: Raus aus der Pflege und wieder zurück.	169
5.4.2	Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs	174
5.4.3	Daniela Krämer: Die Kollegen nicht im Stich lassen	178

5.4.4	Irina Rudkofski: Unverhofft zum Traumberuf	184
5.4.5	Pflegepolitische Ansichten	189
5.5	Fazit	207
5.6	Literaturverzeichnis	210
6.	Pflege zukunftsfest machen – Good Practice	215
	<i>Sam Schwierk, Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
6.1	Baden-Württemberg: Wir feiern dein Comeback – ein Qualifizierungsprogramm der ALB FILS KLINIKEN	217
6.1.1	Hintergrund	217
6.1.2	Merkmale	217
6.1.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	218
6.1.4	Weiterführende Informationen und Quellen	218
6.2	Bayern: Gesund und Gewaltfrei	219
6.2.1	Hintergrund	219
6.2.2	Merkmale	220
6.2.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	220
6.2.4	Weiterführende Informationen und Quellen	221
6.3	Berlin: Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0	221
6.3.1	Hintergrund	221
6.3.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	223
6.3.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	223
6.3.4	Weiterführende Informationen und Quellen	224
6.4	Brandenburg: National Matching	224
6.4.1	Hintergrund	224
6.4.2	Merkmale	225
6.4.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	225
6.4.4	Weiterführende Informationen und Quellen	226
6.5	Bremen: T!CALL – Transfercluster Akademischer Lehrpflege- einrichtungen in der Langzeitpflege	226
6.5.1	Hintergrund	226
6.5.2	Merkmale	227
6.5.3	Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	228
6.5.4	Weiterführende Informationen und Quellen	228
6.6	Hamburg: Arbeiten 5.0 am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf	229
6.6.1	Hintergrund	229
6.6.2	Merkmale	229
6.6.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	230

6.6.4	Weiterführende Informationen und Quellen	230
6.7	Hessen: Teilzeitausbildung für die Pflege von der VbFF	231
6.7.1	Hintergrund	231
6.7.2	Merkmale	231
6.7.3	Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	232
6.7.4	Weiterführende Informationen und Quellen	233
6.8	Mecklenburg-Vorpommern: Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung	233
6.8.1	Hintergrund	233
6.8.2	Merkmale	234
6.8.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	234
6.8.4	Weiterführende Informationen und Quellen	235
6.9	Niedersachsen: Emder Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG	236
6.9.1	Hintergrund	236
6.9.2	Merkmale	236
6.9.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	237
6.9.4	Weiterführende Informationen und Quellen	237
6.10	Nordrhein-Westfalen: Betriebliches Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach	238
6.10.1	Hintergrund	238
6.10.2	Merkmale	238
6.10.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	239
6.10.4	Weiterführende Informationen und Quellen	240
6.11	Rheinland-Pfalz: Wir sind vielfältig / Wir sind stark – rassismusfreie Pflege	241
6.11.1	Hintergrund	241
6.11.2	Merkmale	241
6.11.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	242
6.11.4	Quellen und weiterführende Informationen	242
6.12	Saarland: Diakonie Saar – IMPULS	243
6.12.1	Hintergrund	243
6.12.2	Merkmale	243
6.12.3	Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	244
6.12.4	Quellen und weiterführende Informationen	245
6.13	Sachsen-Anhalt: 4-Tage-Woche beim DRK Kreisverband Sangerhausen e. V.	245
6.13.1	Hintergrund	245

6.13.2 Merkmale	245
6.13.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	246
6.13.4 Weiterführende Informationen und Quellen	247
6.14 Sachsen: Community Health Nursing (CHN)/ Advanced Nursing Practice (ANP) (Master) – berufsbegleitend	248
6.14.1 Hintergrund	248
6.14.2 Merkmale	248
6.14.3 Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	249
6.14.4 Weiterführende Informationen und Quellen	250
6.15 Schleswig-Holstein: Mentoring-Integration-Advertising am Uniklinikum Schleswig-Holstein	251
6.15.1 Hintergrund	251
6.15.2 Merkmale	251
6.15.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	252
6.15.4 Weiterführende Informationen und Quellen	252
6.16 Thüringen: Stiftung Landleben	252
6.16.1 Hintergrund	252
6.16.2 Merkmale	253
6.16.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	254
6.16.4 Weiterführende Informationen und Quellen	254
6.17 Literaturverzeichnis	255
7. Die drei großen Herausforderungen des Pflegesystems – Analysen, Herausforderungen, Perspektiven	256
<i>Thomas Klie</i>	
7.1 Herausforderung 1: Personalbedarf	258
7.2 Herausforderung 2: Finanzierung der Pflege	265
7.3 Herausforderung 3: Informelles Pflegepotential	275
7.4 Literaturverzeichnis	283
8. Ausblick – Zeitenwende in der Pflege	290
<i>Thomas Klie</i>	
8.1 Literaturverzeichnis	293
Abbildungsverzeichnis	294
Tabellenverzeichnis	300
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	301

1. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus: Befunde, Analysen und Perspektiven – der Pflegereport 2024

Thomas Klie

Der DAK-Pflegereport 2024 nimmt die beruflich Pflegenden aus unterschiedlichen Perspektiven in den Fokus. Dies erfolgt mit dem Ziel, Potenziale der Gewinnung von Pflegenden, Wege zur Erhöhung der Attraktivität und für den Verbleib im Beruf zu identifizieren. Auch sollen die Gesundheitsrisiken, Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung herausgearbeitet und das Image der beruflich Pflegenden in der Bevölkerung erhoben werden. In besonderer Weise in den Blick genommen, werden beruflich Pflegende der sog. Baby-Boomer-Generation, d. h. der Jahrgänge 1955 bis 1969 – manche zählen die Jahrgänge 1946 bis 1964 zu den Baby-Boomern. Sie stellen eine sehr große Gruppe der beruflich Pflegenden dar, die in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren in den Ruhestand gehen werden. Ein Großteil der Problematik des Fachkräftemangels ist auf die Berufsdemografie zurückzuführen. Die Erfahrungen der Baby-Boomer, ihre gesundheitliche Situation, ihr Rückblick auf ihre Berufstätigkeit, aber auch ihre Bereitschaft, sich weiterhin mit Fragen der Pflege und Sorge zu befassen. All das soll in besonderer Weise Beachtung finden. Dabei können und sollen auch die beruflich gesammelten Erfahrungen der Baby-Boomer-Generation für die zukünftige Gestaltung der Pflege im demografischen Wandel angesprochen und genutzt werden. Pflegefachkräfte sind nicht nur Arbeitskräfte, sondern auch Wissensträger in einem gesellschaftlich hoch relevanten Feld, dem der Pflege.

Generation der Baby-Boomer im Blick

1.1 Die wesentlichen Befunde der repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Früher als erwartet hat die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland die 5 Millionen-Grenze überschritten. Nach den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes sollen es im Jahre 2055 6,8 Millionen sein, im Jahre 2070 7,7 Millionen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 30.03.2023). Die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger trifft mit einer Abnahme des sogenannten informellen Pflegepotentials und einem sich verschärfenden Fachkräfte- aber auch Mangel an Assistenzkräften zusammen. Der deutschen Bevölkerung sind die Probleme in der Pflege bekannt. Wie schon im Pflegereport 2022 (Klie 2022) herausgearbeitet wurde: Die Deutschen sind pflegeerfahren – sie kennen aus ihren Familien, Nachbarschaften und dem Freundeskreis die Wirklichkeit der alltäglichen An- und Herausforderungen in der Langzeitpflege. Viele machen die Erfahrung, dass es schwer ist, einen Pflegedienst zu finden oder gar einen Platz in einem Pflegeheim.

Zahl der Pflegebedürftigen steigt früher als erwartet

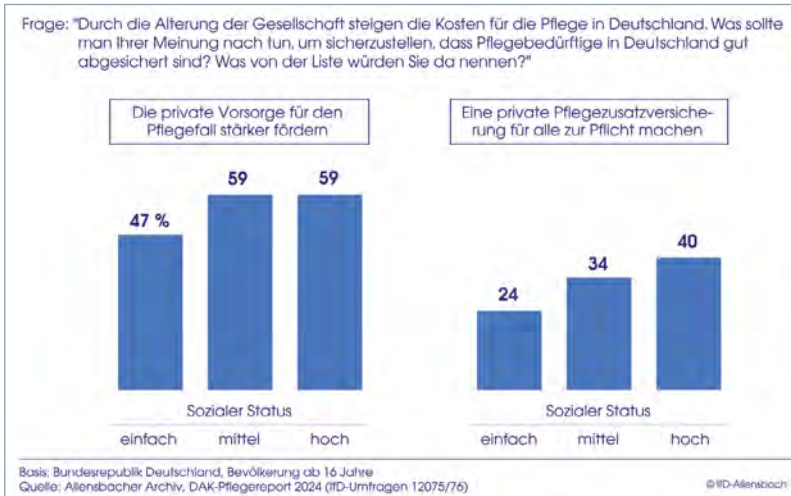
Auch die Medien tragen ihren Teil dazu bei, dass die Probleme in der Pflege der Bevölkerung vor Augen geführt werden – allerdings nicht immer in einer sachlich zutreffenden Art und Weise. Immerhin: Unter den verschiedenen aktuellen Problemen in Deutschland werden die Personalprobleme in der Pflege von 94 Prozent der Bevölkerung genannt (Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) 2022). Insofern gibt es, wie die repräsentative Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2024 zeigt, eine realistische Einschätzung der Bevölkerung über die Probleme der Pflege.

Abbildung 1: Zukunftserwartungen für die Pflege: mehr Pflegebedarf, fehlende Angebote, höhere Kosten



Die Problemwahrnehmung korrespondiert allerdings nicht mit einem entsprechenden Vorsorgeverhalten. Private Pflegevorsorge ist, wenn überhaupt, für mittlere und gehobene Schichten ein Thema, nicht für Haushalte mit einem niedrigen Haushaltseinkommen und einem eher niedrigen Bildungsgrad.

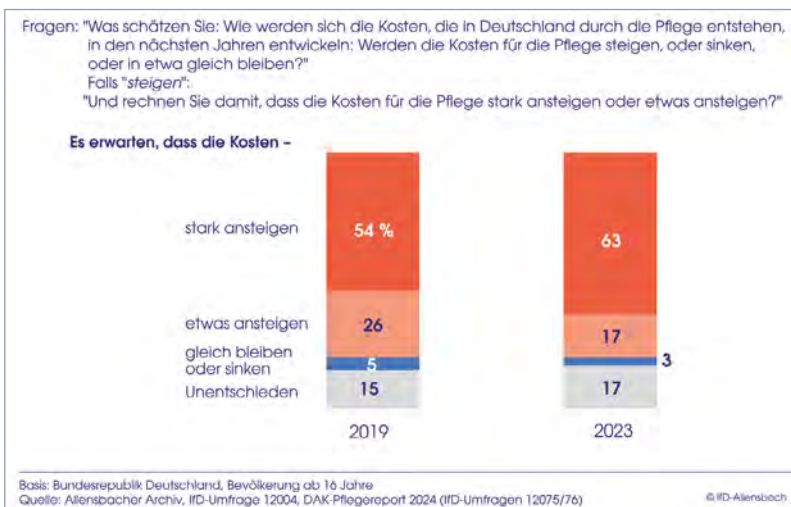
Abbildung 2: Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache



Allerdings sind die Angebote der privaten Pflegevorsorge, im Sinne von privaten Pflegezusatzversicherungen, zum einen auch nicht sonderlich bekannt und zum anderen nicht wirklich attraktiv, da die Relevanz der Leistungen für eine spätere Pflegesituation und ihre Bewältigung nicht wirklich vor Augen stehen. Entsprechend gering ist die Nachfrage nach dem sog. Pflege-Bahr. Die vergleichsweise zurückhaltende Pflegevorsorge hat aber nichts damit zu tun, dass die Bevölkerung die Kosten der Pflege, die ebenfalls deutlich steigen werden, nicht realistisch einschätzt. Eine Mehrheit der Bevölkerung erwartet einen starken Anstieg der Pflegekosten.

Vergleichsweise zurückhaltende Pflegevorsorge

Abbildung 3: Pflegekosten: zunehmende Erwartung eines starken Anstiegs



**Ratlosigkeit
bezüglich
Finanzierungs-
fragen**

Auch diese Einschätzungen korrespondieren mit den in den Medien kommunizierten und gegebenenfalls auch auf persönlichen Erfahrungen beruhenden deutlichen Kostenanstiegen insbesondere in der stationären Pflege, die Sprünge bis zu 1.000 und 2.000 Euro innerhalb eines Jahres kennen. Solche Entwicklungen, die zusammenhängen mit dem Inkrafttreten des Tariftreuegesetzes und einer verbesserten Personalausstattung, führen zu Irritationen und Sorgen. Obwohl die Kostensteigerungen in der Pflege bekannt und antizipiert werden, obwohl auch den Pflegekräften ein höheres Gehalt „gewünscht“ wird, gibt es in der Bevölkerung keine dominante Vorstellung, auf welche Weise die höheren Kosten gedeckt werden sollen. Weder dem Vermögensverbrauch in der Breite der Bevölkerung, noch einem systematischen Vermögensverbrauch im Zusammenhang mit der Kostenentwicklung in der Pflege wird zugestimmt, noch einer Anhebung der Beitragssätze. Dabei wird gleichzeitig die Notwendigkeit des Einsatzes von eigenem Vermögen im Zusammenhang mit den Kosten der Pflege für wahrscheinlich gehalten. Eine Finanzierung von Pflegekosten gestaffelt nach Einkommen und Vermögenssituation findet in der Tendenz durchaus Zustimmung. Es sind insbesondere die Angehörigen der Baby-Boomer-Generation, bei denen sich die skizzierten aktuellen Entwicklungen in besonderer Weise zuspitzen. Dieser im DAK-Pflegereport 2024 herausgearbeiteten „Ratlosigkeit“ der deutschen Bevölkerung hinsichtlich tragfähiger Finanzierungsperspektiven für die Pflegeversicherung entspricht die politische Handlungsunfähigkeit auf bundespolitischer Ebene: Auch hier zeigen sich keine klaren Strategien für eine mittelfristige Sicherung der Finanzierung der schon aktuell in ihrer Zahlungsunfähigkeit bedrohten Pflegeversicherung. Die freiwillige Zusatzversicherung spielt keine Rolle, die vermehrt geforderte verpflichtende private Pflegevorsorge „Pflege-Plus“ (Arentz et al. 2023) sieht eine paritätische Finanzierung der Pflichtbeiträge vor, sieht sich aber drei grundsätzlichen Problemen gegenüber gestellt: sie führt zu einer weiteren Belastung der jüngeren Generation, sie greift – wenn – erst nach einer Ansparzeit von 30 bis 50 Jahren und wird demnach keinen substantiellen Beitrag zur Pflegsicherung der Baby-Boomer-Generation leisten können. Weiterhin setzt sie eine stabile soziale Pflegeversicherung voraus. Um ihre Zukunftssicherung muss es vorrangig gehen.

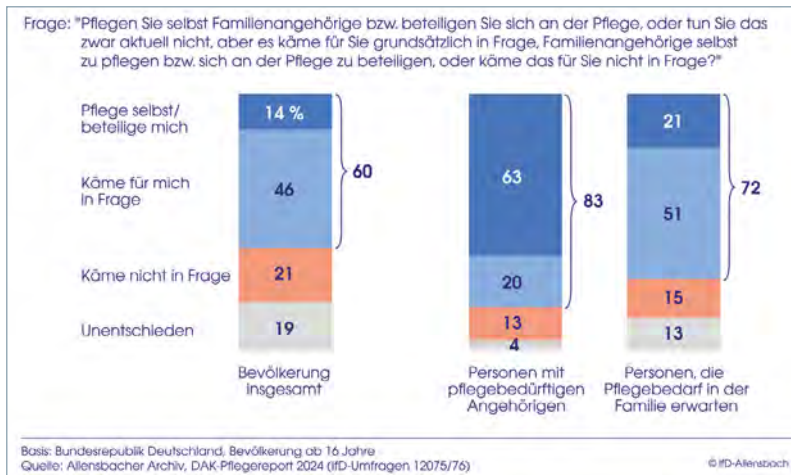
Aus der Perspektive der Bevölkerung gewinnen innovativ zu nennende Wohn- und Versorgungsformen wie Mehrgenerationenhäuser oder Wohngruppen an Bedeutung. Aber auch das betreute Wohnen wird als Perspektive gesehen, allerdings verbunden mit einem Pflegeangebot, das dort zumindest nach der Konzeption des betreuten Wohnens in Abgrenzung zu stationären Versorgungsformen und Heimen nicht regelhaft vorgesehen ist. Dass ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Finanzierung schlechter gestellt werden, wird von einer großen Mehrheit der Befragten kritisiert.

Insofern unterstreicht auch der DAK-Pflegereport den Handlungsbedarf bezogen auf diese wohnortnahen Versorgungsformen, in denen konzeptionell An- und Zugehörige, zivilgesellschaftliche Initiativen, Kommunen und Professionelle zusam-

menwirken (Klie 2023). Die Diskrepanz zwischen dem, was sich die Befragten hinsichtlich des Pflegearrangements wünschen und was sie für wahrscheinlich halten, lässt sich auch als pflegepolitische Aufforderung verstehen, auf die Entwicklung entsprechender Angebote hinzuwirken, insbesondere auf solche, die auf einer gemischten Wohlfahrtsproduktion beruhen, das heißt, auch auf ehrenamtliche und zivilgesellschaftliche Unterstützung setzen (Klie und Roß 2005). Die Sorgen hinsichtlich der Finanzierung der eigenen Pflege sind ausgeprägt: 43 Prozent der Bevölkerung begleitet die Sorge, bei Pflegebedarf nicht genügend abgesichert zu sein. Die Zahlen sind gleichwohl noch unrealistisch, da die Wahrscheinlichkeit zumindest einmal mit den Leistungen der Pflegeversicherung allein nicht zurechtzukommen, deutlich höher sind und gerade bei einem gegebenenfalls erforderlich werdenden Heimeintritt ein weitgehender Vermögensverbrauch unvermeidlich zu sein scheint. Insofern geben auch die Daten des Instituts für Demoskopie Allensbach Hinweise darauf, dass bei allem Problembewusstsein hinsichtlich der Zukunftsfragen der Pflege eine realistische Einschätzung der mit Pflege verbundenen finanziellen Belastung nicht vorhanden sind (über diesen Befund berichtet auch Druyen 2022).

Handlungsbedarf: wohnortnahe Versorgungsformen, Einbezug zivilgesellschaftlicher Initiativen

Abbildung 4: Aktuell breite Beteiligung der Angehörigen an der Pflege – zugleich große Bereitschaft zur zukünftigen Angehörigenpflege

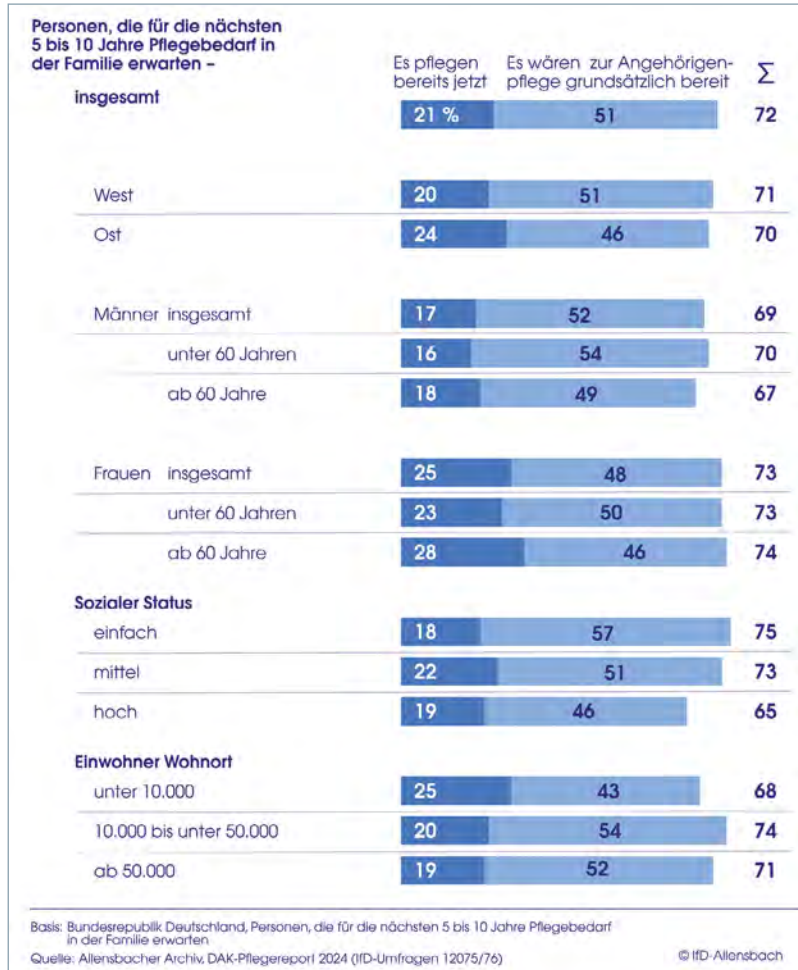


Ein ermutigender Befund liegt darin, dass die Pflegebereitschaft der Bevölkerung weiterhin fest in dem Wertekanon, der Kultur, aber auch der moralischen Orientierung verankert ist.

Die Bereitschaft steigt mit der in der Pflege gesammelten Erfahrung deutlich: Befunde, die auch mit den Ergebnissen anderer DAK-Pflegereporte übereinstimmen (Klie 2016, 2021). 72 Prozent der Befragten, die für die nächsten fünf bis zehn Jahre einen Pflegebedarf in der Partnerschaft oder Familie erwarten, wären bereit, Aufgaben der Pflege und Sorge zu übernehmen oder übernehmen sie bereits.

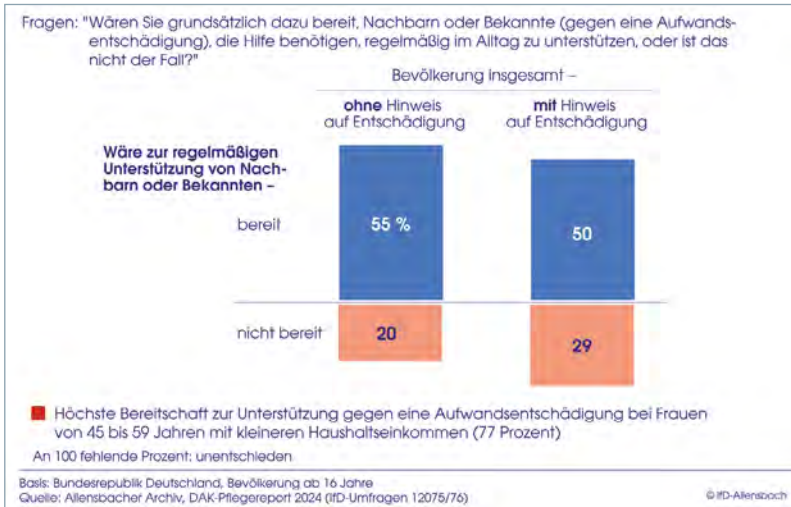
Hohe Bereitschaft zur Angehörigen- und nachbarschaftlichen Pflege

Abbildung 5: Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre



Aber nicht nur die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben in der eigenen Familie und Partnerschaft ist verbreitet. Eine Mehrheit der Befragten ist grundsätzlich bereit, Nachbarn oder Bekannte, die Hilfe benötigen, regelmäßig im Alltag zu unterstützen – dabei kämen sowohl unbezahlte als auch bezahlte Varianten in Betracht.

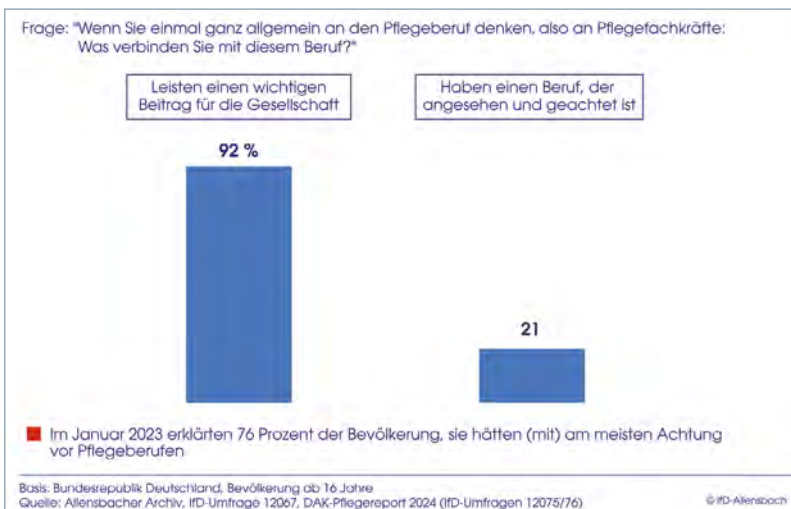
Abbildung 6: Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab



Genau auf derartige Sorgeformen wird es in der Zukunft ankommen, wenn das informelle Pflegepotential innerhalb von traditionellen Familienstrukturen nicht mehr in gleicher Weise vorausgesetzt werden kann und vorhanden sein wird wie heute. In diesem Zusammenhang wird auch von „sorgenden Gemeinschaften“ gesprochen, die Ausdruck einer örtlichen Kultur gegenseitiger Unterstützung sind (Sempach et al. 2023).

Sorgende Gemeinschaften als zukunftsfähige Sorgeskultur

Abbildung 7: Hohes Ansehen des Pflegeberufes – aber nur wenigen ist das auch bewusst

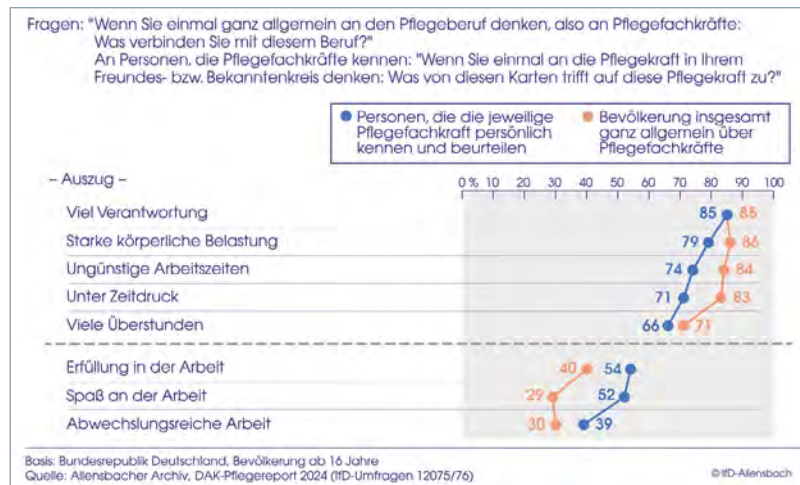


Die Daten der repräsentativen Bevölkerungsbefragung lassen erkennen, welche hohe Anerkennung Angehörige von Pflegeberufen in der Bevölkerung genießen.

Positive Assoziationen mit dem Pflegeberuf in der Gesellschaft sind ausbaufähig

Allerdings ist in der Bevölkerung eine eher traditionelle Vorstellung von beruflicher Pflege verbreitet und weniger ein modernes Professionsverständnis, das sich an dem 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz orientiert. Insbesondere die Belastungen der Pflegenden werden wahrgenommen und der Pflegeberuf wird als anspruchsvoll eingeschätzt. Die Zuschreibung ungünstiger Arbeitsbedingungen und hoher Belastungen ist bei denjenigen besonders ausgeprägt, die keinen persönlichen Kontakt zu Angehörigen von Pflegeberufen haben. Positive Assoziationen mit dem Pflegeberuf, etwa Erfüllung in der Arbeit, Pflege als sinnstiftende Arbeit, Pflege als ein fachlich interessanter und anspruchsvoller Beruf sind in den Einstellungen der Bevölkerung eher nicht verankert und vor allen Dingen dort nicht, wo kein Kontakt zu Angehörigen von Pflegeberufen besteht.

Abbildung 8: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt



Negative Narrative dominieren

Die Narrative der Pflege, auch und gerade die Narrative über Pflegeberufe, sind dominant negativ: Kurze Verweildauer, schlechte Bezahlung, Flucht aus dem Beruf. Keine dieser Narrative lassen sich empirisch belegen, sind aber Ausdruck für negative Stereotypen, die zum Teil auch von Angehörigen von Pflegeberufen und Berufsverbänden der Pflege mittransportiert werden. Auch der DAK-Pflegereport 2024 stellt sich der Aufgabe, in differenzierter Weise Daten über die Pflege aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen, um ein realistisches Bild der Pflege zu transportieren. Es gibt vielfältige Tendenzen in der Bevölkerung, Aspekte der Vulnerabilität, der Verwiesenheit auf Hilfe anderer, die Konfrontation mit den Grenzen des Lebens zu verdrängen. Pflegebedürftigkeit ist so ausgesprochen schlecht kompatibel mit den idealisierten Leitbildern eines autonomen, selbständigen und selbstbestimmten Lebens. Diese Hintergründe mögen ihre eigenen Wirkungen auf das unrealistische und negativ konnotierte Bild von Pflege, aber auch der Wirklichkeit der Pflegeberufe unterstützen. Dem gilt es entgegenzuwirken.

Wo sehen die Befragten der repräsentativen Bevölkerungsumfrage die Perspektiven für die Pflege? Sie fordern eine bessere Bezahlung der beruflich Pflegenden. Auch hierin dokumentiert sich ein verbreitetes Narrativ, nach dem Pflegenden schlecht bezahlt sind. Das ist heute nicht mehr der Fall. Verdi selbst gibt das Einstiegsgehalt von dreijährig ausgebildeten Pflegekräften mit Gehältern von 3.000 bis 4.000 Euro brutto an (Hardenberg 2024). In manchen Regionen verdienen beruflich Pflegenden noch besser. Das Tariftrueugesetz leistet überdies einen Beitrag, dass auch regionale Unterschiede und Unterschiede zwischen Trägern nivelliert werden. Schlecht ist die Bezahlung von Pflegehilfskräften. Hier besteht großer Handlungsbedarf, sowohl was die Ausbildung als auch die Profilierung von Assistenzberufen im Umfeld der Pflege als eigenständigen Beruf anbelangt. Die Erhöhung des Pflegegeldes, mit dem PUEG 2023 in begrenztem Maße erfolgt, wird weiterhin als ein wichtiger Schritt gesehen. Dieser Vorschlag kann auch dahingehend gedeutet werden, dass der informellen Pflege, in Familien, Partnerschaften und Freundeskreisen sowie Nachbarschaften, auch in der Zukunft die größte Bedeutung beigemessen wird.

Differenzierung bei der Betrachtung des Gehalts

Der DAK-Pflegereport bietet mit der nun schon traditionell zum Report gehörenden repräsentativen Bevölkerungsbefragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach ausgesprochen wertvolle Einsichten in Erfahrungen, Bereitschaften, Unsicherheiten, aber auch die Ratlosigkeit der Baby-Boomer-Generation, die im Wesentlichen zu den Befragten gehörte, bei dem gesellschaftlich allzu bedeutsam erkannten Themenfeld Pflege.

1.2 Was sagen die Routinedaten der DAK-Gesundheit über Gesundheit und Renteneintritt von Gesundheitsberufen?

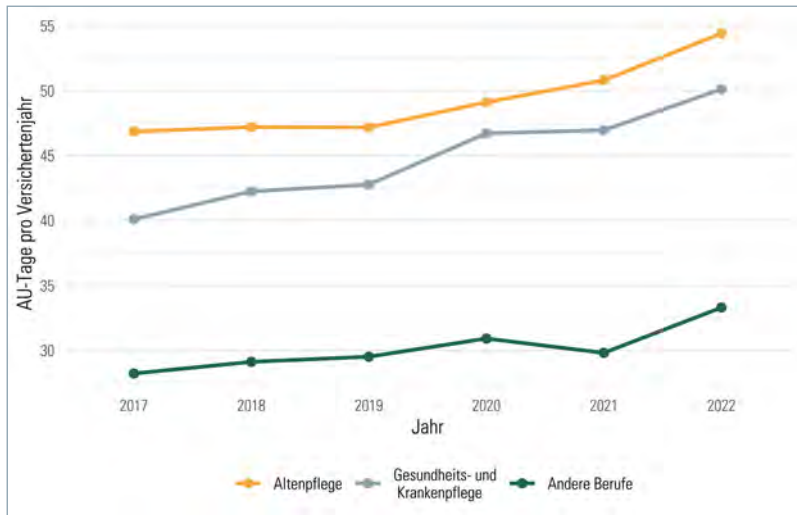
Neben der repräsentativen Bevölkerungsbefragung ist auch eine GKV-Routinedatenanalyse der Daten der DAK-Gesundheit ein regelmäßiger Bestandteil der DAK-Pflegereporte. Der Fokus liegt in diesem Report auf den Baby-Boomer-Jahrgängen der beruflich Pflegenden. Die GKV-Routinedaten lassen es zu, die Versicherten nach Berufsgruppen gesondert zu betrachten. Das haben die Kollegen von Opti-Medis in gewohnter Professionalität und Zuverlässigkeit getan und zur Grundlage ihrer Analysen gemacht. Dabei treten einige interessante Befunde zu Tage.

Arbeitsunfähigkeitszeiten als Indikator für Belastungen im Pflegeberuf

Pflegeberufe gelten als belastend. Sowohl die Dienstzeiten als auch die Tätigkeiten und Aufgaben, denen sich beruflich Pflegenden ausgesetzt sehen, mit denen sie sich zu arrangieren haben, führen zu einem besonderen Anforderungsprofil, das offenbar nicht ohne Spuren für die Gesundheit der beruflich Pflegenden bleibt. Ein Indikator hierfür sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die sog. AU-Tage. Dabei sind folgende Befunde interessant und wichtig: Insgesamt liegen die AU-Tage der Gesundheitsberufe über dem Durchschnitt, wenn man alle berufstätigen Versi-

cherten in die Betrachtung einbezieht. Sodann ergeben sich klare Unterschiede zwischen den, bis 2020 voneinander getrennt ausgebildeten, Berufsgruppenangehörigen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Die Anzahl der AU-Tage in der Altenpflege liegt durchgängig höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen

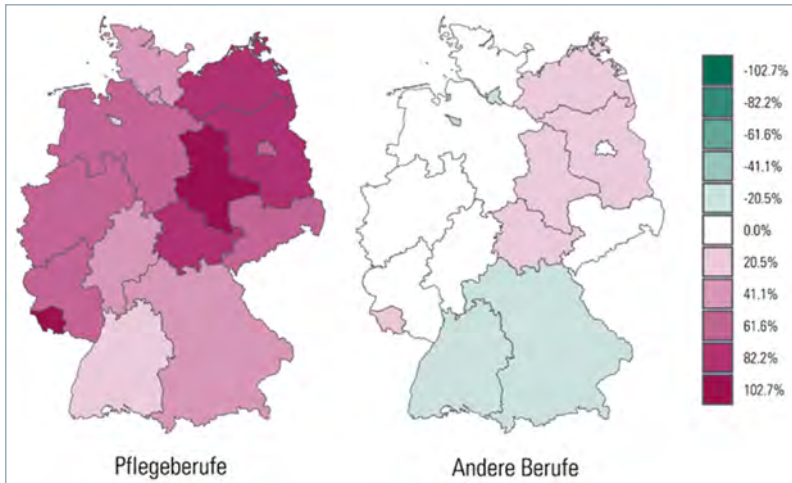


Quelle: Eigene Darstellung

Unterschiede nach Bundesländern

Dabei stieg mit den Jahren die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage pro Versichertenjahr in der Gesundheits- und Krankenpflege von 40 im Jahr 2017 auf 50 im Jahr 2022, in der Altenpflege von 47 Tagen (2017) auf 54 Tage (2022). Das sind etwa drei Monate. Im Vergleich zu den anderen Berufen ist die durchschnittliche AU-Tageanzahl deutlich höher. Die Entwicklung nach Jahren gibt Hinweise darauf, dass die Arbeitsbelastung stärker geworden ist – oder aber, dass die hier untersuchten Baby-Boomer-Jahrgänge mit höherem Alter über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen. Eine geografische Darstellung der Daten zu den AU-Tagen lässt deutliche Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen nach Bundesländern erkennen. Die größten Abweichungen hinsichtlich der AU-Tage zeigen sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland.

Abbildung 10: Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022



Quelle: Eigene Darstellung

Wirft man einen Blick auf die hinter den AU-Tagen liegenden Diagnosen, stehen zwei Diagnosegruppen im Vordergrund: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes – typisch für die Folgen körperlicher Belastung von Gesundheitsberufen – sowie psychische und Verhaltensstörungen. In beiden Diagnosegruppen liegen die Pflegeberufe deutlich über den Durchschnittswerten für andere Berufe. Es sind auch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, die die häufigsten Krankenhausaufenthalte von Pflegeberufen herbeiführen. In allen anderen einen Krankenhausaufenthalt begründenden Diagnosen liegen die Pflegeberufe hinter denen anderer Berufe. Die von den absoluten Zahlen her eher niedrigen Krankenseinweisungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen führen bei den Pflegeberufen zu vergleichsweise langen Krankenhausaufenthalten, die über dem Durchschnitt der Krankenhausaufenthalte anderer Berufsgruppen liegen. Auch die Arzneimittelverordnungen wurden geprüft – wiesen allerdings wenige Unterschiede zu verordneten Arzneimitteln und Wirkstoffen gegenüber anderen Berufsgruppen aus, wobei gegebenenfalls gerade bei Pflegeberufen von einer eher stärker verbreiteten Selbstmedikation ausgegangen werden kann.

In der öffentlichen Diskussion wird immer wieder „kolportiert“, dass die Angehörigen von Pflegeberufen in die Frühverrentung gehen respektive in jedem Fall früher aus dem Berufsleben ausscheiden, gegebenenfalls auch infolge einer Erwerbsminderung. Insgesamt gilt, dass ein Großteil der Erwerbstätigen bis zum Renteneintritt in der Berufstätigkeit verbleibt. Bei Pflegenden ist der Anteil mit 86,3 Prozent etwas geringer als bei den nichtpflegerischen Berufen, bei dem der Anteil bei

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen Hauptursachen für Fehlzeiten

Ist Frühverrentung ein pflegespezifisches Thema?

92,5 Prozent liegt. Auch der Anteil von Frühverrentung unterscheidet sich nicht grundlegend zwischen Pflegeberufen und anderen Berufen: 5,6 Prozent Pflegeberufe, 4,1 Prozent bei anderen Berufen. Wenn man die Erwerbsminderungsrenten miteinbezieht, gehen 70,7 Prozent der Pflegenden und 72,6 Prozent der Angehörigen anderer Berufe regulär in Rente. Beachtenswerte Unterschiede gibt es zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege. Nur 65,3 Prozent der Altenpflegerinnen gehen regulär in Rente, 7 Prozent weniger als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dafür gibt es Hinweise darauf, dass Berufsangehörige der Altenpflege eher auch über die Regelaltersgrenze hinaus arbeiten. Die psychischen Belastungen von beruflich Pflegenden sind eine maßgebliche Ursache für die Belastungen der Pflegenden. Sie werden auch von dem DAK-Psychreport 2023 bestätigt respektive korrelieren mit ihnen (IGES und DAK-Gesundheit 2023). Es sind nicht nur die typischerweise mit Pflegeberufen verbundenen Belastungen, die den hohen Anteil von AU-Tagen erklären. Der DAK-Gesundheitsreport 2023 hat sich mit dem Zusammenhang von Gesundheitsrisiken und Personalmangel auseinandergesetzt (Hildebrandt et al. 2023). Arbeitsintensität und -dichte nehmen zu, was sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken kann.

Abbildung 11: Psychische Belastung von Pflegenden



Quelle: DAK-Psychreport 2023

Mehr Aufmerksamkeit für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention nötig

Wenn es darum geht, die pflegerische Versorgung in der Zukunft zu gewährleisten, wird man der Gesundheit der Pflegeberufe, der betrieblichen Gesundheitsförderung und den vielfältigen Formen von Prävention besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben. Das gilt für die Arbeitgeber, das gilt für die Berufsgenossenschaften, als auch für die Träger der Unfallversicherung, aber selbstverständlich auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Gerade den psychischen Belastungen gilt es besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist bekannt, dass die Krankheitsquoten je nach Arbeitgeber höchst unterschiedlich ausfallen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund kommen betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen, aber auch

einer auf die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden gerichteten Personalarbeit große Bedeutung zu. Dabei sind es vor allen Dingen die Arbeitsbedingungen, die gesund erhalten oder krank machen.

1.3 Qualifizierung und Berufseintritte in der Pflege

Erstmals mit dabei im Team der Institute, die den DAK-Pflegereport erstellen, ist das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) und dort Michael Isfort. Das DIP erstellt seit vielen Jahren, in den letzten Jahren auch gemeinsam mit AGP Sozialforschung, Landespflegeberichte und das Monitoring Pflegepersonalbedarf in Baden-Württemberg und Bayern und besitzt insofern eine einzigartige Expertise in Fragen der Pflegepersonalbedarfsermittlung. Während in Deutschland die Zahlen über die niedergelassenen aber auch die in Krankenhäusern tätigen Ärzte ohne Weiteres verfügbar sind, gilt dies für die Pflege nicht. Auch nach der Corona-Pandemie ist man heute, mit Ausnahme des Landes Rheinland-Pfalz, nicht in der Lage die Zahl der Pflegekräfte regional und bezogen auf die Sektoren und Institutionen angeben zu können. Es ist weiterhin unbekannt, wie viele Pflegefachpersonen mit Weiterbildung in den Intensivstationen der deutschen Kliniken tätig sind: Ein Unding, wenn man der Pflege eine elementar bedeutsame Funktion in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zuordnet, wie durch das Pflegeberufgesetz geschehen. Unter Zuhilfenahme zahlreicher Quellen kann es allerdings gelingen, sich ein genaues Bild von der quantitativen Personalsituation in der Pflege in Deutschland zu verschaffen. Über Arbeitsmarktreserven in der Pflege verfügt Deutschland schon heute nicht mehr – das gilt für alle Regionen. Gleichwohl zeigt sich die Personalsituation in der Pflege doch in einer großen regionalen Heterogenität. Es reicht nicht aus allein den Fehlbedarf von Pflegekräften, aktuell und zukünftig, für die gesamte Bundesrepublik zu beziffern, wichtig ist eine konsequent regionale Betrachtung. Pflege ist ein Beruf mit einem lokalen, oder maximal regionalen, Arbeitsmarkt. Die Berufsmobilität ist gerade bei den typischen Frauenberufen, zumindest dort, wo es sich nicht um Leitungspositionen handelt, gering. Insofern machen auch keine überregional geschalteten Anzeigen für freie Arbeitsplätze im Krankenhaus, respektive der Langzeitpflege, Sinn. Wenn schon heute vielerorts Schwierigkeiten bestehen, ausreichend Pflegepersonal zu finden, wird sich die Situation in der Zukunft deutlich verschärfen. Dies liegt weniger daran, dass so viele Pflegekräfte ihrem Beruf den Rücken kehren, sondern hat ganz wesentlich berufsdemografische Hintergründe. Darum widmet sich der DAK-Pflegereport 2024 der Betrachtung der Qualifizierung für Pflegeberufe und Berufsaustritten.

Die Beobachtung und Prognose der Personalbedarfsentwicklung in der Pflege ist Gegenstand vielfältiger Studien, die eine große Gemeinsamkeit aufweisen: Man geht von einem deutlich benötigten Zuwachs an Fachkräften aus, um die in der Zukunft prognostizierten demografischen Entwicklungen älterer Menschen auf-

**Maßnahmen
gegen die dras-
tische Personal-
situation**

fangen zu können. Es bräuchte viel höhere Kapazitäten in Pflegediensten und -einrichtungen und dadurch auch an Pflegepersonal – sowohl Fachkräfte als auch Assistenzkräfte. Dabei, das zeigen etwa die Monitoringstudien zum Pflegepersonalbedarf in Bayern und Baden-Württemberg, gibt es nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch auf der Ebene der Landkreise und Stadtkreise sowie zwischen den Sektoren höchst unterschiedliche Herausforderungen, um die pflegerische Versorgung sicherstellen zu können. Die Maßnahmen, die zur Begegnung der Mangelsituation ergriffen werden, sind vielfältig. Sie reichen von Ausbildungsoffensiven, einer Stärkung der akademischen Pflegeausbildung bis hin zu Aktivitäten im Zusammenhang mit der Zuwanderung und ihrer Erleichterung (siehe Schwierek, Schön und Klie in diesem Report). Zentral ist und bleibt die Ausbildung und Qualifizierung junger Pfleger vor Ort und dies in den vorhandenen Einrichtungen. Ein Blick in die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege weist aus, dass der Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein deutliches Wachstum in den vergangenen Jahren aufweist (Tabelle 1) – allerdings maßgeblich mithilfe von Auszubildenden mit Migrationsgeschichte.

Tabelle 1: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Bundesland	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege		Veränderung in Prozent
	Soz.-vers. 2013	Soz.-vers. 2022	
Deutschland	721.919	821.979	13,9
Baden-Württemberg	86.869	94.817	9,1
Bayern	107.983	121.500	12,5
Berlin	32.516	35.771	10,0
Brandenburg	20.358	23.990	17,8
Bremen	8.290	8.346	0,7
Hamburg	19.383	22.843	17,9
Hessen	48.606	56.425	16,1
Mecklenburg-Vorpommern	15.539	18.032	16,0
Niedersachsen	67.379	78.934	17,1
Nordrhein-Westfalen	165.474	192.962	16,6
Rheinland-Pfalz	35.459	39.132	10,4
Saarland	11.051	12.021	8,8
Sachsen	38.178	44.973	17,8
Sachsen-Anhalt	20.645	22.876	10,8
Schleswig-Holstein	24.365	27.633	13,4
Thüringen	19.824	21.724	9,6

Quelle: Eigene Darstellung

Dabei sind auch hier zwischen den Bundesländern große Unterschiede zu verzeichnen. In Hamburg war der Zuwachs in den letzten zehn Jahren mit 17,9 Prozent gemeinsam mit Brandenburg und Sachsen am höchsten, in Bremen mit 0,7 Prozent am niedrigsten. Ähnliches lässt sich für die Altenpflege berichten: Auch hier ein deutlicher Zuwachs, wobei der Zuwachs in Nordrhein-Westfalen mit 45,8 Prozent hervorsticht. Hier haben die Regierungen der letzten Legislaturperiode viel in die Altenpflegeausbildung investiert. Schleswig-Holstein und Bayern bilden hier die Schlusslichter mit 6,6 und 9,3 Prozent Zuwachs in den letzten Jahren (Tabelle 2).

Große Unterschiede zwischen Bundesländern

Tabelle 2: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege

Bundesland	Altenpflege		Veränderung in Prozent
	Soz.-vers. 2013	Soz.-vers. 2022	
Deutschland	258.830	320.422	23,8
Baden-Württemberg	34.224	41.501	21,3
Bayern	37.972	41.497	9,3
Berlin	8.575	10.603	23,7
Brandenburg	6.723	8.268	23,0
Bremen	2.174	2.534	16,6
Hamburg	5.308	6.600	24,3
Hessen	16.196	19.092	17,9
Mecklenburg-Vorpommern	6.061	7.188	18,6
Niedersachsen	26.231	31.058	18,4
Nordrhein-Westfalen	57.573	83.920	45,8
Rheinland-Pfalz	10.257	13.497	31,6
Saarland	2.853	3.984	39,6
Sachsen	17.087	19.833	16,1
Sachsen-Anhalt	9.845	11.153	13,3
Schleswig-Holstein	9.248	9.858	6,6
Thüringen	8.503	9.836	15,7

Quelle: Eigene Darstellung

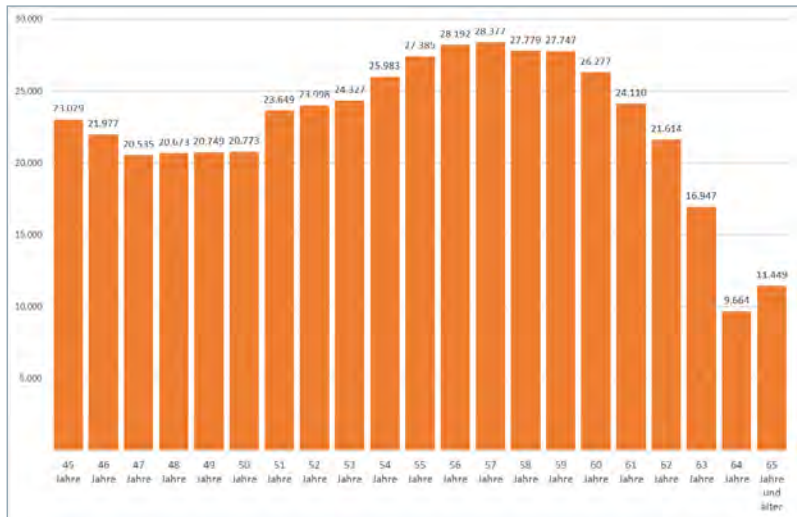
Wie sich die Entwicklung in der generalistischen Ausbildung zeigt, ist noch nicht ganz abzusehen. Auch hier zeigen sich zwischen den Bundesländern große Unterschiede. Insgesamt ist die Attraktivität der Pflegeberufe durch die Einführung der einheitlichen Pflegeausbildung nicht eingebrochen. Fragen der Berufseinmündung sind derzeit allerdings noch offen und werden mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Für die künftige Ausbildungssituation ist die Zahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen von größter Bedeutung. Hier ist eine deutliche Reduktion von knapp 100.000 zu beobachten. Dabei gilt es auch hier die sehr großen Unterschiede zwischen den Bundesländern zu beachten: Während in

Absolventinnen und Absolventen der allgemeinbildenden Schulen von größter Bedeutung

Pflegeausbildung muss für Personen mit allgemeiner Hochschulreife attraktiver werden

Baden-Württemberg der Rückgang bei 28,4 Prozent liegt, ergeben sich in Sachsen Steigerungen von knapp 40 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern von 35,3 Prozent. Für die als Fachschulausbildung konzipierte generalistische Pflegeausbildung sind besonders die Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss von Relevanz. Hier ist ein Rückgang um 11 Prozent zu verzeichnen. Damit wird das typische Reservoir von Schulabsolventinnen und -absolventen für die Pflegeausbildung geringer. Der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In Hamburg sind es inzwischen 54,5 Prozent, in Sachsen-Anhalt liegt er mit Bayern lediglich bei 27,6 respektive 7 Prozent. Diese Zahlen machen deutlich, dass es zu einer der wesentlichen Strategien der Qualifikation für Pflegeberufe gehören muss, diese auch für Schulabsolventinnen und -absolventen mit allgemeiner Hochschulreife attraktiv zu machen. Um den Bedarf an Pflegekräften, der sich daraus ergibt, dass viele Pflegekräfte aus Altersgründen den Beruf verlassen, zu decken, gilt es die berufsdemografischen Entwicklungen der Pflege in den Blick zu nehmen.

Abbildung 12: Anzahl Pflegender nach Altersgruppen Juni 2023



Quelle: Eigene Darstellung

Demografische Struktur der Pflegeberufe

Die Abbildung 12 zeigt die Anzahl Pflegender nach Altersgruppen im Juni 2023. Es wird deutlich, dass die größte Gruppe der Pflegenden 57 Jahre alt ist. 32,2 Prozent der Pflegenden ist in die Altersgruppe 50+ einzuordnen. Auch hier finden sich große regionale Unterschiede und noch oder ebenso gewichtig, Unterschiede bei den jeweiligen Institutionen, in denen Pflegenden beschäftigt sind. Manche Pflegeheime etwa berichten darüber, dass 55 Prozent ihrer Beschäftigten über 50 Jahre alt sind. Dies führt zu großen Herausforderungen, wenn es um die Zukunftssicherung der Einrichtung und die Aufrechterhaltung der Platzzahlen geht. Manche Träger

reduzieren mit Blick auf die Entwicklungen die Größe ihrer Einrichtungen. Stellt man in einer konservativen Betrachtungsweise, ohne die Einbeziehung von dem Ausbau der pflegerischen Infrastruktur die Zahl der Pflegenden 2023 den in den nächsten zehn Jahren aus dem Beruf ausscheidenden Personen gegenüber, ergibt sich der Ersatzbedarf (Tabelle 3).

Tabelle 3: Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum

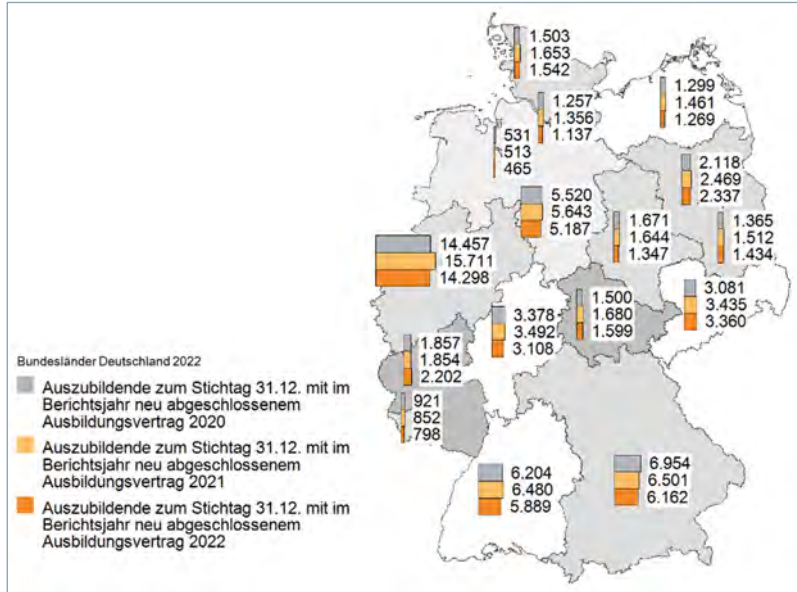
Bundesland	Pflegende		Anteil Ersatzbedarf 10 Jahre
	Pflegende in 2023	ab 55 Jahre	
Deutschland	1.140.397	249.541	21,9
Baden-Württemberg	135.943	31.776	23,4
Bayern	162.490	37.214	22,9
Berlin	45.827	10.531	23,0
Brandenburg	31.842	7.199	22,6
Bremen	10.466	2.770	26,5
Hamburg	29.707	6.008	20,2
Hessen	75.743	16.870	22,3
Mecklenburg-Vorpommern	25.153	5.406	21,5
Niedersachsen	109.537	24.257	22,1
Nordrhein-Westfalen	277.496	56.529	20,4
Rheinland-Pfalz	52.418	11.712	22,3
Saarland	15.808	3.403	21,5
Sachsen	65.087	12.804	19,7
Sachsen-Anhalt	34.104	7.493	22,0
Schleswig-Holstein	37.034	8.918	24,1
Thüringen	31.667	6.639	21,0

Quelle: Eigene Darstellung

Dieser ist in allen Bundesländern ausgeprägt und variiert zwischen 26,5 Prozent in Bremen und 19,7 Prozent in Sachsen. Wie kann dieser Ersatzbedarf befriedigt werden? Hier kommt es zentral auf die Zahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen an. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Bundesländern und der allgemeine Trend, dass auch nach Einführung der generalistischen Ausbildung zwar ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist, aber zumindest kein dramatischer. Die Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge, die die Grundlage für die Ausbildung 13 bilden, ist für sich genommen noch nicht aussagekräftig.

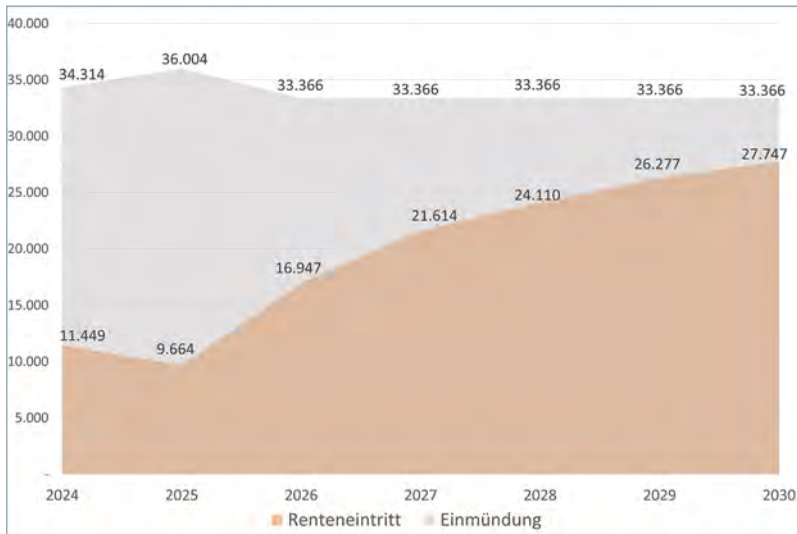
Leichter Rückgang in der generalistischen Ausbildung

Abbildung 13: Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag im Berichtsjahr



Quelle: Eigene Darstellung

Zunehmend wird, insbesondere bezogen auf die generalistische Ausbildung, berichtet, dass die Zahl der Abbrecher steigt. Auch hier gibt es große regionale Unterschiede. Während das Phänomen in Sachsen-Anhalt so gut wie nicht zu beobachten ist, scheint dies insbesondere in den Stadtstaaten, vor allen Dingen in Hamburg, ein ernstzunehmendes Problem zu sein (13,1 Prozent Abbrecherquote). In einem nächsten Schritt führt Isfort die berufsdemografischen Entwicklungen mit der Ausbildungsdynamik zusammen. Die Ergebnisse werden in seinem Modell *Kalkulationen der Entwicklung Berufseinmündung vs. Berufsaustritte bis 2030* sichtbar (Abbildung 14).

Abbildung 14: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030

Quelle: Eigene Darstellung

Während in den Jahren 2024 und 2025 das Verhältnis von Berufseinmündung zu Berufsaustritten noch nicht dramatisch erscheint, verändert sich dies in den Folgejahren. Das Modell beinhaltet keine Schätzzahlen über vorzeitige Berufsaustritte und Berufsunterbrechungen. Insofern lassen sich die Tabellen nicht so lesen, dass die in der grauen Fläche mit der Berufseinmündung abgebildeten Zahlen auch tatsächlich für den Arbeitsmarkt der Pflege als Arbeitsmarktreserve zur Verfügung stehen. Die gibt es laut Arbeitsmarktstatistiken schon länger nicht mehr. Schon heute zeigen sich große Probleme, geeignete und ausreichend Pflegefachkräfte zu gewinnen. Aber auch hier bedarf es einer regionalen Betrachtungsweise. Zunächst gibt es Unterschiede auf der Ebene der Länder, die am Beispiel von zwei Bundesländern dargestellt werden.¹ Auch in Brandenburg deuten sich Probleme hinsichtlich des Personaleratzbedarfes an, der allerdings deutlich geringer ausfällt als etwa der in Bremen (siehe Isfort in diesem Report).

Für eine Reihe von Bundesländern kann ein Kipppunkt ermittelt werden, wann die Zahl der Berufsaustritte, die der Berufseinmündungen übersteigt. Wenn in Bremen gegebenenfalls noch eine bundeslandbezogene Betrachtungsweise ausreicht, wobei auch hier zwischen Bremerhaven und Bremen zu differenzieren ist, gilt das für die Flächenstaaten so nicht. Hier bedarf es einer konsequent regionalen Betrachtungsweise. Die Ausbildungskapazitäten hängen jeweils auch mit den Krankenhausstandorten zusammen: ohne Krankenhäuser keine dreijährige Pflegeausbildung. Schon jetzt gibt es große Unterschiede in den Ausbildungskapazitäten auf

Fachkräftemangel: Bereits heute eine Herausforderung

Ausbildungskapazitäten hängen mit Krankenhausstandorten zusammen

¹ In den Landesberichten zum DAK-Pflegereport 2024 werden die Zahlen für alle Bundesländer errechnet und dokumentiert.

regionaler Ebene. Insofern ist bei einer Krankenhausreform immer mitzudenken, wie die Ausbildungskapazitäten für die Pflege mitberücksichtigt werden können. Auch der ÖPNV spielt eine große Rolle, wenn es um die regionalen Ausbildungskapazitäten geht. Die Praxisstellen müssen für die Auszubildenden erreichbar sein, was häufig nicht gewährleistet ist. Insofern stellt sich die Frage der Sicherung von Ausbildungskapazitäten als eine regionale, für die auch und gerade die Kommunen eine große Verantwortung tragen. Eine landesweite und regionalisierte Schulplanung findet im Bereich der Pflegeschulen in aller Regel nicht statt. Begreift man Gesundheit und Pflege auch als Aufgabe der Daseinsvorsorge wird man Schulstandorte auch auf der kommunalpolitischen Ebene mit im Blick haben müssen.

Keine Berücksichtigung bei der Gegenüberstellung von Qualifizierung und Berufsaustritten finden die an Bedeutung gewinnenden Pflegeassistentenberufe. Auch hier bedarf es sowohl auf der landes- als auch auf der kommunalpolitischen Ebene vermehrter Anstrengungen. Sie werden nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem neuen Personalbemessungsverfahren in der vollstationären Pflege an Bedeutung gewinnen.

1.4 Baby-Boomer zwischen Erfüllung und Erschöpfung

Baby-Boomer als Leistungsträger der beruflichen Pflege

Die Generation der Baby-Boomer gehört zu den Leistungsträgern in der beruflichen Pflege – in Kliniken ebenso wie in der Langzeitpflege. Sie sind bereits in Rente gegangen oder gehen bald in Rente. Damit werden wichtige Ressourcen fehlen – damit ist nicht nur die Arbeitskraft gemeint, sondern auch die Wissensbestände und Erfahrungen, über die langjährig in der Pflege Tätige verfügen. Es gibt kaum systematische Einblicke in die Berufserfahrung und das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften aus der Baby-Boomer-Generation. Dieses Forschungsdesiderat greift der DAK-Pflegereport 2024 mit seiner Interviewstudie, in der 16 beruflich Pflegenden aus der Baby-Boomer-Generation interviewt wurden, auf. Es war nicht einfach, aus dem Kreis der bei der DAK-Gesundheit Versicherten interviewbereite Angehörige von Pflegeberufen zu finden. Dankenswerterweise hat sich schließlich für jedes Bundesland eine Person gefunden, die einen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, dass ein recht dichtes, aber auch zugleich vielfältiges Bild der beruflichen Pflege gezeichnet werden konnte. Es gehört zum Wesen von qualitativen Studien, dass sie für sich keine zahlenmäßige Repräsentativität in Anspruch nehmen können. Dafür bieten sie vertiefte Einblicke in komplexe Themenbereiche, in diesem Fall in das Selbstverständnis und die Berufserfahrung beruflich Pflegenden. Sie werden im Rahmen der Interviewstudie kontextualisiert, mit anderen Erkenntnissen aus der Forschung zu Angehörigen von Pflegeberufen in Beziehung gesetzt. Die Interviewten haben auf sehr unterschiedliche Weise ihren Weg in die Pflege gefunden. Manchen war der Beruf gewissermaßen in die Wiege gelegt, da Angehörige, meist Mütter, schon Pflegekräfte waren, andere haben auf Umwegen zur Pflege gefunden – als Zweitberuf, aber auch in einer

bewussten Entscheidung, etwa nach einem handwerklichen und technischen Beruf, einen sozialen oder pflegerischen Beruf zu ergreifen. Unterschiedlich waren außerdem die Ausbildungssysteme in der DDR im Vergleich zu Westdeutschland: Auch diesbezügliche Erfahrungen scheinen in den Interviews auf. Die in der DDR vorhandene einheitliche Ausbildung, die zum Teil mehr (medizinnahe) Kompetenzen vermittelt hat, wurde, wie später von manchen kritisiert wurde, aufgegeben. Es dauerte vergleichsweise lange, bis es eine einheitliche Altenpflege und jetzt eine generalistische Pflegeausbildung gab. Der Weg zur Professionalisierung ist ein langwieriger. Auch das zeigt sich in den Interviews. Eine besondere Bedeutung wird berufsbegleitenden Ausbildungen zugewiesen. Allerdings wird beklagt, dass diese entweder gar nicht mehr oder deutlich schwerer zu realisieren seien. Pflegeberufe sind typische Frauenberufe. Auch das zeigt sich in den Interviews: Viele Frauen haben ihre berufliche Karriere in der Pflege zugunsten von Familienaufgaben oder der Karriere ihres Mannes zurückgestellt. Zeiten in der Kindererziehung führten zu Unterbrechungen. Das zeigt: Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielen gerade für Pflegeberufe eine besondere Rolle. Auch wird man den Umstand, dass beruflich Pflegenden meist Frauen sind, insgesamt stärker in den Blick nehmen müssen. Die Selbstverständlichkeit, mit der Frauen in Pflegeberufen ihre Erwerbsarbeit zurückstellen oder relativieren und Karriereerwünsche nicht konsequent weiterverfolgen, stellt sich vor dem Hintergrund der Bedeutung der professionellen Pflege als problematisches Syndrom dar: Pflege ist in ihren unterschiedlichen Verantwortungsrollen heute und vor allen Dingen künftig unverzichtbar für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Dies müsste auch zu einer Umbewertung von Erwerbsarbeit führen – zugunsten typischer Frauenberufe wie der Pflege.

Fast alle Interviewten identifizierten sich, in hohem Maße, mit ihrem Beruf. Das gilt sowohl für die Pflegefachkräfte, als auch für die Pflegehilfs- und Assistenzkräfte, die interviewt wurden. Beziehungen zu den Patientinnen oder Pflegebedürftigen spielen eine zentrale Rolle. Die Empathie ist eine der interaktionsbezogenen Qualitäten des Pflegeberufes, Pflege sei ein „Herzensberuf“, so die mehrfach geäußerten Einschätzungen. Die Interviewten beschreiben, dass der Beruf von ihnen sinnstiftend erlebt wird. Gerade der Wertebezug wird als attraktiv am Pflegeberuf empfunden. Von Pflege als Traumberuf sprechen eine Reihe der Interviewten. Das von ihnen vertretene Pflegeverständnis ist stark beziehungsorientiert und häufig, gerade in der Langzeitpflege, sozialpflegerisch ausgerichtet. Mit dem seit 2020 gesetzlich vorgesehenen Konzept der Vorbehaltsaufgaben können sich längst nicht alle identifizieren und anfreunden, auch wenn das Pflegeberufegesetz mit den mit ihm verbundenen Ausbildungsinhalten und Pflegeverständnissen von manchen begrüßt wird. Pflege gehöre in professionelle Hände, so die Aussage von einigen Interviewten, die sich gegen immer noch landläufige Haltungen richtet, pflegen könne jeder Mensch, auch ohne Ausbildung. Die Verbindung von Wissen, Handwerk, Hermeneutik und Beziehung macht gute Pflege aus. Sie ist bedroht durch die Arbeitsbedingungen, die als zunehmend ungünstig beschrieben werden.

Hohe Identifikation mit dem Beruf

Zeit fehle, der Personalmangel wirke sich als zusätzlicher Stressor aus. Vielfach berichten die Interviewten, dass sie ihr Pflegeverständnis in der Praxis nicht mehr umsetzen können. Das ist belastend. So zieht sich durch die Interviews das Gefühl von Erschöpfung wie ein roter Faden hindurch. Manchen der Interviewten gelingt es, für Ausgleich zu sorgen. Work-Life-Blending ist wichtig, um den Herausforderungen zu bestehen. Häufig sind beruflich Pflegenden außerdem mit anderen Aufgaben gebunden – die Baby-Boomer verbringen mittlerweile weniger Zeit mit der Erziehung ihrer eigenen Kinder, aber gegebenenfalls mit anderen familiären Verpflichtungen bis hin zur Unterstützung pflegebedürftiger Angehöriger.

Folgen der Ökonomisierung werden durch die Interviewten kritisiert

Weiterhin erleben einige der Interviewten die vielfältigen Qualitätssicherungsanforderungen als ein ihnen entgegengebrachtes Misstrauen. Das Qualitätssicherungsregime, insbesondere in der Langzeitpflege, ist im Wesentlichen Folge der Einführung eines Pflegemarktes. Die Folgen der Ökonomisierung, insbesondere der Kommerzialisierung der Pflege, die auch im Kliniksektor beobachtet wurde, wird von manchen der Interviewten sehr kritisch kommentiert und auch kritisiert. Die ökonomischen Vorgaben stehen in einem Spannungsverhältnis zu dem stets eingelösten Verantwortungsgefühl und der empathischen Grundhaltung, die auch die Interviewten auszeichnet. Dieses Spannungsverhältnis lösen Pflegekräfte häufig zu ihren Lasten: Schlechte Arbeitsbedingungen führen nicht einfach dazu, den Beruf zu verlassen. Sie bleiben ihren Klientinnen und Patienten treu, auch ihrem Team. Gerade diese Kompensation von ungünstigen Rahmenbedingungen auf eigene Kosten kann zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Außerdem werden die Interviewten dadurch nicht unbedingt zu Botschafterinnen und Botschaftern des Pflegeberufes – zumindest nicht unter den geltenden Rahmenbedingungen. Das Wissen, was man besser machen könnte, wo Perspektiven liegen, das ist – en detail – vorhanden und abrufbar. Es ginge um eine bessere Zusammenarbeit der Professionen, auch mit den Ärzten, um Vernetzung, um sektorenübergreifende Formen der Zusammenarbeit. In der Akademisierung sehen die Interviewten dagegen eher weniger eine tragfähige Perspektive: „Wer macht denn dann die Arbeit am Bett?“ Insgesamt zeigt sich, dass das berufliche Selbstverständnis der Interviewten sich nicht unbedingt mit einem „modernen“ Professionsverständnis in der Pflege deckt, das stärker verantwortungsvolle Steuerungsfunktionen, aber auch Arbeitsteilung befördert.

Der Blick auf die nächste Generation fällt ambivalent aus. Ob die Generation Z, wie sie genannt wird, in gleicher Weise den Ethos der Fürsorge teilt, ob sie den Belastungen gewachsen sind – dies wird zum Teil in Zweifel gezogen. Andererseits äußern auch eine Reihe von Interviewten Zuversicht: Die nächste Generation werde es, wenn auch anders, vielleicht sogar besser machen. Ob nun Digitalisierung oder Robotik: Die nächste Generation werde professioneller und unbefangener mit diesen zusätzlichen Möglichkeiten umgehen und sie nutzen.

Gefragt nach dem politischen Handlungsbedarf in der Pflege bedienen sich die Interviewten zum Teil der üblichen Narrative: bessere Bezahlung, höheres Ansehen. Empirisch leiden zumindest die Pflegefachkräfte an beidem nicht. Die Forderung nach einer besseren Bezahlung, die von den Interviewten geäußert wird, vermittelt den Wunsch nach einem Ausgleich für die schlechten Rahmenbedingungen. Die Bezahlung war, aber ist nicht mehr das eigentliche Problem – wobei auch bei den Interviewten unterschiedliche Anspruchsniveaus hinsichtlich der Bezahlung sichtbar wurden. Als Dilemma wird erkannt, dass eine bessere Bezahlung gerade in der Langzeitpflege auch dazu führt, dass die Pflege für die Pflegebedürftigen teurer wird. Sie können sie kaum mehr bezahlen. Auch dies wird als Konflikt erlebt: Die Inanspruchnahme von Pflege ist in haushaltsökonomische Abwägungsprozesse eingebunden. Eine empathiegetragene Pflege, die den „Kunden“ gegenüber in angemessener Weise in Rechnung gestellt wird, widerspricht in gewisser Weise einer Gabetradition, die in der Pflege durchaus nicht unbekannt ist.

Politischer Handlungsbedarf

Die Politik setzt auch beim Thema Pflege auf Zuwanderung. Ein großer Teil der Auszubildenden in Pflegeberufen verfügt über internationale Familiengeschichte. In manchen Einrichtungen ist der Anteil der nichtmuttersprachlich Deutschen hoch. Die Interviewten stehen dem Thema Zuwanderung und Kolleginnen und Kollegen mit Migrationsgeschichte durchaus ambivalent gegenüber. Während die einen die fehlende Sprachkompetenz als auch die kulturelle Distanz kritisieren, betonen andere die Vielfalt, die interessanten fachlichen, aber auch kulturellen Impulse. In jedem Fall lesen sich die Interviews, die das Thema Migration aufgreifen, dass das Thema Kolleginnen und Kollegen mit Migrationsgeschichte ein wichtiges Thema für die Personalarbeit und -entwicklung ist.

Auf die Frage, welche Noten die Interviewten der Pflegepolitik geben würden, antwortete sie mit durchgängig schlechten Bewertungen. Nur wohin soll die Reise gehen? Nur wenige signalisieren sich, auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, für Pflege und Pflegepolitik einsetzen zu wollen. Ihre Kompetenzen weiter einzusetzen, sei es in Nachbarschaft, Familie oder ehrenamtlich – das können sich schon deutlich mehr vorstellen. Pflege wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden – und ggf. auch in Zukunft gelebt.

Schlechte Benennung der Pflegepolitik durch die Interviewten

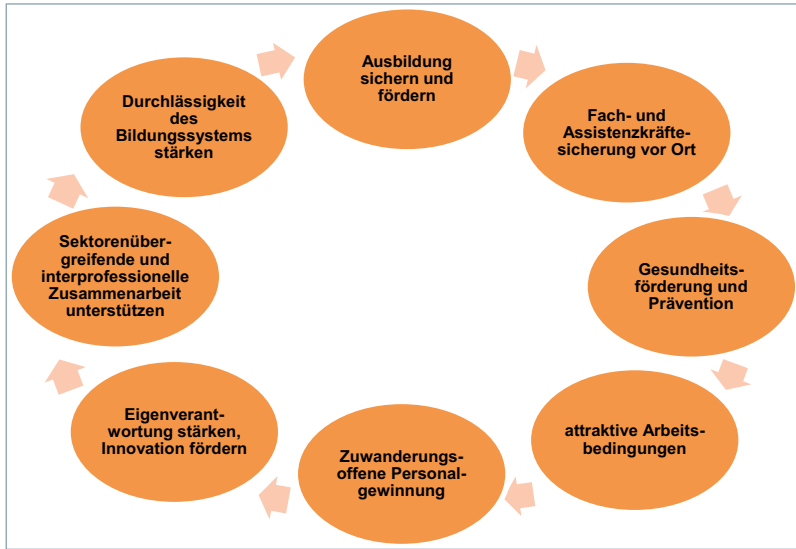
Der Pflegeberuf befindet sich in Deutschland in einem recht grundlegenden Transformationsprozess. Die generalistische Ausbildung ist die Qualifikationsgrundlage für die aktuellen Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger. Die Möglichkeit, Pflege zu studieren, auch für die „normale Praxis“ der beruflichen Pflege, wird gefördert. Darüber hinaus gibt es akademische Karriereperspektiven für Angehörige von Pflegeberufen. Die gab es zwar auch schon für die jetzt ausscheidende Baby-Boomer-Generation, aber nicht in dieser Weise und nicht mit der dahinterliegenden politischen Unterstützung und Notwendigkeit. Insofern wird der Pflegeberuf in gewisser Weise ein anderer werden, auch wenn der Kern der Pflege immer die professionelle Begegnung mit Menschen ist. Aus dieser Begegnung, aus dieser

Der Pflegeberuf in Deutschland in der Transformation

Interaktion speist sich die Pflege, die ein Traumberuf sein kann. Dann muss sich allerdings an den Rollenprofilen und Rahmenbedingungen einiges ändern.

1.5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege

Abbildung 15: 8 Handlungsfelder



Quelle: Eigene Darstellung

Handlungsfelder zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Kopf in den Sand stecken gilt nicht. Ebenso wie beim Klimawandel gilt: „Es ist zu spät für Pessimismus. Und jetzt?“ (Giesecke und Welzer 2022). Das, was für den Klimawandel gilt, gilt in gewisser Weise auch für die Pflege. An dem demografischen Wandel lässt sich nichts mehr drehen: Er ist da und wird seine Wirkung entfalten. Auch in rechten Milieus übliche Vorschläge, die Fertilität der Deutschen zu steigern, sind in mehrfacher Hinsicht zynisch – sowie rassistisch und nationalistisch zugleich. Deutschland steht im Vergleich zu anderen OECD-Ländern nicht schlecht da, was die Pflege angeht. Das gilt für die Zahl der Pflegekräfte, das gilt für die Qualifikation und Ausbildungsstrategien. Deutschland verfügt über eine Pflegeversicherung, die in anderen Ländern bislang herbeigesehnt wird. Jenseits gesundheits- und pflegepolitischer Strategien auf Bundesebene zeigen viele Beispiele vor Ort, wie den in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Befunden begegnet werden kann. Orientiert an acht Handlungsfeldern wurden aus allen Bundesländern Good Practice-Beispiele zusammengetragen, die zeigen, welche zukunftsorientierten Strategien und Konzepte bereits entwickelt und erprobt wurden. Sie gilt es zusammenzuführen und aus der Logik der „Projektitis“ herauszuführen. Weitere Modellprojekte können wir uns nicht mehr leisten: Es braucht

viel mehr die experimentelle Aufnahme aufeinander bezogener Strategien, um die Pflege in der Zukunft sicherzustellen. Die Good Practice-Beispiele beziehen sich ganz wesentlich auf die berufliche Pflege oder auf Strategien des Zusammenwirkens von professioneller Pflege, mit informeller und zivilgesellschaftlich getragener Sorge. In dem Kapitel „Pflege zukunftsfest machen – Good Practice“ wurde in Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit ein Good Practice-Beispiel aus jedem Bundesland aufgegriffen: Es sind gerade die Bundesländer, die eine wichtige Innovationsfunktion für die Weiterentwicklung der Infrastruktur in der Pflege wahrnehmen. Das gilt sowohl für den Krankenhaus- als auch für den Langzeitpflegektor. Die Ausbildung zu sichern und zu fördern, stellt eines der wichtigen Handlungsfelder dar. Es geht nicht um zusätzliche Kapazitäten. Die erscheinen eher unrealistisch. Zusätzliche Kapazitäten gilt es allerdings für die unterschiedlichen Assistenzberufe zu schaffen und dies auch vor Ort. Wichtig ist die Fachkräfte- und Assistenzkräftesicherung vor Ort. Die Bedarfssituation stellt sich vor Ort jeweils unterschiedlich dar. Im Zusammenwirken von Kommunen, Unternehmen, Schulen, aber auch der Agentur für Arbeit wird es darauf ankommen, das Niveau der Fachkräftesicherung zu halten. Das hat heute auch mit Wohnungspolitik etwas zu tun, mit Fragen der Vereinbarkeit, Angeboten der frühkindlichen Pädagogik. Dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention kommt eine große Bedeutung zu, auch und gerade bei den älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Gesundheitsberufen. Die DAK-Gesundheit hat dieses Thema in besonderer Weise aufgegriffen. Es ist in mit den Kommunen abgestimmte Strategien zu integrieren. Es geht um attraktive Arbeitsbedingungen für die unterschiedlichen Beschäftigtengruppen. Dazu gehört auch eine auskömmliche und armutsfeste Bezahlung insbesondere von Assistenz- und Hilfsberufen. Ansätze der lebenszyklusorientierten Personalarbeit spielen eine große Rolle – auch und gerade bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Auf Zuwanderung wird man auch in der Pflege nicht verzichten können – sie darf allerdings auch nicht überschätzt werden. In Ballungsgebieten ist sie in besonderer Weise vielversprechend, in ländlichen Regionen ist sie auch abhängig von der Akzeptanz von Zuwanderung. Hierin liegt auch eine gesellschaftspolitische Herausforderung, diese für die Zukunft zu fördern. Auch die Entbürokratisierung von Anerkennungsverfahren für im Ausland erworbene Abschlüsse gehört dazu, wie die Unterstützung von Zugewanderten in ihrer Lebensführung und sozialer Teilhabe, an ihrem neuen Lebensort – inklusive sozialarbeiterischer Unterstützung, die vielfach auch in der Ausbildung geboten sein kann. In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt: Mit Applaus allein ist es nicht getan. Die hohe Anerkennung, die Angehörige von Pflegeberufen in der Öffentlichkeit besitzen, muss zusammen mit Professionalisierungsstrategien in der Pflege dazu führen, ihnen deutlich mehr Eigenständigkeit zuzuordnen. Das bezieht sich auch auf die Kooperation mit den medizinischen Fachberufen. An sektorenübergreifenden Versorgungsstrategien wird man ebenso wenig vorbeikommen wie an Innovationen sowohl in der Langzeitpflege als auch in der klinischen Versorgung. Der Auftrag der Pflege als Gesundheitsberuf liegt darin, die gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten – nicht nur gegenüber den

**Verschiedene
Ansatzpunkte
für die berufliche
Pflege**

**Fachkräfte- und
Assistenzkräftesicherung
vor
Ort**

ausgewählten Kunden und Bewohnern von Einrichtungen oder Patienten in Kliniken. Insofern sind sektorenübergreifende Strategien von größter Relevanz für die Zukunft. Sie eröffnen im Übrigen auch Berufsangehörigen in der Pflege interessante berufliche Perspektiven. Auch gilt es, das Bildungssystem durchlässiger zu machen, verbunden mit verbindlicheren Weiterbildungscurricula: Der deutsche Qualifizierungsrahmen wird für die Pflege noch nicht hinreichend genutzt. Vom Meisterbonus bis zur berufsbegleitenden Qualifikation sind alle Register zu ziehen, erworbene Kompetenzen zu würdigen und die Vielfalt des Erwerbs von Kompetenzen zu fördern.

16 Good Practice-Beispiele

In den 16 Good Practice-Beispielen scheint einiges von diesen Handlungsfeldern auf.

- In den ALB FILS Kliniken geht es um die Rückgewinnung von Fachpersonal in Baden-Württemberg.
- In Bayern geht es um einen Ansatz der Gesundheitsförderung, der mit Gewaltprävention verbunden ist – hängen doch gesundheitliche Belastung im hohen Maße auch mit Gewalterfahrungen und Gewaltgeschehnissen zusammen.
- Die Digitalisierungsperspektive wird in der Pflege 4.0 in Berlin stark gemacht.
- Ein Beispiel für eine zuwanderungsoffene Personalgewinnung stellt das National Matching in Brandenburg dar.
- Die Verbindung zwischen Langzeitpflege und akademischer Ausbildung, vielerorts noch ein Desiderat, wird in Bremen mit TICall aufgegriffen.
- Um bessere Arbeitsbedingungen im klinischen Sektor geht es bei Arbeiten 5.0 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Das mehrfach benannte Thema Teilzeitausbildung für die Pflege wird vom VbFF in Hessen in die Diskussion um Good Practice eingebracht.
- Die Infrastrukturverantwortung für die Pflege wird stärker auf kommunaler und Landesebene einzulösen sein: Mecklenburg-Vorpommern liefert hier ein Beispiel mit der integrierten Pflegesozialplanung.
- Perspektiven für gemeinwirtschaftliche Strategien liefert die Pflegegenossenschaft in Ostfriesland – mit einem starken Selbstverantwortungsakzent der Pflege.
- National und international vorbildlich ist das betriebliche Gesundheitsmanagement der Sozialholding Mönchengladbach – das Beispiel aus Nordrhein-Westfalen.
- Der Rassismus macht auch nicht Halt vor der Pflege: Das Thema wird in Rheinland-Pfalz aufgegriffen in dem Projekt „Wir sind vielfältig. Wir sind stark.“
- Ebenfalls dem Thema Zuwanderung widmet sich die Diakonie Saar mit dem Projekt „Impuls“.

- Aus Sachsen-Anhalt wird die Vier-Tage-Woche beim DRK-Kreisverband Sangerhausen in die Diskussion eingebracht: Ein ausgesprochen resonanzreicher Ansatz.
- Aus Sachsen werden die Akademisierungsperspektiven von Community Health Nursing beigesteuert mit einem berufsbegleitenden Master: eine der zentralen akademischen Berufsbildperspektiven für die Pflege.
- Die sehr unterschiedlichen beruflichen Sozialisierungen von Pflegefachkräften im europäischen Ausland werden in dem Mentoring Integrations Advertising Programm an dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum Thema gemacht: Auch dies hat viel mit Arbeitskräftesicherung zu tun.
- Schließlich liefert der Freistaat Thüringen ein Beispiel innovativer, sublokaler Versorgungssicherung im ländlichen Raum durch die Stiftung Landleben mit einer Variante von Gesundheitskiosken als Baustein regionaler Daseinsvorsorge gesundheitlicher Versorgung.

Ein Kaleidoskop an Good Practice, das inspiriert, das Mut macht, aber das auch den Aufforderungsgehalt in sich trägt, nicht in den bestehenden Strukturen zu verharren: Die Herausforderungen, die der demografische Wandel für die Pflege mit sich bringt, verlangt auch nach Strukturreformen und zum Teil grundlegenden Innovationen. Diese werden hier für alle Bundesländer dokumentiert. Die DAK-Gesundheit ist in vielfältiger Weise Partner solcher Innovationen.

**Struktur-
reformen und
grundlegende
Innovationen
notwendig**

1.6 Ausblick – Zeitenwende in der Pflege

Der DAK-Pflegereport trägt neben den eigenen empirischen Analysen auch bereits vorliegende Studien zu Fragen der Personalsituation, der Finanzierung und des informellen Pflegepotentials zusammen, verbindet sie mit den fünf eigenen zuvor zusammengefassten Zugängen zum Thema des diesjährigen Pflegereportes und schließt mit einem Ausblick und einem Aufgabenkatalog, der sich auf die Herausforderungen der Pflege in den nächsten Jahrzehnten bezieht.

1.7 Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine; Büttner, Thies; Papaspyratos, Constantin; Rolfs, Christian; Wasem, Jürgen (2023): Abschlussbericht. Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Online verfügbar unter www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Abschlussbericht_Experten-Rat_Pflegefinanzen.pdf.
- Druyen, Thomas (2022): Babyboomer-Generation läuft blind in die Pflegekatastrophe. Studie identifiziert Jahrhundertproblematik. Pflegestudie 2022. opta data Zukunfts-Stiftung; Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement, Sigmund Freud Privat Universität Wien (IZZ).

- Giesecke, Dana; Welzer, Harald (2022): Zu spät für Pessimismus. Das FUTURZWEI-Anti-Frust-Buch für alle, die etwas bewegen wollen: Fischer.
- Hardenberg, Nina (2024): „In der Pflege gibt es eine Jammertradition“. Interview mit Thomas Klie. In: *Süddeutsche Zeitung (SZ)*, 2024. Online verfügbar unter www.sueddeutsche.de/bayern/bayern-pflege-klie-jammertradition-professionalisierung-aufgabe-1.6335098?reduced=true, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Hildebrandt, Susanne; Dehl, Theresa; Zich, Karsten; Nolting, Hans-Dieter (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. Heidelberg: medhochzwei (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 44). Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2023-ebook-pdf-2615822.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2023.
- IGES; DAK-Gesundheit (2023): DAK-Psychreport 2023. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2012 – 2022. Hg. v. DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.dak.de/dak/unternehmen/berichte-forschung/psychreport-2023_32618, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) (Hg.) (2022): Demokratische Integration. Zweite Vorstudie. Untersuchungsbericht. Online verfügbar unter https://www.deutsche-stiftung-engagement-und-ehrenamt.de/wp-content/uploads/2023/06/Langbericht_Bevoelkerungsbefr_Dem_Integration_Mai_2023.pdf
- Klie, Thomas (2016): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hg. v. Herbert Rebscher und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2021): Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35). Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/report-2501938.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Klie, Thomas (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas (2023): Pioniere ausgebremst. Kolumne: Klie's Corner. In: *Häusliche Pflege* 32 (9), S. 52.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Dieter Döring (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement. Unbegrenzte Möglichkeiten? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 20–43.
- Sempach, Robert; Steinebach, Christoph; Zängl, Peter (Hg.) (2023): Care schafft Community – Community braucht Care. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (30.03.2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten.

2. Bevölkerungsbefragung: Kernfragen der Pflege

Wilhelm Haumann

2.1 Einführung

Bereits heute sind etwa 5 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege oder regelmäßige Unterstützung im Alltag angewiesen.² Rund zwei Drittel dieser Menschen werden im Wesentlichen von Angehörigen im häuslichen Umfeld betreut, in der Regel in ihrer eigenen Wohnung (63 Prozent). Ebenfalls zu Hause, jedoch (auch) durch ambulante Pflegedienste wird etwa ein Fünftel der Menschen mit Pflegebedarf versorgt (21 Prozent); nur ein Sechstel wird vollstationär in Heimen gepflegt (16 Prozent) (Statistisches Bundesamt 2023a).

Durch den demografischen Wandel kündigt sich für die mittlere und längere Zukunft eine deutliche Zunahme des Pflegebedarfs an; im oberen Szenario weist die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für 2035 6,3 Millionen Menschen mit Pflegebedarf aus, für 2055 dann 7,7 Millionen (Statistisches Bundesamt 2023b).

Dabei soll es zudem zu einer Verschiebung kommen: Gesellschaftliche Veränderungen, insbesondere die geringeren Kinderzahlen, verschlechtern bei vielen die Voraussetzungen für eine Angehörigenpflege; auch von daher wird für die besonders personalintensive Heimpflege eine noch deutlich stärkere Zunahme erwartet als für die anderen Pflegeformen (Rothgang, Müller 2021).

Da im Zuge des demografischen Wandels zugleich viele Pflegekräfte in den Ruhestand gehen und trotz erheblicher Bemühungen nicht mit ausreichendem Ersatz bzw. mit der notwendigen Gewinnung zusätzlicher Kräfte gerechnet werden kann, dürften sich die schon lange beobachteten Personalprobleme in der Pflege auf eine bislang noch nicht erlebte Weise verschärfen. Die schon zitierte Studie geht davon aus, dass bis zum Jahr 2030 in Deutschland insgesamt etwa 81.000 Pflegefachkräfte sowie 87.000 Pflegehilfskräfte mit und 14.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung fehlen werden (Rothgang, Müller 2021). Für den längeren Zeitraum bis 2049 prognostiziert die „Pflegekräftevorausberechnung“ des Statistischen Bundesamtes ein Defizit gegenüber dem heutigen Stand von wenigstens 280.000 Pflegekräften insgesamt, das aber wahrscheinlich noch deutlich größer ausfallen dürfte (Statistisches Bundesamt 2024).

**Pflegebedarf
nimmt zu**

Personalmangel

² Die aktuellsten verfügbaren Ergebnisse der Statistik zur Pflegeversicherung weisen bereits für 2021 insgesamt 4,9 Millionen Leistungsempfänger aus der staatlichen Pflegeversicherung aus. (Bundesministerium für Gesundheit 2023a).

Pflegenotstand droht

Was das vor Ort konkret bedeutet, zeigen etwa die von AGP Sozialforschung vorgelegten Analysen des benötigten Pflegepersonals für einzelne Landkreise und Städte in Baden-Württemberg (AGP Sozialforschung 2022). Bei der gemeinsamen Betrachtung von Pflegebedarf, Potential für Angehörigenpflege, Pflegeausbildung und Anwerbung von Pflegekräften aus Drittländern lassen sich für einzelne Regionen erhebliche Einschränkungen der Versorgungssicherheit erkennen. In solchen Regionen müssen bereits jetzt Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ihre Angebote einschränken, weil nicht genügend Pflegekräfte bereitstehen. In einer Reihe von Kommunen droht danach schon bald ein Pflegenotstand.

PUEG

Das Anfang Juli 2023 in Kraft getretene Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) versucht hier gegenzusteuern, indem es unter anderem die Rahmenbedingungen für die Angehörigenpflege verbessert. Vor allem das Pflegegeld, das bei der Angehörigenpflege gezahlt wird und das – je nach Pflegegrad – zwischen 316 und 901 Euro im Monat beträgt, wurde 2024 um 5 Prozent erhöht. Ab 2025 sollen noch zwei weitere Anpassungen an die Preisentwicklung folgen. Dadurch soll es weiterhin möglichst vielen erleichtert werden, Pflegeaufgaben in der Familie bzw. im Freundes- und Bekanntenkreis zu übernehmen.

Zugleich gibt das Gesetz Impulse für bessere Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege. Dazu sind weitere Mittel vorgesehen, um Pflegekräfte bei der Vereinbarung von Familie und Beruf zu unterstützen. „Springer-Pools“ sollen bereitstehen, wenn einzelne Kräfte ausfallen, und Assistenzkkräfte sollen bereits während ihrer Ausbildung im Stellenschlüssel berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird auch eine stärkere Digitalisierung der Pflege unterstützt (Bundesministerium für Gesundheit 2023b).

Zweifel an Wirksamkeit der gesetzlichen Unterstützung

Allerdings lässt sich noch nicht erkennen, inwieweit sich der prognostizierte Personalmangel durch solche Ansätze tatsächlich eindämmen lässt. Zweifel ergeben sich auch beim Ausblick auf die finanzielle Lage der Pflege: Wenn in den kommenden Jahren die Baby-Boomer nach und nach in Rente gehen, werden sich auch deren Einnahmen verringern und damit ihre Zahlungen an die Pflegeversicherung. Zugleich wächst aber der Finanzbedarf der Pflegeversicherung sowohl durch mehr Leistungsbeziehende als auch durch erhebliche Kostensteigerungen in der professionellen Pflege. Als Gegenmaßnahme wurden zum Juli 2023 die Beitragssätze zur sozialen Pflegeversicherung erhöht, für kinderlose Erwachsene etwa von 3,4 auf 4 Prozent ihres Einkommens (Bundesministerium für Gesundheit 2023c). Zudem wird bereits seit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (November 2016) aus den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung auch ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut, der ab der Mitte der 2030er Jahre die dann zu erwartenden erheblichen Kostensteigerungen abfedern soll.

Pflegeversicherung finanziell stabilisiert?

Gleichwohl drängt sich die Frage auf, ob damit wirklich eine dauerhafte und auch ausreichende Stabilisierung der Finanzierung gefunden ist, oder ob nicht schon in

relativ kurzer Zeit neue Maßnahmen zur Konsolidierung diskutiert werden müssen, wie bereits mehrfach in der Geschichte der Pflegeversicherung.

Finanzielle Probleme drohen aber nicht allein der Versicherung, sondern auch den Gepflegten und ihren Angehörigen: Die beträchtlichen allgemeinen Kostensteigerungen, etwa für Energie, Medikamente und Löhne, machen nicht vor der Pflege halt. Durch die weitere Verbreitung von Tariflöhnen sowie durch Sondereffekte wie z. B. die Notwendigkeit, die Investitionskosten der Pflegeheime jetzt auch in Ostdeutschland auf die Bewohner umzulegen, fallen die Verteuerungen in diesem Bereich sogar weit überdurchschnittlich aus. In vielen Heimen ergeben sich deshalb Kostensteigerungen von rund 1.000 Euro pro Person im Monat, in einzelnen Heimen beträgt das Plus sogar bis zu 2.000 Euro (Diekmann 2023).

Kostensteigerungen für Gepflegte

Zur Beurteilung der aktuellen Lage wie auch der Zukunftsperspektiven der Pflege spielen die Wahrnehmungen und Einstellungen der Bevölkerung eine beträchtliche Rolle: Wie werden Personalmangel und Kostensteigerungen im eigenen Umfeld erlebt? Wie vielen Menschen stehen diese Veränderungen vor Augen, welche Relevanz haben diese Entwicklungen für sie? Welche Erwartungen richten sich an die Pflege, und wie stellt man sich politische Ansätze vor, um die Pflege funktional und bezahlbar zu halten? Selbst wenn viele der Fragen in diesem Zusammenhang schon mehrfach im Rahmen von Umfragen gestellt wurden, verdienen sie unverändert Aufmerksamkeit, denn aus ihrer Beantwortung lassen sich Spielräume erkennen, die die Pflegepolitik hat und Erwartungen, denen sie gerecht werden muss.

Perspektive der Bevölkerung bedeutsam

Im DAK-Pflegereport 2024 (Studienleitung: Professor Thomas Klie, AGP Sozialforschung) werden deshalb erneut die beiden Kernprobleme der Pflege in den Blick genommen: der Personalbedarf der Pflege sowie deren Finanzierung. Neben Auswertungen der Pflegestatistik und qualitativen Interviews geht wie auch schon in den Vorjahren wiederum eine Bevölkerungsumfrage durch das Institut für Demoskopie Allensbach den beschriebenen Leitfragen nach. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Folgenden dargestellt.

Bevölkerungsumfrage

Das Fragenprogramm der Umfrage enthält gleichermaßen Ermittlungen zur professionellen Pflege und zum dort bestehenden Personalmangel sowie Fragen zur Finanzierung der Pflege. Neben individuellen Aspekten (z. B. wie man eine eigene Pflege finanzieren würde, ob man selbst bereit wäre, Angehörige zu pflegen bzw. gegen eine Entschädigung Pflege- und Betreuungsaufgaben zu übernehmen), werden jeweils auch die politischen Präferenzen in den Blick genommen (z. B. Einstellungen zu Maßnahmen für mehr Pflegekräfte und für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung). Das Fragenprogramm wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach in enger Abstimmung mit Professor Klie entwickelt.

Für diese Befragung wurden zwischen dem 12. und dem 26. August 2023 sowie zwischen dem 4. und dem 15. September 2023 insgesamt 2.107 Personen ab

Repräsentativ, 2.107 Befragte

16 Jahren mündlich-persönlich befragt. Die Gesamtstichprobe ist repräsentativ für die deutsche Bevölkerung ab 16 Jahren.

2.2 Viel Aufmerksamkeit für die Probleme in der Pflege

Personalprobleme in der Pflege: Für viele eine bedeutsame Frage

Die Probleme in der Pflege sind den Menschen in Deutschland bewusst. In ihrem Lebensumfeld machen viele zunehmend Mangel Erfahrungen, wenn es darum geht, einen Pflegedienst oder einen Platz im Heim für ihre Angehörigen zu organisieren. 2022 berichteten 64 Prozent der Bevölkerung, in ihrer Umgebung sei es schwierig, einen Pflegedienst zu verpflichten (Klie 2022). Aus solchen Erlebnissen, aber auch aus der Berichterstattung der Medien, stehen die Personalprobleme in der Pflege fast der gesamten Bevölkerung vor Augen. Unter den verschiedenen Problemen in Deutschland werden sie von 94 Prozent genannt, noch deutlich öfter als etwa die Einsatzfähigkeit der Bundeswehr (75 Prozent), die Verfügbarkeit von Handwerkern (75 Prozent) oder auch die Zuverlässigkeit des öffentlichen Nahverkehrs und der Bahn (72 Prozent) (Institut für Demoskopie Allensbach 2023a). Aus den Berichten von Gepflegten und pflegenden Angehörigen sind auch die wachsenden Kostenbelastungen durch die Pflege bekannt.

Pflege oft aus der Nähe bekannt

Dabei hat das Thema Pflege für die Menschen einen hohen persönlichen Stellenwert: Zum einen kennen viele die Pflege aus dem familiären Umfeld oder erwarten dort Pflegebedarf. Aktuell haben 21 Prozent der Bevölkerung Angehörige, die auf Pflege angewiesen sind; weitere 16 Prozent hatten solche Angehörigen in den zurückliegenden 10 Jahren. Und 30 Prozent rechnen damit, dass in den kommenden 10 Jahren Familienangehörige Pflege benötigen werden (Abbildung 45). Zum anderen wird auch die Möglichkeit, selbst pflegebedürftig zu werden, eher über- als unterschätzt: 80 Prozent der 60-Jährigen und Älteren machten sich in der Vergangenheit Sorgen, später selbst einmal auf Pflege angewiesen zu sein.³

Mehr Schwierigkeiten bei der Pflege erwartet

Für die nächsten 10 bis 15 Jahre erwartet die breite Bevölkerung – genauso wie die Prognosen der Experten – eine Verschärfung durch eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigen bei wachsendem Fachkräftemangel. Zur Bewältigung der Personalprobleme werden vor allem mehr Pflegekräfte aus dem Ausland erwartet. Über drei Viertel der Bevölkerung gehen von wachsenden Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Platz im Pflegeheim aus und fast ebenso viele rechnen mit weiter steigenden Kosten für die Gepflegten und ihre Familien. Dadurch wird auch eine zunehmende soziale Spaltung befürchtet: In Zukunft könnten sich vor allem Wohlhabende noch eine gute Pflege leisten.

³ Institut für Demoskopie Allensbach 2011. Diese Tendenz ließ sich auch bei anderen Umfragen erkennen. Das widerspricht dem Befund einer aktuellen Studie, die Baby-Boomer unterschätzten ihr Pflegerisiko erheblich. Vgl. Druyen 2022, S.20.

Abbildung 16: Zukunftserwartungen für die Pflege: mehr Pflegebedarf, fehlende Angebote, höhere Kosten



49 Prozent der Bevölkerung befürchten eine Einschränkung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung. Alternativen zu Pflegeheimen wie z. B. Pflege-Wohngruppen oder auch Mehrgenerationenhäuser werden von 41 Prozent der Bevölkerung vorhergesehen (Abbildung 16): Interessanterweise stellen sich Ältere ab 60 Jahren solche neuen Wege in der Pflege ebenso häufig vor wie die Jüngeren. Für solche Angebote gäbe es schon heute ein beträchtliches Nutzungspotential.⁴ Eine grundlegende Verbesserung der Situation, etwa durch mehr Pflegekräfte, halten dagegen weniger als 5 Prozent für möglich.

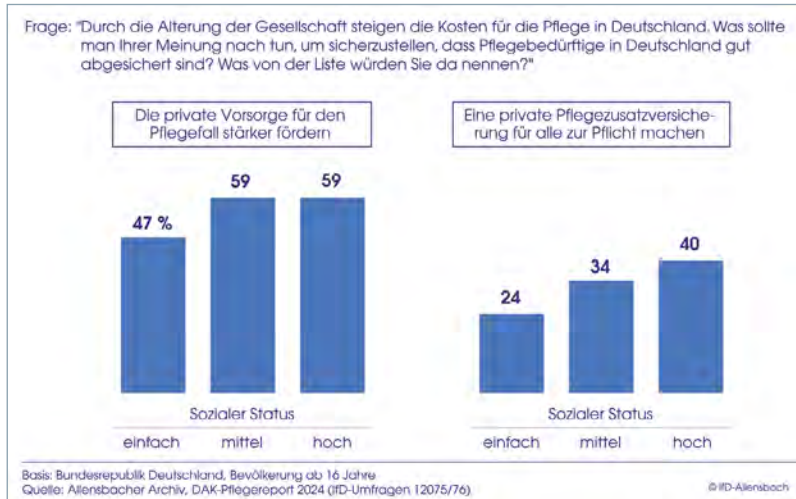
Hilfestellungen für die Pflegeentwicklung werden weit vorrangig von der Politik erwartet, insbesondere von der Bundesregierung. Unter den wahrgenommenen Aufgaben der Regierung spielen die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl von Pflegekräften und die Unterstützung von Familien, die Angehörige pflegen, heute für deutliche Mehrheiten der Bevölkerung eine wichtige Rolle (66 bzw. 55 Prozent). Hand in Hand mit diesen Erwartungen geht allerdings der erkennbare Wunsch, dass solche Lösungen für die Bevölkerung nicht mit nennenswerten zusätzlichen Kosten verbunden sind: 60 Prozent betrachten es als wichtig, dass die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung nicht weiter steigen.

Große Erwartungen an die Politik

Einschränkungen der Leistungen?

⁴ Vgl. Abbildung 25; sowie Haumann 2020.

Abbildung 17: Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache



Gegen Steigerung der Beitragssätze

Hinter solchen Haltungen steht nicht etwa eine nachdrückliche Erwartung, dass der Staat die Pflege vollständig bezahlen sollte,⁵ auch wenn eine solche Maßnahme selbstverständlich von vielen begrüßt würde. Eher handelt es sich um ein Widerstreben gegen weitere Steigerungen der prozentualen Anteile vom Einkommen, die für die Gesundheitsversorgung sowie die Pflege gezahlt werden. Nachdem sich die Reallöhne 2020 und 2022 in vielen Wirtschaftsbereichen merklich verringerten (Statistisches Bundesamt 2023c), reagiert die Bevölkerung derzeit auf solche Ansprüche deutlich empfindlicher als in Aufschwung- oder Boom-Phasen, in denen auch prozentuale Beitragserhöhungen angesichts der real wachsenden Einkommen weniger ins Gewicht fallen.

2.3 Die Kosten der Pflege

2.3.1 Politische Präferenzen für die Finanzierung der Pflege

Starke Kostensteigerung erwartet

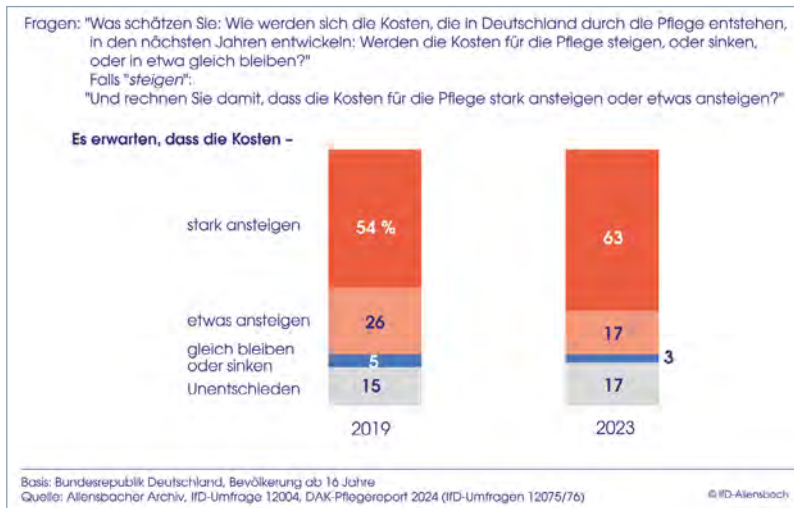
Hinter der Erwartung zunehmender finanzieller Belastungen für Gepflegte und ihre Angehörigen (Abbildung 16) steht die Annahme von insgesamt 91 Prozent der Bevölkerung, dass die Kosten der Pflege in Deutschland in den kommenden Jahren steigen werden. Nur 17 Prozent erwarten dabei einen moderaten Anstieg, 63 Prozent einen starken, 17 Prozent trauen sich über die Stärke der Zunahme kein Urteil zu oder bleiben unentschieden. Lediglich 3 Prozent erwarten gleichbleibende oder sogar sinkende Kosten. Gegenüber 2019 haben sich die Erwartungen eines starken Anstiegs noch deutlich weiter verbreitet (2019: 54 Prozent).

⁵ So die Interpretation entsprechender Befunde bei Druyen (2022) S.28.

Dabei ist der Zusammenhang mit der eigenen Vorsorge nur schwach: Wer eine starke Kostenzunahme erwartet, tendiert trotzdem nicht deutlich häufiger zur privaten Vorsorge als jene, die diese Erwartungen nicht teilen. Bereits an dieser Stelle zeigt sich also die erhebliche Differenz zwischen dem Wissen um die wachsenden Probleme der Pflege und dem meist unzureichenden eigenen Vorsorgeverhalten.⁶

Trotzdem meist unzureichende eigene Vorsorge

Abbildung 18: Pflegekosten: zunehmende Erwartung eines starken Anstiegs



In den Vorstellungen der Bevölkerung, wie die Kosten der Pflege getragen werden sollten, nimmt die Pflegeversicherung seit ihrer Einführung 1995 die zentrale Position ein. Bei wiederholten Befragungen erklärten regelmäßig wenigstens zwei Drittel der Bevölkerung, die Pflegeversicherung sei eine gute Sache.⁷ Ebenfalls zwei Drittel der Bevölkerung fanden bei der Befragung zum DAK-Pflegereport 2019, die Pflegeversicherung bedeute eine große Hilfe, wenn man pflegebedürftig wird.⁸

Allerdings nehmen viele Anstoß daran, dass nicht alle Pflegerisiken mit der Pflegeversicherung abgedeckt sind. Bei der – fiktiven – Wahl zwischen einer nur schwachen staatlichen Pflegeabsicherung bei geringen Beiträgen und einer eher umfassenden staatlichen Absicherung bei höheren Beiträgen entschied sich in der Vergangenheit eine Mehrheit der Bevölkerung für den umfassenden Versicherungsschutz (Institut für Demoskopie Allensbach 2009). Auch von daher nehmen derzeit viele Anstoß an der möglichen Konsequenz des aktuellen Versicherungsmodells, bei einer besonders teuren Pflege eventuell durch hohe Kosten auch das Haus zu verlieren, das man Kindern und Enkeln vererben will. Lediglich 24 Prozent

Sicherheitsbedürfnis

⁶ S.u. über das eigene Vorsorgeverhalten. Diese Differenz wird auch schon herausgearbeitet von Druyen (2022).

⁷ Zuletzt Institut für Demoskopie Allensbach 2019.

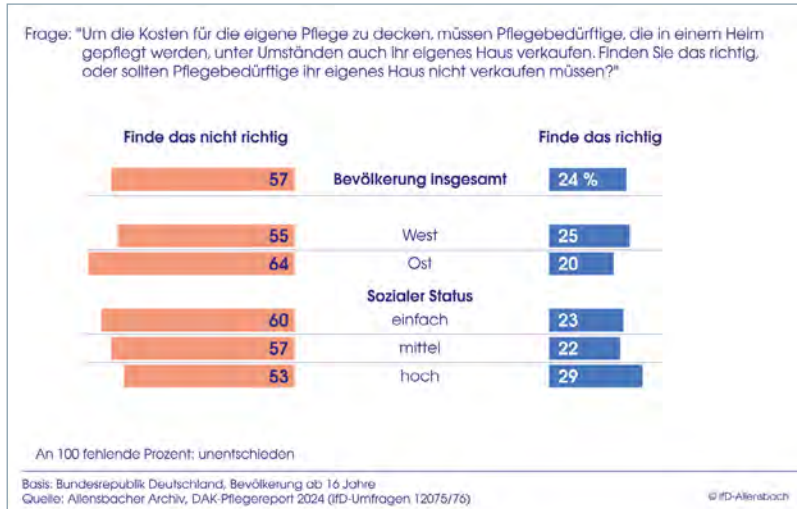
⁸ Klie (2019) S.49.

befürworten den weitgehenden Vermögensverzehr für die Pflege, 57 Prozent lehnen ihn ab.

Gegen Vermögensverzehr für die Pflege

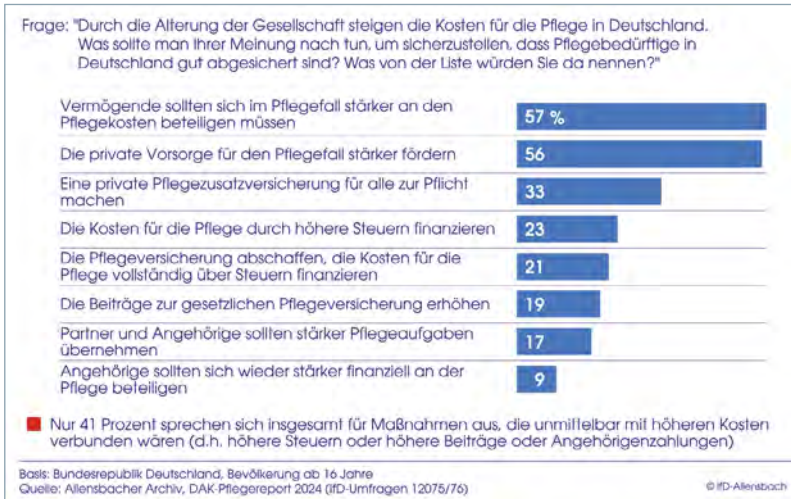
Wenn diese Notwendigkeit, die bislang nur einen kleinen Teil der Gepflegten betraf, jetzt durch die erheblichen Kostensteigerungen mehr und mehr zur Regel werden sollte, gäbe es an dieser Stelle viel Anlass für Aufregung und Kritik.

Abbildung 19: Weitgehender Vermögensverbrauch für die Pflege? Nur jede(r) Vierte findet das richtig



Ebenso unpopulär wie eine Ausweitung des Vermögensverzehrs wäre die Wiedereinführung der starken finanziellen Beteiligung der Angehörigen, die gerade erst 2020 durch das Angehörigen-Entlastungsgesetz deutlich verringert wurde: Lediglich 9 Prozent der Bevölkerung würden eine solche Maßnahme zur Stabilisierung der Pflegefinanzierung akzeptieren (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Finanzielle Stabilisierung der Pflege in Deutschland: nur bei einem Teil Bereitschaft, selbst mehr zu zahlen



Zur dauerhaften Sicherung der Pflegefinanzierung stellt sich nur eine Minderheit von 21 Prozent vor, die weitgehend befürwortete soziale Pflegeversicherung ganz abzuschaffen und die Kosten für die Pflege vollständig über Steuern zu finanzieren. Eher fänden Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeversicherung Zustimmung, wobei eine Ergänzung der Pflegeversicherung durch die Förderung von mehr privater Vorsorge (56 Prozent) sowie eine stärkere Beteiligung von Vermögenden an ihren eigenen Pflegekosten (57 Prozent) am häufigsten genannt werden. Hierbei plädieren allerdings nur 33 Prozent für eine allgemeine Pflicht zur privaten Pflegezusatzversicherung: Anstelle einer Verpflichtung zur Zusatzvorsorge sind eher Anreize durch eine stärkere Förderung populär. Für eine erneute Steigerung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung, um künftige Kostensteigerungen auszugleichen, sprechen sich dagegen lediglich 19 Prozent aus. Überhaupt hält sich die Zahlungsbereitschaft in Grenzen: Insgesamt befürworten nur 41 Prozent Maßnahmen, die unmittelbar mit höheren Kosten verbunden wären.

Für mehr Förderung privater Vorsorge

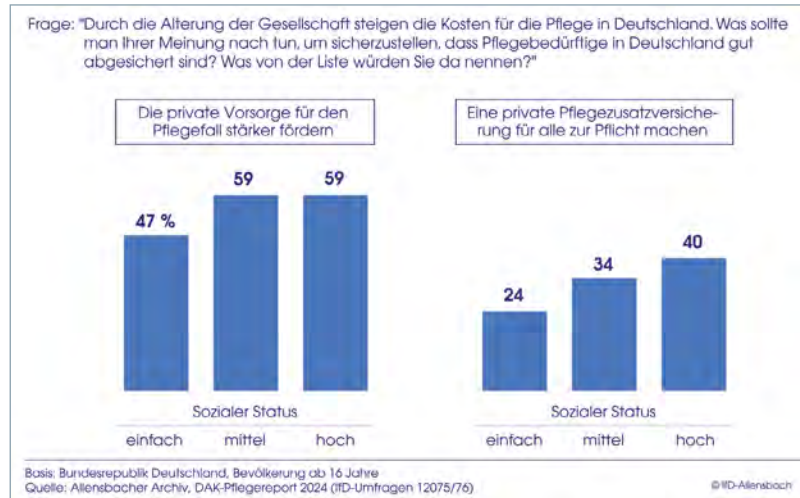
Höhere Steuern zur Finanzierung der Pflege oder auch höhere Beiträge zur Pflegeversicherung würden die nachkommenden Generationen stärker belasten als die älteren: Sie müssten durch das Umlageverfahren mehr für die Pflege bezahlen als die personenstarken Generationen, die jetzt zunehmend in das Pflegealter kommen, und würden später in der Summe wahrscheinlich weniger erhalten. Von daher stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage der Generationengerechtigkeit. Auf die Präferenzen der Bevölkerung nehmen solche Generationenerwägungen allerdings vorerst nur wenig Einfluss: Auch wenn die in Abbildung 20 vorgestellte Frage nach den Präferenzen für die langfristige Sicherung der Pflege mit explizitem Hinweis auf die Belastung der jungen Generation gestellt wird, verändern sich die Zustimmungssanteile kaum (Abbildung 46).

Generationengerechtigkeit?

**Ressourcen bestimmen
Vorsorge**

Stärker werden die Einstellungen durch die eigenen wirtschaftlichen Ressourcen mitbestimmt: Personen mit höherem und mittlerem sozialem Status⁹, die über größere finanzielle Spielräume verfügen als Personen mit einfachem Status, sprechen sich ungleich häufiger für eine Erweiterung der privaten Vorsorge aus, sei es nun durch die generelle Förderung von zusätzlicher Absicherung oder auch durch eine verpflichtende Zusatzversicherung.

Abbildung 21: Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache

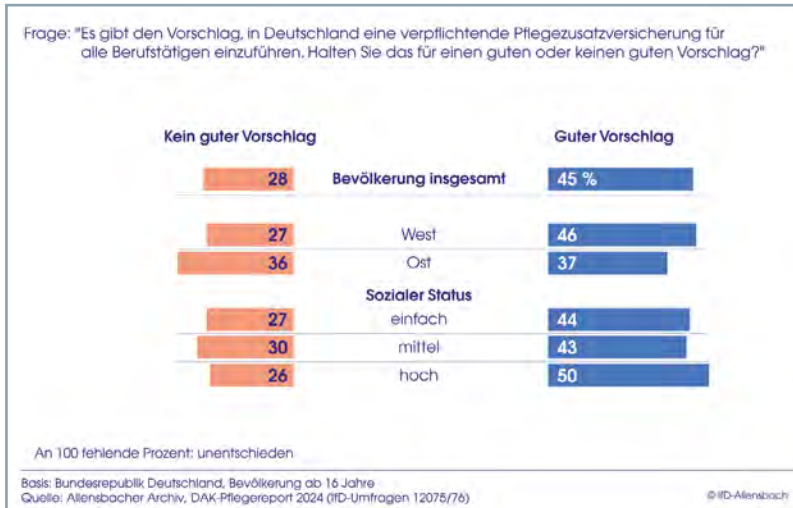


Zusatzversicherung für Berufstätige

Mehr Zustimmung als eine private Zusatzvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger fände eine verpflichtende Pflegezusatzversicherung ausschließlich für Berufstätige. Für Einzahlungen in eine solche Zusatzversicherung nur während der Phase, in der man noch vergleichsweise gut verdient, sprechen sich 45 Prozent der Bevölkerung aus, 28 Prozent dagegen; 27 Prozent erklären sich unentschieden. Dabei unterscheiden sich vor allem die Einstellungen in West- und Ostdeutschland: Während im Westen eine deutliche relative Mehrheit zustimmt, halten sich im Osten Befürworter und Gegner die Waage.

⁹ Als Schichtindikator wird hier der sozioökonomische Status genutzt. Dieser wird über Berufstätigkeit, Einkommen, Bildung und den Berufskreis des Hauptverdieners im Haushalt bestimmt; dabei werden als Personen mit einfachem sozialem Status die 22 Prozent abgegrenzt, die auf einer Skala anhand dieser Merkmale die niedrigsten Werte erreichen. Als Personen mit höherem Status werden die 23 Prozent mit den höchsten Werten abgegrenzt, als mittlere Schicht eine Mehrheit von 55 Prozent.

Abbildung 22: Verpflichtende Pflegezusatzversicherung für Berufstätige? Eine relative Mehrheit stimmt zu



2.3.1.1 Pflege-Wohngruppen und ihre Finanzierung

Auch zur Entlastung der Pflege könnten neue Pflegeformen eine beträchtliche Rolle spielen. Beispielsweise würden Pflege-Wohngruppen für Menschen, die nicht mehr im häuslichen Umfeld gepflegt werden können, die aber zugleich noch nicht auf eine besonders intensive (Behandlungs-)Pflege angewiesen sind, deutlich weniger Pflegepersonal benötigen als Pflegeheime. Deshalb würde diese Form der Pflege auch weniger Kosten verursachen. Obwohl erst Minderheiten in solchen Wohngruppen gepflegt werden,¹⁰ gibt es inzwischen doch ein beträchtliches Interesse an dieser Form der Pflege. Voraussetzung dafür ist die breite Bekanntheit dieser Pflegeform: 73 Prozent der Bevölkerung haben inzwischen schon von ihr gehört; von den 60-Jährigen und Älteren sogar schon 76 Prozent.

Offenheit für neue Pflegeformen

¹⁰ 2018 zeigte eine bundesweite Befragung einen Anteil von 2 Prozent der Pflegebedürftigen, die während ihrer Pflege einmal in Wohngruppen lebten. Vgl. Haumann (2020).

Abbildung 23: Pflege-Wohngruppen: Inzwischen breit bekannt, für viele eine Option, die aber noch nicht oft realisiert wird



Wohngruppen attraktiv

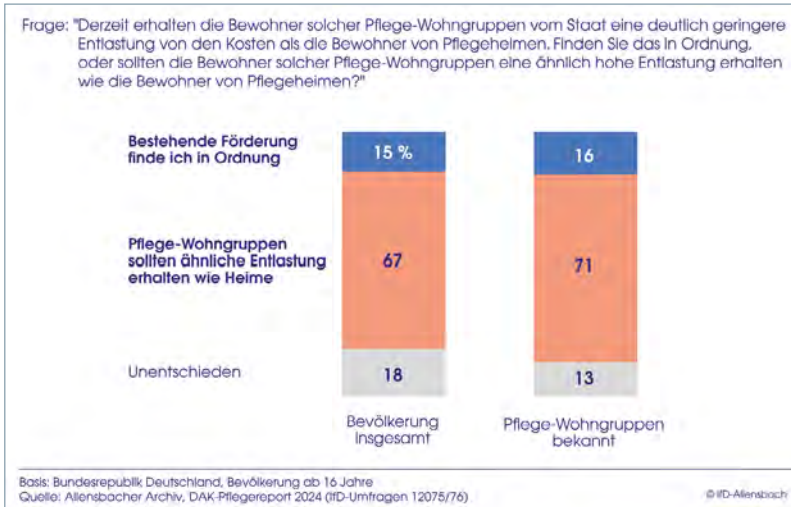
Bereits 25 Prozent der 60-Jährigen und Älteren könnten sich heute vorstellen, in einer solchen Pflege-Wohngruppe zu leben, falls sie im Alter auf Pflege angewiesen sein sollten.¹¹ Dementsprechend erwarten 41 Prozent der Bevölkerung eine deutlich weitere Verbreitung solcher Pflegeformen (Abbildung 16).

Bessere Unterstützung gewünscht

Wenn gleichwohl nur 13 Prozent der Älteren das Leben in einer derartigen Wohngruppe bei Pflegebedarf für wahrscheinlich halten (Abbildung 26), so hängt das nicht selten mit den entstehenden Kosten zusammen. Sofern es für derartige Wohnformen keine landesspezifische Förderung gibt, bleibt die Unterstützung der Pflegeversicherung für Menschen in Pflege-Wohngruppen nämlich weit hinter der Unterstützung zurück, die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen erhalten. Mit diesem Zustand ist nur eine Minderheit von 15 Prozent der Bevölkerung einverstanden. 67 Prozent würden sich eine ähnliche Unterstützung für Menschen in Pflege-Wohngruppen wie für Menschen im Pflegeheim wünschen.

¹¹ 2018 konnten sich das erst 20 Prozent der Gesamtbevölkerung und 18 Prozent der 60-Jährigen und Älteren vorstellen. Haumann (2020).

Abbildung 24: Für bessere Unterstützung von Pflege-Wohngruppen



2.3.2 Schlüssel für das Vorsorgeverhalten: Präferenzen und Erwartungen für eine mögliche eigene Pflege

Obwohl die allermeisten Älteren es für durchaus wahrscheinlich halten, im höheren Alter einmal auf Pflege und Unterstützung angewiesen zu sein (siehe 2.2 in diesem Report), und obwohl dann zum Teil erhebliche Kosten für möglich gehalten werden, ist die Neigung zur privaten Pflege-Zusatzvorsorge bislang gering (siehe 2.3.3 in diesem Report). Diese Haltungen erklären sich einerseits mit der von Thomas Druyen diagnostizierten Neigung zur Verdrängung wenig erfreulicher Notwendigkeiten (Druyen 2022).

Geringe Neigung zu privater Pflegevorsorge

Andererseits spiegelt die bislang eher geringe Neigung zur privaten Zusatzvorsorge aber auch ein rationales Kalkül: Die Bevölkerung wünscht sich bei der Pflege nach wie vor vorrangig eine häusliche Pflege durch die eigene Partnerin oder den eigenen Partner (55 Prozent) bzw. durch einen ambulanten Pflegedienst (63 Prozent) – wobei sich die Familie in der Regel auch an der Pflege durch einen Pflegedienst erheblich beteiligen würde – oder auch durch Angehörige im Haushalt dieser Angehörigen (27 Prozent).¹² Insgesamt ziehen 82 Prozent eine der drei Pflegeformen in Betracht. Zwar wären inzwischen für viele zugleich auch Formen wie das Betreute Wohnen, Mehrgenerationenhäuser oder auch Pflege-Wohngruppen attraktiv. Plan A bleibt aber in der Regel die auch heute schon klar dominierende häusliche und familiäre Pflege (Abbildung 16).

Auch rationales Kalkül

¹² Diese Präferenz für die häusliche und familiäre Pflege ist nicht allein aus früheren Befragungen für den DAK-Pflegereport bekannt, sondern auch aus verschiedenen anderen Untersuchungen. Vgl. etwa Bertelsmann Stiftung (2023).

**Heutige Sicht:
Kostenproblem
nicht sehr wahr-
scheinlich**

Dabei gehen die meisten davon aus, dass durch diese Pflegeform für sie und ihre Angehörigen deutlich geringere Kosten entstünden als durch eine Pflege im Heim oder in anderen Einrichtungen und dass sie diese Kosten mit Hilfe der Pflegeversicherung auch bewältigen könnten. Finanziell problematisch würde oft erst der Umzug ins Heim bzw. in eine andere Pflegeeinrichtung oder auch die Heranziehung einer Live-in-Kraft. Zurückhaltung bei der Pflegevorsorge ergibt sich bis heute also auch aus dem Kalkül, dass ein größeres Kostenproblem bei der Pflege zwar nicht ausgeschlossen, aber weniger wahrscheinlich wäre.

Abbildung 25: Wünsche für das Leben mit Unterstützung im Alter: Was alles in Frage käme



**Erwartete
Pflege**

Allerdings gehen längst nicht alle, die eine Pflege durch die Familie oder einen Pflegedienst präferieren, davon aus, dass eine solche Pflege auch realisierbar ist. Insbesondere Frauen, die ihre Partner mehrheitlich überleben, können weniger auf eine Familienpflege bauen als Männer. Zudem wirken sich die wirtschaftlichen Spielräume auf die Gestaltung der Pflege aus: Personen mit einfachem Status rechnen etwas seltener damit, dass für sie die Pflege durch einen Pflegedienst möglich wäre als Personen der gehobenen Schichten. Sie erwarten etwas häufiger, später einmal durch Angehörige gepflegt zu werden, die das Pflegegeld beziehen. Falls eine häusliche Pflege nicht (mehr) möglich sein sollte, denken die Personen mit einfachem Status etwas eher an einen Umzug ins Heim, während Personen mit höherem Status öfter die Heranziehung eine Live-in-Kraft in Betracht ziehen (Abbildung 47).

**Pflegedienst viel
gewünscht**

Unter den Erwartungen, welche Pflegeform bei Bedarf dann wahrscheinlich gewählt würde, ist wiederum vorrangig die Vorstellung bedeutsam, dann einen Pflegedienst heranzuziehen: 42 Prozent der Menschen ab 60 Jahre erwarten, bei Pflegebedarf ambulant gepflegt zu werden. 26 Prozent gehen für diese Situation von einer vollstationären Pflege im Heim aus. Gegenüber dem Status quo mit rund

21 Prozent Pflege durch ambulante Pflegedienste und 16 Prozent Pflege im Heim¹³ würde das eine erhebliche Verschiebung in Richtung der professionellen Pflege bedeuten, noch weit über die Projektionen auf Grundlage der statistischen Daten hinaus.¹⁴

Gründe für diese Tendenz finden sich nicht allein in der Verschlechterung der Bedingungen für die Angehörigenpflege durch tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen. Hand in Hand geht das mit dem schon in früheren Pflegestudien beobachteten Wunsch, den Angehörigen möglichst wenig zur Last zu fallen.¹⁵ Unberücksichtigt bleiben hier die für das Gros der Gesellschaft durchaus gesehenen wachsenden Probleme, einen Pflegedienst oder einen Platz im Heim zu bekommen sowie auch die erheblichen Kostensteigerungen bei diesen Pflegeformen. Falls sich die Projektionen der Gesundheitsforscher bewahrheiten, wird sich deshalb für viele der zukünftig Gepflegten die heute noch gehegte Vorstellung einer Pflege durch professionelle Kräfte nicht realisieren lassen. Die Pflege durch Angehörige sowie durch Freiwillige oder auch die Pflege in neuen Pflegeformen dürfte dann in einem höheren Grade notwendig sein, als es der Bevölkerung heute bewusst ist.

Professionelle Pflege realisierbar?

Abbildung 26: Erwartungen und Wünsche für das unterstützte Leben im Alter



13 Statistisches Bundesamt (2023): Über 80 % werden zu Hause versorgt - Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2021. A.a.O.

14 Vgl. etwa Heinz Rothgang, Rolf Müller (2021), S. 156-169.

15 2019 gaben 76 Prozent der 60-Jährigen und Älteren an, sie hätten große Angst davor, durch eine mögliche Pflegebedürftigkeit anderen zur Last zu fallen. Vgl. Thomas Klie (2019, S.72).

2.3.3 Pflegevorsorge: bislang Sache einer Minderheit

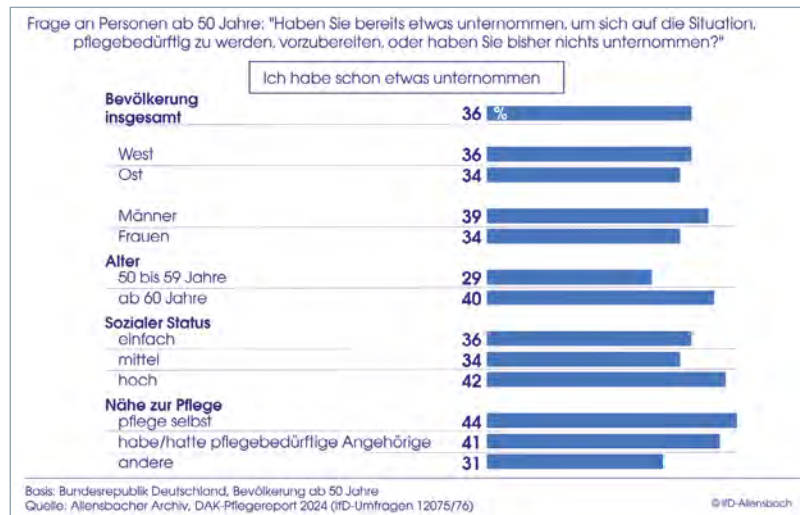
Pflegevorsorge erst bei einem guten Drittel

Erst 36 Prozent der 50-Jährigen und Älteren haben etwas unternommen, um sich über die staatliche Vorsorge hinaus für eine mögliche Pflege abzusichern. Nicht wenige entscheiden sich erst zwischen 50 und 60 Jahren für eine solche zusätzliche Absicherung. Dafür spielen auch die Lebensphasen in den Familien eine Rolle: Erkennbar richtet sich der Blick vieler Mütter und Väter erst dann auf das eigene Alter, wenn die Kinder auch finanziell eigenständig sind.

Treiber: persönliche Wahrnehmungen

Abstrakte Vorstellungen über die Pflege wirken sich nur schwach auf die eigene Vorsorge aus. Bedeutsamer für die Bereitschaft zur privaten Pflegevorsorge ist die Erfahrung von Pflegebedarf in der Familie bzw. eine eigene Pflegeetätigkeit. Wer bereits solche Erfahrungen gemacht hat, bemüht sich eher um zusätzliche Absicherung als andere. Auch das Geschlecht spielt eine Rolle: Männer unternehmen häufiger etwas zur eigenen Pflegeabsicherung als Frauen. Das steht im Gegensatz zum ungleich höheren Pflegerisiko von Frauen. Offensichtlich wirken sich also die oft größeren finanziellen Ressourcen der Männer stärker auf die Pflegevorsorge aus als die rationale Überlegung, wer aus einer Partnerschaft wahrscheinlicher auf eine längere Pflege angewiesen sein wird.

Abbildung 27: Vorsorge für die Pflege: Erst jede(r) Dritte hat schon etwas unternommen



Unterschiedliche Vorsorgemuster

Dabei gibt es ganz unterschiedliche Vorsorgestrategien, die jeweils von etwa ähnlich großen Gruppen verfolgt werden: 15 Prozent der 50-Jährigen und Älteren haben Geld (auch) für den Pflegefall zurückgelegt, was gegenüber einer Pflegeversicherung den Vorteil hat, dass das Angesparte beim Ausbleiben von Pflegebedarf nicht verloren ist. Nicht viel weniger haben aber auch eine private Pflegezusatzver-

sicherung abgeschlossen (13 Prozent).¹⁶ 23 Prozent haben wenigstens eine dieser beiden finanziellen Vorsorgemaßnahmen ergriffen. Ebenfalls 13 Prozent informierten sich über die Eignung ihrer Wohnung für eine Pflege. Ähnlich große Gruppen haben sich die Unterstützung von Angehörigen oder auch Freunden gesichert oder sich auch über andere Pflege- und Unterstützungsmöglichkeiten informiert.

Abbildung 28: Vorsorgestrategien für die Pflegeabsicherung

Fragen an Personen ab 50 Jahre: "Haben Sie bereits etwas unternommen, um sich auf die Situation, pflegebedürftig zu werden, vorzubereiten, oder haben Sie bisher nichts unternommen?"
 Falls "bereits etwas unternommen":
 "Und was haben Sie unternommen, um sich für den Fall vorzubereiten, dass Sie einmal pflegebedürftig werden sollten?"

	Bevölkerung ab 50 Jahre –		
	insgesamt	50 bis 59 Jahre	ab 60 Jahre
Es haben bereits etwas unternommen und zwar:	36 %	29	40
Ich lege für diesen Fall Geld beiseite	15	12	17
Ich habe mich darüber informiert, welche Pflegemöglichkeiten es für mich in meinem eigenen Zuhause gibt	13	7	16
Ich habe eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen	13	13	13
Ich habe mit Familienangehörigen, Freunden gesprochen, wie sie mich dann im Pflegefall unterstützen können	12	6	14
Ich habe mich über die Pflegesituation und Pflegemöglichkeiten bei mir in der Umgebung informiert	12	6	15
Ich habe mich bei Beratungsstellen über Unterstützungsmöglichkeiten informiert	8	5	9

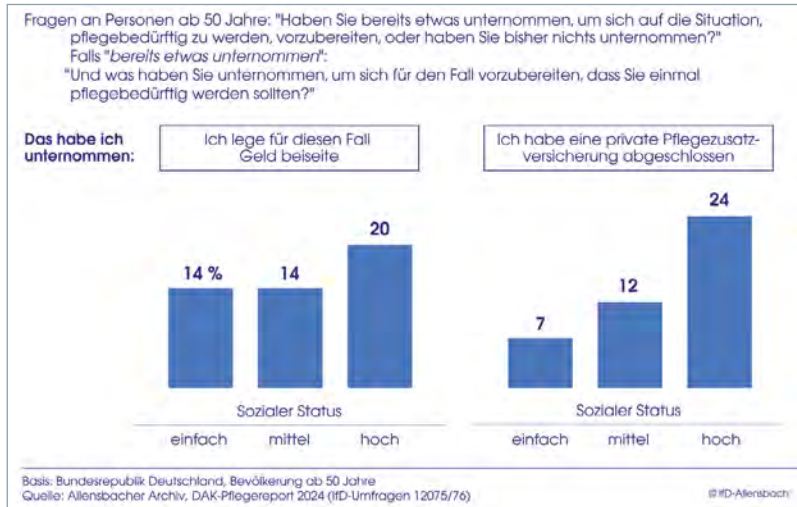
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 50 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegerport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allensbach

Dabei gibt es einen bedeutsamen Unterschied in den Strategien von Männern und Frauen: Während Männer eher Geld ansparen oder Versicherungen abschließen, kümmern sich Frauen deutlich häufiger um Unterstützung von Angehörigen und Freunden und informieren sich auch eher über die Pflegemöglichkeiten im Umfeld (Abbildung 48). Noch stärker wirken sich die materiellen Ressourcen aus: Die Bildung finanzieller Rücklagen sowie der Abschluss von Pflegezusatzversicherungen finden sich ungleich häufiger bei Personen mit hohem sozialem Status als beim Rest der Bevölkerung. Insbesondere viele Personen mit einfachem Status haben keinen finanziellen Spielraum dafür.

Geschlecht und Ressourcen wirken sich aus

¹⁶ 2022 besaßen insgesamt 3,2 Millionen Menschen in Deutschland eine Pflegezusatzversicherung im engeren Sinne; 2010 erst 1,7 Millionen. Die Werte der aktuellen Umfrage überschätzen diese Dimension, da hier wahrscheinlich auch andere Zusatzversicherungen als Pflegezusatzversicherung verstanden werden. Gesamtverband der Versicherer 2023: Pflegezusatzversicherung. <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906>

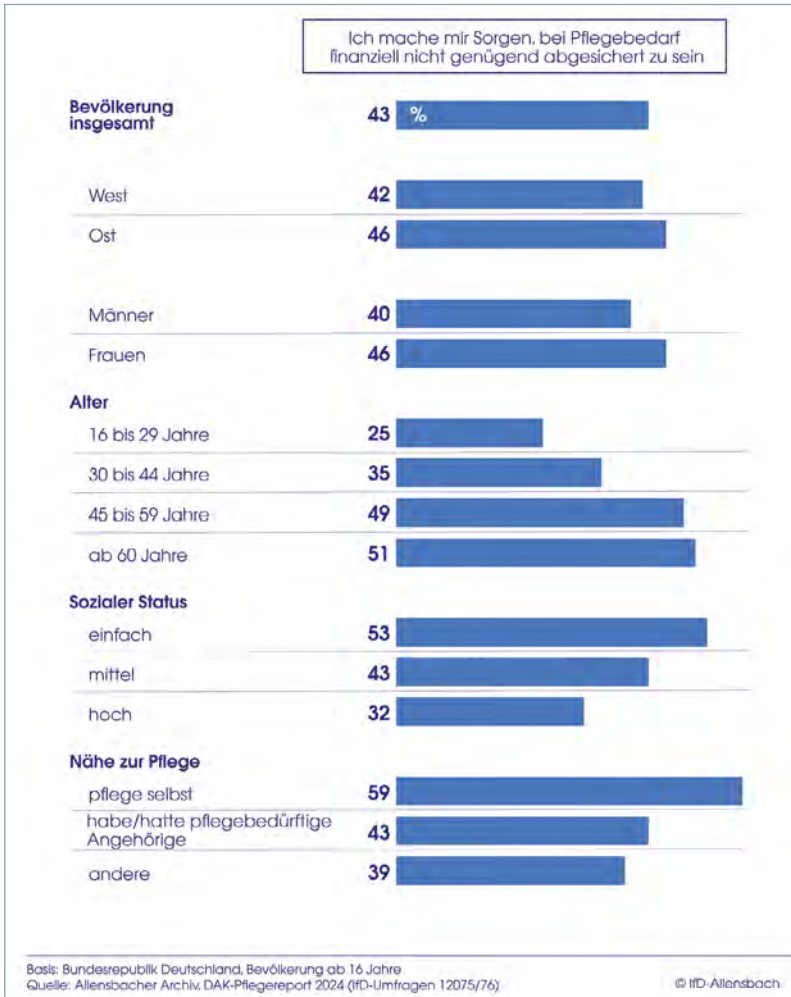
Abbildung 29: Vorsorge für die Pflege: nur wenige in der einfachen Schicht haben eine Pflegezusatzversicherung



**Sorge:
 ungenügende
 Absicherung**

Sorgen, für eine Pflege finanziell nicht genügend abgesichert zu sein – insbesondere falls eine Pflege außerhalb des häuslichen Rahmens notwendig werden sollte –, sind verbreitet. Solche Sorgen treten vorwiegend bei den über 50-Jährigen auf, wenn das „vierte Lebensalter“ näher rückt. Umgekehrt proportional zum Vorsorgeverhalten betreffen sie Frauen und Personen mit einfachem Status deutlich häufiger als Männer oder Personen mit höherem Status. Auch jene, die eine Pflege aus der Familie kennen und von daher um die möglichen Kosten wissen, machen sich weit- aus eher Sorgen als andere.

Abbildung 30: Verbreitete Furcht vor unzureichender finanzieller Absicherung bei Pflegebedarf



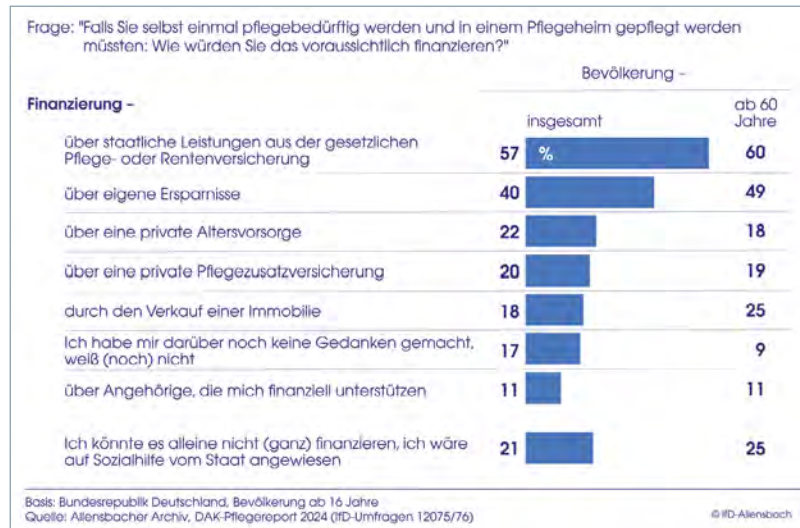
2.3.4 Vorstellungen zur Finanzierung einer eigenen Pflege

Darüber, wie man eine aufwendige Pflege im Heim finanzieren würde, haben sich schon die allermeisten Gedanken gemacht, von den 60-Jährigen und Älteren mehr als 90 Prozent. Neben der eigenen Rente und den Leistungen der Pflegeversicherung, deren Nutzung für manche so selbstverständlich wäre, dass sie hier nicht immer eigens genannt werden, spielen dabei Ersparnisse die größte Rolle. Fast die Hälfte der Menschen ab 60 Jahren könnte eigene Mittel für die Pflege nutzen. Für ein Viertel der Älteren käme auch der Verkauf einer Immobilie in Frage – wobei bedacht werden muss, dass 61 Prozent der 60-Jährigen und Älteren ein Haus oder

Ersparnisse für die Pflege nutzen

eine Eigentumswohnung besitzen (Institut für Demoskopie Allensbach 2023b), mithin eine Mehrheit von 36 Prozent einen Verkauf nicht in Betracht zieht.¹⁷ Leichterem Herzens würden Mittel aus der privaten Altersvorsorge wie Betriebsrenten und Lebensversicherungen oder auch Leistungen aus privaten Pflegezusatzversicherungen eingesetzt.

Abbildung 31: Wie man eine Pflege im Heim finanzieren würde



Pflegezusatzversicherung

Bezeichnenderweise rechnen hier von den 60-Jährigen und Älteren weitaus mehr mit Unterstützung aus einer privaten Pflegezusatzversicherung, als bislang eine entsprechende Versicherung abgeschlossen haben (19 gegenüber 13 Prozent). Offensichtlich gibt es also bei einigen die wenig realistische Vorstellung, eine derartige Versicherung auch noch in höherem Alter abzuschließen.

Je nach den persönlichen Ressourcen prägen sich selbstverständlich unterschiedliche Vorstellungen aus: Personen mit höherem sozialem Status könnten weitaus häufiger auf private Altersvorsorge für eine Pflege im Heim zurückgreifen als Personen mit mittlerem oder einfachem Status. Ein Ausbau der privaten Zusatzvorsorge, der vielen als Lösung für die dauerhaften Finanzierungsprobleme erscheint, müsste die hier erkennbaren unterschiedlichen Voraussetzungen für den Aufbau einer Pflegevorsorge berücksichtigen.

¹⁷ Vgl. Abbildung 19.

Abbildung 32: Pflegefinanzierung: geringere Möglichkeiten zum Einsatz eigener Ressourcen in der einfachen Schicht

Frage: "Falls Sie selbst einmal pflegebedürftig werden und in einem Pflegeheim gepflegt werden müssten: Wie würden Sie das voraussichtlich finanzieren?"

Finanzierung – – Auszug –	Sozialer Status		
	einfach %	mittel %	hoch %
über staatliche Leistungen aus der gesetzlichen Pflege- oder Rentenversicherung	65	55	55
über eigene Ersparnisse	35	40	46
durch den Verkauf einer Immobilie	14	18	22
über Angehörige, die mich finanziell unterstützen	13	10	9
über eine private Pflegezusatzversicherung	12	19	32
über eine private Altersvorsorge	11	22	33
Ich könnte es alleine nicht (ganz) finanzieren, ich wäre auf Sozialhilfe vom Staat angewiesen	37	18	10

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allensbach

21 Prozent der Gesamtbevölkerung, 25 Prozent der 60-Jährigen und Älteren, befürchten, bei einer Pflege im Heim auf (ergänzende) staatliche Unterstützung angewiesen zu sein.

**Hilfe zur Pflege:
Erwartungen**

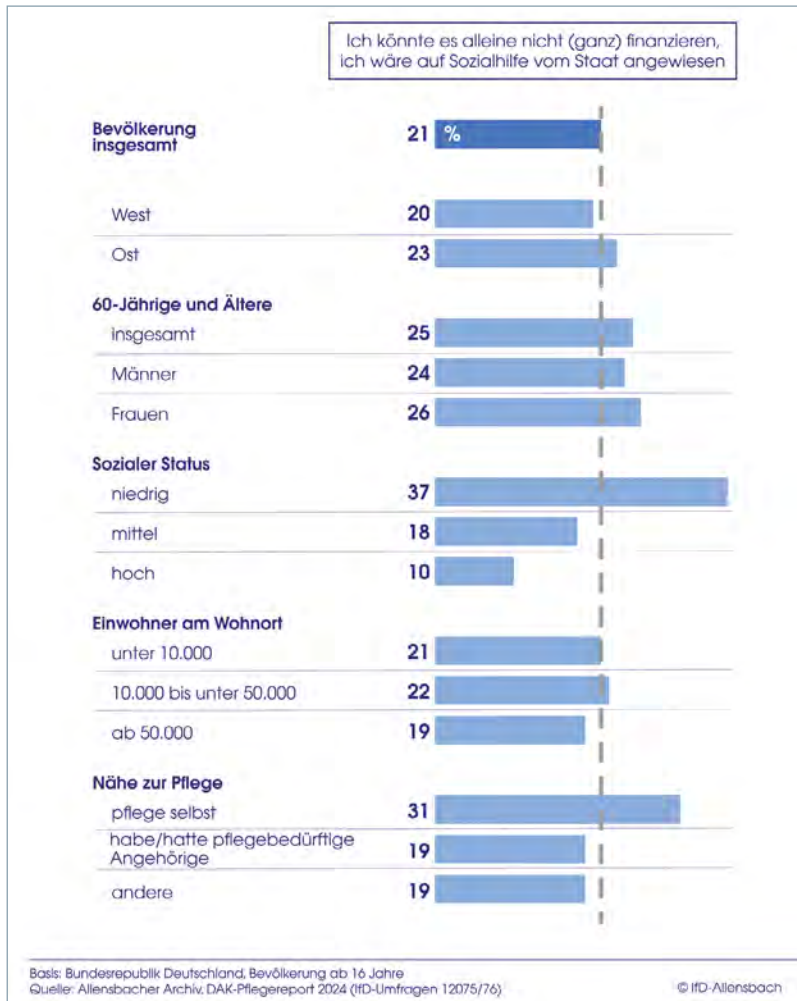
Besonders betroffen sind Ältere mit einfachem sozialem Status (37 Prozent). Weit überdurchschnittlich findet sich die Sorge vor der „Sozialhilfe“ aber auch bei pflegenden Angehörigen, die selbstverständlich eher über die Kosten einer Heimpflege orientiert sind als andere.

Dabei deuten die hier erkennbaren Anteile eher auf eine Unterschätzung des dann entstehenden Bedarfs an Hilfe zur Pflege hin: Tatsächlich erhielten 2021 von denjenigen, die vollstationär in Heimen gepflegt wurden, 36 Prozent staatliche Hilfe zur Pflege¹⁸. Die mit einer Heimpflege verbundenen finanziellen Risiken, die sich durch die beschriebene Kostenentwicklung derzeit noch deutlich vergrößern, werden derzeit also nur von einem Teil der Bevölkerung auch als Gefahr für eine mögliche eigene Pflege begriffen.

**Eher Unter-
schätzung**

¹⁸ Eigene Berechnung auf Grundlage einer Auswertung des Statistischen Bundesamtes (2023d).

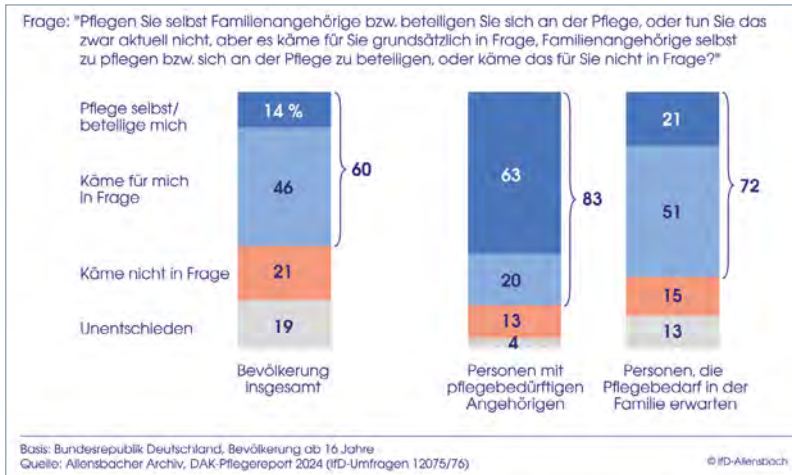
Abbildung 33: Wer befürchtet, für eine Pflege im Heim Sozialhilfe beanspruchen zu müssen



2.4 Wer soll pflegen?

2.4.1 Anhaltende Bereitschaft zur Angehörigenpflege

Abbildung 34: Aktuell breite Beteiligung der Angehörigen an der Pflege – zugleich große Bereitschaft zur zukünftigen Angehörigenpflege



Derzeit beteiligen sich 14 Prozent der Bevölkerung an der Pflege von Angehörigen oder tragen diese Pflege sogar zum größten Teil selbst. Weitere 46 Prozent geben an, zur Angehörigenpflege bereit zu sein. Nur eine Minderheit von 21 Prozent schließt eine Pflege oder eine Pflegebeteiligung bereits jetzt definitiv aus; 19 Prozent bleiben unentschieden. Von jenen, die pflegebedürftige Angehörige haben, wären insgesamt 83 Prozent zur Übernahme einer Pflege Tätigkeit bereit oder pflegen schon heute; von jenen, die für die nächsten 10 Jahre Pflegebedarf in der Familie erwarten, würden 72 Prozent zu diesem Kreis gehören. Damit hat sich die grundlegende Pflegebereitschaft gegenüber früheren Ermittlungen nicht verändert.¹⁹

Unter den Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen beträgt die Quote der selbst Pflegenden 63 Prozent.²⁰ Diese ist signifikant kleiner als der Anteil derjenigen, die grundsätzlich zur Pflege bereit sind (72 Prozent). Selbst wenn es sich dabei um das Verhältnis zwischen aktueller Pflege und Bereitschaft zu einer möglichen zukünftigen Pflege handelt, dürfte dieser Unterschied aussagekräftig sein: Die prinzipielle Pflegebereitschaft führt längst nicht immer auch zur tatsächlichen Übernahme von Pflegeaufgaben.

Pflegebereitschaft stabil

Angehörigenpflege nicht immer realisierbar

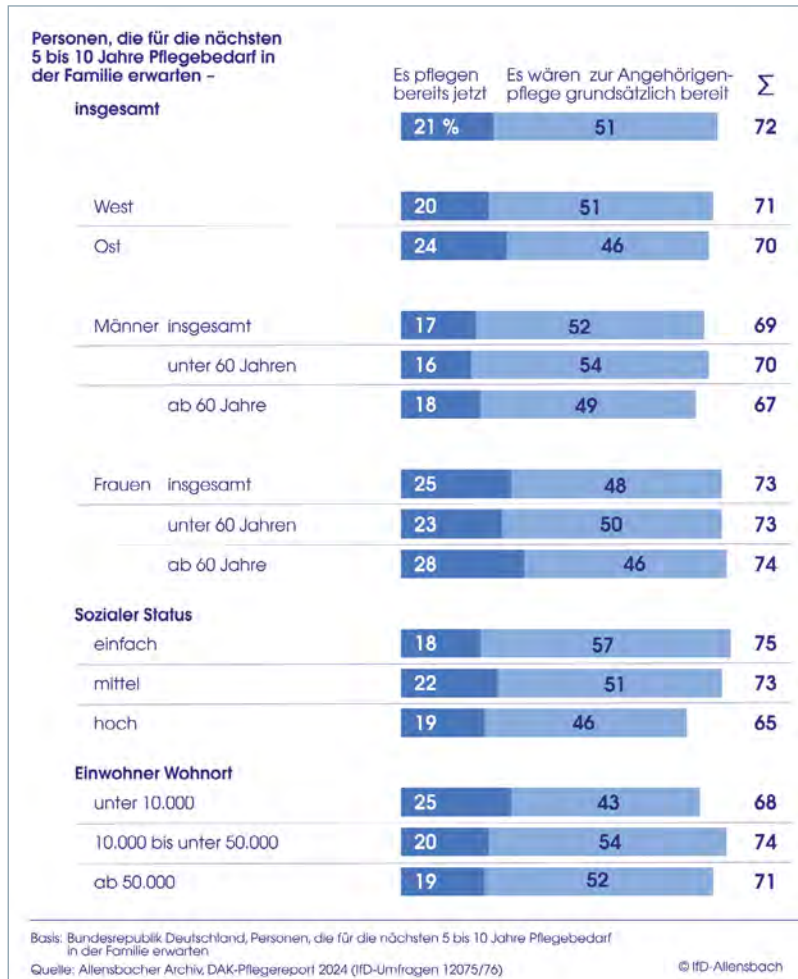
¹⁹ 2014 wurden ausschließlich Personen, die Pflegebedarf in der Familie erwarteten, nach ihrer grundsätzlichen Pflegebereitschaft gefragt. Darauf gaben ganz ähnlich wie heute 73 Prozent an, zur Pflege von Angehörigen bereit zu sein (Institut für Demoskopie Allensbach 2014).

²⁰ Hier spiegeln sich recht genau die Verhältnisse wider, die von der Pflegestatistik für die Gepflegten beschrieben werden (63 Prozent Pflege im häuslichen Umfeld durch Angehörige). Vgl. Statistisches Bundesamt (2023a).

Pflegebereitschaft: gleich ausgeprägt

Dabei unterscheiden sich die relevanten sozialen Gruppen der Gesellschaft in ihrer grundsätzlichen Pflegebereitschaft nur wenig: In West und Ost sowie in Stadt und Land sind die Menschen etwa im gleichen Maß zur Übernahme von Pflegeaufgaben bereit. Und auch die Pflegebereitschaft der Männer bleibt nicht allzu weit hinter der von Frauen zurück. Lediglich Personen mit hohem sozialem Status gehen deutlich seltener als andere davon aus, zukünftig pflegebedürftige Angehörige auch selbst zu pflegen (Abbildung 35).

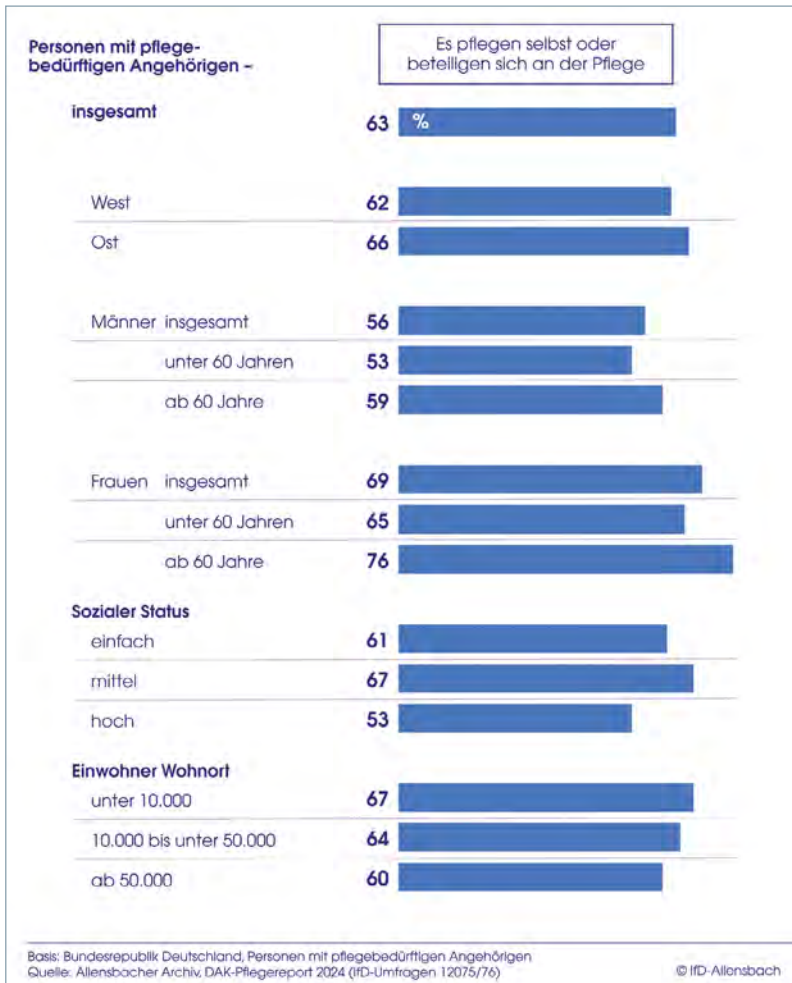
Abbildung 35: Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre



Reale Angehörigenpflege: deutliche Unterschiede

Ungleich größer sind die Unterschiede bei der tatsächlichen Angehörigenpflege: Männer übernehmen solche Aufgaben weitaus seltener als Frauen, Personen mit höherem Status und Personen in großen Städten weitaus seltener als Personen mit einfachem oder mittlerem Status bzw. als Personen in Klein- und Mittelstädten oder Dörfern.

Abbildung 36: Wer Angehörige pflegt



Hinter diesen Unterschieden lassen sich als Einflussfaktoren die Erwerbsbeteiligung und die räumlichen Entfernungen zwischen den Familienmitgliedern erkennen. Hindernisse für die zukünftige Angehörigenpflege dürften sich deshalb durch die großen gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben, nicht allein durch die verringerten Kinderzahlen und damit durch die geringere Zahl potentieller Pflegepersonen, sondern auch durch die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und Müttern oder durch die zunehmende Multilokalität von Familien, wenn also etwa die Kinder zum Studium und dann zur Arbeit in weiter entfernte Städte ziehen. Projektionen des Pflegebedarfs rechnen deshalb trotz der bemerkenswert konstanten prinzipiellen Pflegebereitschaft mit einer zukünftigen Verringerung des familiären Pflegepotentials (AGP Sozialforschung 2022).

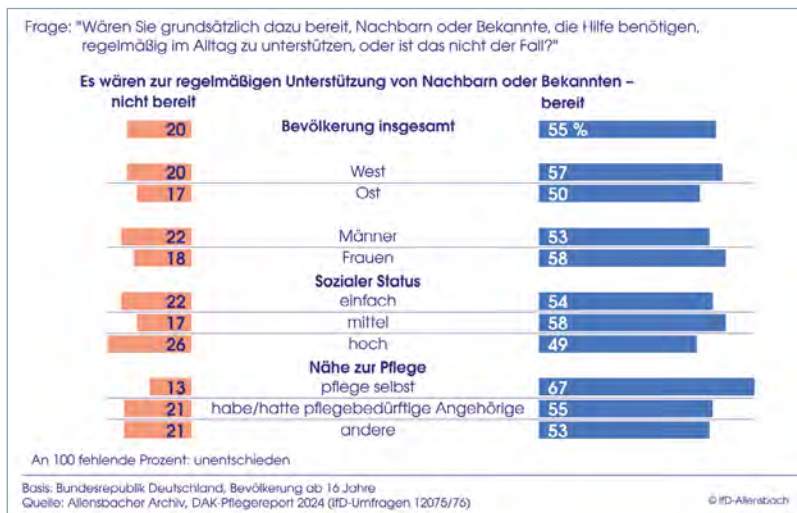
Weniger Angehörigenpflege

2.4.2 Erhebliche Potentiale für die Nachbarschaftspflege und -unterstützung

Informelle Unterstützung

Schon heute spielt die informelle Unterstützung im Nachbarschaftskreis eine beträchtliche Rolle: 21 Prozent der Bevölkerung geben an, dass sie Bekannte oder Nachbarn freiwillig regelmäßig unterstützen (Institut für Demoskopie Allensbach 2023a). Mit 55 Prozent ist der Anteil derer, die zu einer regelmäßigen Unterstützung im Nachbarschaftskreis bereit wären noch deutlich größer. Lediglich 20 Prozent der Bevölkerung schließen solche Hilfeleistungen für sich aus, 25 Prozent bleiben unentschieden. Überdurchschnittlich häufig wären Frauen mit mittlerem oder einfachem sozialem Status für eine solche Pflege zu gewinnen, am häufigsten Personen, die selbst Angehörige pflegen bzw. schon einmal Angehörige gepflegt haben. Hier gäbe es also über die jetzt schon praktizierte Nachbarschaftshilfe hinaus noch ein beträchtliches Potential, wenn vielleicht auch nicht für die Pflege im engeren Sinne, so doch für Unterstützungs- und Hilfstätigkeiten, die heute noch oft genug von professionellen Pflegekräften übernommen werden müssen.

Abbildung 37: Großes Potential für Unterstützung von hilfsbedürftigen Nachbarn und Bekannten

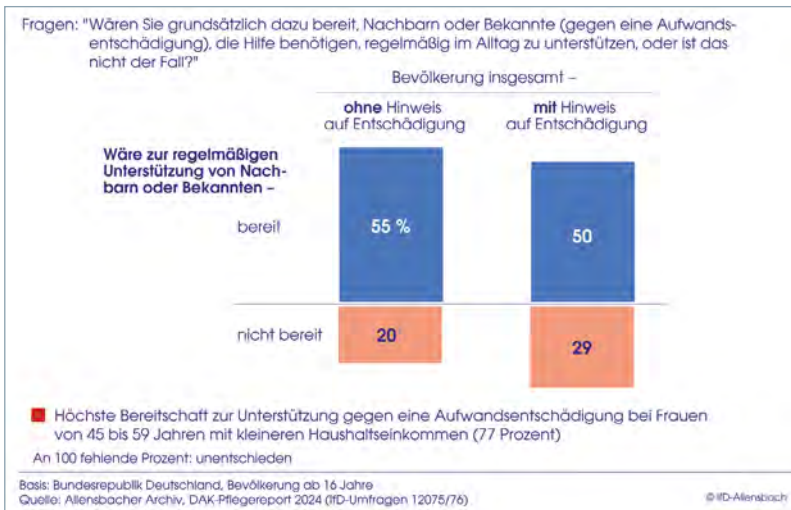


Hierbei stellt sich die Frage, wie weit die Bereitschaft zu derartigen Hilfstätigkeiten reicht und ob sie auch eine formale Selbstverpflichtung umfassen könnte, wie sie mit der Übernahme einer bezahlten Tätigkeit verbunden wäre. Zur Messung dieser Dimension wurde die Unterstützungsbereitschaft in zwei repräsentativen Teilstichproben leicht unterschiedlich ermittelt: In der einen Teilstichprobe mit der Fragestellung, die in Abbildung 37 dargestellt ist, in der anderen Teilstichprobe mit zusätzlichem Hinweis auf eine Aufwandsentschädigung für diese Unterstützung.

Obwohl nun eine „bezahlte“ Unterstützung deutlich höhere Ansprüche im Hinblick auf Umfang, Häufigkeit und Verbindlichkeit impliziert als eine gelegentliche Unterstützung, wären dazu nicht viel weniger Menschen bereit: 50 Prozent der Bevölkerung würden auch gegen eine Aufwandsentschädigung für Nachbarn und Bekannte tätig werden. Am häufigsten wären dazu Frauen mittleren Alters mit kleineren Haushaltseinkommen bereit. Um dieses Potential auszuschöpfen, könnte eine institutionell organisierte Vermittlung zwischen potentiellen Unterstützungskräften und Personen, die Hilfe benötigen, sinnvoll sein.

Potential für verbindliche Unterstützung

Abbildung 38: Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab

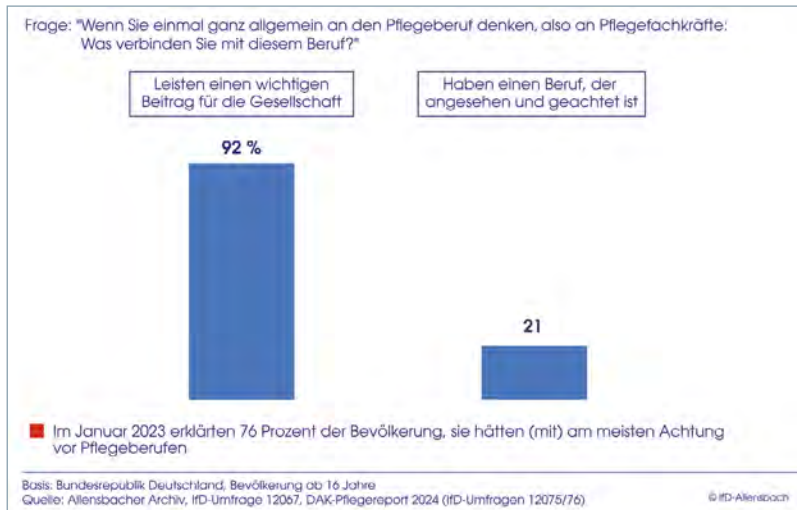


2.4.3 Pflege als Beruf: In den Augen der Bevölkerung belastend, aber kein Fehler für Einsteiger

Die Menschen in Deutschland zollen den Pflegerinnen und Pflegern viel Respekt für ihre Tätigkeit: 92 Prozent der Bevölkerung stellen heraus, dass Pflegefachkräfte einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten; bei einer früheren Befragung im Januar 2023 erklärten 76 Prozent, sie hätten mit am meisten Achtung vor Pflegeberufen (Institut für Demoskopie Allensbach 2023c). Diese verbreitete Achtung wird von der Bevölkerung selbst jedoch erheblich unterschätzt, lediglich 21 Prozent haben den Eindruck, dass der Pflegeberuf angesehen sei. Auch wenn solche Urteile zum Teil von den überwiegend negativen Vorstellungen über Bezahlung und Arbeitsbedingungen motiviert sein mögen, fällt damit doch die beträchtliche Wertschätzung für die Pflegerinnen und Pflegern im Wesentlichen unter den Tisch.

Hohe Achtung der Pflegeberufe

Abbildung 39: Hohes Ansehen des Pflegeberufes – aber nur wenigen ist das auch bewusst



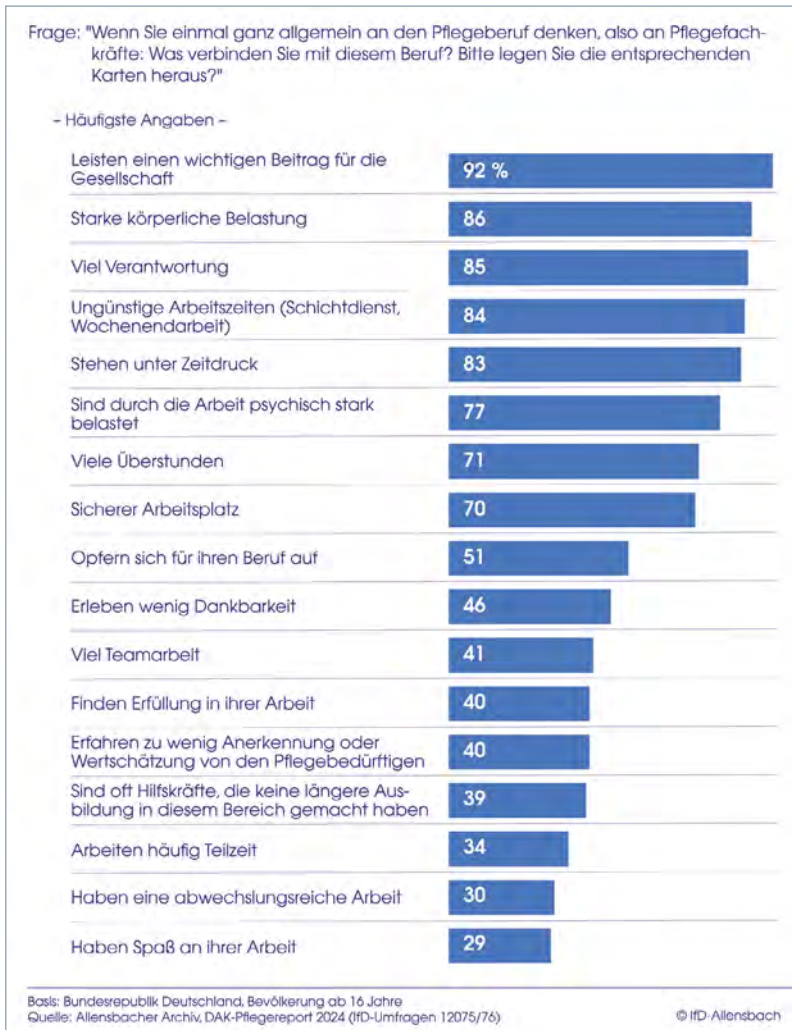
Belastungen prägen das Bild

Neben dem wichtigen Beitrag für die Gesellschaft und der großen Verantwortung, die Pflegerinnen und Pfleger tragen, stehen der Bevölkerung vor allem die Belastungen der beruflich Pflegenden vor Augen: die starke körperliche und psychische Belastung, dazu Zeitdruck, ungünstige Arbeitszeiten durch Schichtdienst und Wochenendarbeit sowie viele Überstunden. Auch Aufopferung für den Beruf und oft geringe Dankbarkeit werden noch von etwa jeder bzw. jedem Zweiten genannt.

Erfüllung in der Arbeit wenig gesehen

Dass Pflegerinnen und Pfleger Erfüllung in ihrer Arbeit finden können nehmen nur 40 Prozent an, dass sie Spaß an ihrer Arbeit haben, glauben lediglich 29 Prozent. Ganz selten wird die Bezahlung als gut bewertet (7 Prozent).

Abbildung 40: Wahrnehmungen des Pflegeberufs



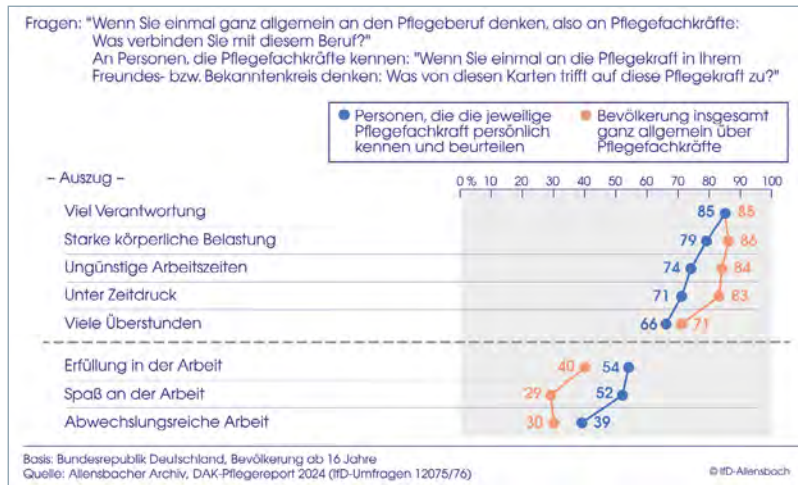
Einiges deutet schon hier auf eine eher verzerrte und einseitige Wahrnehmung des Pflegeberufs hin. So werden die konkreten Pflegerinnen und Pfleger im Bekanntenkreis in mancher Hinsicht anders beschrieben: Zwar berichten jene, die Pflegefachkräfte kennen, mehrheitlich ebenfalls über eine starke körperliche Belastung und ungünstige Arbeitszeiten. Diese negativen Beschreibungen sind jedoch bei Weitem nicht so häufig wie im allgemeinen Berufsbild.

Vor allem aber werden an den realen Pflegefachkräften die positiven Seiten des Berufes deutlich häufiger wahrgenommen. Mehr als die Hälfte derjenigen, die Pflegekräfte im Bekanntenkreis haben, berichten von deren Spaß an der Arbeit und der Erfüllung, die sie in ihrem Beruf finden. Auch die erlebte Abwechslung

Mehr positive Aspekte

bei der Arbeit wird weitaus häufiger herausgehoben als in den allgemeinen Beschreibungen. Sichtlich wird auch der Pflegeberuf mehrheitlich mit Hingabe und Freude ausgeübt, was sich viele angesichts der wahrgenommenen Belastungen und Rahmenbedingungen kaum vorstellen können.

Abbildung 41: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt



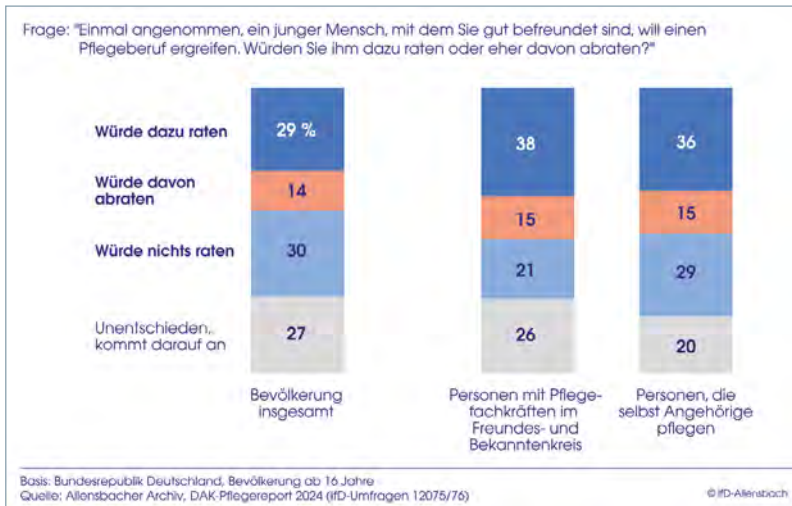
Noch deutlicher werden die Verzerrungen im allgemeinen Bild der Pflege durch die qualitative Befragung von Pflegefachkräften selbst, die im Rahmen des DAK-Pflegereports 2024 ebenfalls durchgeführt wurde.

Nur wenige würden abraten

Obwohl also im allgemeinen Bild der Pflege die Belastungen deutlich überwiegen, würden nur wenige Menschen etwaigen Interessenten in ihrem Freundeskreis von diesem Beruf abraten. Lediglich etwa ein Siebtel der Bevölkerung würde einer befreundeten Person, die den Pflegeberuf ergreifen will, von diesem Beruf abraten. Ein etwa doppelt so großer Anteil würde dagegen zuraten. Gegenüber 2018, als diese Frage zum ersten Mal im Rahmen des DAK-Pflegereports gestellt wurde, haben sich die Anteile nur geringfügig geändert.²¹ Weitaus am häufigsten würden jene zum Pflegeberuf raten, die persönlich mit Pflegefachkräften bekannt sind oder die selbst Angehörige pflegen und wahrscheinlich ebenfalls über persönliche Erfahrungen verfügen.

²¹ 2018 erklärten 27 Prozent, sie würden zuraten, und 16 Prozent, sie würden abraten (Thomas Klie 2018), S.62.

Abbildung 42: Pflege als Beruf: Interessierten wird eher zu- als abgeraten



Empfehlungen des Pflegeberufs werden noch am häufigsten mit den Zukunftsperspektiven der Pflege und der Arbeitsplatzsicherheit in diesem Beruf begründet, kaum aber mit dem eigentlich positiven Kernmotiv, das für die Pflegefachkräfte tatsächlich besonders bedeutsam ist: mit der möglichen Erfüllung, die sozial veranlagte Menschen in diesem Beruf finden können (Abbildung 41). Diese Freude an der Pflege auch den Außenstehenden zu vermitteln, wäre eine wichtige Aufgabe, um die spezifische Attraktivität des Pflegeberufs begreiflich zu machen.

Attraktivität des Pflegeberufs

2.4.4 Vorstellungen, wie genügend Kräfte für die Pflege gewonnen werden könnten

Um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, halten die Bürgerinnen und Bürger ganz unterschiedliche Maßnahmen für wirksam. Im Durchschnitt machen die Befragten gleich 6 Vorschläge, wie die Situation zu verbessern wäre: Offensichtlich mangelt es hier weniger an Ideen als an Möglichkeiten zu deren Realisierung:

- Am häufigsten stehen der Bevölkerung Verbesserungen der Arbeitsverhältnisse von Pflegefachkräften vor Augen, etwa durch höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen, aber auch durch mehr Möglichkeiten zur Weiterbildung.
- Von vielen wird zudem an die Gewinnung von zusätzlichen professionellen Kräften gedacht, weitaus am liebsten durch Quereinsteiger aus Deutschland. Etwa die Hälfte der Bevölkerung plädiert aber auch für die Anwerbung von ausgebildeten Kräften aus dem Ausland oder für die Ausbildung von jungen Menschen aus dem Ausland, die in Deutschland in der Pflege arbeiten möchten. In diesem Zusammenhang spielt zudem die Entlastung von Fachkräften durch mehr Hilfskräfte eine Rolle.

Das Nahbild sieht anders aus

Arbeitsbedingungen

Quereinstieg

Stärkung Angehörigenpflege

- Neben solchen Maßnahmen mit Blick auf die professionell Pflegenden werden Ansätze zur Erhaltung und Erweiterung der Angehörigen- und Freiwilligenpflege viel genannt, insbesondere eine Erhöhung des Pflegegeldes und die Zahlung angemessener Aufwandsentschädigungen an Ehrenamtliche.

Neue Formen

- Eine Mehrheit der Bevölkerung denkt zudem, dass alternative Pflegeformen wie Pflege- oder Demenz-Wohngruppen viel dazu beitragen könnten, den bis jetzt noch beträchtlichen Personalbedarf für die Pflege außerhalb der eigenen Wohnung zu verringern.

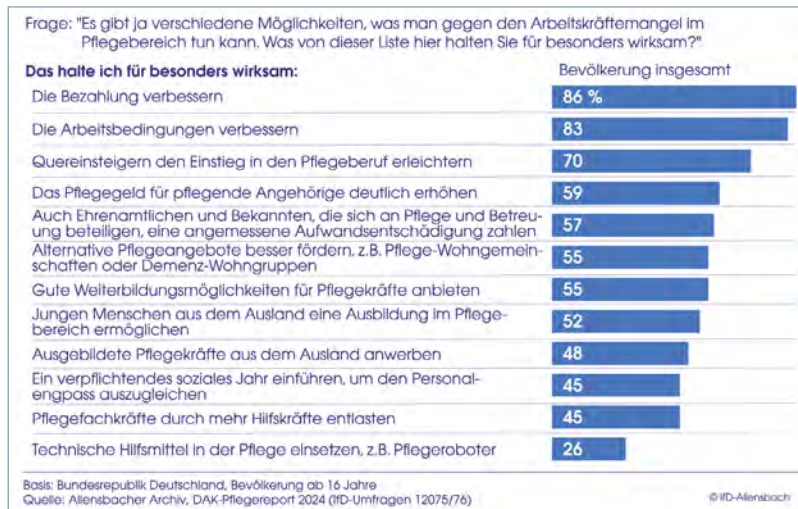
Soziales Jahr

- Die unlängst vorgeschlagene Option, für jüngere Menschen ein verpflichtendes soziales Jahr einzuführen, d. h. einen Dienst, der auch in der Pflege absolviert werden könnte, findet bei fast der Hälfte der Bevölkerung Zustimmung.

Digitalisierung

- Dagegen kann sich nur etwa ein Viertel der Befragten mit der Vorstellung anfreunden, dass technische Neuerungen wie die viel kommentierten Pflegeroboter eine wirkliche Entlastung für die Personalprobleme in der Pflege bedeuten könnten. Weitaus weniger im Fokus stehen dabei die Entlastung bei Dokumentation und Pflege-Monitoring sowie die Entlastung von schweren körperlichen Arbeiten durch entsprechende Geräte, auf die insbesondere viele Fachleute bei der Weiterentwicklung der Pflege hoffen.

Abbildung 43: Verringerung des Arbeitskräftemangels in der Pflege: Vielfältige Maßnahmen gelten als wirksam



Weiterqualifizierung bedeutsam

Personen, die Pflegefachkräfte im Freundes- oder Bekanntenkreis haben und von daher besonders gut über die Verhältnisse informiert sind, sehen die Möglichkeiten zur Ausschöpfung des Kräftepotentials für die Pflege zwar nicht gänzlich anders als andere, betonen aber einige Vorschläge deutlich stärker. Sie heben die Entlastung der Pflegefachkräfte durch eine Stärkung der Angehörigen- und Freiwilligen-

pflege, die Förderung alternativer Pflegeformen und auch die Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte überdurchschnittlich häufig hervor.

Insbesondere der Hinweis auf die Notwendigkeit, den Pflegekräften auch eine berufliche Weiterqualifizierung zu ermöglichen, ist für diese Gruppe bedeutsam. Er bestätigt gewissermaßen „aus der Praxis heraus“ den Prozess, der seit dem Pflegeberufegesetz von 2017 zu mehr Angeboten zur beruflichen und hochschulischen Fort- und Weiterbildung geführt hat, und der noch lange nicht abgeschlossen ist.

Abbildung 44: Verringerung des Arbeitskräftemangels in der Pflege: unterschiedliche Gewichtungen

Frage: "Es gibt ja verschiedene Möglichkeiten, was man gegen den Arbeitskräftemangel im Pflegebereich tun kann. Was von dieser Liste hier halten Sie für besonders wirksam?"

	Bevölkerung insgesamt	Personen mit Pflegefachkräften im Freundes- und Bekanntenkreis
Das halte ich für besonders wirksam:	%	%
- Auszug -		
Das Pflegegeld für pflegende Angehörige deutlich erhöhen	59	64
Auch Ehrenamtlichen und Bekannten, die sich an Pflege und Betreuung beteiligen, eine angemessene Aufwandsentschädigung zahlen	57	62
Alternative Pflegeangebote besser fördern, z.B. Pflege-Wohngemeinschaften oder Demenz-Wohngruppen	55	63
Gute Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte anbieten	55	66

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allerbach

2.5 Anhangschaubilder

Abbildung 45: Viele kennen die Pflege aus der Nähe, viele rechnen für die nähere Zukunft mit Pflegebedarf in der Familie

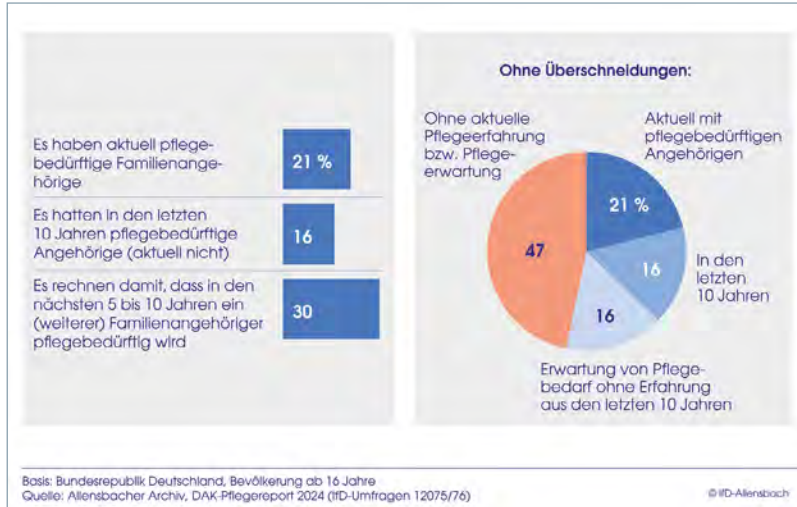


Abbildung 46: Präferenzen für die Pflegefinanzierung: kaum Auswirkungen des Hinweises auf die Belastung der jungen Generation

Ergebnisse eines Experiments: Die Frage nach den Präferenzen für die zukünftige Pflegefinanzierung wird in zwei repräsentativen Teilstichproben gestellt. In der zweiten Stichprobe wird die Frage durch den Hinweis, dass die steigenden Pflegekosten "in Zukunft vor allem die junge Generation belasten" ergänzt.

Präferierte Finanzierung: - Auszug -	Ohne Hinweis auf junge Generation	Mit Hinweis auf junge Generation
	%	%
Private Vorsorge stärker fördern	56	61
Stärkere Kostenbeteiligung von Vermögenden	57	57
Private Pflegezusatzversicherung als Pflicht für alle	33	33
Pflegekosten durch höhere Steuern finanzieren	23	25
Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung erhöhen	19	23

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allensbach

Abbildung 47: Erwartungen für das Leben im Alter: Status und Geschlecht wirken sich stark aus

Bevölkerung ab 60 Jahre			
So würde ich wahrscheinlich leben, wenn ich im höheren Alter auf Pflege angewiesen wäre:	Männer	Frauen	
	%	%	
In der eigenen Wohnung, gepflegt vom Partner/von der Partnerin	40	19	
Sozialer Status			
	einfach	mittel	hoch
	%	%	%
In der eigenen Wohnung, mit Pflegedienst, der nach Hause kommt	38	43	47
Im Pflegeheim	29	26	20
In der eigenen Wohnung mit einer Pflegekraft bzw. Hilfe, die 24 Stunden vor Ort ist	8	17	27

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 60 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allensbach

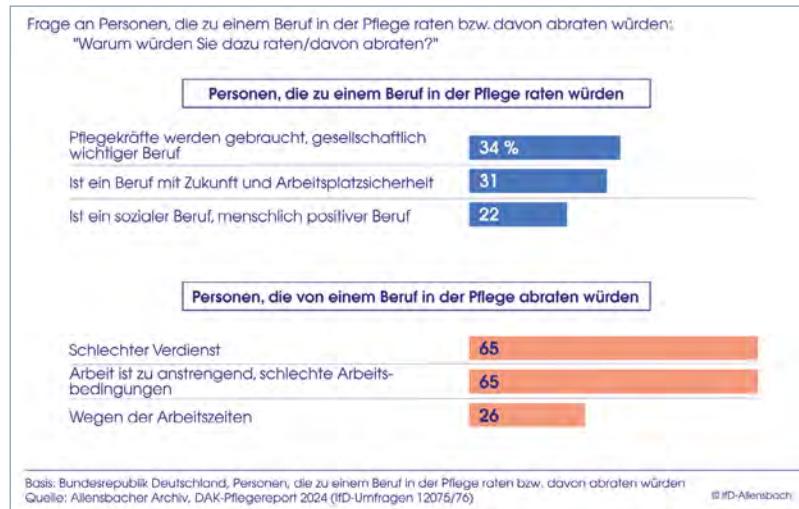
Abbildung 48: Vorsorgestrategien von Männern und Frauen: Männer können eher auf Zusatzversicherungen zurückgreifen

Fragen an Personen ab 50 Jahre: "Haben Sie bereits etwas unternommen, um sich auf die Situation, pflegebedürftig zu werden, vorzubereiten, oder haben Sie bisher nichts unternommen?"
Falls "bereits etwas unternommen":
"Und was haben Sie unternommen, um sich für den Fall vorzubereiten, dass Sie einmal pflegebedürftig werden sollten?"

	Bevölkerung ab 50 Jahre –		
	insgesamt	Männer	Frauen
Es haben bereits etwas unternommen und zwar:	36 %	39	34
– Auszug –			
Ich lege für diesen Fall Geld beiseite	15	18	13
Ich habe eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen	13	16	10
Ich habe mit Familienangehörigen, Freunden gesprochen, wie sie mich dann im Pflegefall unterstützen können	12	9	14
Ich habe mich über die Pflegesituation und Pflegemöglichkeiten bei mir in der Umgebung informiert	12	10	13

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 50 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IFD-Umfragen 12075/76) © IFD-Allensbach

Abbildung 49: Motive der Ratschläge für oder gegen einen Beruf in der Pflege



2.6 Literaturverzeichnis

AGP Sozialforschung und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2022): Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. Stuttgart, https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW_2022.pdf. Stand: 20. Januar 2023.

Bertelsmann Stiftung (2023): Individuelle Strategien zur Bewältigung des demografischen Wandels. Gütersloh.

Bundesministerium für Gesundheit (2023a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

Bundesministerium für Gesundheit (2023b): Pflegeunterstützungs- und-entlastungsgesetz (PUEG). www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/pueg. Stand: 7. November 2023.

Bundesministerium für Gesundheit (2023c): Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.

Diekman, Florian (2023): So teuer ist die Pflege geworden. In: Der Spiegel, 06.03.2023. www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/so-teuer-ist-die-pflege-in-heimen-geworden-kostenschock-durch-tarifloehne-und-inflation-a-8bcf2813-de77-46c9-ac60-1c1bfd3ff594

Druyen, Thomas (2022): Pflegestudie 2022 – Babyboomer-Generation läuft blind in die Pflegekatastrophe. Wien: Opta data Zukunfts-Stiftung und Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement, Sigmund Freud Privatuniversität.

Gesamtverband der Versicherer (2023): Pflegezusatzversicherung. www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906

- Haumann, Wilhelm (2020): Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: die Option der betreuten Wohngruppe. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie. Bd. 53, S. 522–531.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2009): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10040.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2011): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10075.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2014): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11025.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2019): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12002.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2023a): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12066.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2023b): Allensbacher Archiv, AWA 2023.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2023c): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12067.
- Klie, Thomas (Hrsg. 2018): DAK-Pflegereport 2018. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (Hrsg. 2019): DAK-Pflegereport 2019. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (Hrsg. 2022): DAK-Pflegereport 2022. Heidelberg: medhochzwei.
- Rothgang, Heinz und Rolf Müller (2021): Barmer-Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Berlin: Barmer.
- Statistisches Bundesamt (2023a): Über 80 % werden zu Hause versorgt – Pflege-bedürftige nach Versorgungsart 2021. www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/DemografischerWandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html
- Statistisches Bundesamt (2023b): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023.
- Statistisches Bundesamt (2023c): Nach Revision: Reallöhne im Jahr 2022 um 4,0 % gegenüber 2021 gesunken. Pressemitteilung Nr. 166 vom 27. April 2023.
- Statistisches Bundesamt (2023d): Rund 377 000 Personen erhielten im Laufe des Jahres 2022 Hilfe zur Pflege. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/empfaenger-hilfe-pflege.html
- Statistisches Bundesamt (2024): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html

3. Pflegende Baby-Boomer im Lichte der Routinedaten

Philip Lewin, Mareike Mähs, Pascal Wendel, Marco Zeptner, Helmut Hildebrandt

In der Zeit des demografischen Wandels und zunehmender Herausforderungen im Gesundheitswesen muss der Gesundheit von Pflegekräften, insbesondere der Baby-Boomer-Generation, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das geschieht auch in diesem Pflegereport. Diese Generation, die zwischen 1946 und 1964 geboren wurde, befindet sich an einem entscheidenden Wendepunkt: Einerseits nähern sich viele von ihnen dem Ruhestandsalter, wodurch ihre Verfügbarkeit als Arbeitskräfte im Pflegesektor abnimmt. Andererseits nimmt perspektivisch die Wahrscheinlichkeit eigener Pflegebedürftigkeit zu – allerdings erst etwa ab 2030. Beide zeitlich versetzt wirkenden Entwicklungen stellen das Gesundheitssystem vor neue Anforderungen. Diese doppelte Herausforderung – der Rückgang der Pflegekräfte und die steigende Nachfrage nach Pflegedienstleistungen – macht das Thema Erhaltung der Gesundheit dieser Generation zu einem zentralen Thema unserer Zeit.

Baby-Boomer fehlen als Arbeitskraft in der Pflege und benötigen selbst immer mehr Pflege

Aktuell sehen wir uns mit einer beträchtlichen Herausforderung konfrontiert: Das Institut der deutschen Wirtschaft hat einen Fachkräftemangel von rund 35.000 Stellen im Pflegebereich ermittelt (Seyda et al. 2021). Die Politik hat es sich zum Ziel gesetzt, das Berufsbild der Pflege durch verbesserte Lohnstrukturen, optimierte Arbeitsbedingungen und den Einsatz digitaler Technologien attraktiver zu gestalten. Diese Maßnahmen können jedoch lediglich der Anfang eines Prozesses sein, der notwendig ist, um die Situation im Pflegesektor zu stabilisieren. Denn bei Betrachtung der Alterspyramide wird schnell klar, dass sich die im Jahr 1964 gipfelnden geburtenstarken Jahrgänge bereits im Übergang in den Ruhestand befinden. Zukünftig werden auch sie selbst Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Der schon vorhandene und sich verschärfende Fachkräftemangel und die Alterung der Bevölkerung machen es notwendig, den Pflegeberufen vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Ein entscheidender Faktor hierbei ist die Gesundheit der Pflegekräfte selbst. Der Pflegeberuf ist mit Belastungen verbunden. Sie dürfen aber nicht zu Lasten der eigenen Gesundheit gehen.

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Auswertung der von der DAK-Gesundheit bereitgestellten Routinedaten, um ein detailliertes Verständnis der gesundheitlichen Lage und der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte der Baby-Boomer-Generation zu gewinnen. Wir berücksichtigen dabei eine Vielzahl von Aspekten, darunter arbeits- und gesundheitsbezogene Indikatoren wie Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverordnungen, gefolgt von einer Betrachtung der Erwerbsverläufe professionell pflegender Menschen beim Übergang in den Ruhestand. Ziel ist es, Muster und Entwicklungen

zu identifizieren und zu verstehen, wie die sich ändernde demografische Zusammensetzung der Bevölkerung und der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen auf die Gesundheitssituation und die Versorgungsanforderungen auswirkt. Erkenntnisse dieser Art sind entscheidend, um sowohl präventive Strategien zur Unterstützung der verbleibenden Pflegekräfte zu entwickeln als auch um zukünftige Versorgungsmodelle anzupassen, die der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Personen aus der Baby-Boomer-Generation gerecht werden.

3.1 Datengrundlage und Methodik

Die Analysen in diesem Kapitel basieren auf den Abrechnungsdaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der DAK-Gesundheit. Für die Jahre 2017 bis 2022 standen umfangreiche Datensätze zur Verfügung, u. a. mit den Stammdaten der Versicherten und deren Versichertenzeiten, Arbeitsunfähigkeiten, Krankenhausaufenthalten aber auch ambulante Diagnosen und Verordnungen.

Die Daten wurden einer Qualitätskontrolle unterzogen, bei der Datenbereinigungen, z. B. aufgrund unplausibler Zeit- oder Wohnortangaben, vorgenommen wurden. Bei allen Schritten der Datenaufbereitung und -auswertung wurden die Empfehlungen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse berücksichtigt.

Um ein genaues Bild von der gesundheitlichen Situation und den Arbeitsbedingungen der pflegenden Baby-Boomer-Generation zu zeichnen, werden für alle Analysen in diesem Abschnitt Informationen über die ausgeübte Tätigkeit benötigt. Datengrundlage sind die vom Arbeitgeber an die Krankenkasse übertragenden Tätigkeitsschlüssel. Für diesen Bericht wurde die „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010) verwendet.

Die Routinedaten enthalten Angaben zur ausgeübten Tätigkeit der Beschäftigten

Die KldB 2010, bereitgestellt von der Bundesagentur für Arbeit, ermöglicht eine präzise Zuordnung und Unterscheidung von Tätigkeiten im Pflegebereich. In der KldB 2010 sind Berufe der Krankenpflege unter dem Schlüssel „813 – Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ und Berufe der Altenpflege unter dem Schlüssel „821 – Altenpflege“ kategorisiert. Diese Unterscheidung erlaubt eine differenzierte Betrachtung der Pflegeberufe, sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege. Es ist zu beachten, dass Tätigkeiten, die unter die vierstelligen Schlüssel „8133 – Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz“ und „8134 – Berufe im Rettungsdienst“ fallen, in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht primär im Pflegebereich angesiedelt sind.

Die Zuordnung der Versicherten zu den Tätigkeitsschlüsseln erfolgt tagesgenau. Für Versicherte, die innerhalb eines Jahres verschiedene Tätigkeiten ausübten, können daher unterschiedliche Tätigkeitsschlüssel in einem Jahr gelten. Die Analysen können somit ebenfalls tagesgenau durchgeführt werden. Als Maß für die

Anzahl der Versicherten im Jahresdurchschnitt wird die Einheit „Versicherungsjahr“ verwendet. Ein Versicherter, der im Jahr 2022 beispielsweise sechs Monate als AltenpflegerIn tätig war, wird in diesem Jahr mit 0,5 Versicherungsjahren in die Analysen einbezogen.

3.2 Die pflegende Baby-Boomer-Generation

Der Datensatz enthält Informationen zu insgesamt 1.052.275 Beschäftigten

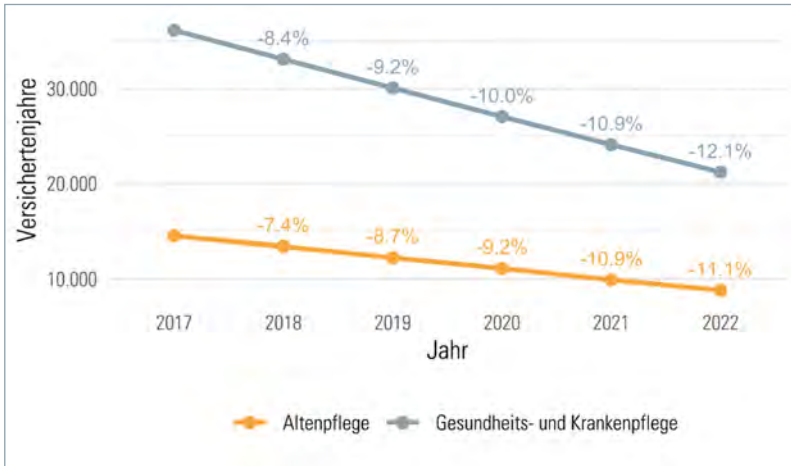
Der Datensatz enthält Informationen zu insgesamt 1.052.275 Beschäftigten, die von 2017 bis 2022 bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Von diesen Beschäftigten waren im genannten Zeitraum 60.062 (5,7 Prozent) mindestens einmal in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Da der Datensatz ausschließlich Daten von Angehörigen der geburtenstarken Jahrgänge 1946 bis 1964 enthält, zeigt Abbildung 50 einen zu erwartenden jahresweisen Rückgang von durchschnittlich -9,5 Prozent in der Altenpflege und -10,0 Prozent in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Rückgang von in der Pflege beschäftigten Baby-Boomer von 40,8 Prozent zwischen 2017 und 2022

Der jährliche Rückgang bei den Nicht-Pflegeberufen ist mit durchschnittlich -9,2 Prozent pro Jahr etwas geringer als bei den Pflegenden. Insgesamt ist die Zahl der in der Pflege beschäftigten Baby-Boomer von 2017 bis 2022 um 40,8 Prozent zurückgegangen. Das Durchschnittsalter der Berufstätigen liegt sowohl in den Pflegeberufen als auch bei den Nicht-Pflegeberufen bei rund 61 Jahren (Abbildung 51). Geschlechterunterschiede konnten bei der Alterszusammensetzung nicht festgestellt werden.

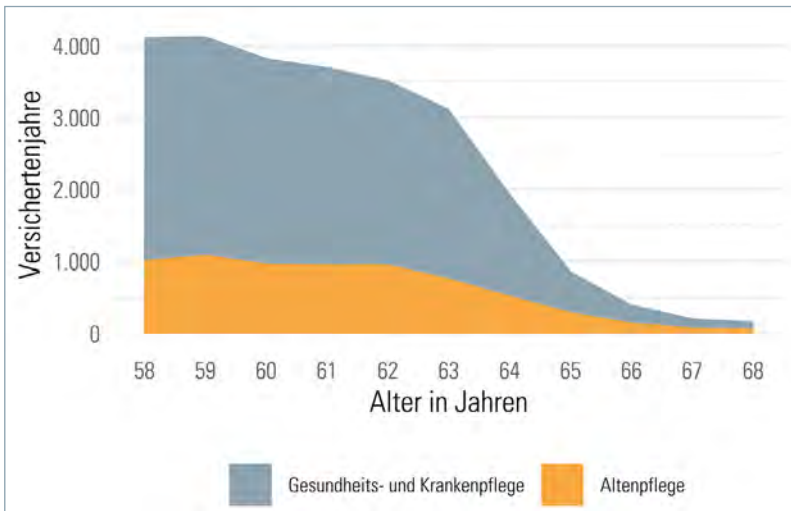
Abbildung 51 zeigt die Altersverteilung nach Art des Pflegeberufes für das Jahr 2022. Die Angehörigen der geburtenstärksten Jahrgänge um das Jahr 1964 waren 2022 zwischen 58 und 68 Jahre alt. Bei beiden Pflegeberufen ist ein Abfall beim Übergang zwischen 59 und 60 Jahren zu erkennen. In der Gesundheits- und Krankenpflege setzt sich eine stetige Abnahme der Versicherungsjahre bis zum Alter von 63 Jahren fort. Im Gegensatz dazu zeigt die Altenpflege eine relativ gleichbleibende Anzahl an Versicherungsjahren bis zum Alter von 62. Ab dem 63. Lebensjahr ist jedoch auch in der Altenpflege ein stärkerer Rückgang der Versicherungsjahre erkennbar. Diese Entwicklung ist in der Gesundheits- und Krankenpflege noch ausgeprägter.

Abbildung 50: Berufstätige in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege mit Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit, rohe Versichertenjahre



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 51: Berufstätige in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege mit Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit nach Alter im Jahr 2022



Quelle: Eigene Darstellung

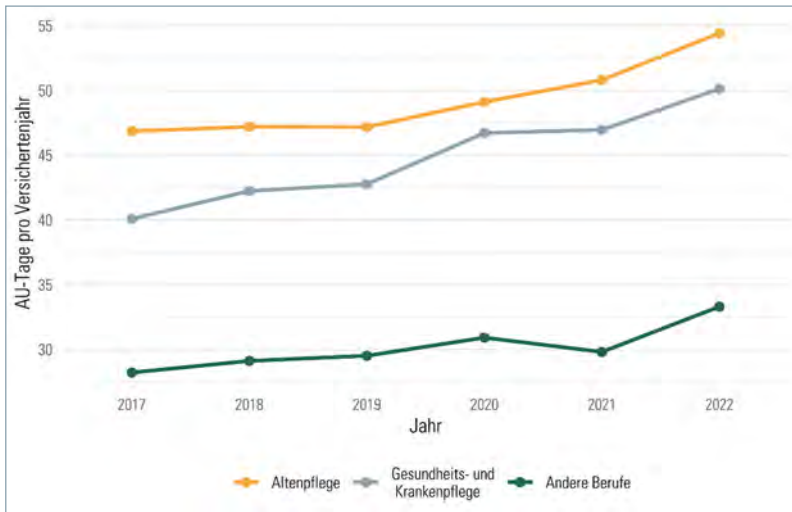
3.3 Die Gesundheit der pflegenden Boomer-Generation

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage in zeitlicher und regionaler Dimension, vergleicht Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen und analysiert Krankenhaufälle sowie -diagnosen, jeweils differenziert nach Pflegeberufen und allen anderen Berufen.

3.3.1 Arbeitsunfähigkeitszeiten

Anzahl der AU-Tage in der Altenpflege zwischen 2017 und 2022 durchgängig höher

Abbildung 52 zeigt die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) pro Versichertenjahr im Zeitraum von 2017 bis 2022. Die Daten sind aufgeschlüsselt nach drei Berufsgruppen: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie andere Berufe. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Anzahl der AU-Tage in der Altenpflege durchgängig höher liegt als in den anderen beiden Berufsgruppen. Über den gesamten betrachteten Zeitraum hinweg verzeichnet die Altenpflege die meisten AU-Tage, beginnend bei etwa 45 Tagen im Jahr 2017 und ansteigend auf über 50 Tage im Jahr 2022. Dies könnte auf eine erhöhte physische und psychische Belastung in diesem Berufsfeld hinweisen. Auch die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflege zeigt eine aufsteigende Tendenz, beginnt jedoch im Jahr 2017 auf einem niedrigeren Niveau von etwa 40 AU-Tagen und erreicht im Jahr 2022 etwa 45 AU-Tage. Dieser Anstieg könnte mit den spezifischen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen in Zusammenhang stehen, die ebenfalls eine hohe Belastung darstellen können. Bei allen anderen Berufen lässt sich ebenfalls ein Anstieg der AU-Tage im betrachteten Zeitraum feststellen, wenngleich dieser weniger ausgeprägt ist, als bei den Pflegeberufen. Im Jahr 2017 begannen die AU-Tage bei knapp über 30 Tagen und stiegen bis 2022 auf etwa 35 Tage an. Die vergleichsweise geringere Anzahl an AU-Tagen in dieser Gruppe könnte darauf hinweisen, dass die beruflichen Belastungen hier im Durchschnitt geringer oder dass die Arbeitsbedingungen besser an die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden angepasst sind. Der DAK-Gesundheitsreport 2023 zeigt bereits auf, dass medizinische Gesundheitsberufe generell eine höhere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen verzeichnen (Hildebrandt et al., 2023). Bei Einschränkung der Untersuchungspopulation auf die Angehörigen der Baby-Boomer-Generation verstärkt sich dieser Unterschied noch einmal deutlich.

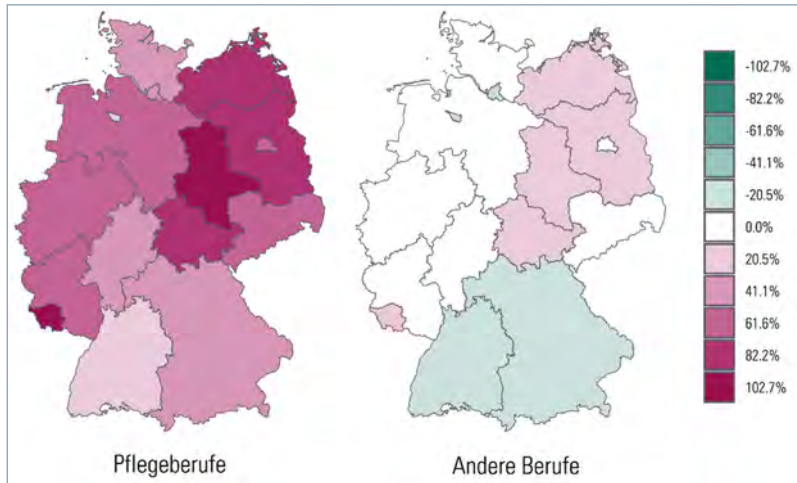
Abbildung 52: Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen

Quelle: Eigene Darstellung

Die geografische Darstellung der Daten zu Arbeitsunfähigkeitstagen (Abbildung 53) zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen in den verschiedenen Bundesländern im Jahr 2022. Die Farbverläufe auf der Karte repräsentieren die relative Abweichung der Arbeitsunfähigkeitstage vom Bundesdurchschnitt und bieten Einblicke in die regionalen Variationen. Die Karte der Pflegeberufe ist ausschließlich in Rot schattierten Farben eingefärbt, was bedeutet, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei den Pflegeberufen in allen Bundesländern über dem Bundesdurchschnittswert liegt. Bei allen anderen Berufen ist dies nur in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Hessen und dem Saarland der Fall. In Hamburg, Bremen, Baden-Württemberg und Bayern liegen die Werte unter dem Bundesdurchschnitt. Bei den Pflegeberufen zeigen sich die größten Abweichungen in Sachsen-Anhalt und im Saarland, gefolgt von Hessen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei den Pflegeberufen in allen Bundesländern über dem Bundesdurchschnittswert

Abbildung 53: Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022



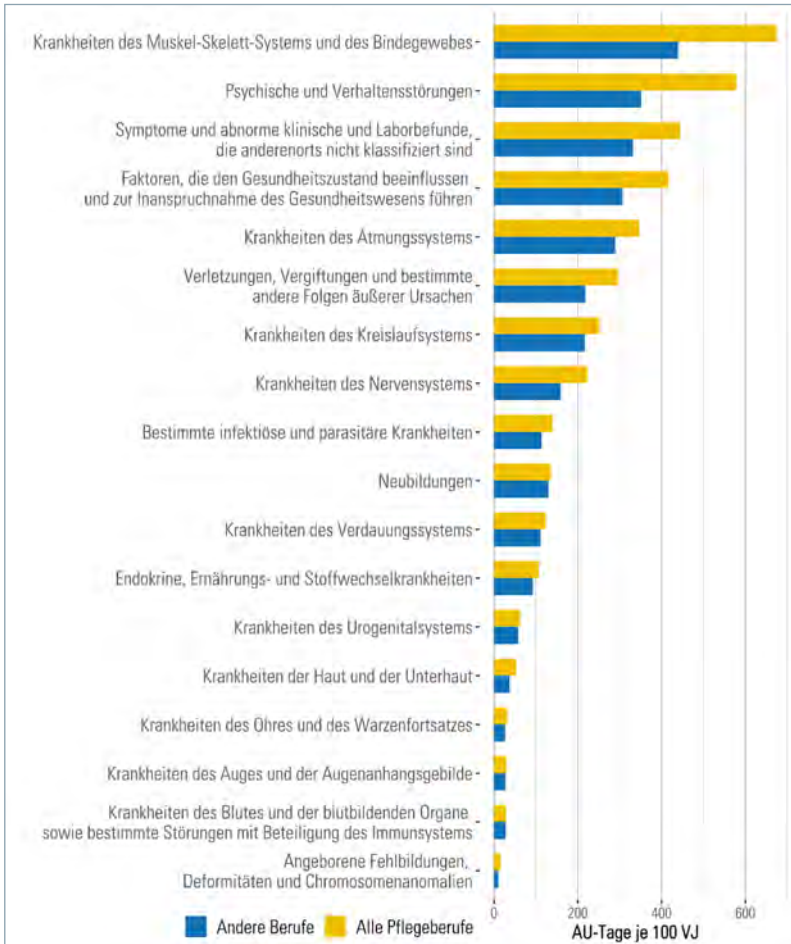
Quelle: Eigene Darstellung

3.3.2 Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Die meisten AU-Tage in der Pflege aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Abbildung 54 zeigt die Analyse der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 100 Versichertenjahre verteilt auf die verschiedenen ICD-Kapitel und offenbart Unterschiede zwischen Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen. In den Pflegeberufen sind die AU-Tage, die auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zurückzuführen sind, besonders hervorstechend. Sie markieren den Spitzenwert unter allen Krankheitskategorien, was die physische Belastung in diesen Berufen verdeutlicht. Auch bei den psychischen und Verhaltensstörungen weisen Pflegekräfte eine deutlich höhere Anzahl an AU-Tagen auf, was die stressige Natur dieser Tätigkeiten und die damit verbundenen psychosozialen Belastungen reflektiert. Diese Ergebnisse spiegeln die Befunde des DAK-Gesundheitsreports 2023 (Hildebrandt et al. 2023) sowie des vom WIdO erstellten Fehlzeitenreports 2023 (Badura et al. 2023) wider, die ebenfalls erhöhte Arbeitsunfähigkeitstage in Pflegeberufen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen festgestellt haben. Interessanterweise zeigt sich bei fast allen ICD-Kapiteln ein ähnliches Muster. Die Anzahl der AU-Tage in den Pflegeberufen ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen durchweg höher. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Population der pflegenden Baby-Boomer grundsätzlich einem höheren Risiko für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten ausgesetzt sind.

Abbildung 54: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022



Quelle: Eigene Darstellung

3.3.3 Krankenhaufälle

Die Analyse der Krankenhaufälle und -tage nach den ICD-Kapiteln zeigt Unterschiede zwischen Pflegeberufen und anderen Berufen. In Abbildung 55 fällt auf, dass die Anzahl der Krankenhaufälle bei Pflegekräften im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich höher ist als bei anderen Berufen. Im Gegensatz dazu ist bei Krankheiten des Kreislaufsystems und bei Neubildungen die Anzahl der Krankenhaufälle für die anderen Berufsgruppen höher als für Pflegekräfte. Dies könnte auf unterschiedliche Risikoprofile und Arbeitsumgebungen hinweisen, die mit verschiedenen Berufsgruppen assoziiert sind. Hinsichtlich der Kran-

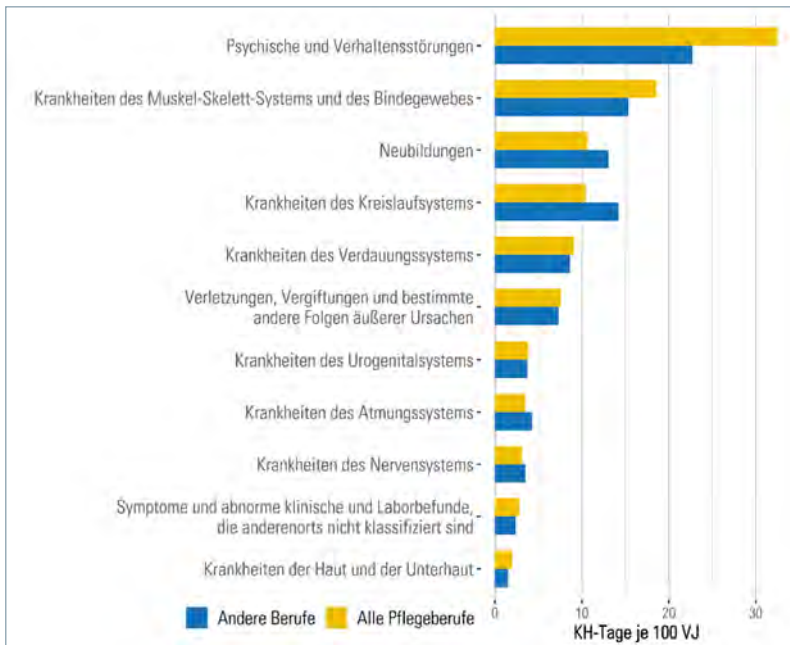
kenhaustage zeigt sich ein bei den psychischen- und Verhaltensstörungen, dass Pflegekräfte, die wegen dieser Diagnosen ins Krankenhaus eingeliefert werden, dort länger verbleiben als Erwerbstätige aus anderen Berufsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass psychische und Verhaltensstörungen bei Pflegekräften zu längeren und möglicherweise intensiveren Behandlungen führen können. Bei anderen Kapiteln sind die Unterschiede in der Anzahl der Krankenhaustage weniger stark ausgeprägt.

Abbildung 55: Krankenhausfälle je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach den 10 häufigsten ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 56: Krankenhaustage je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach den 10 häufigsten ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022



Quelle: Eigene Darstellung

3.4 Arzneimittelverordnungen

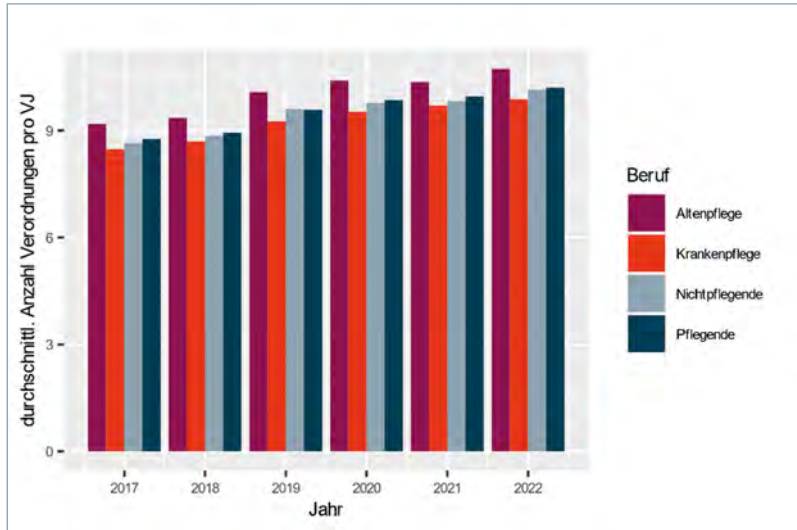
Den Routinedaten der DAK-Gesundheit lassen sich Verordnungen von Arzneimitteln aus dem ambulanten Sektor entnehmen, deren Kosten von den Krankenkassen erstattet werden (Swart et al. 2015). Diese können Hinweise auf das Krankheitsgeschehen geben. Deswegen werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen von Versicherten, die im Pflegeberuf tätig sind, und Versicherten aus pflegefernen Berufen, beide Gruppen mit einem Durchschnittsalter von rund 63 Jahren, verglichen. Um Informationen über die Verordnungsquantität und über die verordneten Wirkstoffe zu erhalten, wurden die Verordnungsdaten über die Pharmazentralnummer (PZN) mit Daten des Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC) (ATC-Code und ATC-Gruppe) und den definierten Tagesdosen (DDD = defined daily dose), die eine typische Dosis für einen Tag darstellen, verknüpft. Da sich in den ATC-Gruppen Dermatika und Varia Materialien und Mittel ohne Arzneimittelwirkstoff befinden, wurden diese von den Analysen ausgeschlossen.

Die durchschnittliche Anzahl an Arzneimittelverordnungen pro Versichertenjahr ist in den Jahren 2017 bis 2022 kontinuierlich in allen Berufsgruppen angestiegen und

Die durchschnittliche Anzahl an Arzneimittelverordnungen ist angestiegen

liegt bei rund 9 Verordnungen pro Versichertenjahr (siehe Abbildung 57). Während die Versicherten der Altenpflege deutlich mehr Arzneimittel verordnet bekommen haben, wurden den Krankenpflegenden etwas weniger Arzneimittel im Vergleich zu den Versicherten anderer Berufe verordnet.

Abbildung 57: Durchschnittliche Anzahl an Arzneimittelverordnungen pro Versichertenjahr

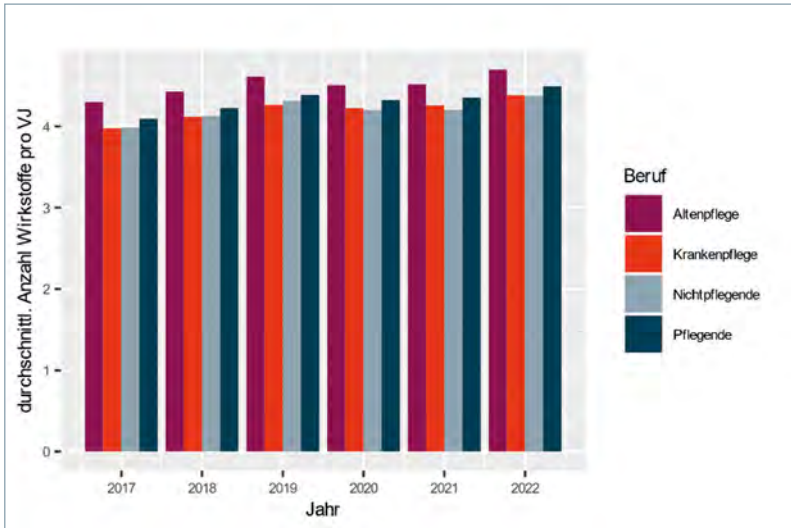


Quelle: Eigene Darstellung

Durchschnittlich werden pro Versicherten in allen Berufsgruppen rund 4 unterschiedliche Wirkstoffe verschrieben

Durchschnittlich wurden den betrachteten Versicherten rund 4 unterschiedliche Wirkstoffe verschrieben, wobei den Altenpflegenden etwas mehr und den Krankenpflegenden etwas weniger Wirkstoffe verordnet wurden im Vergleich zu den Versicherten anderer Berufe (siehe Abbildung 58).

Abbildung 58: Durchschnittliche Anzahl an verordneten Wirkstoffen pro Versichertenjahr

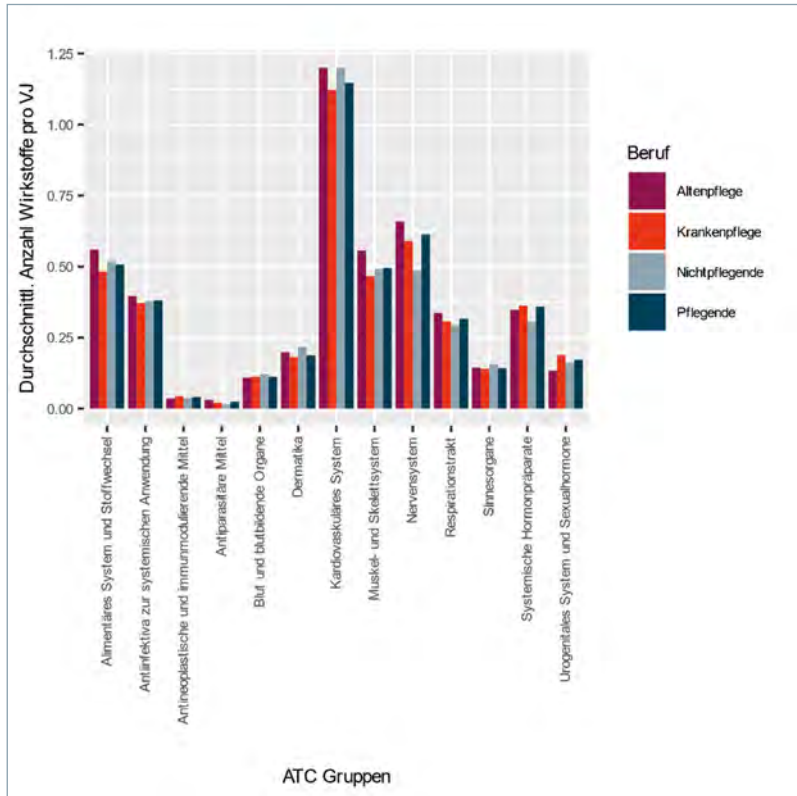


Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung 59 zeigt, dass die meisten verordneten Wirkstoffe im Jahr 2022 der ATC-Gruppe „Kardiovaskuläres System“, gefolgt von den Gruppen „Nervensystem“, „Alimentäres System und Stoffwechsel“ sowie „Muskel- und Skelettsystem“ mit einer deutlich niedrigeren Anzahl zugeordnet werden können. In diesen Gruppen ist die durchschnittliche Anzahl an verordneten Wirkstoffen bei den Altenpflegenden deutlich höher als die der Vergleichsgruppen.

Die meisten verordneten Wirkstoffe im Jahr 2022 stammen aus der ATC-Gruppe „Kardiovaskuläres System“

Abbildung 59: Durchschnittliche Anzahl an verordneten Wirkstoffen pro Versichertenjahr für das Jahr 2022 nach ATC-Gruppen



Quelle: Eigene Darstellung

Ibuprofen, Levothyroxin-Natrium und Pantoprazol werden am häufigsten verordnet

Ibuprofen, Levothyroxin-Natrium und Pantoprazol gehören zu den Wirkstoffen, die anteilmäßig den meisten Versicherten verordnet wurden (siehe Tabelle 4). Bezüglich der Verteilung der Anteile nach Berufen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. So ist bei den Nichtpflegenden der Anteil an Versicherten mit Ramipril-Verordnung etwas höher (15,6 Prozent) im Vergleich zu den Pflegeberufen (13,8 Prozent), während einem höheren Anteil an Pflegenden Candesartan (13,9 Prozent) verordnet wird im Vergleich zu den Nichtpflegenden (12,5 Prozent) (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Die zehn häufigsten verordneten Wirkstoffe nach dem Anteil an Versicherten in Prozent

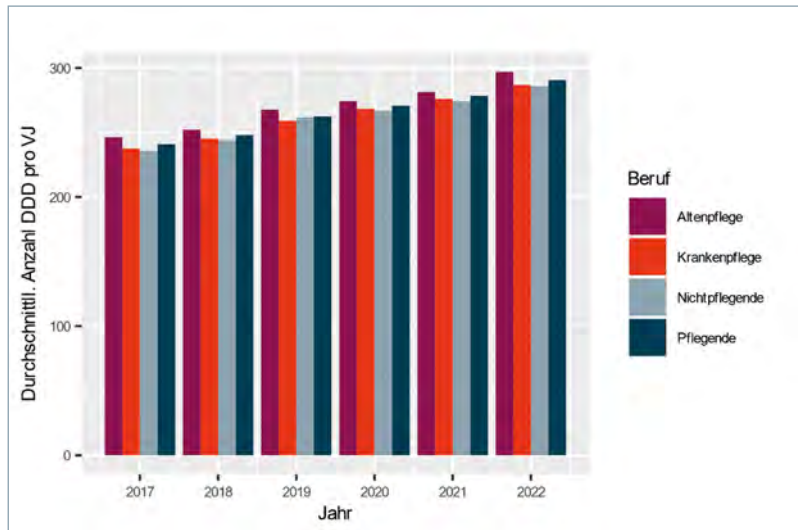
Rang	Pflegende		Nichtpflegende	
	ATC-Name	Anteil der Versicherten in Prozent	ATC-Name	Anteil der Versicherten in Prozent
1	Ibuprofen	23,8	Ibuprofen	25,1
2	Levothyroxin-Natrium	22,3	Levothyroxin-Natrium	17,7
3	Pantoprazol	18,8	Pantoprazol	17,3
4	Metamizol-Natrium	18,3	Metamizol-Natrium	16,7
5	Candesartan	13,9	Ramipril	15,6
6	Bisoprolol	13,8	Bisoprolol	12,6
7	Ramipril	13,8	Candesartan	12,5
8	Amlodipin	9,4	Atorvastatin	10,1
9	Atorvastatin	8,9	Amlodipin	9,9
10	Metoprolol	8,7	Metoprolol	8,6

Quelle: Eigene Darstellung

Die durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen pro Versichertenjahr ist ebenso in den Jahren 2017 bis 2022 kontinuierlich angestiegen und liegt bei rund 259 Tagesdosen (siehe Abbildung 60). Während den Krankenpflegenden durchschnittlich ungefähr gleich viele Tagesdosen pro Versichertenjahr wie den Nichtpflegenden verordnet wurden, wurden den Altenpflegenden deutlich mehr Tagesdosen pro Versichertenjahr in diesen Jahren verordnet.

Altenpflegenden erhalten die meisten Tagesdosen

Abbildung 60: Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr

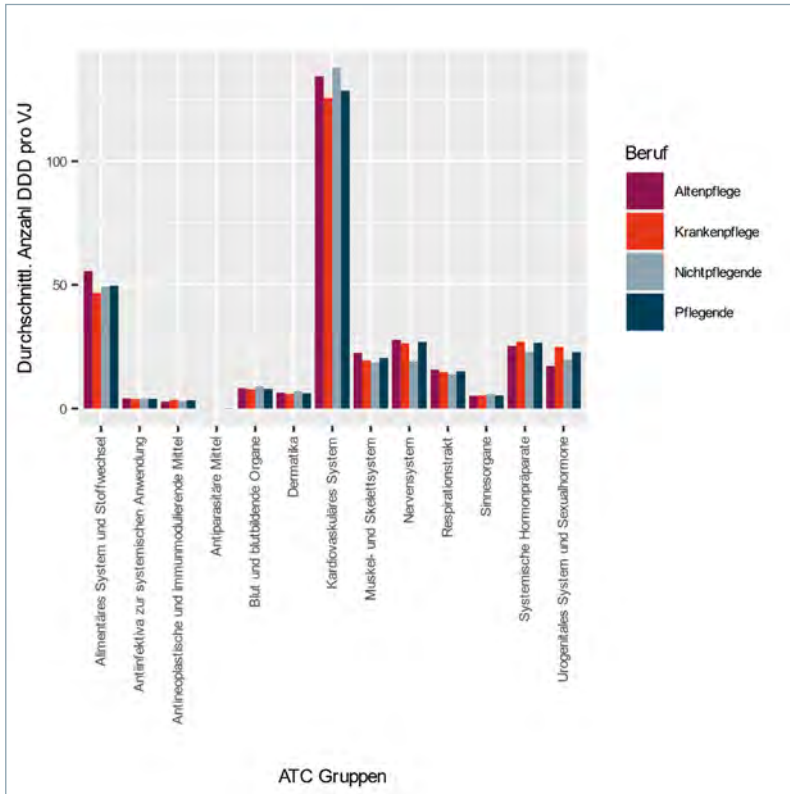


Quelle: Eigene Darstellung

Die meisten Tagesdosen pro Versichertenjahr stammen aus der ATC-Gruppe „Kardiovaskuläres System“

Mit deutlichem Abstand wurden im Jahr 2022 durchschnittlich die meisten Tagesdosen (rund 125 DDD) pro Versichertenjahr für Wirkstoffe der ATC-Gruppe „Kardiovaskuläres System“ verordnet, gefolgt von den Gruppen „Alimentäres System und Stoffwechsel“ (knapp 50 DDD), „Nervensystem“ (rund 25 DDD) und „Systemische Hormonpräparate“ (rund 25 DDD) (Abbildung 61). Während in den Gruppen „Alimentäres System und Stoffwechsel“ sowie „Nervensystem“ die höchste Anzahl jeweils bei den Altenpflegenden liegt, sind es in den Gruppen „Kardiovaskuläres System“ die Nichtpflegenden und „Systemische Hormonpräparate“ die Krankenpflegenden mit den meisten DDD pro Versichertenjahr.

Abbildung 61: Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr im Jahr 2022 nach ATC-Gruppen

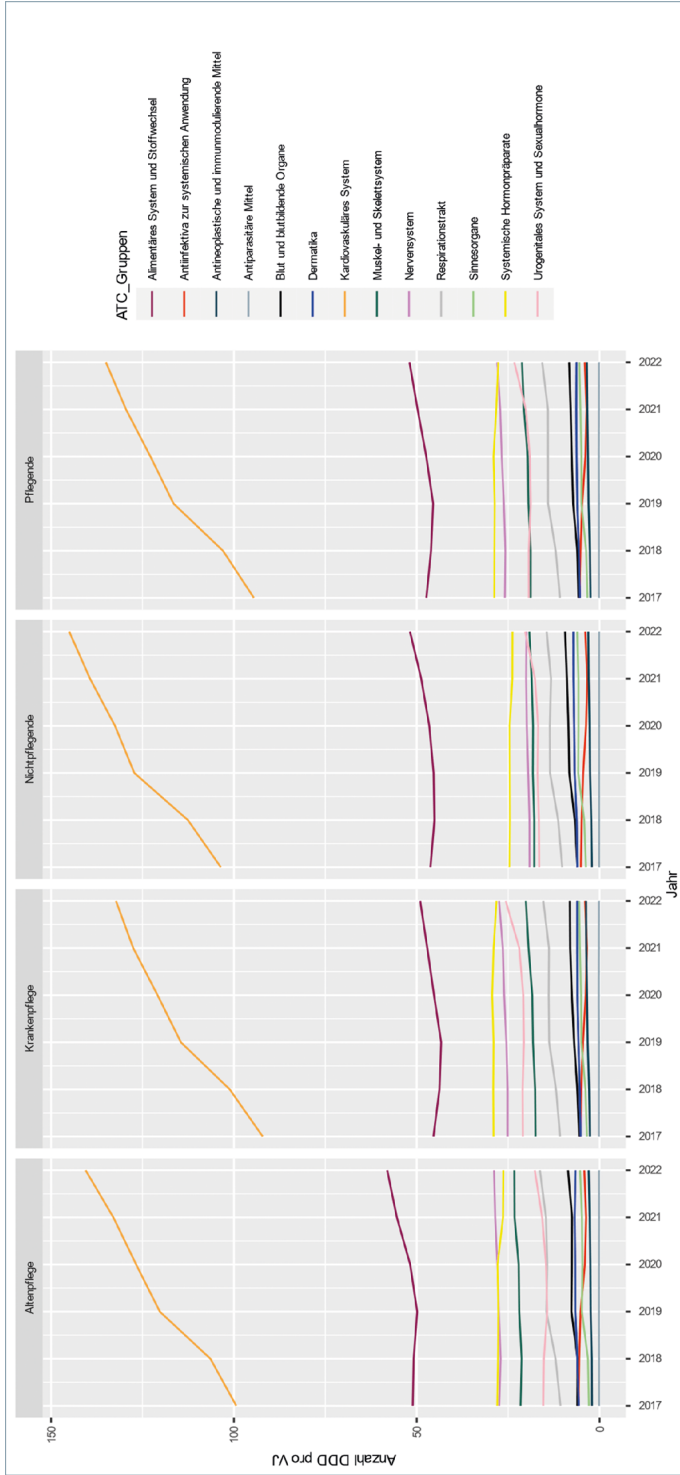


Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung 62 zeigt, dass die durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen pro Versichertenjahr in den Jahren 2017 bis 2022 in den meisten ATC-Gruppen relativ konstant geblieben ist und unter 30 Tagesdosen liegt. In der Gruppe Alimentäres System und Stoffwechsel ist sie jedoch nach einem geringfügigen Rückgang im Jahr 2019 in allen betrachteten Berufsgruppen angestiegen. Ein besonders starker Anstieg von rund 100 bis auf rund 130 Tagesdosen ist in allen Berufsgruppen für Wirkstoffe der Gruppe „Kardiovaskuläres System“ zu verzeichnen.

Besonders starker Anstieg bei Wirkstoffen der ATC-Gruppe „Kardiovaskuläres System“

Abbildung 62: Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr nach ATC-Gruppe



Quelle: Eigene Darstellung

Zu beachten ist bei der Interpretation der Ergebnisse, dass den Daten nicht entnommen werden kann, ob und wie die Arzneimittel eingenommen wurden (Swart et al. 2015). Außerdem handelt es sich bei den hier ausgewerteten Daten um eine ältere Kohorte mit einem höheren Risiko für altersassoziierte Erkrankungen, deren Risiko für eine Erkrankung mit steigendem Alter ebenso ansteigt. Nichtsdestotrotz geben die Ergebnisse Einblicke in das Krankheitsgeschehen der Pflegenden im Vergleich zu Nichtpflegenden und ähneln den Ergebnissen aus der Literatur. So zeigten auch die Daten der TK aus dem Jahr 2018 besonders hohe Verordnungszahlen bei den Altenpflegenden mit bis zu 315 DDD je Versicherungsjahr (Grobe und Steinmann 2019: 41). Ferner wurde für die Jahre 2000 bis 2018 ein Anstieg im Verordnungsvolumen festgestellt (Grobe und Steinmann 2019: 42). Ein Anstieg ist auch in den hier dargestellten Daten für die Jahre 2017 bis 2022 zu sehen. Ebenso sind laut Grobe und Steinmann (2019: 45) die höchsten Verordnungszahlen den ATC-Gruppen „Kardiovaskuläres System“ und „Nervensystem“ zuzuordnen. In der Gruppe Kardiovaskuläres System sind z. B. Wirkstoffe zur Behandlung von Bluthochdruck, wie Ramipril und Candesartan, zu finden, die nach den TK-Daten zu urteilen auch unter den Pflegenden höher verbreitet sind (Grobe und Steinmann 2019: 45 ff.). Höhere Verordnungen bei Pflegenden sind ferner auf Verordnungen aus den Gruppen „Alimentäres System und Stoffwechsel“, z. B. mit Wirkstoffen zur Behandlung des Verdauungssystems (wie z. B. Pantoprazol), und Systemische Hormonpräparate, z. B. mit Wirkstoffen zur Schilddrüsenbehandlung (wie z. B. Levothyroxin-Natrium), zurückzuführen (Grobe und Steinmann 2019: 45 ff.).

Die Analysen der Arzneimittelverordnungen zeigen, dass Altenpflegekräfte im Vergleich zu Krankenpflegenden und anderen Berufsgruppen durchschnittlich mehr Medikamente verschrieben bekommen. Besonders hervorstechend ist die Zunahme der verordneten Tagesdosen über die Jahre, insbesondere in den Bereichen des kardiovaskulären Systems und des Nervensystems. Die Analysen der Arzneimitteldaten legen somit die Vermutung nahe, dass insgesamt gesehen die Altenpflegenden der hier betrachteten Kohorte einen schlechteren Gesundheitszustand haben als die Krankenpflegenden sowie Nichtpflegenden.

3.5 Erwerbsverläufe der professionell Pflegenden beim Übergang in den Ruhestand

Ein vorzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf, z. B. aufgrund von Frühverrentung, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, Berufswechsel oder vorzeitigem Versterben, kann den Fachkräftemangel in der Pflege verstärken und zu einem Verlust an Erfahrung und Expertenwissen führen (Auffenberg 2021; Rothgang et al. 2020). Außerdem kann dieser Hinweis auf berufsbedingte physische und psychische Belastungen geben, die wiederum einen Einfluss auf die Gesundheit der Pflegekräfte haben können (Tisch 2015; Hasselhorn und Ebener 2023). Nach einer Auswertung auf Basis der bundesweit repräsentativen Umfragen im Rahmen des DGB-Index

Vorzeitige Ausstiege aus dem Pflegeberuf verstärken Fachkräftemangel

Gute Arbeit aus den Jahren 2016 bis 2019 gehen 70 Prozent der befragten Pflegekräfte davon aus, dass sie in ihrem Beruf nicht bis zum regulären Renteneintritt arbeiten werden (DGB 2020: S. 7). Die repräsentativen Ergebnisse der lidA-Studie zeigen, dass die Arbeitsbelastung und gesundheitliche Probleme mitunter die Hauptgründe sind, warum Pflegende angeben, frühzeitig aus dem Berufsleben aussteigen zu wollen (Hasselhorn und Ebener 2023: 162). Um mithilfe von zielgerichteten Maßnahmen dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, ist Wissen über das Ausmaß von Berufsausstiegen der Pflegekräfte nötig. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Erwerbsverläufe vor und während des Renteneintritts retrospektiv betrachtet und zwischen professionell Pflegenden und Nichtpflegenden sowie zwischen den Erwerbstätigen der Alten- und Krankenpflege verglichen.

3.5.1 Methodik bei Analyse der Erwerbsverläufe

Für die Analyse der Erwerbsverläufe der Pflegenden im Vergleich zu den Nichtpflegenden wurden die Routinedaten der Versicherten der DAK-Gesundheit, wohnhaft in Deutschland, analysiert. Da noch nicht alle Geburtsjahrgänge der in diesem Beitrag betrachteten Kohorten das Rentenalter erreicht haben, wurden ausschließlich die Geburtsjahrgänge 1946–1958 betrachtet, um retrospektiv Ereignisse vor und während des Renteneintritts auszuwerten²². Für diese Versicherten wurden für alle zur Verfügung stehenden Jahre Daten zur Versicherungsart mit den entsprechenden Versicherungszeiten, die Informationen zum Rentenstatus enthalten, die Tätigkeitsschlüssel mit den entsprechenden Tätigkeitszeiten und Daten zur Erwerbs- und Berufsunfähigkeit ausgewertet. Da sich die Analysen dieses Beitrags auf den Zeitraum 2017–2022 beziehen, wurden ausschließlich Versicherte betrachtet, die durchgängig in diesen Jahren versichert waren. Auf diese Weise können Verzerrungen vermieden werden, die aufgrund eines Wechsels der Krankenkasse und somit fehlenden Daten resultieren können. Ferner wurden ausschließlich (ehemals) sozialversicherungspflichtige Versicherte oder Versicherte mit bekannten Tätigkeitsschlüsseln einbezogen, da die Übermittlung des Tätigkeitsschlüssels vom Arbeitgeber an die Krankenkassen nach § 198 SGB V nur bei sozialversicherungsbeschäftigten Versicherten erfolgen muss und für diese die Regelaltersgrenzen der Deutschen Rentenversicherung gelten (DRV 2023). Generell sind die meisten Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Bundesagentur für Arbeit 2023).

Das Todesdatum, Angaben zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit und Rentenzeiten wurden den Routinedaten entnommen. Anhand der Tätigkeitsschlüssel wurden die professionell Pflegenden sowie Nichtpflegenden differenziert und die Pflegenden für zusätzliche Analysen hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit in der Alten- und

²² Aus diesem Grund weicht die Definition der Baby-Boomer-Generation in diesem Kapitel (Jahrgänge 1946–1958) auch von der Definition in Kapitel 7 ab. In der Literatur finden sich, unter anderem auch nach Ländern, unterschiedliche Zeiträume für die Beschreibung der Baby-Boomer (Menning und Hoffmann 2009).

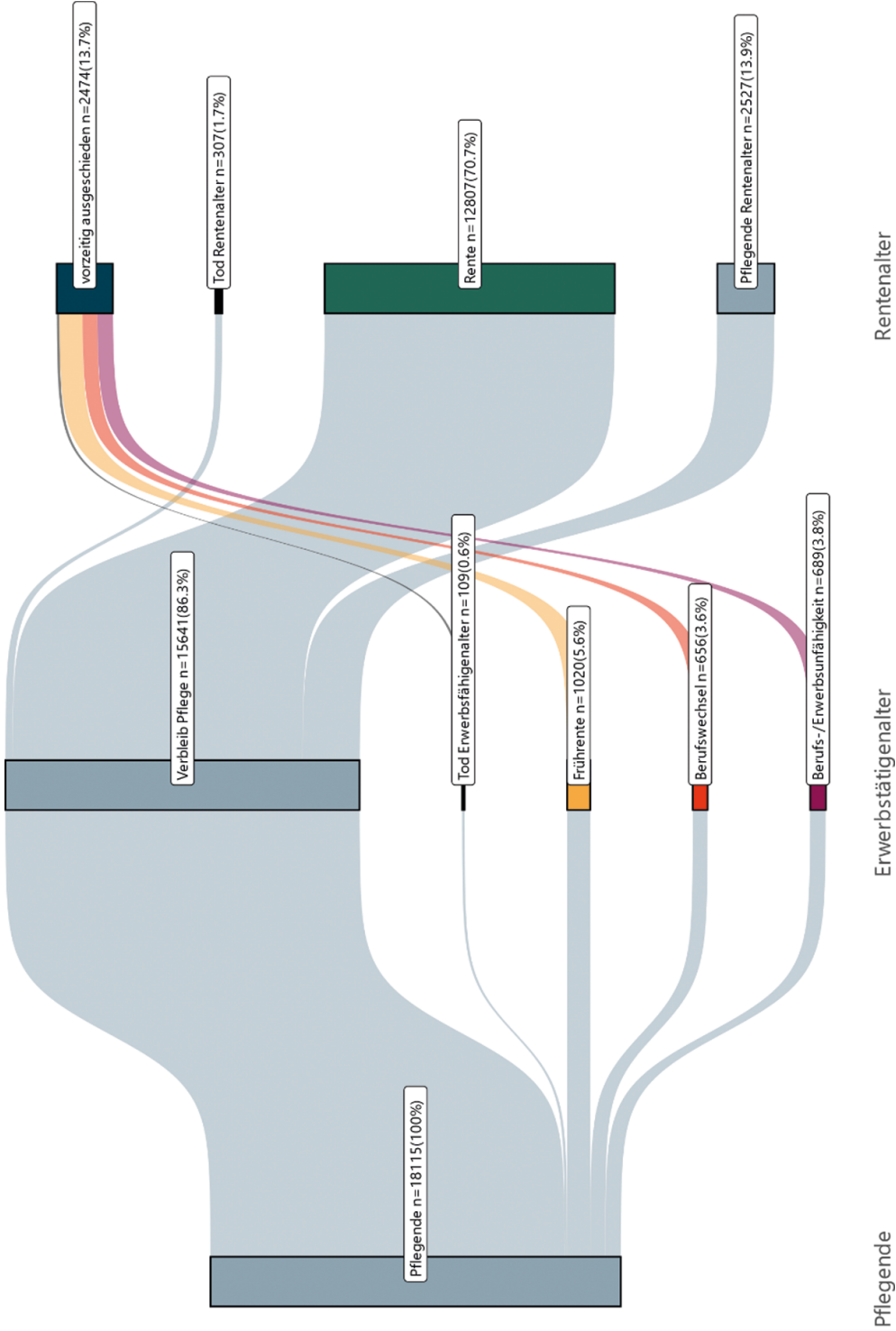
Krankenpflege stratifiziert. Ein Berufswechsel aus der Alten- oder Krankenpflege in einen Nichtpflegeberuf wurde ebenso anhand eines Wechsels des Tätigkeitschlüssels identifiziert. Die Identifikation der Frührentner wurde mithilfe des Online-Rechners der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2023) für jeden Geburtsjahrgang individuell geschätzt. Da alle vor 1953 Geborenen ohne Abschläge mit 63 Jahren in Rente gehen können (DRV 2023) und für die jüngeren Geburtsjahrgänge angenommen wird, dass aufgrund des Ausbildungsberufes die Pflegenden den Status für besonders langjährige Versicherte erhalten können, wurden die Regelaltersgrenzen für besonders langjährige Versicherte als „konservative“ Regelaltersgrenze gewählt. Somit wurden die Versicherten, die vor dieser Regelaltersgrenze in Rente gegangen sind, als Frührentner klassifiziert und diese Grenze im Folgenden als „reguläres Renteneintrittsalter“ definiert. Laut Hasselhorn und Ebener (2023: 152 f.) trifft dieser frühe Ausstieg auf den Großteil dieser Geburtsjahrgänge zu.

3.5.2 Ergebnisse

Es wurden die Erwerbsverläufe von 18.115 professionell Pflegenden (siehe Abbildung 63) und 214.322 Erwerbstätigen anderer Berufe (siehe Abbildung 64) analysiert. Beide Gruppen weisen ein Durchschnittsalter von rund 67 Jahren zum Stichtag 31.12.2022 auf. Ein Großteil der Erwerbstätigen verbleibt bis zum Renteneintritt in der Berufstätigkeit, wobei etwas weniger Pflegende (86,3 Prozent) im Vergleich zu den Nichtpflegenden (92,5 Prozent) das reguläre Renteneintrittsalter erreichen. Das Durchschnittsalter und die Anzahl an Versicherten, die vor dem regulären Renteneintrittsalter verstorben sind, unterscheidet sich zwischen diesen beiden Gruppen kaum (0,6 Prozent der Pflegenden versus 0,7 Prozent der Nichtpflegenden). Geringfügige Unterschiede zeigen sich bezüglich der Anzahl an Frühverrentungen (5,6 Prozent der Pflegenden versus 4,1 Prozent der Nichtpflegenden) sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten (3,8 Prozent der Pflegenden versus 2,6 Prozent der Nichtpflegenden) mit jeweils einem höheren Anteil bei den Pflegenden. Regulär in Rente gehen demnach 70,7 Prozent der Pflegenden und 72,6 Prozent der Nichtpflegenden mit einem Durchschnittsalter von rund 65 Jahren. Bei den Nichtpflegenden könnte es einen etwas größeren Anteil an Erwerbstätigen geben, die das für diese Analysen festgelegte reguläre Regeleintrittsalter erreicht haben, jedoch trotzdem noch erwerbstätig sind (17,3 Prozent versus 13,9 Prozent bei den Pflegenden). Geringfügige Unterschiede zeigen sich bezüglich der im Rentenalter von durchschnittlich rund 68 Jahren Verstorbenen mit 1,7 Prozent bei den Pflegenden versus 2,6 Prozent bei den Nichtpflegenden.

Großteil der Erwerbstätigen verbleibt bis zum Renteneintritt in der Berufstätigkeit

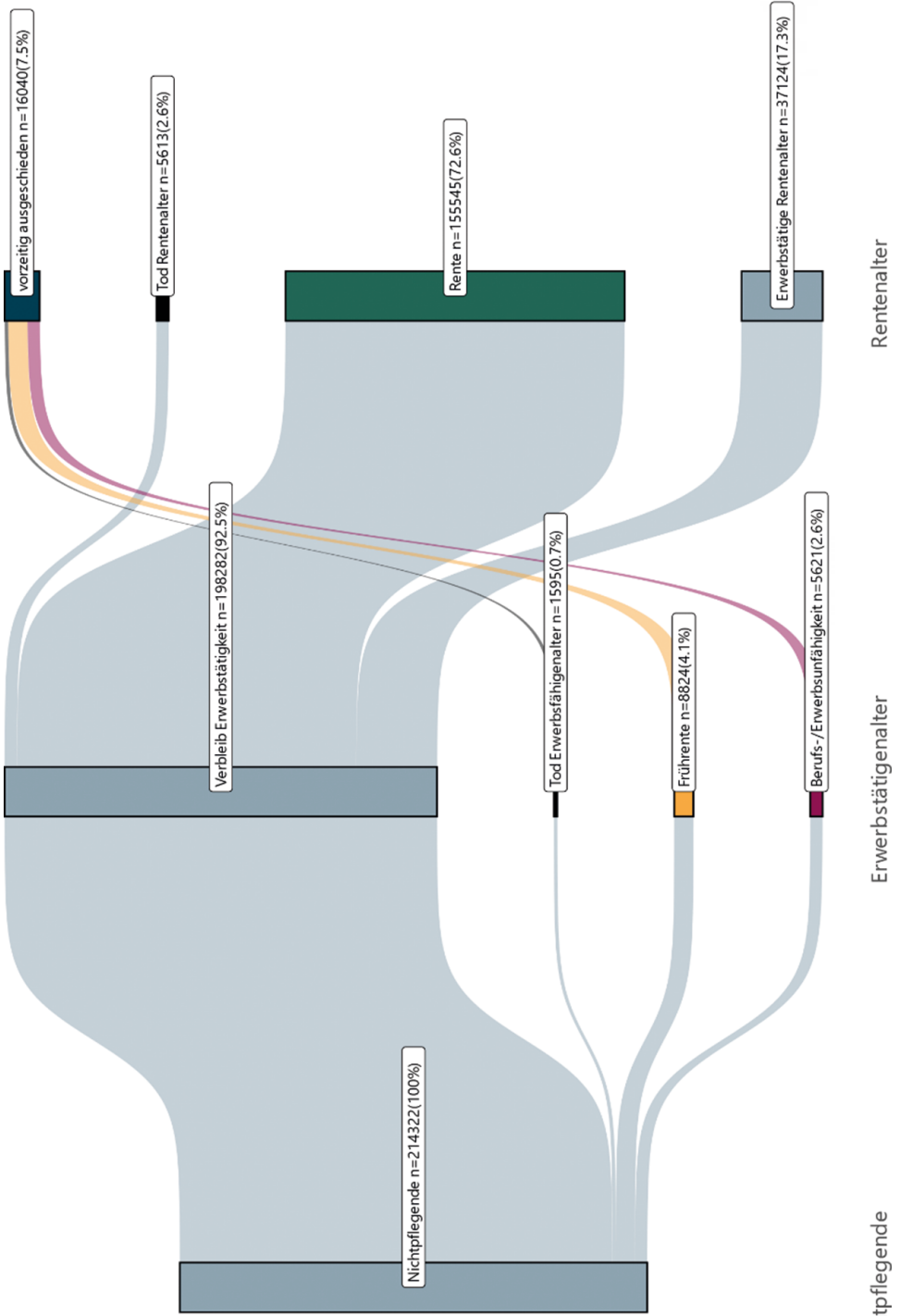
Abbildung 63: Erwerbsverläufe der Pflegenden beim Übergang in den Ruhestand



Pflegende

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 64: Erwerbsverläufe der Nichtpflegenden beim Übergang in den Ruhestand



Quelle: Eigene Darstellung

Pflegende vollziehen Berufswechsel in Nichtpflegeberufe

Ferner wurde in dem betrachteten Zeitraum ein Berufswechsel in Nichtpflegeberufe bei 3,8 Prozent der Pflegenden in einem Alter von durchschnittlich 63 Jahren identifiziert. Werden die Pflegenden anhand ihres Tätigkeitsschlüssels nach Alten- und Krankenpflege stratifiziert, waren es etwas mehr Krankenpflegende (87 Prozent versus 84,5 Prozent der Altenpflege), die bis zum Renteneintritt in ihrem Beruf verblieben. Bezüglich des Anteils Verstorbener vor Renteneintritt und dem Anteil an Frührentnern, ergaben sich annähernd keine Unterschiede, wohl aber bzgl. eines Berufswechsels aus der Pflege (5 Prozent vs. 3,1 Prozent) und Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeiten (4,2 Prozent vs. 3,6 Prozent) mit höheren Anteilen in der Altenpflege. Dementsprechend geht auch ein höherer Anteil der Krankenpflegende regulär in Rente (72,5 Prozent) im Vergleich zur Altenpflege (65,3 Prozent). Bezüglich der Pflegenden in der Altenpflege könnte es jedoch einen etwas höheren Anteil an Erwerbstätigen geben, die im Rentenalter noch erwerbstätig sind (17,5 Prozent) im Vergleich zu den Krankenpflegenden (12,8 Prozent).

3.5.3 Diskussion und Limitationen

Die Ergebnisse dieser Analyse sind vor dem Hintergrund der Datenqualität und methodischen Vorgehensweise einzuschätzen: Generell ist anzumerken, dass die Ergebnisse dieser Analyse, denen ausschließlich die Daten der DAK-Gesundheit und bestimmter Geburtskohorten unterliegen, nicht repräsentativ für die Gesamtdeutsche Bevölkerung bzw. anderen Geburtskohorten oder für die Versicherten anderer Krankenkassen sind, da mögliche Unterschiede zwischen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und Verbeamteten, Selbstständigen etc. bestehen können und sich die Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen hinsichtlich der Alters- und Berufsstruktur und somit im Gesundheitsstatus der Versicherten unterscheiden können (Swart et al. 2015). Ferner kann es zu fehler- und lückenhaften Einträgen in den Routinedaten kommen. So sind z. B. die Arbeitgeber verpflichtet, den Tätigkeitsschlüssel an die Krankenkasse zu melden, jedoch ist dieses Vorgehen fehleranfällig. Insgesamt werden die Angaben zur Tätigkeit mithilfe des Tätigkeitsschlüssels jedoch als größtenteils valide angesehen (Swart et al. 2015).

Da den Daten der DAK-Gesundheit keine Informationen zur Art der Verrentung vorlagen und Frühverrentungen für die 1953 und später Geborenen anhand der Regelaltersgrenze für besonders langjährig Versicherte geschätzt wurden, können die Werte zur Frühverrentung unter- und die Werte zur regulären Rente überschätzt sein. Somit können auch die Werte für die Erwerbstätigen im Rentenalter überschätzt sein, da es sich bei diesen, um nicht langjährige Versicherte handeln könnte, die die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben.

Abgesehen von diesen Limitationen, geben die Ergebnisse einen Einblick in die Erwerbsverläufe der zwischen 1946–1958 geborenen Versicherten der DAK-Gesundheit beim Übergang in den Ruhestand. Die BARMER-Daten ausgewertet von

Rothgang et al. (2020) zeigen für die Jahre 2016 bis 2018 ein ähnliches Bild hinsichtlich des Anteils an Erwerbsminderungsrente bei Pflegenden. Dieser lag bei Altenpflegenden knapp ein Drittel bis doppelt so hoch und bei Krankenpflegenden etwas niedriger aber immer noch über ein Viertel erhöht über dem Wert der sonstigen Berufe (Rothgang et al. 2020: 210). In dieser Auswertung basierend auf den Daten der DAK-Gesundheit ist der Anteil an Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bei Altenpflegenden mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu den Nichtpflegenden und liegt ebenso deutlich über dem Anteil der Krankenpflegenden. Der fast doppelt so hohe Anteil an Pflegenden, die vor dem regulären Renteneintritt aus dem Beruf ausgeschieden sind, entspricht der Aussage vieler Pfleger, dass sie in ihrem Beruf mitunter aufgrund der Arbeitsbelastung oder Gesundheit nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten können oder wollen (DGB 2020; Hasselhorn und Ebener 2023). Dementsprechend kann auch ein Wechsel des Berufs kurz vor Renteneintritt, wie hier aufgezeigt mit durchschnittlich 63 Jahren, ein Anzeichen dafür sein, dass der Pflegeberuf mit zunehmendem Alter ggf. nicht mehr ausgeübt werden kann.

Anteil an Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bei Altenpflegenden mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu den Nichtpflegenden

Die Ergebnisse zeigen, dass deutlich mehr Versicherte der DAK-Gesundheit (Geburtsjahrgänge 1946–1958) mit einem Beruf in der Pflege vorzeitig aufgrund von Frühverrentung, Berufswechsel und Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit aus dem Beruf ausscheiden im Vergleich zu den Versicherten anderer Berufe. Dies trifft besonders auf die Pflegekräfte, die in der Altenpflege tätig sind, zu. Wären anstatt der knapp 14 Prozent nur, wie bei den Nichtpflegenden, 7,5 Prozent der Pflegenden vorzeitig aus dem Beruf ausgeschieden, ständen rund 1.359 weitere Versicherte der DAK-Gesundheit für eine Erwerbstätigkeit in der Pflege zur Verfügung. Eine Reduktion des Anteils der vorzeitig Ausgeschiedenen stellt somit eine Möglichkeit dar, um einen Beitrag dazu zu leisten, dem Fachkräftemangel zu begegnen (Auffenberg 2021). Hierfür ist es jedoch nötig, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass die berufsbedingten Gesundheitsrisiken und -belastungen reduziert werden und einer Beschäftigung trotz möglicher altersassoziierter Beeinträchtigungen nachgegangen werden kann (Auffenberg 2021; Hasselhorn und Ebener 2023).

Angehörige der Pflegeberufe häufiger frühverrentet

3.6 Literaturverzeichnis

- Auffenberg, Jennie (2021). Fachkräftemangel in der Pflege? Große Potenziale wollen gehoben werden, in: Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2021, April 2021, S. 145–153. Bericht zur Lage 2021 Arbeitnehmerkammer Bremen [abgerufen am 12.12.2023].
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., & Schröder, H. (Hrsg.). (2023). Fehlzeiten-Report 2023: Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4>

- Bundesagentur für Arbeit (2023). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, in: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2023. Altenpflege.pdf (arbeitsagentur.de) [abgerufen am 12.12.2023].
- DGB (2020). Weiblich, systemrelevant, unterbezahlt. Arbeitsbedingungen in vier frauendominierten Berufsgruppen, in: DGB-Index Gute Arbeit Kompakt 01/2020, Juni 2020. Weiblich, systemrelevant, unterbezahlt DGB-Index Gute Arbeit [abgerufen am 12.12.2023].
- DRV (2023). Rentenbeginn- und Rentenhöhenrechner. Rentenbeginn- und Rentenhöhenrechner Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de) [abgerufen am 12.12.2023].
- Grobe, Thomas/Steinmann, Susanne (2019). Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften, in: Gesundheitsreport 2019. gesundheitsreport-2019-data.pdf (tk.de) [abgerufen am 20.12.2023]
- Hasselhorn, Hans Martin/Ebener, Melanie (2023). Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie, in: Deutsche Rentenversicherung 2/2023, S. 152–174. Homepage Ausgewählter Artikel aus Heft 2/2023 Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de) [abgerufen am 13.12.2023].
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K., & Nolting, H.-D. (2023). Gesundheitsreport 2023: Analyse der Arbeitsunfähigkeiten – Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. DAK-Gesundheit. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/gesundheitsreport-2023_34592 [abgerufen am 27.12.2023]
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt (2020). BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen, in: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26. <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2020> [abgerufen am 12.12.2023].
- Seyda, S., Köppen, R., Maximal, & Hickmann, H. (2021). *Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) beim Institut der deutschen Wirtschaft (IDW). www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/KOFA_kompakt_und_Studien/2021/KOFA_Kompakt_Pflegeberufe.pdf [abgerufen am 27.12.2023].
- Swart, Enno/Ihle, Peter/Gothe, Holger/Matusiewicz, David (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2015). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tisch, Anita (2015). Health, work ability and work motivation: determinants of labour market exit among German employees born in 1959 and 1965, in: J Labour Market Res, 48, S. 233–245.

4. Qualifizierung und Berufsaustritte in der Pflege

Michael Isfort

Der Fachkräftemangel in der Pflege kann als gut dokumentierter und dominanter Problembereich bei der Sicherung der aktuellen sowie zukünftigen gesundheitlichen Versorgung betrachtet werden. Seit Jahren wird der Pflegeberuf als ein „Mangelberuf“ deklariert. Hohe Vakanzzeiten sowie eine bestehende Vollbeschäftigung und sinkende Kennzahlen der arbeitslos gemeldeten Pflegenden zeigen auf, dass den Bedarfen der Einrichtungen nicht ausreichend qualifiziertes Personal gegenübersteht (Bundesagentur für Arbeit 2023a; Seyda et al. 2021). Die Fachkräftesituation bzw. ein zunehmender Fachkräfteengpass betrifft nicht ausschließlich die Pflegeberufe, ist in diesem Bereich aber besonders ausgeprägt und bundesweit sowie flächendeckend in allen Ländern beschrieben (Bundesagentur für Arbeit 2023b).

Prognosen zum Fachkräftebedarf der Zukunft in der Gesundheits- und Pflegeversorgung werden regelmäßig vorgelegt und aktualisiert. Sie sind integraler Bestandteil der fortwährenden Diskussionen und werden sowohl seitens des Bundes, einer Reihe von Ländern als auch von Wirtschaftsforschungsinstituten, Stiftungen, Beratungsfirmen und Instituten der Gesundheits- und Versorgungsforschung vorgelegt. Jenseits methodischer Fragestellungen und Zugänge, der eingeschlossenen oder ausgeschlossenen Versorgungssektoren und Berufe ergibt sich eine große Gemeinsamkeit in den Analysen: alle gehen von einem deutlichen benötigten Zuwachs an Fachkräften aus, um die in der Zukunft zu erwarteten demografischen Entwicklungen älterer Menschen in der vorliegenden Form der Versorgungsstruktur absichern zu können. Dies würde nicht nur einen weiteren institutionellen Zuwachs nach sich ziehen müssen, sondern insbesondere einen deutlichen personellen Aufwuchs. Aktuell liegt seitens des Statistischen Bundesamtes eine Pflegekräftevorausberechnung 2024 bis 2070 vor, die Daten der demografischen Entwicklung, der Pflegestatistik und der Krankenhausbehandlung als Grundlage für unterschiedliche Szenarien (Status-Quo und Trendvariante) verwendet (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024).

Regionalisierte Analysen weisen darüber hinaus darauf hin, dass innerhalb der Bundesländer, auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, und zwischen den Sektoren unterschiedliche Herausforderungen bei der pflegerischen Versorgungssicherung bestehen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020; Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2024; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023; Isfort und Klie 2023). Fachkräftesicherung und ein aktueller oder prospektiv zu erwartender weiterer Fachkraftmangel sind vor diesem Hintergrund als ein

Stark ausgeprägter Fachkräftemangel in der Pflege

Deutlicher personeller Aufwuchs nötig

Regional unterschiedliche Herausforderungen

(auch) regional zu beobachtendes und auch zu bearbeitendes Problem zu begreifen. Analysen und Prognosen zur Veränderung der Altersstrukturen (Hoymann und Maretzke 2021) und zur Prognostik der Pflegebedürftigkeit in Landkreisen und kreisfreien Städten²³ verdeutlichen diese regionalen Unterschiede in den Ausprägungen.

Qualifizierung junger Pfleger vor Ort als zentrale Maßnahme

Zahlreiche Maßnahmen und Initiativen auf Bundes- und Landesebene sind gestartet worden, um der Mangelsituation in der Pflege zu begegnen (Bundesministerium für Gesundheit 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2019; Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung 2022; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2022). Zentral ist und bleibt dabei die Ausbildung und Qualifizierung junger Pfleger vor Ort in den Einrichtungen. Die Ausbildung der Versorgungseinrichtungen sichert dabei nicht nur den eigenen Personalbedarf und die Personalstrukturen. Werden über den eigenen Bedarf einer Organisation (z. B. eines Krankenhauses) hinaus Pfleger qualifiziert, so stehen sie anderen Versorgungseinrichtungen als Mitarbeitende zur Verfügung. Sie stärken damit die Versorgungsstruktur in einer Region insgesamt und ermöglichen den Fortbestand bestehender oder auch den Aufbau weiterer notwendiger Infrastruktur. Die Qualifizierung von Pflegern muss vor diesem Hintergrund immer sektoren- sowie berufsübergreifend diskutiert werden.

Kontextualisierung der Daten ist notwendig

In diesem Kapitel sollen unterschiedliche Daten der Beschäftigung, der Ausbildung und der Berufsdemografie analysiert und modellhaft prognostisch zusammengeführt werden, um einen Orientierungspunkt für die Diskussion zu geben. Dazu werden Kennzahlen der Ausbildung sowie Daten der berufsdemografischen Entwicklung Pfleger genutzt, um das gegenwärtige und zukünftig erwartbare Potenzial an qualifizierten Pflegern den berufsdemografisch bedingten Berufsaustritten gegenüberzustellen.

Eine Analyse kann dabei nur zielgerichtet erfolgen, wenn vorliegende Daten und Entwicklungen kontextualisiert werden. So müssen attestierte Fachkräfteengpässe in die berufsbezogenen Beschäftigungs- und institutionellen Entwicklungen eingeordnet werden, um die grundsätzlichen Mechanismen eines Fachkräfteengpasses einzuordnen. Ausbildungszahlen müssen in den Zusammenhang zu allgemeinen Arbeitsmarktdaten der pflegerischen Beschäftigung gestellt und gemeinsam diskutiert werden, um die Dimensionen einordnen zu können. Entwicklungen der Auszubildenden bedürfen darüber hinaus auch eines Abgleichs mit dem Potenzial der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen, die über eine Eingangsqualifizierung verfügen und somit theoretisch eine Pflegeausbildung aufnehmen könnten. Erst in der Kontextualisierung der Daten lassen

²³ Für NRW bspw. liegen regionalisierte Prognosen für die Landkreise und kreisfreien Städte bis 2070 vor (<https://www.it.nrw/statistik/produkte-und-service/standardveroeffentlichungen/statistik-kompakt/pflegemodellrechnung>)

sich aus Kennzahlen relevante Wissensbestände generieren. Nur so lässt sich verhindern, dass aus einer Einzelmeldung und isolierten Betrachtung zu vorliegenden Daten, wie z. B. der Anzahl der Auszubildenden, eine generelle Aussage entsteht, die bei näherer Betrachtung erst im Zusammenhang tatsächlich interpretationsfähig erscheint.

4.1 Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege

Einführend erfolgt ein Blick auf die Kennzahlenentwicklung der Beschäftigung in der Pflege insgesamt. Es scheint erforderlich die Entwicklungen näher zu betrachten, um die Diskussionen zur Pflege und zur Fachkräfteproblematik in diesem Bereich prinzipiell einordnen zu können. Grundsätzlich entsteht ein Fachkräftengpass, wenn sich das Angebot an Beschäftigten gegenüber der Nachfrage am Markt nicht nachhaltig stabilisieren lässt. Dies kann bedingt sein durch einen Rückgang des Angebotes bei einer gleichbleibenden Nachfrage in der Versorgung. Es bestehen aber auch Personalproblematiken trotz eines steigenden Angebotes, wenn die Nachfrage sich gegenüber den steigenden Angeboten zunehmend entkoppelt und dynamischer entwickelt als die Angebotssteigerung.

Grundlage der eingangs vorgestellten Analyse sind Daten zur Beschäftigung der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest 2023). Als Referenzzeitpunkt werden die Beschäftigungskennzahlen zum Juni eines Jahres ausgewiesen. Als Beobachtungszeitraum dient die Betrachtung der Entwicklungen zwischen 2013 und 2022, was einer Berücksichtigung von 10 Jahresdatensätzen entspricht. Damit werden längerfristige Linien der Entwicklung deutlich. Betrachtet werden zunächst die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in unterschiedlichen Zielberufen. Dabei erfolgt keine sektorenspezifische Analyse, sodass die Anzahl der Fachkräfte unabhängig vom Wirtschaftszweig oder dem Tätigkeitsbereich vorgestellt wird. In dieser Logik werden auch Pflegenden subsummiert, die nicht primär im versorgungsbezogenen Kontext arbeiten, sondern z. B. bei Krankenkassen (Medizinischer Dienst), in der Industrie, bei Verwaltungen, Bildungseinrichtungen oder auch Trägern. Auch diese Bereiche sind potenzielle Arbeitsfelder und auch hier bedarf es der pflegerischen Expertise, sodass eine ausschließliche Betrachtung der Entwicklungen in den Versorgungsbereichen zu kurz greift.

Kontrollierend wurde eine Sonderauswertung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden in der Alten- sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege für den Beschäftigungsmonat Juni 2023 vorgenommen, der alle dreijährig qualifizierten Pflegenden nach den Wirtschaftszweigen klassifiziert auswies (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in ausgewählten Pflegeberufen der Klassifizierung der Berufe KldB 2010 nach Alter und Wirtschaftszwei-

Kennzahlentwicklung der Beschäftigung in der Pflege insgesamt

Beschäftigte nach Einrichtungsarten bzw. Wirtschaftszweigen

gen)²⁴ (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest 2024). In der Berechnung für den Juni 2023 konnten dabei bundesweit 88,2 Prozent aller Beschäftigten den folgenden Einrichtungsarten bzw. Wirtschaftszweigen zugeordnet werden:

- 8610 Krankenhäuser
- 8710 Pflegeheime
- 8730 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
- 88101 Ambulante soziale Dienste

**Personeller
Zuwachs
korrespondiert
nicht notwendig
mit Stellen-
aufbau**

Zu berücksichtigen ist, dass die nachfolgenden Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten unabhängig vom Beschäftigungsumfang zu diskutieren sind. Im Bereich der Pflege ist dies ein bedeutender Aspekt, denn überwiegend erfolgt in den Pflegeberufen eine Teilzeitbeschäftigung, sodass der personelle Zuwachs nicht gleichzusetzen ist mit einem gleichermaßen korrespondierenden Stellenaufbau in Einrichtungen der Versorgung. Den aktuellen Daten der Krankenhausstatistik 2022 folgend, sind beispielsweise von 443.306 beschäftigten dreijährig qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegenden 225.350 in Teilzeit tätig. Das entspricht einem Anteil von 50,8 Prozent.

Als Grundlage standen Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit in der Aggregation der Bundesländer zur Verfügung. Diese werden zum Juni eines Jahres von der Bundesagentur für Arbeit als Referenzmonat empfohlen. Berufsbezogene Unterscheidungen nach der Klassifikation der Berufe konnten für die Beschäftigung im Jahr 2023 noch nicht abschließend analysiert werden, sodass der Juni 2022 das aktuelle Jahr der Berichterstattung darstellt.

**Beschäftigungs-
entwicklung in
Gesundheits-
und (Kinder-)
Krankenpflege**

Aufgenommen in die tabellarische Betrachtung sind die fachqualifizierten Personen, die über eine mindestens dreijährige Ausbildung verfügen, das heißt, dass Gesundheits- und Krankenpflegende auf dem Niveau der Helferqualifizierung nicht eingeschlossen sind (Gesundheits-, Krankenpflege (oS)-Helfer). Für die Gesundheits- und Krankenpflege kann eine Differenzierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden aufgrund der Klassifizierung der Berufe nach der KldB 2010 (Bundesagentur für Arbeit und Statistik 2013) nicht vorgenommen werden. Beide Berufsgruppen sind nachfolgend gemeinsam abgebildet²⁵.

²⁴ Erstellungsdatum: 16.01.2024. Pflegeberufe der Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383, 82102, 82103, 82182, 82183, 82194

²⁵ Krankenpflege (Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383)

Tabelle 5: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Bundesland	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege		Veränderung in Prozent
	Soz.-vers. 2013	Soz.-vers. 2022	
Deutschland	721.919	821.979	13,9
Baden-Württemberg	86.869	94.817	9,1
Bayern	107.983	121.500	12,5
Berlin	32.516	35.771	10,0
Brandenburg	20.358	23.990	17,8
Bremen	8.290	8.346	0,7
Hamburg	19.383	22.843	17,9
Hessen	48.606	56.425	16,1
Mecklenburg-Vorpommern	15.539	18.032	16,0
Niedersachsen	67.379	78.934	17,1
Nordrhein-Westfalen	165.474	192.962	16,6
Rheinland-Pfalz	35.459	39.132	10,4
Saarland	11.051	12.021	8,8
Sachsen	38.178	44.973	17,8
Sachsen-Anhalt	20.645	22.876	10,8
Schleswig-Holstein	24.365	27.633	13,4
Thüringen	19.824	21.724	9,6

Quelle: Eigene Darstellung

Die Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege weisen auf ein deutliches Wachstum insgesamt hin. Gegenüber dem Jahr 2013 stieg die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bis 2022 um 13,9 Prozent an. Numerisch bedeutet dies einen Aufwuchs um 100.600 Personen in den genannten Zielberufen. Die Dynamiken in den Bundesländern sind dabei sehr heterogen und variieren zwischen 0,7 Prozent (Bremen) und 17,9 Prozent (Hamburg).

Auch in der kurzfristigen Betrachtung zwischen 2019 und 2022 ergeben sich keine Hinweise auf eine Reduzierung in der Beschäftigung. Dies verweist als einer der Indikatoren darauf, dass es im Rahmen der Corona-Pandemie nicht zu einem vermehrten Berufsausstieg von Pflegenden gekommen ist, wie es zunächst befürchtet wurde und in der Diskussion insbesondere in 2021 fast allgegenwärtig war. Nach

Berufsausstieg im Rahmen der Corona-Pandemie geringer als befürchtet

dem Abklingen der Pandemie können hier valide Aussagen getroffen werden. Waren in 2019 (vor der Pandemie) bundesweit 783.082 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende sozialversicherungspflichtig beschäftigt, so stieg die Anzahl der Beschäftigung auf die oben benannten 821.979 an. Die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erweist sich, bezogen auf die Beschäftigungsdaten, gegenüber den Wirkungen der Corona-Pandemie als äußerst robust. Dieser generelle Befund zur Arbeitsmarktentwicklung in der Pflege im Zeitraum der Pandemie wurde aktuell auch durch einen Kurzbericht des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) untermauert (Kunaschk und Stephan 2024). Im Hauptbeschäftigungsbereich, den Krankenhäusern in Deutschland, stieg in der kurzfristigen Betrachtung die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden zwischen 2019 von 432.253 auf 443.306 in 2022 an. Die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden stieg von 42.570 auf 48.135. Sektoriell bezogen kann hier für die Krankenhäuser ein Zuwachs beobachtet werden.

Beschäftigungs- entwicklung in Altenpflege

Der Fachkräfteengpass in der Pflege besteht nachweislich trotz einer deutlichen Kapazitätssteigerung und begründet sich durch einen starken Aufbau der Strukturen und Anforderungen des Marktes, die oberhalb der beständig steigenden Kapazitäten liegen. Korrespondierende Entwicklungen lassen sich auch für den zweiten großen Berufsbereich, den der Altenpflege aufzeigen. Für die Altenpflege werden dazu gleichermaßen die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten betrachtet. Einbezogen werden die Beschäftigungszahlen der fachqualifizierten Altenpflegenden²⁶; die Altenpflegehilfe wird hier nicht mit aufgenommen. Die Gesamtentwicklung ist im Betrachtungszeitraum noch dynamischer als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Mit einer bundesweiten Zunahme von 23,8 Prozent erfolgte in der Altenpflege ein enormer Beschäftigungszuwachs, so dass auch hier davon ausgegangen werden kann, dass der Mangel nicht durch eine Angebotsreduzierung oder eine Stagnation auf der Angebotsseite begründet ist. Numerisch waren im Juni 2022 rund 61.600 mehr Altenpflege sozialversicherungspflichtig beschäftigt als in 2013.

Auch in der Altenpflege kein „Pflexit“

Wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kann dabei auch in der Altenpflege in den Zeiten der Pandemie zwischen 2019 und 2022 kein Hinweis auf eine Berufsfucht, einen „Pflexit“ gefunden werden. In 2019 waren, den Kennzahlen der Bundesagentur für Arbeit zufolge, 314.357 Personen mit einer dreijährigen Qualifikation in der Altenpflege sozialversicherungspflichtig beschäftigt. In 2022 waren es 320.422.

²⁶ Altenpflege (Berufsgattungen 82102, 82103, 82182, 82183, 82194)

Tabelle 6: Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege

Bundesland	Altenpflege		Veränderung in Prozent
	Soz.-vers. 2013	Soz.-vers. 2022	
Deutschland	258.830	320.422	23,8
Baden-Württemberg	34.224	41.501	21,3
Bayern	37.972	41.497	9,3
Berlin	8.575	10.603	23,7
Brandenburg	6.723	8.268	23,0
Bremen	2.174	2.534	16,6
Hamburg	5.308	6.600	24,3
Hessen	16.196	19.092	17,9
Mecklenburg-Vorpommern	6.061	7.188	18,6
Niedersachsen	26.231	31.058	18,4
Nordrhein-Westfalen	57.573	83.920	45,8
Rheinland-Pfalz	10.257	13.497	31,6
Saarland	2.853	3.984	39,6
Sachsen	17.087	19.833	16,1
Sachsen-Anhalt	9.845	11.153	13,3
Schleswig-Holstein	9.248	9.858	6,6
Thüringen	8.503	9.836	15,7

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt sind in der längerfristigen Entwicklungslinie zwischen 2013 und 2021 die steigenden Potenziale in den unterschiedlichen Sektoren der Versorgung deutlich. So waren 2013 insgesamt 68.649 Altenpflegende in der Pflegestatistik in ambulanten Diensten beschäftigt; in 2021 waren es 101.534. Die Steigerung um 32.885 Personen in diesem Versorgungsbereich werden auf 26.772 Vollzeitäquivalente geschätzt. In den stationären Einrichtungen (Pflegeheimen) stieg die Anzahl der Altenpflegenden im Beobachtungszeitraum von 158.505 auf 184.802. Die Steigerung um 26.297 Personen wird dabei auf umgerechnete Vollzeitäquivalente in Höhe von 21.622 geschätzt. Somit lassen sich in beiden Versorgungsbereichen deutliche Entwicklungen beobachten. Parallel ist in beiden Versorgungsbereichen ein Rückgang der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden zu verzeichnen, der durch die deutliche Zunahme der Altenpflegenden jedoch mehr als kompensiert wurde. Die Entwicklungen stehen in enger Abhängigkeit zu einem erhebli-

Steigerungspotenziale in den unterschiedlichen Sektoren

chen Strukturaufbau zwischen den Beobachtungszeitpunkten. So sind zwischen 2013 und 2021 insgesamt in Deutschland 3.085 zusätzliche stationäre Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen und 2.631 ambulante Dienste.

Große Unterschiede nach Bundesländern in der Altenpflege

Bezogen auf die Entwicklung in der Beschäftigung von Altenpflegenden zeigen sich in den Bundesländern große Unterschiede. So variieren die Personalzuwächse zwischen den Bundesländern in hohem Maße und reichen von 6,6 Prozent (Schleswig-Holstein) bis 45,8 Prozent (Nordrhein-Westfalen). Diese bemerkenswerte Spreizung der personellen Entwicklungen lassen sich nur vor dem Hintergrund unterschiedlicher institutioneller Entwicklungen in den Bundesländern einordnen. Die institutionellen Entwicklungen lassen sich anhand der Daten der Pflegestatistik erklären. Diese lag für diesen DAK-Pflegereport 2024 bis zum Stichtag 31.12.2021 vor, sodass sich keine direkten Jahresvergleiche mit den Daten der Beschäftigung in 2022 ergeben. Diese Abweichung aber ist vor dem Hintergrund der Gesamtentwicklungen zu vernachlässigen. Regionale Vergleiche zu den Daten der Pflegestatistik lassen sich auf Basis der Regionalstatistik des Bundes nachvollziehen (www.regionalstatistik.de/genesis/online).

So sind beispielsweise in Nordrhein-Westfalen zwischen 2013 und 2021 insgesamt 817 zusätzliche ambulante Pflegedienste zu verzeichnen und 691 neue Pflegeheime entstanden. Die Kapazität der Heimplätze der vollstationären Dauerpflege stieg um 5.261 an (3,1 Prozent). Dieser institutionelle Aufwuchs um 34,4 Prozent (ambulante Dienste) bzw. 28,1 Prozent (Pflegeheime) bedingt eine starke Steigerung der Nachfrage nach Pflegekräften. Kontrastiert man diese Entwicklungen mit denen in Schleswig-Holstein, so wurden im gleichen Zeitraum in Schleswig-Holstein 137 neue ambulante Pflegedienste gegründet. Dies entspricht einer gegenüber NRW vergleichbaren prozentualen Entwicklung (33,7 Prozent). Die Pflegeheime jedoch weisen eine stark abweichende Entwicklung auf. Zwischen 2013 und 2021 wurden 40 neue Heime verzeichnet. Das entspricht einer relativen Steigerung von 6 Prozent; die verfügbaren Plätze mit vollstationärer Dauerpflege reduzierten sich insgesamt um 1.061, was einem Rückgang von 2,7 Prozent entspricht. Eine detaillierte Analyse zu den unterschiedlichen Strukturentwicklungen in den Ländern soll an dieser Stelle nicht weiter vorgenommen werden; zur grundsätzlichen Kontextualisierung der generellen Fachkräfteproblematik in der Pflege erscheint diese exemplarische Darlegung ausreichend.

Kontextualisierung eingeschränkt möglich

Neben den Analysen zu institutionellen Entwicklungen sind demografische Entwicklungen und primär die Entwicklungen der unterschiedlichen Versorgungsformen und der Fallschwere der Pflegebedürftigen relevant, um die Entwicklungsunterschiede einzuordnen und zu erklären. Dies ist jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Kapitels zum Bericht. Gleiches gilt für die Kontextualisierung im Rahmen einer näheren Analyse der Krankenhausstrukturen. Die Entwicklungen im Krankenhausbereich insgesamt lassen sich nur bedingt durch die institutionellen Veränderungen bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser und Vorsorge- sowie

Rehabilitationseinrichtungen ableiten, da sich durch Therapieintensivierungen, medizinische Innovationen und Behandlungsänderungen zusätzliche Einflussgrößen ergeben. Als zentraler Hinweis an dieser Stelle kann jedoch der Verweis auf gesetzlich geregelte Personaluntergrenzen für zahlreiche Versorgungsbereiche der Pflege im Krankenhaus erfolgen, die zu einer deutlichen Zunahme der Beschäftigung geführt haben. Im Rahmen der Sonderauswertung zu den Wirtschaftszweigen konnte für den Juni 2023 berufsgruppenübergreifend erfasst werden, dass aktuell 52,5 Prozent aller qualifizierten Pflegenden in Krankenhäusern arbeiten.

Zusammenfassend kann einleitend festgestellt werden, dass der Fachkräfteengpass in der Pflege nicht durch eine Angebotsreduzierung Pflegenden erklärt werden kann. Die Pflege erscheint gegenüber der Krisenzeit der Pandemie als robust und kann auch weiterhin als ein Wachstumsbereich identifiziert werden. Trotz eines erheblichen personellen Aufbaus in den Berufen können offensichtlich die institutionellen Bedarfe und Dynamiken nicht oder nur unzureichend abgedeckt werden. Insbesondere der strukturelle Aufbau der Kapazitäten der ambulanten und stationären Versorgung in den vergangenen rund 10 Jahren (insgesamt 5.716) führt zu zusätzlichen personellen Bedarfen, die neben einem Ersatz ausscheidenden Personals (durch Renteneintritt) zu stetig wachsenden Kapazitäten der Ausbildung führen müssten, um in der bisherigen Form weiterausbauen zu können.

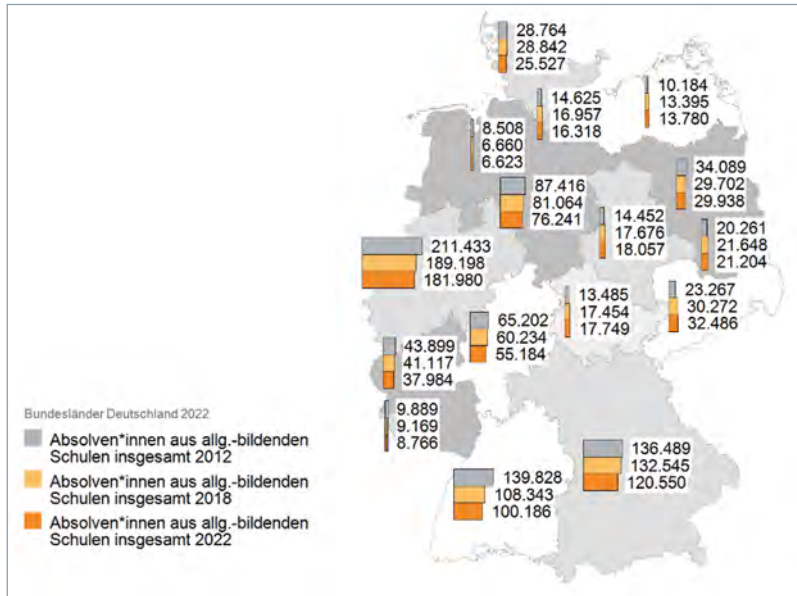
Bedarf stetig wachsender Kapazitäten der Ausbildung

4.2 Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen

Die steigenden Bedarfe an Pflegekräften müssen primär über die Qualifizierung von jungen Menschen sowie von Umschülerinnen und Umschülern abgedeckt werden. Die Analyse der Altersstruktur der Auszubildenden in der Pflegeausbildung in Deutschland im Jahr 2022 weist aus, dass rund 38 Prozent der Auszubildenden in der Altersgruppe bis 20 Jahre liegt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023). Hier kann angenommen werden, dass es sich überwiegend um junge Menschen handelt, die nach einer Schulqualifizierung in die Pflegeausbildung einmünden. Die Entwicklung der Schülerkennzahlen aus allgemeinbildenden Schulen ist somit relevant, um Veränderungen in den Potenzialen zu erfassen und zugleich Schwankungen der Ausbildungszahlen der Pflege zu kontextualisieren. Sinken die Potenziale der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen, so erhöht sich für die Träger der praktischen Ausbildung der Druck, die Ausbildungsplätze besetzen zu können. Sinkende Ausbildungszahlen in der Pflege können so auch bei stabilen Quoten der Gewinnung von Schulabgängerinnen und -abgängern erwartet werden. Betrachtet werden müssen dabei neben den Kennzahlen der Schulabgängerinnen und -abgänger insgesamt auch unterschiedliche Qualifizierungsniveaus der Absolventinnen und Absolventen. Dies soll in den nachfolgenden Darstellungen weiter differenziert erfolgen.

Entwicklung der Schülerkennzahlen ist relevant

Abbildung 65: Schulabgängerinnen und -abgänger aus allgemeinbildenden Schulen 2012 bis 2022 insgesamt



Quelle: Eigene Darstellung

Regionale Unterschiede bei den Schulabgängerinnen und -abgängern

Als Datengrundlage werden für die nachfolgenden Analysen die Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes aus der Regionaldatenbank Deutschland verwendet (www.regionalstatistik.de/genesis/online)²⁷. Diese Daten werden, abweichend zur zweijährigen Pflegestatistik in einem jährlichen Zyklus veröffentlicht, sodass sich Möglichkeiten ergeben, aktuell vorliegende Kennzahlen von 2022 mit einzu- beziehen. In der Beobachtung über längerfristige Entwicklungen der Schulabgängerinnen und -abgänger insgesamt zeigen sich in Deutschland regionale Unterschiede.

Insgesamt Reduktion der Absolventinnen und Absolventen

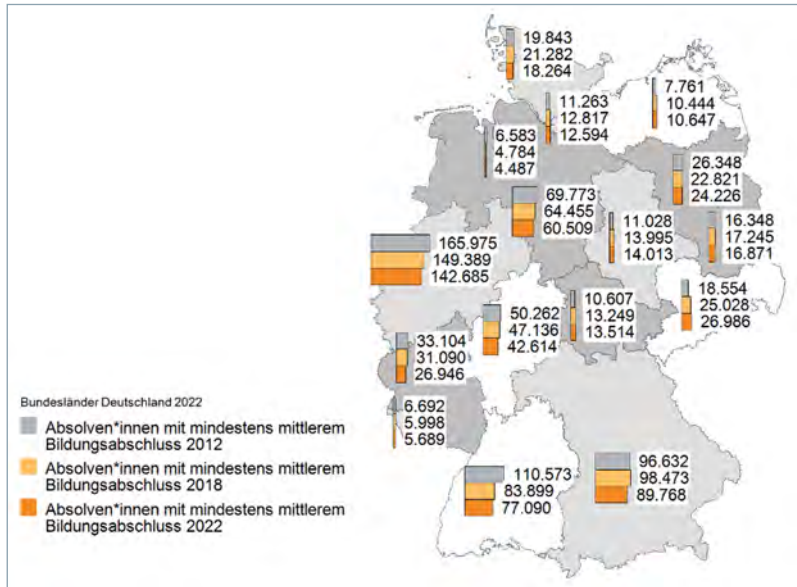
In der längerfristigen Betrachtung zwischen 2012 und 2022 ist bundesweit eine deutliche Reduktion von 99.218 Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen zu beobachten. Anteilig sehr große Reduzierungen ergeben sich dabei in Baden-Württemberg (28,4 Prozent), Bremen (22,2 Prozent) und Hessen (15,4 Prozent). Numerisch weist Baden-Württemberg mit einem Rückgang um 39.642 Absolventinnen und Absolventen den größten Rückgang auf. Auch in Nordrhein-Westfalen besteht mit einem Rückgang von 29.103 Absolventinnen und Absolventen eine deutliche Reduzierung (13,9 Prozent). Diesen negativen Entwicklungen in bevölkerungsstarken Bundesländern stehen insbesondere in den östlichen Bundesländern Steigerungen gegenüber. Deutlich tritt dies in Sachsen (9.219) und in Thüringen (4.264) zutage. Prozentual ergeben sich in Sachsen im

²⁷ Tabelle 21111-02-06-4: Absolventen/Abgänger allgemeinbildender Schulen nach Geschlecht und Abschlussarten - Schuljahr

Beobachtungszeitraum Steigerungen von 39,6 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern von 35,3 Prozent, in Thüringen von 31,6 Prozent und in Sachsen-Anhalt von 24,9 Prozent. Die Vorausberechnungen der Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die im September 2023 von der Kultusministerkonferenz veröffentlicht wurden, weisen prognostisch für die kommenden Jahre in allen Bundesländern positive Entwicklungen aus, sodass auch in den Bundesländern, die in der Vergangenheit eine Abnahme verzeichnet haben, perspektivisch wieder mehr Absolventinnen und Absolventen zur Verfügung stehen werden (Kultusministerkonferenz 2022).

In den Daten der Gesamtentwicklung sind Absolventinnen und Absolventen inkludiert, die keinen direkten Zugang zu einer dreijährigen Qualifikation im Bereich der Pflege haben. Absolventinnen und Absolventen mit einem qualifizierten Abschluss der 10. Klasse (mittlere Reife) haben potenziell einen direkten Zugang; andere Schulabschlüsse, wie beispielsweise ein Hauptschulabschluss nach der Klasse Neun führt in der Kombination mit einer anderweitigen Berufsausbildung oder einer staatlich geregelten Helferinnen- und Helferausbildung zu einer Zugangsvoraussetzung. Ohne an dieser Stelle die unterschiedlichen landesrechtlichen Formen und Formate der Bildungsgänge differenziert darlegen zu können, erscheint es relevant, die Kennzahlen auf die Teilgruppe zu fokussieren, die über eine einschlägige Qualifikation zum direkten Einstieg in die Pflegeausbildung verfügen. In der zusammenfassenden Datenbank des Bundes sind dies Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss. Einbezogen sind dabei alle Absolventinnen und Absolventen mit mittlerem Bildungsabschluss sowie einer allgemeinen Hochschulreife.

Abbildung 66: Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss 2012 bis 2022



Quelle: Eigene Darstellung

Rückgang der Schulabgängerinnen und -abgänger

Bundesweit ist dabei im Zeitraum von 10 Jahren ein Rückgang von 11,3 Prozent zu verzeichnen. Numerisch entspricht dies einer Änderung von 661.346 Absolventinnen und Absolventen in 2012 auf 586.903 im Jahr 2022. Damit standen in 2022 insgesamt 63.301 Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen für Ausbildungs- und Hochschulbereiche weniger zur Verfügung als im Jahr 2012.

Die beobachteten allgemeinen unterschiedlichen Entwicklungen zwischen den östlichen Bundesländern und den bevölkerungsstarken westdeutschen Bundesländern zeigen sich auch bei dieser Analyse. Gegenüber einem hohen Rückgang in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, zeigen sich positive Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In Brandenburg ist eine geringfügige Steigerung zu beobachten. Auch in kleineren Bundesländern sind Entwicklungen darstellbar, die von großer Bedeutung erscheinen. So reduzierte sich die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss in Bremen im Beobachtungszeitraum um 2.096; prozentual betrachtet aber entspricht dies einem Rückgang um 31,8 Prozent.

In einem dritten Analyseaspekt soll eine weitere Besonderheit untersucht werden. Die Subgruppe der Absolventinnen und Absolventen mit einer allgemeinen Hochschulreife spielt aus unterschiedlichen Gründen für die Gewinnung von Auszu-

bildenden und im Kontext der Fachkräftesicherung eine zentrale Rolle. Einerseits stellen diese die Personengruppe dar, die für primärqualifizierende Studiengänge der Pflege gewonnen werden können. Bereits 2012 wies der Wissenschaftsrat auf die Notwendigkeit hin, Gesundheitsberufe ergänzend zur dualen Ausbildung im akademischen Bereich der Hochschulbildung mit zu verankern (Wissenschaftsrat 2012). Die Forderung, die Gesundheitsberufe insbesondere auch in der Disziplinentwicklung zu fördern, wurde in der aktuellen Veröffentlichung bekräftigt (Wissenschaftsrat 2023). Mit dem im Dezember 2023 beschlossenen Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) (Deutscher Bundestag 15.12.2023) verbunden ist die Schließung einer strukturellen Unterfinanzierung von Studierenden der Pflege, die eingegliedert wurden in eine Ausbildungsfinanzierung und damit eine Vergütung für die praxisbezogenen Phasen beziehen. Damit verbunden ist die Hoffnung, die Attraktivität der akademischen Ausbildung zu steigern und mehr Hochschulen gewinnen zu können, eine Primärqualifizierung in der Pflege zu etablieren. Damit sind die Absolventinnen und Absolventen mit einer allgemeinen Hochschulreife neben den Berufsschulen und Schulen des Gesundheitswesens auch Adressaten für die Hochschulen und die Träger der praktischen Ausbildung, so sie in ihren Bereichen eine Akademisierung der Gesundheitsberufe unterstützen und Bedarfe sehen. Insgesamt dominiert im Bereich der Pflege weiterhin der Ausbildungssektor und die Akademisierung ist als längerfristige Perspektive und Entwicklungsaufgabe zu betrachten.

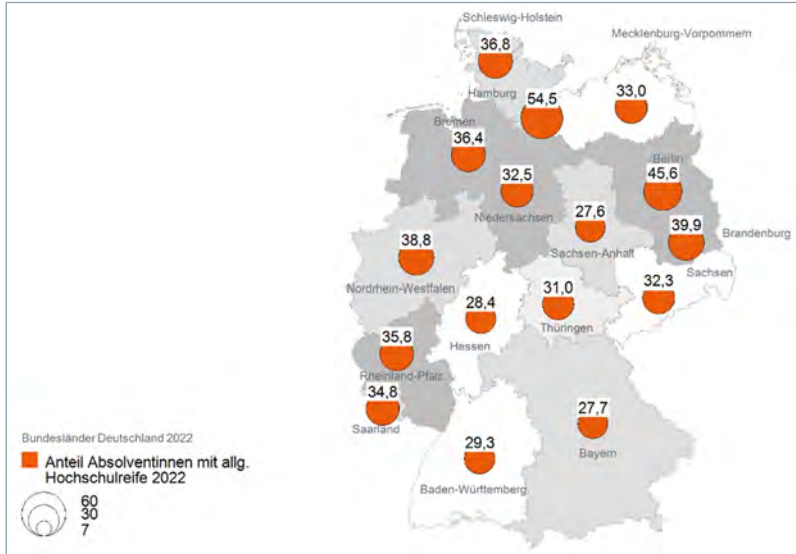
Zugleich sind die Absolventinnen und Absolventen mit einer allgemeinen Hochschulreife in allen Betrieben und Hochschulen umworben und haben aufgrund des Zugangs erheblich größere Auswahlmöglichkeiten bei der beruflichen oder akademischen Karriereplanung. Für die Pflege kann dabei angenommen werden, dass sie in einer größeren Konkurrenz steht und Einrichtungen dort, wo hohe Anteile an Abiturientinnen und Abiturienten zu finden sind, einen erhöhten Aufwand haben, um die Ausbildungsplätze in der Pflege zu besetzen.

Die nachfolgende Analyse betrachtet den Anteil der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit einer allgemeinen Hochschulreife für das Jahr 2022.

Personen mit allgemeiner Hochschulreife als relevante Zielgruppe für die Pflegeausbildung

Konkurrenz verschiedener Branchen um potenzielle Auszubildene

Abbildung 67: Anteil der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit allgemeiner Hochschulreife 2022



Quelle: Eigene Darstellung

Zwischen den Bundesländern zeigen sich für das Jahr 2022 enorme Unterschiede. Mit einem Anteil von 54,5 Prozent bei den Abiturientinnen Abiturienten führt Hamburg bundesweit das Feld an. Die Anteile sind in Bayern sowie in Sachsen-Anhalt insgesamt gegenüber Hamburg nahezu halbiert. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass dieser hohe Anteil in Hamburg zu einem deutlich stärkeren Konkurrenzdruck bei der Pflegeausbildung gegenüber anderen Bildungs- und Ausbildungsangeboten führt. Ggf. müssen Maßnahmen der Anwerbung von Schulabgängerinnen und -abgängern hier anders ausgerichtet sein, um die entsprechende große Gruppe der Absolventinnen und Absolventen mit einbeziehen und adressieren zu können.

Regionale Unterschiede an Anteilen der Abiturientinnen und Abiturienten

Die großen regionalen Unterschiede bezogen auf die Anteile an Abiturientinnen und Abiturienten lassen sich bei einer weiteren Betrachtung der Regionalisierung auch innerhalb von Bundesländern verdeutlichen. So variieren die Anteile im bevölkerungsreichsten Bundesland, in Nordrhein-Westfalen, zwischen der kreisfreien Stadt Hamm (27,3 Prozent) und der kreisfreien Stadt Bonn (51,1 Prozent). Ähnlich kann dies in Baden-Württemberg beobachtet werden. Hier lag der Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten im Landkreis Alb-Donau-Kreis bei 18,3 Prozent gegenüber einem Anteil von 55,7 Prozent in Heidelberg. Diese exemplarischen Kontrastierungen verdeutlichen die große Bedeutung von regionalisierten Beobachtungen und dem Einbezug von kleinräumigen Daten bei der Analyse der vorliegenden Bedingungen und Entwicklungen, um die Pflegeausbildung regional zu stabilisieren.

Zusammenfassend kann für die Entwicklungen der letzten Jahre festgehalten werden, dass in den Bundesländern unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten sind, die sich auch auf den Wettbewerb um Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen auswirken. Ein deutlicher Rückgang in der Anzahl insgesamt führt dabei zunächst zu einer Erhöhung des Konkurrenzdrucks. Hier sind in den westdeutschen Bundesländern relevante Abnahmen zu verzeichnen, wohingegen in den östlichen Bundesländern ein Aufwuchs zu verzeichnen ist. Die Subgruppe der Abiturientinnen und Abiturienten muss primär regional und kleinräumig fokussiert werden, um Anwerbung und Ansprache spezifisch auszurichten und dort die Prioritäten zu setzen, wo die größten Potenziale für eine Ausbildung bestehen. Gegenüber den kleinräumigen und regional erreichbaren Berufsschulen und Schulen des Gesundheitswesens verfügen die Hochschulen nicht über ein flächendeckendes und etabliertes Angebot zur Primärqualifizierung, sodass sich nicht unmittelbare Konkurrenzsituationen ergeben müssen.

4.3 Berufsdemografische Entwicklung in der Pflege

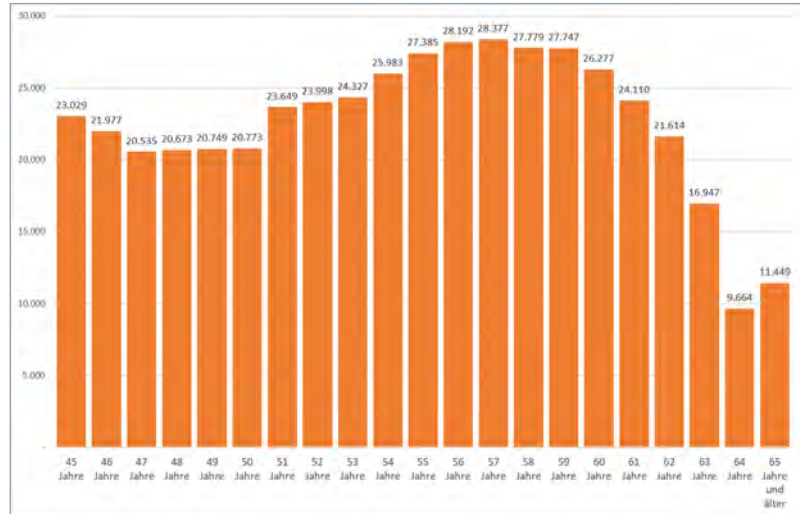
Neben der Zunahme der älteren Bevölkerung, die mit einer erwartbaren Zunahme an Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit insgesamt in Verbindung gebracht werden kann, ist die berufsdemografische Entwicklung der Pflege von herausgehobener Bedeutung. Die Altersentwicklung der Pflegenden beeinflusst dabei in hohem Maße den Ausbildungsdruck auf die Träger der Versorgungseinrichtungen und die Bildungseinrichtungen. Demografiefestigkeit in Betrieben spielt seit längerer Zeit eine zentrale Rolle und es bedarf eines Wissens um die konkreten Ersatzbedarfe der Beschäftigten, um Personalplanungen vornehmen zu können. Dabei spielen auch Fragen des Wissenstransfers eine bedeutsame Rolle, denn oftmals gehen mit erfahrenen Pflegenden auch Personen aus einem Betrieb, die über ein hohes Erfahrungswissen und implizites Organisationswissen verfügen, das nicht einfach zu ersetzen ist. Vor diesem Hintergrund ist die Berufsdemografie sowohl generell zu betrachten als auch spezifisch im Betrieb zu reflektieren.

Demografiefeste Personal- planung

Nachfolgend sollen exemplarische Entwicklungen der allgemeinen Berufsdemografie Pflegenden betrachtet werden. Dazu wurden aktuelle Daten der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen einer Sonderabfrage eingeholt und ausgewertet (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest 2024). Diese beinhalten den Berichtsstand Juni 2023, sind jedoch in den Berufsgruppen summiert und erlauben keine Differenzierung bezüglich der Altenpflegenden sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden. Gegenüber veröffentlichten Berichten zur Pflegesituation in einzelnen Bundesländern aus dem Jahr 2023/ Anfang 2024 (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023; Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2024) können hier aufgrund der neueren Datenbasis aus dem Erfassungsjahr 2023 geringfügige Abweichungen bestehen.

Betrachtet man den Teil der Pflegenden ab der Altersgruppe 45 Jahre in Deutschland insgesamt, so stellt sich die Verteilung bezogen auf die Anzahl der Pflegenden wie folgt dar:

Abbildung 68: Anzahl Pflegenden nach Altersgruppen Juni 2023



Quelle: Eigene Darstellung

Die Grafik inkludiert alle dreijährig examinierten Pflegenden (sowie Spezialistinnen und Spezialisten) in der Gesamtanzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – unabhängig vom Wirtschaftszweig oder der Beschäftigungsform/ des Beschäftigungsumfangs.

Größte Gruppe der Pflegenden ist 57 Jahre alt

Die numerisch größte Gruppe der Pflegenden ist 57 Jahre alt, wobei die Anzahl der benachbarten Gruppen nur geringfügig abweichen. Insgesamt sieht man ab der Gruppe der 51-Jährigen eine Zunahme und nach den 57-Jährigen eine leichte Abnahme. Diese Wellenform wird sich in naher Zukunft in der Berufsdemografie nach vorne schieben und zu einer Erhöhung der in Rente eintretenden Pflegenden führen. Betrachtet werden muss darüber hinaus, dass nach dem 63. Lebensjahr die Gruppe deutlich abnimmt, sodass dies als ein Hinweis gesehen werden kann, dass zahlreiche Pflegenden vor Beendigung des 65. Lebensjahr bereits (ggf. unter Abschlügen) in den Ruhestand eintreten. Kompensatorisch kann hierbei ebenso als eine Besonderheit die Gruppe von rund 11.450 Pflegenden betrachtet werden, die bereits über 65 Jahre alt ist und offenbar weiterhin berufstätig bleibt. Da hier keine Tätigkeitsbereiche oder Wirtschaftszweige hinterlegt sind, kann nicht differenziert werden, ob es sich dabei z. B. um Führungskräfte handelt oder um Geschäftsführende in Betrieben.

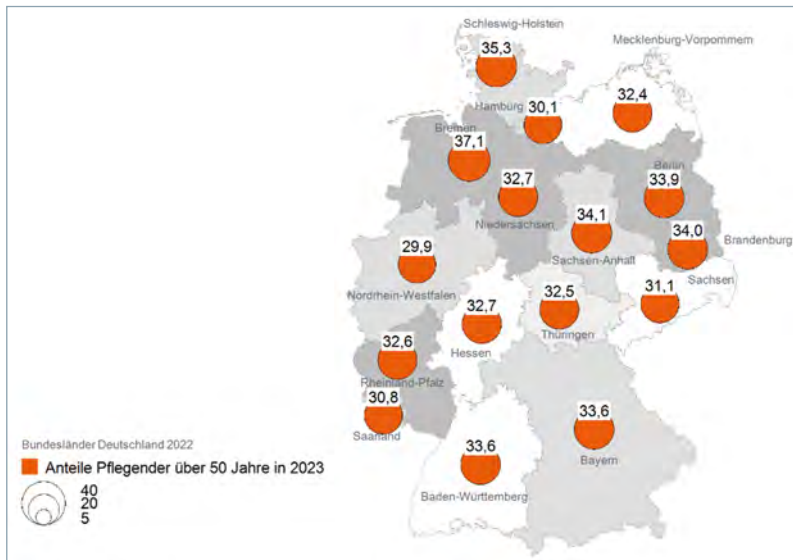
Die Grafik visualisiert nicht die großen Anteile der Pflegenden in den jüngeren Altersgruppen (z. B. bis unter 25 Jahre) und der darauffolgenden Gruppen, da diese mittelbar nicht auf die Berufsdemografie einwirken werden. Auch hier gibt es zahlreiche Personen, die temporär aus dem Beruf ausscheiden, da sie in eine Familiengründungsphase einmünden. Zu den Zeitpunkten und den numerischen Ausprägungen aber existieren ebenso keine verlässlichen Zahlen wie zu dem Anteil derer, die anschließend wieder aus einer Eltern- und Erziehungszeit zurückkehren. Somit können hier keine komplexeren Modelle zur Verfügung gestellt werden, die solche Daten als Grundlage beinhalten müssten.

In der Gesamtheit der oben beschriebenen Daten kann festgehalten werden, dass im Bundesdurchschnitt 32,2 Prozent der Pflegenden in die Altersgruppe 50+ einzuordnen sind. Dabei existieren zwischen den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen keine sehr großen Differenzierungen. In den Krankenhäusern (WZ 8610) sind es 31,2 Prozent, bei den Altenheimen sowie Alten- und Behindertenwohnheimen (WZ 8730) werden für 2023 insgesamt 32,1 Prozent berechnet. Die Mitarbeitenden in den Pflegeheimen (WZ 8710) machen einen Anteil von 31,8 Prozent aus und in den ambulanten Diensten (WZ 88101) sind es 34,6 Prozent, die über 50 Jahre alt sind.

Großer Anteil der Pflegenden ist 50+

Bezogen auf die Bundesländer lassen sich bei der Altersverteilung Unterschiede ausmachen.

Abbildung 69: Anteil dreijährig qualifizierter Pfleger in der Altersklasse 50+ in 2023



Quelle: Eigene Darstellung

Mit 29,9 Prozent findet sich in Nordrhein-Westfalen der kleinste Teil der Pflegenden in dieser Altersgruppe; in Bremen sind es 37,1 Prozent. Stärker abweichende Werte finden sich im Ländervergleich nicht. Überwiegend werden Werte rund um ein Drittel der Pflegenden berechnet.

Ausgehend von den Entwicklungen im 10-Jahreszeitraum kann dargestellt werden, wie sich die berufsdemografische Entwicklung bezogen auf den Ersatz von älteren Pflegenden in den Bundesländern entwickeln wird und wie groß sich der Anteil des zu ersetzenden Personals bezogen auf die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in 2023 darstellt.

Tabelle 7: Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum

Bundesland	Pflegende		Anteil Ersatzbedarf 10 Jahre
	Pflegende in 2023	ab 55 Jahre	
Deutschland	1.140.397	249.541	21,9
Baden-Württemberg	135.943	31.776	23,4
Bayern	162.490	37.214	22,9
Berlin	45.827	10.531	23,0
Brandenburg	31.842	7.199	22,6
Bremen	10.466	2.770	26,5
Hamburg	29.707	6.008	20,2
Hessen	75.743	16.870	22,3
Mecklenburg-Vorpommern	25.153	5.406	21,5
Niedersachsen	109.537	24.257	22,1
Nordrhein-Westfalen	277.496	56.529	20,4
Rheinland-Pfalz	52.418	11.712	22,3
Saarland	15.808	3.403	21,5
Sachsen	65.087	12.804	19,7
Sachsen-Anhalt	34.104	7.493	22,0
Schleswig-Holstein	37.034	8.918	24,1
Thüringen	31.667	6.639	21,0

Quelle: Eigene Darstellung

Den Angaben der Bundesagentur für Arbeit zufolge sind in Deutschland im Juni 2023 rund 1,14 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit einer mindestens dreijährigen Qualifizierung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege oder Altenpflege registriert. Allein in Nordrhein-Westfalen sind dies rund 277.500 Personen. Innerhalb der kommenden 10 Jahre werden, so die Pflegenden bis zum 65. Lebensjahr arbeiten, rund 56.500 Pflegenden zu ersetzen sein. Das entspricht, gemessen am aktuellen Beschäftigungsniveau einem Ersatzbedarf von 20 Prozent der Pflegekräfte im Bundesland. In Bremen wird prozentual für die kommenden Jahre der höchste Ersatzbedarf entstehen; dieser liegt anteilig bei 26,5 Prozent. Numerisch braucht es also 2.770 Pflegenden, die qualifiziert werden, um die sukzessive in die Rente eintretenden Personen zu ersetzen.

4.4 Ausbildung in der Pflege

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (Deutscher Bundestag) und der Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit) wurde eine über viele Jahre in der Fachöffentlichkeit geführte Diskussion zur Anpassung und Novellierung der Pflegeausbildung gesetzlich geregelt und umgesetzt. Ohne an dieser Stelle die Diskurse der Befürworter und Kritiker aufnehmen und einordnen zu können, kann die Änderung als eine Reform verstanden werden, die insbesondere aus der Perspektive der Auszubildenden erweiterte Chancen bietet. So lassen sich im Anschluss an die Ausbildung Sektorengrenzen leichter überwinden, der Kontakt zu allen Handlungsfeldern der Pflege wird ermöglicht und die geregelte Praxisanleitung soll eine verbesserte praktische Ausbildung realisieren. Damit findet eine radikale Abkehr einer sektorenbezogenen Eigenlogik statt, die wesentlich die Sicherung der eigenen Bedarfe fokussierte (z. B. Ausbildungsnachwuchs für das eigene Krankenhaus) und weniger einer breiten Sicherung ausreichender Auszubildender für alle Sektoren der Versorgung (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen).

Mit dem Ausbildungsjahr 2020 wurde die generalistische Pflegeausbildung in den Pflegeschulen eingeführt. Parallel zur Einführung wurde auch eine Pflege-Ausbildungsstatistik (PfleA) etabliert, in der die Daten der Auszubildenden in der Gesamtschau und bundeslandbezogen analysiert werden können. Diese werden im Rahmen der Statistik nach der Pflegeberuf-Ausbildungsfinanzierungsverordnung durch das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht. Sie bildet die Grundlage für eine Orientierung der Entwicklung der Pflegeausbildung ab dem Jahr 2020.

Pflege-Ausbildungsstatistik zusammen mit generalistischer Ausbildung etabliert

Vorherige Daten zur Pflegeausbildung bezogen sich auf die Berufsbildungsberichte des Bundes. Hier wurden keine stichtagsbezogenen Erfassungen ausgewiesen, sondern Jahrgänge (von Oktober bis Oktober). Insofern sind ältere und neue Datenbestände in der Erfassungssystematik unterschiedlich und nicht in Gänze zu

vergleichen. Aktuell liegen Daten zu den ersten drei Jahrgängen vor (2020 bis 2022), wobei die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus dem ersten Jahrgang noch nicht abgeschlossen erfasst sind und daher noch nicht veröffentlicht wurden. Über die Quote derer, die anteilig am Potenzial der neu aufgenommenen Auszubildenden nach drei Jahren erfolgreich die Ausbildung absolviert haben, kann demnach noch keine Aussage gemacht werden.

In der aktuellen Ausbildungsstatistik werden unterschiedliche Kennzahlen publiziert und müssen jeweils im Kontext der spezifischen Aussage betrachtet werden. So werden Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag dargelegt. Hierbei handelt es sich um die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge, die im Berichtsjahr (= Kalenderjahr) angetreten wurden und am 31. Dezember noch nicht beendet sind (Beendigung z. B. durch vorzeitige Lösung, bestandene Prüfung oder Ablauf des Ausbildungsvertrags).

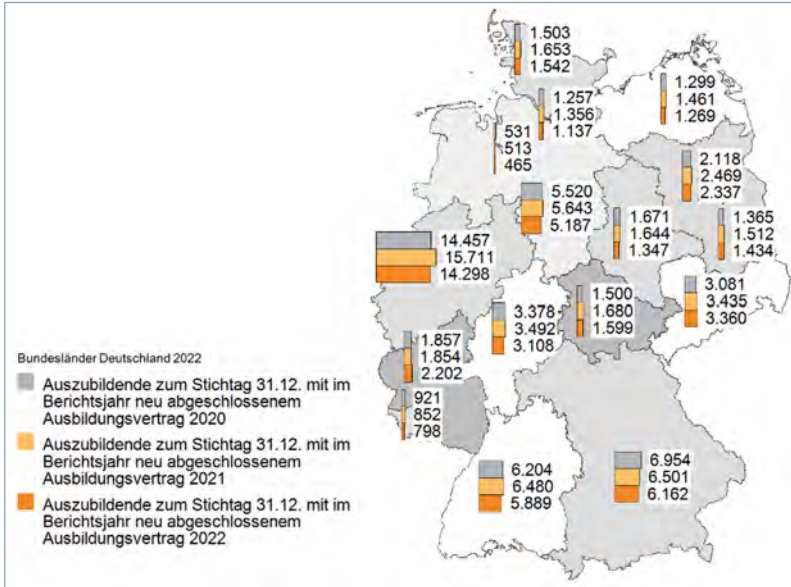
Darüber hinaus gibt es die Tabelle „Ausbildungseintritte im Berichtsjahr insgesamt (inkl. vorzeitige Lösungen)“. Diese beinhaltet alle Auszubildenden eines Jahres, die im Verlauf (ggf. zu unterschiedlichen Zeitpunkten) in die Ausbildung aufgenommen wurden. Brechen sie im Verlauf der Zeit die Ausbildung wieder ab, so bleiben sie in der Statistik erfasst, da sie das Gesamtpotenzial derer darstellen, die die Ausbildung in der Pflege in einem Jahr aufgenommen haben.

**Anwerbungs-
potenzial über
Ausbildungs-
eintritte im
Berichtsjahr**

Somit ergeben sich zwischen den einzelnen Tabellenblättern unterschiedliche Daten, die jeweils anders in Argumentationen verwendet werden können. Fokussiert man das Anwerbungspotenzial, so sind die Ausbildungseintritte im Berichtsjahr entscheidend. Diskutiert man über die Anzahl der Auszubildenden, so sind die Auszubildenden zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag zielführender.

Vor dem Hintergrund der in diesem Text beschriebenen Fragestellung, erscheint die Anzahl der Auszubildenden zum Stichtag bedeutsamer. Nachfolgend werden für die ersten drei Jahrgänge die länderbezogenen Auswertungen vorgestellt.

Abbildung 70: Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag im Berichtsjahr



Quelle: Eigene Darstellung

In der Gesamtschau waren in 2020 bundesweit 53.610 neue Ausbildungsverträge verzeichnet; in 2021 waren es 56.259 und in 2022 sank die Anzahl auf 52.134 geringfügig ab. Gegenüber dem Ausgangsjahr 2020 sind überwiegend geringfügige Rückgänge in der Ausbildung zu erkennen. Ausnahmen sind hier Rheinland-Pfalz (345), Schleswig-Holstein (39) sowie Thüringen (99) und Berlin (219).

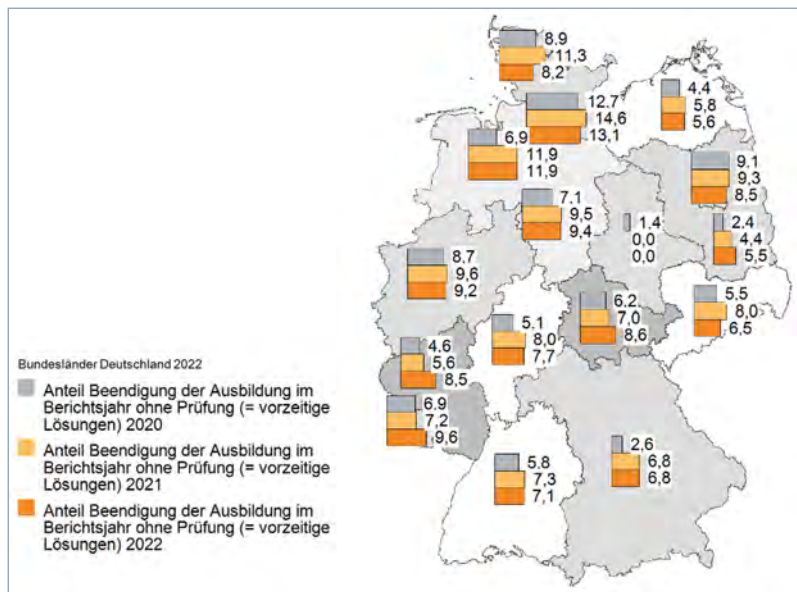
Gerade die Entwicklungen zwischen 2021 und 2022 geben Anlass dazu, die Ausbildungsrückgänge zu thematisieren und für die Pflege eine zunehmende Problematik festzustellen. Im Kontext der Corona-Pandemie ist dabei jedoch nicht auszuschließen, dass die Pflege insbesondere in 2021 von anderen sektoriellen Entwicklungen profitieren konnte. So gab es Lockdowns im Bereich des Einzelhandels, der Gastronomie, des Hotelgewerbes und anderer Bereiche. Ob dies dazu geführt haben kann, dass mehr Auszubildende in die Pflegeausbildung eingemündet sind, weil diese als krisensicher gilt und angesichts fehlender Arbeitsmarktreserven eine Beschäftigungsgarantie besteht, kann nicht abschließend geklärt, muss aber in Erwägung gezogen werden.

Eine zentrale Fragestellung ist die nach den vorzeitigen Vertragslösungen und der Ausbildungsabbrüche in der Pflege. Bislang können angesichts fehlender Daten zu erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen aus den ersten Jahrgängen noch keine längerfristigen Beobachtungen vorgenommen werden. Eine direkte Quote (Brutto-Netto) der Ausbildungserfolge kann somit erst nachgeordnet erfasst und

Ausbildungsrückgänge als Problem der Pflege

diskutiert werden. Die Pflegeausbildungsstatistik ermöglicht die Erfassung der Anzahl und damit auch der Anteile der vorzeitigen Vertragslösungen in einem Berichtsjahr. Dazu wurden die jahrgangsbezogenen Beendigungen der Ausbildungen im Berichtsjahr in Relation zu den Ausbildungseintritten im Berichtsjahr (inkl. der Vertragslösungen) gesetzt.

Abbildung 71: Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen in den Berichtsjahren



Quelle: Eigene Darstellung

Erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern

Die Übersicht weist erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern aus. Ebenso zeigen sich unterschiedliche Vertragslösungsanteile zwischen den Berichtsjahren. Dabei fehlen z. B. für Sachsen-Anhalt Daten aus 2021 und 2022, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass es keine vorzeitigen Vertragslösungen gegeben hat. Die Datenqualität muss vor diesem Hintergrund weiter geprüft und stabilisiert werden.

In der zur Verfügung stehenden Datenbasis lässt sich insbesondere Hamburg hervorheben. Beobachtbar sind gegenüber anderen Bundesländern sehr hohe Vertragslösungsanteile. Liegen diese bundesweit durchschnittlich bei 8,1 Prozent in 2022, so sind Anteile von 13 oder 14 Prozent als stark erhöht festzustellen, die mit den vorliegenden Kennzahlen nicht umfänglich aufgeklärt werden können. Niedrige Anteile (stabil über mehrere Jahre) sind insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zu beobachten. Ob hier spezifische Begleitungskonzepte in Bildungseinrichtungen realisiert werden oder ob spezifische Verfahren bei der Auswahl der Auszubildenden zum Tragen kommen, lässt sich ohne weitere evalua-

torische Arbeiten nicht stabilisieren. Die Anteile liegen gegenüber dem Bundesdurchschnitt deutlich niedriger und sind gegenüber Hamburg mehr als halbiert.

Eine abschließende Beurteilung bezogen auf die Entwicklungen der Ausbildungskennzahlen kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Zu berücksichtigen ist, dass wesentliche Einflussgrößen zu verzeichnen sind, die in ihren Wirkungen und Wechselwirkungen bislang unzureichend eingeschätzt werden können, sodass eine Bewertung der vorliegenden Daten in hohem Maße von Unsicherheiten bestimmt ist. Die nachfolgenden Faktoren beeinflussten oder beeinflussen weiterhin die Ausbildung in der Pflege:

- Mit der Einführung der neuen Pflegeausbildung vollzog sich in den Bildungseinrichtungen ein erheblicher interner Umstrukturierungsprozess mit der Entwicklung neuer schulinterner Curricula, die erst entwickelt, erprobt und revidiert werden müssen, ehe sie als stabiles Ausbildungskonzept gelten können.
- Mit der Einführung der Pflegeausbildung und der Zusammenlegung der beruflich vorher getrennten Gruppen erhöht sich in den Bildungseinrichtungen die Heterogenität der Leistungsniveaus der Auszubildenden.
- In den beiden Jahren der Pandemie (2020 und 2021) gab es zahlreiche temporäre Schulschließungen und pandemiebedingte Planungsänderungen der theoretischen sowie der praktischen Ausbildung für die Auszubildenden und die Lehrenden der Schulen mit einem hohen internen Bearbeitungsaufwand.
- Parallel zu den Einflussfaktoren der Pandemie musste ad-hoc eine Digitalisierung der Lehre und Schulen erfolgen, um Schließungen durch digitalen Distanzunterricht zu ergänzen.
- Kennzahlen zu den erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung können aktuell noch nicht in die Analyse einbezogen werden und bedürfen einer längerfristigen Betrachtung.

4.5 Prognose der Berufseinmündungen und Berufsaustritte

Die bisherigen Diskussionen verdeutlichen die Notwendigkeit, unterschiedliche Faktoren und Einflussvariablen im Blick zu halten, um eine Abschätzung zu den weiteren Entwicklungen vornehmen zu können und um Änderungen der Ausbildungskennzahlen einbetten zu können in größere Rahmensetzungen, wie die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen eines Jahrgangs aus allgemeinbildenden Schulen. Ergebnisse zur Ausbildung müssen vor dem Hintergrund der Gesamtbeschäftigung diskutiert werden, um jenseits einer Anzahl erfassen zu können, ob sich nennenswerte Arbeitsmarktreserven ergeben oder ob die Ausbildungskenn-

zahlen wesentlich den Ersatzbedarf an Pflegenden decken und ein Strukturaufbau damit realisiert werden kann oder nicht.

Ausbildungspotenziale gegenüber berufs-demografischen Austritten

Gegenstand der nachfolgenden Kalkulation ist ein Modell, das auf einer realitätsnahen Abschätzung vorliegender Erkenntnisse und Kennzahlen basiert²⁸. Ziel ist es, Schätzungen vornehmen zu können, wie sich die Potenziale der Ausbildung gegenüber den erwartbaren berufs-demografischen Austritten (durch Eintritt ins Rentenalter) entwickeln werden. Dabei handelt es sich nicht um eine exakte Vorhersage und Kalkulation, sondern um ein Modell, das auf Setzungen und studienbezogenen Ergebnissen basiert. Auf die Berechnung unterschiedlicher Szenarien wird an dieser Stelle verzichtet, da sich diese bislang nicht nachhaltig empirisch stabilisieren und begründen lassen. Jahrgangsbezogen soll dargelegt werden, wie sich die Entwicklungen aus dem Vorjahr arbeitsmarktwirksam darstellen wird.

Setzungen und Grundlagen der Kalkulation

Die nachfolgenden Setzungen und Grundlagen der Kalkulation werden berücksichtigt:

- Grundlage des Modells sind die Kennzahlen der Ausbildung nach der Ausbildungsstatistik des Bundes. Diese geben einen Hinweis zur Anzahl der möglichen Absolventinnen und Absolventen eines Jahrgangs, die jedoch erst im Folgejahr vollumfänglich auf dem Arbeitsmarkt wirken. So werden die Ausbildungskennzahlen aus dem Jahr 2020 vollumfänglich arbeitsmarktwirksam im angepassten Modell für das Jahr 2024 aufgenommen (abweichend von der bisherigen Systematik mit einer Aufnahme nach drei Jahren bzw. im Jahr der Prüfung).
- Zur Kalkulation der möglichen Berufseintritte werden die Kennzahlen der Auszubildenden zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen verwendet. Hier sind die vorzeitigen Vertragslösungen aus dem jeweiligen Jahr bereits exkludiert, sodass in dem angepassten Modell mit einer angenommenen Erfolgsquote bzw. weiteren Verbleibsquote in der Ausbildung von 80 Prozent gerechnet wird²⁹. Kennzahlen zur konkreten Erfolgsquote in der neuen Pflegeausbildung können aufgrund fehlender Datenbestände noch nicht stabil berechnet werden und sind voraussichtlich erst in zwei bis drei Jahren für ein Modell nutzbar.
- Die aktualisierten Kennzahlen der altersbezogenen Gruppen mit dem Erfas-

²⁸ Erste Modelle dazu wurden im Rahmen unterschiedlicher länderbezogener Monitorings zum Pflegepersonalbedarf vorgelegt und nachfolgend mit Expertinnen und Experten in Diskussionen thematisiert. Ergebnisse aus diesen Diskussionen fließen an dieser Stelle ein und führen zu einer aktualisierten und geringfügig abweichenden methodischen Anpassung gegenüber vorherigen Publikationen. Somit liegen auch leicht veränderte Werte bei den jeweiligen Kalkulationen vor, die sich aus der kalkulatorischen Modellanpassung ergeben. Das Modell soll dabei beständig weiter angepasst werden.

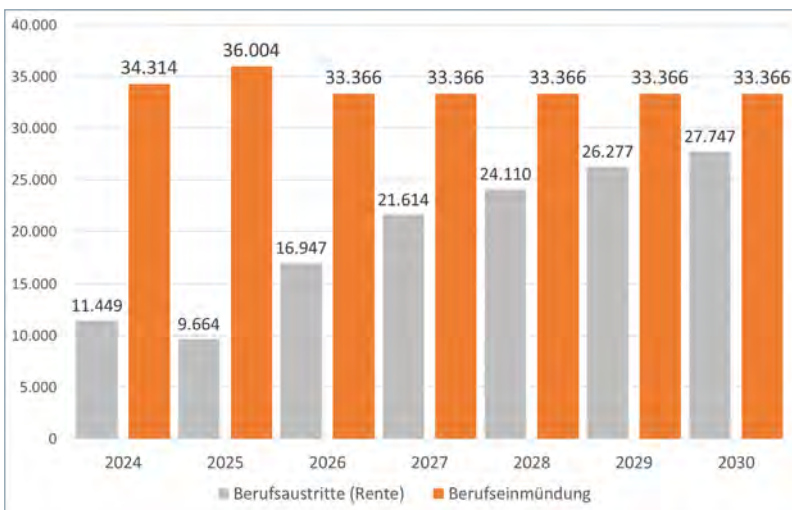
²⁹ Im bisherigen Modell in einzelnen Bundesländern wurden 75 Prozent angenommen, was aus einer Langzeitbeobachtung der Erfolgsquoten der Ausbildungen in Nordrhein-Westfalen abgeleitet wurde. Hinweise, dass bereits Vertragslösungen im Durchschnitt von rund 8 Prozent inkludiert sind, führen zu einer geringfügigen Anpassung bzw. Erhöhung der kalkulierten Einnahmen.

sungszeitpunkt Juni 2023 werden verwendet, um die Berufsaustritte in den Folgejahren zu kalkulieren. Dabei wird angenommen, dass die Pflegenden bis zum 65. Lebensjahr im Arbeitsprozess bleiben. Die Kennzahlen aus der Altersgruppenstatistik verweisen einerseits auf einen starken Abbruch der Beschäftigtenkennzahlen ab dem 63. Lebensjahr. Kompensierend jedoch ergeben sich auch Hinweise auf Personen, die über das 65. Lebensjahr hinaus arbeiten.

- Aus einer Studie zur Berufseinmündung und Berufsverbleib Pflegenden in Nordrhein-Westfalen wird eine Berufseinmündungsquote der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen von 80 Prozent angenommen. Dies fließt als kalkulatorische Grundlage ein bei der Berechnung der tatsächlich arbeitsmarkt-wirksamen Kräfte (Isfort et al. 2022).

Die nachfolgende Grafik zeigt die Ergebnisse der Kalkulation des beschriebenen Modells auf.

Abbildung 72: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030



Quelle: Eigene Darstellung

Ausgehend von 53.616 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in 2020 wird bei einer Erfolgsquote von 80 Prozent in 2023 mit 42.893 examinierten Pflegenden gerechnet. Diese Anzahl reduziert sich im Rahmen einer nicht erwartbaren vollumfänglichen Berufseinmündung. Die Einmündungsquote wird kalkulatorisch mit 80 Prozent angenommen; dabei ist mit Berufsumsteigerinnen und -umsteigern, Studienanfängerinnen und -anfängern sowie mit Personen zu rechnen, die nach der Ausbildung in die Familiengründung einmünden oder zunächst keine Berufseinmündung realisieren. Arbeitsmarktwirksam werden mit Abschluss des Jahres 2023 dann in 2024 kalkulatorisch 34.314 Personen in die unterschiedlichen Wirtschaftszweige einmünden.

Ihnen stehen die kalkulierten rund 11.450 Pflegenden gegenüber, die bereits 65 Jahre alt sind. Hier wird angenommen, dass diese aus dem aktiven Erwerbsleben ausscheiden. Für das Folgejahr wird dies die 9.664 Pflegenden betreffen, die in 2023 in der Gruppe der 64-Jährigen geführt werden.

**Arbeitsmarkt-
wirksame
Berufseinmün-
dungen**

Im Jahr 2025 werden arbeitsmarktwirksam die Auszubildenden aus dem Jahrgang 2021 und in 2026 die aus dem Jahr 2022 eingemündet sein. Die Weiterführung dieser Kennzahl basiert auf der Annahme einer Stabilisierung der Ausbildungskennzahlen auf dem Niveau der Ausbildungszahlen von 2022. Werden diese gesteigert, so entstehen zusätzliche Potenziale. Sinken die Ausbildungszahlen in unterschiedlichen Bundesländern und bundesweit, so liegt kalkulatorisch ab dem Jahr 2027 eine Überschätzung der Kapazitäten vor.

Für 2024 wird kalkulatorisch von einer möglichen Reserve von rund 22.865 Pflegenden ausgegangen, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegen. In 2025 wird dies aufgrund des hohen Jahrgangs in der Pflegeausbildung in 2021 steigen und es ergibt sich eine positive Reserve von 26.340 Pflegenden, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegt. Prognostisch zeigen die vorliegenden Daten für Deutschland insgesamt, dass sich ab dem Jahr 2026 die Anzahl der gesichert ausscheidenden Pflegenden der Entwicklung der anzunehmenden Berufseinmündungen beständig annähert.

Um die vorliegenden Daten im Kontext der Gesamtbeschäftigung einzuordnen, bedarf es der Betrachtung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten qualifizierten Pflegenden. Wie im Kapitel beschrieben, werden zum Juni 2023 insgesamt 1.140.397 qualifizierte Pflegenden als sozialversicherungspflichtig geführt. Die auf den ersten Blick starke Reserve in 2024 bedeutet eine rechnerische Arbeitsmarktreserve von 2,0 Prozent. Diese steigt 2025 auf 2,3 Prozent der Beschäftigten und nimmt nachfolgend deutlich ab. Bereits 2026 ergibt sich lediglich eine Arbeitsmarktreserve von 1,4 Prozent gemessen an der Beschäftigung aus 2023 und dies nimmt jahrgangsbezogen weiter ab. Bereits 2027 ist nur noch mit einer arbeitsmarktbezogenen kalkulatorischen Reserve von einem Prozent zu rechnen. Verändern sich hier nur geringfügig die Parameter (z. B. eine Reduzierung der Ausbildungskennzahlen oder eine Erhöhung der Berufsaustritte), so stehen keine Reserven zur Verfügung.

**Ab 2027 keine
Kompensation
der Berufsaus-
tritte mit Neu-
ausgebildeten
mehr möglich**

In der Gesamtschau geben die vorliegenden Modelldaten damit einen Hinweis darauf, dass bereits ab 2027 primär die bereits feststehenden Berufsaustritte mit den nachrückenden Pflegenden nicht mehr arbeitsmarktwirksam kompensiert werden können. Ein Strukturaufbau der pflegerischen Versorgung, wie er vorherig im Bereich der Entwicklung der Einrichtungen und der Zunahme der Beschäftigung in den bestehenden Einrichtungen beschrieben wurde, kann angesichts der vorliegenden Kennzahlen allein aus der Qualifikation nicht erfolgen. Werden keine zusätzlichen Ressourcen gewonnen (z. B. durch die Anwerbung von Pflegenden

aus dem Ausland), so können die bestehenden Einrichtungen lediglich Personal ersetzen.

Dieses realistische Ergebnis aus der Berechnung kollidiert mit den Erwartungen der Pflegenden, durch einen erheblichen Personalaufbau substanzielle Entlastungen bei der Arbeitsverdichtung zu erfahren. Ebenso kollidieren die beschriebenen Entwicklungen mit dem Anspruch, die Auswirkungen der demografischen Entwicklungen, die ab 2030 deutlicher zutage treten werden und sich zwischen 2040 und 2050 in erheblichem Umfang abzeichnen, mit einem Personal- und Struktur- aufbau abfedern zu können.

4.6 Exemplarische Diskussion im Ländervergleich

Die vorliegenden Ergebnisse spiegeln die Modellrechnung für Deutschland wider.

Brandenburg und Bremen im Vergleich

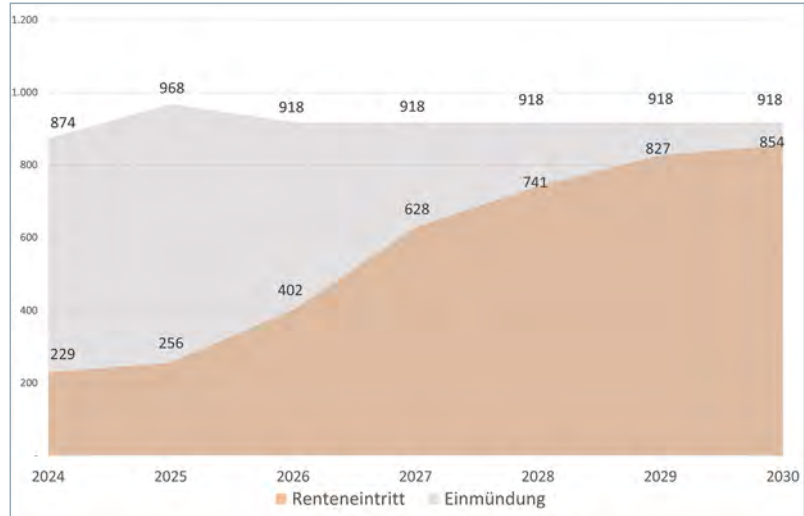
Abschließend sollen die Entwicklungen am Beispiel zweier Bundesländer exemplarisch vorgestellt werden. Zunächst soll dazu die Modellrechnung auf die Entwicklung in Brandenburg angewendet werden.

Brandenburg liegt mit einem Personalersatzbedarf in Höhe von 22,6 Prozent in den kommenden Jahren geringfügig oberhalb des Bundesdurchschnitts von 21,9 Prozent. Die Kapazitätsanpassungen der Altenpflegenden zwischen 2013 und 2022 lagen mit (23 Prozent) im Bundesdurchschnitt (23,8 Prozent), die der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden (17,8 Prozent) oberhalb der durchschnittlichen Werte von 13,9 Prozent. Die Ausbildungskennzahlen weisen auch in Brandenburg einen Peak im Jahr 2021 auf (1.512), fielen jedoch in 2022 lediglich auf 1.434 zurück, was keinem starken Rückgang entspricht. Mit den benannten niedrigen vorzeitigen Lösungsquoten liegt das Bundesland auf einem Spitzenplatz bei der Stabilisierung der Ausbildung. Damit sollte die Entwicklung eigentlich Reserven zur Verfügung stellen.

In dem vorliegenden Modell zeigt sich, dass für 2024 eine Reserve von 645 Pflegenden kalkuliert werden kann, die 2025 voraussichtlich auf 712 gesteigert werden kann. Trotz dieser positiven Werte sieht man auch in Brandenburg, dass sich berufsdemografisch das vollziehen wird, was in der bundesdeutschen Perspektive zu beobachten ist. Die beiden Entwicklungskurven werden sich bereits in naher Zukunft weiter aufeinander zu bewegen und die derzeitige Ausbildungskapazität reicht primär aus, um bestehende Berufsaustritte zu kompensieren. Die kalkulatorische Arbeitsmarktreserve liegt, gemessen an der aktuellen Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege, in 2025 noch bei 2,2 Prozent, ehe sie auf 1,6 Prozent sinkt und bereits 2027 bei unter einem Prozent liegt (0,9). So bestehen auch hier kaum nennenswerte Ressourcen, um Entlastungen in be-

stehenden Einrichtungen zu realisieren oder neue Anforderungen in der Zukunft strukturell mit Personal zu hinterlegen.

Abbildung 73: Modellkalkulation für das Bundesland Brandenburg

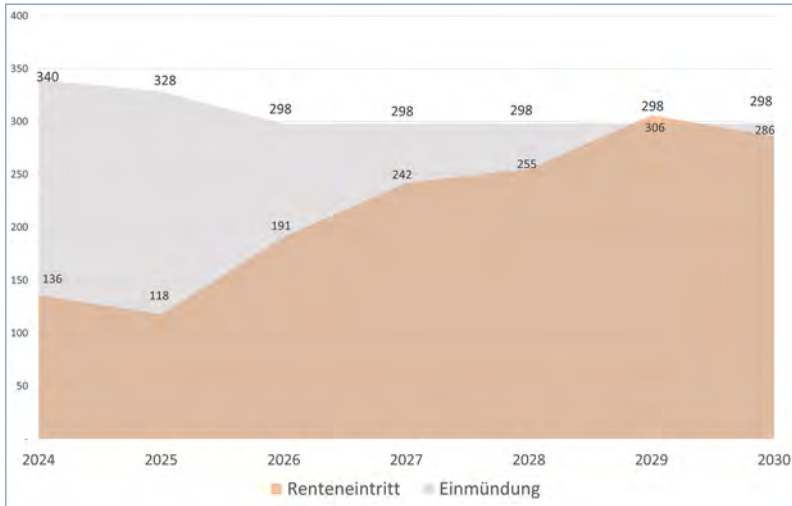


Quelle: Eigene Darstellung

Im Kontrast zu Brandenburg soll die Entwicklung für Bremen vorgestellt werden. Bremen als Stadtstaat weist strukturell etwas andere Werte aus als Brandenburg. Bremen liegt mit einem Personalersatzbedarf in Höhe von 26,5 Prozent in den kommenden Jahren oberhalb des Bundesdurchschnitts von 21,9 Prozent und auch oberhalb des Wertes von Brandenburg. Die Kapazitätsanpassungen der Altenpflegenden zwischen 2013 und 2022 lagen mit 16,6 Prozent deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (23,8 Prozent), die der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden (0,7 Prozent) deutlich unterhalb der durchschnittlichen Werte von 13,9 Prozent. Die Ausbildungskennzahlen in Bremen lagen bei 531 im Jahr 2020 und gingen auf 465 im Jahr 2022 zurück. In 2021 wurde kein Peak verzeichnet, sondern eine weitestgehende Stabilisierung mit 513 Auszubildenden.

Entwicklungen in Bremen gegenüber Brandenburg deutlich verschärft

Im Modell zeigt sich, dass die Entwicklungen in Bremen gegenüber denen in Brandenburg und auch in Deutschland insgesamt deutlich verschärft erscheinen. Im Modell reichen die Kapazitäten von 2022 nicht aus, um die Kompensation der Berufsaustritte zu erreichen. Zwar ergibt sich in Bremen bis 2026 eine Reserve von einem Prozent, diese wird aber deutlich kleiner und bereits 2029 ist zu erwarten, dass mehr Pflegenden den Renteneintritt erreichen als Auszubildende einmünden, wenn das Ausbildungsniveau von 2022 gehalten wird.

Abbildung 74: Modellkalkulation für das Bundesland Bremen

Quelle: Eigene Darstellung

Korrespondierende Entwicklungen, wie sie in Brandenburg sowie in verschärfter Form in Bremen zu verzeichnen sind, lassen sich auch bei den anderen Bundesländern aufzeigen. Nennenswerte Kapazitäten, die eine stabile Reserve von 2 oder mehr Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stabilisieren und dauerhaft erreichen, zeichnen sich nicht ab.

Damit kann insgesamt angenommen werden, dass die berufsdemografischen Entwicklungen bereits frühzeitig greifen und noch im Laufe der kommenden fünf Jahre dazu führen werden, dass ein Personalaufbau, ein Infrastrukturaufbau oder eine Arbeitsentlastung der berufstätigen Pflegenden nicht zu erreichen sein werden. Dies fordert umso mehr dazu auf, die bestehenden Möglichkeiten konzentrierter zu nutzen, Versorgungsarrangements zu hinterfragen und regional in eine Versorgungsplanung einzusteigen, die diesen Entwicklungen auch Rechnung trägt.

**Personalaufbau
in den kommen-
den fünf Jahren
unwahrscheinlich**

4.7 Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2023a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2023).

Bundesagentur für Arbeit (2023b): Fachkräfteengpassanalyse. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit; Statistik (Hg.) (2013): Gesundheits- und Pflegeberufe. Aggregatbeschreibung auf Basis der Klassifikation der Berufe von 2010 (KldB 2010). Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Klassifikation>

nen/Klassifikation-der-Berufe/KIdB2010/Arbeitshilfen/Berufsaggregate/Berufsaggregate-Nav.html, zuletzt geprüft am 20.07.2020.

Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest (2023): Arbeitsmarkt Pflege-Daten in Zeitreihen, Sonderauswertung Auftrags-Nr. 337616. Frankfurt am Main, 2023. Digitale Datentabellen an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest (2024): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in ausgewählten Pflegeberufen der Klassifizierung der Berufe KIdB 2010 nach Alter und Wirtschaftszweigen; Auftragsnummer 350658. Frankfurt am Main, 2024. Digitale Datentabellen an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2022): Ausbildungs-offensive Pflege (2019–2023). Zweiter Bericht. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe* (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV), PflAPrV, vom 02.10.2018. In: Bundesgesetzblatt.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Deutscher Bundestag: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz). PflBRefG, vom 17.07.2017. In: Bundesgesetzblatt 2017 (49), S. 2581–2614.

Deutscher Bundestag (15.12.2023): Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften. Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG, vom 12.12.2023. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 359.

Hoymann, Jana; Maretzke, Steffen (2021): Bevölkerungsprognose 2040. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Bonn.

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V. Köln.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023): Monitoring Pflegepersonalbedarf Baden-Württemberg 2022. Unter Mitarbeit von Johann-Moritz Hüsken und Pablo Rischard. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V. und AGP Sozialforschung. Köln/Freiburg.

Kultusministerkonferenz (Hg.) (2022): Vorausberechnung der Zahlen der Schüler/-innen und Absolvierenden 2021 bis 2035. Bonn.

- Kunaschk, Max; Stephan, Gesine (2024): Pflegeberufe und Covid-19-Pandemie: Befürchtete Kündigungswelle ist ausgeblieben. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Nürnberg (IAB Kurzbericht, 2).
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2023): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2023. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche Beratung und Ausführung: DIP GmbH. Köln. Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (Hg.) (2022): Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.1 (Update) 2018–2024. Mainz.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2019): Maßnahmenplan im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege in Niedersachsen. Kooperationsvereinbarung KAP.Ni – Anhang.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2020): Landespflegebericht 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hannover. Online verfügbar unter [e://08pn-app01/Home_Pflegekammer\\$/aawieder/Desktop/Niedersachsischer_Landes-pflegebericht_2015_final.pdf](e://08pn-app01/Home_Pflegekammer$/aawieder/Desktop/Niedersachsischer_Landes-pflegebericht_2015_final.pdf).
- Seyda, Susanne; Köppen, Robert; Hickmann, Helen (2021): Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. Hg. v. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln (KOFA Kompakt, 10).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2024): Pflegekräftevorausberechnung. Berichtszeitraum 202–2070. Wiesbaden (Report, EVAS-Nummer: 12421,).
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) (Hg.) (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. München. Online verfügbar unter www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf.

5. „Das war mein Traumberuf“ – Interviews mit Pflegenden aus der Baby-Boomer-Generation

Sam Schwier, Isabel Schön, Thomas Klie³⁰

5.1 Hintergrund

In den kommenden Jahren wird der Bedarf an pflegerischem Personal in Deutschland deutlich ansteigen (Isfort und Klie 2024); die Generation der Baby-Boomer verlässt den Pflegeberuf. Es gibt zwar intensive Ausbildungs- und Qualifikationsaktivitäten, sie werden aber mittelfristig wohl (allein) nicht ausreichen, um den Personalersatzbedarf zu befriedigen (siehe Isfort in diesem Report). Was in Zahlen bekannt ist und öffentlich diskutiert wird, hat auch einen großen Einfluss auf die Arbeits- und Lebensrealität der Pflegenden. Die Perspektive der Pflegekräfte selbst nimmt daher eine bedeutsame Rolle ein und soll im Rahmen des DAK-Pflegerreportes entsprechend Raum erhalten. Im Fokus der Analysen liegen Erfahrungen und Wissensbestände der Baby-Boomer-Generation, die auf einen langjährigen Einsatz im Pflegeberuf zurückblicken kann. Mit Hilfe einer qualitativen Interviewstudie werden tiefergehende Einblicke in Arbeits- und Lebenswirklichkeiten von Pflegekräften genommen. Die unterschiedlichen Wege in die Pflege zeigen auf, welche Motive und Motivationen aber auch welche Lebensumstände dazu führen, dass sich Menschen für den Pflegeberuf entscheiden. Ein weiteres Schlaglicht wirft der DAK-Pflegerreport auf das professionelle und berufliche Selbstverständnis der Interviewten. Wie blicken die Baby-Boomer auf ihren Beruf zurück, wie stehen sie aktuell zu ihm und welche Perspektiven sehen sie für sich selbst sowie für den Pflegeberuf? In bisherigen Untersuchungen wurden generationsspezifische Haltungen und Erfahrungen wenig beleuchtet. Diese finden ihren Platz eher in Rategabeliteratur für Führungskräfte, die meist keine systematische empirische Basis ausweist. Für den englischsprachigen Raum finden sich vereinzelt Untersuchungen (Rollan Oliveira und Siles González 2021). Hervorgehoben wird vom DAK-Pflegerreport 2024 daher auch die Einstellung der Baby-Boomer gegenüber der jüngeren Generation und was ihnen besonders wichtig ist, was an nachfolgende berufliche Generationen, aber auch an die Bevölkerung insgesamt, weitergegeben werden soll. Schließlich befasst sich der DAK-Pflegerreport mit den Wünschen und Forderungen der Pflegekräfte und ihren Einschätzungen und Ansichten hinsichtlich vergangener und aktueller Reform- und Politikvorschläge.

16 Baby-Boomer im Interview

Für diesen Pflegerreport wurden insgesamt 16 Interviews mit Pflegekräften aus der Generation der Baby-Boomer, d. h. aus den Geburtsjahrgängen 1955–1969, geführt. Angefragt wurden potenzielle Interviewteilnehmende über ein Anschreiben

³⁰ Unter Mitarbeit von Paula Zimmer

an bei der DAK-Gesundheit versicherte Pflegekräfte der entsprechenden Jahrgänge. Unter denjenigen, die ein Interesse an einem Interview bekundeten, wurden auf Basis von Angaben zur Art der Berufstätigkeit gezielt Personen für Interviews angefragt, um eine möglichst breite Streuung von Sektoren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und Qualifikationen zu erreichen. Dies erwies sich allerdings als nur eingeschränkt möglich, da der Rücklauf in manchen Bundesländern gering war und kaum Personen aus dem Krankenhausbereich an einer Teilnahme interessiert waren. Darüber hinaus sollten explizit auch Personen mit eigener Migrationserfahrung und Personen aus der 2. Generation aus Familien mit Einwanderungsgeschichte einbezogen werden. Hier war der Rücklauf aber ebenfalls zurückhaltend. Diese Perspektiven sind in unserem Sample damit unterrepräsentiert (SVR 2022). Weitere Interviewteilnehmende für Bundesländer, aus denen über den primären Kontaktweg keine Rückmeldung einging, wurden über bestehende Kontakte zu Pflegediensten und Interessenverbänden gewonnen.

Interviewt wurden:

- 4 männliche und 12 weibliche Pflegekräfte,
- 8 mit Arbeitsort Pflegeheim, 3 von einem ambulanten Pflegedienst, jeweils 1 Person aus einem Hospiz, 1 Klinikum, 1 Wohngemeinschaft, 1 Tagespflege, 1 Mischform aus Tagespflege und Pflegeheim,
- 4 Personen in Leitungsfunktionen (Pflegedienst- oder Einrichtungsleitung),
- 1 Person mit abgeschlossenem pflegespezifischen Studium, 11 Pflegefachpersonen, davon 2 mit Fachschulstudium aus der ehem. DDR; 2 Personen mit 1-jähriger Ausbildung zur Pflegehilfskraft sowie 2 Personen, die in dieser Funktion ohne die spezifische Ausbildung, sondern mit Zusatzqualifikationen tätig sind.
- Lediglich eine Person gab an, im ländlichen Bereich tätig zu sein.

Die Interviews wurden telefonisch von den Autoren und der Autorin des Beitrags durchgeführt. Sie dauerten zwischen 30 und 90 Minuten, wurden aufgezeichnet und mittels einer Transkriptionssoftware transkribiert. In die Fragen flossen Erkenntnisse aus aktuellen Studien zu Belastungsfaktoren, Berufszufriedenheit und Potenzialen mit ein (Knieps und Pfaff 2022; Auffenberg und Heß 2021; Rothgang und Müller 2021; Breinbauer 2020; Drupp und Meyer 2020; Höld et al. 2020; Techniker Krankenkasse 2019; Melzer 2003; Melzer 2020). Gefragt wurde nach

- berufsbiografischen Aspekten, insbesondere dem Einstieg in den Pflegeberuf,
- dem Verständnis des Pflegeberufs und der Motivation, den Beruf auszuüben,
- Resilienzfaktoren gegenüber Belastungen,
- Zukunftsperspektiven wie bspw. Verbleib im Beruf und möglicherweise pflegebezogene Tätigkeiten nach Renteneintritt,

Diverse Erfahrungen mit dem Pflegeberuf

- Haltungen zu aktuell politisch diskutierten Themen, insbesondere dem demographischen Wandel und Versorgungssicherheit.

Breites Bild der Arbeitsrealitäten

Nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung wurden Interviews ausgewählt, für die Einzelfallstudien erstellt wurden. Sie sind im Folgenden als Fallvignetten abgebildet und bieten einen Einblick in die komplexe Lebenswelt und Erfahrungen der Pflegekräfte im Gesamtzusammenhang des Interviews. Die querschnittliche Auswertung orientierte sich an dem Verfahren der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Kategorien wurden induktiv sowie deduktiv auf Basis der Fragestellungen gebildet. Punktuell wurden sprach- und interaktionsanalytische Techniken angewandt, um die Inhalte vor dem Hintergrund ihres Entstehungskontextes besser einordnen zu können (orientiert an Kruse (2014)). Zu Zwecken der Anonymisierung wurden manche Angaben verfremdet oder abstrakter dargestellt. Wir danken allen Interviewten für Ihre Offenheit und die Zeit, die sie sich genommen haben. Sie haben uns wertvolle Einblicke in ihre Berufswirklichkeiten und Erfahrungen gewährt.

5.2 (Um-)Wege in die Pflege

Entscheidungen für die Pflege

Kennzeichnend für die von den Interviewten geschilderten Wege in die Pflege ist, dass sie in den seltensten Fällen geradlinig verliefen. Bereits vor Ausbildungsbeginn hatten beinahe alle Kontakte mit der Pflege, sei es familiär, im Rahmen von Praktika oder im Zivildienst bzw. im Freiwilligen Sozialen Jahr. Nach ersten Berührungspunkten mit der Pflege wurde jedoch zum Teil erst ein anderer Weg eingeschlagen, bevor die Entscheidung zugunsten des Pflegeberufs fiel. Insgesamt zeigt sich in diesen berufsbiografischen Verläufen, dass sich eigentlich alle Interviewten letztlich sehr bewusst dafür entschieden, den Pflegeberuf zu ergreifen bzw. in diesem zu verbleiben. Ausnahmslos alle Interviewten üben den Beruf aus Überzeugung aus, auch entgegen teilweise widriger Rahmenbedingungen und persönlicher Belastungen. So ist die für die Interviews typische Berufsbiografie geprägt von Abwägungen, Stellenwechseln und Aushalten.

5.2.1 Martina Böhm: „Jetzt muss ich das durchhalten“

Motivation: Menschen helfen

Martina Böhm begann mit 15 Jahren ihre Ausbildung im Krankenhaus. Auf Schule hatte sie keine Lust mehr. Ihre Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen, schildert sie rückblickend folgendermaßen:

„Ja klassisch. Ich wollte halt was Sinnvolles tun. Ich wollte Menschen helfen. Ja da auch eine Erfüllung drin finden. Ich habe gem mit Menschen zu tun gehabt. Ich wollte einen sozialen Beruf und das waren so die Sachen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 15 ff.)

Nachdem sie ihre Ausbildung abgeschlossen hatte, arbeitete sie erst im Krankenhaus und dann eine Zeit lang im Altenheim. Als sie Kinder bekam, wechselte sie zu einem ambulanten Pflegedienst, obwohl die Bezahlung im Altenheim besser war. Der Grund: Die Arbeitszeiten beim Pflegedienst ließen sich besser mit der Kindererziehung vereinbaren. Heute ist Martina Böhm Ende 50 und arbeitet nach wie vor im ambulanten Bereich. An ihre Ausbildung denkt sie zwar gerne zurück, trotzdem würde sie den Beruf heute nicht noch einmal ergreifen.

Früher war es ein Traumberuf

„Die Jahre der Ausbildung, das war auch alles schön, entsprach auch meinen Erwartungen. Aber das Ganze liegt jetzt [...] Jahre zurück. Und wenn ich jetzt so zurückschaue, ich würde es nicht wieder machen. [...] Das war mein Traumberuf. Ich habe mich beworben und habe dann auch gleich eine Ausbildungsstelle gekriegt. Und das war eine schöne Zeit, die Ausbildung, die ersten Jahre im Krankenhaus. Aber es hat sich halt ganz, ganz viel geändert.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 6–11)

Die Veränderungen, die Martina Böhm hier anspricht, betreffen vor allen Dingen die Rahmenbedingungen für die Ausübung ihres Berufes. Der stetig zunehmende Personalmangel wirkte sich auch in ihrer Einrichtung belastend auf den Arbeitsalltag aus.

Verschlechterte Rahmenbedingungen

„Und das ist unheimlich nervig und es ist einfach zu wenig Personal da. Es gibt keinen Nachwuchs. Wir haben seit Jahren keine Auszubildenden mehr und wir im Kollegenkreis sind alle Mitte bis Ende 50. Da stellt es sich auch ein, dass man nicht mehr- Naja, man ist nicht mehr wie 20, man kann nicht mehr doppelt Dienste oder Spätdienst nächsten Tag wieder Frühdienst haben, da haben sie vielleicht acht Stunden zwischendrin frei. All das. Das ist nicht mehr so leicht möglich, aber da nimmt auch keiner Rücksicht drauf.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 29–34)

Frustriert erinnert sie sich daran, dass es Zeiten gab, in denen eine Krankmeldung am Morgen kompensiert werden konnte, ohne dass Kolleginnen an ihrem freien Tag angerufen werden mussten. Ein weiterer Kritikpunkt ist für Frau Böhm die Bezahlung. Für eine Vollzeitstelle findet sie das Gehalt angemessen, das Problem ist aber, dass die meisten – im ambulanten Sektor – nur eine Teilzeitstelle bekommen. Das wirkt sich negativ auf das Einkommen – und die Rente – aus. Außerdem kompensieren die Pflegekräfte die wegen der geringen Stellenanteile fehlende Arbeitszeit mit Überstunden. Sie selbst hat bei einer 20-Stunden-Stelle aktuell weit über 100 Überstunden.

Als besonders belastend empfindet Frau Böhm, dass sie unter diesen Voraussetzungen ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden kann. Sie vermutet aber auch, dass ein Wechsel des Pflegesektors diesbezüglich keine Abhilfe schaffen würde. Stattdessen geht sie eher davon aus, dass die Herausforderungen in der Pflege sektorenübergreifend die gleichen sind.

Eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden

„Vor kurzem lag meine Mama im Krankenhaus mit einem Schlaganfall und ich habe da mit den Schwestern gesprochen. Für die ist es genauso. Also da habe ich keinen Unterschied festgestellt. Ich kenne aktuell kaum jemanden, der im Pflegeheim arbeitet, da kann ich nicht viel zu sagen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 89–92)

Als Martina Böhm in den 90er Jahren in der ambulanten Pflege anfang, gefiel ihr besonders, dass sie eine Alternative zur stationären Langzeitpflege darstellte.

Zunehmende ambulante Unterversorgung

Durch die ambulante Versorgung konnten Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf Zuhause alt werden. Mittlerweile erlebt sie es allerdings immer häufiger, dass auch Personen mit ausgeprägtem pflegerischem Bedarf durch einen ambulanten Dienst versorgt werden, obwohl eine umfangreichere Versorgung notwendig wäre. Als Grund vermutet sie, dass viele Menschen sich die stationäre Versorgung nicht leisten können oder wollen. In der Konsequenz sieht sich Frau Böhm häufig mit häuslicher Unter- und Fehlversorgung konfrontiert. Dies ist für sie schwer zu ertragen. Ein weiterer belastender Faktor ist der steigende Kostendruck im Gesundheitssystem. Dieser wirkt sich direkt auf ihre alltägliche Arbeit aus.

„Das merkt man, dass die Klienten keine Verordnungen über Krankengymnastik kriegen, hinter manchen Rezepten für Anti-Thrombose Strümpfe telefoniere ich drei bis viermal hinterher, obwohl die Leute Anspruch haben. Da sind riesige Löcher drin [...] und trotzdem kommt nichts.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 26–29)

Frau Böhm kritisiert, dass die Pflegekräfte unter großem Druck stehen, weil sie trotz der schwierigen Rahmenbedingungen niemanden unversorgt lassen wollen. Der Druck sei dabei so groß, dass sich viele auch krank zur Arbeit schleppen würden. Sie kommentiert den Zustand mit der Aussage „Aber irgendwann kann dann ein Einzelner auch nicht mehr.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 149).

Hoher Krankenstand

Daher wundert es sie auch nicht, dass es im Berufsfeld Pflege einen so außergewöhnlich hohen Krankenstand gibt. Die Vorstellung, Menschen könnten bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze in der Pflege arbeiten, hält sie für unrealistisch. Auch sie selbst hat bereits darüber nachgedacht, den Beruf zu wechseln.

„Na ja, es gab mal kurz bevor mein erster Sohn geboren wurde, da hatte ich das Angebot eben eine MTA Ausbildung zu machen. Letztendlich kam dann die Schwangerschaft dazwischen und ich bin dann in der Pflege geblieben. Und jetzt ist es einfach zu spät. Ich habe jetzt so versucht, mich auf Stellen zu bewerben, die eben etwas weniger stressig erscheinen, so an einem Wundzentrum Verbände machen, ja, was war das noch? Das andere war so eine Gastroambulanz, wo Gastroskopien gemacht wurden. Aber dann die nehmen die Jüngeren. Ich bin mit 58 einfach zu alt.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 123–128)

Abgesehen davon ist sie davon überzeugt, dass es sich nicht mehr lohnt, mit einer Ausbildung zu beginnen, weil sie mit 63 Jahren in Rente gehen möchte. Wenn sie jetzt eine Ausbildung beginnen würde, wäre sie erst mit 60 Jahren damit fertig. Letztendlich sprechen auch finanzielle Aspekte für sie gegen eine Umschulung. Dadurch, dass die Familie ein Haus gebaut hat, sind sie auf ihr Einkommen angewiesen. Während einer Ausbildung würde sie weniger verdienen und das ist für sie keine Option. Andere Alternativen, wie in den Einzelhandel an die Kasse zu wechseln, kann sie sich wiederum auch nicht vorstellen. Sie subsumiert: „Das bringt’s jetzt nicht mehr, jetzt muss ich das durchhalten.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 137 f.)

Hürden bei einer Umschulung im Alter

Auf die Frage hin, ob es noch weitere Faktoren gibt, die dazu beigetragen haben, dass sie dem Beruf treu geblieben ist, antwortet sie:

„Es gibt sicherlich auch Momente, wo ich sage: Ja, das ist schön. Die Pflege ist gut gelaufen. Oder wenn jemand sehr dankbar ist und ich sehe, er freut sich. Es gibt schon Momente, wo ich sage, das lohnt sich auch. Also so ist es nicht, aber im Moment überwiegt das Negative und das schon eine ganze Weile.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 143–146)

Um mit den Belastungen auf der Arbeit umzugehen, hat Frau Böhm mittlerweile eigene Strategien entwickelt. Im beruflichen Kontext hilft es ihr, Supervision in Anspruch zu nehmen. Außerhalb der Arbeit versucht sie, sich das Leben schön zu machen und in ihrer Freizeit nicht an die Arbeit zu denken. Wenn es darum geht, die Zukunft der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu sichern, sieht Frau Böhm die gesamte Gesellschaft in der Verantwortung. Politik allein könne das nicht leisten. Was ihr auffällt, ist die fehlende gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs und von Pflegeethemen allgemein. Die Angehörigen, welche sie in ihrem beruflichen Alltag erlebt, kümmern sich ihrer Meinung nach nicht ausreichend um die Personen mit Pflegebedarf. Sie schildert als Beispiel die Situation einer alten Dame, die durch den Pflegedienst versorgt wird bei dem Frau Böhm arbeitet: Die Frau hätte bereits einen viel zu hohen Pflegebedarf, um ambulant versorgt zu werden. Der Sohn der Patientin würde allerdings darauf beharren, sie weiterhin ambulant zu versorgen, damit er keine Zuzahlungen an den Heimplatz leisten müsse.

Defizite bei der Unterstützung durch Angehörige

„Diese alte Dame, sie tut mir leid. Ich muss die morgens ganz früh aus dem Bett ziehen. Die will aber gar nicht aufstehen, damit sie um acht für die Tagespflege fertig ist. Da muss sie dann am Tag hin und da wird unheimlich Druck gemacht, mir tut das jeden Morgen leid, sie zu wecken. Weil eigentlich ist sie zu schwach, schon um da jeden Tag hinzugehen. [...] Aber die Angehörigen sind da ganz hart [...] und ich muss es machen. Also das ist, das ist manchmal auch ganz, ganz schwierig, weil sie mir dann auch unheimlich leidtut. Sie weint dann manchmal und will da auch gar nicht hin.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 65–72)

Martina Böhm versteht zwar, dass finanzielle Erwägungen bei der Versorgung der Eltern eine Rolle spielen. Trotzdem ist das Verhalten dieses Sohnes für sie nicht nachvollziehbar: „Ich hätte für meine Eltern immer Geld übrig, wenn ich so viel verdienen würde.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 76 f.).

Gewinnung von mehr Pflegekräften als einzige Lösung

Martina Böhm ist überzeugt, dass der einzige Lösungsansatz für die Bewältigung der Herausforderungen der pflegerischen Versorgung in Deutschland die Gewinnung von mehr Pflegekräften ist. Den Einsatz von Robotern oder Pflegekräften aus dem Ausland sieht sie eher kritisch:

„Und aus dem Ausland Pflegekräfte? Ja, also ich habe noch keinen aus dem Ausland bei uns gehabt. Wäre auch schwierig, wenn die Deutschkenntnisse halt nicht da sind. Wenn sie da alte, verwirrte Menschen haben, die nur Deutsch sprechen. Die kommen dann mit einer spanisch oder sonst wie sprechenden Pflegekraft ja auch nicht zurecht. Und die sprechen ja auch alle kein Englisch. Dass das funktioniert nicht, glaube ich nicht.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 189–193)

Zweifel an alternativen Konzepten

Auch alternative Versorgungskonzepte erscheinen ihr kaum umsetzbar. Sie gibt zwar an, sich nicht so gut mit diesen Konzepten auszukennen, bezweifelt aber, dass Angehörige die nötige Bereitschaft mitbringen würden, sich in die Versorgung einzubringen. Die Angehörigen wohnen häufig weiter weg und sind teilweise noch in die Versorgung von Kindern eingespannt.

Um wieder mehr junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, müssten sich die Rahmenbedingungen deutlich verbessern. Beinahe wehmütig ergänzt Martina Böhm, dass Pflege eigentlich ein schöner Beruf ist, „wenn denn die Rahmenbedingungen stimmen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 169). Ihrer Meinung nach müssten die Beschäftigten ausreichend freie Tage haben und eine bessere Bezahlung erhalten. Gleichzeitig bezweifelt sie angesichts der demografischen Entwicklung die Finanzierbarkeit von Pflege.

Mehr gesellschaftliche Anerkennung der Pflege

Andere Ideen, die sie erörtert, sind ein früherer Renteneintritt oder Steuererleichterungen für Pflegefachkräfte. Generell erwartet sie von der Gesellschaft mehr Anerkennung für die Leistungen, die Pflegekräfte alltäglich erbringen. Sie erinnert sich an die Diskussionen über die Pflege, die während der Corona-Krise aufgekommen waren. Von den ergebnislosen Zusagen der Politik ist sie enttäuscht:

„Es sind alles nur leere Versprechungen dann. Ja, leider. Na ja, vielleicht kann man das auch nicht ändern. Das kann ja auch sein.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 322 ff.)

5.2.2 Pflege als Erstberuf

Ein Teil der von uns Interviewten erlernte den Pflegeberuf als Erstberuf und blieb ohne Unterbrechungen in der Pflege beschäftigt. Komplett geradlinig sind diese Berufsbiografien dennoch (auch) nicht; es kommt immer wieder zu Wechseln des Arbeitgebers oder des Sektors, oder auch zu temporären Unterbrechungen. Unter denjenigen, die den Pflegeberuf als Erstberuf ergriffen, ist Fr. Böhm die einzige, die nicht von einem Kontakt mit dem Bereich Pflege berichtet, bevor sie die Ausbildung begann.

Kaum geradlinige Berufsbiografien

„Als ich mich beworben habe, war ich so 15 Jahre alt. Und ja, ich hatte keine Lust mehr auf Schule. Und da erschien mir Pflegekrankenschwester ein ganz toller Beruf.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 4 ff.)

Ihre Erwartungen an den Beruf waren, dass sie damit etwas Sinnvolles tun kann, Menschen helfen kann. Diese Motivation teilt sie sich mit vielen anderen Interviewten. Einige sammelten aber erst einmal persönliche Erfahrungen, bevor sie sich dann final für die Pflegeausbildung entschieden. So auch Fr. Pfeiffer:

„Ja, ich wollte immer was im Pflegeberuf machen, hatte aber keine klaren Vorstellungen ob als Kranken- oder Altenpflege. Worauf ich das dann- ich kannte den Heimleiter von einem Altenheim und hab gefragt, ob ich da in den Ferien einfach mal arbeiten könnte, um da reinzuschnuppern, ob das überhaupt was für mich ist. Und das habe ich dann gemacht und ich war sofort Feuer und Flamme und war mir sicher, dass ich das machen wollte.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 5–9)

Sofort Feuer und Flamme

Fr. Kaisers erste Berufswahl war eigentlich Friseurin. Dann ist sie aber aufgrund „eigenartiger“ Umstände in die Pflege „reingerutscht“, wie sie selbst sagt: Beim Probearbeiten beim Friseur zeigte sich, dass sie eine Allergie gegen die dort verwendeten Chemikalien hatte. Alternativ konnte sie sich dann über Kontakte in einem Pflegeheim bewerben, was sich für sie aber ebenfalls als sehr gute Option herausstellte:

„Reinrutschen“ in den Pflegeberuf

„Ich brauchte nicht lange, weil ich immer schon sozial war, selbst in der Schule, und habe gesagt das ist mein Ding. Und dann habe ich am [Datum] angefangen, Krankenpflege zu lernen, drei Jahre lang. Und ich war von Anfang an dabei. Das war eigentlich mein Traum.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 18–21)

Als Traumberuf bezeichnet auch Fr. Köhler den Pflegeberuf. Ihr Interesse war stark durch ihre Familie vorgeprägt:

„Na, dadurch weil ganz viele damals aus meiner Familie eh schon im Gesundheitssektor gearbeitet haben, habe ich mich schon frühzeitig interessiert. Ich

war viel bei meiner Mutti mit auf Arbeit, sie war Krankenschwester. Ja und dann- Ich wollte nie was anderes werden.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 5 ff.)

Ausbildungs- schwierigkeiten aus politischen Gründen in der DDR

Doch das stellte sich für sie als nicht ganz so einfach heraus. Sie begann das Studium an einer Fachschule in der ehemaligen DDR, wurde dort aber aus politischen Gründen exmatrikuliert. Sie fand zwar eine Stelle in der Pflege bei einem kirchlichen Träger, ihre Ausbildung konnte sie aber nicht mehr beenden. Die Auswirkungen davon spürt sie bis heute. Als hochqualifizierte, aber nicht examinierte Pflegekraft übt sie die gleichen Tätigkeiten aus wie eine Fachkraft. Allerdings erhält sie ein geringeres Gehalt.

Auch Hr. Hartmann hatte aus politischen Gründen Schwierigkeiten in der DDR: Eigentlich wollte er ein Medizinstudium beginnen, was ihm versagt wurde. Also entschied er sich für eine Pflegeausbildung bei einem konfessionellen Träger. Fr. Schneider hingegen, ebenfalls in der DDR aufgewachsen und mit starken Bezügen zum Pflegeberuf aufgrund ihrer familiären Erfahrungen, absolvierte die Fachschule und wurde regulär Krankenpflegerin. Sie wollte unbedingt im Gesundheitsbereich arbeiten und konnte sich gar nichts anderes vorstellen:

„Also für mich gab es nur einen Beruf und es wäre schlimm gewesen, wenn ich das nicht gekriegt hätte. Das war nämlich damals nicht ganz so einfach, den Beruf heranzukommen. Es gab eine große Auswahl, ja sehr große Auswahl und, und wer halt Beziehung hatte, gab es ja welche im Krankenhaus, wo die Eltern Ärzte waren und so, und da kamen die Kinder natürlich zuerst dran.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 13–17)

Einige der Interviewten bezeichnen den Pflegeberuf als ihren Traumberuf von Anfang an. Aber auch diejenigen, die später eingestiegen sind, geben an, mit dem Pflegeberuf ihren persönlichen Interessen zu folgen.

5.2.3 Monika Berger: Flucht in den Nachtdienst

Ein Praktikum offenbart das Interesse an der Arbeit mit alten Menschen

Monika Berger absolvierte ursprünglich eine Ausbildung zur Krippenerzieherin. Im Rahmen eines obligatorischen Praktikums während der Ausbildung fiel ihr auf, dass ihr die Arbeit mit älteren Menschen eigentlich mehr Spaß macht als die mit Kindern. Weil ihr Mann zu diesem Zeitpunkt allerdings gegen eine Umorientierung war, schloss sie ihre ursprüngliche Ausbildung dennoch ab. Nachdem sie für die Kindererziehung für einige Zeit aus dem Berufsleben ausgeschieden war, arbeitete sie in einer Küche. Dort erhielt sie die Chance, zu einem ambulanten Pflegedienst zu wechseln und ergriff sie. Rückblickend reflektiert sie:

„Na ja, also mein Vater hat immer gesagt, mit alten Leuten und Tieren hätte ich immer schon super gut gekonnt. Vielleicht ist mir das so ein bisschen- Ich bin

auch drei Jahre bei meiner Oma aufgewachsen. Vielleicht ja, hat mich das in meiner ganz frühen Kindheit auch sehr geprägt. Ich hatte ein gutes Verhältnis zu meiner Großmutter.“ (Int. Fr. Berger, Z. 28–31)

Als ihre Chefin sie fragte, ob sie sich vorstellen könnte, eine Ausbildung zur Pflegefachkraft zu machen, ergriff Monika Berger – trotz anfänglicher Selbstzweifel – die Chance und begann mit Anfang 50 nochmal eine Ausbildung. Während der Ausbildung wechselte sie in den stationären Bereich, weil sie Probleme mit den Knien hatte. Heute findet sie es schade, dass sie dort direkt wie eine Pflegehelferin eingesetzt worden war und sich relevante Fähigkeiten nebenher anschauen musste. Die Ausbildung hatte ihr im ambulanten Pflegedienst besser gefallen. Trotzdem brachte der Wechsel auch Vorteile mit sich. Beispielsweise waren ihr die hygienischen Bedingungen in den Privatwohnungen teilweise recht unangenehm. Außerdem fiel der Stress im Straßenverkehr weg. Leider wurde die Arbeit im Drei-Schicht-System mit der Zeit für Monika Berger immer belastender. Insbesondere in der Frühschicht litt sie unter der Fülle an Aufgaben, die häufig sehr viel Austausch mit anderen Gesundheitsdienstleistern, Angehörigen und Kolleginnen erforderten. Besonders als Schichtleitung war dieser Stress für sie kaum zu ertragen. Weiterhin berichtet sie, dass sie aus Angst zu verschlafen vor Frühdiensten unter Schlafstörungen litt. Als letzter Ausweg aus dieser für sie kaum erträglichen Arbeitssituation erschien ihr schließlich der Wechsel in den Dauernachtdienst. Hier sagten ihr die geregelteren und gleichmäßigeren Abläufe und der begrenzte Umfang an Aufgaben zu. Auch fühlt sich Monika Berger nachts weniger durch den Vorgesetzten überwacht. Mittlerweile arbeitet sie seit zweieinhalb Jahren in Vollzeit als Dauernachtwache.

„Ich habe mich dann wirklich auch ernsthaft gefragt, ob ich das noch lange aushalte. Und als dann die Möglichkeit bestand, in Nachtdienst zu gehen, habe ich gedacht, das probierst du jetzt. Und wenn du das geistig und körperlich gut verkraftest, dann machst du das jetzt einfach. Und ich mache das jetzt schon zweieinhalb Jahre und es geht mir gut damit.“ (Int. Fr. Berger, Z. 84–87)

In der Einrichtung, in der sie ihre Ausbildung gemacht hat, ist Monika Berger bis heute geblieben. Als wichtigsten Faktor nennt sie hier, dass sie durch die Nachtzuschläge und die Gehaltspolitik der Einrichtung gut verdient. Die Bezahlung kompensiert auch für unliebsame Aufgaben. Außerdem ergriff sie selbst Initiative, um ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern. Zusammen mit ihren Kolleginnen im Dauernachtdienst setzte sie sich dafür ein, dass sie nicht mehr als drei bis vier Schichten am Stück absolvieren müssen. Die kollektive Aktion war von Erfolg gekrönt. Generell stellt das Team für sie eine große Stütze dar. Besonders positiv hebt sie hervor, dass sich alle gegenseitig helfen und aufeinander verlassen können. Im Tagdienst hätte sie diese Hilfsbereitschaft nicht in gleicher Weise erlebt.

Holpriger Berufseinstieg

Gute Gehaltspolitik und Teamzusammenhalt

Eigeninitiative ergreifen

Es war jedoch nicht ausschließlich die Veränderung der Arbeitsumstände, die zur Verbesserung von Monika Bergers psychischen und physischen Gesundheit beigetragen haben. Sie betont, dass es wichtig sei „selbst mal Initiative [zu] ergreifen.“ (Int. Fr. Berger, Z. 307). So hat sie individuelle Strategien entwickelt, um mit Stress und Belastungen umzugehen. Neben der Raucherpause, bei der sie kurz Zeit findet, um in sich zu gehen, findet sie auch Entlastung durch Gespräche mit ihren Kolleginnen. Gemeinsam können sie sich über Probleme austauschen und Lösungen erarbeiten. Im privaten Bereich haben eine Fastenkur und die Umstellung auf eine überwiegend vegetarische Ernährung ihre Gelenkbeschwerden reduziert und sie achtet darauf, möglichst ausreichend Schlaf und Erholung zu bekommen. Doch trotz all der Vorteile des Dauernachtdienstes und der eigenen Bemühungen stellt Monika Berger fest:

„Und die Zeit ist auch in der Nacht nicht unendlich lang. Ja, das sind 2,5 Stunden, die du da wirklich, ich sage mal Akkordschiften dazu. Wenn man dann wirklich immer hofft, dass in der Zeit bitte auch irgendwas dazwischenkommt, kein Sturz käme, irgendein medizinischer Notfall, weil dann renne ich von der Arbeit weg.“ (Int. Fr. Berger, Z. 137–141)

Konflikt zwischen eigenem Anspruch und Praxis

Die enge zeitliche Taktung der Schichten zwingt Monika Berger in standardisierte Abläufe. Eignet sich ein ungeplanter Zwischenfall, sorgt das für Stress. Außerdem gerät sie hier in Konflikt mit ihrer eigenen Vorstellung davon, wie Pflege gestaltet werden sollte. Für sie ist Pflege mehr als reine medizinische und pflegerische „Versorgung“.

„Dass wir viel mehr sind als Putzfrauen und Reinigungskräfte. Und dass wir eigentlich so viele Berufsgruppen in einer Person bündeln müssen: Von medizinischer Pflege, über die Sterbebegleitung, über Kummerkasten [...]. Was wir für eine Arbeit leisten.“ (Int. Fr. Berger, Z. 396–400)

Was ihr eigentlich am Herzen liegt, ist sich Zeit nehmen zu können, um sich den Bewohnerinnen persönlich zuzuwenden. Sie ist der Überzeugung, dass Schmerzen oder Ängste und Sorgen nicht immer medikamentös behandelt werden können und dürfen.

„Es muss nicht immer eine Tablette sein und es hilft auch manchmal, einfach mal eine Viertelstunde mal zuzuhören oder mal einen Rat zu geben oder so. Also das ist für mich, für mich eigentlich in allererster Linie das was, was mir Freude gibt.“ (Int. Fr. Berger, Z. 158 ff.)

Bedeutsamkeit von Interaktionsarbeit

Leider führt das hohe Arbeitspensum dazu, dass ihr die Zeit für diese Art von Interaktion oft fehlt. Dazu berichtet sie aus ihrer Praxis: Eines Abends erzählte ihr eine Bewohnerin, die sonst eher unauffällig war, dass sie am liebsten aus dem Fenster springen würde. Die Bewohnerin hatte immense Schmerzen aufgrund eines Tu-

mors und deutete an, dass sie eigentlich mit ihrem Leben abgeschlossen hätte. Monika Berger ließ sich auf das Gespräch ein und versuchte der Frau die Angst vor dem Sterben zu nehmen.

„Und sie werden es nicht glauben. Die Frau ist eine Woche später tot gewesen. Sie ist ganz friedlich eingeschlafen. Und da denke ich immer, Das war gut, dass du dich da hingehetzt hast, dass du der Frau auch ein Stückweit die Angst genommen hast und mit ihr gesprochen hast. Und die war auch so dankbar und dann auch so froh, so glücklich. Also wollte nie mehr aus dem Fenster springen und die war wirklich, die hat sich nur fünfmal bedankt und sie sagt der hat, sie haben ja so sehr geholfen mit dem Gespräch, fand ich gut, also das macht meinen, das macht den Pflegeberuf aus für mich.“ (Int. Fr. Berger, Z. 181–187)

Die Offenheit für die Arbeit mit Sterbenden schlägt sich in ihren Wünschen zur beruflichen Weiterentwicklung nieder. Aktuell tauscht sie sich mit ihrem Sohn darüber aus, in seine Nähe zu ziehen. Sollte sie sich dafür entscheiden, würde sie einen Wechsel in die Palliativpflege anstreben. Den Pflegeberuf aufzugeben ist dagegen keine Option für sie. Eine Arbeit ohne Kontakt zu Menschen kann sie sich nicht vorstellen; ihr gefällt der Beruf an sich. Sie muss viele unterschiedliche Fähigkeiten mitbringen und die Bewohnerinnen zeigen sich sehr dankbar. Diese Anerkennung fehlt ihr allerdings gesamtgesellschaftlich. Sie hat den Eindruck, dass viele Menschen eher ein negatives Bild von der Pflege haben.

Für ihre Zeit nach der Rente könnte sie sich gut vorstellen weiterzuarbeiten, wenn es ihr gesundheitlicher Zustand zulässt. Darüber, sich im Ruhestand pflegepolitisch zu engagieren, hat sie bisher noch nicht nachgedacht. Sie formuliert ihr Empfinden, dass pflegepolitisches Engagement wirkungslos sei. Aber schließlich ergänzt sie, dass es „noch mal eine Überlegung wert“ (Int. Fr. Berger, Z. 612) wäre sich zu engagieren.

Die leichte Politikverdrossenheit, die hier zum Ausdruck kommt spiegelt sich auch in ihrer Bewertung der deutschen Pflegepolitik wieder. Dennoch hat Monika Berger sehr klare Vorstellungen davon, was sich verändern müsste. Pflege sollte nicht mehr profitorientiert sein, sondern staatlich organisiert. Pflegekräfte müssten besser bezahlt werden. Sie kritisiert, dass in den vergangenen Jahren vieles abgeschafft wurde, ohne entsprechenden Ersatz zur Verfügung zu stellen. Beispielsweise hätten Betreuungskräfte die Pflegekräfte stark entlastet, indem sie mit Menschen mit Demenz Wasch- und Anziehtrainings gemacht oder Essen angereicht haben. Auch der Zivildienst wurde abgeschafft, ohne Ersatz für die entstandenen personellen Lücken. Monika Berger ist davon überzeugt, dass die so entstandenen Arbeitsverdichtungen engagierte Pflegekräfte aus dem Beruf drängen.

Affinität für die Arbeit mit Sterbenden

Wahrgenommene Wirkungslosigkeit politischen Engagements

Pflege darf nicht profitorientiert sein

„Da werden die Leute krank und wenn ein MD kommt, dann wird trotzdem Tage vorher am Rad gedreht. Da werden die Leute aus dem frei geholt, damit das alles blitzt und blinkt und sauber ist und geputzt. [. . .] Und dann hinterher werden die Leute wieder wochenlang nicht mehr so gewaschen, so wie man es eben gerade schafft, weil man es nie schafft, weil einfach das Personal nicht da ist. Jetzt haben wieder vier gekündigt, die noch da sind. Die schlagen alle die Hände über dem Kopf zusammen und sagen Was soll denn da noch werden? Wie sollte das noch weitergehen? Ja, es werden immer weniger und immer weniger. Viele steigen auch wirklich richtig aus, nicht, weil sie den Beruf nicht mögen, weil einfach die merken, die können körperlich und geistig diesen Stress nicht mehr aushalten. Und das ist vor allen Dingen am Tag, das muss ich wirklich sagen. Deswegen bin ich auch in die Nacht geflüchtet.“ (Int. Fr. Berger, Z. 450–460)

Pflichtpraktika in der Pflege einführen

Ein Lösungsansatz wäre nach Monika Bergers Meinung, junge Menschen zu Praktika im sozialen oder pflegerischen Bereich zu verpflichten. Ein Anreiz könnte dabei ein Entgelt sein, das nur dann gezahlt wird, wenn die Praktikantin tatsächlich bei der Arbeit erschienen ist. Außerdem müssten sich staatliche Regularien hinsichtlich der Anrechnung des Gehalts auf bestimmte Leistungen, wie der Witwenrente, ändern, damit nicht die Personen „vergrault“ werden (Int. Fr. Berger, Z. 599), die noch arbeiten wollen.

Rassistische Untertöne

Der Einsatz von ausländischen Fachkräften dagegen ist für sie keine Lösung, sondern eher ein eigenes Problem. Ihrer Meinung nach ist es für die Bewohnerinnen eine Zumutung, wenn Pflegekräfte schlecht Deutsch sprechen. Die Option, die Sprachkenntnisse mit entsprechenden Kursen aufzubessern, scheint sie nicht zu sehen. Angesichts dessen, dass sie weiterhin angibt, dass die Bewohnerinnen und sie selbst sich um ausländische männliche Pflegenden herum unsicher fühlen würden, erscheint das Argument der fehlenden Deutschkenntnisse eher vorge-schoben. Anhand ihrer Ausdrucksweise lassen sich rassistische Untertöne heraushören.

„Warum kann man denn den Beruf nicht so attraktiv machen, dass das auch Deutsche sagen. Da gehe ich hin, da würde ich helfen.“ (Int. Fr. Berger, Z. 430 f.)

Entlastung durch neue Technologien möglich

Sehr deutlich positioniert sie sich zu verstärktem Einsatz von Technik und Digitalen. Hier sieht sie eine Chance für eine Entlastung in der Pflege. Roboter könnten beispielsweise die Lagerung schwerer Bewohnerinnen übernehmen oder Getränke aufs Zimmer bringen. Auch im Bereich der Dokumentation sieht sie Entwicklungsmöglichkeiten, um die pflegerische Arbeit zu erleichtern. Sie könnte sich gut vorstellen mit Tablets zu arbeiten und per Spracheingabe direkt im Bewohnerinnenzimmer zu dokumentieren. Beim Thema Dokumentation würde sie sich außerdem wünschen, dass mehr Vertrauen in die fachlichen Kompetenzen der Pflegekräfte gelegt würde, anstatt Prozesse zu standardisieren.

„Was meiner Meinung nach auch noch sehr erleichtern würde: In der Dokumentation, wenn wir arbeitsfähige Tablets hätten. Würden in das Zimmer reingehen, würden in dieses Tablets sprechen: „Frau Berger, auf dem Fußboden liegend aufgefunden, Kopf blutet, Verband mit...und und und.“ Und wenn ich wieder vorkomme, steht das im PC. Und ich nicht stundenlang damit verbringen müsste, irgendwelchen Mist abzuwickeln, den ich sowieso nicht mach. Ist ganz ehrlich, das sind Vorschriften, wo ich denke, wofür brauche ich die denn? Ich drehe keine Bewohner viermal in der Nacht im Bett herum. Wann soll der da schlafen, bitte schön.“ (Int. Fr. Berger, Z. 326–332)

Monika Berger ist davon überzeugt, auch ohne Lagerungsprotokoll bewerten zu können, ob und wie oft eine Bewohnerin in der Nacht gelagert werden muss. Es ist für sie unverständlich, dass Pflegekräfte angehalten sind, sehr ausführlich zu dokumentieren. Außerdem ist es ihrer Erfahrung nach beinahe unmöglich, wirksame Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe, wie Wechseldruckmatratzen, präventiv bewilligt zu bekommen. Die Matratzen bekommt sie immer erst wenn die Bewohnerinnen wund gelegen sind. Generell sei das Sozialsystem in Deutschland in „Schieflage“ (Int. Fr. Berger, Z. 375). Sie findet es ungerecht, dass die Bewohnerinnen so viel Zuzahlungen leisten müssen.

„Die Alten, die jetzt bei uns liegen, sag ich jetzt mal bewusst „die Alten“, die haben dieses Land aufgebaut, die haben all ihre Kraft und all ihr Geld in unserem Wohlstand in das Dasein reingesteckt, dass es uns jetzt gut geht. Und wir haben für die, was haben denn für die übrig? Also das finde ich erschreckend. Wir haben keine Zeit für die übrig. Ja. Und wenn sie was wollen, dann müssen Sie das selber bezahlen.“ (Int. Fr. Berger, Z. 367–371)

Als weiteren Ansatzpunkt für Verbesserungen sieht sie die Verordnungspraxis von Bedarfs- und Regelmedikation. Medikamente werden für jede Bewohnerin einzeln angeschafft. Besonders die Bedarfsmedikamente werden häufig nicht vor Erreichen des Mindesthaltbarkeitsdatums aufgebraucht, sodass sie gezwungen ist viele zu entsorgen. Eine Lösung wäre für sie eine Generalverordnung für alle Bewohnerinnen, zumindest was Bedarfsmedikamente angeht. Auch beim Richten der Medikamente erzeugt diese Praxis für Monika Berger einen organisatorischen Mehraufwand.

Im Bereich der häuslichen Pflege hält Monika Berger es für unabdingbar, dass pflegende Angehörige finanziell besser abgesichert werden. Sie findet es ungerecht, dass ein ambulanter Pflegedienst in der häuslichen Versorgung einen höheren Beitrag ausschöpfen kann, als eine Person, die privat pflegt. Ebenso wie im Bereich der professionellen Pflege wäre es außerdem wichtig, dass Hilfsmittel (z. B. ein elektrischer Rollstuhl) schnell und ohne große bürokratische Hürden genehmigt werden.

**Dokumenta-
tionsaufwand
abbauen**

**Generalver-
sorgung mit
Bedarfsmedi-
kamenten**

**Pflegende Ange-
hörige finanziell
besser absi-
chern**

5.2.4 Pflege als Zweitberuf

Statistik zur generalistischen Ausbildung

Im Laufe des Lebens den Beruf, sogar die Branche zu wechseln, ist nicht unüblich. Hinweise darauf, dass das auch im Pflegeberuf häufig vorkommt, lassen sich auch in einer Statistik zur generalistischen Ausbildung finden (Arend 2023): 2022 waren fast ein Fünftel derjenigen, die die Ausbildung begannen, 30 Jahre oder älter und es gab einige wenige, die die Ausbildung mit 50 Jahren oder älter begannen. In den Daten zeichnet sich außerdem ein Unterschied zwischen Ost und West ab; in den westdeutschen Bundesländern ist der Anteil der Späteinsteigenden im Vergleich höher. Diese Trends zeigen sich auch in unserem Sample, wobei wir sogar einen besonders hohen Anteil an Personen haben, die den Pflegeberuf als Zweitberuf ergriffen. Der Wechsel in die Pflege wird dabei oft als Verfolgen des eigentlichen Traumes bzw. Interesses eingeordnet. Doch auch weitere Erwägungen spielen bei den Entscheidungen eine Rolle.

Pflege als Zweitberuf vor allem für Männer

Vor allem die Männer unter den interviewten Pflegenden sind erst später in ihrem Berufsleben zur Pflege gekommen. Hr. Winkler studierte zuerst im geisteswissenschaftlichen Bereich und arbeitete einige Jahre lang in einer pflegefernen Branche. Als er dort aufgrund von Veränderungen in der Branche wie viele seiner Kolleginnen den Job verlor, schaute er sich nach einer sichereren Option um. Ersten Kontakt mit der Pflege hatte er zuvor schon über seine erkrankte Mutter machen können. Ihn interessierten vor allem die medizinischen Aspekte.

Hr. Sauer leistete nach seiner Ausbildung in einem Handwerksberuf Zivildienst in einem Pflegeheim. Dort arbeitete er zwar für kurze Zeit auch danach noch weiter, wechselte dann aber wieder in seinen ursprünglichen Beruf.

„Ich hatte die Berufsausbildung als [Handwerksberuf] und habe danach als Zivildienstleistender gearbeitet. Das waren damals 16 Monate. Und habe danach noch ein Dreivierteljahr, glaube ich, als Hilfskraft in der Einrichtung gearbeitet. [...] Also die hätten mich schon genommen, aber nur als Auszubildender. Und dann habe ich gesagt: Nee, ich habe schon eine Ausbildung, und das hätte auch keiner gezahlt. Also man muss ja von was leben. Und dann bin ich einfach wieder in meinen Handwerksberuf zurück und habe den dann [einige Jahre] gemacht.“ (Int. Hr. Sauer, Z. 19–26)

Ökonomische und weitere Gründe für den Wechsel in die Pflege

Viele Jahre später, als sein Betrieb in eine ökonomisch schwierige Lage kam und das Klima dort schlechter wurde, erinnerte er sich positiv an die Zeit im Pflegeheim zurück. So absolvierte er doch noch eine Ausbildung und später sogar ein Studium in der Pflege. Der Wechsel aus ökonomischen Gründen war bei den beiden Männern von dem Interesse begleitet, gerne mit Menschen arbeiten zu wollen. Hrn. Sauer gefiel außerdem schon während des Zivildienstes die Wertschätzung der Kolleginnen, die Eigenverantwortlichkeit beim Arbeiten und der Kontakt zu Menschen mit Pflegebedarf. Doch nicht nur für die interviewten Männer spielten

ökonomische Gründe eine Rolle beim Wechsel. Fr. Huber konnte nach ihrer Ausbildung als Friseurin nicht im Ausbildungsbetrieb weiterbeschäftigt werden. Also suchte sie nach Alternativen, absolvierte ein Freiwilliges Soziales Jahr im Pflegebereich und entschied sich dann für eine zweite Ausbildung. Fr. Sommer wollte ihre Arbeitslosigkeit beenden und kam so in Kontakt mit dem Pflegeberuf:

„Durch eine Freundin. Die hat das schon viele Jahre vorher gemacht. Allerdings in der Betreuung. Und die sagt immer, sie sieht mich da. Und dann war ich lange arbeitslos. Hab mich dann zur Betreuungskraft ausbilden lassen und habe während der Ausbildung gemerkt: Das reicht mir nicht. Und dann habe ich direkt im Anschluss, da waren zwei oder drei Tage war ich zu Hause und habe dann direkt weitergemacht zur Betreuungskraft und Pflegeassistentin nachher.“ (Int. Fr. Sommer, Z. 4–8)

Bei einigen Interviewten ereignete sich der Einstieg in die Pflege über das Arbeitsamt. Besonders bei Fr. Peters war das ausschlaggebend. Ihre Geschichte zum Einstieg in die Pflege beginnt mit der Wende, einem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Mutter verstarb, die sie zuvor gepflegt hatte. Sie ging in ein westdeutsches Bundesland und suchte dort Arbeit. Über das Arbeitsamt wurde ihr die Pflegeausbildung empfohlen, die sie aufnahm.

Als charakteristisch für den Pflegeberuf gelten u. a. zwischenmenschliche Kontakte, Empathie und soziales Engagement. Das Interesse daran ist auch bei der Entscheidung zu einer zweiten Ausbildung ein wichtiges Motiv. Ausschlaggebend sind aber darüber hinaus gehende Motivationen: Hr. Förster wollte mit der Aufnahme des Pflegeberufs zum einen seinem Interesse für internationale Kontakte folgen und gerne ins Ausland gehen. Als Pfleger, stellte er sich vor, böten sich ihm hier gute Möglichkeiten. Darüber hinaus langweilte ihn sein vorheriger Bürojob und er wollte sehr gerne mit Menschen arbeiten. Fr. Krämer hatte erst eine Ausbildung zur Hauswirtschafterin abgeschlossen. Das sagte ihr als Beruf allerdings nicht sonderlich zu. Über diese Ausbildung kam sie aber auf die Idee, dass ihr die Pflege gefallen könnte:

„Also das war folgendermaßen. Ich habe [Jahr] mit der Altenpflege Schule begonnen, weil ich vorher eine Hauswirtschaftslehre gemacht habe und dort ein Praktikum im Altenheim sechs Wochen gemacht habe. Und ich habe gedacht, das könnte doch was sein.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 17ff)

Für Fr. Rudkofski ist die Passung des Berufs zu den Interessen des Menschen ein besonders wichtiges Thema. Sie selbst war eigentlich ursprünglich gar nicht an der Pflege und der Arbeit mit älteren Menschen interessiert; sie war dem sogar eher abgeneigt. Zuvor hatte sie in der sowjetischen Ukraine Heilpädagogik studiert. Nach ihrer Migration als Kontingentflüchtling strebte sie erst die Berufsanerkennung in Deutschland an. Als sie im Zuge dessen ein Praktikum machen

**Weitergehende
Interessen
verfolgen**

**Pflege als un-
erwartetes
Interesse**

musste, stellte sie fest, dass ihr die Arbeit in der Tagespflege sehr gut gefiel. Sie beendete ihr Berufs Anerkennungsverfahren und begann eine neue Ausbildung zur Altenpflegerin. Als Pflegedienstleiterin ist sie nun sehr zufrieden mit dieser zweiten Berufswahl. Dass die Verfahren der Berufs Anerkennung ausländischer Abschlüsse die Ausübung des Pflegeberufs befördern, dürfte aber wahrscheinlich eine Ausnahme sein.

5.2.5 Die Rolle des traditionellen Familienbildes

Untergeordnete Priorität der eigenen Berufs- tätigkeit

Die Erwerbsbeteiligung von Frauen stieg in den letzten Jahrzehnten immer weiter an. Insbesondere Frauen der Baby-Boomer-Generation stellten sich zunehmend dem Arbeitsmarkt zur Verfügung (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Dieser Anstieg ist vermutlich auch damit zu erklären, dass einige von ihnen zuvor in großem Umfang im privaten Bereich die Kindererziehung und -betreuung übernahmen, die aufgrund des Erwachsenwerdens ihrer Kinder nicht mehr nötig war. In der Generation der Baby-Boomer bröckelt das Modell des männlichen Familienernähers bereits (Ehrlich und Vogel 2018). Doch nach wie vor wird die Erwerbstätigkeit der Frau der des Mannes nachgeordnet. Das betrifft einerseits Unterbrechungen der Anstellungsverhältnisse zur Kindererziehung. In den Interviews treten daneben weitere Konflikte zwischen den Interessen und Priorisierungen der Ehepartnerinnen zutage, die dazu führten, dass der Pflegeberuf erst auf Umwegen ergriffen werden konnte: So ging die Berufstätigkeit ihres Ehemannes der von Fr. Mayer vor. Sie und ihr Sohn zogen immer wieder mit um, als der Mann versetzt wurde. Die Art und Weise, wie sie darüber berichtet, lässt vermuten, dass sie sich in ihrer eigenen Lebensplanung evtl. übergangen sieht. Aber sie findet trotzdem eine Möglichkeit, ihren Lebensweg zu gestalten und entscheidet sich am neuen Wohnort für einen Wechsel in den Pflegeberuf:

„Es ist ganz witzig. Mein Mann wurde versetzt [...] Und ich musste ja dann mit. Mit dem Kind. Ja und dann bin ich in [Name Großstadt] gelandet [...]. Und dann habe ich gedacht, was machst du jetzt? Und dann habe ich gedacht, ich habe ja schon mal im Pflegeheim in [andere Großstadt] gearbeitet und aber als Beiköchin. Ich bin ja eigentlich Beiköchin, und ich wollte was Anderes machen. Und dann haben sie mich in [neuer Wohnort] vorgeschlagen, ob ich nicht in die Pflege, ob ich da Interesse hätte. Habe ich gesagt: Sehr gerne.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 4–10)

Traditionelle Rollenverteilung hinderlich

Fr. Berger absolvierte ihre erste Ausbildung zur Krippenerzieherin. Als sie im Rahmen eines Praktikums ihr Interesse an der Altenpflege entdeckte, verhinderte die traditionelle Rollenverteilung erst, dass Fr. Berger diesem Interesse nachgehen konnte und die Ausbildung zur Pflegekraft machte.

„Ich wollte mich dann zwischendurch bewerben, habe aber meinen Ehemann nicht davon überzeugen können, dass das... Ja, und dann ist das halt in Vergessenheit geraten. Und dann habe ich selber Kinder gekriegt.“ (Int. Fr. Berger, Z. 7 ff.)

Erst über Umwege konnte sie den Wunsch zur Ausbildung schließlich doch realisieren. Nachdem sie eine Zeitlang zugunsten der Kindererziehung nicht berufstätig war, nahm Fr. Berger diverse Jobs auf. Schließlich entstand über einen Kollegen dann Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst.

5.2.6 Die Rolle von (Vor-)Erfahrungen

Manche wenige der Interviewten arbeiten seit ihrer Ausbildung in der gleichen Einrichtung. Einige der Interviewten wechselten den Sektor – oft auf der Suche nach einer Beschäftigung, die besser zu ihren Interessen oder zu ihren Lebensumständen passt. Besonders viel Bewegung gab es bei Fr. Schneider, die seit kurzem in Rente ist: Sie wechselte mehrmals das Bundesland, absolvierte sehr viele Weiterbildungen, arbeitete zwar zumeist ambulant, aber auch in anderen Sektoren. Sowohl Unzufriedenheit mit Arbeitgebern als auch private Gründe führten zu diesen Wechseln.

„Dadurch konnte ich überall mal reinschnuppern und habe so vom stationären, ambulant, Behindertenbereich, hab alles so, alles mal mitgemacht und weiß wo die Schwerpunkte lagen oder was wichtig ist für diesen Beruf oder bzw. für die Menschen, die sich, denen ich begegnet bin, die ich kennengelernt habe, mit denen ich gearbeitet habe, mit denen ich ein Stückchen auch gelebt habe. Also war eine schöne Zeit.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 144–148)

Interessant ist, dass alle Interviewten außer Fr. Böhm von Vorerfahrungen oder ersten Kontakten mit der Pflege berichten, bevor sie die Entscheidung trafen, eine Ausbildung aufzunehmen. Die Erfahrung sozialer Verantwortungsübernahme in Kindheit und Jugend wird als maßgeblicher Einfluss für die Wahl sozialer Berufe ausgemacht (Klie 2024 im Erscheinen). Die Bedeutung der persönlichen Erfahrung des Pflegeberufs spiegelt sich auch in der häufig geäußerten Forderung, vermehrt Praktika oder ein verpflichtendes soziales Jahr einzuführen (siehe 6.4.5 Pflegepolitische Ansichten). Der erste Kontakt mit der Pflege scheint für sie eine Art schicksalsprägende Erfahrung zu sein: Nachdem sie den Beruf einmal kennengelernt hatten, mussten sie ihn einfach lieben. Nicht immer führte der Weg direkt in die Pflege – und natürlich haben wir nur mit denjenigen gesprochen, bei denen die Entscheidung für die Pflege letztlich positiv ausgefallen ist; es mag auch einige geben, die nach einer ersten Erfahrung der Pflege den Rücken kehren. Die persönliche Erfahrung scheidet die von der Pflege begeisterten von jenen, die nichts mit ihr anfangen können. Doch auch von den Interviewten spielten einige bereits

Sektorenwechsel für besseres Passungsverhältnis

Prägende Vorerfahrungen in der Pflege

mit dem Gedanken, die Pflege zu verlassen. Die Berufszufriedenheit Pflegenden ist gering, und sogar noch geringer ist ihre Arbeitszufriedenheit (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) 2022). Eine Fragestellung im Rahmen dieser Interviewstudie lautete daher, was die Pflegekräfte letztendlich doch zum Verbleib im Beruf bewegt. Das hat viel mit ihrem beruflichen Selbstverständnis zu tun. Darauf soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

5.3 Der Blick auf den Pflegeberuf

Was Pflegekräfte bewegt, insbesondere, was sie besonders belastet, ist gut untersucht. Besonders gesundheitliche Belastungen stechen hervor – am häufigsten sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Ursache dafür sind körperliche Tätigkeiten wie bspw. Heben und Tragen, häufiges Arbeiten im Stehen oder Arbeiten in Zwangshaltungen. Auch Atemwegserkrankungen aufgrund der hohen Exposition gegenüber Krankheitserregern kommen sehr häufig vor. Daneben sind psychische Erkrankungen häufig die Ursache für lange Krankschreibungen und auch die Muskel-Skelett Erkrankungen sorgen für besonders lange Ausfälle/Fehlzeiten (Rothgang und Müller 2021; Techniker Krankenkasse 2019; Drupp und Meyer 2020; Knieps und Pfaff 2022). Auffallend stark stellen sich die Belastungen im Bereich der Altenpflege dar (Rothgang und Müller 2021).

Daneben tauchen in der Literatur häufig Belastungsfaktoren auf, die mit einer geringen Personalausstattung einhergehen: Kurzfristiges Einspringen bzw. schlecht planbare Dienstzeiten sowie Arbeitsverdichtung und Zeitdruck. Das Gefühl, den Menschen mit Pflegebedarf nicht gerecht werden zu können steigt (Auffenberg und Heß 2021; Breinbauer 2020; Höld et al. 2020) und fördert somit die psychische Belastung im Beruf. Darüber hinaus trägt ein empfundenes Fehlen von Anerkennung – gesellschaftlich als auch von Seiten der Leitungsebenen – zum Belastungsempfinden bei (Breinbauer 2020; Melzer 2020; Auffenberg und Heß 2021).

Für Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte – d. h. Personen, die entweder selbst oder deren Eltern von außerhalb Deutschlands migriert sind – bestehen weitere Belastungsfaktoren. Gemessen am Anteil an der Gesamtpopulation sind Personen mit Migrationsgeschichte überproportional häufig in der Altenpflege vertreten, in der Gesundheits- und Krankenpflege hingegen etwas unterrepräsentiert (SVR 2022). Sie machen mehr unbezahlte Überstunden, haben häufiger das Gefühl, keine Zeit für Besprechungen mit Kolleginnen zu haben und berichten seltener von Gesprächen mit Vorgesetzten. Sie fühlen sich weniger von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen wertgeschätzt und verweisen häufiger auf Kritik und sogar Gewalt, die ihnen entgegengebracht wird. Je niedriger ihre formale Qualifikation, desto schwieriger gestaltet sich ihre Situation (Theobald 2018).

Neben Belastungen gibt es auch Faktoren, die die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Arbeitsverhältnis erhöhen. Einer davon ist die Reduktion der Arbeitszeit in Teilzeitarbeitsverhältnissen (Auffenberg und Heß 2021). In einer Studie von (Höld et al. 2020) stellten sich vor allem die folgenden Kriterien hinsichtlich der Berufszufriedenheit als relevant dar:

1. Zusammenarbeit mit Kolleginnen,
2. Leitung,
3. Work-Life Balance,
4. Arbeitszeit,
5. Zeit für Patientinnen,
6. Einkommen und
7. Möglichkeiten zur Weiterbildung.

Trotz Personalengpässen, Stress und den genannten Belastungsfaktoren schaffen es einige Pflegenden auch, die Zufriedenheit mit ihrem Beruf aufrecht zu erhalten. Selbstgesetzte hohe Standards einhalten zu können sowie ein gutes Verhältnis und Austausch mit Kolleginnen und Leitung tragen dazu bei (Höld et al. 2020; Schmidt 2017). Dass Pflege ein gesellschaftlich höchst relevanter Beruf mit vielen sozialen Elementen ist, trägt darüber hinaus zu Sinnstiftung bei (Schroeder 2018).

5.3.1 Claudia Mayer: Pflegen mit Herz

Claudia Mayer wuchs in der DDR auf und absolvierte eine Ausbildung zur Beiköchin. Weil ihr Ehemann beruflich bedingt oft umziehen musste, wechselte sie ebenfalls mit ihm häufig den Wohnort. Mit den Umzügen waren auch Wechsel der Arbeitsstelle verbunden. Schließlich erhielt sie im Rahmen einer Bewerbung bei einer Küche das Angebot stattdessen in der Pflege anzufangen. Das Angebot nahm Fr. Mayer an und arbeitet nun seit mehr als 20 Jahren dort. Eine zweite Ausbildung machte sie nicht, dafür aber diverse gerontologische Weiterbildungen. Obwohl sie das Renteneintrittsalter bereits überschritten hat, ist sie weiterhin beruflich aktiv. Ohne die Arbeit würde ihr etwas fehlen.

Auch wenn der Wechsel in die Pflege sich eher aus ihren Lebensumständen ergeben hat, gelingt es Claudia Mayer, sich die Veränderung anzueignen. Ihre Begeisterung für pflegerische Tätigkeiten leitet sie aus Erfahrungen aus ihrer Jugend ab. Als sie eine junge Frau war, verstarb ihr Vater unter großen Schmerzen an einer Krebserkrankung. Ihr jetziger Beruf bietet ihr, im Gegensatz zu der Hilflosigkeit in ihrer Jugend, die Möglichkeit, Menschen zu helfen und sich dadurch als selbstwirksam zu erleben:

Möglichkeit zur Selbstwirksamkeit

„Und da habe ich gesagt Nee, da will ich was machen. Ich muss was Anderes machen, Nicht in der Küche sitzen. Nein, ich will helfen. Und damit es den bessergeht. Und wenn die einem sagen, die haben Schmerzen und so das kann ich immer sagen Ja, die kriegen was. Ja, sie müssen keine Schmerzen haben.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 46–49)

Emotionale Bindung zu den Bewohnerinnen

Der Kern von Pflege ist für Claudia Mayer das Emotionale und die Beziehungen zu den Bewohnerinnen. Diese Charakteristika sieht sie insbesondere in der Altenpflege und grenzt diese deutlich zur Pflege im Krankenhaus ab: Dort liegt Fr. Mayers Meinung nach der größte Aufwand in der Behandlungspflege. Die Versorgung der Patientinnen ist nur von kurzer Dauer. Sie formuliert es folgendermaßen: „Reingelegt und fertig“, (Int. Fr. Mayer, Z. 286). Im Umkehrschluss ist es dort auch nicht möglich, eine enge emotionale Bindung zu den Patientinnen aufzubauen. Im Pflegeheim ist laut Fr. Mayer das Gegenteil der Fall. Es ist das Zuhause der Bewohnerinnen und die Pflegekräfte begleiten sie dort Tag und Nacht bis an ihr Lebensende. Im Verlauf des Interviews betont sie immer wieder: Für sie ist der Pflegeberuf einer, den man nur mit Herz machen kann. Laut Fr. Mayer muss eine Pflegekraft ihren Beruf lieben und gerne zur Arbeit kommen.

„Die merken das ja auch. Die Bewohner, sie merken das ja auch, wenn man schlecht drauf ist, oder?“ (Int. Fr. Mayer, Z. 246 f.)

Kritik am Einsatz von Leihkräften

Wer diesen engen emotionalen Bezug nicht aufbauen kann oder will, erbringt nach diesem Verständnis von Pflege qualitativ schlechtere Arbeit. Vor diesem Hintergrund kritisiert Fr. Mayer den Einsatz von Leihkräften im Bereich der Pflege: „Die machen nur ihre Arbeit und gehen. Also da kann man keinen Bezug aufbauen.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 103).

Dieser fehlende emotionale Bezug führt laut Frau Mayer dazu, dass Leihkräfte stärker an starren Strukturen festhalten und Abläufe weniger an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen ausrichten. Ihrer Erfahrung nach nehmen sie beispielsweise keine Rücksicht darauf, wie lange Bewohnerinnen wirklich schlafen wollen, sondern wecken sie alle recht früh, wie sie es aus dem institutionellen Zusammenhang gewöhnt sind. Sie betont, dass ihre Kolleginnen und auch sie selbst alle gerne zur Arbeit kommen und bereits langjährig bei der Einrichtung beschäftigt sind. Daher müsse ihre Einrichtung auch kaum Leihkräfte nehmen.

Einrichtung als zweites Zuhause

Generell wirkt sie sehr zufrieden mit ihrer Arbeitsstelle. Es gefällt ihr, dass das Haus einen Garten hat und sie ist begeistert von den unterschiedlichen Angeboten, die die Bewohnerinnen nutzen können. Für sie selbst ist die Arbeit ihr „zweites Zuhause“ (Int. Fr. Mayer, Z. 182). Besonders schätzt sie die familiäre Atmosphäre. Gerne führt sie Gespräche mit den Bewohnerinnen und ist dankbar dafür an ihrem Leben teilhaben zu können. Sie fühlt sich auf der Arbeit sogar so wohl, dass sie Weihnachten immer in der Einrichtung verbringt.

Auch in ihrem Team und mit ihrer Leitung fühlt sie sich sehr wohl. Das gemeinsame Ziel ist es, den Bewohnerinnen zu einer möglichst hohen Lebensqualität zu verhelfen. Die Zusammenarbeit ist von gegenseitiger Hilfsbereitschaft geprägt. Wenn mal eine Kollegin ausfällt, ist es nicht schwer, Ersatz zu finden. Die Leitung achtet dann darauf, dass die Person, die eingesprungen ist, an anderer Stelle länger frei bekommt.

Sowohl bei der Leitung als auch bei den Mitarbeitenden stehen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen an oberster Stelle. Dieses gemeinsame normative, übergeordnete Ziel begünstigt den konstruktiven Austausch, bei welchem alle Beteiligten ihre Perspektiven einbringen dürfen:

„Wenn jetzt die Leitung sagt: [Claudia], wir müssen das so und so. Ja, mache ich. Ich probiere es aus. Wir probieren es so und dann kann man sie sich immer noch zusammensetzen und sage: Also das funktioniert nicht. Wir müssen uns eine andere Strategie einfallen lassen oder so, aber meistens, meistens kommen wir auch immer auf einen guten Nenner.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 200–204)

Außerdem empfindet Claudia Mayer es als Bereicherung, dass ihr Team mittlerweile international aufgestellt ist. Fehlende Sprachkenntnisse erlebt sie dabei nicht als Problem, weil immer eine Person da ist, die Deutsch spricht und helfen kann. Mit der Unterstützung des Teams verbessern die internationalen Kolleginnen ihre Deutschkenntnisse während des Arbeitens.

„Und was auch mir gefällt bei uns im Haus, wir sind international geworden also, und wir setzen uns auch zusammen und sprechen dann, wie ihre Kultur ist, wie sie kochen und das ist auch schön. Also muss ich echt gestehen, hätte ich früher nie gedacht. Aber jetzt habe ich gedacht, och haben wir tolle Mitarbeiter.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 121–124)

Probleme wie Personalmangel oder Arbeitsverdichtungen nimmt sie in ihrer Einrichtung bisher nicht wahr. Dies seien eher Herausforderungen von größeren Häusern. Das führt sie darauf zurück, dass dort die Kommunikation nicht gut funktioniert. Die allgemein sehr große Zufriedenheit mit ihrer Einrichtung zeigt sich auch daran, wie sehr sich Claudia Mayer mit ihrer Einrichtung identifiziert:

„Also bei uns geht's noch. Nein, woanders... Sonst würden die Heime nicht draußen, die Schilder draußen hängen, dass die alle Personal suchen. Und bei uns kommen sie alle wegen Mundpropaganda, weil wir so gut sind.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 393–396)

Um die Herausforderungen der Pflege in den kommenden Jahren zu meistern, sieht Claudia Mayer die Verantwortung vor allem bei den Einrichtungen bzw. beim Personal selbst.

Bedürfnisse der Bewohnerinnen stehen an erster Stelle

Internationalität als Bereicherung

Hohe Identifikation mit der Einrichtung

Weniger schimpfen, mehr miteinander reden

„Wenn ich manche manchmal so höre im Fernsehen, dass die alle über die Pflege schimpfen. Und so da denke ich immer Kinders, so schlimm? Nee, wirklich, so schlimm ist es doch gar nicht. Ihr müsst nur, ihr müsst nur eure Strukturen ändern. Ihr müsst mehr reden miteinander.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 186–189)

Bezahlung politisch adressieren

Die Politik sieht Frau Mayer trotzdem in der Pflicht. So müsste insbesondere das Thema Bezahlung politisch adressiert werden. Wenn die Bezahlung sich verbessern würde, wäre es ihrer Meinung nach auch leichter, Personal zu finden. Durch die bessere Vergütung würden neue Arbeitskräfte Arbeit an den Wochenenden eher hinnehmen. Trotzdem betont sie nach dieser Aussage nochmals, dass es nicht ausreicht, den Beruf „aus Geldgründen“ zu machen (Int. Fr. Mayer, Z. 230). Sie ist der Meinung, dass die Personen, die ihren Beruf lieben, auch seltener ausfallen. Um Personen aus der jüngeren Generation für den Beruf zu gewinnen, müsse der Beruf attraktiver werden. Wie diese Attraktivitätssteigerung aussehen könnte, führt sie nicht weiter aus.

Keine Auseinandersetzung der Angehörigen mit dem Altern

Alternative Versorgungskonzepte, wie Pflege-WGs oder ähnliches, hält sie nicht für eine Lösung. Insbesondere dann nicht, wenn diese Versorgungsformen ein großes Engagement der Angehörigen voraussetzen. In ihrem Arbeitsalltag erlebt sie seitens der Angehörigen kaum Bereitschaft, sich in die Versorgung ihrer Eltern einzubringen. Im Gegenteil: Die meisten setzen sich kaum mit altersbezogenen Themen auseinander. Die Begründung, die sie häufig zu hören bekommt ist, dass den Angehörigen dafür die Zeit fehlt. Für Claudia Mayer ist das unverständlich.

„Die Angehörigen? Sehr schwierig. Weil die Angehörigen. [...] Also die setzen sich gar nicht mit dem Thema Demenz oder Altersheim auseinander. Das merken wir ja schon, wenn sie reinkommen. Also die Angehörigen müssen sich mehr informieren. Wenn ich manchmal sage: „Sie müssen auf so eine Kontaktbörse mal gehen „Was heißt Demenz?““, [...] Dann gucken die mich an: „Ja [Claudia]. Dafür haben wir keine Zeit.“ Ich sage: Das ist doch Ihre Mutter!“ (Int. Fr. Mayer, Z. 265–270)

Auch gesamtgesellschaftlich besteht zu wenig Interesse, sich mit Pflege und älteren Menschen auseinanderzusetzen. Fr. Mayer kritisiert weiterhin, dass insbesondere die Altenpflege durch die Medien falsch dargestellt oder „totgeschwiegen“ (Int. Fr. Mayer, Z. 282) würde. Pflege wird lediglich charakterisiert durch „waschen, Essen reichen, mehr nicht.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 283). Die mediale Repräsentation enttäuscht sie. Für Claudia Mayer ist Pflege viel mehr.

Enttäuschende mediale Repräsentation Fehlende Hingabe der jüngeren Generation

Auch gegenüber der jüngeren Generation ist Claudia Mayer eher skeptisch. Sie geht davon aus, dass sich „ganz gewaltig“ etwas ändern wird, wenn ihre Generation in Rente geht (Int. Fr. Mayer, Z. 252). Es wird dann sehr schwierig werden. Sie befürchtet, dass die jüngere Generation „keinen Bock“ (Int. Fr. Mayer, Z. 257) hat, an Wochenenden und Feiertagen zu arbeiten. Sie erlebt bei den Jüngeren nicht

diese starke emotionale Bindung, die sie und ihre Kolleginnen zu den Bewohnerinnen und ihrer Arbeit haben. Dies identifiziert sie als fehlende Leidenschaft für den Beruf. In ihrer Funktion als Praxisanleiterin versucht sie dieser Tendenz der Jüngeren etwas entgegenzusetzen. Ihr Ratschlag für die jüngere Generation lautet:

„Wie würdet ihr eure Eltern pflegen? [...] ab morgen gucke ich und ihr macht wie [ihr eure] Mutter pflegt oder [euren] Vater. So möchte ich das heute sehen.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 345–349)

Nicht nur bei der jüngeren Generation vermisst sie die Hingabe für die älteren Menschen. Fehlenden Respekt vor Älteren identifiziert sie auch in der Art und Weise, wie Gesundheitsleistungen in Deutschland gewährt werden. Frau Mayer empfindet es als ungerecht, dass die Bewohnerinnen so viele Zuzahlungen leisten müssen oder lediglich begrenzte Leistungen erhalten. Dabei hätten die Bewohnerinnen in ihrem Leben schon sehr viel für Deutschland getan. Als Beispiel für die ungerechte Pflegeleistungspolitik nennt sie hier die teilweise unzureichende Kostenübernahme für Inkontinenzmaterialien, obwohl der jeweilige Bedarf der Bewohnerinnen ihr größer erscheint. Auch hinsichtlich der Pflegegrade ist sie unzufrieden. Besonders die Bedarfe von Menschen mit Demenz werden ihrer Erfahrung nach nicht korrekt abgebildet. Der Versorgungsaufwand ist in der Praxis in der Regel größer als die entsprechende Einstufung. So können manche Pflegebedürftige zwar zum Teil alleine Essen oder Trinken, sind dabei aber kontinuierlich auf Anleitung angewiesen und benötigen daher eigentlich genauso viel direkte Unterstützung. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Personalplanung. Würden mehr Bewohnerinnen in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden, könnte die Chefin auch mehr Personal einstellen.

Ungerechte Gewährung von Gesundheitsleistungen

Wie lange sie selbst noch weiterarbeiten wird, kann Fr. Mayer im Moment nicht sagen. Das kommt auch auf ihren Gesundheitszustand an. Um den ist sie stets bemüht. Sie macht regelmäßig Sport und nutzt auf der Arbeit nach Möglichkeit die Hilfsmittel, die ihr dort zur Verfügung stehen. An ein pflegepolitisches Engagement möchte sie sich allerdings nicht mehr heranwagen. Über ihren Beruf und pflegerelevante Themen würde sie zwar gerne diskutieren, aber für die Politik sei sie nicht ausreichend „bewandert“ (Int. Fr. Mayer, Z. 308).

5.3.2 Das Verständnis von Pflege

Im Rahmen der Interviewstudie wurden die Teilnehmenden gebeten zu beschreiben, was den Pflegeberuf für sie ausmacht. Sie sollten darauf eingehen, was sie in ihrer täglichen Arbeit besonders schätzen und welche Aspekte – personenbezogen und institutionell – besonders wichtig für sie als Pflegekräfte sind. Die Antworten auf diese Fragen zeigen uns, welche Perspektiven sie auf den Pflegeberuf einnehmen. Die im Folgenden beschriebenen Verständnisse von Pflege stellen

keine trennscharfen Typen dar. Vielmehr können verschiedene Verständnisse von Pflege bei einer Person gleichzeitig (ggf. auch situationsbezogen) vorhanden sein und mal mehr oder weniger stark ausgeprägt sein.

5.3.2.1 „Pflege ist mehr“: Abwechslungsreichtum im Pflegeberuf

**Pflegende
lehnen ein-
seitige, nega-
tive Bericht-
erstattung ab**

Seit Jahren ist die mediale Repräsentation der Pflege geprägt von einseitigen Berichten über schlechte Arbeitsbedingungen und Personalknappheit. Ein Umstand, der dem Image des Pflegeberufs geschadet hat (Maier et al. 2023) und der von einigen Interviewten stark kritisiert wird. Die Pflegekräfte bemängeln zwar im Rahmen der Interviews häufig selbst ihre Arbeitsbedingungen, legen aber trotzdem Wert darauf, dass der Pflegeberuf für sie mehr als das ist. Immer wieder betonen verschiedene Interviewteilnehmende, dass gerade die soziale Komponente der Pflege für ihr Berufsverständnis von großer Bedeutung ist.

„Die sagen ja immer waschen und füttern. Und so ist es nicht. Es ist viel mehr. Man ist ja in der Familie mit drin. Die erzählen einem ja ihr ganzes Leben. Und das ist so interessant, weil ich noch mehr lernen kann, [...] wie sie gewesen sind, wie sie gelebt haben. Und man ist mit in der Familie mit drin und die ganzen Angehörigen sind ja auch ganz toll.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 37–40)

**Der soziale
Aspekt macht
Pflege attraktiv**

Frau Mayer distanziert sich mit dieser Aussage ganz klar von einem Pflegeverständnis, das sich ausschließlich auf die körperliche Versorgung von Menschen bezieht. Sie schätzt es, die Bewohnenden des Pflegeheims mit ihren unterschiedlichen Biografien und im Kontext ihrer familiären Zusammenhänge kennenzulernen. Das macht den Pflegeberuf für sie abwechslungsreich und attraktiv. Ein Aspekt, den einige andere Interviewteilnehmende ebenso benennen. Ob in der Klinik, im Pflegedienst, im Pflegeheim oder im Hospiz, jeden Tag setzen sich die Pflegekräfte mit unterschiedlichen Menschen und ihren Geschichten, Eigenheiten und Bedürfnissen auseinander. Trotz den durch das Schichtsystem vorgegebenen Aufgaben und Routinen sorgt der Faktor Mensch dafür, dass kein Tag dem anderen gleicht. Oliver Hartmann führt diesen Gedanken noch weiter aus. Für ihn zeigt sich der Abwechslungsreichtum der Pflege in den verschiedenen Dimensionen pflegerischer Tätigkeiten.

„Wir begegnen jeden Tag neuen Menschen, mit neuen Sorgen, mit neuen Gedanken, aber auch mit neuen Ideen, mit neuen Wünschen und mit neuen Vorstellungen. Und dieses in mehrfacher Form. Jeden Tag. Und das macht unseren Beruf so interessant und abwechslungsreich. Es gibt eine Fülle von Diagnosen, es gibt eine Fülle von sozialen Beziehungen, die Menschen mitbringen. Und wenn man den vertrauensvollen Kontakt mit den Patienten sucht, dann ist jeder Tag völlig neu. Obwohl Routine, Handeln sich ja immer wieder wiederholt.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 92–98)

Hier deutet sich bereits an, dass der Abwechslungsreichtum nicht ausschließlich ein attraktivitätssteigernder Faktor ist – der Arbeitsalltag nicht eintönig ist, sondern auch eine Herausforderung darstellt. Es gibt nicht nur einen großen Umfang an fachpflegerischem Wissen, auch mit einem breiten Spektrum an menschlicher Eigenart müssen Pflegekräfte täglich umgehen. Silke Schneider ist Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes und kennt diese Anforderung aus ihrem Team nur zu gut.

„Und dann noch die schwere Arbeit, von Patient zu Patient, sich einzustellen, was der will. Auf jede Psyche. Auf jede Gewohnheit. Der andere hat drei Waschlappen, der eine braucht bloß einen Waschlappen, wechselt's aber jeden Tag, der andere nimmt überhaupt keine. Das sind solche, solche Sachen, die, die müssen die Mitarbeiter lernen und sie müssen sich damit auseinandersetzen. Es ist schon schwer. Also Pflege ist schwer.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 478–483)

Letztendlich kann der Abwechslungsreichtum auch in Belastung umschlagen. Neben morgentlichen Krankmeldungen, die auch in anderen Berufssparten auftreten können, beschreibt Herr Sauer eine Ungewissheit, die darin begründet liegt, dass sich menschliches Leben häufig der Planbarkeit entzieht. Bestehende Routinen können durch Notfälle oder sich verändernde Bedürfnisse in Frage gestellt werden. Dieser Umstand verlangt von den Pflegenden alltäglich Flexibilität. Jürgen Sauer war vor seiner pflegerischen Tätigkeit in einem handwerklichen Beruf tätig und beschreibt seine Erfahrungen folgendermaßen.

„Aber das ging halt von Montag bis Freitagmittag. Ja, das war immer die gleiche Struktur. Also da war der Stressfaktor auch manchmal hoch, wenn es zeitlich nicht hingehauen hat oder so, aber das war alles planbar. [...] Und in der Pflege ist es halt, wenn ich früh in die Arbeit komme: Ich weiß nie, was mich erwartet. [...] Wir wissen nicht und das fängt banal natürlich bei Krankmeldungen an oder andere Dinge, die zu erledigen sind, womit man nicht gerechnet hat. Und das, das ist schon ein Stressfaktor, das muss man aushalten.“ (Int. Hr. Sauer, Z. 181–187)

Die Zeit- und Personalknappheit, die sich in den vergangenen Jahren noch weiter zugespitzt hat, verschärft diese Situation ungemein. Die Pflegekräfte erleben immer mehr, dass sie keine Zeit für „Außerplanmäßiges“ haben. So beschreibt Monika Berger beispielsweise, dass sie konstant unter Druck steht und hofft, dass sie die Aufgaben, die in ihrer Schicht anstehen, überhaupt bewältigen kann.

„Ich meine man muss nicht in jedem Zimmer was machen, Aber ich sage jetzt mal gut ein Drittel, die dann nachts gepampert werden müssen. Ja, also da hast du schon- Und die Zeit ist auch in der Nacht nicht unendlich lang. Ja, das sind 2,5 Stunden, die du da wirklich- ich sage mal „Akkordschiften“ dazu. [...] [Und man hofft dann immer], dass in der Zeit bitte auch [nicht] irgendwas dazwischen-

Die Pflege unterschiedlicher Menschen ist herausfordernd

Pflege erfordert ein hohes Maß an Flexibilität

Arbeitsverdichtungen machen Flexibilität beinahe unmöglich

kommt, kein Sturz käme, irgendein medizinischer Notfall, weil dann renne ich von der Arbeit weg.“ (Int. Fr. Berger, Z. 136–141)

Pflegende wollen sich Zeit für Gespräche nehmen können

Bezeichnend für den Zeitdruck ist, dass Frau Berger einen genauen Ablaufplan für ihre Schicht zu haben scheint. Stürze oder medizinische Notfälle sind hier nicht eingeplant und allein der Gedanke an diese Ereignisse löst bei ihr Stress aus. Auffallend ist, dass sie sich so ausdrückt, als wären diese Ereignisse nicht Teil ihrer Arbeit. Obwohl sie an anderer Stelle im Interview beschreibt, dass es ihr eigentlich wichtig ist, sich Zeit zu nehmen, sich auch mal zu einer Bewohnerin ans Bett setzen zu können und ihr zuzuhören. Dies weist darauf hin, dass sie dieser durchgetakteten Arbeitsweise zwar gerne entkommen würde, aber – zumindest teilweise – die Maxime einer möglichst effizienten Zeitnutzung unter knappen Personalressourcen verinnerlicht hat.

5.3.2.2 Ökonomisierung und das Ethos der Fürsorge

Viel Arbeit und Zeitdruck

Monika Berger ist nicht die einzige Interviewpartnerin, die von Arbeitsverdichtungen und Personalmangel berichtet. Bis auf eine Person sprechen alle Interviewten davon, dass ihr Berufsalltag sich seit dem Beginn ihrer Tätigkeit in der Pflege deutlich verändert hat. Die allgemeine Wahrnehmung zeichnet sich dadurch aus, dass eine größere Arbeitslast unter immer stärkerem Zeitdruck bewältigt werden soll. So spricht Thomas Winkler beispielsweise von ständigem „Stress, Durcheinanderhetze[n] [und] Hektik“ (Int. 12, Z. 95). Auch bei Christine Köhler ist diese Frustration deutlich spürbar, wenn sie den Arbeitsmodus heute mit dem von Früher vergleicht:

„Ja, man hat viel mehr Zeit gehabt für die Menschen, also für die Bewohner, die in so einer Einrichtung leben. Man konnte sich denen viel mehr widmen, man konnte viel mehr zuhören, für die da sein und so. Und heute ist alles so schnell, schnell, schnell. Also gerade das Nötigste und dann schon wieder zum nächsten weiter. Dass eigentlich, wie gesagt, der alte Mensch auf der Strecke bleibt, das ist fast wie eine Aufbewahrungsstation.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 58–62)

Pflege unter diesen Arbeitsbedingungen ist unmenschlich

In Frau Köhlers Wahrnehmung ist eine „menschliche Pflege“ unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen eigentlich gar nicht mehr möglich. Es kann nur noch „das Nötigste“ geleistet werden, wobei sie vermutlich auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Personen mit Pflegebedarf rekurriert. Der Mensch wird dadurch zwangsweise auf seine ihm zugestandenen Grundbedürfnisse reduziert und nicht mehr ganzheitlich mit allen Sorgen und Nöten und in Beziehung zu anderen Menschen wahrgenommen. Durch diese Reduktion würden die Pflegebedürftigen gewissermaßen entmenschlicht. Diese von Frau Köhler wahrgenommene Entmenschlichung kritisiert sie, indem sie ihren Arbeitsort nicht als Pflegeheim bezeichnet, sondern als „Aufbewahrungsstation“. Eine vergleichbare Metapher verwendet auch Thomas Winkler:

„Ja, dass [...] was ich eigentlich als oberstes Dings- nämlich sozusagen Intuition, Hand und Herz, dass einem das da gründlich abtrainiert wird. Es ist mehr oder weniger Fabrikarbeit. Das sind aber so Erfahrungen, die ich in allen Einrichtungen gemacht habe. Das Finanzielle steht an erster Stelle.“ (Int. Hr. Winkler, Z. 95–98)

Seiner Meinung nach führen die Rahmenbedingungen dazu, dass er als Pflegekraft dazu gezwungen wird, sein pflegerisches Handeln unter die Maxime der Profitmaximierung zu stellen. Er selbst wünscht sich dagegen, sein Handeln nach den Bedürfnissen der Bewohnenden ausrichten zu können. Viele der interviewten Pflegekräfte kritisieren eine hauptsächlich betriebswirtschaftliche, profitorientiert ausgerichtete Arbeitsorganisation, weil diese der Funktionslogik von Sorgearbeit entgegensteht (Klie et al. 2021) Die Arbeitsorganisation im Bereich der Pflege sollte, laut Oliver Hartmann, der ein Hospiz leitet, sich nach den Bedürfnissen der Personen mit Pflegebedarf ausrichten und gleichzeitig die Bedürfnisse der Mitarbeitenden nicht aus den Augen lassen.

Stumpfe Standardisierung ist keine Lösung

„Was nutzt es den uns Anvertrauten? Nützt es was? Ja oder nein? Und die zweite Frage Hat es einen Nutzen für unsere Mitarbeiter? Ja oder nein? Und wenn eine der beiden Fragen mit Nein beantwortet werden musste, dann sollte man nach einer Alternative suchen. Und ich befürchte, dass das tatsächlich nicht mehr passiert. Man versucht alles in irgendein Schema rein zu pressen und es geht nicht. Der Pflegeberuf ist auch nach wie vor ein Beruf, der viel persönliche Zuwendung verlangt. Man kann nicht alles automatisieren.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 510–515)

Für Marion Sommer war die Wahrnehmung dieser Diskrepanz so belastend, dass sie mit ihrer Leitung in den Konflikt gegangen ist.

„Dann habe ich gesagt- ich sage wissen Sie [Name der Leitungsperson], wenn Ihnen das alles nicht passt, dann müssen Sie mich kündigen. Ich sage, ich scheid auf das Zeitmanagement. [...] Ich sage, ich arbeite mit Menschen, die kann ich doch zeitlich nicht takten.“ (Int. Fr. Sommer, Z. 74–77)

Auffallend ist, dass die Pflegekräfte an diesem Punkt wie gelähmt erscheinen. Sie lehnen die profitorientierte Funktionslogik ab und wünschen sich mehr Zeit für Beziehungsarbeit. Das Hervorheben der Beziehungsebene erscheint beinahe trotzig und lässt sich als Akt des Aufbegehrens gegen das System interpretieren. Der Fokus auf die zwischenmenschlichen Aspekte verhindert allerdings, dass die Pflegekräfte die Organisations- und Systemebene nicht in ihre Reflektion miteinbeziehen. Genau dahingehend fehlt es der Pflege an Strukturen und Prozessen. Die individuelle Frustration kann dadurch nicht in reflektiertes, kollektives Handeln umgesetzt werden (Klie et al. 2021). Klie et al. (2021) bezeichnen diese Haltung, die stark auf die interpersonellen Beziehungen fokussiert ist, als „Ethos der Für-

Das Ethos der Fürsorge blockiert Handlungsfähigkeit

sorge“ (S. 16). Die Entstehung eines solchen Verständnisses von Pflege wird durch Defizite in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften begünstigt. Der Fokus dieser Bildungsangebote bleibt verstärkt auf der individuellen Ebene, während organisationale Bezüge und vernetztes Handeln eher in den Hintergrund treten (ebd., S 26). Das Resultat sind fehlende Handlungsmöglichkeiten und schlussendlich Frustration und Resignation. Eine Frustration, die auch bei Heiko Förster spürbar ist.

„Also, wo ich angefangen habe vor fünf Jahren, da konnte man mit den Leuten noch „Mensch-ärgere-dich-nicht“ oder sonst irgendwas spielen. Ja, mit denen, die noch irgendwie fit waren. [...] Heutzutage kann man überhaupt nicht mehr dran denken. Ja, man muss schauen, dass man die Leute- In dem Rhythmus [...] von der Arbeitsschicht her das machen, was zu machen ist. Wobei ist auch da eben, wenn man nur zu zweit ist auf Station muss man Abstriche machen und das ist eine absolut unbefriedigende Situation.“ (Int. Hr. Förster, Z. 318–323)

Aufopferung zur Kompensation struktureller Probleme

An Heiko Försters Zitat lässt sich die These vom Ethos der Fürsorge noch vertiefen. Die Autoren gehen davon aus, dass Pflegekräfte in der Vergangenheit Selbstwirksamkeitserfahrungen häufig bei solchen Aufgaben gemacht haben, die über das hinausgehen, wozu die Pflegekräfte fachlich und institutionell verpflichtet sind. Durch die zunehmende Kommerzialisierung im Bereich der Pflege wird Effizienzsteigerung mehr und mehr zum handlungsleitenden Grundsatz. Die Pflegekräfte haben dadurch nicht mehr die Zeit für Aufgaben wie bspw. Brettspiele oder das Vorlesen von Zeitungen. Dies führt entweder dazu, dass die Pflegekräfte resignieren und die Personen mit Pflegebedarf weniger Zuwendung bekommen, oder dass sie durch Aufopferung strukturelle Problemlagen kompensieren (Klie et al. 2021). Eine Zuspitzung findet diese Problematik in der folgenden Aussage von Martina Böhm:

„Ich erinnere mich noch an die Coronakrise, wo alle versprochen haben, es ändert sich was für die Pflege. Und was hat sich geändert? Eigentlich nichts. Ich sehe da noch alle in der Talkshow sitzen. Ja. Da hatten sie Angst wir kommen nicht mehr oder so, weil sie uns keine Masken zur Verfügung stellen konnten. Und ja, und? Geändert hat sich nichts. Wir wären immer gekommen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 318–322)

Der Ethos der Fürsorge führt zu politischer Ohnmacht

Sogar angesichts fehlender Ressourcen zum effektiven Infektionsschutz sind die Pflegekräfte während der Corona-Pandemie zur Arbeit erschienen. Hier zeigt sich auch ein Gefühl von Ohnmacht gegenüber politischen Strukturen, welches ebenfalls durch das „Ethos der Fürsorge“ begünstigt wird (Klie et al. 2021).

5.3.2.3 Pflege als Berufung

Bereits beim Bewerbungsgespräch für ihre Ausbildung wird Manuela Kaiser von ihrer zukünftigen Chefin darauf hingewiesen, dass sie sich auf ein großes Arbeitspensum einstellen muss.

„Ich war ja damals 17 Jahre alt und [die Heimleiterin] hat gleich zu mir gesagt, also, dass Schichtarbeit das A und O ist. Wenn andere zur Disco gehen, [...] gehe ich zur Arbeit oder wenn andere von der Disco kommen, dann gehe ich halt auch zur Arbeit. Das ist ein Rundumprojekt und man möchte sich das wirklich überlegen, ob man da, ob man diesen Beruf ausüben möchte oder nicht. Ich brauchte nicht lange, weil ich immer schon sozial war, selbst in der Schule, und habe gesagt: Das ist mein Ding.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 14–19)

Der Pflegeberuf wird ihr gewissermaßen als Lebensaufgabe präsentiert, der sie sich vollumfänglich verschreiben muss. Von der Heimleiterin so als ‚normal‘ dargestellt, wirkt dieses Verständnis des Pflegeberufs als Berufung unausweichlich. Diese Vorstellung schreckt Frau Kaiser damals nicht ab. Im Gegenteil: Sie beschreibt sich als „immer schon sozial“ und kann sich mit der geforderten Arbeitshaltung gut identifizieren. „Sozial“ sein bedeutet, vor dem Hintergrund der Worte der zukünftigen Chefin, die eigenen Bedürfnisse, beispielsweise nach Freizeit, hinter den Anforderungen des Berufs zurückzustellen. Manuela Kaiser bettet die Berufswahl durch diese Art und Weise des Erzählens in ihre Identitätsnarration ein. Das Fazit: Man – oder besser gesagt frau – muss für diesen Beruf gemacht sein. Auch Kirsten Pfeiffer wählt ähnliche Worte, als sie darum gebeten wird, einen Rat an die nachfolgende Generation von Pflegekräften zu formulieren.

„Aber ich finde, das ist schon so ein bisschen eine Berufung einfach und man sollte nie so die Liebe zu diesen Menschen da verlieren. Und ja, diese Empathie, die da nötig ist für den Beruf.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 452–454)

Im Duden findet sich die folgende Definition für das Wort „Berufung“: „besondere Befähigung, die jemand als Auftrag in sich fühlt“ (Duden 2024). Die Befähigung wäre in diesem Fall das „sozial sein“, „liebvoll sein“ oder auch „empathisch sein“. Durch das (angenommene) Vorhandensein dieser Befähigung fühlen sich die Interviewten beauftragt, den Pflegeberuf zu ergreifen. Auch in anderen Interviews finden sich ähnliche Formulierungen. So meint Christine Köhler, dass eine gute Pflegekraft „sehr sozial eingestellt“ (Int. Fr. Köhler, Z. 323–324) sein sollte. Und Marion Sommer ist überzeugt davon, dass es in der Pflege das Wichtigste sei, mit „Herz und Seele“ dabei zu sein (Int. 7, Z. 45, Z. 135). All diese Pflegekräfte benennen stereotyp weibliche Attribute, wenn sie darum gebeten werden, ihr Verständnis von Pflege darzulegen. Sorgearbeit wurde, historisch gesehen, vorwiegend durch Frauen im familiären Bereich geleistet. So hat sich gesamtgesellschaftlich das Stereotyp entwickelt, dass Frauen die beschriebenen Attribute aufgrund ihres Geschlechts bereits mitbringen würden und von Natur aus besser für diese Auf-

**Der Pflegeberuf
ist identitäts-
stiftend**

**Pflege als weib-
liche Berufung**

gaben geeignet seien als Männer. Die vermeintlich weiblichen Fähigkeiten führen dann gewissermaßen zu einer Verpflichtung eben diese Aufgaben zu übernehmen (Tronto 2015). Auch Silke Schneider schließt sich dieser Erzählung an, ist sich aber bewusst, dass dieses Verständnis von Pflege auch Potenzial hat, den Pflegekräften zu schaden.

„Es war erstmal ein Beruf, den nicht jeder machen wollte und konnte. Und mir war es irgendwo in die Wiege gelegt. Und da die Chance zu nutzen und sagen, ich mache es gerne. Es ist für mich eine Lebensaufgabe, es ist in mir drin und ein Stückchen, so ein Stückchen Helfersyndrom, glaube ich, braucht jeder, um in diesem Beruf tätig zu sein. Man muss nur gucken, dass man nicht krank wird davon.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 169–173)

Weiblicher Beruf mit altruistischem Selbstverständnis

Sie folgt dem Narrativ der Pflege als Berufung. Frau Schneider beschreibt, ähnlich wie Manuela Kaiser und Kirsten Pfeiffer, dass ihr die Fähigkeit zum Pflegen bereits „in die Wiege gelegt“ war und sie diese „Chance“ als Auftrag wahrnimmt, den Pflegeberuf auszuüben. Ihrer Meinung nach ist es notwendig, ein „Stückchen Helfersyndrom“ mitzubringen, um im Bereich der Pflege tätig zu sein. Überspitzt gesagt benötigen Pflegekräfte ein krankhaftes („Syndrom“) Bedürfnis danach, sich selbst aufzuopfern, um im Feld der Pflege bestehen zu können. Frau Schneider erkennt selbst, dass diese Einstellung zur Arbeit dazu führen kann, dass Menschen krank werden. Diese Problematik spiegelt sich unter anderem darin wider, dass Angehörige der Pflegeberufe deutlich mehr Krankheitstage im Jahr verzeichnen als Angehörige anderer Berufsgruppen (siehe Lewin in diesem Report). Der häufigste Grund zur Krankschreibung sind dabei psychischen Erkrankungen (Techniker Krankenkasse 11.05.2023). Sie weist hier auf ein Pflegeverständnis hin, das sich historisch entwickelt hat. Der Pflegeberuf hat sich unter kirchlicher Trägerschaft zwar professionalisiert, die weiblichen Stereotype haben sich im Rahmen dieser Professionalisierung aber weiterhin institutionalisiert. Das Ergebnis: Pflege ist ein „weiblicher Beruf“, der heute zwar nicht mehr ausschließlich von Frauen ausgeführt wird, dessen altruistisches Selbstverständnis aber nach wie vor von naturalistisch-weiblichen und kirchlich-karitativen Normen geprägt ist (Klie et al. 2021).

„Für andere da sein, einfach helfen können und unterstützen können, was ja eben zu Hause nicht geleistet werden kann, wenn die ins Heim kommen, dass dann jemand da ist, einfach. Das ist ganz schön. [...] Ja, erfüllt mich.“ (Int. Fr. Peters, Z. 59–62)

Altruismus als Risikofaktor für Ausbeutung

Dieses Verständnis von Pflege macht Pflegekräfte aber nicht nur vulnerabel für gesundheitliche Folgeschäden, sondern auch für strukturelle und materielle Ausbeutung. Altruismus ist mit Selbstlosigkeit verbunden. Altruistisches Handeln zeichnet sich dadurch aus, etwas für die Gemeinschaft zu tun, ohne eine Gegenleistung zu erwarten beziehungsweise erwarten zu dürfen. Barbara Peters gibt an, dass der Pflegeberuf sie erfüllt. Von einer Tätigkeit erfüllt zu sein impliziert, dass

die erfüllte Person ganz und gar zufrieden mit dieser Tätigkeit ist. Das erschwert es, Grenzen zu setzen und für die eigenen Bedürfnisse einzustehen. Im beruflichen Kontext kann dies zu Selbstausbeutung führen, weil die Distanz fehlt, sich gegen ausbeuterische Rahmenbedingungen auszusprechen, geschweige denn sich gegen sie zu wehren. Diese Dynamik zeigt sich auch bei Claudia Mayer. Sie vermutet, dass Pflegekräfte besser bezahlt werden müssten, damit künftig wieder mehr Menschen den Beruf ergreifen würden, ergänzt aber:

„Aber man muss den Job auch lieben, man muss den nicht aus Geldgründen machen, man muss den wirklich lieben und dann kommt man wirklich.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 229–231)

Die Personen, die den Beruf nicht ausreichend lieben, sind in diesem Verständnis von Pflege auch nicht dazu in der Lage, ihn durchzuhalten. Wer den Beruf nicht liebt, hält dieser Logik nach nicht lange durch. Auch hier zeigt sich erneut die Tendenz, schlechte Rahmenbedingungen mit Aufopferung zu kompensieren und moralisch an Einzelpersonen zu appellieren, anstatt für sich einzustehen und die Rahmenbedingungen zu kritisieren.

Ein anderer Interviewteilnehmer dagegen positioniert sich hier schon etwas deutlicher. Thomas Winkler ist als Pflegekraft in einem Altenheim tätig. Er arbeitet in Teilzeit, um mit dem Beruf auch die Pflege seiner Mutter vereinbaren zu können. Wie viele andere Pflegekräfte auch hat er viele Überstunden und das Gefühl, häufig in seiner Freizeit durch die Arbeit eingeschränkt zu sein. Er wünscht sich ein „normales Arbeitsverhältnis“, „wo man seine Lebenszeit [...] dem Arbeitgeber zur Verfügung stellt und dann eben auch seine Freizeit hat.“ (Int. Hr. Winkler, Z. 74–76). Auffallend ist dennoch, dass auch Personen, die selbst die Rahmenbedingungen kritisieren und nicht nur hinnehmen, weiterhin altruistische Tendenzen in ihrem Pflegeverständnis aufweisen. So betont auch Heiko Förster, der sehr unzufrieden mit den Rahmenbedingungen ist, dass die eigentliche Bezahlung für die Tätigkeit in der Pflege nicht monetärer Art ist, sondern in Form von Wertschätzung und Anerkennung gewährleistet wird (siehe 6.4.2 Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs).

„Die Arbeit an sich [macht] wirklich viel Spaß [...]. Die Belohnungen abseits [...] von Geld größer ist, als wenn man zum Beispiel nur in einer Fabrik arbeitet oder in einem Büro, weil man eben mit Menschen zu tun hat. Und wenn man da über Menschen positives Feedback und Wertschätzung empfangen kann, ist das für mich eine der größten Entlohnungen.“ (Int. Hr. Förster, Z. 539–542)

5.3.2.4 „Pflege gehört in professionelle Hände“

Spätestens seit Verabschiedung des Pflegeberufegesetzes (PflBG, 2017) und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV, 2018) wird seitens des Gesetzgebers ein Berufs- und Pflegeverständnis verbindlich gemacht, welches

Individualisierung struktureller Probleme

Auch kritische Pflegende zeigen altruistische Tendenzen

Pflege ist eine Profession

den Pflegeberuf als eigenständige Profession mit spezifischen Aufgaben versteht (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) 2020). Auch in den Interviews lassen sich Hinweise auf ein professionelles Verständnis von Pflege finden. Eine Pflegekraft, die nach einem solchen Verständnis von Pflege handelt, vereint „wissensbasiertes Regelwissen und hermeneutisches Fallverstehen zur Aushandlung von Zielen und Maßnahmen mit dem zu Pflegenden.“ (Kämmer und König 2023).

Die im vorangegangenen Abschnitt beschriebene Fokussierung einiger Pflegekräfte auf „sozial eingestellt sein“ als Grundkompetenz einer guten Pflegekraft, lässt sich vor dem Hintergrund eines professionellen Pflegeverständnisses nochmal anders einordnen. Sozialkompetenz wird hier zur notwendigen Ergänzung von pflegfachlichem Handeln. Irina Rudkofski verdeutlicht das am Beispiel der Medikamentenlehre:

„Es ist total Sozialkompetenz, weil man ja man kann ja zum Beispiel Medikamentenlehre so gut wissen wie keine mehr. Aber wenn man keine Empathie hat, dann bringt das auch nichts.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 436–437)

Ohne Empathie wird Fachwissen nutzlos

Frau Rudkofskis Aussage lässt sich vor dem Hintergrund eines professionellen Pflegeverständnisses so einordnen, dass es nicht ausreicht, herausragende pflegfachliche Fähigkeiten zu haben (wissensbasiertes Regelwissen). Darüber hinaus müsste eine Pflegefachkraft empathisches Einfühlungsvermögen herausgebildet haben, um das fachlich notwendige mit dem Notwendigen im Einzelfall abzugleichen (hermeneutisches Fallverstehen). Nur wenn beide Wissensformen Hand in Hand gehen, sei es professionelles Handeln (Kämmer und König 2023). Was sich auch an diesem Verständnis professioneller Pflege zeigt, ist der seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017 eingetretene Paradigmenwechsel in der professionellen, pflegerischen Haltung. Im Fokus der Pflegenden stehen nicht mehr die Defizite, sondern die Fähigkeiten der Personen mit Pflegebedarf (Kämmer und König 2023).

„Wichtig ist einfach, von Mensch zu Mensch, in Situationen, wo der andere einfach Hilfe braucht, [...] ihnen nicht immer den Spiegel vors Gesicht zu halten, so du bist alt und krank, sondern [...] Sie können noch das und das [...] und das ist wichtig, also die Stärken aufzuzeigen. Dass er nicht mehr kann und dass er krank und alt ist, das weiß er alleine. Aber die andere Seite zu zeigen und sagen, ich bin nur da für das, was sie nicht können. Das andere können sie alleine und ich begleite Sie ein Stück. Und es gab auch viele Menschen, die das sehr gerne angenommen haben. Aber es gab auch viele Menschen, die das nicht annehmen konnten. Auch das muss man akzeptieren und respektieren.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 185–192)

Anschlussfähig ist hier das Konzept der lebensweltorientierten Pflege (Kämmer 2015). Silke Schneider ist davon überzeugt, dass Pflege nicht bedeutet, die Perso-

nen mit Pflegebedarf zu bevormunden, sondern ihre Autonomie zu respektieren. Pflegerisches Handeln muss sich im Umkehrschluss an der Individualität und am Wohlbefinden der Pflegebedürftigen ausrichten. Pflege dient hierbei als Unterstützung dabei, ein möglichst selbstbestimmtes Leben aufrecht zu erhalten und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, um das zu kompensieren, was die Menschen mit Pflegebedarf nicht mehr alleine schaffen (Kämmer und König 2023).

Lebensweltorientierte Pflege für ein selbstbestimmtes Leben

In § 5 PflBG wird genau dieses Professionsverständnis als Orientierungsrahmen für die Ausbildung neuer Pflegekräfte zugrunde gelegt. Mit dem Pflegeberufegesetz wurde unter anderem auch die generalistische Pflegeausbildung eingeführt. In Zuge dessen wurde auch das Pflegeverständnis, welches der neuen Gesetzgebung zugrunde liegt, auf alle Altersgruppen ausgeweitet (Weidner 2021). Dieses altersgruppenübergreifende Pflegeverständnis wird von den Interviewteilnehmenden unterschiedlich vertreten. Sabine Huber ist gelernte Altenpflegerin und in einem ambulanten Pflegedienst tätig. Trotz ihrer einschlägigen Ausbildung ist es für sie eine Bereicherung, mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen zusammenarbeiten zu können.

Das neue Pflegeverständnis ist altersgruppenübergreifend

„Ich hatte eine Patientin zu betreuen, die war zu der Zeit gerade mal Anfang 40 mit MS und lag im Bett. Pflegefall. Konnte nur Kopf, Hände bewegen und sprechen und es hat mich sehr beeindruckt, wie sie mit allem mit ihrer Krankheit umging. [...] Ja, es gibt halt auch viele jüngere Menschen, die es betrifft und nicht nur alte Leute. Das ist sehr abwechslungsreich und ja, es war halt von allem, was dabei, von allen Altersklassen.“ (Int. Fr. Huber, Z. 25–30)

Doch nicht alle Pflegekräfte teilen diese Ansicht. Für Kirsten Pfeiffer sind Alten-, Kinder- und Krankenpflege grundsätzlich verschiedene Dinge.

Alten-, Kinder- und Krankenpflege sind grundverschieden

„Also was ist zum Beispiel die Ausbildung, dass die geändert wurde? Dass jemand jetzt Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in einem lernt, finde ich schon mal Quatsch. Altenpflege kann man mit Kinder- oder Krankenpflege überhaupt gar nicht vergleichen. Das ist was ganz anderes.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 280–283)

5.3.2.5 Vorbehaltsaufgaben und Qualifikation

Eine weitere relevante Änderung, die auch die Pflegeverständnisse beruflich Pflegender berührt, ist die Einführung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege. Der Gesetzgeber beabsichtigte mit dieser Neuerung unter anderem, den Pflegeberuf aufzuwerten, indem Qualifikation und Verantwortung miteinander verwoben werden (Deutscher Bundestag 2016). Zunehmende Verantwortung scheint allerdings, insbesondere angesichts der angespannten Personalsituation in vielen Einrichtungen nicht für alle Pflegekräfte von Interesse zu sein.

Qualifikation und Verantwortung zur Aufwertung des Pflegeberufs

„Für mich kommt es nicht in Frage, weil ich sehe, was Fachkräfte- [...] Ich meine, ich habe nur eine einjährige Krankenpflegehelfer-Ausbildung. [...] Hab mich natürlich oft gefragt setze ich jetzt noch eine 2-jährige Ausbildung drauf, ich könnte das Jahr verkürzen, dann noch auf gut zwei Jahre. Aber nachdem was ich gesehen habe, was die Fachkräfte alles machen müssen- und die Verantwortung. Es war mir ehrlich gesagt zu viel. Auch jetzt, wenn ich jetzt sehe, wie die Fachkräfte, gefordert werden, auch in der jetzigen Personalsituation. Bin ich froh ehrlich gesagt mit meinem Stand wo ich jetzt bin. Und dabei hat man weit genug Arbeit.“ (Int. Hr. Förster, Z. 181–188)

Qualifikationsniveaus sollen zukünftig die Arbeitsorganisation bestimmen

Daneben führt die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben auch gezwungenermaßen zu einer Umstrukturierung der Arbeitsorganisation (Klie und Krautz 2021a, 2021b). Diese soll sich im Bereich der stationären Langzeitversorgung zukünftig an den Qualifikationen der Mitarbeitenden einer Organisation ausrichten (Kämmer und König 2023). Dazu wurden acht Qualifikationsniveaus (QNs) festgelegt. Personen, die Qualifikationsniveau 4 (Pflegefachkraft mit dreijähriger Ausbildung) zugeordnet werden, sollen verstärkt organisatorische, planerische und fachpflegerische Aufgaben übernehmen und delegieren Aufgaben der Grundpflege an Personen aus den Qualifikationsniveaus 1–3. Die Ablehnung gegenüber organisatorisch-planerischen Tätigkeiten war für Heiko Förster ein weiterer Grund, sich nicht zur Fachkraft weiterzubilden.

„Aber einfach die ganzen bürokratischen Arbeiten und die Kollegen, [die] am Computer hängen. [...] Und damals dann im Krankenhaus erlebt. Die Fachkräfte werden mehr und mehr rausgenommen aus der Basispflege. Und das ist zum Beispiel ein Punkt, wo ich nicht mitkomme.“ (Int. Hr. Förster, Z. 204–208)

Herr Förster ist nicht der einzige Interviewteilnehmer für den Planen, Bürokratie und Dokumentation am Computer eher leidige Aufgaben darstellen. Vergleichbar äußert sich Kirsten Pfeiffer.

„Und was viele Kollegen genauso wie ich halt auch sagen, man müsste für die ganzen Bürotätigkeiten, man müsste einfach Schreibkräfte, Stationssekretärin oder so was es wirklich die paar Leute, die noch so mit Leib und Seele pflegen und auch Spaß daran haben, dass die sich auch wirklich aufs Pflegen konzentrieren können und nicht noch Zeit am Schreibtisch vergeuden. Ich weiß, dass die Schreibtischarbeit wichtig ist, aber da sollte man doch Leute hinsetzen, die das gelernt haben, die das auch dementsprechend so machen, wie der MDK [Anmerkung: Medizinische Dienst der Krankenversicherung; seit 2019 nur noch Medizinischer Dienst (MD)] das gerne lesen möchte und wie es auch richtig ist und nicht Leute, die eigentlich viel lieber pflegen möchten, weil es hat ja seine Gründe, warum man überhaupt in den Pflegeberuf gegangen ist.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 220–228)

Generell scheinen organisatorische und planerische Aufgaben bei den Interviewten eher unbeliebt zu sein. Der Wunsch nach weniger Bürokratie und Dokumentation klingt auch bei den Interviewten an, die Dokumentation prinzipiell als sinnvoll erachten. Hier scheint vor allem der Umfang ein Problem darzustellen. Inwiefern diese Einstellungen bei der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens (PeBeM) zu Hindernissen werden, wird sich zeigen.

**Pflegende
wünschen sich
weniger Zeit am
Computer und
mehr am Bett**

Ein weiterer Kritikpunkt an der stärkeren Aufgabenverteilung zwischen Fach- und Hilfskräften kommt von Frau Rudkofski. Sie empfindet es, insbesondere angesichts des Fachkräftemangels, als unpassend, dass erfahrene Hilfskräfte nicht mehr Aufgaben übernehmen dürfen, um dadurch Fachkräfte zu entlasten.

„Und deswegen haben wir Fachpersonalmangel, weil jede kleine Leistung jetzt quasi nur von Fachkraft durchgeführt werden darf. Das ist das Problem. Wieso kann diese Insulininjektion eine, die ich zum Beispiel delegiert habe, die seit zehn Jahren im Beruf ist und ich gucke, dass sie das richtigmacht. Und manchmal nicht gelernte Kräfte machen das besser als diejenige, die ungern diese Ausbildung gemacht haben, nur um etwas zu machen.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 387–391)

Auch an anderer Stelle gibt es Unzufriedenheit mit dem aktuellen Umsetzungsstand der Vorbehaltsaufgaben. Die Hoffnung, mit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben u. a. eine Stärkung des Berufsstandes, z. B. gegenüber Ärztinnen zu erreichen, scheint bisher unerfüllt zu bleiben:

**Heilkundeüber-
tragung würde
Arbeitsaufwand
verringern**

„Diese, diese Vorbehalts-Geschichten, die gehören eigentlich auf den Prüfstand. Weil- mal übertrieben- aktuell ist es so, wenn Sie heute einem Patienten Abführmittel geben, dann muss ich den Arzt anrufen und sagen der Patient hat heute halt auch keinen Stuhlgang. Darf ich ihm was geben? Das ist einfach lächerlich. Wenn ich eine 3-jährige, umfassende Ausbildung habe, jetzt aktuell mit der neuen Ausbildungsform, dann kann ich das selber entscheiden. Das kostet auch nur Ressourcen.“ (Int. Hr. Sauer, Z. 299–305)

Gerade hier lägen aber, nach Herr Sauers Meinung, Potenziale, um Arbeitsabläufe für die Fachkräfte zu erleichtern. Durch das Pflegekompetenzgesetz, das in der 20. Legislatur erarbeitet und verabschiedet werden soll, könnten diese von Herrn Sauer benannten Fragen aufgegriffen werden (Klie 2024).

5.3.3 Christine Köhler: Traumberuf Pflege – trotz starker Belastung

Christine Köhler kam schon früh in ihrem Leben mit dem Pflegeberuf in Kontakt, was ihre Entscheidung, Krankenpflegerin zu werden, maßgeblich prägte:

**Erstkontakt über
die Familie**

„Na, dadurch, weil ganz viele damals aus meiner Familie eh schon im Gesundheitssektor gearbeitet haben, habe ich mich schon frühzeitig interessiert. Ich war viel bei meiner Mutti mit auf Arbeit, sie war Krankenschwester und so. Ja und dann- ich wollte nie was Anderes werden.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 5 ff.)

**Exmatrikulation
aus politischen
Gründen mit
langfristigen
Auswirkungen**

Sie begann ein Fachschulstudium in der ehemaligen DDR, wurde aber aus politischen Gründen exmatrikuliert. Im Anschluss an die gezwungenermaßen abgebrochene Ausbildung hatte Fr. Köhler Schwierigkeiten eine Stelle zu finden, da staatliche Einrichtungen sie nicht annahmen. Schließlich fand sie eine Stelle in einem Pflegeheim eines kirchlichen Trägers. Ihre Ausbildung konnte sie nicht abschließen. Das wirkt sich bis heute aus: Zwar wird in der Praxis anerkannt, dass sie als Krankenpflegerin fachlich qualifiziert ist und übt daher die gleichen Tätigkeiten wie eine examinierte Fachkraft aus. Allerdings erhält sie ein geringeres Gehalt als diese. In der Einrichtung arbeitet Fr. Köhler nun schon seit über dreißig Jahren. Es gefällt ihr gut dort, denn sie mag die Bewohnerinnen und hat ein „tolles Team“. Der soziale Aspekt ihres Berufs ist ihr überaus wichtig. So nennt sie als Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen:

„Na, für mich hat immer Priorität: Ich würde gerne soziale Kontakte haben, ich würde gerne Menschen helfen wollen und Menschen kennenlernen.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 17 f.)

**Menschlichkeit
leidet unter Res-
ourcenknapp-
heit**

Danach gefragt, was für sie den Pflegeberuf ausmacht, antwortet Fr. Köhler: „Also für mich steht an oberster Priorität Menschlichkeit.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 45 f.). Konkret bedeutet das für sie, dass sie den alten Menschen mit Pflegebedarf noch einen schönen Lebensabend bereiten kann. Allerdings sieht sie die Realisierung dieses Anspruchs an ihren Beruf schon seit Jahren beeinträchtigt. Aufgrund von knappen finanziellen Ressourcen findet sie, sind Pflegeheime nicht mehr wirklich ein gutes zu Hause und sie würde selbst nicht in einem Pflegeheim leben wollen.

„Das war damals, als ich angefangen habe in dem Beruf, völlig anders. Aber heute? Mhm [verneinend]. [...] Man hat viel mehr Zeit gehabt für die Menschen, also für die Bewohner, die in so einer Einrichtung leben. Man konnte sich denen viel mehr widmen, man konnte viel mehr zuhören, für die da sein und so. Und heute ist alles so ‚schnell, schnell, schnell‘. Also gerade das Nötigste und dann schon wieder zum nächsten weiter. Dass eigentlich, wie gesagt, der alte Mensch auf der Strecke, bleibt, es ist fast wie eine Aufbewahrungstation. Also ich habe jedenfalls höhere Ansprüche, wenn ich mal alt bin. Ich erwarte schon, und gerade wenn man sich die Kostensätze anguckt was heute ein Pflegeheim kostet, dass ich dafür auch was wiederkriege. Ja, und nicht nur sage ich mal, satt sauber und so.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 55–65)

Nicht deshalb allerdings, sondern aus gesundheitlichen Gründen spielte Fr. Köhler mit dem Gedanken, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Aufgrund von verschiedenen Krankheiten, u. a. einer Krebserkrankung, musste sie sich bereits einigen Operationen unterziehen und hat noch weitere vor sich. Sie ist an der Grenze ihrer Belastbarkeit, hat keine Kraft mehr und ist oft erschöpft.

Gesundheitliche Probleme

„Es ist ja nun mal halt auch eine schwere Arbeit. Ich darf zum Beispiel nur zehn Kilo heben. Es ist ein Unding. Geht gar nicht in meinem Job.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 94 ff.)

Sie selbst versucht einiges, um ihre gesundheitlichen Probleme zu bewältigen und mit dem Beruf vereinbar zu machen. So besuchte sie eine Rückenschule und setzt die Techniken, die sie dort gelernt hat, konsequent um. Die Einrichtungsleitung kommt ihr in dieser Angelegenheit allerdings nicht im gleichen Maße entgegen und blockiert die Anschaffung von nötigen Hilfsmitteln.

Keine Unterstützung der Einrichtung bei der Anschaffung nötiger Hilfsmittel

„Hatte jetzt auch vor drei Wochen von der BGW eine Alltagsbegleitung, die natürlich kontrolliert haben, ob ich das auch wirklich in meinem Job umsetze, was ich gelernt habe und die war völlig begeistert, diese Alltagsbegleiterin und hat gesagt, dass ich eine der wenigen bin, die das richtig verinnerlicht hat. Aber der Nachteil ist natürlich auch der, ich habe bei unserer Leitung im Haus zweimal den Antrag gestellt auf Hilfsmittel für Transfers und das wird abgeschmettert.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 118–123)

Dabei ging es lediglich um kleine Hilfsmittel wie bspw. Rutschmatten. Fr. Köhler hatte sogar angeboten, für alle Mitarbeiterinnen eine entsprechende Schulung durchzuführen, sodass die Hilfsmittel dem ganzen Haus zugutekommen können. Diese Schwierigkeiten veranlassen sie dennoch nicht dazu, dem Pflegeberuf den Rücken zu kehren. Dafür liebt sie ihren Beruf zu sehr. Angesichts ihrer Erkrankung und der hohen Belastung würde sie allerdings gerne von Vollzeit auf Teilzeit reduzieren. Bei ihrem aktuellen Gehalt kann sie sich als Alleinstehende allerdings nicht leisten. Eine Möglichkeit, das dennoch umzusetzen, wäre allerdings die offizielle Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation und die Einstufung als Fachkraft in finanzieller Hinsicht. Einen Ausgleich zu den Belastungen findet Fr. Köhler derzeit nicht, auch nicht im Privaten:

„Zurzeit sehr, sehr wenig, weil wie gesagt, mir gesundheitlich das oft nicht gut geht, wodurch ich dann, wie gesagt versuche auf Arbeit mein Bestes zu geben, dass es oft so ist, dann komme ich nach Hause und bin total fertig und versuch mich für den nächsten Tag wieder fit zu machen. Und dann habe ich die nächste Baustelle. Im Moment in der Familie, dass ich mich viel um meinen Vater mit kümmere, der eigentlich im Sterben liegt und der Palliativ zu Hause versorgt wird.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 139–143)

Soziale Beziehungen leiden

Aus privaten sozialen Beziehungen hat sie sich zurückgezogen, da ihr mit der Vollzeitstelle und der Begleitung ihres Vaters die Energie dafür fehlt.

Verdienst zu gering

Danach gefragt, was den Pflegeberuf angesichts der demographischen Entwicklungen attraktiver machen könnte, äußert Fr. Köhler zwei konkrete Forderungen: Zum einen sollten die Einrichtungen, insbesondere die Dienstpläne, familienfreundlich gestaltet werden und zum anderen sollte der komplette Verdienst bei der Rente berücksichtigt werden.

„Ist ja auch so ein Trugschluss, ne. Ich meine, man verdient ja nicht schlecht in der Pflege. Aber wenn man sich überlegt für die Rente später zählt nur das Brutto und nicht meine Zuschläge. Ja und die Zuschläge machen eigentlich das Geld aus. Ansonsten würde wirklich gar keiner in dem Job arbeiten.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 161–164)

Lücken in der Finanzierung der Pflege

Als pflegepolitisch größte Baustelle identifiziert Fr. Köhler die Lücken in der Finanzierung. Diese beeinträchtigen die Sicherstellung guter Pflege: Zum einen sieht Fr. Köhler die notwendigen privaten Zuzahlungen für das Pflegeheim als viel zu hoch an. Sie empfindet es als ungerecht, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen quasi ihre komplette Rente für das Pflegeheim verwenden oder sogar noch Sozialleistungen beziehen müssten, um die Pflege zu stemmen. Dies empfindet sie als problematisch, ganz besonders angesichts der in den Pflegeheimen gebotenen Qualität. Denn dort sei aufgrund der niedrigen Kostenpauschalen keine gute Pflege mehr möglich. In ihrer eigenen Arbeit hat sie weniger Zeit für die Bewohnerinnen, als sie sich dies eigentlich wünscht. Sie findet, dass die Pflegeheimplätze staatlich finanziell abgedeckt werden müssten. Den Bezug von Sozialleistungen zur Finanzierung des Pflegeheims lehnt sie allerdings ab.

Häusliche Pflege unterstützen

Weiteren Handlungsbedarf sieht Fr. Köhler in der Unterstützung häuslicher Pflege: Diese ist angesichts der aktuellen Situation in den Pflegeheimen ihrer Ansicht nach klar vorzuziehen. Allerdings sei das Pflegegeld so niedrig, dass es Angehörigen nicht möglich sei, ihre eigene Berufstätigkeit zu reduzieren, um die Pflege selbst zu gewährleisten – so wie sie es eigentlich bei ihrem Vater gerne tun würde.

„Ja, das ist auf jeden Fall, dass sie mehr Anerkennung findet und besser bezahlt wird. Ich sage es mal so. Zum Beispiel ich würde mich total liebend gerne um meinen Vater kümmern und auch gerne 24 Stunden, aber ich könnte davon nicht leben. (...) Und er ist bestimmt zu Hause in seiner Häuslichkeit dreimal besser aufgehoben wie in irgendeinem Heim.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 205–208)

So würde Potenzial zur Sicherstellung der Pflege verschenkt. Die Benachteiligung bei den finanziellen Zuschüssen gegenüber der Unterbringung im Pflegeheim sieht sie als mangelnde Anerkennung der häuslichen Pflege. Neben der ganz dringenden Forderung, die Kostensätze für die Pflege seitens der Krankenkassen zu erhöhen,

ist Fr. Köhler für ein höheres Pflegegeld. Was die Möglichkeiten zur Veränderung und Verbesserung angeht, ist Fr. Köhler aber pessimistisch. Daher sieht sie keinen Nutzen darin, sich selbst pflegepolitisch zu engagieren.

„Also ich habe das Gefühl, [das] bringt doch nichts. Als Corona damals angefangen hat, hat man hier gedacht ‚Ah, jetzt tut sich endlich was.‘ Aber es ist ja nichts passiert. Und wenn man überlegt, wie viele Leute das gerade im Fernsehen in den Medien angesprochen haben, gekämpft haben und und und, ja, es ist nichts passiert. Null.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 257–260)

Mit Blick auf die Generation, die sich gerade in Ausbildung befindet, bemängelt Fr. Köhler, dass diese oft eine ganz andere Einstellung zum Arbeiten hätten als ihre eigene. Die jüngere Generation ist ihrem Eindruck nach nicht mehr so bemüht:

„Also ich sage mal so, damals war es so, wenn eine Notrufklingel war, dann sind die Auszubildenden als Erste gerannt. Es würde heute kein Auszubildender mehr aufstehen, dann ist es das Festpersonal, das aufsteht und geht. Oder dass wir von allein auf die Idee gekommen sind, wenn wir mal fünf Minuten Zeit hätten, sich zum Bewohner zu setzen oder so was. Das ist heute auch nicht mehr so. [...] Die Arbeit ist schluderischer. Wir haben uns Mühe gegeben. Wir wollten mit die Besten sein damals. [...] Die Arbeitseinstellung ist anders geworden.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 284–291)

Wenn ihre Generation die Pflege verlässt, geht ihrer Ansicht nach dementsprechend hauptsächlich Personal verloren, das Verantwortung übernimmt sowie ordentlich und bemüht arbeitet. Sie befürchtet, dass die jüngere Generation den Pflegeberuf weniger aus Überzeugung ergreift. Dagegen könnten ihrer Ansicht nach verstärkt Praktika oder ein soziales Jahr eingeführt werden, damit Interessierte wissen, worauf sie sich mit dem Pflegeberuf einlassen. Das könnte auch zu einer Reduktion der Ausbildungsabbrüche führen.

Fr. Köhlers persönlicher Ausblick bis zur Rente ist prekär aufgrund der gesundheitlichen Belastungen: „Ich habe Angst, es überhaupt zu schaffen.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 240)

Wenn sie kann, würde sie aber auch später gerne noch weiter ehrenamtlich tätig sein. Dann würde sie keine körperlich herausfordernden Pflegetätigkeiten mehr übernehmen. Stattdessen sieht sie sich eher in der Betreuung einer Person mit Pflegebedarf.

„Und wenn ich mir jemanden hole und mit dem rausfahre, wenn schönes Wetter ist mit dem Rollstuhl oder einem Buch vorlese oder beschäftige den.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 250 f.)

**Andere Arbeits-
einstellung
der jüngeren
Generation**

**Blick in eine
prekäre Zukunft**

5.3.4 Der Blick auf die jüngeren Generationen: Rabauken und Träger der Hoffnung zugleich

Identifikation in Abgrenzung von jüngerer Generation

Die interviewten Pflegenden identifizieren sich mit ihrer Generation und mit Werten, die sie damit in Verbindung bringen. Diese Identifikation mit der eigenen Generation drücken die interviewten Baby-Boomer vor allem darin aus, wie sie sich von jüngeren Generationen abgrenzen. Mit den Baby-Boomern haben wir Personen aus den Jahrgängen 1955 bis 1969 interviewt. In den Interviews wird häufig die Haltung der jüngeren Generation zu ihrer Arbeit und den Pflegebedürftigen kritisiert. Dabei wird Baby-Boomern gemeinhin eine hohe Arbeitsmoral zugeschrieben – und sie schreiben sie sich selbst zu, wie die untenstehende Analyse zeigt. Eine Untersuchung von Pflegenden in englischsprachigen Ländern, die sich vermutlich nicht vollkommen auf Deutschland übertragen lässt, bestätigt dies und ergänzt, dass es in dieser Generation eine große Hingabebereitschaft für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Pflege gibt. Die Generation der Baby-Boomer trennt weniger zwischen Arbeit und eigenem Sozialleben und akzeptiert eher als die jüngeren Generationen lange Schichten und Überstunden (Rollan Oliveira und Siles González 2021). Personen, in oder kurz nach der Ausbildung werden von den Interviewten in einen Gegensatz dazu gestellt. Damit beziehen sie sich also auf die ‚Generation Z‘, d. h. die Generation, die ca. zwischen 1997 und 2012 geboren wurde. Einmal wird die „Generation Z“ (Int. Hr. Förster) explizit benannt. Alle Interviewten sind sich darin einig, dass die jüngere Generation andere Prioritäten als den Beruf in ihrem Leben hat.

Neue Prioritäten in Bezug auf Arbeit

Die 17. Shell-Jugendstudie beschreibt einen Bruch in den Wertorientierungen zu den vorhergehenden Generationen (Albert et al. 2016). In dieser und auch der darauffolgenden, der 18. Shell-Jugendstudie (Albert et al. 2019), zeigte sich: In Bezug auf den Beruf hat der Wunsch nach einem sicheren Arbeitsplatz, genügend Freizeit und ein hohes Einkommen Priorität. Wichtig ist vielen die Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit sowie das Leben genießen zu können. Das ist nicht mit einer geringen Leistungsbereitschaft gleichzusetzen. Leistung gilt den Studienteilnehmenden weiterhin als wichtiger Orientierungspunkt. Darüber hinaus steigt das Interesse an Politik in dieser Generation enorm. Die Ergebnisse werden wissenschaftlich allerdings auch kritisch diskutiert und die Aussagekraft über Abgrenzung der Generationen in Frage gestellt (Weilguny-Schöfl 2023). In der Wahrnehmung der Interviewten und der Evaluation ihres Berufs spielen Generationenunterschiede jedoch eine sehr große Rolle. Die meisten der Interviewten stehen der von ihnen beschriebenen jüngeren Generation zumindest skeptisch, wenn nicht gar ablehnend gegenüber. Andere hingegen sind ambivalent oder sogar in Teilen optimistisch dahingehend, dass mit der jüngeren Generation auch ein positiver Wandel in der Pflege Einzug halten könnte.

Allem voran sind sich viele der Interviewten allerdings sicher, dass die jüngere Generation weniger Hingabe bei der Arbeit zeige. Das wird negativ bewertet. Sehr

deutlich wird das bei Fr. Köhler, die ein sehr negatives Bild der jüngeren Generation beschreibt. Sie empfindet die jüngere Generation als eine, die den Pflegeberuf nicht mehr aus Überzeugung ausübt und sich weniger Mühe gibt. Sie verdeutlicht den Wandel über einen Vergleich zur eigenen Jugend, der zeigt: Die Jüngeren seien nicht aufgrund des jungen Alters weniger bereit zu arbeiten – das sei kein allgemeines Merkmal der Jugend – sondern weil die aktuelle jüngere Generation eine andere Haltung zur Arbeit habe.

**Fehlende
Hingabe und
Überzeugung**

„Oh, schweres Thema, weil man sich ja doch zurückversetzt wie man selber. Ich habe ja in dem Alter angefangen, wie ja auch Auszubildenden bei uns jedenfalls sind. Und ich hatte noch eine andere Einstellung zu einem wie heute. Die jungen Leute gehen einfach anders ran, wie wir damals rangegangen sind. Und ich finde das schon enttäuschend. Also man redet natürlich auch mit den Auszubildenden drüber oder so. Aber die haben halt eine andere Einstellung, wie wir so damals hatten, als wir so jung in den Beruf gestartet sind. Ich denke, das liegt auch viel damit daran- Früher hat man den Beruf wirklich aus Überzeugung genommen. Das war halt der Wunsch. So und heute weiß ich nicht, ob das unbedingt immer an erster Stelle steht.“ (Int. Fr. Köhler Z. 272–279)

Das führt ihrer Ansicht nach zu einer Verschlechterung der Pflege; das Interesse und die persönliche Bindung zu den Pflegebedürftigen würden nicht gepflegt und die Jüngeren arbeiteten „schluderischer“. Dabei wird deutlich: Fr. Köhler befürchtet eine Vernachlässigung der Pflegebedürftigen angesichts dieser wahrgenommenen Haltung der jüngeren Generation. Auch Fr. Pfeiffer sieht das ähnlich und problematisiert, dass die Jüngeren den Beruf nicht mehr aus Überzeugung machen und in der Konsequenz die Pflegebedürftigen „abfertigen“ würden:

Vernachlässigung der Pflegebedürftigen befürchtet

„Ja, viele, die vergessen so, dass das einfach Menschen sind, die schon ein langes Leben hinter sich haben und auch ihre Bedürfnisse haben einfach. Es ist so ein teilweise, so ein Abfertigen. Ich habe manchmal den Eindruck, dass viele junge Leute in den Beruf gehen, einfach weil man da ja gar nicht so schlecht verdient. Aber ich finde, das ist schon so ein bisschen eine Berufung einfach und man sollte nie so die die Liebe zu diesen Menschen da verlieren. Und ja, diese Empathie, die da nötig ist für den Beruf.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 449–454)

Der Beruf als Berufung – die Arbeit und die damit einhergehenden Pflichten sind für die Generation der Baby-Boomer identitätsstiftend. Dass der Beruf für die Pflegenden aus der Baby-Boomer-Generation ein so zentraler Bezugspunkt ist, spiegelt sich auch darin wieder, dass er einen hohen Stellenwert für ihr soziales Leben hat. Wichtige soziale Bindungen werden auch am Arbeitsplatz gepflegt. Für die jüngeren Generationen scheint der Arbeitsort keine so zentrale Rolle im Sozialleben mehr zu spielen, Kontakte werden eher außerhalb des beruflichen Kontextes gepflegt. Das entfernt die Kolleginnen der verschiedenen Generationen voneinander:

Arbeit ist für Baby-Boomer identitätsstiftend

„Dann hatte man zu denen auch so eine freundschaftliche Beziehung halt und hat auch viel private Gespräche mal geführt oder sich privat getroffen. Aber die sind mittlerweile muss ich sagen, leider alle in Rente. Wir treffen uns auch nach wie vor noch privat, aber das war natürlich auch ein schöner Grund, zur Arbeit zu gehen, wo man nette Kollegen hat. Die sind ja mittlerweile sind viele jüngere Kollegen, die vielleicht auch nicht ganz so motiviert sind und mit denen man sich auch nicht ganz so gut versteht wie als Bewohner oder Freunde.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 80–86)

Zuspitzung durch Akademisierung

Die Entfernung der Generationen voneinander spitzt sich angesichts der Akademisierung in der Pflege weiter zu. In der Wahrnehmung von Daniela Krämer erscheinen ihr junge Pflegenden zunehmend praxisfern. Die Sorge ist, dass immer weniger Personen für den Bereich der direkten Pflegetätigkeiten zur Verfügung stehen werden.

„Diese jungen Menschen, die müssen dabeibleiben. Die machen zwar noch eine Ausbildung, aber dann studieren die weiter oder die fangen an und die haben ja gar kein Interesse, in der Pflege weiter zu arbeiten. Das finde ich ein bisschen schade. [...] Und Bachelor Master? Keine Ahnung. Die übernehmen nachher alle diese Leitungsfunktion oder sonstige Sachen, aber keiner ist mehr präsent in der Pflege. Das fehlt ja hinten und vorne.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 154–160)

Bruch mit bis- herigen Grund- haltungen in der Pflege

Praxisferne bedeutet auch: fehlende Nähe nicht nur zu den älteren Kolleginnen, sondern auch zu den Pflegebedürftigen. Es zeichnet sich deutlich ab: Es geht hier nicht nur um einen allgemeinen Wandel in den Wertbezügen, sondern um einen vermuteten Wandel des Verständnisses von Pflege. Die interviewte Generation befürchtet einen Bruch mit Grundhaltungen wie Nähe, Empathie und Hingabe als Fundamente der Pflege. Werte die sie gelernt haben und praktizieren. Dass es hier um eine Grundsatzfrage geht, macht sich besonders darin bemerkbar, dass Erzählungen über jüngere Generationen nicht nur eingebracht werden, wenn die Interviewten explizit danach gefragt werden, sondern insbesondere im Kontext von Fragen nach Zukunftsperspektiven der Pflege. Das Problem der fehlenden Versorgungssicherheit wird auf die vermeintliche Einstellung der jüngeren Generation projiziert. Ein Teil der Interviewten hat Angst, dass ihr Beruf und ihr Berufsverständnis, das gewissermaßen auch ein Vermächtnis ist, mit ihrem Renteneintritt „stirbt“. Fr. Huber sieht hier v. a. die Altenpflege in der Bredouille.

„Ach, viele Junge haben doch gar kein Interesse mehr von dieser. Wenn ich erst mal drei Jahre Schule durchlaufen muss und so viel lerne. Und viele gehen ja auch dann in andere Fachbereiche. Ich mach halt Pflegefachkraft, aber nie mehr Altenpflegerin. Und unser Beruf stirbt ja jetzt wirklich aus mit dem Gehen die in nächster Zeit in Rente gehen, die 2-jährige Ausbildung, da gibt es ja kaum noch Fachkräfte. Aber die 3-jährige Ausbildung, die gehen ja in Kindereinrichtungen, ins Krankenhaus oder sonst wohin, die wollen nicht mehr in die Pflege.“

Das sieht man auch oft. Die kommen zwar zur Ausbildung, zum Praktikum, zu uns und sagen nur: Nee, Altenpflege will ich nicht mal machen, weil dann sind wir auch nicht mehr motiviert, jemanden anzuleiten und anzulernen.“ (Int. Fr. Huber, Z. 287–295)

Mit der Befürchtung, dass der Pflegeberuf von den nachfolgenden Generationen nicht mehr richtig ausgeführt wird, geht die Angst einher, bei einem eigenen Pflegebedarf selbst nicht versorgt zu sein. Die Pflegenden der Baby-Boomer-Generation identifizieren sich dahingehend eher mit der Generation der Pflegebedürftigen als der der neuen Auszubildenden.

„Also da gibt es ganz viele, die auch noch jünger sind, die jetzt in den Vierzigern sind und sagen zu uns, wenn wir Älteren- Hört sich zwar immer blöd an- weg sind, dann ist es nicht mehr so, wie es mal war. [...] Das wird auch so sein, das ist auch meine Ansicht, dass es einfach so sein wird, dass man selber auch ein bisschen Angst hat, alt zu werden und vielleicht in so einer Einrichtung muss.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 202–206)

Es ist zu vermuten, dass die Ängste der fehlenden Versorgungssicherheit nicht nur auf der Skepsis gegenüber der Sorgefähigkeit der jüngeren Generation basieren. Formulierungen wie ‚in so einer Einrichtung‘ verweisen darauf: Dahinter steht ein strukturelles Problem. Ansichten über die jüngere Generation werden mit einem Unbehagen gegenüber Veränderungen der Rahmenbedingungen in der Pflege vermischt. Themen wie Zeitmangel, Ökonomisierungsdruck, Vernachlässigung von Bedürfnissen von Pflegebedürftigen werden auf die jüngere Generation projiziert. Es handelt sich um Themen, die auch an anderen Stellen der Interviews auftauchen. Dort werden sie als Entwicklungen, die sie in ihrer eigenen Arbeit feststellen und ablehnen, thematisiert. Das Gefühl, den eigenen Ansprüchen an die Arbeit immer weniger gerecht werden zu können, geht zeitlich mit den Veränderungen der Wertorientierung der nachkommenden Pflegenden, aber auch mit strukturellen Veränderungen, z. B. in der Ausbildung, aber auch Arbeitsverdichtung und Personalmangel, einher. Dementsprechend unsicher sind sich die interviewten, ob mit der vermuteten geringeren Aufopferungsbereitschaft der neuen Pflegenden das immer weiter steigende Arbeitspensum kompensiert werden kann. Der Zusammenhang wird anhand folgender Einordnung von Fr. Kaiser anschaulich. Sie projiziert das Problem der zeitlich engen Taktung auf eine generelle Haltung der neuen Pflegenden zu den Pflegebedürftigen.

„[Wenn unsere Generation aus dem Beruf ausscheidet, fehlt] die Zuwendung einfach die Zuwendung, die Liebe, die Zuwendung, die von uns ja da ist, wenn wir den Raum betreten, bis wir den Raum verlassen. Und bei dieser neuen Generation ist es halt oft so, dass es nur ein, zwei Stunden sind, wo diese, na, wo das Interesse besteht und dann fällt das Interesse schon ab.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 209–212)

Sorge um Versorgung bei eigenem Pflegebedarf

Zusammenspiel geringerer Aufopferungsbereitschaft mit strukturellen Problemen

**Ambivalente
Haltung**

Auch bei Fr. Bergers Antwort auf die Frage, was sie einer Person, die sich gerade in Ausbildung befindet, auf den Weg mitgeben würde, lässt sich erkennen, dass sie die strukturellen Veränderungen und die junge Generation zusammendenkt. Allerdings wendet sie die Problematik zu einem positiven Appell:

„Wichtig ist, dass man den. Dass man seinem Gewissen folgt. Sehr. Dass man versucht, die gesellschaftlichen Zwänge und Strukturen so gut wie es geht mit seinem Gewissen zu vereinbaren. Das wäre eigentlich wichtig, dass man nicht nach Hause geht und denkt: Oh, ich habe zwar heute alle Leute geschafft, aber eigentlich habe ich das nicht gerne gemacht und das hat mir keinen Spaß gemacht. Und vielleicht auch mal einfach immer zehn Minuten länger brauchen und sagen: Okay, ich habe es mal RICHTIG gemacht, so wie es eigentlich sein soll. Ja, dass man versucht- ich weiß, die Gratwanderung ist immens schwierig, weil die Strukturen eigentlich so hart sind, dass es an manchen Tagen besser wäre, wenn man seine eigenen Vorstellungen und sein Können und Gewissen an der Tür abgibt und einfach stur durchzieht es schafft. Zur Freude aller Kollegen. Es ist auch nur schwierig... Was gibt man den Leuten da mit, wenn man gefangen ist in so einer so Struktur. Vielleicht: sich auch arrangieren. Engagieren in so einem Sozialverband oder versuchen was zu bewegen. UND denjenigen, den man betreut hat – das habe ich mir immer gesagt – Ein Lächeln ins Gesicht zaubern. Da hat man schon viel getan, wenn man geht und unser Bewohner lacht.“ (Int. Fr. Berger, Z. 619–633)

**Verständnis für
die jüngere
Generation**

Doch die negative, skeptisch bis abwertende Haltung gegenüber den nachfolgenden Generationen ist nur eine Seite. Auf der anderen Seite sind manche der Interviewten auch verständnisvoll gegenüber der jüngeren Generation angesichts der Arbeitsbedingungen in der Pflege:

„Vorsichtig gesagt, Generation Z, die hat eine völlig andere Arbeitsmoral. Teilweise sage ich jetzt mal. [...] Ich bekomme es ja mit, dass Schüler auch teilweise, die da sind und irgendwann sind sie weg. Oder sagen, das ist zu viel Arbeit und es ist zu stressig oder was auch immer. Nun. (...) Auch daran liegt's: Es ist eine Misere. (...) Du willst natürlich neue Schüler anwerben, du willst neue Mitarbeiter anwerben. Die kommen aber dann auf eine Station mit einem Minimum Personal, was teilweise dann eh schon an der Grenze an der Kante kratzt. Da werden Leute krank und was auch immer, man hat kaum Einarbeitungszeit. Für die Schüler, die Neuen werden gleich ins Wasser reingeschmissen und müssen teilweise sich selber Sachen erarbeiten. Und normalerweise müsstest du eine einwöchige, mindestens einwöchige Einarbeitungszeit oder Anleitungszeit geben. (...) Und dann wundert man sich, dass die nach ein paar Wochen, ein paar Monaten Sagen: Ne Danke.“ (Int. Hr. Förster, Z. 345–355)

Es gibt auch Interviewte, die sogar Hoffnungen hegen, dass mit der neuen Generation und gerade ihrer geringeren Aufopferungsbereitschaft im Arbeitskontext ein

Wandel im Pflegesektor initiiert werden könnte. Fr. Sommer ist einerseits skeptisch, andererseits aber auch hoffnungsvoll. Sie sieht, wie die jüngere Generation u. a. Energie in Selbstorganisation und pflegepolitisches Engagement investiert:

„Da muss man so viel Kraft und Power und Energie und die habe ich nicht mehr. Das muss ich ganz ehrlich sagen. Aber wir haben bei uns im Haus ein paar junge Leute, die da sehr engagiert sind. Und wir reden dann auch drüber und tauschen uns mal aus und und und. Dass die sich auch mal die Sichtweisen von uns Alten einholen. Ja, das ist dann so in Ordnung.“ (Int. Fr. Sommer, Z. 533–536)

Geringere Aufopferungsbereitschaft als Veränderungspotenzial

Auch Claudia Mayer thematisiert Zweifel an der jüngeren Generation auf die Frage zur Sicherstellung der zukünftigen Pflege. Sie sieht einen Lösungsansatz für diese Problematik aber woanders: Die Arbeitsbedingungen müssen sich entsprechend anpassen, dass der Beruf auch für die jüngere Generation attraktiv bleibt. Sie sieht also Politik oder Einrichtungen in der Verantwortung, nicht die jüngere Generation selbst.

„Das wird schwierig werden. Wenn ich heute die Jugendlichen sehe oder die auf die Schulbank drücken. Äh, da gehen ja schon im ersten, wenn die jetzt drei Jahre lernen müssen, die im Beruf. Da gehen ja schon die Hälfte weg, weil die keinen Bock haben. Weil die Wochenenden arbeiten, Feiertage arbeiten. Der Beruf muss attraktiver gestaltet werden, sodass die Leute auch sagen: Das macht Spaß.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 255–259)

Arbeitsbedingungen anpassen

Martina Böhm thematisiert den Wandel der Rahmenbedingungen der Pflege und wie er ihre Arbeit betrifft direkt. Während sie den Beruf früher noch als Erfüllung empfand, ist die Arbeit für sie nun unter den Bedingungen der zunehmenden Rationalisierung und Profitorientierung anstrengend und nicht mehr gut durchführbar. Die Notwendigkeit, sich selbst aufzuopfern, ist ausgeartet. So kann sie sehr gut verstehen, dass jüngere Generationen einen anderen Blick auf den Beruf haben als ihre eigene:

„Wenn ich da noch was zu tun kriege, habe ich zu bleiben, egal was, was ich mir vielleicht vorgenommen habe oder so. Das habe ich dann gefälligst zu verschieben und weiß ich nicht. Das wird sich die jüngere Generation so nicht bieten lassen. Glaube ich nicht. Oder nur die wenigsten davon. Dass sie lernen, schon in der Schule anders auf sich zu achten und zu gucken, dass sie selber auch glücklich sind mit ihrem Beruf. Und das hat sich ja einfach verändert. Ich sagte ja früher war das echt erfüllend, auch im Krankenhaus. Das war nicht so, es hat sich einfach verschlechtert in allen Bereichen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 241–247)

Ende der Aufopferung?

Danach gefragt, was sie jüngeren Generationen mit auf den Weg geben will, rät sie konsequenterweise, sich zu organisieren, sich gewerkschaftlich zu engagieren und gegen erschwerende Bedingungen zu wehren. Die Akademisierung der Pfl-

genden sieht sie außerdem als Möglichkeit, selbstbewusst aus der Pflege heraus Ideen für Alternativen zu entwickeln. Hr. Sauer, der ein Pflegestudium absolviert hat, vertritt außerdem die Meinung, dass mit der neuen Generation hoffentlich ein stärkeres Selbstbewusstsein der Pflegenden und ihrer Qualifikationen in die Pflege Einzug hält und dass diese konsequenter vertreten werden, bspw. gegenüber Ärztinnen.

Über Grenzen gehen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interviewten sowohl positive als auch negative Sichtweisen auf die junge Generation äußerten. Die jüngere Generation der neuen Pflegenden gehe, im Gegensatz zur Generation der Baby-Boomer, nicht mehr über ihre Grenzen. Das altruistische Motiv stellt einen elementaren Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses einiger Interviewter dar. Dem zugrunde liegt die Annahme, dass sonst keine gute, den Pflegebedürftigen zugewandte Pflege gewährleistet werden könnte. Gleichzeitig haben die interviewten Baby-Boomer selbst mit den Auswirkungen der geschilderten Belastungsfaktoren wie Stress und Schwierigkeiten im Familienleben zu kämpfen. Die Frage nach den jüngeren Generationen setzte scheinbar eine Bilanzierung der eigenen Werte und Berufslaufbahn in Gang. Konsequenterweise erhoffen sich einige der Interviewten von der jüngeren Generation auch, dass mit ihnen ein Wandel einsetzt, der der Notwendigkeit der Selbstaufopferung ein Ende bereitet.

Und noch andere Formen der Bezugnahme auf die jüngere Generation lassen sich finden. Hr. Winkler hat ein eher medizinisch geprägtes Verständnis von Pflege. Möglicherweise geht das damit einher, dass er die Ausbildung erst kürzlich absolvierte. Er betrachtet die Expertise ‚der alten Ordensschwestern‘ als Stärke in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen; die Expertise der jüngeren Generation liege im fachlichen, systematischen Wissen. Ihm erscheint beides wichtig. Fr. Peters thematisiert quasi keine Unterschiede zwischen den Generationen. Und sie ist auch weniger pessimistisch als die anderen Interviewten in Bezug auf die Zukunft der Pflege. Hier mag ein Zusammenhang bestehen. Scheinbar versöhnt mit dem Gedanken, dass andere nach ihr kommen werden, hat sich Fr. Schneider, die seit kurzem in Rente ist. Während ihres Berufslebens war sie immer in einer gestaltenden Rolle. Sie ist nun erleichtert, dass sie sich nicht mehr abmühen muss, mit und gegen die schlechten Rahmenbedingungen zu arbeiten. Sie hat sich ihre Nachfolge herangezogen, viel Energie reingesteckt und Projekte, die ihr wichtig waren, realisiert. Ähnlich ist es bei Hrn. Hartmann, der ebenfalls die Rente schon konkret vor Augen hat und seine Nachfolger einarbeitet. Er vertritt ein eher allgemeines Bild des Generationenverhältnisses:

„Das ist ein echter Vorteil der Jugend, dass sie kritisch sein dürfen. Wenn man erst mal 20 Jahre im Job ist, kriegt man Scheuklappen und dann wird es schwierig.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 494–495)

5.4 Wünsche und Forderungen

5.4.1 Heiko Förster: Raus aus der Pflege und wieder zurück

Für Heiko Förster war der Pflegeberuf nicht der erste Beruf. Zuvor übte er eine Bürotätigkeit aus. Sein Wechsel in die Pflege war maßgeblich von zweierlei Interessen geprägt: Zum einen wollte er gerne etwas mit Menschen machen – die Bürotätigkeit war ihm zu langweilig geworden. Zum anderen hatte er Interesse daran, ins Ausland zu gehen und dachte, dass er mit einer Pflegeausbildung auch im Ausland gut arbeiten könnte. Als er dann auf die Anzeige für die 1-Jährige Pflegehelferinnenausbildung stieß, entschloss er sich diese Gelegenheit zu ergreifen. Dass er den Ausbildungsplatz bekam, war zu diesem Zeitpunkt nicht selbstverständlich. Der Andrang auf die Stellen war so groß, dass es sogar Wartelisten gab.

Hr. Förster blieb dann für beinahe 20 Jahre in dem Klinikum, in dem er die Ausbildung absolviert hatte. Die Ausbildung und die Zeit, in der er dort arbeitete, hatten ihm sehr gut gefallen. Dann allerdings veränderten sich die Bedingungen:

„Nach den [...] Jahren fing es dann auch an. Dass die Personaldecke etwas dünner geworden ist und die Arbeit quasi noch intensiver geworden ist. Und so Mehrarbeit kam auf dann. Ich habe auch nicht direkt in [Name einer Stadt] gewohnt, sondern außerhalb. Ich war Pendler mit gut einer Stunde Fahrzeit jeweils dreimal bei mir am Wochenende und dann wurden auf der Station, wo ich gewesen bin, die Arbeitszeiten auf geteilte Dienste teilweise umgestellt, besonders am Wochenende. Und da habe ich gemerkt, das geht einfach nicht mehr. [...] Nun auf Dauer wollte ich mir das nicht antun und hatte dann Angebote von [einem anderen Arbeitgeber außerhalb der Pflegebranche] bekommen. Wo ich dann auch ins Ausland gehen konnte, dann eine Zeit lang. Und das habe ich dann auch gemacht.“ (Int. Hr. Förster, Z. 46–57).

Er ergriff also die Chance für einen Ausstieg. Im Ausland arbeitete er für mehrere Jahre – nicht in der Pflege, sondern im sozialarbeiterischen Bereich. Zurück nach Deutschland reiste Hr. Förster kurz bevor die Covid-Pandemie ausbrach. Schließlich landete er „über mehrere Umwege“ in einem Pflegeheim in einer baden-württembergischen Stadt.

Dass er wieder in die Pflege einstieg, war erstmal dem Grund geschuldet, dass er einen Job aufnehmen musste, um sein Leben in Deutschland zu finanzieren. Ausschlaggebend für den konkreten Arbeitgeber, bei dem er immer noch tätig ist, war für ihn, dass ihm hier trotz seiner Abwesenheit über mehrere Jahre die Berufserfahrung im Klinikum anerkannt und auch in seiner Verdiensthöhe berücksichtigt wurde.

**Alternatives Berufsverständnis
Pflege als
Zweitberuf**

**Lange Zeit in der
Pflege mit gravierenden
Veränderungen**

**Ökonomische
Notwendigkeit**

Arbeit mit Menschen

Mit den Bewohnerinnen im Pflegeheim kommt er sehr gut zurecht und die Arbeit in der Pflege bereitet ihm allgemein sehr viel Freude:

„Erstens: Ich arbeite natürlich gern mit Menschen. Zweitens: Auch in einer sehr allgemein gefasst helfenden Art und Weise, dass man den Leuten hilft. Das andere ist natürlich auch das Feedback, was man bekommt. [...] Die Arbeit macht einfach Spaß. Ich liebe die Arbeit.“ (Int. Hr. Förster, Z. 91–94)

Konkreter schildert Hr. Förster, wie er den Bewohnerinnen des Pflegeheims helfen kann:

„Wenn man jemanden, der schon mal absolut dement ist. Der quasi nur durch die Gänge rennt und irgendwelches Kleterötz von sich gibt, also völlig unverständliche Worte und alles und den man dann irgendwie dazu bringen kann- sei es, dass man selbst irgendwie bissle Quatsch macht oder hilft oder einen Witz oder was auch immer. Oder einen anderen Fernseher bringt, wo er irgendwelche Musik hört und eben vielleicht aus seiner Zeit hier ist, wo er Bezug hat und dann nur lächeln rauskommt. Was absolut ungewöhnlich ist für die Person. Es sind das so Momente, was es wertvoll macht, die Arbeit.“ (Int. Hr. Förster, Z. 108–114)

An der Arbeit mit Menschen gefällt ihm vor allem auch, dass sie aufgrund der Individualität der Einzelnen sehr abwechslungsreich ist:

„Also jeder Tag ist irgendwie anders. Und auch wenn die Routinen teilweise dieselben sind, weil man hat eben mit Menschen zu tun und jeder ist eigen. Jeder hat seine eigenen Stimmungen.“ (Int. Hr. Förster, Z. 97 ff.)

Involvierung erschwert Abstand nehmen

Der Kontakt und die Bedeutung der Bewohnerinnen stellen für Hr. Förster aber auch eine Herausforderung dar: Durch die Arbeit am Lebensort der Pflegebedürftigen entstehen Beziehungen, in die Hr. Förster stark involviert ist. Dadurch wird es für ihn schwierig, in der Freizeit Abstand zu nehmen. Daneben missfällt ihm im Pflegeheim, dass es hier im Vergleich zum Krankenhaus weniger Raum für Kollegialität gäbe:

„Es ist etwas, was mich die Jahre auch im Krankenhaus gehalten hat. Wenn man also wirklich einen super lieben- was sehr sehr gut auch zusammengearbeitet hat, auch wenn mal irgendwelche Engpässe da waren oder auch Not-situationen da waren. Jetzt ist es etwas- hier im Altersheim etwas anders. Weil wir haben unsere eigenen Bereiche, wo wir arbeiten. Und kommen also relativ wenig zusammen. Das war schon eine ziemliche Umstellung von der Krankenhausarbeit.“ (Int. Hr. Förster, Z.119–125)

Wenn es aber die Personalsituation zulässt und mehr Leute auf einer Station arbeiten, findet er es sehr schön mit dem Team. Dieses ist aktuell sehr interna-

tional. Er arbeitet gerne mit Kolleginnen aus anderen Ländern. Der Zusammenhalt im Team gibt ihm auch Sicherheit in schwierigen Situationen. Es kam schon vor, dass er und die Kolleginnen jeweils für sehr viele Bewohnerinnen alleine zuständig waren und sie dann Absprachen zur Kooperation miteinander trafen. So helfen sie sich gegenseitig aus und planen Abläufe zusammen. Gerade auch bei körperlichen Herausforderungen, wie der Mobilisation von schwereren Bewohnerinnen, ist das eine Erleichterung. Oft ist es aber so, dass er die Anwesenheit seiner Kolleginnen nicht direkt, sondern nur über die Melder erfährt. Baulich sind die Bereiche voneinander abgetrennt, sodass es kaum Gelegenheiten gibt, sich zu begegnen.

Zwar nutzt Hr. Förster viele der im Haus angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten. Eine Aufstiegsperspektive, wie bspw. die Ausbildung zur Pflegefachperson, sieht er für sich aber nicht. Aufgrund der damit einhergehenden Verantwortung und gerade angesichts der aktuellen Personalsituation ist er zufrieden mit seiner momentanen Arbeit als Pflegehelfer.

„Ich hatte mich auch gefragt, setze ich jetzt noch eine 2-jährige Ausbildung drauf. [...] Aber nachdem was ich gesehen habe, was die Fachkräfte alles machen müssen und die Verantwortung usw. Es wäre mir ehrlich gesagt zu viel. Auch jetzt, wenn ich jetzt sehe, die Fachkräfte wie die gefordert werden, auch in der jetzigen Personalsituation. Bin ich froh ehrlich gesagt mit meinem Stand. Wo ich jetzt bin. Und dabei man hat weit genug Arbeit, das ist nicht nur meine eigene Meinung, sondern die teile ich auch mit meinen Kollegen, die jetzt auch einjährige Ausbildung haben, oder. Auch nur als Helfer da sind. Oder ohne Ausbildung.“ (Int. Hr. Förster, Z. 183–190)

Aber nicht nur die Verantwortung schreckt ihn von der Weiterqualifikation ab. Hr. Förster erlebt auch, dass die Pflegefachpersonen zunehmend weniger in der direkten Pflege und stattdessen mehr in organisatorischen und bürokratischen Bereich, wie bspw. der Dokumentation, tätig sind. Doch obwohl er mit der Tätigkeit als Pflegehelfer eine Tätigkeit gefunden hat, die ihm im Prinzip Spaß macht und seinen Interessen entspricht, denkt er über einen Ausstieg aus der Pflege nach. Einmal hat er diesen Schritt bereits umgesetzt und ist ins Ausland gegangen. Auch jetzt gibt es wieder Rahmenbedingungen, die ihn Zweifeln lassen – vor allem die hohe Arbeitslast. Eine Gefährdungs-Anzeige hat er bereits eingereicht.

„Ja, natürlich. Weil die Arbeitslast eigentlich immer mehr wird. Die Personaldecke wird immer dünner und manchmal kommt man nach Hause, ausgelaugt (...) und hat dann fast kaum mehr Kraft, noch irgendwie was Anderes für sich selber irgendwie zu machen. Gerade wenn man irgendwie kreativ veranlagt ist und um dann verschiedene Dinge auch wirklich kreativ gern macht. Ja, (...) so ist es also zumindest bei uns in den letzten Wochen oder fast eigentlich schon Monaten. Dass wir eben immer wieder, dass es immer wieder Tage gibt, wo ich nur zu zweit ein ganzes Stockwerk (...) oder so mussten aushelfen, dann

auf einer anderen Station. [...] Da ist jetzt auch eine Situation gewesen, wenn ich auf ein anderes Stockwerk versetzt worden bin für eine halbe Schicht. Das weiß man ja. Wo ich aber niemanden gekannt habe von den Bewohnern. Und ich war nur mit einer Helferin zusammen. Das war dann mein erstes Mal, wo ich dann eine sogenannte Gefährdungs-Anzeige rausgeschrieben hab. Weil das geht nicht.“ (Int. Hr. Förster, Z. 220–230)

Es zeichnet sich nicht ab, dass dies nur ein vorübergehendes Problem ist. Die Situation scheint sich zu verschärfen:

„Momentan oder nicht momentan, also die letzten Monate. Ist es vielleicht wirklich so, dass (...) Die Dienstpläne am Limit geschrieben werden. Ja, weil einfach kein Personal da ist. Es darf halt dann niemand krank werden. Oder es darf nichts passieren. Und natürlich werden Mitarbeiter krank und auch erst recht durch Überbelastung und um sonst was und Frustration. Und die Stimmung auf Station ist dann auch dementsprechend. Aber es ändert sich kaum was und wird es eigentlich in meiner Beobachtung, meiner Erfahrung in dem Haus, wo ich bin, eigentlich immer drastischer.“ (Int. Hr. Förster, Z. 235–240)

Ausgleich in der Freizeit

Seinen persönlichen Ausgleich für die Belastung findet Hr. Förster in seiner Freizeit. Er investiert dann viel in Urlaube oder sucht sich andere Möglichkeiten, in andere Welten abzutauchen, z. B. mit Computer-Spielen oder Kino. Damit er genügend Zeit hat sich zu erholen, arbeitet er in Teilzeit. Darüber hinaus gibt ihm sein Glauben Kraft, auch mit schwierigen Bestandteilen seines Berufs, wie bspw. der Sterbebegleitung, umzugehen.

Direkte Anerkennung ist bedeutend

Was ihn angesichts dieser Situation am Ball hält, sind einerseits das Team und andererseits die direkt gezeigte Anerkennung: als Rückmeldung von den Bewohnerinnen oder als Lob von den Leitungspersonen. Das kommt allerdings viel zu selten vor. Sehr wichtig ist für ihn außerdem die Rückmeldung aus dem direkten Umfeld, die auch als Ausgleich für die außerordentlichen Mühen, die die Pflegekräfte auf sich nehmen, dienen soll.

„Aber das Wichtigste ist, wenn man schon vom inneren Kreis- Da hat ein Angehöriger zum Beispiel, die haben lauter Pizzas für uns gekauft. Für die Leute, die dann an dem Tag da waren. Ja, das sind dann so Momente, wo man merkt, die Arbeit oder das, was man macht, wird wertgeschätzt. Das sind Momente, wo man dann sagt: Ja, dafür arbeite ich das auch.“ (Int. Hr. Förster, Z. 283–286)

Politischer Handlungsbedarf bei der Personalsituation

Entsprechend der Kritik an der Personalsituation ist Hr. Försters Hauptforderung an die Politik, dass es mehr Personal braucht. Hauptsächlich in Bezug auf die Altenpflege sieht er politisch eine Leerstelle. Dort sind es nicht nur die Fachkräfte, die fehlen, sondern allgemein Arbeitskräfte. Angesichts der aktuellen Personalsituation kann er sich auch nicht vorstellen, dass der Beruf für jüngere Generationen

attraktiv wird. Dies gilt insbesondere angesichts dessen, dass diese Generation eine andere Einstellung zum Arbeiten habe.

„Vorsichtig gesagt, Generation Z, die hat eine völlig andere Arbeitsmoral. Teilweise sage ich jetzt mal. [.] Ich bekomme es ja mit, dass Schüler auch teilweise, die da sind und irgendwann sind sie weg. Oder sagen, das ist zu viel Arbeit und es ist zu stressig oder was auch immer. Nun. (...) Auch daran liegt's. Es ist eine Misere. (...) Du willst natürlich neue Schüler anwerben, du willst neue Mitarbeiter anwerben. Die kommen aber dann auf eine Station mit einem Minimum Personal, was teilweise dann eh schon an der Grenze an der Kante kratzt. Da werden Leute krank und was auch immer, man hat kaum Einarbeitungszeit. Für die Schüler, die Neuen werden gleich ins Wasser reingeschmissen und müssen teilweise sich selber Sachen erarbeiten. Und normalerweise müsstest du eine einwöchige, mindestens einwöchige Einarbeitungszeit oder Anleitungszeit geben. (...) Und dann wundert man sich, dass die nach ein paar Wochen, ein paar Monaten Sagen ‚Ne Danke.‘“ (Int. Hr. Förster, Z. 345–355)

Hr. Förster sieht die Politikerinnen in der Verantwortung, sich mit diesem Problem auseinanderzusetzen. Besonders der Personalschlüssel müsste verbessert, die Pflege von Aufgaben entlastet und Aufgaben sollten klarer beschrieben werden. So äußert er die Idee, dass Schreibarbeiten von Bürokräften abgenommen werden könnten. Auch ein freiwilliges soziales Jahr könnte seiner Ansicht nach die Arbeitslast bei den Hilfskräften entlasten. Zur Entlastung und zum Ausgleich hat Hr. Förster auch noch weitere Ideen. Er priorisiert zusammenfassend seine Forderungen für die Altenpflege folgendermaßen, sowohl politisch als auch auf Ebene der Organisation:

Aufgaben klarer verteilen und auslagern

„Ein Dreh und Angelpunkt wäre Personal. [...] An zweiter Stelle würde ich sagen Finanzen, Entlohnung. An dritter Stelle vielleicht irgendwelche Zusatzangebote. Sagen wir mal zur Erholung, zum Abschalten. [...] Einfach weil das einem dann auch zeigt, [...] die Leitungen der Häuser oder die generell in welcher Ebene. Die sind interessiert, an einem gesunden Mitarbeiterstab. Gerade für die Leute, die an der Basis wirklich in der Hautnah in der Pflege arbeiten [...] Man kann auch Team Building machen oder irgend so was. Oder Ausflüge ausrufen, die dann eben an verschiedenen Tagen dann stattfinden, sodass möglichst viele daran teilhaben können. Und (...) Das sind so Sachen einfach, wo ich denke, was man machen kann, auch ganz kleine Sachen. [...] Das war am Geburtstag oder für die Geburtstage im Krankenhaus. Ich brauche einfach nur eine Karte und das alleine zeigt zum Beispiel: Du bist wertgeschätzt in dem Team oder in unserem Haus. Ja, so. Das sind einfach so kleine Geschichten. [...] So Sachen, die einfach ein bisschen den Fokus wegbringen von der Arbeitsintensität oder auch dem Stresslevel, unter dem man etwas arbeitet.“ (Int. Hr. Förster, Z. 455–477)

Auch die Krankenkassen könnten ihr Angebot verbessern und mehr Leistungen in Bezug auf Burnout anbieten, vor allem die Möglichkeit für Auszeiten zum Ausruhen, für Wellness oder eine Kur. Für sich selbst hofft er, dass er gesundheitlich bis zur Rente weiterarbeiten kann, da er die Jahre aufgrund der fehlenden Zeiten während der Auslandstätigkeit dringend benötigt.

Stärkere Vernetzung wird erschwert

Eigentlich findet Hr. Förster, dass sich die Pflegekräfte mehr vernetzen und über die Arbeitsbedingungen austauschen sollten. Das sieht er aber aufgrund von Repressalien als schwierig an, er möchte seinen Job nicht riskieren. Er hat es auch schon bei sich in der Einrichtung erlebt, dass öffentliche Kritik nicht gut aufgenommen wird, bleibt dabei aber vage:

„Bei mir im Haus. Ist es da etwas. Gab es ein paar... haarige. Wie soll ich das am besten sagen? Fälle? Wo wir eben schon gemerkt haben: Sei nicht so laut. Weil du weißt nicht, wie wird drauf reagiert. Und ich brauche die Arbeit. Ich brauche natürlich das Geld, was durch die Arbeit reinkommt als Verdienst.“ (Int. Hr. Förster, Z. 530–533)

Deshalb will Hr. Förster auch anonym bleiben. Am Interview nimmt er trotzdem teil, weil er überzeugt ist, dass verstärkt ein Bewusstsein in der Gesellschaft über die Situation der Pflegenden geschaffen werden muss.

5.4.2 Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs

Wunsch nach Anerkennung

In der Bevölkerungsbefragung im Rahmen dieses Pflegereports (siehe Haumann in diesem Report) zeigte sich, dass Pflege durchaus als ein Beruf anerkannt wird, der gesellschaftlich hoch relevant ist. Dennoch erfährt der Pflegeberuf kaum Anerkennung in dem Sinne, dass ihm zugestanden wird, ein erfüllender, gut bezahlter – und damit erstrebenswerter – Beruf zu sein. Auch immer wieder aufkommende öffentliche Forderungen und Debatten um die Anerkennung der Pflege spiegeln, dass es eine Diskrepanz zwischen dem Stellenwert für das gesellschaftliche Zusammenleben auf der einen Seite und der Wahrnehmung, dem Ansehen des Berufs auf der anderen Seite gibt. Das stellen bspw. auch (Maier et al. 2023) anhand einer Analyse der Berichterstattung über die Pflege fest. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie die interviewten Pflegenden den Wunsch nach mehr Anerkennung, gesellschaftlich und im direkten Umfeld, äußern.

Direkte Anerkennung durch Pflegebedürftige

Die wichtigste Quelle für die Anerkennung im direkten Umfeld sind die Pflegebedürftigen. Entgegen der Annahme der Bevölkerung (siehe Haumann in diesem Report), dass Pflegenden von den Pflegebedürftigen kaum Anerkennung und Dank erfahren würde, schildern die Interviewten immer wieder, dass es genau das ist, was sie trotz aller Belastungen im Beruf hält: Das positive Feedback der Pflege-

bedürftigen. Dieses nimmt teilweise die Form des Danks an, teilweise erfahren die Pflegenden es indirekt als Freude über die Tätigkeiten der Pflegenden.

„Es gibt sicherlich auch Momente, wo ich sage Ja, das ist schön. Die Pflege ist gut gelaufen. Es gibt schon Momente. Oder wenn jemand sehr dankbar ist und ich sehe, er freut sich. Es gibt schon Momente, wo ich sage, das lohnt sich auch.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 143–145)

Auch von direkter Wertschätzung durch Angehörige berichten einige Interviewte. Hr. Förster berichtet eindrücklich, wie eine symbolische Geste der Angehörigen ihm besonders viel Freude bereitet:

**Anerkennung
durch
Angehörige**

„Das Wichtigste ist, wenn man schon von vom inneren Kreis- Da hat ein Angehöriger zum Beispiel. Die haben lauter Pizzas für uns gekauft. Für die Leute, die dann an dem Tag da waren. Ja, das sind dann so Momente, wo man merkt, die Arbeit oder das, was man macht. (...) wird wertgeschätzt. Das sind Momente, wo man dann sagt Ja, dafür arbeite ich das auch.“ (Int. Hr. Förster, Z. 283–287)

Auch von positiver Rückmeldung und Wertschätzung durch die Kolleginnen berichten die Interviewten. Für Frau Schneider, die seit kurzem in Rente ist, ist das gerade am Ende ihrer beruflichen Karriere eine Bestätigung für den Wert ihrer jahrzehntelangen Tätigkeiten.

„Also das kriege ich immer wieder zu erfahren von Kollegen, die mich immer wieder mal kontaktieren und mir das so sagen. Ja, und ich glaube, ich habe auch eine sehr, sehr große Wertschätzung von Patienten und, und von Kollegen in der ganzen Tätigkeit gekriegt.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 179–183)

Eine weitere wichtige Quelle für Anerkennung ist für die Pflegenden der Arbeitgeber bzw. die direkte Vorgesetzte. Das wird auch in der Literatur zu guten Arbeitsbedingungen immer wieder aufgegriffen und ist als besonders relevantes Merkmal für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege benannt (IGES 2022; Breinbauer 2020). Eine gute Kommunikationskultur ist ein wichtiges Element, in dem sich für die Pflegenden Wertschätzung durch die Leitungen ausdrückt. Ein weiteres ist Rücksichtnahme auf persönliche Belange der Pflegenden durch die Leitungen. Beispielsweise wenn es darum geht, dass bei einem Ausfall im Dienstplan kurzfristig ein Ersatz gefunden werden muss. Negative Erfahrungen damit hat Fr. Böhm gemacht:

**Verantwortungsübernahme
der Leitungen**

„Naja, man ist nicht mehr wie 20, man kann nicht mehr doppelt Dienste oder Spätdienst und am nächsten Tag wieder Frühdienst haben, da haben Sie vielleicht acht Stunden zwischendrin frei. All das. Das ist nicht mehr so leicht möglich, aber da nimmt auch keiner Rücksicht drauf.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 31–34)

Positiv erlebt hingegen Fr. Mayer hier die Organisation durch die Leitungen. Sie schildert den Vorgang, inszeniert die Art und Weise der Ansprache durch die Leitungsperson:

„Claudia. Der kann nicht kommen. Kommst du? Ja, mach ich. Komm. So. Ich kenne das gar nicht anders. Ja, sicherlich ist es ist es auch mal- oder wenn Urlaubszeit ist, dass man mehr einspringen muss. Das ist eine andere Zeit, aber dafür kriegt man, wenn die wieder da sind, eine andere Zeit wieder vergütet. Da hat man halt länger frei, mal wieder zu Hause zu sein. So wird das dann ausgetauscht.“ (Int. F. Mayer, Z. 113–117)

Wenn die Leitungspersonen sich um die Pflegenden kümmern, wird das als Wertschätzung wahrgenommen. So findet es Hr. Förster gut, wenn Leitungen über Angebote zur Förderung der Gesundheit zeigen, dass sie an den Pflegenden „an der Basis“ interessiert sind.

Gesellschaftliche Anerkennung in der Corona-Pandemie

Schließlich ist die gesamtgesellschaftliche Anerkennung ein wichtiges Thema. Hr. Förster greift das Beispiel des Klatschens während der Corona-Pandemie auf.

„Ich meine jetzt, während Corona Zeit. Die ersten Tage ich hab’s erlebt in dem Umfeld, von dem Haus. Wo Leute dann am Balkon oder am Fenster gestanden sind, haben geklatscht, wenn wir zur Arbeit gekommen sind. Das war recht nett für den Anfang und es gab schon irgendwie Ersatz. Man merkt, da ist eine Wertschätzung da. Auf die Dauer aber- Da bin ich ziemlich sauer geworden [...] Und dann gab es die Corona Prämie. Das sind dann so Sachen. Gut, das hebt einen wieder. Ich denke nicht, dass das auf Dauer einen kontinuierlich hebt, aber für eine gewisse Zeit. Sicherlich kann man das sehr gut ändern“ (Int. Hr. Förster, Z. 274–283)

Finanzielle Anerkennung vs. Symbolische Gesten

Die symbolische Geste empfand er zuerst wohltuend. Er nahm diese Anerkennung als eine Art Ersatz für die Mühen und die Risiken, die die Pflegekräfte eingingen, wahr. Als diese Mühen jedoch ein überaus hohes Maß annahmen wurde spürbar, dass diese Art von Anerkennung nicht wirklich einen Ersatz darstellen kann. Das Klatschen empfindet er nach einiger Zeit als zynisch, weil tatsächliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ausbleiben. Erst die materielle Anerkennung in Form der Corona-Prämie machte das überaus hohe Engagement der Pflegenden während der Pandemie für ihn wieder wett, zumindest für eine gewisse Zeit. Welche Bedeutung die finanzielle Anerkennung – und vielleicht auch allgemein die Forderungen nach mehr Geld in der Pflege – haben, zeigt sich auch in den Ausführungen von Fr. Böhm:

„Vielleicht kann man auch Anreize schaffen zu sagen: Ihr habt in der Pflege gearbeitet, 40 Jahre, jetzt könnt ihr fünf Jahre früher in Rente zu gehen. Ich glaube nicht, dass Deutschland daran pleitegehen würde. So, vielleicht könnte man

auch den Pflegekräften die Steuer erlassen. Es geht ja einfach auch um Anerkennung. Wir erkennen an, was ihr für euer Leben geleistet habt. Ich sage ja nicht, dass die anderen nichts leisten. Aber wenn ich das jetzt so vergleiche. Mein Sohn ist in der Chemiebranche, hat dort einen handwerklichen Beruf gelernt und was der monatlich verdient, auch im Drei-Schicht-System, das ist viel, viel mehr als hier in der Pflege verdient wird. Sie kriegen eine Prämie fürs Einspringen, gleich 60 € oder so. Da steckt ja auch die Anerkennung hinter, du lässt seinen freien Tag jetzt sausen und kommst. Dafür bekommst du auch etwas. [. . .] [Mein Sohn] kann sich dann davon etwas kaufen. Von diesen paar Prozenten, die wir in der Pflege kriegen, aber versteuert- Das lohnt nicht die paar Euro. Also man muss es einfach finanziell attraktiver machen.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 172–185)

Die Forderung nach mehr Geld wirkt widersprüchlich zu Aussagen an anderen Stellen, nach denen es in der Pflege nicht (primär) um Geld gehen soll und kann (siehe 6.3 Der Blick auf den Pflegeberuf). Zudem sind einige der Interviewten auch der Meinung: Das Geld reicht. In den letzten Jahren ist das Gehalt der Pflegekräfte gestiegen. Im Vergleich mit anderen Ausbildungsberufen verdienen Pflegenden durchschnittlich oder mehr. Doch „nicht schlecht“ zu verdienen bedeutet noch lange nicht, dass die Pflegenden das Gefühl haben, fair bezahlt zu werden. Die Vergleichsgröße zur Bemessung der Angemessenheit der Bezahlung stellt für die Pflegenden nicht ihr Berufsabschluss dar, sondern, wie auch öffentlich immer wieder betont wird, der Stellenwert der Pflege für das gesamtgesellschaftliche Leben. D. h. das Gehalt soll mindestens vergleichbar mit dem des Arztberufs sein. Doch nicht nur andere soziale und Gesundheitsberufe werden als Vergleichsgröße herangezogen. In der Feststellung eines Konkurrenzverhältnisses zur Finanzbranche oder Metallindustrie (Deutscher Pflegerat e. V. 27.02.2020) durch den Deutschen Pflegerat kommt zum Ausdruck, dass Pflege im Hierarchiegefüge aller Berufe besser gestellt werden sollte. Sowohl Kranken- und Gesundheitspflegepersonen als auch vor allem Altenpflegepersonen liegen mit ihrem Verdienst bei Vollzeitarbeit jedoch unter dem gesamt durchschnittlichen in Deutschland (Statistisches Bundesamt (Destatis) 23.05.2023).

Das Missverhältnis erscheint noch größer, wenn man bedenkt, dass Vollzeitarbeit für einige der Pflegekräfte aufgrund der hohen (Mehrfach-) Belastungen nicht in Frage kommt. Die Pflegenden setzen sich für ihren Beruf hohen Belastungen aus und opfern Schlaf in der Nacht, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, freie Tage, physische und psychische Gesundheit. Der Job ist fordernd. Verbal ausgedrückte Wertschätzung als immaterieller ‚Ausgleich‘ kann das nicht vollständig aufwiegen. Hinzu kommt, dass vermutlich gerade in der Generation der interviewten Baby-Boomer die Strategien im Umgang mit diesen Anforderungen begrenzt sind.

Geld ist außerdem ein wichtiger Indikator für den sozialen Status. (Maier et al. 2023) beleuchten die Diskrepanz zwischen Anerkennung der Bedeutsamkeit des Berufs und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung: Die Eigenschaften, die

**Unangemessene
Bezahlung im
Vergleich zur
Bedeutung für
Gesamtgesellschaft**

**Verschiedene
Formen von
Ausgleich**

**Wunsch nach
Besserstellung
des sozialen
Status**

dem Pflegeberuf zugeschrieben werden, sind z. B. Aufopferungsbereitschaft und Fürsorglichkeit (Labonte nach Maier et al. 2023). Das sind zwar keine negativen Attribute, doch sind es auch keine Kriterien, die soziales Ansehen und einen hohen Status mit sich bringen. Die Eigenschaften, die mit hohem sozialen Status assoziiert werden, wie bspw. Intelligenz, Bildung, Einkommen, Fleiß, werden den Pflegenden nach öffentlicher Einschätzung eher nicht zugeschrieben. Die Forderung nach einem höheren Gehalt ist damit eine Forderung nach höherem gesellschaftlichen Ansehen. Dies geht damit einher, dass die Pflegenden (zumindest in Deutschland, im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA oder Skandinavien) deutlich weniger selbstbewusst auftreten. Sie haben ein „Stolz-Problem“ (Zegelin nach Maier et al. 2023; Kämmer und König 2023). Fr. Berger drückt ihren Frust über das fehlende Ansehen ihres Berufs aus:

„Altenpfleger, ja, was machen die? In der Schule haben wir gesagt: alten Leuten den Hintern abwischen. So ist Pflegeberuf angesiedelt. Dass wir viel mehr sind als Putzfrauen und Reinigungskräfte Und dass wir eigentlich so viele Berufsgruppen in einer Person bündeln müssen. Von medizinischer Pflege, über die Sterbebegleitung, über Kummerkasten was wir alles sind, das müsste auch ganz anders in die Gesellschaft getragen werden. Was wir für ein, was wir für eine Arbeit leisten. Aber wenn man sich da mit jemanden unterhält, heißt immer bloß: Ach, das könnt ich nicht.“ (Int. Fr. Berger, Z. 395–401)

**Wertschätzung
selbst
einfordern**

Dieses Verhältnis zum Pflegeberuf ist jedoch nicht bei allen von uns Interviewten gleichermaßen zu finden. Hr. Sauer, ein Einrichtungsleiter, der ein etwas anderes Pflegeverständnis vertritt als die meisten anderen Interviewten, findet, dass sich die Pflegenden selbstbewusster in den interdisziplinären Austausch einbringen und ihre Kompetenzen betonen sollten – sich diese Art von Wertschätzung damit selbst erarbeiten und einfordern sollten:

„Es ist ja immer wieder so, dass wenn ich jetzt was bei mir in der Einrichtung zum Arzt sage, [...] dann respektiert er mich ungleich mehr als jetzt die junge Fachkraft. Und das sollte eigentlich nicht sein. Ja, die ist auch Fachkraft. Und dann sage ich, das müsst ihr auch zeigen. Und das muss man natürlich auch mit Wissen zeigen. Also da muss man dann, da muss ich schon meine Qualifikation auch zeigen können und da muss man halt dran arbeiten. Das ist schon mal das eine, dass man sich selbst wertschätzt für das, was man da erreicht hat und gemacht hat und gelernt hat und auch tut.“ (Int. Hr. Sauer, Z. 444–451)

5.4.3 Daniela Krämer: Die Kollegen nicht im Stich lassen

Daniela Krämer begann ihren beruflichen Werdegang mit einer Ausbildung in der Hauswirtschaftslehre, die sie jedoch nicht besonders ansprach. Im Rahmen der Ausbildung absolvierte sie auch ein Praktikum in einem Pflegeheim, was sie auf

die Idee brachte, Altenpflegerin zu werden. Also absolvierte sie eine zweijährige Ausbildung, außerdem die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Was ihr am Beruf an sich gefällt, „das ist dieser Umgang mit den Patienten. Das ist sehr viel Abwechslung. Man kann sehr viel lernen, auch immer noch. Jeden Tag neu. Und einfach dieser Austausch auch.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 67 f.)

Nach der Ausbildung begann sie in einem ambulanten Pflegedienst, wechselte dann aber aufgrund von Veränderungen im ambulanten Bereich, die ihr nicht zusagten, nach über 10 Jahren in ein Pflegeheim:

„Ich war ja dann [mehrere Jahre] Jahre ambulant bei [einer konfessionellen] Sozialstation, wo man dann in die Häuser da gefahren ist. Da kam das nachher mit diesen Tourenplänen und diesen Minutenvorgaben, da habe ich damals gedacht, nach [mehreren] Jahren Vollzeit och wär mal Zeit zum Wechseln.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 37–40)

Hinzu kam eine Gelegenheit: Ein Verwandter macht sie darauf aufmerksam, dass in einem Pflegeheim eine Altenpflegerin für einen gerade entstehenden Demenzbereich gesucht wurde. In diesem Pflegeheim beteiligte sie sich dann am Aufbau der Demenzstation und arbeitete dort wieder für über 10 Jahre. Dann bekam sie Rückenprobleme. Die deshalb aufgenommene Reha gab ihr Anlass und Raum, über ihre berufliche Situation nachzudenken: „Wie geht es weiter?“ (Int. Fr. Krämer, Z. 48). Fr. Krämer entschied sich für einen Wechsel in die Klinik, in der Altenpflege gesucht wurden. Sicherheit bei der Entscheidung zum Wechsel gab ihr das Wissen, dass sie, falls es in der Klinik für sie doch nicht passen sollte, woanders leicht eine andere Stelle finden würde.

Wechsel zwischen Bereichen

Zwar arbeitet sie nach wie vor dort, ist aber eigentlich nicht sehr zufrieden: Zum einen hatte sie sich scheinbar einen Wechsel in der Gruppe der Pflegebedürftigen erwartet, weniger „Schwerst-Pflegefälle“ als im Pflegeheim. Stattdessen wünscht sie sich mehr Kontakt mit jüngeren Menschen, „mit denen man auch sich ganz normal unterhalten kann, wo man pflegerisch auch nicht so viel dann machen muss“ (Int. Fr. Krämer, Z. 123 f.).

Unzufriedenheit im Beruf

Sie findet, dass ihre Ausbildung zu dem Bereich nicht ganz passt, ihr fehlt medizinisches Fachwissen. Im Nachhinein sagt sie, hätte sie lieber direkt eine Ausbildung zur Krankenpflegerin gemacht. Eine Weiterbildung traut sie sich nun nicht mehr zu, da ihre Konzentration und Merkfähigkeit nachgelassen haben. Darüber hinaus haben sich die Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren stark verschlechtert, viele Kolleginnen wechseln ihre Arbeitsstelle in ein Nachbarland, in dem es mehr Gehalt für weniger Arbeitszeit gäbe. Es frustriert sie, dass dies die Arbeit für sie und die anderen Kolleginnen, die auf der Station bleiben, schwieriger macht:

„Und die anderen bleiben da und müssen das ja alles mit auffangen. Also immer mehr Arbeit und weniger Personal.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 57)

Bessere gegenseitige Unterstützung im Krankenhaus

An sich sind Fr. Krämer die Kolleginnen und die gegenseitige Unterstützung sehr wichtig. So hebt sie an der Arbeit im Krankenhaus positiv hervor, dass im Gegensatz zum Pflegeheim dort aufgrund eines allgemein höheren Personalschlüsselseher jemand da ist, der ihr bei körperlich schwierigen Arbeiten helfen kann. Dabei unterscheidet sie zwischen Kolleginnen, die „gut arbeiten miteinander, ohne groß zu schwätzen“ und anderen, die sich viel unterhalten und darüber ihre Arbeit vernachlässigen und Chaos verursachen würden. In Teilen ist sie richtiggehend enttäuscht von den Kolleginnen:

„Also da wird man oft im Stich dann auch gelassen. Besonders am Wochenende. Kommt dann kurzfristig morgens im Frühdienst noch eine Krankmeldung, dann steht man da ziemlich alleine und die Arbeit ist ja immer da. Also ich könnte heulen manchmal. Ich könnte weglaufen.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 59–62)

Große Probleme durch Personalsituation

Die Personalsituation bereitet Fr. Krämer große Probleme. Ständig kommt es zu Ausfällen und Fr. Krämer muss kurzfristig einspringen. Darüber hinaus beklagt sie die Arbeitsverdichtung, wenn kurzfristig niemand als Ersatz gefunden wird. Zur Personalsituation hinzu kommen Anforderungen, die ein konsequentes Arbeiten nach eigener Planung erschweren, bspw. das häufige Klingeln des Telefons oder die Dokumentation und Digitalisierung, die ihre eigentliche Arbeit unterbrechen.

„Irgendwie ist immer eine Störung und man kann einfach gar nicht seine Arbeit ganz normal zu Ende bringen, ohne mal unterbrochen zu werden.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 269 f.)

Deshalb fordert sie:

„Dass man einfach seine Arbeit machen kann, ohne dieses ganze Drumherum.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 263 f.)

Kolleginnen nicht im Stich lassen

Obwohl die Arbeit für sie unter diesen Bedingungen eine große Herausforderung darstellt, möchte sie ihre Kolleginnen nicht im Stich lassen – genauso, wie sie es sich eigentlich umgekehrt auch von ihren Kolleginnen wünscht. Danach gefragt, was sie bei den all den Schwierigkeiten, die sie schildert, dem Beruf treu bleiben lässt, antwortet sie:

„Ja, das ist so ambivalent. Man will ja die anderen Kollegen, die noch da sind, nicht im Stich lassen. Auf der einen Seite und ich weiß nicht. Also wenn morgen da irgendwo ein Angebot wäre, was mich total ansprechen würde, könnte es sein, dass ich sagen würde: Stopp! Wahrscheinlich ist die Zeit einfach noch nicht reif dafür. Aber der Gedanke ist immer noch präsent im Hinterkopf. Also der

ist nicht wirklich weg. Wenn, dann würde ich auch was machen mit Pflanzen, mit Tieren? Keine Ahnung. Irgendwas ohne Menschen.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 104–109)

Fr. Krämer spielt zwar mit dem Gedanken, die Pflege zu verlassen, aber es wirkt, als wäre das eher eine Fluchtphantasie als ein konkreter Plan. Etwas konkreter danach gefragt, wie Fr. Krämer sich ihre berufliche Zukunft bis zur Rente vorstellt, wird deutlich, dass sie eine Veränderung, bei der sie in der Pflege bleiben kann, in Erwägung zieht:

„Ja, ich habe tatsächlich auch schon überlegt, ob ich nochmal in die Altenpflege, in die Tagespflege gehen würde, weil ich dann diesen Wochenenddienst nicht mehr hätte und diesen Schichtdienst nicht mehr hätte. Das ist wirklich eine schwierige Frage, weil das wird einfach nicht besser.“ (Int. Fr. Krämer, Z.280–283)

Der Kippunkt, an dem sie ihre jetzige Arbeitsstelle verlassen würde, wäre für sie erreicht, wenn sie zu oft aus dem Frei gerufen wird. Daneben ist ihre gesundheitliche Situation unsicher. Es wäre möglich, dass sie aufgrund verschiedener Erkrankungen, die besonders bei starker Belastung – wie bei der Arbeit – zum Problem werden, nicht ganz bis zur Rente so weiterarbeiten kann wie bisher; „Das ist alles noch so offen“ (Int. Fr. Krämer, Z.304 f.).

Fr. Krämer arbeitet in Teilzeit, was ihr die Möglichkeit gibt, im Privaten einen Ausgleich zu finden. Zum einen kann sie sich mit ihrem Mann, der selbst einen Gesundheitsberuf ausübte, fachlich austauschen. Zum anderen geht sie ihren Hobbys, vor allem in der Natur, nach. So arbeitet sie gerne im Selbstversorgergarten, macht Sport im Fitnessstudio und fährt Fahrrad. Insgesamt bezeichnet sich Fr. Krämer als resilient. Den Musikverein musste sie allerdings dennoch aufgeben:

„Was sehr traurig ist, ich war früher im Musikverein musste ich leider aufhören, weil ich kann ja nicht ständig mit den Kollegen tauschen für die Proben und die Auftritte. Das fehlt mir so sehr. Da würde ich eigentlich gerne noch mal was machen, singen oder Musik machen. Aber das ist halt total schwierig.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 90–93)

In Vollzeit zu arbeiten kann sie sich nicht mehr vorstellen. Als sie zuletzt ein halbes Jahr in Vollzeit arbeitete, konnte sie nach der Arbeit nicht mehr „abschalten“. Zudem ist ihr Mann bereits in Rente und es würde für sie in dieser Lebenssituation keinen Sinn machen, mehr Zeit mit der Arbeit zu verbringen. Die Arbeitszeiten sind ihrer Meinung nach auch die größte Baustelle in der Pflege. Im Gegensatz zu der häufig geäußerten Ansicht, dass Pflegekräfte zu wenig verdienen würden, empfindet sie das Gehalt als gut. Lieber hätte sie bessere Rahmenbedingungen, vor allem mehr garantierte Freizeit.

Fluchtphantasien

Privater Ausgleich durch Teilzeitstelle

Große Baustelle Arbeitszeiten

„Man müsste an den Rahmenbedingungen was ändern. Seit [Berufsbeginn] schon immer Schichtdienst, immer wochenends alle 14 Tage Dienst. Man wird im Frei angerufen. Kannst du einspringen? Da müsste eigentlich was geändert werden. Also vom Verdienst her bin ich rundum zufrieden, da kann ich gar nicht meckern. Jetzt arbeite ich ja nur 75 %, also keine Vollzeit. Also wenn ich Vollzeit arbeiten müsste, weil ich darauf angewiesen wäre. Ich glaube, das würde ich nicht mehr schaffen, weil das so hoch anspruchsvoll ist und so viel abverlangt wird.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 71–77)

Den Beruf für jüngere attraktiver machen

Nach Vorstellungen für Maßnahmen gefragt, um die Veränderungen in der Pflege aufgrund demographischer Entwicklungen aufzufangen, sagt sie: Der praktische Bereich in der Pflege muss für die jüngeren Generationen attraktiver werden. Das Pflegestudium führt ihrer Ansicht nach hingegen eher dazu, dass die Jüngeren nicht mehr in der direkten Pflege arbeiten wollen. Gegenüber der jüngeren Generation ist sie allgemein etwas skeptisch – sie würden sich weniger an den Beruf gebunden fühlen als ihre Generation.

„Früher war das ja anders bei uns. Man hat ja gebrannt für den Beruf.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 162 f.)

Um Jüngere mehr für den Beruf zu begeistern, entwickelt Fr. Krämer die Idee, sie mit digitalen Technologien abzuholen. Der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte steht sie skeptisch gegenüber. Sie berichtet aus ihrer Erfahrung mit ausländischen Kolleginnen:

„Das ist schwierig, weil die Patienten verstehen die ja auch nicht. Keiner versteht, was die wollen. Und das gibt immer Missverständnisse und Ärger. Und doppelt Arbeit dann für den nächsten, der dann hinterherkommt.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 186 ff.)

Zweifel an Anwerbung von ausländischen Fachkräften

Eine notwendige Maßnahme wäre ihrer Meinung nach, gute Kurse zur Einführung ausländischer Pflegekräfte durchzuführen, in denen sie medizinisches Wissen und Sprachkenntnisse vermittelt bekommen. Spezifischer nach alternativen Pflege-Modellen gefragt, nennt sie ein Modell, von dem ihr eine Kollegin aus Nigeria berichtete: Dort würde die Pflege im Krankenhaus z. T. von Angehörigen übernommen werden, insofern sie sich nicht auf medizinische Tätigkeiten bezieht. Als realistisch schätzt sie das in Deutschland aber nicht ein, vor allem, weil sie nicht davon ausgeht, dass Angehörige diese zusätzliche Belastung stemmen könnten.

Unnötige Untersuchungen und Überweisungen ins Krankenhaus

Als mögliches Handlungsfeld, um die Arbeit in der Pflege im Krankenhaus besser zu machen, sieht sie außerdem die Überweisungen in die Kliniken. Sie bemängelt, dass zu viele Personen aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus eingewiesen und unnötige Untersuchungen gemacht werden. Dabei unterstellt sie den Krankenkassen ein Profitinteresse. Angehörige sollten ihrer Meinung nach besser darüber

informiert werden, wann welche Untersuchungen sinnvoll sind, um bessere Entscheidungen treffen zu können.

Insgesamt ist Fr. Krämer eher hoffnungslos, dass sich in der Pflege etwas verändern wird. Schon zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn als Pflegekraft gab es Versprechen seitens der Politik, die Rahmenbedingungen zu verbessern. Doch die Probleme bestehen nach wie vor oder haben sich sogar verschlimmert.

„Es ist einfach nichts passiert. [Ich kreide an], dass so viel geredet wird. Aber es passiert wirklich nichts.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 235 ff.)

Damit kritisiert sie auch die Pflegenden selbst, die Änderungen nicht vorantreiben oder diesen gegenüber nicht offen sind. Sie selbst hat einmal versucht, Änderungsvorschläge einzubringen, stieß damit aber nicht auf Resonanz – nun wirkt sie entmutigt, die Nennung ihrer eigenen Ideen zur Veränderung relativiert sie immer wieder als nicht realistisch. Was sie sich vor allem wünscht, scheint mehr Unterstützung von Kolleginnen und eine bessere Verfügbarkeit derselben zur Unterstützung in ihrem Arbeitsalltag zu sein, um ihre Arbeit gut bewältigen zu können.

Trotzdem richtet sie einen positiven, ermutigenden Appell an die jüngeren Generationen der Pflegekräfte:

Trotzdem: „Auf jeden Fall dranbleiben“

„Ja, das ist auf jeden Fall dranbleiben, auch wenn so große Herausforderungen sind, wo man denkt, das schaffe ich nicht. Dass man sich nicht unterkriegen lässt. Und dass man doch das Schöne in der Pflege auch sich fokussiert und. Sich immer wieder sagt Man wird ja auch gebraucht. Und das ist so schön, was man von den Menschen, von Patienten auch zurückbekommt und auch von Angehörigen teilweise, was den Beruf auch so wertvoll macht, diese Wertschätzung und. Ja, genau.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 317–321)

Sie selbst möchte sich nach dem Renteneintritt aber auf jeden Fall nicht weiter in der Pflege engagieren:

„Nein. Das kann ich Ihnen so beantworten, weil in meinem Bekanntenkreis oder auch die Verwandtschaft von meinem Mann, da heißt es immer Du pflegst uns später mal. Ich kann diesen Satz nicht mehr hören, weil ich bin halt überall die Jüngste und komme aus der Pflege. Und dann hast du als so lustig gemeint, du pflegst uns ja später mal. Diesen Satz kann ich aber heute schon nicht mehr hören, weil das einfach ich bin. Dann glaube ich so satt mit Pflege und überhaupt Alter und Krankheit, dass ich da einen großen Haken dann machen werde.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 309–314)

5.4.4 Irina Rudkofski: Unverhofft zum Traumberuf

Erster Kontakt mit Pflege über Sprachkurs

Für Irina Rudkofski war der Pflegeberuf nicht die erste Präferenz. Sie kam Anfang der 2000er Jahre als Kontingentflüchtling aus der Ukraine mit ihrem Mann und ihren Kindern nach Deutschland. In der Ukraine hatte sie Heilpädagogik studiert, weil sie sich für die Arbeit mit Kindern und deren Entwicklung interessierte. In Deutschland wollte sie eigentlich ihren Abschluss anerkennen lassen, brauchte dafür aber erst ein gewisses Sprachniveau.

„Und um diese Sprachniveau zu erreichen, bin ich in eine Maßnahme reingekommen. Pflegeassistentin für Ausländer. Und da habe ich Beruf gelernt, so angelehnt, so bisschen und Sprache natürlich. Und im Rahmen dieser Maßnahme musste ich unbedingt sechs Wochen Praktikum absolvieren und es war für mich natürlich- Also ich war ängstlich. Ehrlich gesagt, ich war nicht unbedingt bereit, jetzt im Heim jemanden zu pflegen. Es war überhaupt fremde Berufe für mich, weil in meiner Heimat existiert diese Berufe überhaupt nicht. Ich wusste nicht, was das ist und wie das aussieht.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 11–17)

Dennoch, um die Anerkennung zu bekommen, suchte sie sich einen Praktikumsplatz, den sie in einer Tagespflegeeinrichtung fand. Für die Tagespflege entschied sie sich zuerst, weil sie dachte: „dann wohnen wenigstens Menschen dort nicht“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 19).

Ihre Bedenken gegenüber der Pflege älterer Menschen rührten hauptsächlich von ihrer Annahme, dass sie viel mit Körpernähe und Ausscheidungen zu tun bekommen könnte und das behagte ihr nicht. Doch diese Annahme wurde bald widerlegt: „Es war für mich natürlich ein Schreck erst bis ich dann verstanden habe, dass das eigentlich sehr schön ist.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 85 f.).

Diskriminierungserfahrung mit der Chefin

Bei der Arbeit, die erstmal hauptsächlich aus Betreuungstätigkeiten bestand, halfen ihr ihre Vorkenntnisse aus dem Studium, in dem sie intensiv psychologische Grundlagen gelernt hatte. Schwierigkeiten hatte sie mit der Sprache. Zwar halfen ihr die Tagesgäste viel, die Chefin machte es ihr aber nicht leicht. Das bezeichnet sie nun später ebenfalls als Hilfe, weil sie gezwungen war, die Sprache schnell zu lernen. Doch machte sie mit der Chefin auch explizit Diskriminierungserfahrungen. Diese wollte Fr. Rudkofski eigentlich nicht einstellen, weil sie „Russin“ sei, was sie ihr gegenüber abwertend kundtat. Wegen Personalmangels stellte sie sie schließlich doch ein und Fr. Rudkofski zeigte einen starken Willen, die Herausforderungen, die ihr die Chefin stellte, zu bewältigen. Sie arbeitete in der Einrichtung für einen längeren Zeitraum. Darüber hinaus war diese Art von Diskriminierungserfahrung nichts Besonderes für sie. Danach gefragt, wie sie damit umgegangen sei, sagt sie:

„In dieser Zeit war ich irgendwie schon dran gewöhnt. Keine Ahnung, wie das heißt, aber so eine Reaktion hat mich nicht überrascht oder sogar nicht verletzt, weil ich gedacht habe: Ja, gut, du kennst mich nicht. Davor hast du wahrscheinlich jemand anderen hier gehabt, der was weiß ich betrunken zur Arbeit erscheinen. [...] Ich weiß, was ich möchte und was ich kann. [...] Und wie sagt man auf Deutsch? Wo der Wille, da ist der Weg auch da. [...] dann beweise ich dir, dass ich anders kann.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z.124–135)

Trotz dieser Widrigkeiten begann die Arbeit in der Altenpflege Fr. Rudkofski viel Spaß zu machen, ihre Einstellung gegenüber der Pflege wandelte sich mit der praktischen Erfahrung vollständig. Im Anschluss an das Praktikum bekam sie die Möglichkeit, als Pflegehelferin zu arbeiten. Dieses Angebot nahm sie an und verwarf den Plan, ihr Diplom anerkennen zu lassen; die Immatrikulation zur Berufs- anerkennung zog sie wieder zurück. Stattdessen begann sie die berufsbegleitende Ausbildung zur Altenpflegerin. Damit fühlte sie sich aber noch nicht ausreichend fachlich vorbereitet. Also nahm sie nach der Ausbildung noch eine zusätzliche Beschäftigung auf einer Intensivstation im Klinikum auf, um einen Einblick in möglichst viele und verschiedene Bereiche zu gewinnen. „Und dann habe ich mich ziemlich sicher gefühlt.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z.56)

Praktische Erfahrungen wandelten Einstellung gegenüber der Pflege

Innerhalb des neuen Pflegeberufs entwickelte sich Fr. Rudkofski immer weiter. Sie wurde schnell stellvertretende Pflegedienstleiterin und bekam das Angebot, eine russischsprachige Tagespflege aufzubauen. Sie absolvierte Weiterbildungen zur Gedächtnistrainerin und zur Pflegedienstleitung.

„Und ich bin jetzt glücklich mit meinem Beruf. Ich kann über meinen Beruf Lieder singen, wie schön und wie gut dieser Beruf ist in der Tagespflege natürlich.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 49 ff.)

An der Pflege gefällt ihr besonders – gerade in Abgrenzung zur Arbeit mit Kindern –, dass sie sich mit den Menschen unterhalten und von deren weitergegebenen Erfahrungen lernen kann. Außerdem setzt sie gerne ihre fachlichen Kenntnisse ein. Und es erfüllt sie, für die Menschen etwas zum Guten wenden zu können:

Etwas verändern können

„... wo du merkst, dass du was ändern kannst, dass du auch das regeln kannst. [...] Also man fühlt sich richtig. Wahrscheinlich keine Ahnung. Irgendwie so nützlich auf jeden Fall.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 187–195)

Besonders zufrieden ist Fr. Rudkofski in der Leitungsposition, wo sie Gestaltungsspielraum hat und sie mit ihren Managementfunktionen gute Rahmenbedingungen schaffen kann:

„Da, wo ich, wo ich das alles leite, kann ich strukturieren, kann ich was Neues da einsetzen. Wir haben jetzt alle MDK-Prüfungen wirklich gut bestanden. Letzte

war jetzt in einer Tagespflege, jetzt im Oktober. Dann haben sie gesagt, dass Sie, dass wir die erste Tagespflege sind, die alle Neuigkeiten schon implementiert haben. Das macht natürlich Spaß.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z.173–177)

In der direkten Pflege arbeitet sie als Leitung der Tagespflege mittlerweile selten. Gelegentlich springt sie ein oder wird von ihren Kolleginnen in Fragen der Behandlungspflege um Rat gebeten, weil sie sich medizinisch gut auskennt. Außerdem ist sie immer dabei, wenn es einen Notfall gibt. Sie organisiert Angehörigenschulungen und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden.

Tagespflege als Entlastung und Gewinn an Lebensqualität

Mit der Tagespflege hat sie genau den Bereich gefunden, der sie überzeugt: Sie sieht sie als notwendige Entlastung für das häusliche Pflegearrangement, für die Angehörigen, aber auch als Faktor für die Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf:

„In der Tagespflege versteht [der Pflegebedürftige], dass er noch jemanden helfen kann und dann wird er plötzlich wieder wichtig, dieser Mensch. Und dann kann er was Neues hören und was nur sehen. Dann machen wir Gymnastik zusammen. Wir machen so viel zusammen und Tagespflege, das ist keine Pflege. Ja, natürlich machen wir Toilettengänge und dann so was. Aber sogar Pflegebedürftige mit Pflegegrad vier und fünf fühlen sich nicht als Last. Sie fühlen sich als Teil einer Gesellschaft. Dann entstehen plötzlich die Freundschaften, sogar Liebe. Wir haben sogar ein paar Pärchen schon miterlebt. Ja, ja. Und plötzlich Ich sage immer, wenn ich Angehörige berate, die immer Angst haben, dass sie ihre Angehörigen dann abschieben, sage ich Nein. Weil plötzlich hat das einen Sinn, eine Bluse anzuziehen, die wahrscheinlich seit 20 Jahren in ihrem Schrank hängt und davor nicht nötig war. Und jetzt plötzlich bekommt man Lust, diese Bluse mal anzuziehen und noch mal zum Friseur gehen oder Augenbrauen plötzlich wieder färben oder solchen Sachen.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 209–220)

Darüber hinaus findet sie diese Form der Unterstützung des häuslichen Pflegearrangements sinnvoll, damit Fachkräfte einen Blick auf das Wohlergehen der Menschen mit Pflegebedarf haben, was ihrer Erfahrung nach zu Hause nicht immer gut gewährleistet werden kann. Sie könnte sich sogar vorstellen, dass es besser wäre, Pflege ausschließlich durch Fachkräfte zu erbringen. Dies trägt ihrer Ansicht nach auch sehr dazu bei, ein gutes Verhältnis unter Angehörigen zu wahren.

„Und deswegen sage ich immer, dass die Pflege muss in professionelle Hände übergeben werden, weil diese Beziehung, diese familiäre Beziehung wird dann gestört, weil, wie gesagt, die Rolle sich dann ändern, ja, sogar, wenn Mann und Frau, wenn ein Mann von seiner Frau gepflegt wird. Es ist nicht mal so schlimm wie Eltern von Kindern, aber nichtsdestotrotz ist es gut. Es soll so sein in guten und schlechten Zeiten. Aber wenn die Ehefrau dann entlastet wird durch die Tagespflege und pflegt seinen Ehemann nur morgens und abends und dann war

sie in den Tag wahrscheinlich hat sie Zeit für sie gehabt und konnte auch für sich was machen. Dann ist sie nicht mehr so genervt und nicht so müde. Dann kann sie sich mit ihrem Mann wieder normal unterhalten usw. Die Tagespflege rettet auch familiäre Beziehungen und die Tagespflege ist jetzt wirklich wichtig und das lässt sich so gut organisieren.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 227–237)

Dennoch findet sie, dass häusliche Pflege, im Gegensatz zur Pflege im Heim, das optimale Pflegesetting ist, in welchem den Pflegebedürftigen Sinnhaftigkeit und individuelle Wünsche erfüllt werden können. Am besten werden ihrer Ansicht nach ambulante Dienste und Tagespflege kombiniert in Anspruch genommen. Ihre Angehörigen möchte sie, ganz in Übereinstimmung mit ihrer Haltung zu guter Pflege, möglichst nicht selbst pflegen. Häusliche Pflege, die durch professionelle Pflege stark unterstützt wird, sieht sie allerdings dadurch gefährdet, dass die Pflegeleistungen der Krankenkasse nicht im gleichen Maße steigen wie die Personalkosten. Dabei sieht sie die Angehörigen und die Pflegebedürftigen als Leidtragende der Pflegepolitik. Dadurch, dass trotz der steigenden Löhne, u. a. durch Einführung des flächendeckenden Tariflohns – den sie befürwortet – die Leistungen von den Kassen nicht gestiegen sind, müssen die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen jetzt mehr zuzahlen oder mit geringerem Leistungsumfang auskommen. Sie erklärt, wie das zur Verschlechterung der Versorgungslage führt:

Angehörige und Pflegebedürftige leiden unter Pflegepolitik

„Zum Beispiel Wundversorgung für Wundversorgung zahlen die Kassen 18,03 €. Jetzt schauen wir mal also um eine Wunde zu versorgen, braucht eine Fachkraft wenigstens 20 Minuten, weil sie dazu kommen sollte. Sie soll alles dokumentieren. Sie soll mit den Ärzten kommunizieren, um Verbandsmaterial zu bekommen, um Verordnung zu bekommen, diese Verbandsmaterial zu holen und dann zu Patienten nach Hause fahren, diese Wunde zu versorgen und dann zu dokumentieren. Also wenigstens 30 Minuten mehr. Jetzt Fachkraft kostet mit Sozialabgaben wenigstens ja circa sagen wir circa 32 € Stunde. Das ist Minimum 32 Euro, also halbe Stunde von Fachkraft kostet schon 16 € plus Auto plus Versicherungen plus Benzin plus Verwaltung plus alles anders und Kasse zahlt 18 € und dementsprechend, wenn wir jetzt Wunde versorgen, dann arbeiten wir in Minus und wir sind keine gemeinnützige Einrichtung, wir sind privat Träger und dementsprechend was machen wir jetzt? Wir absagen alle Wundversorgungen nur wenn das unser Patient ist. Und da gibt es noch irgendwelche SGB XII, SGB elf, also das Grundpflege, Hauswirtschaft, noch was, dann natürlich übernehmen wir das. Wenn das nur Wundversorgung ist, machen wir das nicht mehr.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 355–367)

Die Insolvenz vieler Pflegedienste in den letzten Monaten hat sie vor Augen. Und auch das Pflegegeld sieht Fr. Rudkofski kritisch: Ihrer Erfahrung nach wird das Geld oft zweckentfremdet verwendet, wodurch den Pflegebedürftigen dann die nötige Unterstützung und der Kontakt außerhalb des familiären Zusammenhangs fehlt. Oft hat sie das Gefühl, dass sie Missstände in der Pflege einzelner Klientinnen der

Tagespflege nicht richtig angehen kann – z. B. Ärztinnen informieren etc. – weil die Angehörigen dann die Tagespflege kündigen würden und die Klientinnen in Folge ganz außerhalb einer professionellen Betreuung stehen würden.

„Deswegen meine ich, dieses Pflegegeld hilft nicht, es stört nur. [...] ich würde mich ruhiger [...], wenn ich Pflegebedürftige selber beobachten würde. Und dann sehe ich, was da passiert ist und was nötig ist. Zum Beispiel Wir haben viele gehabt, wo pflegebedürftig in der Tagespflege kommt und plötzlich nicht so gut geht. Und dann messen wir Blutdruck, dann ist das 60 zu 40 und ich gucke dann Medikamentenplan und sehe da für Dosis von blutdrucksenkenden Medikamenten. Und ja, weil ambulanter Dienst hinzukommt, gibt Tabletten, ja sogar der ambulante Dienst war im Spiel, aber mit Behandlung Pflege. Die kommen, geben die Tabletten, gehen Sie zurück. Jetzt würde diese Frau zu Hause bleiben, würde sie einschlafen und nicht mehr wach werden. Und in der Tagespflege können wir das überwachen. Dann rufe ich die Praxis an [...] und dann sage so und so und dann wird Medikamentenplan geändert, weil die Ärztin sieht das auch nicht, wie die Medikamente wirken. Deswegen Tagespflege plus ambulanten Dienst ist optimal die optimale Pflege.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 275–307)

Von den Angehörigen ist sie teils frustriert, weil sie sich zu wenig informieren und Schulungen, die ihnen und den pflegebedürftigen Angehörigen helfen könnten, nicht wahrnehmen werden. Ihrer Ansicht nach sollte die Pflegeversicherung am besten eine „Vollkaskoversicherung“ werden, für Pflege, die von professionellen Pflegekräften geleistet wird.

Kernkompetenz der Pflege: So- zialkompetenz

Fr. Rudkofski zeigt noch weitere pflegepolitisch brisante Themen auf und schildert bspw. die aus ihrer Perspektive absurde Veränderung in der Verteilung der Kompetenzen, die zu einer Einschränkung beim Einsatz von Pflegehelferinnen geführt hat. Selbst wenn diese jahrelang bspw. Insulinspritzen verabreicht haben – eine Tätigkeit, die im privaten auch ohne Ausbildung durchgeführt werden kann – dürfen sie das nun nicht mehr. Für sie ist das eine Triebkraft im Problem des Fachkräftemangels, dass solche einfachen Aufgaben nur noch durch Fachkräfte erledigt werden dürfen. Außerdem sollte die Anerkennung von Berufsabschlüssen ausländischer Fachkräfte erleichtert werden. Das könnte ihrer Meinung nach auch die Qualität in der Pflege steigern: Wenn mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen, kann besser selektiert werden, wer die für den Pflegeberuf dringend erforderlichen Sozialkompetenzen tatsächlich mitbringt – denn das sei aktuell ebenfalls ein Problem, dass auch Personen, die eigentlich nicht für den Beruf geeignet seien, eingestellt werden müssen. Obwohl sie sich selbst viel medizinisches Fachwissen angeeignet hat und auf dieses Gebiet viel Wert legt, sieht sie es doch nicht als Kernkompetenz der Pflege: Das ist die Sozialkompetenz.

„Wenn man keine Empathie hat, dann bringt das auch nichts“ (Int. Fr. Rudkofski, Z.437)

Frau Rudkofski ist der Ansicht, dass man erst mit einer gewissen Lebenserfahrung – also nicht direkt nach der Schule – wirklich sicher sein kann, welcher Beruf einen wirklich interessiert. Das sieht man auch an den hohen Abbruchquoten im Pflegeberuf. Die berufsbegleitende Ausbildung sieht sie als Möglichkeit, eine später im Leben getroffene, gefestigtere Entscheidung realisieren zu können. Sie selbst könnte sich, würde sie die Entscheidung noch einmal treffen, am ehesten vorstellen, Ärztin zu werden.

Lebenserfahrung als wichtiger Indikator für den Berufswunsch

Den Beruf würde sie nun aber nicht mehr wechseln. Das hat sie auch nicht in Erwägung gezogen, als es bei ihr während der Corona-Pandemie aus privaten und beruflichen Gründen besonders beschwerlich wurde. Ganz stillstehen will sie mit ihrem Beruf aber nicht. So sieht sie Möglichkeiten, innerhalb ihrer aktuellen Stelle neue Projekte zu initiieren. Derzeit beschäftigt sie bspw. die Implementierung eines Schulungssystems für Angehörige nach § 45 SGB XI. Ihre berufliche Entwicklung treibt sie also in der Entwicklung ihrer Tagespflege voran.

5.4.5 Pflegepolitische Ansichten

Die Interviewten betonen immer wieder, dass dem Thema Pflege, insbesondere der Altenpflege, nicht die politische Bedeutung beigemessen wird, die sie verdient. Damit stehen sie nicht allein: Auch die bundesdeutsche Bevölkerung stellt der deutschen Pflegepolitik seit Jahren ein schlechtes Zeugnis aus, wie auch die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen in den DAK-Pflegereporten der letzten Jahre dokumentieren (Klie 2019, 2022). Es wäre allerdings auch unangemessen, den Bundesregierungen der letzten Legislaturen völlige Untätigkeit vorzuhalten. Immerhin konnte eine deutliche Verbesserung der Einkommenssituation, insbesondere durch das Tariftreuegesetz erreicht werden mit deutlichen Einkommenssteigerungen von 10–30 %, insbesondere in der Altenpflege (BMG 2022). Der Lohn-Gap zwischen Ost und West, aber auch zwischen Alten- und Krankenpflege wurde verringert und es besteht die zeitlich naheliegende Perspektive, dass er „verschwindet“. Schon Bundesgesundheitsminister Gröhe, aber auch die Pflegebevollmächtigten der Nachfolgeregierung, haben dem Thema Arbeitsbedingungen in der Pflege Aufmerksamkeit geschenkt. Mit den vierzehn Schlüsselfaktoren für gute Personalarbeit in der Langzeitpflege hat der Arbeitskreis Sozialwirtschaft im Demographie Netzwerk e. V. (ddn) unter Federführung von AGP Sozialforschung bis heute maßgebliche Gütekriterien für die Personalarbeit in der Pflege formuliert – verbunden mit entsprechenden Umsetzungshinweisen (Das Demographie Netzwerk e. V. (ddn) 2017). Die Zuwanderung für ausländische Pflegekräfte, aber noch mehr für Zuwanderer, die in Deutschland einen Gesundheitsberuf erlernen wollen, wurden erleichtert – wobei immer noch große Hürden für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse bestehen und die Interviewten doch überwiegend ihre Skepsis äußern, dass durch Zuwanderung das Personalproblem in der Altenpflege gelöst werden könnte. Sowohl für den klinischen Sektor als auch für die stationäre Lang-

zeitpflege werden verbindliche Personalvorgaben geregelt: PPR 2.0 für die Kliniken und PeBeM gemäß § 113c SGB XI für die stationäre Langzeitpflege. Ob angesichts der Personalnot die mit den Personalregelungen verbundenen Erwartungen erfüllt werden können, bleibt allerdings fraglich. Immerhin wurde im klinischen Sektor die Refinanzierung der Pflegekräfte gewährleistet und die Finanzierung der Fachkräfte der DIG-Logik herausgenommen. Durch das Pflegeberufegesetz wurden ein einheitliches Pflegeverständnis und eine generalistische Ausbildung eingeführt – verbunden mit Vorbehaltsaufgaben für die Fachpflege. Im Dezember 2023 hat Karl Lauterbach als Bundesgesundheitsminister Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz vorgestellt, das die Pflege in Richtung Augenhöhe mit der Ärzteschaft tragen soll. Eine große Reform der Pflegeversicherung, aber sie blieb aus. Trotzdem gibt es gesundheits- und pflegepolitisch Bewegung. Ist das die Bewegung, die auch die Interviewten vor Augen haben und fordern?

5.4.5.1 Die große Veränderung ist nötig, aber wie?

Resignation gegenüber der Pflegepolitik

Im Rahmen der Interviewstudie wurden die Pflegekräfte darum gebeten, die deutsche Pflegepolitik zu bewerten und eigene Reform- und Politikvorschläge zu formulieren. Keine der interviewten Pflegekräfte zeigte sich zufrieden mit der Pflegepolitik in Deutschland. Die meisten würden der Pflegepolitik gerade einmal die Note 5 geben. Die Einschätzungen der Interviewten sind geprägt von Resignation. Die Hoffnung, dass sich etwas maßgeblich verändern könnte, scheint verloren. Die Politikerinnen werden als der Pflege fern wahrgenommen:

„Aber wir sollen die es auch besser machen? Die sind nicht vor Ort. Die müssten auch selber mal vor Ort sich das einen Tag mal anschauen. Keine Ahnung. Richtig mitarbeiten. Die reden ja auch nur das, was sie vorgeschagt bekommen. [...] Und als ich damals in der Altenpflege angefangen habe, hieß es ja schon: Wir müssen was verändern. [...] Und dann denke ich, es ist nichts passiert. Es ist einfach nichts passiert. Und das tue ich: Ankreiden, dass so viel geredet wird. Aber es passiert wirklich nichts.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 230–237)

Mangelnde Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen

Einigkeit besteht darüber, dass sich an der gesamten Organisation der Pflege dringend etwas ändern müsste. Wie genau solch eine Veränderung aussehen könnte, bleibt in den Ausführungen der Pflegekräfte oft unklar. Angesichts der herausfordernden Aufgabe zeigen einige Pflegekräfte durchaus Verständnis dafür, dass Politikerinnen an ihre Grenzen kommen.

„Der demografische Wandel geht schneller als die Politik.“ (Int. Hr. Winkler, Z. 474)

Von den Pflegenden hier bahnbrechende Lösungen zu erwarten, die per Musterlösung alle Probleme der Pflege in Deutschland beheben, wäre zu viel verlangt. Die Interviews geben uns aber durchaus einen Überblick darüber, welche Themen aus ihrer Perspektive besonders wichtig sind und welche Ideen und Reformen bei

ihnen Anklang finden. Aus vielen Forderungen lässt sich allem voran der Wunsch herauslesen, dass das gesamte System (wieder) stärker an den Bedürfnissen der zu Pflegenden ausgerichtet werden sollte (siehe 6.3.2 Das Verständnis von Pflege). Konkrete Vorschläge für Veränderungen beziehen sich darüber hinaus meist auf bestimmte Teilbereiche, z. B. die Reduktion der Dokumentation oder die Einführung eines sozialen Jahres – Maßnahmen, die die alltägliche Arbeit der Pflegenden erleichtern würden. Dabei fällt auf: Mit Ideen für zukünftige Veränderungen beziehen sich die Interviewten häufig auf Pflege, wie sie in der Vergangenheit stattgefunden hat. Die Pflegekräfte wünschen sich zurück in die Zeit vor der Zunahme von Dokumentationspflichten und vor Abschaffung der Wehrpflicht; zu Zeiten, in der die Pflgetätigkeit als weniger verdichtet wahrgenommen wurde. Weiterhin sollen die Positionen der Pflegekräfte zu Themen beleuchtet werden, die im pflegepolitischen Diskurs immer wieder behandelt werden: Gehalt, Personalmangel und Personalschlüssel, und die Gewichtung der Sektoren.

5.4.5.2 Gehalt

Wie weiter oben bereits ausgeführt (Kapitel Anerkennung), ist die Forderung nach mehr Gehalt u. a. als Forderung nach einem höheren sozialen Status zu verstehen. Angesichts dessen, dass das Gehalt der Pflegekräfte in den letzten Jahren stetig gestiegen ist (Statistisches Bundesamt (Destatis) 11.05.2021), mag die Forderung nach einem besseren Gehalt dennoch überraschen. Zu beachten ist hier allerdings das Lohngefälle zwischen den Pflegefach- und Pflegehilfskräften. Dies wird an der folgenden Aussage von Fr. Sommer deutlich:

„Ja, ich denke mal, viele krebzen so rum. Ich kenne auch viele Leute, die gehen aus der Pflege raus aus finanziellen Gründen. Es muss wirklich diese Arbeit ENTSPRECHEND entlohnt werden. Wo sind wir jetzt? Beim Mindestlohn, zwölf Euro oder was weiß ich. Und wir kriegen drei Euro mehr meine ich. Drei Euro fünfzig können es auch sein. Dann guck doch mal bitte, wo wir sind. In der Pflege. Also wir sind ja angeblich ein Sozialstaat und ich finde, sozial sollten dann auch die Entlohnungen sein.“ (Int. Fr. Sommer, Z. 308–313)

Ihrer Meinung nach sollten die Angestellte im Bereich der Pflege danach bezahlt werden, welche Tätigkeiten sie ausüben können und nicht, welche Qualifikation sie formal erworben haben.

„Wenn man sieht, ein Arzt, weil er studiert hat, da hat er ein paar Ausgaben gehabt. So, wenn der die Tablette hinreißt, kriegt er 1.000 €. Wenn das eine Krankenschwester macht, die kriegt 10 €. Macht das da irgendwo eine Hilfskraft. Die kriegt 2 €. Verstehen sie, was ich mein. Wenn das so ist bei der selben Arbeit. Dass jemand da, bloß weil er studiert hat- Wenn ich selbst als Hilfskraft die gleiche Arbeit machen kann. Die Arbeit sollte bezahlt werden, nicht das, was ich, dass ich studiert habe oder dass ich da ausgebildet bin. Wenn jemand, der

**Ungerechtigkeit
in der Bezahlung**

**Pflegearbeit
muss sich
lohnen**

nichts gelernt hat, als Hilfskraft genau die gleiche Arbeit machen kann, dann soll er auch den gleichen Lohn haben.“ (Int. Fr. Sommer, Z. 329–336)

Geringes Gehalt von Hilfskräften mit gravierenden Folgen

Je nach Lebenssituation hat das geringe Gehalt der Pflegehelferinnen gravierende Auswirkungen: Fr. Köhler wird nicht als examinierte Pflegekraft bezahlt (obwohl sie nach eigenen Angaben die entsprechende Qualifikation hat), ist alleinstehend und gesundheitlich stark beeinträchtigt. Dennoch arbeitet sie in Vollzeit, da das Geld sonst nicht reicht. Eigentlich würde sie ihre Arbeitszeit gerne reduzieren, was aber nur möglich wäre, wenn ihre Qualifikation anerkannt und sie als Fachkraft bezahlt würde.

„Dass ich wenigsten mal- ich bin ja Vollzeitkraft- wenigstens auf sechs runtergehen kann, weil es manchmal wirklich ganz schön anstrengend ist. [...] Ja, das würde mir zum Beispiel schon total viel helfen, nicht Vollzeit zu arbeiten. (...) Aber so ist das halt. Wenn man allein ist und ich bin halt alleine, dann kann man sich das auch so nicht richtig leisten, von dem, was da ist, dann auch noch mal einen Schritt zurückzugehen. Finanziell meine ich jetzt.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 105–113)

Vollzeitarbeit unter aktuellen Rahmenbedingungen nicht tragbar

Für Frau Krämer hingegen, die als Altenpflegerin im Krankenhaus arbeitet, ist das Gehalt ausreichend. Für sie ist es im Gegensatz zu Fr. Köhler finanziell leistbar, in Teilzeit zu arbeiten. Das kommt ihr insofern zu Gute, als dass sie die Belastungen besser aushalten kann:

„Und vom Geld her, vom Verdienst her, finde ich das auch völlig in Ordnung, weil sich ja da immer so viele beschwerten, dass man würde nicht genug verdienen. An den Rahmenbedingungen müsste man was ändern. [...] Also vom Verdienst her, da bin ich rundum zufrieden, da kann ich gar nicht meckern. Jetzt arbeite ich ja nur 75 %, also keine Vollzeit. Also wenn ich Vollzeit arbeiten müsste, weil ich darauf angewiesen wäre. Ich glaube, das würde ich nicht mehr schaffen, weil das so hoch anspruchsvoll ist und so viel abverlangt wird dann.“ (Int. Fr. Krämer 70–77)

Zuschläge als wichtiger Bestandteil des Gesamtgehalts

Ein weiteres Problem stellt dar, dass die Zuschläge, die einen erheblichen Teil des Gehalts ausmachen, nicht sozialversicherungspflichtig sind.

„Die Einrichtung sollte familienfreundlich sein. Überleg mal gerade wenn junge Mütter da sind, irgendwie müssen sie das ja auch händeln können mit ihren Kindern, dass der Dienstplan dementsprechend auch gemacht wird. Dass der besser bezahlt wird, auch. Ist ja auch so ein Trugschluss. Ich meine, man verdient ja nicht schlecht in der Pflege. Aber wenn man sich überlegt für die Rente später zählt nur das Brutto und nicht meine Zuschläge. Ja und die Pflege machen eigentlich das Geld aus. Ansonsten würde wirklich gar keiner in dem Job arbeiten.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 158–164)

Das Gehalt wird insbesondere durch Nacht- und Wochenendzuschläge attraktiver. Gerade für Personen mit Kindern ist es schwierig, diese Schichten zu übernehmen. Zudem wird es als problematisch angesehen, dass diese Zuschläge nicht bei der Sozialversicherung berücksichtigt werden und somit die Aussichten auf die Rente schlechter werden. Das kann letztlich auf Kosten der Gesundheit gehen. So berichtet Fr. Pfeiffer:

„Also man muss ja zum Glück ab 50 nicht mehr Nächte machen, aber viele Kollegen machen das einfach, um ihr Gehalt aufzubessern. Die haben dann drei Schichten und dann ist es so als Vollzeitkraft. Die arbeiten ja normalerweise zehn, zwölf Tage am Stück, um dann drei Tage frei zu haben. Und ich weiß nicht wie das Funktionieren soll mit fast 70.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 389–393)

Diese Wahrnehmungen in Bezug auf das Gehalt spiegeln auch die statistisch beschriebenen Differenzen nach Sektor und Berufsausbildung wieder (Carstensen et al. 2023). Doch auch ein Pflegehelfer im Pflegeheim kann mit seinem Gehalt zufrieden sein, wie bspw. Hr. Förster. Dennoch will er die Forderungen nach mehr Gehalt nicht in Abrede stellen – er priorisiert sie nur nicht, sondern will, wie Frau Krämer, lieber bessere Arbeitsbedingungen, insbesondere sichere und gut organisierte Dienstpläne. So ist die Gehaltsfrage mit der Frage nach besseren Arbeitsbedingungen verweben: Wenn die Arbeitsbedingungen besser wären und die Belastung nicht zu hoch, erscheint das Gehalt angemessen und – bei einigen zumindest – ausreichend, um davon zu leben. Doch da die Bedingungen eben oft nicht ertragbar erscheinen, der Job mit viel Verantwortung, mit Einbußen im Privatleben, Stress und körperlicher Belastung einhergeht, wird ein größerer finanzieller Ausgleich gefordert. Wenn hingegen Teilzeitarbeit möglich ist und/oder sichere Dienstpläne vorhanden sind, erscheint die Bezahlung eher als angemessen. Unter mehr Geld stellen sich die Interviewten Beträge vor, die den am besten bezahlten Jobs in Deutschland entsprechend. Wie weiter oben bereits angedeutet bspw. von Ärztinnen oder, wie Hr. Hartmann fordert, Verdienstmöglichkeiten ähnlich denen der Automobilbranche. Dabei könnte ein höheres Gehalt nach Ansicht einiger Interviewter einen Anreiz bieten, um mehr Personal für die Pflege zu gewinnen.

Auf der anderen Seite wird das eigene Gehalt auch als potenziell in Konflikt mit bezahlbarer Pflege stehend diskutiert.

„... die Menschen leiden in den Wohnungen, die haben kein Geld die Pflege zu bezahlen. Und ja, man kann die Leute ja auch nicht umsonst pflegen. Wir wollen ja auch unser Geld und das muss ich ja alles finanzieren. Und das funktioniert im Moment überhaupt nicht. Und ich sehe auch nicht, wie es sich jemals verändern soll. Die Kassen haben kein Geld, es gibt immer mehr alte Menschen. Ja und es ist so einfach nicht finanzierbar.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 44–48)

Höheres Gehalt zur Kompensation schlechter Arbeitsbedingungen

Finanzierung der Pflege als unlösbares Problem

Die Finanzierungsfrage der Pflege erscheint hier wie ein unlösbares Problem. Doch während Geld zumindest in der Theorie politisch anders verteilt werden könnte, stellt der, sich aufgrund demografischer Entwicklungen immer weiter zuspitzende, Personalmangel ein noch größeres Problem dar.

5.4.5.3 Personalmangel

Mehr Personal gegen die hohe Arbeitslast

Bei Forderungen nach Personal geht es den Pflegenden nicht nur darum, überhaupt Versorgung gewährleisten zu können. Manche träumen davon, mit mehr Personal die Pflege zu verbessern, das heißt, wieder mehr Zeit für mehr Zuwendung zu den Pflegebedürftigen haben. Manche der Interviewten fordern einen verbesserten Personalschlüssel. Ein höherer Personalschlüssel würde auch die Arbeit sowie die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen und Belastungen reduzieren. Doch auch schon ohne verbesserten Personalschlüssel ist klar: Personal fehlt – da sind sich die Interviewten einig. Auch wissenschaftlich wurde dieser Umstand mehrfach belegt (s. z. B. die fehlende Arbeitsmarktreserve in Bayern, die im Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023 festgestellt wurde) (Isfort und Klie 2024). Aktuell führt diese Situation zu einer sehr hohen Arbeitsbelastung. Das hat teils gravierende Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegenden: Fr. Sommer berichtet davon, dass oft keine Zeit ist, Pausen zu nehmen. Die Pflegenden werden aus dem Freigerufen und müssen Ausfälle kompensieren, sodass ihnen die Ruhepausen fehlen:

„Da müsste sich einiges ändern. Also es müsste zum einen mehr Personal da sein. Das ist tatsächlich so wenn jemand ausfällt, nämlich Krankenschein usw., dann bricht schon fast alles zusammen. Dann, wenn, wenn vorauszusehen ist, dass Kollegen länger ausfallen durch Operation oder so was alles das man das nicht monatelang mit auffangen muss, dass dann direkt Ersatz da ist. [...] Und da sind viele Kollegen, die damit ein Problem auch haben, diese fehlenden Ruhezeiten. Oder es wird teilweise praktiziert, Wochenenden, die eigentlich frei sind. Dann heißt es ja, ihr habt aber nur Anspruch auf zwölf freie Sonntage im Jahr, dann wird man einfach an seinem freien Wochenende verplant. Das dürfen die, ist mir auch klar. Aber ist natürlich nicht nett, wenn dann gar nicht gefragt wird. So, Hallo, hast du was vor? Kannst du einspringen? Da wird dann einfach drüber den Kopf drüber hinweg geplant.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 206–218)

Auffangen von Ausfällen durch mehr Personal

Fr. Schneider fordert als Reaktion auf diese Art der Belastungen, mehr Geld zu investieren um zusätzliche Personen zu finanzieren, die im Bedarfsfall einspringen könnten:

„Also da muss ein System her und auch Gelder, wahrscheinlich von Trägern, wo der Pflegedienst existiert, die eine zusätzliche Stelle schaffen, gerade für Ausfälle. Sonst brennen die aus. Also das heißt, wenn Ausfall ist, muss ein anderer einspringen. Das ist so und da muss es irgendwie jeden Monat so nen Springer geben. Der wird dann aber auch bezahlt, auch wenn er jetzt keinen Dienst hat. So was muss man einfach finanzieren.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 412–418)

Ein höheres Gehalt, insbesondere für Schichtdienste, wird als möglicher Anreiz gesehen, der dazu beiträgt, mehr Personal zu gewinnen. Eine weitere Möglichkeit – die hier aber kaum diskutiert wird – wäre die Erhöhung der Anteile von Teilzeitkräften (Auffenberg und Heß 2021). Der Anteil derjenigen, die in Teilzeit arbeiten, ist in der Pflege sehr hoch. Für einige Interviewte stellt die Reduktion der Arbeitszeit jedoch die einzige Möglichkeit dar, mit der hohen Arbeitslast überhaupt umzugehen. Hr. Förster spricht eine Zwickmühle an: Es gibt nicht genügend Personal in der Pflege, sodass die Arbeitslast sehr hoch ist und die Pflegenden, um die persönliche Belastung zu reduzieren, sofern möglich in Teilzeit arbeiten. Aufzustocken ist unter den gegebenen Bedingungen erstmal nicht denkbar.

„Aber auf Vollzeit. Da würde ich schon vielleicht gehen, wenn die Personalsituation sich wirklich drastisch verändern oder zum Positiven verändern würde. Das heißt, die Arbeitstage würden ja dann auch weniger stressig werden. Die Schichten einfacher. Ja, und man käme noch mit einer völlig anderen Haltung wieder nach Hause.“ (Int. Hr. Förster, Z. 317–327)

Dabei bemerkt Hr. Förster: Es herrscht nicht nur Fachkräftemangel, sondern „überhaupt Arbeitskräftemangel“. Über die demographische Entwicklung sind sich manche Interviewte durchaus bewusst, daher herrscht oft auch Hoffnungslosigkeit vor, dass mit mehr Gehalt oder attraktiveren Arbeitsbedingungen tatsächlich mehr Pflegekräfte gewonnen werden könnten. In manchen Interviews werden weitere aktuell diskutierte Lösungsansätze aufgegriffen und abgewägt. Gegenüber dem vermehrten Einsatz von Zeitarbeit sind die Interviewten eher skeptisch. Bspw. Fr. Huber sieht zwar die Notwendigkeit, mit hohen Krankenständen umzugehen, allerdings ist sie auch nicht begeistert von Zeitarbeit. Pflegeroboter werden mehr als einmal als „Quatsch“ bezeichnet. Die Pflegenden zeigen sich allerdings nicht per se technikfeindlich, sondern die Ablehnung ist stattdessen eher geprägt von übertriebenen Vorstellungen darüber, was die Technologien in der Pflege leisten soll:

„So Pflegeroboter und so was. Das ist absoluter Quatsch. Meine ich jetzt mal ohne eine genaue Begründung im Einzelfall liefern zu können. Weil wie gesagt, das ist Arbeit mit Menschen und da braucht es halt. Gerade wenn man. Gesundheitlich angeschlagen ist oder eben alt ist. Das bringt ja alles, womit sich Multimorbidität und das ist dann. Schon so, dass eben diese Zuwendung da sein muss“ (Int. Hr. Winkler, Z. 391–395)

Dennoch sind einige auch offen und differenzieren, welche Art von Technologie helfen könnte. Z. B. das Bringen von Medikamenten oder die Dokumentation könnten mit Hilfe von Technologien erleichtert werden. Fr. Peters allerdings erinnert sich, dass alle Versprechen auf Erleichterung durch Technik bisher konterkariert wurden. Bspw. seit Einführung des Computers auf Stationen kam es nicht zu Erleichterung der Dokumentation, sondern es sollte stattdessen immer mehr dokumentiert werden.

Personalmangel und Arbeitslast verschärfen sich gegenseitig

Zeitarbeit und Pflegeroboter gegen Personalmangel?

Einsatz von Technik und Gesundheitsförderung

Es werden auch Ideen geäußert, Arbeiten innerhalb der Organisationen umzuverteilen, um die Arbeitsbelastung der Pflegenden zu reduzieren. Immer wieder werden dabei vor allem die ‚bürokratischen‘ Tätigkeiten genannt, vor allem Dokumentationspflichten, bei denen die Pflegenden gerne Zeit zugunsten der direkten Pflege einsparen würden. Die Pflegenden hinterfragen die Einführung der Vorbehaltsaufgaben und sind teilweise der Meinung, dass diese den Fachkräftemangel sogar noch verstärken (siehe 6.3.2 Das Verständnis von Pflege). Dementsprechend fordert Fr. Huber:

„...dass man auch vielleicht immer wieder von diesem Status runterkommt, alles nur mit Fachkräften erledigen zu müssen. Es gibt auch gute Helfer in der Pflege und die können durchaus auch die Leute bedienen.“ (Int. Fr. Huber, Z. 273–275)

Diese Ansicht, dass Pflege nicht unbedingt an allen Stellen 3-jährig ausgebildete Fachkräfte benötigt, passt zu den weiteren Forderungen der Interviewten, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Versorgung mit (guter) Pflege sicherzustellen: die stärkere Förderung der ambulanten Pflege sowie den Einbezug größerer Teile der Gesellschaft.

5.4.5.4 Mehr gesellschaftliche Verantwortungsübernahme

Private Pflege als wichtiger Bestandteil gesamtgesellschaftlicher Pflegearbeit

Ein großer Teil der Pflege wird privat geleistet, von Angehörigen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024). Dennoch fordern die Interviewten, das gesamtgesellschaftliche Bewusstsein und den Stellenwert der Pflege in der Gesellschaft zu erhöhen. Dadurch erhoffen sie sich einerseits mehr Anerkennung (siehe 6.4.2 Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs), aber auch praktische Unterstützung. Denn trotz des hohen Anteils der privat geleisteten Pflege sehen sie die Pflegenden scheinbar mit Ansprüchen konfrontiert, die sie allein angesichts des hohen gesellschaftlichen Pflegebedarfs in ihrer beruflichen Tätigkeit nicht auffangen können.

„Alle müssen damit helfen, die Institutionen, die Politik und die gesamte Gesellschaft. Also auch die älteren Menschen in ihrer Anspruchshaltung und die Angehörigen letztendlich auch.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 58–61)

Pflege solle mehr als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aufgefasst werden, in der die verschiedenen Akteure und Institutionen miteinander kooperieren, um das bestmögliche Ergebnis zu erlangen. So könnte die Zivilgesellschaft eingebunden werden, quasi jede Person einmal einen Dienst in der Pflege erbringen in Form eines sozialen Jahres:

„Warum können junge Menschen nicht einfach mal was für die Gesellschaft machen? Ohne irgendeinen Nutzen für sich zu haben. Außer, dass sie was fürs Leben lernen.“ (Int. Fr. Berger, Z. 431–434)

Einbezug der Gesamtgesellschaft durch ein Freiwilliges Soziales Jahr

Dabei erhoffen sich die Interviewten, dass solch ein soziales Jahr nicht nur dem Personalmangel entgegenwirkt, sondern allgemein das Bewusstsein und Verständnis für Pflege gestärkt wird. Das könnte auch weitere Interessierte für den Pflegeberuf anwerben.

„Früher gab es ja auch das freiwillige Soziale Jahr oder so. Um da einfach mal reinzuschnuppern und zu sehen, was ist das Leben überhaupt, Worum geht es denn da? Ich finde das schön, wenn das, wenn das so ein bisschen verpflichtend wäre, in die sozialen Berufe immer reinzuschnuppern. Man muss ja nicht unbedingt in der Pflege, aber es gibt ja überall was zu tun. Betreuung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten usw. und so fort. Dass die Leute da herangeführt werden. Es muss nicht unentgeltlich sein. Wie gesagt, diese Bufdi oder Zivildienstleistende, die da Geld dafür bekommen, dass sie so eine Art Sozialpraktikum dann machen in der Pflege, um das so ein bisschen publik zu machen.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 342–352)

Menschen sollten an den Pflegeberuf herangeführt werden

Nach Fr. Huber hätte das daneben möglicherweise den Effekt, dass auch wieder mehr Männer den Pflegeberuf ergreifen würden. Sie fordert die Wiedereinführung der Wehrpflicht, wobei dieser Effekt natürlich auch mit einem rein zivilen sozialen Jahr erreichbar wäre.

„In der Pflege war ja auch die Zeit der Wehrpflicht noch und da waren auch Zivildienstleistende dort. Und die fehlen, die Männer fehlen uns absolut in der Pflege. Also ich tendiere wirklich zur Wehrpflicht. [...] viele sind damals in der Pflege hängengeblieben oder im sozialen Bereich überhaupt.“ (Int. Fr. Huber, Z. 246–255)

Gleichzeitig könnten Pflegeinteressierte darüber herausfinden, ob der Pflegeberuf wirklich für sie die passende Wahl ist, was auch dem Problem begegnen könnte, dass sehr viele Auszubildende in der Pflege die Ausbildung abbrechen.

Ausbildungsabbrüchen vorbeugen

„Aber ich finde gerade in diesen Berufen, egal ob Krankenhaus, Pflegeheim oder so, sollte ein soziales Jahr gemacht werden oder ein halbes Jahr von mir aus. Es wird geguckt, ist der dafür geeignet. Wie kann der mit Menschen umgehen? Ist der offen? Liegt ihm wirklich der Beruf? Und dann entscheidet man. Ja, der ist total toll, oder. Ne, der ist doch nicht so.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 297–303)

5.4.5.5 Für „bedachte“ Nutzung der stationären Pflege/Ambulant vor Stationär

Mehr Personen einzubeziehen, die nicht beruflich pflegen – das findet sich auch in den Forderungen nach einer Stärkung des ambulanten Sektors wieder. Für einen stärkeren Einbezug von Personen, die nicht beruflich pflegen, spricht laut den Interviewten auch, dass die häusliche Pflege – kombiniert mit ambulanten Pflegeleistungen – den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen am besten

Stärkung des ambulanten Sektors

entsprechen kann. Die interviewten Pflegenden haben oft großes Verständnis dafür, dass die Pflegebedürftigen nicht ins Heim wollen oder haben selbst Angehörige, in deren Pflege sie privat eingebunden sind. Viele der Interviewten plädieren dafür, die häusliche Pflege und die finanzielle Ausstattung der Pflegebedürftigen zu stärken, wenn diese zu Hause gepflegt werden und nicht im Pflegeheim.

„Es kommt immer drauf an, was jeder so für Bedürfnisse hat. Aber im Großen und Ganzen ist die Verweildauer im Stationären nicht mehr so lange wie zu DDR-Zeiten. Also wenn Sie ein halbes Jahr jetzt in einer stationären Einrichtung verweilen, ist das schon lange. [...] Und deswegen finde ich immer, solange wie möglich zu Hause zu bleiben, lieber die Familien zu unterstützen, vielleicht Angebote zu schaffen wie Tagespflege, damit auch Familien Entlastung haben, so die Synergieeffekte zu nutzen, ne? Das finde ich ganz wichtig. Oder wenn es gar nicht mehr anders geht, wenn... Also es gibt nicht das Non plus ultra für ambulant, stationär oder so, sondern es muss beides geben. Es muss auch die Wohngemeinschaften geben, weil die finde ich, ist eine sehr schöne Wohnform für Menschen, wo man auch ganz andere Möglichkeiten hat, Angehörige mit einbeziehen.“ (Int. Fr. Schneider, Z. 326–336)

Pflege durch Angehörige unverzichtbar

Fr. Schneider, die selbst bei einem ambulanten Pflegedienst arbeitet, stellt fest: Ohne die Angehörigen würde die häusliche Pflege ohnehin nicht funktionieren. Sie können den professionell Pflegenden, die unterbesetzt sind, Arbeit abnehmen:

„Das ist eine große Aufgabe, was die sich stellen zu Hause. Wenn alle Angehörigen sagen, wir machen das nicht mehr, das kann nicht funktionieren. Also wir haben es ja oft gesehen, Ohne die Angehörigen könnten wir, auch wir als Pflegedienst, gar nicht so existieren. Weil ja, es gibt ja viele, die brauchen manchmal drei, vier, manchmal FÜNF Einsätze am Tag, weil keine Angehörigen da sind. Und das ist ja nur mit einem hohen Vermögen zu stemmen.“ (Int. Fr. Schneider, Pos. 429–446)

Schwierigkeiten bei der Gewährleistung angemessener Versorgung

Allerdings sehen die Interviewten Schwierigkeiten bei der Gewährleistung einer angemessenen Versorgung zu Hause unter den gegebenen Bedingungen. Das kennen sie teilweise aus eigener Erfahrung:

„Also ich denke mal, es würden vielleicht auch mehr Leute zu Hause gepflegt werden, wenn die finanzielle Absicherung des Pflegenden gewährleistet würde. Mein Vater ist an Demenz erkrankt. [...] Pflege ich den zu Hause als Angehöriger kriege ich von dem Pflegegeld von 2000 – habe es jetzt nicht ganz im Kopf. Warum, frage ich sie jetzt, kriege ich als pflegende Angehörige von diesem Geld nur 60 %, während der Pflegedienst, der da käme, den gesamten Betrag ausschöpfen kann? [...] kriege eine Freistellung und die Zusage die nehmen mich wieder, wenn ich wiederkomme. Wovon lebe ich das halbe Jahr, was mir da zusteht?“ (Int. Fr. Berger, Z. 536–550)

Fr. Berger findet, dass die häusliche Pflege finanziell nachrangig gefördert wird und es ihr damit schwergemacht wird, die häusliche Pflege gut zu gewährleisten. Dass professionelle Pflegekräfte in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten ein spezifisches Wissen mitbringen, um die Qualität der Versorgung zu gewährleisten, und dass dies entsprechend mehr Geld kostet, wird hier nicht mitreflektiert. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegenden, wenn sie als pflegende Angehörige Stellung beziehen, selbst natürlich über das fachliche Wissen verfügen. Daher gerät das bei dieser Forderung von bspw. Fr. Berger eventuell etwas in Vergessenheit. Fr. Rudkofsks klare Positionierung in dieser Hinsicht stellt eine Ausnahme dar:

„Wenn da so eine Kombination zwischen Tagespflege und Angehörigen und noch ambulant dazu eventuell ja, aber mehr Angehörige in die Pflege rein zu mischen, sage ich das finde ich nicht so gut, weil ich sehe, dass zum Beispiel dieses Pflegegeld was jetzt existiert, finde ich störend für uns Fachkräfte, weil dann wird statt Sachleistungen Pflegegeld in Anspruch genommen. Und was sehen wir? Ganz oft wird das Geld für Studium von Enkeln gebraucht oder noch für etwas oder statt Rente. Jemand bekommt und wird zu Hause nicht gepflegt und die Tagespflege wollten sie dann Unterkunft und Verpflegung auch nicht dazu zahlen. Dementsprechend kommen diejenigen nur zweimal wöchentlich in die Tagespflege und dann sehen wir schon Pflegedefizite an diesem Menschen.“
(Int. Fr. Rudkofski, Z. 260–268)

Fr. Rudkofski fordert entsprechend häusliche Pflege unterstützt von Pflege durch professionelle Pflegekräfte. Wenn es nach ihr ginge, dann sollte der professionelle Sektor sogar noch weiter ausgebaut werden. Sie begründet dies auch mit der Entlastung, die professionell Pflegenden in familiäre Pflegesettings bringen können. Aus Fr. Rudkofsks Kritik am Pflegegeld lässt sich aber auch schlussfolgern, dass die finanzielle Absicherung der pflegenden Angehörigen (an anderer Stelle) gewährleistet sein muss.

Um die Bedarfsgerechte Pflege sicherzustellen fordert Hr. Sauer, dass die Sektoren stärker miteinander verschränkt werden sollten. Jede Versorgungsform hat eine Daseinsberechtigung. Der Fokus sollte daher stärker daraufgelegt werden, die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Settings leichter und niedrighschwelliger zu machen.

„Was vielleicht möglich wäre, was vielleicht auch schon ein bisschen Entlastung schaffen würde. Das ist, wenn man diese, diese feste Strukturen ambulant und stationär, vor allem auch was so ordnungsrechtlich und was die Finanzierung anbetrifft, wenn man das auflöst, [...] dass hier ein einfacherer Austausch, was die Pflegetätigkeiten betrifft möglich ist [...] ich darf ja keine Leistung erbringen aus dem stationären Bereich im ambulanten und umgekehrt genauso. Und da denke ich ja, wäre schon auch ein bisschen Potenzial und auch ein bisschen in

Die Rolle von fachlichem Wissen in der häuslichen Pflege

Stellschraube Pflegegeld

Starre Strukturen auflösen

kleinere Strukturen, die ja auch wohnortnah sind, wenn das halt auch wieder mehr Geld kostet. Aber da sehe ich schon ein bisschen ein Potenzial. [...] Oder der stationäre Bereich kann ein bisschen zurückgefahren werden. Aber ich bin der Meinung, dass man diese Plätze auch braucht. Gerade wir haben ja den geschützten Bereich, dass die, dass die Nachfrage da ist, weil die Patienten sie in der häuslichen Umgebung eben nicht versorgen können oder nicht mehr versorgen können. Und deswegen wird man schon einen Grundstock an vollstationärer Versorgung brauchen, aber ansonsten muss das mehr ineinander gehen. Also die die Zahnräder müssen da viel mehr ineinander gehen, dass man die Ressourcen dann bestmöglich nutzen kann.“ (Int. Hr. Sauer, Z. 271–291)

5.4.5.6 Gewinnung ausländischer Fachkräfte

Vorbehalte gegenüber ausländischen Fachkräften

Die Gewinnung von neuen Fachkräften über die Anwerbung ausländischer Fachkräfte stößt bei den meisten Interviewten auf Skepsis. Geäußert werden einerseits (latent) rassistische Vorbehalte, andererseits die Vermutung, dass auch ausländische Fachkräfte den Pflegenotstand nicht lösen können. Zur Begründung für die Vorbehalte wurden vorrangig sprachliche, teils auch fachliche Probleme vorgetragen:

„Das ist auch alles gut und schön. Aber das Problem ist die Sprache. Und wenn kein Verständnis von der Sprache her da ist, wie soll man Patienten was erklären oder Kollegen was erklären? Wie soll man was dokumentieren, was man selber nicht versteht? [...] Und das gibt immer Missverständnisse und Ärger. Und doppelt Arbeit dann für den nächsten dann hinterherkommt.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 177–188)

Rassistische Vorbehalte

Fehlende Sprachkenntnisse werden immer wieder als Argument vorgebracht. Dies kann auf real gemachte Erfahrungen zurückgehen, doch es stellt sich die Frage, ob die Sprachbarrieren zumindest manchmal eher vorgeschoben werden, um auch rassistische Vorbehalte zu legitimieren. Denn theoretisch sind Sprachbarrieren ein Problem, das mit entsprechender Förderung in Sprachkursen gelöst werden kann. Die Vorbehalte zeigen sich darin, dass diese Möglichkeit nicht als sinnvolle Maßnahme in Betracht gezogen wird. So äußert z. B. Fr. Pfeiffer, auf den Vorschlag, Sprachkenntnisse zur Grundvoraussetzung für den Beruf zu machen:

„Ja, sagen wir mal man lernt ja Deutsch, nicht mal eben so. Das ist ein langwieriger Prozess.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 276)

Diskriminierung von Pflegekräften

Fr. Sommer führt aus, dass die älteren Pflegebedürftigen ausländische Pflegekräfte bzw. Pflegekräfte, die sie als nicht deutsch identifizieren, teils diskriminierend ansprechen. Statt aber Verständnis mit den betroffenen Pflegekräften über Unbehagen zu zeigen, fordert sie Akzeptanz von den betroffenen gegenüber der älteren Generation. Und Fr. Berger schließt ihre Kritik an fehlenden Sprachkenntnissen sogar ganz unverblümt rassistische Aussagen gegen Kolleginnen aus (nord)afrika-

nischen Ländern an. Auf der anderen Seite haben wir auch eine Person interviewt, die Erfahrungen als Betroffene von rassistischer Diskriminierung gemacht hat. Eine Einrichtungsleitung sagte Fr. Rudkofski, dass sie sie aufgrund ihrer Herkunft nicht einstellen wollen würde. Davon hat sie sich nicht abschrecken lassen. Doch solche Erfahrungen stellen für viele ausländische Pflegekräfte eine zusätzliche Belastung dar (Theobald 2018).

Unter den Interviewten gab es aber auch Pflegekräfte, die es durchaus als Vorteil betrachten, das Team international aufzustellen:

„Ich arbeite in einem absolut internationalen Team. Es gibt viele Nationen, teilweise aus dem Nahen Osten, teilweise auch aus Afrika oder teilweise aus Asien. Es ist eine Sache, die mir persönlich total liegt und was mir Spaß macht. Da kommt man auch in den Bereich der kultursensitiven Pflege rein. Man hat dann ja auch ein paar Bewohner aus anderen Kulturbereichen, die natürlich auch in der Zukunft mehr und mehr in den Häusern wohnen werden.“ (Int. Hr. Förster, Z. 483–488)

Prinzipiell positiv eingestellt gegenüber der Anwerbung ausländischer Fachkräfte sind die Leitungspersonen Hr. Sauer und Fr. Rudkofski. Beide sehen aber große Hürden bei der Anerkennung der Abschlüsse, die das Arbeiten in Deutschland erschweren und unattraktiv machen.

„Aber jetzt kommen doch deutlich mehr und da sind viele Schüler mit Migrationshintergrund ja, das ist und das ist auch ein super Austausch in der Regel. Aber die werden dieses Problem nicht lösen. Das wird. Die werden unser demografisches Problem nicht lösen können. Da wird man da zu viel hinein fordern, glaube ich. Ja, und es gibt hier zu viele Barrieren. Ja, die Sprachbarriere natürlich. Dann sind es ja oft auch einmal Mitarbeiter, die, die schon eine Ausbildung haben, die dann hier nicht anerkannt wird. Das macht es auch nicht leichter. Ich weiß es aus eigener Erfahrung hier. Warum muss jetzt der Mitarbeiter noch einmal eine 3-jährige Ausbildung machen, wenn er doch schon in der in Kroatien eine Pflegeausbildung hatte?“ (Int. Hr. Sauer, Z. 328–341)

5.4.5.7 Ungerechtigkeit bei der Finanzierung von Pflege

Aufgrund der thematischen Ausrichtung des vorliegenden Reports wurde der Fokus hier bisher hauptsächlich auf die Erfahrungen der Pflegenden mit dem Pflegeberuf und ihre (politischen) Ansichten dazu dargelegt. Erstaunlicherweise war die Schwerpunktsetzung der Interviewten oft aber eine andere: Wenn im Interview nach Einschätzungen zur aktuellen Pflegepolitik gefragt wurde, ging es oft erstmal nicht um die Situation der Pflegekräfte, sondern um die Situation der Pflegebedürftigen. Die interviewten Pflegekräfte haben – ganz dem Ethos der Fürsorge entsprechend (siehe 6.3.2 Das Verständnis von Pflege) – erstmal nicht sich selbst, sondern diejenigen, die sie auch beruflich unterstützen, im Blick und setzen sich für

Vorteile international aufgestellter Pflegeteams

Hürden bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse

Ungenügende Versorgung von Pflegebedürftigen

sie ein: Vor allem empfinden die Interviewten, dass den Pflegebedürftigen große Ungerechtigkeit widerfährt:

„Die Alten, die jetzt bei uns liegen, sag ich jetzt mal bewusst die Alten, die haben dieses Land aufgebaut, die haben all ihre Kraft und all ihr Geld in unserem Wohlstand in das Dasein reingesteckt, dass es uns jetzt gut geht. Und wir haben für die, was haben denn für die übrig? Also das finde ich erschreckend. Wir haben keine Zeit für die übrig. Ja. Und wenn sie was wollen, dann müssen Sie das selber bezahlen. Unsummen in ihre Pflegeplätze und haben noch einen Haufen nebenbei Ausgaben, die die Angehörigen dann noch mit stemmen müssen, weil Geld nicht reicht. Und wenn ich dann andererseits sehe, wo unsere Steuergelder hin gepumpt werden sollen ganz ehrlich, kann ich manchmal kotzen. Wirklich. Na das, also unser Sozialsystem, das hängt übelst in der Schiefelage.“ (Int. Fr. Berger, Z. 367–375)

Finanzierung der Pflege auf dem Rücken Pflegebedürftiger

Problematisiert wird v. a. die Finanzierung der Pflege. Wie die Schiefelage zustande kommt, erläutert Fr. Rudkofski anhand der aktuellen Entwicklungen in der Pflegepolitik. Die steigenden Kosten für die Personen mit Pflegebedarf kommen den Pflegenden teils zu Gute, den Personen mit Pflegebedarf gehen sie hingegen zu Lasten. Als aktuell größtes Problem in der Pflegepolitik benennt sie:

„Die Probleme mit Finanzierung von Pflege überhaupt. Mich hat natürlich gefreut die Entscheidung, dass jetzt alle Fachkräfte oder alle Pflegekräfte nach Tarif bezahlt werden sollten, machen wir jetzt auch, wir zahlen nach Tarif und so, es ist alles gut. Aber Pflegebedürftige zahlen dafür. Die Kassen, die haben mehr Geld jetzt bekommen. Weil wenn man höhere Löhne hat, dann hat man natürlich mehr, zahlt man mehr an die Kassen, an die Sozialversicherungen. Die Kassen bekommen dementsprechend jetzt mehr Geld. Aber die Pflegebedürftigen bekommen jetzt weniger Leistungen, weil sie alle teuer geworden sind. Wenigstens 25 % sind sie teuer geworden.“ (Int. Fr. Rudkofski, Z. 346–353)

Staatliche Absicherung wird begrüßt

Insbesondere eine Benachteiligung der finanziellen Unterstützung der ambulanten Pflege gegenüber der stationären Pflege wird kritisiert. Dass es nun die Erhöhung des Pflegegeldes sein muss, um die ambulante Pflege zu unterstützen, da würden nicht alle Interviewten zustimmen. Fr. Rudkofski bspw. betont die Wichtigkeit der professionellen Unterstützung häuslicher Pflegearrangements und würde das Pflegegeld eher zurücknehmen (siehe 6.4.5.5 Für „bedachte“ Nutzung der stationären Pflege). Die Analyse des Problems der Pflegefinanzierung ist also divers. Doch vereinzelt wird auch Positives gesehen. Dass in letzter Instanz eine staatliche Absicherung gewährleistet ist, begrüßt Fr. Kaiser:

„Na, ich schätze einfach, dass das die Betreuung für die alten Leute gewährleistet ist, auch wenn man es selbst finanziell nicht leisten kann, dass der Staat eingreift, weil es ja sonst gar nicht möglich wäre, wenn man zum Beispiel ein

Pflegegrad fünf hat oder von drei angefangen, geht das ja heutzutage finanziell gar nicht mehr.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 92–96)

5.4.5.8 Lösungsansätze mit organisationalem Fokus

Nicht alle Probleme lassen sich nach Ansicht der Interviewten politisch im Sinne von gesetzlichen Bestimmungen bzw. Direktiven von Ministerien lösen. Ein Teil der Probleme liege in den Organisationen bzw. auf Betriebsebene – und müsste sich auch dementsprechend lösen lassen. Claudia Mayer, die sehr zufrieden mit ihrer Einrichtung ist und dort im Austausch mit der Leitung und Kolleginnen immer wieder Neues ausprobiert, stellt folglich fest:

„Deswegen ist es, wenn ich manche manchmal so höre im Fernsehen, dass die alle über die Pflege schimpfen. Und so da denke ich immer: Kinders, so schlimm? Nee, wirklich, so schlimm ist es doch gar nicht. Ihr müsst nur, ihr müsst nur eure Strukturen ändern. Ihr müsst mehr reden miteinander.“ (Int. Fr. Mayer, Z. 186–189)

Was so leicht klingt, scheint nicht in allen Einrichtungen möglich. Oft berichten die Interviewten von einem schlechten Verhältnis zu den Einrichtungsleitungen. Konflikte an dieser Stelle tragen zu Unzufriedenheit bei.

„Das ist absolut schwierig. Kommunikation. Ja klar, es ist irgendwie das A und O. Also müssen wir eigentlich. Ja, und das, Das wäre ja so was wie ein echter demokratischer Prozess, sogenannter Runder Tisch, was ja bei uns absolut unmöglich ist, weil der Heimleiter sieht sich ja scheinbar als was Besseres. Das sind für mich absolut veraltete Strukturen.“ (Int. Hr. Winkler, Z. 484–488)

Oliver Hartmann, Leitungsperson in einem Hospiz, findet ebenfalls die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes besonders wichtig.

„Ja, und wenn die mich fragen, sage ich immer Der Ruf macht das Geschäft. Es ist nicht mehr allein das Geld. Also, wir bezahlen ja jetzt fast alle Tarif. Und ob man im Tarif Caritas oder Diakonie bezahlt oder ÖTV bezahlt, die Unterschiede sind sehr marginal. Das ist nicht mehr das Wichtigste. Die Menschen wollen einen sicheren Arbeitsplatz und wollen sich bei der Arbeit auch wohlfühlen. Also wenn ich ein mir völlig. (...) Passenden Begriff der Work Life Balance mal in den Mund nehme, dann kann ich nur sagen Work Life Balance heißt bei uns auch Work is Life. (...) Und das haben viele andere längst vergessen oder steht bei denen überhaupt nicht auf der Tagesordnung.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 166–172)

Zu Maßnahmen, die den Arbeitsplatz attraktiv machen, gehört laut ihm u. a. Mitarbeitende nicht aus dem Frei zu holen. Sicherlich gibt es organisatorische Stellschrauben. Einrichtungen gehen dazu über, Zeitarbeitsfirmen zu beauftragen oder eigene ‚Springerpools‘ einzurichten. Allerdings sind auch organisatorische

Probleme und Lösungen auf organisationaler Ebene

Kommunikation in Einrichtungen

Ausgestaltung des Arbeitsplatzes

Elemente wie die Dienstplangestaltung nicht vollkommen losgelöst von den Rahmenbedingungen. Hr. Hartmann benennt an anderer Stelle die vergleichsweise gute Personalsituation im Hospiz. Es ist fraglich, ob in anderen Einrichtungen unter anderen Voraussetzungen überhaupt ein ähnlicher Spielraum besteht.

5.4.5.9 (Fehlende) Berufspolitische Organisation unter Pflegenden

Kein Selbstverständnis von Pflegekräften als politische Personen

Statt von Politikerinnen oder Einrichtungsleitungen kann Wandel aber auch von den Pflegekräften selbst initiiert sein. Inwiefern sehen sich die Interviewten hier in einer aktiven Rolle? Manche haben kein Selbstverständnis als politische Personen. Danach gefragt, ob sie sich vorstellen könnte, pflegepolitisch aktiv zu werden, antwortet bspw. Fr. Schneider:

„Ne, da bin ich nicht der Mensch dafür. Ich bin mehr der Praktiker. Ich, ich kann vermitteln, ich kann vorleben. Aber ich bin politisch da überhaupt nicht, ne“ (Int. Fr. Schneider, Z. 614–615)

Über die praktische Tätigkeit mit den Pflegebedürftigen hinaus nimmt Fr. Schneider keine gestaltende Rolle ein. Das passt zu einem Berufsverständnis, das einem Ethos der Fürsorge (siehe 6.3.2 Das Verständnis von Pflege) folgt.

Resignation als hemmender Faktor politischer Beteiligung

Der gewerkschaftliche und berufspolitische Organisationsgrad unter den Pflegekräften wird immer wieder bemängelt. Die Interviews geben Aufschluss darüber, dass neben (teils) fehlendem politischen Selbstverständnis, auch Resignation bzw. Gefühle der Ohnmacht, hemmende Faktoren für die politische Beteiligung sein können. Die Schlussfolgerung, dass sich bisher kaum etwas zum Positiven gewendet hat und das folglich in Zukunft auch genauso sein wird, lässt die Pflegenden den Versuch gar nicht erst unternehmen.

„Also ich habe das Gefühl, bringt doch nicht. Als Corona damals angefangen hat, hat man hier ja gedacht. Ah, jetzt tut sich endlich was. Aber es ist ja nicht passiert. Und wenn man überlegt, wie viele Leute gerade im Fernsehen in den Medien sind, das angesprochen haben, gekämpft haben und und ja, es ist nichts passiert. Null.“ (Int. Fr. Köhler, Z. 257–260)

Das deckt sich mit der Erfahrung von Fr. Peters, die ähnliche Schlüsse daraus zieht:

„Aber ich habe auch keine Idee wie. Aber wir waren schon 1997 auf der Straße und haben gestreikt. Für bessere Bedingungen in der Altenpflege. Und leider ist das nur bedingt besser geworden in den vielen, vielen Jahren.“ (Int. Fr. Peters, Z. 291–293)

Wenn die Pflegenden die Initiative ergreifen und Veränderungen anstoßen, scheinen sie in der Tendenz eher vereinzelt zu agieren. Die von uns interviewten Personen, die pflegepolitisch interessiert sind, die differenziert über pflegepolitische

Themen sprechen wie Fr. Rudkofski und Hr. Hartmann, tun dies in der Rolle von Leitungspersonen. Sie gestalten Versorgungsstrukturen und Arbeitsplätze – einzeln, bezogen auf ihre eigene Einrichtung und hierarchisch aus der Leitungsposition heraus. Auch Fr. Krämer, die schon einmal versucht hatte, in ihrer Organisation Veränderungen anzustoßen, versuchte dies eher allein in kleinem Rahmen. Ihr Vorstoß begegnete allerdings keiner großen Resonanz. Sie ist resigniert darüber, dass Kolleginnen zwar über Arbeitsbedingungen klagen, aber nicht dazu bereit sind, bei Veränderungen mitzumachen.

„Ich wollte mich da auch mehr einbringen und Vorschläge machen. Dann hieß es dann immer: Nee, das war doch bis jetzt immer gut, warum sollen wir das verändern? Also das ist auch so typisch Pflege. Wenn da mal Vorschläge konstruktiv gebracht werden, dass man das gar nicht annehmen möchte. Aber wie soll sich dann was verändern?“ (Int. Fr. Krämer, PZ. 247–251)

Fr. Krämer hat zwar ein gewisses Interesse daran, Veränderungen zu bewirken, aber die Strategie, sich dafür gemeinsam mit anderen Pflegenden zu organisieren, ist ihr nicht präsent. Stattdessen erhofft sie sich von kollektiven Institutionen wie der Pflegekammer direkte Hilfe bei der Arbeit. Dass der Verband aus Pflegekräften wie ihr besteht und damit dem Prinzip der Selbstorganisation folgt, scheint ihr dabei nicht präsent zu sein.

Kaum Selbstorganisation unter Pflegekräften

„Wir haben ja auch diese Pflegekammer hier in Rheinland-Pfalz. Aber außer, dass ich da meinen Beitrag bezahle, weiß ich nicht, was die für uns machen. Auch jetzt in dieser Corona Zeit, da kam ja keiner mal auf Station. Helfen, arbeiten oder so. Das hätte ich mir zum Beispiel gewünscht, zum Beispiel. Aber da kam ja außer dieses Heftchen einmal im Quartal, keine Ahnung. Das ist auch so eine Sache.“ (Int. Fr. Krämer, Z. 256–260)

Fr. Krämer wie auch andere Interviewte sehen das Interview im Rahmen dieses Reports als Möglichkeit, politisch evtl. Einfluss zu nehmen. So formuliert Hr. Förster:

„Und deswegen mache ich auch die Umfrage mit. (...) Weil irgendwo muss man, muss man ja die Stimme, sich erheben lassen.“ (Int. Hr. Förster, Z. 360f)

Doch abseits der fehlenden Selbstinitiative der Pflegenden spielt auch der Widerstand der Einrichtungsleitungen eine Rolle dabei, das selbstbestimmte Agieren der Pflegekräfte zu unterbinden. Hr. Förster möchte für das Interview unbedingt anonym bleiben, weil er bereits von Repressionen am Arbeitsplatz anlässlich von Organisierungsversuchen von Kolleginnen mitbekommen hat.

Repressionen am Arbeitsplatz

„Deswegen muss es ja auch anonym. (...) Weil ich das im Haus auch erlebt habe, dass wenn man die Stimme dann erhebt und kritisch wird und Dinge etwas mehr publik mäßig anprangert. Gibt es Restriktionen. Dann heißt es dann irgendwann: Vielleicht ist das nicht der Ort für dich, hier zu arbeiten, suchen Sie sich ein anderes Haus.“ (Int. Hr. Förster, Pos. 362–365)

Widerstand im Kleinen

Gefühle der Ohnmacht, ein Ethos der Fürsorge, fehlendes politisches Selbstverständnis und die Angst vor Repressionen behindern das kollektive Aktivwerden der Pflegenden. Vereinzelt wird von individuellen Akten des Widerstands berichtet, die ganz unter dem Licht des Ethos der Fürsorge die Pflegebedürftigen mit im Blick haben: Hr. Förster bspw. schrieb eine Gefährdungsanzeige. Fr. Sommer nimmt sich erst subversiv, dann in Auseinandersetzung mit der Einrichtungsleitung einen eigenen Arbeitsstil heraus, bei dem sie sich ausführlich den Pflegebedürftigen widmet.

Manche werden mit Kolleginnen zusammen aktiv

Und vereinzelt wird doch von kollektiven Aktionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen berichtet. So setzte sich Monika Berger zusammen mit ihren Kolleginnen im Dauernachtdienst dafür ein, dass sie nicht mehr als drei bis vier Schichten am Stück absolvieren müssen. Allerdings sehen manche durchaus noch Luft nach oben beim möglichen Engagement der Pflegekräfte:

„Aber ich will die Schuld nicht auf die Politik schieben. Schuld sind wir schon selber. Wir haben es nicht geschafft. Seit 1990 tatsächlich die Pflege so weit zu organisieren, dass es zum Beispiel flächendeckend Pflegekammern oder ähnliches gibt.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 242–244)

Organisierung von Pflegekräften in Gewerkschaften

Vorsichtig wagt auch Fr. Böhm zu sagen, dass es an den Pflegenden selbst ist, (stärker) aktiv zu werden. Dabei gibt sie diesen Auftrag allerdings an die nächste Generation weiter. Danach gefragt, was sie der jüngeren Generation auf den Weg geben möchte, antwortet sie:

„Ja, vielleicht müssen wir uns einfach mehr wehren. Dass wir uns mehr in Gewerkschaften, [...]zusammentun. Eine alleine ist ja immer, immer sehr schwach. Aber wenn man sich zusammentut, kann man vielleicht eben doch was erreichen. Wenn es im Betriebsrat Mitarbeitervertretungen gibt und eben auch seine Rechte von Anfang an einfordern. Und wenn das viele tun, gibt es ja vielleicht Möglichkeiten, dass sich doch was ändert.“ (Int. Fr. Böhm, Z. 257–261)

Der einzige Interviewte, der selbst Gewerkschaftsmitglied und in einem berufspolitischen Verband aktiv ist, ist Hr. Sauer. Für ihn ist das eine Selbstverständlichkeit – so kennt er es aus seinem vorherigen Beruf als Handwerker.

Hr. Hartmann ist der Überzeugung, dass es nicht daran scheitert, Ideen für die Verbesserung der Situation der Pflege zu entwickeln, sondern an deren Umsetzung. Man müsste es wagen, Neues auszuprobieren, wenn auch nur probeweise.

Mut zum Ausprobieren

„Also Ideen gäbe es schon. Da müsste man mal ein Brainstorming machen, wenn man es wirklich wollte. Und man sollte es nicht beim Brainstorming belassen, sondern man sollte dann auch tatsächlich Dinge ausprobieren. Man kann auch mal scheitern, man kann auch mal gegen eine Wand laufen, aber dann weiß ich, wenn ich es probiert habe und es geht nicht. Aber man müsste die Möglichkeit mal eröffnen.“ (Int. Hr. Hartmann, Z. 89)

5.5 Fazit

Für manche war der Pflegeberuf familiär angelegt, wurde der Beruf der Eltern, meist der Mütter, als interessant und reizvoll erlebt. Viele andere haben auf Umwegen zum Pflegeberuf gefunden. Das gilt insbesondere für Männer, für die oftmals der Zivildienst eine wichtige (latente) Offenheit für Sozial- und Gesundheitsberufe geschaffen hat, auch wenn zunächst andere berufliche Orientierungen verfolgt wurden. Für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bot und bietet der Pflegeberuf eine realistische und sicherheitsstiftende Berufsperspektive in Deutschland. Erkennbar wird aus den Interviews auch, wie stark der Pflegeberuf Merkmale eines typischen Frauenberufes aufweist. Die Dominanz der Erwerbstätigkeit und beruflichen Orientierung der Partner, die gerade für Pflegekräfte typische alleinige Verantwortungsübernahme für die Kinder, hat manche Berufsbiografien geprägt, Karrieren verlangsamt oder verhindert und Teilzeitarbeit provoziert. Eigentlich alle Interviewten bringen zum Ausdruck, dass ihnen der Pflegeberuf ans Herz gewachsen sei, eine Herzensangelegenheit ist – oder war.

Die berufliche Motivation nährt sich aus der Beziehung zu den auf Pflege angewiesenen Menschen. Sie sind es auch, die den relevantesten Benefit für die berufliche Tätigkeit bringen: ihre Anerkennung, die Beziehung zu ihnen, ihre Begleitung durch existentielle Krisen bis hin zum Tod macht den Pflegeberuf attraktiv, wertvoll und sinnstiftend. Auch die Teams spielen eine vergleichsweise große Rolle. Hier wird Solidarität gelebt, hier gibt man sich Sicherheit und Unterstützung – wenn es gut geht. Das vorherrschende Pflegeverständnis ist ein stark beziehungsorientiertes, ein von einem ganzheitlichen Menschenbild getragenes. Dies wird allerdings zunehmend infrage gestellt, und zwar durch die Rahmenbedingungen einerseits, aber auch durch die Weiterentwicklung eines professionellen Pflegeverständnisses. Die Rahmenbedingungen werden subjektiv von den Interviewpartnerinnen als zunehmend einengend und belastend erlebt. Die Zeit für eine beziehungsorientierte Pflege ist nicht (mehr) vorhanden, die Personalsituation wird immer prekärer, die bürokratischen und mit Qualitätssicherungsverpflichtung verbundenen Aufgaben dominant. Damit wird das eigene Pflegeverständnis, das auch von hoher

Sinnstiftung und Frustration

moralischer Qualität ist, irritiert und frustriert. In erschreckender Weise zieht sich das Gefühl von Erschöpfung und Resignation wie ein roter Faden durch die Interviews: Es wird nicht besser, im Gegenteil. Die Arbeitsbedingungen werden immer schwieriger. Und doch blieben die Interviewten ihrem Beruf überwiegend treu – möglicherweise standen sie auch deshalb für Interviews zur Verfügung. Sie taten dies aber zum einen in einer Art verantwortungsethischer Grundhaltung, aus einer moralischen Verpflichtung gegenüber den auf Pflege angewiesenen Menschen, aber auch ihren Kolleginnen und Kollegen gegenüber – und vielfach sahen sie auch keine Alternativen.

Viel pflegepolitisches Verbesserungspotenzial

Sie schildern auch die Belastung, psychische aber auch körperliche, die durch die Arbeitsverdichtung, die fehlende Dienstplansicherheit und vor allen Dingen dadurch entstehen, dass nicht mehr die Zeit für eine auf die Personen ausgerichtete Pflege vorhanden ist. An sich ein Traumberuf, in der Wirklichkeit ein Beruf mit vielen Belastungen. Und mitnichten alle Interviewpartnerinnen sind Botschafter für den Pflegeberuf mit Blick auf nachfolgende Generationen: Wenn, müsste sich pflegepolitisch sehr viel tun. Und dies scheint eher unrealistisch angesichts der demografischen Dynamiken, die erwarten lassen, dass es zukünftig eher weniger Pflegefachpersonal geben wird als heute und das bei steigendem Bedarf. Die Interviews illustrieren viel und lehren eine Menge:

- Soziale Verantwortungsübernahme in Familie, in Kindheit und Jugend oder im Freiwilligen- oder Zivildienst schaffen die Grundlage für Berufsentscheidungen im sozialen und gesundheitlichen Sektor. Das war vielfach bei den Interviewten so, das sehen sie auch für zukünftige Generationen als Schlüssel für die Attraktivität von Gesundheits- und Sozialberufen.
- Der Pflegeberuf ist als Frauenberuf mit vielen zusätzlichen Restriktionen verbunden, die es dringend stärker zu reflektieren gilt. Pflegekräfte stehen und standen nicht nur in einem asymmetrischen Verhältnis in der jeweiligen Hierarchie, in der sie arbeiten, insbesondere im Klinikbereich gegenüber den Ärzten, sie sind häufig auch in klassische Familienbilder und Rollenmodelle eingebunden, die den Beruf des Partners dominieren und die beruflichen Entfaltungswünsche und -möglichkeiten der meist weiblichen Pflegekräfte zurücktreten lassen. Das muss sich deutlich ändern.
- Die Interviewten spiegeln wider, dass die zunehmende Kommerzialisierung des Pflegesektors nicht nur die Arbeitsbedingungen verschlechtert hat, sondern auch die moralischen Orientierungen in der Pflege korrodieren lassen. Dort wo bei den Trägern von Einrichtungen im Wesentlichen betriebswirtschaftliche Kalküle und Renditeerwartungen im Vordergrund gesehen werden, leidet die Identifikation sowohl mit dem Arbeitgeber als auch mit dem Beruf. Insofern besteht die Gefahr, dass das moralische Kapital der Pflegeberufe erodiert, wie es (Remmers 2019) beschreibt.

- Die vielfältig als Belastung erlebten Arbeitsbedingungen, aber auch die anspruchsvollen Aufgaben in der Pflege, unterstützen die Erwartungen und pflegepolitisch immer wieder vorgetragene Ziele kaum, die Teilzeitquote zugunsten einer Ausdehnung der Vollzeitbeschäftigten in der Pflege abzusinken. Es ist nicht mehr primär die Bezahlung, es sind die Arbeitsbelastungen, die im Vordergrund stehen und die gesundheitsgefährdend sind. Die Zahlen über die Arbeitsunfähigkeitstage (siehe Lewin in diesem Report) sind evident und spiegeln sich auch in den Erzählungen der Interviewten. Sie machen aber auch zugleich deutlich, wie wichtig Gesundheitsprävention für die Angehörigen der Pflegeberufe sind – ob mit privaten Strategien, von denen vielfach berichtet wurde, oder als betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen.

Die Baby-Boomer der Pflegeberufe, sie gehen absehbar in Rente (siehe Isfort in diesem Report). Ihr Verhältnis zur nachfolgenden Generation, zur Generation Z, wie sie häufiger genannt wird, ist ambivalent. Aus den Interviews wird deutlich, dass sie den jüngeren Kolleginnen und Kollegen ein besseres Selbstmanagement, eine stärker ausgeprägte Fähigkeit sich abzugrenzen und für sich zu sorgen, attestieren. Einige trauen ihnen auch zu, Pflege künftig ganz anders, effizienter, vielleicht noch professioneller gestalten zu können – unter Einsatz von Digitalisierung und Robotik. Es überwiegt aber – und das ist im Generationenverhältnis nicht ganz untypisch – eine Skepsis. Werden die „Jungen“ in ähnlicher Weise belastbar sein? Werden sie solange im Beruf bleiben wie wir? Werden andere Berufe für sie interessanter? Ist das neue professionelle Pflegeverständnis, das nicht mehr die alltägliche Beziehungsarbeit und auf Ganzheitlichkeit ausgerichtete Pflege in den Vordergrund stellt, in der Lage, den künftigen Herausforderungen Rechnung zu tragen?

Aus dieser Skepsis der Interviewten lassen sich Implikationen für die weitere Gestaltung des Pflegeberufs ableiten: Ein deutlicher Rückbau von betriebswirtschaftlich motivierten Arbeitsverdichtungen sowie engen Vorgaben und eine stärkere Eigenständigkeit der Pflege gegenüber berufsfremder Akteure könnten den Beruf der Pflege auch für die nachfolgende Generation attraktiv machen. Immerhin, auch das wird aus den Interviews deutlich, kann vielfach über berufliche Aufstiegs- und Entfaltungsgeschichten berichtet werden, die auch und gerade für junge Menschen interessante Perspektiven bieten. In jedem Fall gilt es den Pflegeberuf als Frauenberuf „ernst zu nehmen“. Die typischen Fallen, die im Pflegeberuf als Frauenberuf für Berufs- und Karriereperspektiven liegen, ihnen gilt es vorzubeugen.

Einige Narrative, die die öffentliche Pflegediskussion bestimmen, sind auch aus den Interviews herauszulesen: mehr Personal für die Pflege, eine den Ärzten vergleichbare Bezahlung, Pflege als ein Beruf mit hohen Belastungen. Die Empirie relativiert oder kontextualisiert diese eher negativen Narrative. Pflegekräfte sind in aller Regel berufstreu. Pflegekräfte sind in aller Regel sektoren- und ortstreu. Der Pflegeberuf wird auch von jungen Menschen als attraktiv angesehen, weil

Skepsis gegenüber den jüngeren Pflegekräften

Den Pflegeberuf attraktiv machen und ernst nehmen

Verhältnis von Narrativ und Realität

er sinnstiftend ist, weil er Sicherheit und inzwischen eine gute Bezahlung bietet. Doch die Narrative, die die Problematiken des Pflegeberufs aufzeigen, sie finden sich auch in den Schilderungen der interviewten Pflegekräfte und sind ernst zu nehmen.

Ebenso ist der Befund ernst-, und aufzunehmen, dass die Interviewten kaum eine pflegepolitische Perspektive und sich selbst auch nicht als berufspolitisch aktiv sehen. Viele von ihnen sind bereit und auch durchaus daran interessiert, nach dem Eintritt in den sogenannten Ruhestand weiterhin ihre Kompetenzen einzubringen, ob ehrenamtlich oder nachberuflich. Nur eine pflegepolitische Summa ziehen sie aus ihrer Berufserfahrung meist nicht. Auch das ist nicht untypisch für einen sehr stark empathieorientierten, in hierarchische Strukturen eingebundenen Frauenberuf (Klie et al. 2021). Für viele begann die Karriere in der Pflege als Traumberuf und endet in Erschöpfung. Den Baby-Boomern sind die Pflegebedürftigen sehr wichtig und sie wenden sich ihnen mit viel Hingabe zu. Doch unter den gegebenen Rahmenbedingungen wird das immer schwieriger. Die Generation der Baby-Boomer sieht sich weitestgehend selbst nicht mehr in einer aktiven Rolle, nicht (mehr) in der Lage, Veränderungen anzustoßen. Stattdessen wird das Zepter schon langsam an die nächste Generation weitergegeben, wenn auch mit Bedenken, ob der der Pflegeberuf nach ihrem Ausscheiden noch der gleiche sein wird.

5.6 Literaturverzeichnis

- Albert, Mathias; Hurrelmann, Klaus; Quenzel, Gudrun (2016): Die 17. Shell Jugendstudie – eine pragmatische Generation im Aufbruch. In: *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 2016 (11), S. 241–246.
- Albert, Mathias; Hurrelmann, Klaus; Quenzel, Gudrun (2019): 18. Shell Jugendstudie. Unsere Jugend 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort. Weinheim: Beltz.
- Arend, Stefan (2023): Generalistik in Zahlen. Alle Entwicklungen der Pflegeausbildung im Überblick. In: *Altenpflege* (9/2023).
- Auffenberg, Jennie; Heß, Moritz (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen –Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitskammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Unter Mitarbeit von Universität Bremen.
- BMG (2022): Tarifliche Bezahlung in der Altenpflege verpflichtend. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/tarifliche-bezahlung-in-der-altenpflege-verpflichtend, zuletzt geprüft am 09.02.2024.
- Breinbauer, Mareike (2020): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz. Wiesbaden: Springer VS.

- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2020): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn (Schriften der Fachkommission nach § 53 PflBG).
- Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2023): Entgelte von Pflegekräften 2022. Hg. v. Insitut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Online verfügbar unter https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2022.pdf, zuletzt geprüft am 08.02.2024.
- Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn) (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Ein Arbeitsergebnis des AGP-Projekts HERAUSFORDERUNG PFLEGE II. 1. Auflage. Unter Mitarbeit von Ulrich Christofczik, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Gabriele Göhring, Birgit Heyden, Rudolf Kast et al. AGP Sozialforschung; BMG. Dortmund. Online verfügbar unter http://agp-freiburg.de/downloads/2017/brandneu/AGP_Arbeitshilfe_Schlussfaktoren_Personalarbeit.pdf, zuletzt geprüft am cw, 07.08.2017.
- Deutscher Bundestag (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). BT-Drucksache 18/7823).
- Deutscher Pflegerat e.V. (27.02.2020): Vergütungsverhältnisse für Pflegeberufe verbessern. Online verfügbar unter <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/verguetungsverhaeltnisse-fuer-pflegeberufe-verbessern?hl=gehalt>.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Unter Mitarbeit von Michael Isfort, Helga Gessenich und Daniel Tucman. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Berufseinm%C3%BCndung_Studienbericht_.pdf#page=45&zoom=100,92,106.
- Drupp, Michael; Meyer, Markus (2020): Belastungen und Arbeitsbedigungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer Open, S. 23–47.
- Duden (2024): Rechtschreibung Berufung. Online verfügbar unter www.duden.de/rechtschreibung/Berufung, zuletzt aktualisiert am 08.02.2024.
- Ehrlich, Ulrike; Vogel, Claudia (2018): Babyboomer in Deutschland. Erwerbsverhalten, ehrenamtliches Engagement, Fürsorgetätigkeiten und materielle Lage. Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA). Berlin. Online verfügbar unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/dza_aktuell_Babyboomer.pdf.
- Höld, Janka; Späth, Jochen; Kricheldorf, Cornelia (2020): Was macht sie glücklich? Arbeitszufriedenheit der professionellen Pflegekräfte. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (7), S. 655–662. DOI: 10.1007/s00391-020-01759-6.

- IGES (2022): Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege. Ergebnissynthese von Los 1 und Los 2. Unter Mitarbeit von Grit Braeseke. IGES. Berlin. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Ergebnissynthese_zweiteilige_Arbeitsplatzstudie_in_der_Langzeitpflege_barrierefrei.pdf.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf.
- Kämmer, Karla (2015): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover: Schlütersche.
- Kämmer, Karla; König, Jutta (2023): Vorbehaltsaufgaben und Qualifikationsmix. So führen Sie Ihre Altenpflege-Mitarbeiter optimal. Hannover: Schlütersche.
- Klie, Thomas (2019): DAK-Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30).
- Klie, Thomas (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas (2024 im Erscheinen): Den „Pflegenotständen“ begegnen! Analysen und Auswege. Eine Streitschrift. Stuttgart: Hirzel.
- Klie, Thomas (2024): Mehr Eigenverantwortung der professionellen Pflege! In: *Altenheim* 63 (2), S. 34–37.
- Klie, Thomas; Krautz, Bernhard (2021a): Vorbehaltsaufgaben für die Pflege gemäß § 4 Pflegeberufegesetz: pflegerechtlicher Meilenstein auf dem Weg der Professionalisierung? – Teil 1. In: *PflegeRecht* 25 (7), S. 419–425.
- Klie, Thomas; Krautz, Bernhard (2021b): Vorbehaltsaufgaben für die Pflege gemäß § 4 Pflegeberufegesetz: pflegerechtlicher Meilenstein auf dem Weg der Professionalisierung? -Teil 2. In: *PflegeRecht* 25 (8), S. 490–497.
- Klie, Thomas; Remmers, Hartmut; Manzeschke, Arne (2021): Corona und Pflege: lessons learned. Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter <https://kda.de/wp-content/uploads/2021/10/Corona-und-Pflege-lessons-learned.pdf>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Knieps, Franz; Pfaff, Holger (Hg.) (2022): Pflegefall Pflege? Unter Mitarbeit von Hanna Batzoni. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 2022). Online verfügbar unter www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2022.pdf.

- Kruse, Jan (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz.
- Maier, Claudia Bettina; Ludwig, Marek; Köppen, Julia; Kleine, Joan; Busse, Reinhard (2023): Das „Image“ der Pflege: das Ansehen des Pflegeberufs in der Öffentlichkeit und bei Pflegefachpersonen. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): *Krankenhaus-Report 2023*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 49–57.
- Melzer, Arnulf (Hg.) (2003): *Gesundheit fördern – Krankheit heilen. Neue Wege im Zusammenwirken von Naturwissenschaft – Medizin – Technik*. 1. Interdisziplinärer Kongress Junge Naturwissenschaft und Praxis. München, 11.-13.06.2003. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung (Veröffentlichungen der Hanns Martin Schleyer-Stiftung, 62). Online verfügbar unter www.worldcat.org/oclc/615531283.
- Melzer, Marlen (2020): *Stressreport Deutschland 2019. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. 1. Aufl. Dortmund.
- Remmers, Hartmut (2019): „Warum Gewinnstreben und Fürsorge in der Pflege unvereinbar sind“. Vortrag auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. Deutscher Pflegekongress am 22.05.2019 in Berlin. Universität Osnabrück.
- Rollan Oliveira, Susana; Siles González, José (2021): Nursing Professionals within the Intergenerational Context during the 20th and 21st Centuries: an Integrative Review. In: *Investigación y educación en enfermería* 39 (3). DOI: 10.17533/udea.iee.v39n3e14.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2021): *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Berlin (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32).
- Schmidt, Katja (2017): Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege – Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. In: *Femina Politica* (26 (2)).
- Schroeder, Wolfgang (2018): *Interessenvertretung in der Altenpflege*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (11.05.2021): *Löhne in der Pflege: Bruttoverdienste von Fachkräften in Krankenhäusern und Heimen 2020 rund ein Drittel höher als 2010*. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_N032_622.html.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): *Qualität der Arbeit. Teilhabe von Frauen am Erwerbsleben*. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/teilhabe-frauen-erwerbsleben.html#:~:text=Der%20Abstand%20bei%20der%20Erwerbsbeteiligung,sich%20der%20Anstieg%20allerdings%20verlangsamt.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (23.05.2023): Gehaltsvergleich 2022: Neben dem Beruf ist der Bildungsabschluss entscheidend. Wiesbaden. Online verfügbar unter [www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_200_62.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis,damit%20rund%20700%20Euro%20weniger](http://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_200_62.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20(Destatis,damit%20rund%20700%20Euro%20weniger).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Pflegebedürftige nach Versorgungsart. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/pflege-versorgungsart.html.
- SVR (2022): Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen. Zahlen und Fakten zum SVR-Jahresgutachten 2022. Berlin. Online verfügbar unter www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/10/SVR_Factsheet_Jahresgutachten_2022.pdf.
- Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport 2019. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräfte. Unter Mitarbeit von Thomas Grobe und Susasne Steinmann. Hg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg. Online verfügbar unter www.tk.de/resource/blob/2066542/5b01db3ac9cb56dd4ca483f4831229b9/gesundheitsreport-2019-data.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2023.
- Techniker Krankenkasse (11.05.2023): Zum Internationalen Tag der Pflegenden: Krankenstand bei Pflegekräften auf Rekordhoch. Online verfügbar unter www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302, zuletzt geprüft am 16.01.2024.
- Theobald, Hildegard (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?
- Tronto, Joan C. (2015): Who cares? How to Reshape a Democratic Politics. Ithaca: Cornell University Press.
- Weidner, Frank (2021): Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. Thinktank erarbeitet Vorschläge zur Umsetzung. In: *Die Schwester Der Pfleger* 60(12).
- Weilguny-Schöfl, Gerlinde (2023): Zusammenarbeit im Pflegeberuf über Generationen. Jung und Alt, erfahren und unerfahren, Baby Boomer, X, Y, Z, Alpha... In: *ProCare* (28). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00735-023-1702-4>.

6. Pflege zukunftsfest machen – Good Practice

Sam Schwierk, Isabel Schön, Thomas Klie³¹

Die Sicherstellung der Pflege und gesundheitlichen Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – so formuliert es auch der Gesetzgeber. Deutschland steuert auf grundlegende demografische Veränderungen zu, die eines sicher verlangen: Innovation, neue Konzepte, Überwindung von Denkgrenzen und konzentrierte Bemühungen. In der letzten Legislaturperiode wurde daher die Konzentrierte Aktion Pflege von drei Bundesministerien initiiert, um die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden zu verbessern, sie zu entlasten und die pflegerische Ausbildung zu stärken. Sie lebt in einigen Bundesländern fort, etwa in Niedersachsen. In dem folgenden Kapitel des DAK-Pflegereportes 2024 wird aus jedem Bundesland ein Good Practice-Beispiel vorgestellt, das sich als Beitrag zur Zukunftssicherung der pflegerischen Versorgung versteht. Wo überall angesetzt werden kann und muss, um die pflegerische Versorgung der Zukunft zu gewährleisten, wird in der nachfolgenden Übersicht dargestellt.

Sicherstellung der Pflege ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Abbildung 75: 8 Handlungsfelder



Quelle: Eigene Darstellung

Diese Systematisierung wurde im Rahmen dieses Pflegereportes für die Auswahl der Good Practices genutzt. Sie diente Weiterhin als Reflexionsrahmen, um herauszuarbeiten welchen Beitrag das jeweilige Projekt zur Verbesserung der Situa-

³¹ Unter Mitarbeit von Paula Zimmer

tion leistet. Die ausgewählten Beispiele reichen von der Rückgewinnung von aus dem Beruf ausgeschiedenen Pflegefachkräften über Teilzeitausbildungsmodelle bis hin zur Integration von Zuwanderern, die sich in Gesundheitsberufen ausbilden lassen oder dort tätig werden wollen. Strategien der Akademisierung werden ebenso aufgegriffen wie kommunalpolitische Bemühungen um eine zielgerichtete Infrastrukturentwicklung in der Pflege. Dem Thema Personalentwicklung und Arbeitsbedingungen in der Pflege wird seit Jahren besondere Aufmerksamkeit geschenkt. AGP Sozialforschung hat hier in dem ddn-Arbeitskreis Sozialwirtschaft 14 Schlüsselfaktoren für gute Personalarbeit erarbeitet, die ihrerseits als Übersicht für im Good Practice-Beispielen aufgegriffene Ansätze dienen können (Das Demographie Netzwerk e. V. (ddn) 2017). Ob die 4-Tage-Woche oder betriebliches Gesundheitsmanagement, ob Generationenmix in der Personalentwicklung oder die Gewährleistung zeitnah zugänglicher psychotherapeutischer Unterstützung: Das Spektrum ist breit. Auch neue Infrastrukturmaßnahmen, die sich als Zugewinn an Kompetenz und Handlungsspielraum für die Pflege darstellen, finden sich in den Good Practice-Beispielen. Ein Beispiel sind hier die Gesundheitskioske – die nunmehr auch in etwas veränderter Art und Weise von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach aufgegriffen wurden. Dem Thema Digitalisierung wird Bedeutung zur Entlastung von Pflegekräften, aber auch zur Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Regionen und bei der Modernisierung der pflegerischen Versorgung beigemessen. Ein breites Spektrum an Good Practice kann präsentiert werden, das zum einen Mut macht: Innovationen sind möglich, sie rechnen sich, sie verbessern die Arbeits- und Versorgungssituation, sie machen die Pflege attraktiv – ob im klinischen Sektor oder in der Langzeitpflege. Das Aufgreifen dieser Good Practice-Beispiele ist aber nicht „nice to have“, sondern notwendig: Nur wenn wir diese Innovationen aufgreifen und aufeinander beziehen, wird es Antworten auf die Herausforderungen der Pflege in den nächsten Jahren geben. Mit dem Pflegekompetenzgesetz hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach den Weg eingeschlagen, die Profession der Pflege zu stärken. Das gilt vor allen Dingen den nachfolgenden Generationen von Pflegekräften, die mit der Aussicht auf vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten und berufliche (Karriere-)Perspektiven in den Beruf starten können sollen. Dazu gehört auch ein akademischer Abschluss in der Pflege. Bedenkt man, dass in bestimmten Regionen weit über 50 Prozent der Schulabgehenden ein Abitur haben, wird deutlich: Die Pflege muss auch gerade für diese Zielgruppe interessant sein, bzw. werden. Mit Blick auf die Analysen von Lewin (siehe Lewin in diesem Report) und die Schilderungen in den qualitativen Interviews wird unterstrichen, wie notwendig Investitionen in die Förderung der Gesundheit von beruflichen Pflegenden sind. Auch sie nehmen einen prominenten Platz bei den Good Practice-Beispielen ein. Es ist dramatisch, wenn gerade bei den Baby-Boomern unter den Beruflich Pflegenden die Arbeitsunfähigkeitstage im Schnitt bis zu drei Monaten im Jahr reichen. Hier gibt es Unterschiede – regional und vor allen Dingen von Arbeitgeber zu Arbeitgeber. Gerade hier aber muss investiert werden: Die Ursachen für Belastungen müssen erkannt, aufgegriffen und

in Präventionsprogramme umgesetzt werden. Das ist schon lange ein Thema der DAK-Gesundheit.

6.1 Baden-Württemberg: Wir feiern dein Comeback – ein Qualifizierungsprogramm der ALB FILS KLINIKEN

6.1.1 Hintergrund

Ganz Deutschland sucht Pflegekräfte. Die Förderung der Ausbildung in der Pflege ist nur ein Weg zur Gewinnung von Fachpersonal für den Gesundheitssektor. Eine weitere Option liegt in der Rückgewinnung von Personen, die aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind. In einer Studie, die durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde, weisen optimistische Schätzungen darauf hin, dass es ein ungenutztes Potenzial von ungefähr 300.000 zusätzlichen (Vollzeit-)Kräften, durch Rückkehr in den Pflegeberuf und die Aufstockung von Stunden bei Teilzeitkräften, gibt. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat dieses Thema 2022 in einem Wettbewerb mit dem Titel Wiedereinstieg und Verbleib im Pflegeberuf aufgegriffen. Bis Ende Oktober 2022 konnten sich Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit kreativen Konzeptideen bewerben. Insgesamt wurden 59 Projekte eingereicht von denen 13 im Frühjahr 2023, von einer Jury mit Vertreterinnen aus kommunalen Landesverbänden, Wissenschaft und Verbänden, ausgezeichnet wurden. Die Preisgelder können sowohl für vorgelagerte Beteiligungsprozesse in den Einrichtungen, als auch für die Umsetzung der Projektideen eingesetzt werden. Unter den Gewinnerinnen des Wettbewerbs war auch das Qualifizierungsprogramm „Wir feiern dein Comeback“ der ALB FILS KLINIKEN. Prämiert wurde das Projekt mit einem Förderbetrag in Höhe von 60.000 Euro.

Wiedereinstieg fördern

Die Standorte Klinik am Eichert in Göppingen und die Helfenstein Klinik in Geislingen bilden den Klinikverbund ALB FILS KLINIKEN. Rund 150.000 Menschen werden jährlich, ambulant und stationär, durch den Gesundheitsanbieter versorgt. Die ALB FILS KLINIKEN sind der größte kommunale Arbeitgeber im Landkreis Göppingen.

6.1.2 Merkmale

Unter dem Motto „Wir feiern dein Comeback“ bieten die ALB FILS KLINIKEN ein Qualifizierungsprogramm für examinierte Pflegekräfte an, die ihre Berufstätigkeit mehr als fünf Jahre unterbrochen haben. Es handelt sich hierbei um ein Qualifizierungsprogramm für den allgemeinen Pflegedienst. Das Programm integriert Theorie und Praxis und dauert 20 Wochen. Gearbeitet wird in den ersten Wochen im Tandem. Das Ziel des Kurses ist das Fachwissen der Wiedereinsteigerinnen auf den aktuellen Stand zu bringen. Außerdem erfolgt ein intensives Training für den digitalen Bereich. Im Anschluss an das Programm besteht die Möglichkeit aus

Fachwissen auf den aktuellen Stand bringen

einem von mehreren Schichtmodellen auszuwählen. Die erste Informationsveranstaltung zum Qualifizierungsprogramm fand im März 2023 in den Räumlichkeiten der Klinik am Eichert in Göppingen statt.

6.1.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Neue interessante Zielgruppe für Personalmanagement

Das Qualifizierungsprogramm unterstützt Personen, die länger nicht mehr im Pflegeberuf gearbeitet haben dabei, wieder in den Beruf einzusteigen. Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger stellen eine neue Zielgruppe dar, die für das Personalmanagement von Kliniken und auch Langzeitpflegeeinrichtung, sowie ambulanten Pflegediensten interessant sein können. Die ALB FILS KLINIKEN gewinnen so bereits ausgebildete Pflegefachkräfte, die deutlich schneller einsetzbar sind, als Personen die erst in eine dreijährige Ausbildung starten. Die Zusammenarbeit in Tandems bieten eine Möglichkeit die Praxisanleitung weiterzuentwickeln und zu stabilisieren. Dies könnte auch für neue Auszubildende ein Gewinn sein. Die Unterstützung die das Programm bietet, könnte insbesondere auch Frauen ermutigen nach den Kindererziehungszeiten, die nach wie vor überwiegend durch weibliche Personen geleistet werden, wieder im Pflegeberuf zu arbeiten.

6.1.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Alb Fils Kliniken (24.03.2023): Comeback-Programm der ALB FILS KLINIKEN wurde prämiert. Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – weitere Infoveranstaltungen im März und April. Online verfügbar unter www.alb-fils-kliniken.de/aktuell/presse/pressemeldung-detail/news/comeback-programm-der-alb-fils-kliniken-wurde-praemiert/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Alb Fils Kliniken (04.09.2023): Wir feiern dein Comeback! Infoveranstaltung für Wiedereinsteiger*innen. Online verfügbar unter www.alb-fils-kliniken.de/aktuell/veranstaltungen/termin-details/termin/wir-feiern-dein-comeback-2023-09-04-05-00/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Alb Fils Kliniken (2023): Wir feiern dein Comeback! Jetzt wieder einsteigen! Online verfügbar unter www.alb-fils-kliniken.de/fileadmin/default/120_afk-inline/2023/230210/Pflegekampagne_Wiedereinsteiger_Infokarte_210x105mm_DRUCK_02_2023.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Alb Fils Kliniken (2024): Wir für Ihre Gesundheit. Die ALB FILS KLINIKEN stehen den Menschen in der Alb-Fils-Region als starker Gesundheitspartner zur Seite – mit modernster Medizin und erstklassiger Pflege. Online verfügbar unter www.alb-fils-kliniken.de/ueber-uns/unternehmensprofil/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Auffenberg, Jennie; Becka, Denise; Evans, Michaela; Kokott, Nico; Schleicher, Sergej; Braun, Esther (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Online verfügbar unter www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2022): Sofortprogramm Pflege. Ideenwettbewerb „Wiedereinstieg und Verbleib im Pflegeberuf“. Online verfügbar unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/wettbewerb>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2022): Teilnahmebedingungen zum Ideenwettbewerb „Wiedereinstieg und Verbleib im Pflegeberuf“. Online verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Ideenwettbewerb_Teilnahmebedingungen.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.2 Bayern: Gesund und Gewaltfrei

6.2.1 Hintergrund

Das Projekt „Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei“, wurde im Juli 2023 abgeschlossen, verknüpft gezielt Gesundheitsförderung mit Gewaltprävention in bayrischen Pflegeheimen. Es wurde über Präventionsgelder der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern finanziert. Bisher einzigartig in Deutschland ist die kassenübergreifende Finanzierung eines solchen groß angelegten Projektes. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch AGP Sozialforschung in Freiburg i. Br., die Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. in München und die Hochschule München. Laut den Projektverantwortlichen ist es ausgesprochen sinnvoll, beide Themen in Kombination zu bearbeiten. Der Fokus des Projektes lag weniger auf eindeutig strafrechtlich relevanten Gewaltakten wie beispielsweise Freiheitsberaubungen und Körperverletzung, sondern auf weniger offensichtlichen Formen der Gewalt in alltäglichen Handlungen und im Umgang miteinander. Dabei kam sowohl Gewalt gegen Bewohner als auch gegen Mitarbeitende zur Sprache. Im Projekt wurde daher mit einem weiten Gewaltverständnis gearbeitet, welches die Dimensionen körperliche Gewalt, psychische Gewalt, Vernachlässigung, finanzielle Ausnutzung und intime Übergriffe/sexuelle Gewalt umfasste. Eine wesentliche Rolle spielten zudem (interne und externe) strukturelle Faktoren, die gewaltfördernd wirken können. Jegliche Richtung der Gewalthandlungen wurde dabei in den Blick genommen – gegen die Bewohnerinnen und Bewohner oder gegen die Mitarbeitenden gerichtet als auch durch diese ausgeführt.

Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Gewaltprävention

6.2.2 Merkmale

Einrichtungsspezifische Weiterentwicklung und Prozessbegleitung

Es nahmen 40 zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bayern an dem Projekt teil. Die erste Kohorte mit 20 Einrichtungen startete im Jahr 2021. Die Interventionszeit betrug pro Kohorte jeweils ein Jahr. Jede Einrichtung durchlief im Rahmen des Projektes drei Phasen: Eine Sensibilisierungs-, Interventions- und Verstetigungsphase. Zentral für das Projekt war, dass gezielte Schulungen in einen, professionell begleiteten, Organisations- und Personalentwicklungsprozess integriert waren. Ausgehend von bereits bestehenden Ressourcen und Bedarfen wurden mit Hilfe der Prozessbegleitung einrichtungsspezifische Themen identifiziert und entsprechende Schulungen ausgewählt. Beispielsweise wurden Maßnahmen zur Weiterentwicklung der individuellen Fähigkeiten im Bereich der gewaltfreien Kommunikation durchgeführt und die Einbindung der Schulungsinhalte in den Einrichtungsalltag begleitet. Zur Optimierung der organisatorischen Abläufe bildeten die Einrichtungen berufsübergreifende Fokusgruppen oder nutzten vorhandene Strukturen, um das Projekt einrichtungsintern zu verstetigen. Die Leitung spielte eine wesentliche Rolle hinsichtlich des Gelingens der Organisationsentwicklungsprozesse. Sie musste die entsprechenden (Zeit-)Räume schaffen, damit sich die Mitarbeitenden mit den Themen auseinandersetzen konnten. Und dort wo Schulungen oder die Teilnahme an regionalen Austauschtreffen im Rahmen der Arbeitszeit möglich waren, deutete sich eine bessere Verankerung der Themen in den Einrichtungen an.

6.2.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Stärkung durch gemeinsamen Reflexionsprozess

Für die Pflegekräfte der Projekteinrichtungen war es selbstverständlich, dass die eigene Gesundheit und ihr persönliches Wohlbefinden Voraussetzungen für gute Pflege und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind. Diese Erkenntnis kann als Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten genutzt werden. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements förderte das Projekt mit gezielten Schulungsangeboten eingebettet in einen Organisationsentwicklungsansatz die Resilienz der Pflegekräfte. Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass viele Pflegekräfte bereits intuitiv und situativ gewaltpräventiv handeln. Der Projektrahmen konnte jedoch wesentlich dazu beitragen, dass sich die Pflegekräfte mit Hilfe eines gemeinsamen Reflektionsprozesses auch ganz bewusst mit Gewaltprävention auseinandersetzten und Handlungssicherheit, ebenfalls für herausfordernden Situationen, erhielten. Diese Stärkung kann Entlastung und Stressreduktion im Berufsalltag bedeuten. Und auch auf der Organisationsebene konnte bessere Kommunikation auf und zwischen allen Ebenen Stress reduzieren. Beispielsweise etablierten einige Projekteinrichtungen eine berufsübergreifende Übergabe, um eine flexiblere Planung und Gestaltung

des Arbeitsalltag entlang der täglich anstehenden Besonderheiten und den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen.

In vielen Einrichtungen wurde zum Ende des Projektes über eine verbesserte Kommunikation im Team aufgrund der gemeinsamen Reflexionsprozesse berichtet.

Es hat sich gezeigt, dass die Einrichtungen mit Anerkennung und Wertschätzung, sowie einer konstruktiven Fehlerkultur, wesentlich zum Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden beitragen können. Solche Entwicklungsprozesse müssen kontinuierlich von den Einrichtungen aufrechterhalten und reflektiert werden, um nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. Die kontinuierliche Investition in diese Prozesse kann aber auch dazu beitragen die Einrichtung als attraktiven Arbeitgeber zu etablieren. So können neue Mitarbeitende gewonnen werden und die Gesundheit bestehender Mitarbeitender gefördert werden.

Auch in anderen Bundesländern hat das Modellprojekt aus Bayern bereits Interesse geweckt, sodass der Ansatz bundesweit verbreitet und möglichst Eingang in eine regelhafte Finanzierungsstruktur der Kassen finden kann.

6.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen

AGP Sozialforschung (2023): Pflege in Bayern gesund + gewaltfrei. AGP Sozialforschung. Online verfügbar unter www.gesund-gewaltfrei.bayern/, zuletzt abgerufen am 26.09.2023.

Knieps, Franz; Pfaff, Holger (Hg.) (2022): Pflegefall Pflege? Unter Mitarbeit von Hanna Batzoni. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 2022). Online verfügbar unter www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.3 Berlin: Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0

6.3.1 Hintergrund

Das Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0 – LEBEN – PFLEGE – DIGITAL setzt sich dafür ein, die Potenziale der Digitalisierung für die Pflege in Berlin nutzbar zu machen. Es wurde im Rahmen der Initiative „Pflege 4.0 – Made in Berlin“ gegründet und wird aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege in Berlin und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. finanziert. Das Berliner Landeskompetenzzentrum 4.0 vereint Expertise aus den Teams der gemeinnützigen Albatros Gesellschaft für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen und des DAI³²-Labors der Technischen Universität Berlin.

**Vielfältige
Potenziale der
Digitalisierung**

³² DAI (engl.) ist die Abkürzung für *Distributed Artificial Intelligence* und bedeutet so viel wie verteilte künstliche Intelligenz (KI). Hierzu zählen auch Smart Home und Altersgerechte Assistenzsysteme (AAL).

Das Angebot richtet sich an Menschen mit Pflegebedarf, pflegende Angehörige, an Prävention Interessierte und professionell Pflegende. Ein großer Teil der Pflege wird in der Häuslichkeit durch An- und Zugehörige erbracht. Ein wichtiger Fokus der Aktivitäten des Berliner Landeskompetenzentrums Pflege 4.0 liegt daher auch auf der direkten Ansprache und Aufklärung pflegebedürftiger Menschen, ihrer Bezugspersonen und Beratenden im Pflegekontext. Ziel ist eine lange Verweildauer in der Häuslichkeit mit Hilfe von Technologien zu unterstützen. In diesem Rahmen bietet das Landeskompetenzzentrum Führungen u. a. für Seniorenvertretungen, Selbsthilfegruppen und Multiplikatorinnen aus Beratung und Verwaltungsstrukturen an und schult beratende Personen (z. B. Berliner Pflegestützpunkte) zu den Themen der Pflege 4.0. Eine weitere Aufgabe des Berliner Landeskompetenzentrum Pflege 4.0 ist die Koordination des Netzwerkes Pflege 4.0. Es bietet eine Plattform für den Austausch verschiedener Akteure auf Landes- und Bundesebene, die sich mit der Digitalisierung in der Pflege beschäftigen. Auf der Website des Berliner Landeskompetenzentrums 4.0 (www.lebenpflegedigital.de) werden Informationen aus verschiedenen Themenfeldern der Digitalisierung in der Pflege leicht verständlich aufbereitet und den Zielgruppen verfügbar gemacht. Die Informationen werden über verschiedene Medien dargestellt und in unterschiedlichen Sprachen, auch in leichter Sprache, angeboten. Neben Flyern, Broschüren und Videos hostet das Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0 auch einen Podcast, in dem beispielsweise ethische Fragestellungen oder der Datenschutz diskutiert werden. Das innovative Tool Mein Technik-Finder unterstützt bei der Recherche nach digital vernetzbaren Produkten, die derzeit auf dem Markt zur Verfügung stehen und im Pflegekontext unterstützen können. Nutzerinnen beschreiben ihre individuelle Lebenssituation und bekommen daraufhin passende Technologien vorgeschlagen. Die dahinterliegende Datenbank wird kontinuierlich aktualisiert und die Themenfelder partizipativ weiterentwickelt. Mit Hilfe der Berliner Landkarte der Pflege 4.0 können Informations- und Beratungsangebote zum Thema Digitalisierung in der Pflege in Berlin gefunden werden. Die Karte wird fortlaufend aktualisiert. Außerdem stehen auf der Internetseite virtuell begehbare Musterwohnungen zur Verfügung und es ist möglich sich für eine kostenlose Führung durch den Schauraum des Berliner Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0 anzumelden. Daneben bietet das Zentrum mit dem Technik-Koffer auch ein aufsuchendes Angebot an, das bei Seniorenvertretungen, Pflegestützpunkten und weiteren zielgruppenrelevanten Anlaufstellen in den Berliner Bezirken zum Einsatz kommt. Daneben richtet das Zentrum gemeinsam mit unterschiedlichen Kooperationspartnern auch Info-Veranstaltungen online und in Präsenz aus, bei denen Informationen zu Smart Home, E-Rezept, Datenschutz, ePA etc. zielgruppengerecht vermittelt werden.

6.3.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Das Alleinstellungsmerkmal des Berliner Landeskompetenzentrums ist seine einzigartige Ausrichtung: Es spricht sowohl die berufliche Pflege als auch in besonderem Maße die Berliner Zivilgesellschaft an. Informationen für die professionelle Pflege werden auf der Website separat für den Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung dargestellt. Aktuell werden digitale Anwendungen von den Einrichtungen überwiegend zur Kommunikation und Organisation (z. B. digitale Routenplanung) eingesetzt. Das Berliner Landeskompetenzentrum 4.0 vertritt die Ansicht, dass Insellösungen vermieden werden sollten. Stattdessen sollten Einrichtungen eine Digitalisierungsstrategie umsetzen, die integrierte Lösungen anstrebt und dabei vor allem auch die gesetzlich verpflichtende Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) berücksichtigt. Nur so können Nachteile, wie Medienbrüche, vermieden werden. Zur Unterstützung einer solchen Prozessplanung und Implementierung finden sich auf der Internetseite des Berliner Landeskompetenzentrums 4.0 diverse Leitfäden, Checklisten und Schritt-Für-Schritt-Anleitungen sowie Informationen zu Refinanzierungsmöglichkeiten und gesetzliche Vorschriften. Abschließend sind auch Angebote von anderen Anbietern (z. B. von Fortbildungsmaßnahmen) oder andere Internetseiten zu Themen der Digitalisierung in der Pflege auf der Internetseite verlinkt.

Sowohl auf professionelle Pflege, als auch Zivilgesellschaft ausgerichtet

6.3.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Die Vision des Berliner Landeskompetenzentrum 4.0 für den Bereich der professionellen Pflege ist, dass Pflegefachpersonen durch die Digitalisierung entlastet werden, indem z. B. bisher papierbasierte Prozesse digital abgebildet werden, und sie so mehr Zeit für den direkten Kontakt mit den Menschen mit Pflegebedarf haben. Pflegepersonal ist so weniger mit bürokratischen Aufgaben gebunden und kann sich mehr der beziehungsorientierten und körpernahen Pflege widmen. Die Informationen auf der Internetseite können Einrichtungen dazu befähigen Digitalisierung als partizipativen Prozess gemeinsam mit den Pflegefachpersonen umzusetzen. Diese sind Teil des soziotechnischen Systems Pflege und sollten in die Auswahl und Implementierung von digitalen Anwendungen einbezogen werden. Auf dem Arbeitsmarkt könnte ein fortgeschrittener Digitalisierungsgrad außerdem ein Pull-Faktor sein, der die Attraktivität des Berufs steigert und damit bestehende Fachkräfte hält und neue dazugewinnen lässt. Darüber hinaus entwickelt das Berliner Landeskompetenzentrum Pflege 4.0 gemeinsam mit Netzwerkpartnern Handlungsempfehlungen, um die Rahmenbedingungen für Digitalisierungsmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und lädt zu regelmäßigen Veranstaltungen, um die Stimmen der Praxis hörbar zu machen. Ebenso werden für Pflegeklassen auch Sonderführungen durch den Schauraum angeboten, um Lehrpersonen und Auszubildende an die Thematik heranzuführen und Berührungspunkte abzubauen.

Entlastung und mehr Zeit für Interaktionsarbeit durch Digitalisierung

Ebenso besucht das Zentrum auf Anfrage mit seinem mit AAL-Technologie ausgestatteten Koffer auch Organisationen und Veranstaltungen in den Berliner Bezirken, um die Technik erlebbar zu machen und Hemmschwellen, nicht nur bei Pflegefachpersonen, zu senken.

6.3.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Leben – Pflege – Digital (o. J.): Berliner Landkarte der Pflege 4.0. Wer beschäftigt sich in Berlin mit dem Thema Pflege 4.0? Online verfügbar unter www.lebenpflegedigital.de/berliner_landkarte/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Leben – Pflege – Digital (o. J.): Berufliche Pflege. Online verfügbar unter www.lebenpflegedigital.de/berufliche-pflege/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Leben – Pflege – Digital (o. J.): Mein Technik-Finder. Online verfügbar unter www.lebenpflegedigital.de/mein-technik-finder/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Leben – Pflege – Digital (2022): Videobotschaft der Berliner Pflegesenatorin Ulrike Gote zu „Pflege 4.0“. Online verfügbar unter www.youtube.com/watch?v=KDOCNhED_0I, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (o. J.): Initiative „Pflege 4.0 – Made in Berlin“. Online verfügbar unter www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/pflege-4-0/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.4 Brandenburg: National Matching

6.4.1 Hintergrund

Kontinuierliche Begleitung von ausländischen Fachkräften

Der Einsatz von Fachkräften aus dem Ausland wird häufig als Lösungsansatz für den Personalmangel in der Pflege diskutiert. Das Projekt National Matching Brandenburg hat sich zum Ziel gesetzt nachhaltige Integrationsprozesse von Personen aus dem Ausland mitzugestalten. Wesentlicher Gelingensfaktor ist eine kontinuierliche Begleitung ab der Ankunft in Deutschland bis zum Bestehen der Probezeit. Das Angebot richtet sich an zwei Zielgruppen. Einerseits werden Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung im Gesundheitswesen angesprochen, andererseits werden gezielt Personen aus dem Ausland für eine Ausbildung angeworben. Zur Anwendung kommt dabei ein spezielles „Matching“-Verfahren, welches von der nationalen Arbeitsagentur in Schweden übernommen wurde. Hier werden arbeitsmarktrelevante Soft Skills (z. B. Kundenorientierung, Stressresistenz) gemessen und die Fähigkeiten der Projektteilnehmenden mit den Anforderungen der Einrichtungen abgeglichen. Das Verfahren kann bereits bei Deutschkenntnissen auf dem Niveau B2 angewendet werden. Weiterhin können so bereits gut ausgeprägte Fähigkeiten aber auch Unterstützungsbedarfe identifiziert werden. Träger von National Matching Brandenburg ist Adler Management UG, ein Beratungs-

und Projektentwicklungsunternehmen, welches mit verschiedenen Kooperationspartnern in Brandenburg zusammenarbeitet. Es nehmen verschiedene Akut- und Rehakliniken, sowie Langzeitpflegeeinrichtungen an dem Projekt teil. Eine Besonderheit des Projektes ist die enge Zusammenarbeit mit der Zentralen Ausländerbehörde des Landes Brandenburg. So werden bereits ausgebildete Personen aus dem Ausland bereits bei der Ankunft angesprochen und in das Projekt empfohlen. Finanziert wird National Matching Brandenburg durch das Sozial- und Gesundheitsministerium mit jährlich rund 230.000 Euro.

6.4.2 Merkmale

Das Projekt startete im Jahr 2016 als Modellvorhaben. In den Jahren 2021/22 wurden 83 Personen erfolgreich in eine Ausbildung oder sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vermittelt. Seit Juli 2022 wurden sechs Jugendliche im Kosovo (Pristina) bei einem Projektpartner auf die Ausbildung in Deutschland vorbereitet. Das Ziel des Vorbereitungskurses war Deutschkenntnisse auf B2 Niveau zu erlangen. Langfristig sollen zwischen 50 und 60 jungen Menschen aus dem Kosovo für eine Pflegeausbildung in Brandenburg gewonnen werden. Wer den Vorbereitungskurs im Kosovo erfolgreich absolviert hat, kann die Ausbildung in Deutschland beginnen. National Matching Brandenburg vertritt die Annahme, dass eine erfolgreiche berufliche Integration nicht ausschließlich von den Personen aus dem Ausland abhängig ist, sondern auch Aufgabe der Einrichtungen ist: So kann beispielsweise die Arbeit mit unbekleideten Menschen mit Pflegebedarf einen kulturellen Konflikt auslösen, bei deren Bewältigung die Projektteilnehmenden unterstützt werden müssen. Aber auch die Einrichtungen müssen Vorbehalte abbauen und eine entsprechende Unternehmenskultur entwickeln, die den Fachkräften aus dem Ausland einen langfristigen Verbleib im Beruf eröffnet.

Integration ist auch Aufgabe der Einrichtungen

6.4.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Die Zusammenarbeit von National Matching Brandenburg mit Kooperationspartnern in den Herkunftsländern ermöglicht es Ausbildungsinteressierten grundlegende Deutschkenntnisse zu erwerben, bevor sie ihre Ausbildung in Deutschland absolvieren. In Deutschland profitieren die Projektteilnehmenden von einer kontinuierlichen und individuellen Begleitung im Rahmen des Projektes. Sie erhalten sowohl fachliche als auch emotionale Unterstützung. Letzteres ist notwendig, weil eine Stelle in der Pflege in Deutschland antreten zu können, häufig länger dauert als im Vorhinein erwartet. Das Projekt versucht weiterhin die Willkommenskultur in den Einrichtungen in Deutschland zu stärken; eine notwendige Voraussetzung, um Diskriminierungserfahrungen zu reduzieren und hoffentlich irgendwann zu verhindern.

Willkommenskultur stärken

6.4.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Adler Management (o. J.). Online verfügbar unter <http://adler-management.com/>.

Ausbildung in Brandenburg (2024): Wir bieten jungen Menschen eine Karriereperspektive im Gesundheitswesen in Brandenburg. Online verfügbar unter <https://ausbildung-in-brandenburg.info/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Bünger, Marco (2021): Innovative Soft Skills Diagnostik 1 für langzeitarbeitslose Teilnehmer/ innen – Erfahrungen aus der Integrationsbegleitung von Langzeitarbeitslosen. Adler Management. Online verfügbar unter <http://adler-management.com/wp-content/uploads/2021/07/2021-06-15-Soft-Skills-Diagnostik-in-der-Integrationsbegleitung-LZA.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

BRANDaktuell Newsletter (2019): `National Matching Brandenburg`: Nachhaltig für Gesundheitsfachkräfte. BRANDaktuell Newsletter (3). Online verfügbar unter www.lasa-brandenburg.de/brandaktuell/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/newsletter_2019/nl-3-sonder.pdf, zuletzt abgerufen am 18.10.2023.

Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg (06.01.2023): Projekt zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen wird verlängert. Ausbildung junger Menschen aus dem Kosovo in Pflegeberufen. Online verfügbar unter <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~06-01-2023-projekt-national-matching-brandenburg#>, zuletzt abgerufen am 18.10.2023.

SozialBank: Trendinfo. Information für Führungskräfte in der Sozialwirtschaft. SozialBank (4/19). Online verfügbar unter www.sozialbank.de/news-events/publikationen/bfs-trendinfo/04-19/bfs-trendinfo-04-19-02, zuletzt abgerufen am 29.10.2023.

6.5 Bremen: TICALL – Transfercluster Akademischer Lehr- pflegeeinrichtungen in der Langzeitpflege

6.5.1 Hintergrund

Pflege in Zukunft sicher stellen mit Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis

Das Projekt TICALL widmet sich der Herausforderung, angesichts sinkender Zahlen von (potenziellen) Pflegekräften und steigender Zahlen von Pflegebedürftigen die Qualität der Altenpflege weiterhin sicherzustellen. Das erfordert Innovationen im Bereich der Versorgungsstrukturen und der Technologie. Um diese zu fördern und gut in die Praxis zu integrieren, wird auf Vernetzung zwischen Wissenschaft und Pflegepraxis gesetzt. Dazu kooperieren wissenschaftlichen Einrichtungen – das SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik an der Universität Bremen, das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen, das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen sowie das Zentrum für Medien-, Kommunikations- und Informationsforschung (ZeMKI) – mit Einrichten der Altenpflege und bilden Lehrpflegeeinrichtungen. Die ersten drei dieser neuen Lehrpflegeeinrichtungen sind das Johanniterhaus Bremen und zwei

Einrichtungen des Caritasverbandes Bremen. Auch weitere Praxispartner sollen in das Projekt einbezogen werden, u. a. soll die Bremer Heimstiftung beteiligt werden. Ausbildungspartner im Projekt sind das Bremer Zentrum für Pflegebildung und der Integrierte Gesundheitscampus Bremen. Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderprogramms T!Raum-TransferRäume für die Zukunft von Regionen. Bemerkenswert ist die Förderdauer: Seit April 2023 kann hier für 9 Jahre lang erprobt und erforscht werden.

6.5.2 Merkmale

Akademische Pflegeforschung findet bisher überwiegend in Lehrkrankenhäusern und an Unikliniken statt und konzentriert sich damit vor allem auf die Krankenpflege. Neue Erkenntnisse können dort direkt in Praxis und Ausbildung integriert werden. Im Projekt TICALL wird der Ansatz der Vernetzung der Instanzen Wissenschaft, Praxis und Ausbildung auf die Altenpflege übertragen. Das bedeutet, dass in den Lehrpflegeeinrichtungen gleichzeitig Forschung, Versorgung und Lehre stattfindet. Um den zukünftigen Herausforderungen der Pflege etwas entgegenzusetzen zu können, werden technologische und organisatorische Innovationen in den Einrichtungen erprobt. Außerdem soll evidenzbasiertes Handeln in der Praxis gefestigt und gefördert werden. Erfahrungen aus dem Praxiseinsatz können rückgemeldet und Lösungsansätze angepasst werden. Die Ergebnisse solcher Evaluationen können wiederum direkt in die Praxis zurückgespielt werden.

Vernetzung von Wissenschaft, Praxis und Ausbildung auf Altenpflege übertragen

Ein erster konkreter Schritt ist die Implementierung von technologischen Innovationen im Bereich der Pflegedokumentation. So sollen auch Belastungsspitzen sichtbar gemacht werden, sodass die digitale Dokumentation gleichzeitig auch als Grundlage für die Dienstplanung dienen kann. Ein weiterer Fokus wird auf der kompetenzorientierten Personalbemessung liegen. Das erfordert ggf. die Umorganisation von Arbeitsprozessen. An dieser Stelle soll auch die Öffnungsklausel des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes genutzt werden. Parallel dazu wird der Transfer der Ergebnisse und die Integration in die Ausbildung und Fortbildung mitgedacht, um die nötigen Kompetenzen bei den (zukünftigen) Pflegenden aufzubauen. Dabei entstehen innovative Strukturen, die beispielsweise Transfer- und Innovationsagentinnen und -agenten miteinbeziehen. Das sind Pflegekräfte, die zwar bei der Hochschule Bremen angestellt sind, aber als zusätzliche Kräfte in den Lehrpflegeeinrichtungen arbeiten. Außerdem soll es eine dezentrale Lerninfrastruktur geben und ein Angebot von Praktika und Hospitationen, welches auch Vertretende anderer Einrichtungen nutzen können. In den Einrichtungen werden separate Lehrräume bereitgestellt, die das praktische Erproben neuer Technologien und Techniken ermöglichen. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Veranstaltungen und Veröffentlichungen, die die Erkenntnisse in die (Fach-)Öffentlichkeit transportieren.

Innovative Strukturen

6.5.3 Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Nachhaltige Innovationen

Das Projekt TICALL vereint wichtige Elemente zur Sicherstellung der Pflege in der Zukunft: Die Verbesserung der Pflegequalität und die Gestaltung eines attraktiven Berufsbildes mittels Professionalisierung der Altenpflege. Die Gewinnung von zusätzlichem Personal hat angesichts des demographischen Wandels Grenzen. Daher ist es umso wichtiger, neue Konzepte und Strukturen zu entwickeln, die das Personal entlasten. Durch das von vornherein mitgedachte Transferkonzept kann das Projekt Anstöße für breit angelegte, systematische, aufeinander abgestimmte Innovationen bieten. Hervorzuheben ist, dass es hier nicht um Einzelinnovationen geht, sondern ein Projekt, das Technik, Personalentwicklung und strukturelle Veränderungen miteinander verbindet. Dabei verspricht die lange Laufzeit mehr Nachhaltigkeit bei den Innovationen.

6.5.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Freie Hansestadt Bremen Pressestelle des Senats (03.04.2023): Die Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration Die Senatorin für Umwelt, Klima und Wissenschaft. Erste akademische Lehrpflegeeinrichtungen bundesweit. Online verfügbar unter www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/erste-akademische-lehrpflegeeinrichtungen-bundesweit-421494, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

HSB (30.09.2022): Millionenprojekt für mehr Qualität in der Pflege im Land Bremen. Online verfügbar unter www.hsb-bremen.de/die-hsb/aktuelles/nachricht/millionenprojekt-fuer-mehr-qualitaet-in-der-pflege-im-land-bremen/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

HSB (2024): TCALL – Transfercluster Akademischer Lehrpflegeeinrichtungen in der Langzeitpflege. Online verfügbar unter www.hsb-bremen.de/die-hsb/aktuelles/projekte/tcall/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Pflege-Netzwerk Deutschland (2023): Erste akademische Lehrpflegeeinrichtung startet in Bremen. Online verfügbar unter <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/erste-akademische-lehrpflegeeinrichtung-startet-in-bremen>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Selzer, Christina (2022): Millionenprojekt für mehr Qualität in der Pflege im Land Bremen. Universität Bremen. Online verfügbar unter www.uni-bremen.de/universitaet/hochschulkommunikation-und-marketing/aktuelle-meldungen/detailansicht/millionenprojekt-fuer-mehr-qualitaet-in-der-pflege-im-land-bremen?sword_list%5B0%5D=ganzer&cHash=b4223525ad1c9d28a3bc5cf525fcb89b, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Thalmann, Timo (2023): Die Forschung kommt ins Pflegeheim. Mit den bundesweit ersten drei akademischen Lehrpflegeheimen soll in Bremen wissenschaftliches Know-how in die Praxis der Altenpflege gebracht werden. Der Bund fördert das Vorhaben mit 16 Millionen Euro. In: Weser Kurier, 07.04.2023, www.weser-kurier.de/bremen/neue-qualitaet-in-der-pflege

forschung-und-lehre-kommt-ans-bett-doc7pn643n963o19m809ik1, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.6 Hamburg: Arbeiten 5.0 am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

6.6.1 Hintergrund

Das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) übernimmt als Unternehmen Verantwortung für bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen. Daher hat es u. a. das Projekt Arbeiten 5.0 ins Leben gerufen. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen bietet das Klinikum nicht nur einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen an, sondern setzt auch an der Dienstplangestaltung an und versucht die Mitbestimmung der Mitarbeitenden in dieser Angelegenheit zu stärken. Ziel des Projekts ist es, die Gesundheit des Personals zu fördern sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu verbessern.

Die erste Pilotphase begann 2021 auf 3 Stationen und wurde von einer Evaluation begleitet. Da die Ergebnisse dieser Evaluation positiv ausfielen, wurde das Projekt bis Ende 2023 auf allen bettenführenden Stationen ausgeweitet. Ab 2024 beginnt die Ausweitung auf weitere Arbeitsbereiche. Diese Phase wird durch die Universität Hamburg bzw. das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) evaluiert.

6.6.2 Merkmale

Das Projekt kennt zwei Kernelemente: Zum einen die Flexibilisierung der Dienstzeiten und zum anderen die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppe. Um beides zu erreichen, werden in einem ersten Schritt für die jeweilige Station bzw. den Arbeitsbereich mit den verschiedenen Berufsgruppen Tagesstrukturpläne entwickelt. D. h. es werden berufsgruppenspezifische Abläufe sowie Arbeitsspitzen identifiziert. Auf dieser Grundlage werden in Workshops unter Beteiligung der beiden fokussierten Berufsgruppen neue, ergänzende und freiwillige Dienstzeiten entwickelt. Die neuen Dienstzeiten stellen damit ein zusätzliches Angebot zum bisherigen Drei-Schicht-Modell dar.

Im Rahmen dieser Workshops wurden bisher um die 50 neuen Arbeitszeitmodelle entwickelt, die jeweils zu den Gegebenheiten und Tagesstrukturen im Arbeitsbereich passen. Dazu gehören Gleitzeitmodelle oder Mobiles Arbeiten, d. h. nicht ortsgebundenen Tätigkeiten wie bspw. Dokumentation, können woanders erledigt werden. Zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit wurden darüber hinaus verschiedene Tools entwickelt. Neben den gemeinsamen Workshops wurden Ärztin/Pflege-Tandems, die gemeinsam für dieselben Patientinnen zustän-

Gesundheit und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben fördern

Flexibilisierung der Dienstzeiten und verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit

Neue Arbeitszeitmodelle und Tools

dig sind eingeführt. Es werden kurze Tagesschlussbesprechungen und Absprachen zu gemeinsamen Interventionen durchgeführt. begleiten. Die Dienstpläne werden so organisiert, dass die Mitarbeitenden ihre Wunschdienste eintragen. Anschließend teilt eine dienstplanende Person die Schichten mit Hilfe einer Dienstplanungssoftware, mit der auch die Personalbedarfe im Blick behalten werden.

6.6.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Aufstockung oder Wieder- einstieg durch verbesserte Arbeitsbedin- gungen errei- chen

Ein Projekt, das auf diese Art die Rahmenbedingungen der Arbeitszeiten und der interprofessionellen Zusammenarbeit verbessert, trägt zu Mitarbeitendenbindung und Fachkräftesicherung bei. Für die Mitarbeiterinnen wird z. B. Familie und Beruf besser vereinbar, und die Mitbestimmung rund um die Arbeitszeiten wird erhöht. Perspektivisch ist ein weiteres Ziel des Projekts, dass über derart verbesserte Arbeitsbedingungen mit besserer Planbarkeit der Schichten mehr Pflegekräfte, die in Teilzeit arbeiten, ihre Anteile erhöhen oder Ausgeschiedene wieder in die Pflege zurückkehren.

Bisher erwies sich das Projekt in der Klinik als erfolgreich. So ergab die Pilotevaluation, dass die neuen Dienstzeiten – je nach Lebenssituation ein wenig unterschiedlich – vorteilhaft sind für die Mitarbeitenden. Besonders die Pflegenden sehen einen Mehrwert und schätzen die Flexibilität. Der Austausch und die Gesprächskultur haben sich rund um die Prozesse zur Optimierung der Tagesstruktur verbessert. Insgesamt erhöht das Projekt die Zufriedenheit der Mitarbeitenden.

Dynamische Projekt- gestaltung

Ein hervorzuhebendes Element ist die, immer fortwährende, Anpassung an die jeweiligen Arbeitsbereiche unter Beteiligung der Mitarbeitenden. Insgesamt wird das Projekt innerhalb des Klinikums als dynamisch angesehen: Auch auf Stationen, auf denen schon neue Arbeitszeitmodelle eingeführt wurden, wird immer weiterentwickelt und Ideen von anderen Bereichen aufgenommen. Das ist eine wichtige Voraussetzung, damit solche Veränderungen in einer großen und komplexen Einrichtung wie einer Universitätsklinik erfolgreich sein können. Es besteht deutschlandweit ein Austausch mit anderen Krankenhäusern, sodass die Erfolgskonzepte auch in die Breite getragen werden können. In Hinblick auf die Zielsetzung der Gesundheitsförderung verspricht eine Strukturveränderung wie diese eine nachhaltigere Verbesserung als Einzelmaßnahmen wie bspw. Gesundheitskurse.

6.6.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Mühle, Ulrike; van Loo, Michael; Navarro, Christine (2023): Dienstzeiten und Prozesse harmonisieren. In: Die Schwester Der Pfleger (2/23), S. 50–53.

Schröder, Katrin; Doronin, Ilja; Mühle, Ulrike; Navarro, Christine (o. J.): Harmonisierung von Dienstzeiten und Prozessen – Projekt „Arbeiten 5.0“ im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. UKE Hamburg. Online verfügbar unter https://assets.website-files.com/5ff817e4cbf867b0359abcf8/63440e1c45d7241e1dd5324a_PflegeJetztBerlin_UKE_Arbeiten5.0.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Springer Pflege (2022): Work-Life-Balance. Flexible Arbeitszeiten für Pflegendе am UKE zeigen Wirkung. Online verfügbar unter www.springerpflege.de/rahmenbedingungen/work-life-balance--flexible-arbeitszeiten-wirken/23452714, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Techniker Krankenkasse (01.12.2023): Zur Sache: Arbeiten 5.0 im UKE. Online verfügbar unter www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/zur-sache-uke-arbeiten-5-0-2134938, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

UKE Alumni (o. J.): Kooperationsprojekt „Arbeiten 5.0“. Online verfügbar unter <https://uke-alumni.de/kooperationsprojekt-arbeiten-5-0/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

UKE Hamburg (o. J.): Arbeiten, wann und wie es zu euch passt. Projekt „Arbeiten 5.0“ – einmalig in Deutschland. Online verfügbar unter www.uke.de/karriere/berufe-jobs-im-uke/pflege-funktionsdienst/arbeiten-5-0.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.7 Hessen: Teilzeitausbildung für die Pflege von der VbFF

6.7.1 Hintergrund

Im Verein zur beruflichen Förderungen von Frauen e. V. (VbFF) in Frankfurt am Main engagieren sich seit 1978 Frauen, um anderen Frauen in prekären Lebenssituationen eine Chance auf berufliche Selbstverwirklichung und finanzielle Unabhängigkeit zu ermöglichen. Die Vision des Vereins ist es zu einer gerechteren Gesellschaft beizutragen. Zu den Angeboten des VbFF gehören Beratung zu Berufsorientierung und Karriereplanung, sowie Beistand bei Wiedereinstieg in den Beruf nach Familienphasen. Außerdem finden Frauen hier Unterstützung bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz und bei der Organisation von Kinderbetreuung. Die Unterstützung beginnt beim VbFF häufig bereits vor Ausbildungsbeginn. Durch das Engagement des VbFF für die duale Teilzeitausbildung wurde diese 2005 ins Berufsbildungsgesetz aufgenommen und auf Bundesebene verankert. Der VbFF unterstützt seitdem – in Zusammenarbeit mit verschiedenen Betrieben – auch Frauen, die eine Ausbildung in Teilzeit machen möchten.

**Unterstützung
von und für
Frauen**

6.7.2 Merkmale

Im Projekt Fokus Teilzeit bietet der Verein eine Vorbereitung und Begleitung zur Teilzeitausbildung in der Altenpflege an. Die Teilzeitausbildung in der Altenpflege findet in Kooperation mit dem AGAPLESION BILDUNGSZENTRUM und den AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH in Frankfurt am Main seit

**Vorbereitung
und Begleitung
der Teilzeitaus-
bildung**

2015 alle zwei Jahre statt. Die Vorbereitungskurse sollen die Voraussetzungen für die Ausbildung schaffen und den Wiedereinstieg ins Lernen erleichtern und haben eine Dauer von etwa 6 Monaten. Inhaltlich umfassen die Kurse Grundlagen der Pflege, aber auch Themengebiete wie Hygiene und Biologie, Deutsch als Fremdsprache, PC-Kompetenzen, Zeitmanagement, Textverständnis und Bewerbungskompetenzen. Wenn sich die Kursteilnehmerinnen für eine Ausbildung in Teilzeit entscheiden, unterstützt der VbFF die Frauen über die gesamte Zeit der Ausbildung weiter. Bei Bedarf kann Lernberatung, Deutschunterricht und Stützunterricht in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus gibt es Fortbildungen zur Vorbereitung auf Zwischen- und Abschlussprüfungen, Beratung bei familiären und privaten Problemen, sowie Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche. Der VbFF versteht sich in Konfliktsituationen auch als vermittelnde Instanz zwischen den Auszubildenden und den Betrieben.

**Ausbildung mit
Sorgeverant-
wortung oder
Erlernen von
Deutschkennt-
nissen vereinbar
machen**

Das Modell der Ausbildung in Teilzeit bringt einige Vorteile mit sich, da es insbesondere Müttern, privat Pflegenden und Frauen mit Migrationshintergrund den Einstieg in den Pflegeberuf erleichtert. Für sie ist eine Ausbildung in Vollzeit zumeist nicht mit ihrer Sorgeverantwortung oder dem Erlernen von Deutschkenntnissen vereinbar. Ist die Ausbildung erstmal abgeschlossen gibt es in der Pflege viele Möglichkeiten in Teilzeit zu arbeiten. Teilzeitausbildungen sind prinzipiell in allen dualen und schulischen Ausbildungsberufen möglich. Beim AGAPLESION BILDUNGSZENTRUM in Kooperation mit dem VbFF sind sie so organisiert, dass die wöchentliche Arbeitszeit auf 30 Stunden verringert ist und die Ausbildungszeiten müssen zudem flexibel gestaltet werden, da beispielsweise für Eltern die regulären Zeiten im Schichtdienst nicht mit den Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen zusammenpassen. Falls Wochenenddienste nötig sind, werden diese mit genügend Vorlauf geplant. Darüber hinaus sind die Schulzeiten außerhalb der Sommerferien geplant, so dass die Teilzeitauszubildenden dort den Großteil ihres Urlaubs nehmen können. Um das Modell der Teilzeitausbildung im Pflege- und Gesundheitsbereich bekannter zu machen, veranstaltet der VbFF seit 2016 jährlich das Netzwerktreffen Teilzeitausbildung in der Pflege, das sich an Pflegeschulen und Akteure aus dem Bereich der Pflege richtet.

6.7.3 Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

**Neue Personen-
gruppen für die
Ausbildung ge-
winnen**

Durch das Teilzeitmodell ist die Ausbildung besser mit einer Sorgeverantwortung oder dem Erlernen von Deutschkenntnissen vereinbar. Arbeitgeber gewinnen neue Personengruppen als mögliche Auszubildende und spätere Fachkräfte dazu. Außerdem können Betriebe sich zukunftsfähig aufstellen, indem sie Familie und Beruf besser vereinbar machen. In den AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN wurden sehr positive Erfahrungen mit der Teilzeitausbildung gemacht. Da

die Frauen schon vor ihrer Ausbildung Verantwortung in der Kinderbetreuung oder der Pflege von Angehörigen übernommen haben, bringen sie erfahrungsgemäß viel Engagement, Sozialkompetenz, Organisationstalent und Verantwortungsbewusstsein mit. Sie erreichten genauso gute Abschlüsse wie Auszubildende in Vollzeit und blieben dem Betrieb als Fachkräfte noch lange nach der Ausbildung erhalten. So können neue Zielgruppen für die Ausbildung in der Pflege erschlossen werden, was dazu beitragen kann dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

6.7.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (o. J.): Ausbildung in Teilzeit für junge Mütter. Vorbereitungskurs und Ausbildungsbegleitung. Online verfügbar unter www.vbff-ffm.de/wp-content/uploads/221215__Leporello-BaE.pdf, zuletzt abgerufen am 04.12.2023.

Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (2023): Teilzeitausbildung in Gesundheits- und Pflegeberufen. Unter Mitarbeit von Melanie Janduda Kornelia Stanic. Online verfügbar unter www.vbff-ffm.de/wp-content/uploads/Teilzeitausbildung-in-Gesundheits-und-Pflegeberufen_webversion.pdf, zuletzt abgerufen am 04.12.2023.

Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (o. J.): VOKA Vorbereitungskurs für Auszubildende in der Pflege. Online verfügbar unter www.vbff-ffm.de/wp-content/uploads/Flyer-VOKA-2023.pdf, zuletzt abgerufen am 04.12.2023.

Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (2024): Willkommen. Online verfügbar unter www.vbff-ffm.de/, zuletzt abgerufen am 04.12.2023.

6.8 Mecklenburg-Vorpommern: Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung

6.8.1 Hintergrund

Zur Bewältigung des demografischen Wandels braucht es passende Unterstützungsangebote sowohl im professionellen Sektor, als auch aus der Zivilgesellschaft. Der erste Schritt auf dem Weg dahin ist eine qualitativ hochwertigen Pflegesozialplanung auf kommunaler Ebene. Ausgangspunkt der Entwicklung einer integrierten Pflegesozialplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern war 2013 die Feststellung, dass die bisher durchgeführten Kommunalplanungen in ihrer Umsetzung und Qualität sehr stark variierten, was u. a. zu fehlender Vergleichbarkeit der Ergebnisse führte. Daher initiierte das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V einen Prozess zur Erarbeitung eines Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung in Kooperation mit den Kommunen, wissenschaftlich begleitet durch die Hochschule Neubrandenburg. Das Ziel war einheitliche Standards in der Planung der (pflegerischen) Versorgungsstruktur zu etablieren und ein gemeinsames Verständnis zentraler Begriffe der Pflegesozialplanung zu ent-

Pflegesozialplanung in den Kommunen verbessern

wickeln. Inhaltlich ging es insbesondere darum Instrumente und Methoden (weiter) zu entwickeln und eine gemeinsame Grundlage an Indikatoren zu schaffen. Dadurch wird es möglich Ergebnisse zu vergleichen und hohe Qualitätsstandards in der pflegerischen Versorgungs- und Angebotsstruktur zu erreichen. Seit 2018 sind die Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern laut Landesrecht dazu verpflichtet alle fünf Jahre einen Pflegesozialplan zu erstellen bzw. fortzuschreiben (§ 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG M-V).

6.8.2 Merkmale

Einheitliche Kriterien und Qualitätsstandards

Der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung ist eine Planungshilfe, die durch einheitliche Kriterien und Qualitätsstandards die Kommunen bei der Ausarbeitung ihrer Pflegesozialpläne unterstützen soll, ohne dabei die Spezifika der Landkreise und kreisfreien Städte zu vernachlässigen. Dazu beinhaltet der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung ein Musterdokument für den Berichtsstandard. Dieses Muster gibt Orientierung hinsichtlich der Gliederung des zu erstellenden Pflegesozialplans und enthält alle obligatorischen und freiwilligen Indikatoren. Die einzelnen Indikatoren werden im Kompass definiert, so kann ein einheitliches Verständnis der Begriffe vorausgesetzt werden. Um für alle Kommunen einen gemeinsamen Weg im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung aufzuzeigen, wurde eine Roadmap erstellt. Sie bildet einen vollständigen Planungszyklus nach dem Schema des PDCA-Zyklus ab und enthält Informationen über die einzelnen Planungsphasen und deren Inhalte, ihre zeitliche Dauer und Meilensteine, sowie Methoden zur Umsetzung. Die Planungsphasen und Methoden werden im Werkzeugkasten genauer beschrieben. Zur Ermittlung des Ist-Zustandes und Entwicklungsbedarfes in der kommunalen Pflegeinfrastruktur wurde das unterstützende Instrument der Pflegesozialplanung (UnIPs) entwickelt. Ergänzt werden diese Inhalte durch eine Einführung in das Thema Kennzahlenmanagement und eine Handreichung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und die Bestimmung von Zielwerten.

6.8.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Kommunale Planung kann Überlastung in der professionellen Pflege verringern

Um die in den kommenden Jahren steigende Anzahl an Menschen mit Pflegebedarf versorgen zu können, braucht es qualitativ hochwertige Pflegesozialplanung. Die Qualität der Planung hat indirekt auch Auswirkungen auf die Arbeit von Pflegefachkräften. Wenn Belastungen durch bedarfsgerechte kommunale Planung sektorenübergreifend abgefangen werden können, verringert das die Überlastung im professionellen Pflegesektor. Das Thema Pflege wird somit in eine ganzheitliche Sozialraumgestaltung miteinbezogen. Konkret kann sich die Pflegesozialplanung außerdem auf die Schaffung innovativer Versorgungskonzepte und alternativer

Wohnformen auswirken, welche dann wiederum attraktive Arbeitsplätze für Pflegefachkräfte darstellen können.

6.8.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Braeseke, Grit; Naegele, Gerhard; Engelmann, Freja (2021): Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2_14, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (2018): Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung. Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg – Vorpommerns. Online verfügbar unter www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/institute/ikr/HiR/RL_Daseinsvorsorge/Anhang_1_1_Kompass_integrierte_Pflegesozialplanung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (2018): Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung – Kurzfassung. Online verfügbar unter www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Kompass_Kurzfassung_20160510.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (o. J.): Projekt Pflegesozialplanung. Online verfügbar unter www.hs-nb.de/fachbereich-soziale-arbeit-bildung-und-erziehung/forschungen-und-projekte/projekte/pflegesozialplanung/projektinformationen/projekt-pflegesozialplanung/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Institute for Manufacturing (IfM), University of Cambridge (2018): What is roadmapping and how can it benefit your organisation? Online verfügbar unter www.youtube.com/watch?v=0JxsSHjyJpC, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Kraehmer, Stefanie; Schmidt, Stefan (2019): Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern. Online verfügbar unter www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/institute/ikr/HiR/RL_Daseinsvorsorge/Anhang_1_PPT_KRAEHMER_SCHMIDT_Integrierte_Pflegesozialplanung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2013): Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013. Online verfügbar unter www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Landesplanerische_Empfehlungen_2013.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.9 Niedersachsen: Emder Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG

6.9.1 Hintergrund

Selbstbestimmte Pflege in einer Genossenschaft

In der gemeinnützigen *Emder Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG* haben sich 2020 pflegebedürftige Menschen, Ehrenamtliche und Pflegekräfte zusammengeschlossen, die die aktuelle Situation in der ambulanten Pflege kritisch sehen. Sie möchten selbstbestimmt und unter Einbeziehung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure die Erbringung sozialpflegerischer und medizinischer Leistungen sowie weiterer Unterstützungsangebote organisieren. Die Emder Pflegegenossenschaft befindet sich noch in der Aufbauphase und verfolgt langfristig das Ziel, Trägerin eines eigenen Pflegedienstes zu werden. Das Projekt finanziert sich aus den Mitgliederbeiträgen der Genossenschaft und wird durch die Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt und das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gefördert.

6.9.2 Merkmale

Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die *Emder Pflegegenossenschaft* zeichnet sich durch ihre genossenschaftliche Organisation aus. Als solche verfolgt sie keine Umsatz- und Renditeziele und verfügt über flache Hierarchien. Mitglieder der Genossenschaft können sowohl pflegebedürftige Menschen, Pflegekräfte als auch alle anderen werden, die sich ehrenamtlich für eine bessere Pflege engagieren möchten. Letztendlich kann die Mitgliedschaft auch eine Investition in die eigene Zukunft sein: Für den Fall selbst einmal pflegebedürftig zu werden. Die Vision der Emder Pflegegenossenschaft ist, dass die Menschen mit Pflegebedarf ihre Versorgung selbstbestimmt gestalten können. Gleichzeitig sollen sich die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte an ihren Bedürfnissen ausrichten. Die Idee ist, dass die Mitarbeitenden sich in dem geplanten Pflegedienst selbstständig in Kleingruppen organisieren. Den Pflegekräften wird die Kompetenz zugesprochen, in Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten passende Abläufe und Lösungen zu entwickeln, ohne dass das Eingreifen von Führungskräften nötig ist. In administrativen Aufgaben sollen die Pflegekräfte von der Genossenschaft entlastet werden, um sich auf die Pflege fokussieren zu können. Die professionelle Pflege soll in einem zivilgesellschaftlichen Netzwerk vom Ehrenamt unterstützt werden. Pflege soll für alle bedürfnisorientiert und bezahlbar sein und wird dabei als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden.

Für dieses Konzept erhielt die Emder Pflegegenossenschaft 2021 den Deutschen Demografie-Preis in der Kategorie New Work. Die Auszeichnung wurde damit begründet, dass die Emder Pflegegenossenschaft mit alten Mustern bricht und ein mögliches Wirtschaftsmodell der Zukunft darstellt mit Signalwirkung und Vorbildcharakter über die Pflegebranche hinaus.

6.9.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Die Emdener Pflegegenossenschaft sieht es als gesellschaftliche Aufgabe, bessere Rahmenbedingungen für die Arbeit von Pflegekräften zu schaffen und sieht dabei auch die Arbeitgeber in der Pflicht. Durch die genossenschaftliche Organisation sollen die Pflegekräfte eine angemessene Bezahlung erhalten und genügend Zeit für die Pflege Tätigkeit zur Verfügung haben. Das Projekt der Emdener Pflegegenossenschaft zeigt Konzepte für moderne und verbesserte Arbeitsbedingungen in der Pflege auf. Im eigenen Pflegedienst soll für eine attraktive Beschäftigung gesorgt werden: Die Pflegekräfte sollen von administrativen Aufgaben entlastet werden und mehr Zeit für Interaktionsarbeit haben, eine angemessene Entlohnung erhalten und die Möglichkeit zur Selbstorganisation haben. Um mit den Herausforderungen des Fachkräftemangels und demografischen Wandels umgehen zu können, verknüpft die Emdener Pflegegenossenschaft zudem ehrenamtliche Unterstützung und professionelle Pflege in einem Netzwerk und macht Pflege somit zu einer gemeinsamen Aufgabe des gesamten Sozialraums. Der geplante Pflegedienst konnte allerdings leider noch nicht in Aktion treten. Dies liegt insbesondere daran, dass es bisher nicht möglich war regionalen Unternehmen für ein Engagement in der Genossenschaft zu gewinnen.

Bessere Rahmenbedingungen und ehrenamtliche Unterstützung

6.9.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Deutscher Demografiepreis (o. J.): Preisträger: New Work, zum Leben erweckt Gemeinnützige Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG: Aufbau selbstorganisierter Sozialraumteams. Online verfügbar unter <https://deutscher-demografie-preis.de/preistraeger-gemeinnuetzige-emder-pflegegenossenschaft-fuer-ostfriesland-eg/>, zuletzt abgerufen am 23.11.2023.

Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG (2020): Satzung der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG. Online verfügbar unter https://emderpflegegenossenschaft.de/wp-content/uploads/2023/02/Satzung_EPfO_08.07.2020.pdf, zuletzt abgerufen am 23.11.2023.

Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG (2023): Flyer. Online verfügbar unter https://emderpflegegenossenschaft.de/wp-content/uploads/2023/02/Flyer_Emder_Pflegegenossenschaft.pdf, zuletzt abgerufen am 23.11.2023.

Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG (o. J.): Wir denken Pflege anders. Online verfügbar unter <https://emderpflegegenossenschaft.de>, zuletzt abgerufen am 23.11.2023.

Lipperheide, Ute (2023): Pflegegenossenschaft steigt in die Praxis. Emdener Pflegegenossenschaft wählte Vorstand und Aufsichtsrat neu. Auch inhaltlich werden neue Akzente gesetzt. In: NWZ Online, 23.11.2023. Online verfügbar unter www.nwzonline.de/emden/

soziales-vorhaben-in-emen-pflegegenossenschaft-steigt-in-die-praktische-arbeit-ein_a_4,0,3249305349.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Lipperheide, Ute (2023): Steht die Emder Pflegegenossenschaft vor dem Aus? Die Emder Pflegegenossenschaft muss einige Vorstands- und Aufsichtsratsposten neu besetzen. Zwei führende Mitglieder steigen aus der Vorstandsarbeit aus. Die Aufsichtsratsvorsitzende schweigt dazu. In: NWZ Online, 01.08.2023. Online verfügbar unter www.nwzonline.de/emen/pflegegenossenschaft-in-emen-steht-die-gruppe-um-ute-tobias-vor-der-aufloesung_a_4,0,1831687903.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.10 Nordrhein-Westfalen: Betriebliches Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach

6.10.1 Hintergrund

Motto: „Menschen im Mittelpunkt“

Die Sozial-Holding Mönchengladbach ist ein Tochterunternehmen der Stadt Mönchengladbach. Sie bietet verschiedene Pflege-Dienstleistungen und Beratung zur Pflege an. Zur Beratung betreibt die Sozial-Holding Beratungszentren, in denen Beraterinnen und Berater, u. a. auch ausgebildete Pflegekräfte, Pflegebedürftige und Angehörige bei der Auswahl und Buchung von Pflegeleistungen begleiten. Zu den von der Sozial-Holding angebotenen Pflegedienstleistungen gehören Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Wohnen mit Service, Essen auf Rädern, Pflegeheime und ein Programm für beschäftigte pflegende Angehörige. Insgesamt hat die Sozial-Holding Mönchengladbach rund 900 Beschäftigte – und wurde für ihre Beschäftigungspolitik bereits mehrfach ausgezeichnet, u. a. mehrfach für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Das übergeordnete Motto: „Menschen im Mittelpunkt“ – wird sowohl auf Personen mit Pflegebedarf als auch auf die Beschäftigten bezogen.

6.10.2 Merkmale

Gute Personalpolitik

Die Sozial-Holding Mönchengladbach betreibt auf vielen Ebenen eine intensive Personalpolitik, die die Beschäftigten mit attraktiven Rahmenbedingungen wirbt und an das Unternehmen bindet. So gibt es bspw. ein breites Programm an innerbetrieblichen Fortbildungen und Weiterbildungen, eine intensive Begleitung Auszubildender, bei der auch Themen wie Prüfungsangst berücksichtigt werden.

Das Unternehmen nimmt die unterschiedlichen Lebenslagen der Beschäftigten konsequent in den Blick: So werden Teilzeitausbildungen angeboten oder explizit für den begleiteten Wiedereinstieg nach mehreren Jahren ohne Tätigkeit in der Pflege geworben. Dabei hat das Unternehmen die demographische Entwicklung der Beschäftigtenstruktur im Blick und setzt auf einen Generationen-Mix.

Insbesondere das betriebliche Gesundheitsmanagement wird vielfach gelobt und in einer Vorreiterrolle gesehen. Das betriebliche Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach wird von einem „Lenkungsausschuss Gesundheitsförderung“ gesteuert. In diesem werden Jahresziele gesetzt. Bisher wurden bereits strukturelle Maßnahmen ergriffen, wie verschiedene Betriebsvereinbarungen, z. B. zu „Gesunden Gesprächen“ oder ein Konzept zur Gewaltprävention oder betriebliches Eingliederungsmanagement. Zudem wird ein Analyseverfahren zur Arbeitsplatzsituation durchgeführt.

**Betriebliches
Gesundheits-
management
lobenswert**

Die Arbeitssituationsanalyse umfasst jährliche Sitzungen, bei denen zuerst unter den Mitarbeitenden ohne Leitungspersonen die Zufriedenheit erfragt und Belastungen und Ärgernisse erfasst werden. Zur Sprache kommen hier bspw. Unzufriedenheit mit dem Umgang mit Arbeitsausfällen oder Ansprechbarkeit von Leitungspersonen. Daran anschließend werden für die jeweiligen Einrichtungen unter Beteiligung der Leitungspersonen Lösungsansätze erarbeitet und Zuständigkeiten zur Umsetzung festgelegt. Mitarbeitende bewerten diesen Prozess als förderlich für das Miteinander.

Besonders hervorzuheben und insbesondere für die Pflege ein wichtiger Aspekt ist außerdem die Kooperation mit einem externen Anbieter für psychosoziale Beratung. So können die Mitarbeitenden und deren Angehörige innerhalb von 2 Wochen ein Gesprächsangebot mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten erhalten und müssen nicht lange Wartezeiten auf sich nehmen. Darüber hinaus gibt es für den Arbeitsplatz spezifische Schulungen, z. B. zu „kleinen Hilfsmitteln“, Fitnessangebote und die Möglichkeit zur Nutzung von Fitnessräumen in den Einrichtungen und es wird Massage am Arbeitsplatz angeboten.

2023–2024 gehören zu den Zielsetzungen die Verbesserung der Gesprächskultur, die Umsetzung von Arbeitssituationsanalysen in allen Einrichtungen und Arbeitsbereichen, die Umsetzung praktischer Gesundheitsangebote und die Erweiterung des Programms der innerbetrieblichen Fortbildungen um Schulungen aus dem Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement. So konnten bspw. Schulungen zu Rückengesundheit und zu „Ernährung – Bewegung – Entspannung“ als Schutzfaktoren für die Gesundheit durchgeführt werden.

6.10.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Betriebliche Gesundheitsförderung ist angesichts des hohen Krankenstandes in der Pflege ein wichtiges Instrument zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden. Ein positiver Nebeneffekt ist die Steigerung der Attraktivität der Beschäftigung durch diese Maßnahmen. Um als Pflegekraft nachhaltig in dem physisch und psychisch herausfordernden Beruf arbeiten zu können, bedarf

**Gesundheit der
Mitarbeitenden
nachhaltig
fördern**

Prävention und Ausgleich. Diesen bietet die Sozial-Holding Mönchengladbach mit ihrem Angebot.

**Hohe Pflege-
qualität durch
entsprechende
Strukturen
ermöglichen**

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein Baustein der umfassenden Beschäftigtenpolitik, die das Wohlergehen fördert und die unterschiedlichen individuellen Belange im Blick hat. Ein Thema, das Pflegekräfte ebenfalls immer wieder bewegt, ist die Befürchtung und Erfahrung, dass sie ihren Ansprüchen an die Pflege nicht gerecht werden können. Die Sozial-Holding postuliert und fördert einen hohen Anspruch an die Qualität der Pflege in ihren Einrichtungen. Ihr ist bewusst, dass die entsprechenden Strukturen bereitgestellt werden müssen, um diese Qualität zu gewährleisten. Das trägt dazu bei, dass die Beschäftigten zufriedener – und somit auch gesünder – ihren Arbeitsalltag bewältigen können.

Das hat Leuchtturm-Charakter; nicht zuletzt, weil die Sozial-Holding sich auch maßgeblich in sozialpolitische Diskussionen einbringt, wie schon in ihrem Leitbild verankert ist. Sie vernetzt sich und wirkt ins Quartier, beteiligt sich an Forschungsprojekten, bezieht das Ehrenamt ein, unterhält diverse Angebote für unterschiedliche Bedarfe, profiliert sich in Nachhaltigkeit und denkt die Ausbildung mit. Gerade dieses Zusammenspiel an Aktivitäten leistet einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs.

6.10.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Altenheim – Lösungen fürs Management (2017): Städtische Altenheime mit Gütesiegel „Demografie aktiv“ ausgezeichnet. Die Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH ist mit dem Gütesiegel „Demografie aktiv“ ausgezeichnet worden. Online verfügbar unter www.altenheim.net/staedtische-altenheime-mit-guetesiegel-demografie-aktiv-ausgezeichnet/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

BKK Dachverband e. V. (o. J.): Praxisbeispiel. Unternehmen Sozial Holding Mönchengladbach. Online verfügbar unter www.bgm-bkk.de/uploads/media/Praxisbeispiel_Sozial-Holding_M%C3%B6nchengladbach.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH (o. J.): Menschen im Mittelpunkt. Online verfügbar unter www.sozial-holding.de/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH (o. J.): Menschen im Mittelpunkt. Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach. Online verfügbar unter www.sozial-holding.de/files/Downloads/SH_Brosch%C3%BCre_Menschen%20im%20Mittelpunkt-2023_Vers%2002-Web_S.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Unternehmenschaft Niederrhein (2019): 8. Gesundheitstag Betriebliches Gesundheitsmanagement in Krefeld. Online verfügbar unter www.un-agv.de/aktuelles/8-gesundheitstag-betriebliches-gesundheitsmanagement-in-krefeld/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.11 Rheinland-Pfalz: Wir sind vielfältig / Wir sind stark – rassismussfreie Pflege

6.11.1 Hintergrund

„Wir sind vielfältig/ Wir sind stark – rassismussfreie Pflege“ ist ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Beiräte für Migration und Integration in Rheinland-Pfalz (AGARP). Das ist der Landesverband der kommunalen Beiräte für Migration und Integration, der sich zum Ziel gesetzt hat, die gesellschaftliche und rechtliche Situation von Migrantinnen und Migranten zu verbessern und das gesellschaftspolitische Engagement von Zugewanderten zu fördern. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales geförderten Programmes „Unsere Arbeit: Unsere Vielfalt. Initiative für betriebliche Demokratiekompetenz“ entwickelten sie das Angebot für den Arbeitsplatz Pflege. Das Programm als Ganzes verfolgt das Ziel, Demokratie in der Arbeitswelt zu stärken und Rassismus, Rechtsextremismus und Verschwörungserzählungen entgegenzuwirken – mit dem Fokus auf den Ort, an dem ein großer Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens stattfindet: dem Arbeitsplatz. Besonders im Fokus stehen Programme aus Branchen, die sich in Umbrüchen befinden. Das Projekt begann im April 2021 und hat eine Laufzeit bis Ende 2024.

Pflegende mit Zuwanderungsgeschichte – sei es in der ersten oder in der 2. Generation – machen deutlich häufiger Gewalterfahrungen als Pflegende ohne Zuwanderungsgeschichte. Beinahe 15 % von ihnen werden jede Woche mit ausländerfeindlichen Kommentaren von Bewohnenden und Angehörigen konfrontiert. Sie haben den Eindruck, sich weniger mit ihren Kolleginnen und Kollegen austauschen zu können, als Pflegende ohne Zuwanderungsgeschichte. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und ohne Pflegeausbildung leisten überproportional häufig unbezahlte Überstunden. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund allgemein fühlen sich nach einem Arbeitstag deutlich häufiger erschöpft und haben deutlich weniger das Gefühl, dass ihre Arbeit von Bewohnenden geschätzt wird, als dies bei Pflegekräften ohne Migrationshintergrund der Fall ist. Es zeigt sich also ein markanter Unterschied in den Belastungsfaktoren. Einer davon sind Erfahrungen rassistischer Interaktion. Hauptsächlich dort setzt das Projekt der AGARP an.

Rassismus am Arbeitsplatz entgegenwirken

Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte erleben zusätzliche Belastung

6.11.2 Merkmale

Das Ziel des Projektes „Wir sind vielfältig/ Wir sind stark – rassismussfreie Pflege“ ist zum einen und primär die Unterstützung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen, die von Rassismuserfahrungen betroffenen sind. Zum anderen ist es die Prävention diskriminierender Situationen. Das Projekt zielt hauptsächlich auf rassistische Diskriminierungserfahrungen ab, aber auch weitere, verwandte Formen der Diskriminierung wie Islamfeindlichkeit und Antisemitismus werden adressiert.

Strategien im Umgang mit rassistischen Erfahrungen

Das Projektteam bietet dazu zweierlei Workshopformate an. Ein Format richtet sich ausschließlich an von Rassismus Betroffene und bietet einen geschützten Austausch, um Handlungsstrategien und Selbstbewusstsein im Umgang mit rassistischen Erfahrungen zu stärken. Es werden biografische Erfahrungen reflektiert und verschiedene Wirkweisen von Rassismus thematisiert. Dabei sollen die Ressourcen der Teilnehmenden aktiviert und gestärkt werden. Daneben wird über rechtliche Möglichkeiten im Fall von Diskriminierung aufgeklärt.

Sensibilisierung

Das Workshopformat, das sich an nicht betroffene Kolleginnen und Kollegen, sowie Vorgesetzte von Auszubildenden im Pflegeberuf richtet, sensibilisiert für Rassismus im Betriebsalltag. Mit den Teilnehmenden wird der eigene Beitrag zu Rassismuserfahrungen, wie bspw. Vorurteile und Stereotype reflektiert. Außerdem werden Auswirkungen von Rassismus im spezifisch medizinisch-pflegerischen Kontext thematisiert.

An den Workshops teilnehmen können Pflegekräfte bzw. Betriebe in ganz Rheinland-Pfalz kostenlos. Die Workshops können beim Projektteam angefragt werden.

6.11.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Handlungsfähigkeit für Situationen in denen Rassismus auftreten kann stärken

In der Pflege, besonders in stressigen Momenten, kann es schnell zu einer Überforderung der Beteiligten – sowohl Pflegebedürftigen als auch Pflegekräften – kommen. Das fördert das zurückziehen auf rassistische und andere Stereotype und erschwert es, angemessene Umgangsformen damit zu finden. Gerade angesichts aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen – dem immer offener werdenden Rassismus und Antisemitismus – und den demographischen Entwicklungen, aufgrund derer immer mehr Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund in der Pflege arbeiten werden, ist die Stärkung der Handlungsfähigkeit für Situationen, in denen Rassismus auftritt besonders wichtig. Das trägt zu einer potenziell besseren Versorgung bei und fördert auch die Gesundheit der Pflegekräfte. Das Verständnis von Wirkweisen des Rassismus kann potenziell auch das Teambuilding fördern.

Die bisherige Erfahrung im Projekt zeigt, dass es zwar teils Abwehr gegenüber dem Thema gibt, aber die Rückmeldungen sind überwiegend positiv.

6.11.4 Quellen und weiterführende Informationen

Agarp (o. J.): Wir sind vielfältig/ Wir sind stark – rassismufreie Pflege. Online verfügbar unter <https://agarp.de/pflegeprojekt/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Initiative betriebliche Demokratiekompetenz (2024): Wir sind vielfältig/ Wir sind stark – rassistisurfreie Pflege. Online verfügbar unter <https://betriebliche-demokratiekompetenz.de/projekt/wir-sind-vielfaeltig-wir-sind-stark-rassismusfreie-pflege/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Theobald, Hildegard (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? Online verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf, zuletzt abgerufen am 09.02.2024.

Witt, Sandro (2022): „Morbus Mediterraneus“ – wie rassistische Codes die Gesundheit von Menschen gefährden. Im Gespräch mit Alissa Jändrosch aus Rheinland-Pfalz. Initiative betriebliche Demokratiekompetenz. Online verfügbar unter <https://betriebliche-demokratiekompetenz.de/morbus-mediterraneus-wie-rassistische-codes-die-gesundheit-von-menschen-gefaehrden/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.12 Saarland: Diakonie Saar – IMPULS

6.12.1 Hintergrund

Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfes an Pflegekräften und einer zunehmenden Relevanz von kultursensibler Pflege hat das Diakonische Werk an der SaargGmbH das Projekt „IMPULS – Berufsfachliche Vorbereitung für die Pflege“ ins Leben gerufen. Das Angebot richtet sich an Erwachsene im Bezug von Transferleistungen. Hierbei soll vor allem geflüchteten Menschen, sowie Zugewanderten und ihren Nachkommen die Möglichkeit gegeben werden, den Bereich der Pflege kennenzulernen. Es handelt sich um eine Maßnahme der beruflichen Weiterbildung und kann mittels eines Bildungsgutscheins gefördert werden. Die Diakonie Saar bietet im Saarland in rund 100 Einrichtungen mit 1000 Mitarbeitenden verschiedene soziale Dienstleistungen an und bildet auch aus. Die Idee für das Projekt entstand im Jahr 2017 in der Fachabteilung für „Berufliche Integration“. Gefördert wird das Projekt durch das Jobcenter/ die Agentur für Arbeit und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit.

6.12.2 Merkmale

Der Vorbereitungskurs dauert 12 Monate und beginnt immer im Oktober, sodass die Teilnehmenden im Folgejahr, zu Ausbildungsbeginn, bereit sind, in die Ausbildungen einzusteigen. Viele der Absolvent:innen beginnen die zweijährige Ausbildung zur Pflegeassistentin, andere steigen in die generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft ein. Wöchentlich umfasst der Kurs 30 Unterrichtsstunden. Die Teilnahmezahlen variieren zwischen 5 und 20 Teilnehmenden pro Kurslaufzeit. Die Zugangswege zum Kurs sind sehr unterschiedlich. Zum einen legt die Diakonie entsprechendes Informationsmaterial bei den Jobcentern/ der Agentur für Arbeit,

**Umfassende
Vorbereitung auf
Ausbildungen in
der Pflege**

aber auch andere sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen, sowie bei Sprachkursen und auf Bildungsmessen aus. Zum anderen gibt es Teilnehmende, die über Bekannte oder Verwandte, die selbst am Kurs teilgenommen haben, auf den Kurs aufmerksam wurden. Vor Antritt des Kurses findet ein persönliches, ausführliches Informationsgespräch statt. Inhaltlich vereint der Kurs die Vermittlung fachtheoretischer Aspekte (z. B. Einführung in das Thema Demenz) mit berufsbezogener Sprachförderung, ausgehend vom Sprachniveau B1. Es werden typische Gesprächssituationen eingeübt und grundlegende Fachbegriffe gelernt. Umgesetzt werden die Kursinhalte durch eine pflegepädagogische- und eine Sprachförderlehrkraft. Daneben können bei Bedarf auch allgemeinbildende Qualifizierungen erworben werden. Diese umfassen beispielsweise Grundlagen in der Arbeit mit dem Computer oder Bewerbungstrainings. Letztere helfen den Teilnehmenden bei der Bewerbung für die Praktika, die im Rahmen des Kurses absolviert werden müssen. Die Maßnahme beinhaltet – im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung – auch sozialpädagogische Unterstützung bei persönlichen Problemen oder Lernschwierigkeiten. Einige Teilnehmende benötigen zum Beispiel Beratung in den Bereichen des SGB II und III oder bei Fragen der Kinderbetreuung. Nach einem erfolgreichen Abschluss des Vorbereitungskurses besteht die Möglichkeit, eine Ausbildungsbegleitung in Anspruch zu nehmen. Sie unterstützt unter anderem beim Nachbereiten des Lernstoffs oder bei der Vorbereitung von Prüfungen.

6.12.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Interkulturelles Lernen

Die Teilnehmenden können im Rahmen des Kurses ihr pflegekulturelles Verständnis erweitern und sich mit kulturellen Unterschieden auseinandersetzen. Dies kann Ängste abbauen, indem der Konfrontation mit Unerwartetem in der Praxis vorgebeugt wird und einen entspannten Praktikumsbeginn/ Berufsstart ermöglichen. Ein weiterer Vorteil sind die erworbenen berufsbezogenen Sprachkenntnisse, welche Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme an einer schulischen Ausbildung sind. Durch die Teilnahme an dem Vorbereitungskurs können insbesondere auch zugewanderte Frauen zum Ausbildungsbeginn ermutigt werden, weil sie die notwendige Unterstützung erhalten.

Chance auf erfolgreichen Ausbildungsabschluss erhöht

Im Rahmen von IMPULS können die Teilnehmenden berufliche Vorerfahrungen sammeln. Außerdem besteht so die Möglichkeit, vor Ausbildungsbeginn herauszufinden, ob der Pflegeberuf die richtige Wahl ist. Zusammen mit der weiterführenden Ausbildungsbegleitung kann dies die Chance eines erfolgreichen Ausbildungsabschlusses deutlich erhöhen.

Die Ausbildungsbegleitung bezeichnet Birgit Franke, Fachbereichsleitung „Berufliche Integration“, als wesentlichen Faktor für die nachhaltige Wirkung des Vorbereitungskurses und letztendlich den Abschluss einer Ausbildung im Berufsfeld

Pflege. Ohne die entsprechende Unterstützung würden viel mehr Personen die Ausbildung abbrechen. Leider kann die Ausbildungsbegleitung, im Sinne einer Assistierten Ausbildung (AsA), nur für die Ausbildung zur Pflegefachkraft durch das Jobcenter/ die Bundesagentur für Arbeit refinanziert werden. Die Diakonie Saar bietet die sozialpädagogische Begleitung trotzdem auch für die Assistenzausbildung an. Eine Regelfinanzierung für die Begleitung der Assistenzausbildung würde das Angebot langfristig sicherstellen.

6.12.4 Quellen und weiterführende Informationen

Diakonie Saar (o. J.): Impuls. Online verfügbar unter <https://diakonie-saar.de/Impuls-2/migration-flucht/rat-hilfe>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.13 Sachsen-Anhalt: 4-Tage-Woche beim DRK Kreisverband Sangerhausen e. V.

6.13.1 Hintergrund

Der DRK Kreisverband Sangerhausen e. V. hat breites Spektrum an Unterstützungsangeboten für verschiedene Zielgruppen. Im Bereich der Pflege erstreckt sich dieses über stationäre und ambulante Angebote. Der Verband betreibt Pflegeheime, Service-Wohnungen, Tages- und Kurzzeitpflegangebote, einen ambulanten Pflegedienst sowie Begleit- und Besuchsdienste. Insgesamt hat er über 350 Beschäftigte. Für diese hat die Gewerkschaft ver.di mit der Landestarifgemeinschaft des DRK Sachsen-Anhalt Anfang des Jahres einen Modelltarifvertrag abgeschlossen. Der Tarifvertrag sieht die 4-Tageweche als reguläre Arbeitszeit vor. Der Vertrag gilt probeweise vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025 für alle Beschäftigtengruppen. Die Modellphase wird, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, vom Karlsruher Institut für Technologie und der Hochschule Magdeburg-Stendal wissenschaftlich begleitet. Damit ist dies einer der ersten Vorstöße im Bereich der Pflege in Deutschland, bei dem die 4-Tageweche mit reduzierter Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich eingeführt wird.

**Reduzierte
Arbeitszeit bei
vollem Lohn**

6.13.2 Merkmale

Zur Umsetzung der Vier-Tage-Woche wird die Arbeitszeit für ein Vollbeschäftigungsverhältnis von 40 Stunden pro Woche auf 36 Stunden reduziert. Die Stunden sollen auf 4 Tage in der Woche verteilt werden. Das bedeutet, dass an den Arbeitstagen etwas länger als 8 Stunden gearbeitet wird. Laut Aussagen des Vorstandsvorsitzenden des DRK Sangerhausen e. V. wird langfristig eine Reduzierung auf 32 Stunden pro Woche angestrebt.

Das Grundgehalt bleibt dabei gleich. Damit steigen die Entgelte rechnerisch um mehr als 11 %. Zusätzlich wurden mit dem Tarifvertrag die Jahressonderzahlung sowie die Schichtzulagen erhöht. Daneben ist im Tarifvertraglich u. a. geregelt: Es gibt ein Langzeitarbeitskonto, mindestens jedes dritte Wochenende haben die Mitarbeitenden frei, Weiterbildungskosten werden übernommen. Darüber hinaus werden ab 2024 die Ausbildungsvergütungen angehoben.

Arbeitsverdichtung durch digitalisierte Prozesse möglich

Als Argument für die Einführung einer 4 Tage Woche wird häufig angeführt, dass die Mitarbeitenden in der verkürzten Arbeitszeit ihre Produktivität steigern und mindestens die gleiche Arbeit leisten. Im Bereich der Pflege ist eine Produktivitätssteigerung nur an wenigen Stellen überhaupt denkbar; es ist kaum möglich, Zuwendung und Beziehungsarbeit „schneller“ zu erbringen. Daher ist Vorbereitung wichtig, um zu überlegen, an welchen Stellen Zeit eingespart werden kann. Daran wird beim DRK Sangerhausen e. V. bereits seit mehreren Jahren gearbeitet. Um Arbeitsverdichtung in der kürzeren Arbeitszeit zu vermeiden, wurden Prozesse digitalisiert. So wird bspw. künftig mit Hilfe einer App bei Arbeitsausfall automatisiert nach alternativen Mitarbeitenden gesucht. Das spart die zeitaufwändige telefonische Abfrage. Die gesamte Pflegedokumentation erfolgt digital und soll hin zu einer spracheingabebasierten Variante weiterentwickelt werden. Darüber hinaus wird Bereitschaft gezeigt, wenn nötig mehr Mitarbeitende einzustellen.

6.13.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Ziel der Einführung der 4-Tage-Woche beim DRK Sangerhausen e. V. ist es, aktuell nicht (in der Pflege) aktive Pflegekräfte in die Berufstätigkeit zurückzuholen, das Berufsbild attraktiver zu machen und damit besonders auch Auszubildende anzuwerben.

Ziel: Krankenstand reduzieren und bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Weniger Arbeitsstunden bei vollem Lohnausgleich sollen attraktiv und motivierend wirken. Eine Studie aus Großbritannien zeigt darüber hinaus weitere mögliche positive Effekte: Neben Produktivitätssteigerungen – die in der Pflege vermutlich eher weniger eine Rolle spielen werden – konnte gezeigt werden, dass Arbeitsausfälle zurückgegangen sind. Das ist in der Pflege, in der es vergleichsweise hohen Krankenstand gibt, ein besonders interessanter Aspekt. Die Hoffnung, die damit verbunden ist, ist, dass trotz reduzierter Arbeitszeit mehr Arbeitsstunden geleistet werden. Dadurch, dass die Beschäftigten sich besser erholen können, Familie und Beruf besser miteinander vereinbaren können und gleichzeitig ein mindestens genauso gutes Einkommen und eine besser abgesicherte Rente haben, sinkt die Belastung für (insbesondere die psychische) Gesundheit. Arbeitsausfälle und Arbeitsunfähigkeiten könnten also auch im Bereich der Pflege zurückgehen.

Mit der Erprobung der 4-Tage-Woche auch in der Pflege geht das DRK Sangerhausen e. V. visionär voran, man kann gespannt auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation sein.

6.13.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Arand, Moritz; Poweska, Kevin (2023): DRK testet Vier-Tage-Woche in Sangerhausen. MDR. Online verfügbar unter www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/halle/mansfeld/vier-tage-woche-drk-modell-tarifvertrag-100.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Deutsches Rotes Kreuz Sangerhausen e. V. (25.04.2023): Vier-Tage-Woche beim DRK Kreisverband Sangerhausen e. V. Online verfügbar unter www.sachsen-anhalt.drk.de/aktuell/presse-service/meldung/vier-tage-woche-beim-drk-kreisverband-sangerhausen-e-v.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Deutsches Rotes Kreuz Sangerhausen e. V. (o. J.): Stationäre und ambulante Pflegeleistungen sowie soziale Dienste – dafür steht Ihr DRK in Sangerhausen seit nunmehr 30 Jahren. Online verfügbar unter www.drk-sangerhausen.de/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Frey, Philipp (2023): Die Vier-Tage-Woche im Vereinigten Königreich. Die Ergebnisse des bislang größten Pilotprojekts weltweit. Rosa-Luxemburg-Stiftung. Online verfügbar unter www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Artikel/6-23_Onl-Publ_Die_Vier-Tage-Woche.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Leonard, Hannes (2023): Vier-Tage-Woche: „In der Pflegebranche gibt es sowas deutschlandweit noch nicht“. MDR. Online verfügbar unter www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/halle/mansfeld/vier-tage-woche-drk-sangerhausen-100.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Sausse, Hans-Georg (2023): Vergesst Bielefeld, hier kommt die echte 4-Tage-Woche! Die ersten Kliniken und Heime führen für Pflegekräfte die 4-Tage-Woche ein. Meistens handelt es sich um Mogelpackungen. Nur ein Träger geht tatsächlich mit der Stundenzahl runter. pflegen-online.de. Online verfügbar unter www.pflegen-online.de/vergesst-bielefeld-hier-kommt-die-echte-4-tage-woche, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Voigt, Carolin (2023): Vier-Tage-Woche in der Pflege bislang kaum Thema. Kann das Modell der Vier-Tage-Woche auch auf die Pflegebranche übertragen werden? Dazu haben Wissenschaftlerinnen, Verbände, Einrichtungsträger und Betroffene unterschiedliche Ansichten. MDR. Online verfügbar unter www.mdr.de/nachrichten/deutschland/politik/vier-tage-woche-pflege-100.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.14 Sachsen: Community Health Nursing (CHN)/ Advanced Nursing Practice (ANP) (Master) – berufsbegleitend

6.14.1 Hintergrund

Spezialisierung von professioneller Pflege

Community Health Nursing (CHN) wird allgemein als eine Form der Spezialisierung von professioneller Pflege verstanden. Community Health Nurses, auf Deutsch auch Gemeindegesundheitspflegerinnen und -pfleger oder Stadtteilgesundheitspflegerinnen und -pfleger genannt, sollen zukünftig verstärkt im deutschen Gesundheitssystem zum Einsatz kommen. International ist das Konzept CHN bereits integraler Bestandteil der Primärversorgung. Die Entwicklung des Studiengangs erfolgte im Rahmen des Forschungsprojektes PRAWIMA. Die Evangelische Hochschule Dresden (ehs) ist eine staatlich anerkannte Hochschule mit langjähriger Erfahrung im Bereich der akademischen Pflegeausbildung in Sachsen.

6.14.2 Merkmale

Berufsbegleitend studieren

In Deutschland sollen CHN sowohl Kompetenzen in der klinischen Praxis, als auch solche im Bereich der Koordination und Gesundheitsplanung vorweisen können. Denkbar sind Einsatzfelder mit individuellem oder Bevölkerungsbezug, die sich im kurativen Bereich, aber auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verorten lassen. CHN sollen insbesondere im häuslichen bzw. ambulanten Bereich eingesetzt werden und dort im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis – Advanced Nursing Practice (ANP) – die erste Ansprechperson bei Gesundheitsfragen sein. Durch CHN können Screenings oder medizinische Routineaufgaben durchgeführt werden. Auch die Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen beim Krankheitsmanagement (z. B. bei Diabetes) kann Aufgabe einer CHN sein. Auf der Ebene der Gemeinde bzw. des Quartiers („community“) übernehmen CHN steuernde und koordinierende Aufgaben. Sie arbeiten vernetzt mit anderen lokalen Akteuren und fördern die gesundheitliche Chancengleichheit. Sie identifizieren Bedarfe und entwickeln passgenaue Angebote im Rahmen von sozialräumlichen Konzepten für den Gesundheitsbereich. Das notwendige Qualifikationsniveau, um als CHN tätig werden zu können, wird durch ein Masterstudium erreicht. Die Zielgruppe des Studiengangs an der ehs Dresden sind insbesondere berufserfahrene Pflegefachpersonen. Im Rahmen des Masterstudiums müssen die Studierenden ein zweiwöchiges Praktikum absolvieren. Um für den berufsbegleitenden Masterstudiengang Pflege – Schwerpunkt Community Health Nursing (CHN)/ Advanced Nursing Practice (ANP) zugelassen werden zu können, müssen die Bewerberinnen und Bewerber einen ersten akademischen Abschluss im Bereich Pflege oder eines anderen Bereichs im Gesundheitswesen vorweisen können. Alternativ können sich auch Personen, die einen Abschluss nach dem Pflegeberufegesetz haben und über einen anderen Hochschulabschluss verfügen, für den Studiengang bewerben. Eine das Studium begleitende Berufstätigkeit wird vorausgesetzt. Der Stu-

diengang integriert die Weiterbildungsabschlüsse Pflegerische Schmerzexpertin (Deutsche Schmerzgesellschaft), das Zertifikat Deutsches Netzwerk EBM, Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit) und den Abschluss Pflegeberater (§ 7a SGB XI) nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes. Der berufsbegleitende Masterstudiengang führt zu einem Abschluss als Master of Science in der Pflege mit dem Schwerpunkt „Community Health Nursing“ (CHN). Inhaltlich orientiert sich das Masterstudium an dem Konzept von Community Health Nursing in Deutschland der Agnes Karll Gesellschaft. CHN können nach ihrem Abschluss vielfältig eingesetzt werden. Denkbar wäre beispielsweise eine Stelle in einem Primärversorgungszentrum oder bei einer Kommune, aber auch beim öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch der Weg in eine akademische Tätigkeit steht Absolventinnen und Absolventen mit diesem Abschluss offen.

6.14.3 Der Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Der Masterstudiengang ist gezielt für die weitere Patientenversorgung konzipiert und soll nicht aus der eigentlichen Pflegetätigkeit herausführen, wie es etwa ein Studium Pflegemanagement tun würde. Das Konzept der CHN geht mit einer Kompetenzerweiterung der professionellen Pflege einher und bietet die Möglichkeit Pflegefachkräfte in neuen Handlungsfeldern zu etablieren. Der Masterstudiengang an der ehs Dresden eröffnet für Pflegekräfte Zugang zur entsprechenden akademischen Weiterbildung. So können neue berufliche Wege im Feld der Pflege erschlossen werden. Eine Hoffnung ist, dass diese horizontale Erweiterung von Berufskarrieren dazu führt, dass der Bereich der Pflege insgesamt attraktiver wird. Auch die Möglichkeit, einen Beitrag zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung vor Ort leisten zu können, kann den Beruf attraktiver machen. Ob ein selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten von Pflegefachkräften in der Primärversorgung in Zukunft möglich sein wird, ist davon abhängig inwiefern das Leistungsrecht und der Heilkunde- und Arztvorbehalt ergänzt werden. Hier liegen Potenziale für die Imageentwicklung des Pflegeberufs. Die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten wurde bereits im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP aus dem Jahr 2021 als Entwicklungsaufgabe benannt, ebenso die Schaffung des Berufsbildes CHN. Das neue Pflegekompetenzgesetz stellt außerdem in Aussicht, dass Pflegepersonen mit APN-Master-Abschluss zukünftig weitere Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln, bzw. bestimmten Arzneimitteln, erhalten könnten.

Horizontale Erweiterung der Berufskarriere in der Pflege

6.14.4 Weiterführende Informationen und Quellen

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (2022): Community Health Nurses für Deutschland. Policy Paper. Online verfügbar unter www.dbfk.de/media/docs/CHN/CHN_PolicyPaper_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2023): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-wir-machen-einen-neustart-fuer-die-pflege-19-12-23, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (o. J.): Community Health Nursing. Online verfügbar unter www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/index.php, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Ein neues Arbeitsfeld: Was ist Community Health Nursing (CHN)? Online verfügbar unter www.youtube.com/watch?v=rN11351Q-3XU, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): ehs Dresden: Masterstudiengang Community Health Nursing. Online verfügbar unter www.youtube.com/watch?v=cE9PgGNI7SQ, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- Evangelische Hochschule Dresden (2022): Pflege Schwerpunkt: Community Health Nursing (CHN)/ Advanced Nursing Practice (ANP). Online verfügbar unter https://ehs-dresden.de/fileadmin/STUDIUM/Studiengaenge/Pflege/Pflege_MA/Studiengangsflyer/Flyer_Pflege_CHN_ANP_MSc_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- Evangelische Hochschule Dresden: Studiengang (o. J.): „Pflege – Schwerpunkt: Community Health Nursing (CHN)/ Advanced Nursing Practice (ANP) (Master)“, berufsbegleitend. Online verfügbar unter www.ehs-dresden.de/studium/studiengaenge/pflege-und-gesundheit/pflege-schwerpunkt-community-health-nursing-chnadvanced-nursing-practice-anp-master-berufsbegleitend/profil-des-studiengangs/, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- Iversen, Linda, Wolf-Ostermann, Karin, Petersen-Ewert, Corinna (2023): Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse? Ein Scoping Review zu Tätigkeitsfeldern am Beispiel der Versorgung von chronisch Erkrankten. Prävention und Gesundheitsförderung (18), S. 299–307. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00961-1>.
- SPD, BÜNDNIS 90/ Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und FDP. Online verfügbar unter www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.15 Schleswig-Holstein: Mentoring-Integration-Advertising am Uniklinikum Schleswig-Holstein

6.15.1 Hintergrund

Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wird viel Wert darauf gelegt Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Ausland kommen das Ankommen und die Integration in ihr neues Arbeitsumfeld zu erleichtern. Zu dem Zweck wurde ein umfangreiches Integrationskonzept entwickelt und seit sieben Jahren an dem Projekt Pflege International gearbeitet. Die Unterstützungsangebote sind vielfältig. Sie beginnen bereits im Herkunftsland bei der Planung der Einreise und umfassen Unterstützung bei Behördengängen und die gute Vernetzung der internationalen Kolleginnen und Kollegen mit dem Rest des Kollegiums von Anfang an. Zur sozialen Integration der neuen Kolleginnen und Kollegen gibt es zudem ein Mentoring Programm. In diesem Zusammenhang wurde im Standort Kiel das Projekt Mentoring-Integration-Advertising umgesetzt. Dort gibt es seit 2020 eine spezielle Projektstation in der Dermatologie auf der internationale Pflegekräfte ausgebildet werden. Zudem wurde 2022 eine weitere Projektstation auf der kardiologischen und internistischen Intensivstation eröffnet, die drei Betten umfasst. Das Ziel dieser speziellen Stationen ist es, internationalen Kolleginnen und Kollegen, die mehr Unterstützung im Laufe ihrer Anerkennung benötigen auf ihrem Weg dorthin zu begleiten und ihnen eine gute Betreuung zu bieten.

Umfangreiches Integrations- und Mentoring-Programm

6.15.2 Merkmale

In dem neuen Bereich in der Intensivstation betreuen im Rahmen des Projekts Mentoring-Integration-Advertising erfahrene Mitarbeitende der Klinik sechs neue Kolleginnen und Kollegen. Das Konzept zur Einarbeitung von neuen Kolleginnen und Kollegen wurde gemeinsam mit Mentorinnen und Mentoren auf der Station entwickelt. Zusammen mit den Mentorinnen und Mentoren wird es auch umgesetzt. Dabei wird auf einen angemessenen Lernumfang Wert gelegt. Zusätzlich zu einer intensiven Betreuung bei der Einarbeitung umfasst das Projekt Deutschunterricht. Lehrkräfte kommen alle zwei Wochen auf die Station und unterrichten die internationalen Pflegekräfte direkt vor Ort. Durch dieses Kommunikationstraining können spezifische Sprachkenntnisse erworben werden, die für den Arbeitsalltag in der Pflege und die Interaktion mit Patientinnen und Patienten besonders wichtig sind. Außerdem wird von Beginn an technisches Wissen, welches insbesondere auf der Intensivstation relevant ist, vermittelt und vertieft.

Intensive Betreuung

Wenn die staatliche Anerkennung einmal erreicht ist, können die internationalen Mitarbeitenden auf verschiedenen Stationen des Klinikums hospitieren und bei Interesse dorthin wechseln. Auf der Projektstation werden dadurch wieder Stellen für andere Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland frei, die dort ebenfalls bei

ihrer Einarbeitung und Anerkennung unterstützt werden können. Ein Teilnehmer des Programms berichtet auf der Website der Klinik, dass ihm Mentoring-Integration-Advertising bei den Herausforderungen als internationale Pflegekraft geholfen hat. Zu Beginn liege die Schwierigkeit darin, dass viele neue Eindrücke zusammenkommen, von der neuen Sprache, über unbekannte Geräte zu der fremden Kultur. Das Programm hat ihm die Eingewöhnung erleichtert und hilft ihm weiterhin dabei seine Anerkennung zu erhalten.

6.15.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Willkommenskultur stärken

Das Projekt Mentoring-Integration-Advertising unterstützt Pflegekräfte aus dem Ausland dabei in Deutschland sowohl beruflich als auch privat Fuß zu fassen. Dies geschieht zum einen durch die Unterstützung auf der eigens zu diesem Zweck eingerichteten Station. Zum anderen wird der Deutschunterricht direkt vor Ort im Klinikum angeboten und konkret auf den Pflegeberuf bezogen. Außerdem sind die Pflegekräfte aus dem Ausland durch das Mentoring Programm direkt stärker im Kollegium vernetzt. Die verschiedenen Projektanteile tragen dazu bei, dass im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine Kultur gestärkt wird, die Mitarbeitende aus dem Ausland herzlich willkommen heißt.

6.15.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Kieler Nachrichten (o. J.): Pflege international. So wirbt das UKSH um ausländische Pflegekräfte. Online verfügbar unter www.kn-online.de/schleswig-holstein/so-wirbt-das-uksh-um-auslaendische-pflegekraefte-QFMR3NGIM2SG4STWDZQPR3WMKI.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (2022): forum. Das Magazin des Uniklinikums Schleswig-Holstein. 2022/ IV. Online verfügbar unter www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Verwaltung/IK_Integrierte+Kommunikation/Redaktion/forum/forum2022_04.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (2024): Mentoring- Integration- Advertising (MIA). Online verfügbar unter www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Verwaltung/IK_Integrierte+Kommunikation/Redaktion/forum/forum2022_04.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6.16 Thüringen: Stiftung Landleben

6.16.1 Hintergrund

Durch Abwanderungstendenzen der jüngeren Generationen ist der ländliche Raum besonders von der Alterung der Bevölkerung betroffen. Gleichzeitig ist die wohn-

ortnahe medizinische und pflegerische Versorgung häufig nicht mehr gegeben. An dieser Stelle setzen die Stiftung Landleben mit dem zugehörigen Verein Landengel e. V. an: Sie versuchen, nachhaltige Lösungen zu entwickeln, die es ermöglichen sollen, in der Dorfregion Seltenrain im Unstrut-Hainich-Kreis langfristig die gesundheitliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Das Ziel ist die Entstehung eines vielfältigen und belastbaren Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerkes. Der Landengel e. V. wurde 2017 gegründet und engagiert sich für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen zwischen Berufsleben und der Pflege Angehöriger, sowie einsamen und isolierten älteren Menschen. Durch die Projekte des Vereins sollen die soziale Teilhabe und gesundheitliche Chancengleichheit dieser Personengruppen erhalten beziehungsweise gefördert werden. Der Verein bietet beispielsweise Fahrdienste für immobile Menschen an, um zu weiter entfernten Fachärztinnen und Fachärzten zu gelangen.

**Medizinische
und pflegerische
Versorgung im
ländlichen Raum
sichern**

6.16.2 Merkmale

Ein weiteres Projekt des Vereins, welches zusammen mit der Gesundes Landleben GmbH und der Internationalen Bauausstellung (IBA) Thüringen umgesetzt wurde, ist die Errichtung von Gesundheitskiosken – als Aufgabe der Daseinsvorsorge. Im November 2022 wurde in Urleben der erste Gesundheitskiosk eröffnet. Mittlerweile gibt es in der Region vier Stück (Urleben, Kirchheilingen, Blankenburg, Burchstedt). Finanziert werden die Gesundheitskioske über Vereinsmittel und Unterstützung aus den kommunalen Haushalten, sowie Drittmitteln. Die Gesundheitskioske bieten eine niedrigschwellige und barrierefreie Anlaufstelle für Beratung und Informationen zu Versorgungsfragen. Dabei sollen insbesondere auch soziale Aspekte, im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung, integriert werden. Daher wurden die Gesundheitskioske an gut erreichbaren und stark frequentierten Orten eingerichtet, beispielsweise an einer Bushaltestelle. Die Zielgruppe sind vorrangig ältere, immobile Bürgerinnen und Bürger der Dörfer, aber auch pflegende Angehörige, die durch Beratung Entlastung erfahren sollen. Die beratenden Personen sind Pflegefachkräfte mit langjähriger Berufserfahrung, die eine Weiterbildung in Care- und Case Management absolviert haben. Sie sind bei der Stiftung Landleben beschäftigt. Das Angebot der Gesundheitskioske erstreckt sich von Unterstützung bei der Kommunikation mit anderen Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich bis hin zu Hilfe beim Stellen von Anträgen. Weiterhin haben die Ratsuchenden die Möglichkeit, sich bei der Nutzung telemedizinischer Leistungen (neurologische Vorsorgeuntersuchungen) begleiten zu lassen. Bisher werden in den Gesundheitskiosken keine medizinischen Routineaufgaben erledigt. Die Hoffnung ist, so Christopher Kaufmann (Projektleitung Landengel), dass das Angebot um diese Leistungen erweitert werden kann.

**Niederschwellige
und barrierefreie
Beratungsstellen**

6.16.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Attraktive Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte

Die Gesundheitskioske sollen dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum langfristig sicherzustellen. Weite Anfahrtswege können für die Inanspruchnahme solcher Angebote eine Zugangsbarriere darstellen. Daher wurden vier dezentrale Standorte in der Dorfregion Seltenrain im Unstrut-Hainich-Kreis in Thüringen ausgewählt. Sie sind einer von vielen Bausteinen der Sozialraumgestaltung im ländlichen Raum. Nicht nur die Personen, die den Gesundheitskiosk in Anspruch nehmen, genießen den Vorteil der kürzeren Wege. Auch für Pflegekräfte kann die wohnortnahe Arbeitsstelle attraktiv sein. Das Arbeiten in den Gesundheitskiosken im Landkreis bietet eine Alternative zu herkömmlichen Settings der Pflege und eröffnet so einen neuen horizontalen Karriereweg. Attraktiv für Pflegefachpersonen kann auch das eigenverantwortliche Arbeiten und die vielfältigen Aufgaben, gerade im präventiven Bereich, sein. Weitere Vorteile von Gesundheitskiosken als Arbeitsstellen sind regelmäßige Arbeitszeiten, keine Nacht- und Wochenenddienste und ggf. mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten. So bieten sie einen Einsatzort für Pflegekräfte, die aufgrund ihrer persönlichen Lebenslage regelmäßige Arbeitszeiten benötigen. Letztendlich können auch die verbesserte Versorgung und Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger zu einer angenehmen und zufriedenstellenden Arbeitsatmosphäre beitragen. Die Diskussion um Gesundheitskioske ist bundesweit in vollem Gange. Hier wurden sie als Bausteine der Daseinsvorsorge gesundheitlicher Versorgung entwickelt, nicht als Bestandteil gesundheitlicher Primärversorgung. Perspektivisch werden entsprechende Ansätze und Konzepte insbesondere für Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz (im Sinne von Community Health Nursing – CHN) attraktiv sein.

Der Gesundheitskiosk kann eine Säule für die Versorgung im sozialen Nahraum sein. Jedoch müssen die derzeitigen Finanzierungspläne hinterfragt werden. Ein Gesundheitskiosk im Sinne der Daseinsvorsorge ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die überwiegende monetäre Bereitstellung durch die Krankenkassen (der zu tragende Anteil beträgt 74,5 Prozent von jährlich insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk) sollte kritisch diskutiert werden.

6.16.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2022): Gesundheitskiosk. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, zuletzt abgerufen am 09.09.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune. Online verfügbar unter https://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2023/06/Referentenentwurf_GVSG_1687415774.pdf, zuletzt abgerufen am 02.11.2023.

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. (19.10.2023): Aufwertung der Pflegeberufe! DBfK begrüßt Regelungen im PflStudStG zur Heilkundeausübung. Online verfügbar unter www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2023/Heilkundeausuebung-PflStudStG.php, zuletzt abgerufen am 30.10.2023.
- Götze, Claudia (2022): Urleben hat den ersten Thüringer Gesundheitskiosk. MDR. Online verfügbar unter www.mdr.de/nachrichten/thueringen/nord-thueringen/unstrut-hainich/gesundheitskiosk-arzt-land-100.html, zuletzt abgerufen am 30.10.2023.
- OptiMedis (2022): Erster von vier ländlichen Gesundheitskiosken in Thüringen eröffnet. Online verfügbar unter <https://optimedis.de/erster-von-vier-gesundheitskiosken-in-holzbauweise-von-thueringens-ministerpraesident-bodo-ramelow-eroeffnet/>, zuletzt abgerufen am 30.10.2023.
- OptiMedis (o. J.): Gesundes Landleben: Start für ein regionales Netzwerk im Unstrut-Hainich-Kreis. Online verfügbar unter <https://optimedis.de/gesundes-landleben/>, zuletzt abgerufen am 30.10.2023.
- Stiftung Landleben (o. J.): Gesundheitskioske. Online verfügbar unter www.stiftung-landleben.de/unsere-partner/gesundheitskioske.html, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.
- Vom Lehn, Brigitta (2022): Gesundheitskiosk: eine halbe Stunde Zeit pro Patient. Online verfügbar unter www.pflegen-online.de/gesundheitskiosk-eine-halbe-stunde-zeit-pro-patient, zuletzt abgerufen am 09.11.2023.

6.17 Literaturverzeichnis

- Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn) (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Ein Arbeitsergebnis des AGP-Projekts HERAUSFORDERUNG PFLEGE II. 1. Auflage. Unter Mitarbeit von Ulrich Christofczik, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Gabriele Göhring, Birgit Heyden, Rudolf Kast et al. AGP Sozialforschung; BMG. Dortmund. Online verfügbar unter http://agp-freiburg.de/downloads/2017/brandneu/AGP_Arbeitshilfe_Schlussfaktoren_Personalarbeit.pdf, zuletzt geprüft am cw, 07.08.2017.

7. Die drei großen Herausforderungen des Pflegesystems – Analysen, Herausforderungen, Perspektiven

Thomas Klie

Wenig proaktive Auseinandersetzung mit der Versorgung in der Zukunft

Der DAK-Pflegereport 2024 legt den Fokus auf die Baby-Boomer-Generation. Sie werden in den Blick genommen als Generation, die in diesen Jahren in den Ruhestand geht. Dabei interessieren besonders die Pflegekräfte. Die Baby-Boomer sind im Blick, wenn es um ihre Vorstellungen über die Bewältigung der Sorge- und Pflegeaufgaben und die Finanzierung der Pflege geht. Die repräsentative Bevölkerungsbefragung (siehe Haumann in diesem Report) hat nochmals unterstrichen: Die deutsche Bevölkerung, insbesondere auch die Baby-Boomer-Generation, sieht, welche Dynamik und Dramatik das Pflgethema hat. Gleichwohl setzen sie sich nur begrenzt „proaktiv“, mit dem Thema Pflege auseinander. Anfang 2023 nannten 94 Prozent der Bevölkerung in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu Fragen der Demokratie, das Thema Pflege(kräfte) gehöre zu den wichtigsten gesellschaftlichen Fragen unserer Zeit.

Abbildung 76: Wo größere Probleme in Deutschland gesehen werden



Quelle: Haumann 2023

Finanzierung weist erhebliche Fragen auf

In diesem Kapitel werden in Bezug auf die drei großen Herausforderungen des Pflegesystems in Deutschland Zahlen, Prognosen und Konzepte zusammengestellt, die für Bewältigung der künftigen Herausforderungen in der Pflege wichtige Anhaltspunkte liefern und Perspektiven vermitteln. Gernot Kiefer vom GKV Spitzenverband schlägt Alarm: „Das System wackelt“ (GKV-Spitzenverband

12.02.2024). Viele, auch die Wirtschaftsweisen befassen sich mit Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) 2022). Aus ihren Berechnungen wird deutlich: Die Finanzierung der Pflegeversicherung, die ja lediglich als Teilleistungssystem konzipiert ist, wirft erhebliche Finanzierungsfragen auf. Das gilt im Übrigen schon aktuell: Auch für 2024 reichen die Einnahmen der Pflegeversicherung nicht aus, um die erwartbaren Ausgaben zu decken (GKV-Spitzenverband 2024). Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen und Leistungsberechtigten ist schneller gestiegen als prognostiziert. Wie die Pflegeversicherung ab 2025 respektive 2026 finanziert werden soll, ist noch weitgehend offen. Der DAK-Pflegereport 2024 macht deutlich, dass die Bevölkerung zwar die Probleme in der Finanzierung der Pflegeversicherung sieht, allerdings kaum Bereitschaft signalisiert, höhere Beitragssätze zu akzeptieren. Auch die Pflegevorsorgebereitschaft in finanzieller Hinsicht ist, wenn man von einer allgemeinen Sparbereitschaft absieht, nicht sonderlich ausgeprägt. Weiterhin maßgeblich für die Sicherung der Pflege in der Zukunft ist das Vorhandensein von beruflich Pflegenden sowohl professionellen als auch Assistenz-, Hilfs- und Hauswirtschaftskräften. Das statistische Bundesamt (24.01.2024) errechnet bis zum Jahre 2049, dass 280.000 bis 690.000 Pflegekräfte fehlen werden – dabei sind Assistenzkräfte, auch hauswirtschaftliches Personal und in der sozialen Betreuung tätige Personen noch nicht mitgerechnet.

Zudem geht das sogenannte informelle Pflegepotential, das heißt, insbesondere die rechnerisch vorhandenen An- und Zugehörigen und Partnerinnen und Partner, die für die Übernahme von Pflege- und Sorgeaufgaben zur Verfügung stehen, zurück. Auf ihnen ruht derzeit die Sicherung der Pflege in Deutschland. Von daher wird Formen der institutionellen Versorgung, insbesondere der stationären, zunehmende Relevanz beigemessen. Auf sie und die Finanzierung von Pflegeheimkosten zielten eine Reihe von Reformen der letzten Jahre, etwa die Deckelung des Eigenanteils in der stationären Pflege gemäß § 43c SGB XI. Auch die privaten Zusatzpflegeversicherungen sehen vor allen Dingen Leistungen für (nicht gedeckte) Pflegeheimkosten vor. Sie sichern in gewisser Weise zu, das Versprechen der Pflegeversicherung einzulösen, mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Das war das Wort Norbert Blüms bei Einführung der Pflegeversicherung 1994. Genügend Stoff für die Herausforderungen die auf die Baby-Boomer-Generation zukommen. Nun braucht es in der aktuellen Zeit keine weiteren apokalyptischen Narrative, auch nicht für die Pflege. Jedoch wird man den Tatsachen ins Auge sehen müssen, die aktuelle Situation analysieren und Prognosen erstellen, um Wege zur Sicherung der Pflege für die nächsten Jahrzehnte vorbereiten zu können. Eines dürfte dabei sicher sein: Schlicht weiter so wie bisher im Sinne eines wachstumsorientierten sozialen Sicherungssystems und Pflegemarktes wird es nicht gehen.

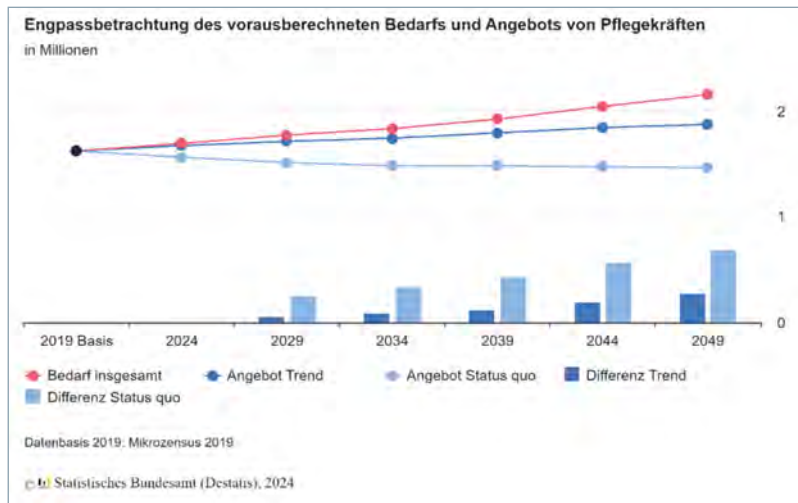
Nicht nur Fachkräfte, auch informelle Pflege wird fehlen

7.1 Herausforderung 1: Personalbedarf

Personalmangel stärker als erwartet

Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion und der Problemwahrnehmung der Bevölkerung beim „Pflegedrama“ steht der schon bestehende und für die Zukunft zu erwartende Personalmangel. Die im Januar 2024 vorgelegten Zahlen des Statistischen Bundesamtes unterstreichen das Drama, wenn sie die Zahl der potentiell pflegenden Pflegekräfte auf bis zu 690.000 im Jahre 2049 beziffern.

Abbildung 77: Engpassbetrachtung des vorausgerechneten Bedarfs und Angebots von Pflegefachkräften



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 24.01.2024

Fehlbedarf je nach Entwicklung weniger gravierende

Zwei Varianten hat das Statistische Bundesamt berechnet, eine optimistische, in der davon ausgegangen wird, dass sich der Trend eines Zuwachses an Pflegekräften in Deutschland, der in den letzten Jahren beobachtbar war, fortsetzt. Es ist richtig und wird durch bundeslandbezogene Studien bestätigt ebenso bestätigt wie durch Isfort (siehe Isfort in diesem Report): Sowohl die Ausbildungszahlen in der Pflege sind bis 2021 gestiegen als auch die Zahl der im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege tätigen Pflegekräfte. Würde sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzen, wäre der „Fehlbedarf“ an Pflegekräften deutlich geringer. Dem steht aber die rückläufige Zahl von Absolventinnen und Absolventen der allgemeinbildenden Schulen gegenüber. Auch ist zu berücksichtigen, dass in vielen Branchen ein akuter Fachkräftemangel herrscht. Daher wäre es schon eine optimistische Annahme, dass die Bildungsbeteiligungsquote für Pflege- und Sozialberufe gleichbleibt und damit auch die Ausbildungszahlen in der Pflege stabil. Wie die Berechnung von Michael Isfort im DAK-Pflegereport 2024 (siehe Isfort in diesem Report) deutlich machen, sind die Kippunkte, in denen die Zahl der Schulabgänger von Pflegeschulen nicht mehr in der Lage sind, die rentenbedingte

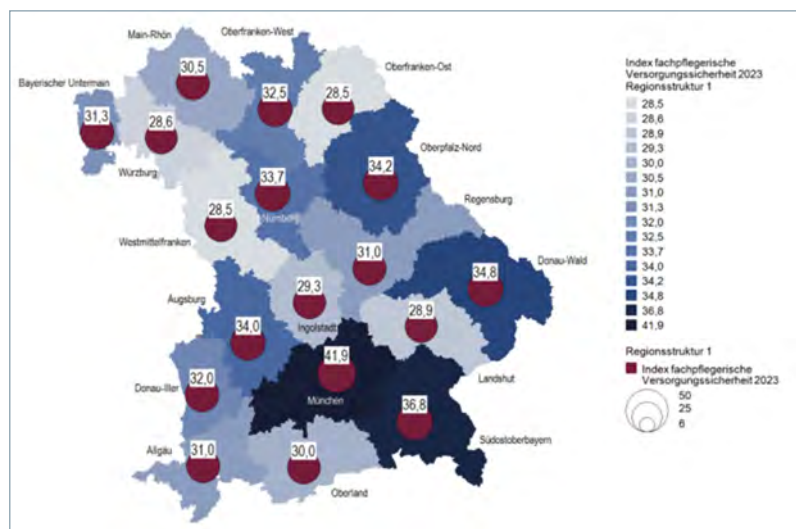
Austritte aus dem Pflegeberuf zu kompensieren in den 16 Bundesländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten erreicht. Die Analysen machen in jedem Fall deutlich: Es ist unrealistisch, davon auszugehen, dass es gelingen wird, mehr Pflegekräfte in Deutschland auszubilden. Auch die durch Zuwanderung gewonnenen Pflegekräfte, die schon heute gerade in Ballungsgebieten von großer Bedeutung sind, werden weder den Schwund noch den zusätzlichen Bedarf von Pflegefachkräften decken können. Insofern ist es realistisch davon auszugehen, dass wir in der Zukunft weniger Pflegefachkräfte haben werden als heute.

Die Zahlen, die das Statistische Bundesamt für Deutschland insgesamt errechnet hat, sind überdies durch regionale Analysen zu ergänzen. Wie in den unterschiedlichen Pflegepersonalbedarfsberechnungen (Isfort und Klie 2024, 2023 im Erscheinen, 2023, 2021; Isfort 2021). unterstreichen die große regionale Unterschiedlichkeit des Bestandes, aber auch des Bedarfes an Pflegefachkräften – bei einer Betrachtung über alle Sektoren hinweg. Insofern bedarf es zur Gewährleistung einer pflegerischen Versorgung der gesamten Bevölkerung eines sehr ausgeprägten regionalen Blickes, entsprechender Analysen, aber auch Strategien.

Es bedarf regionaler Analysen

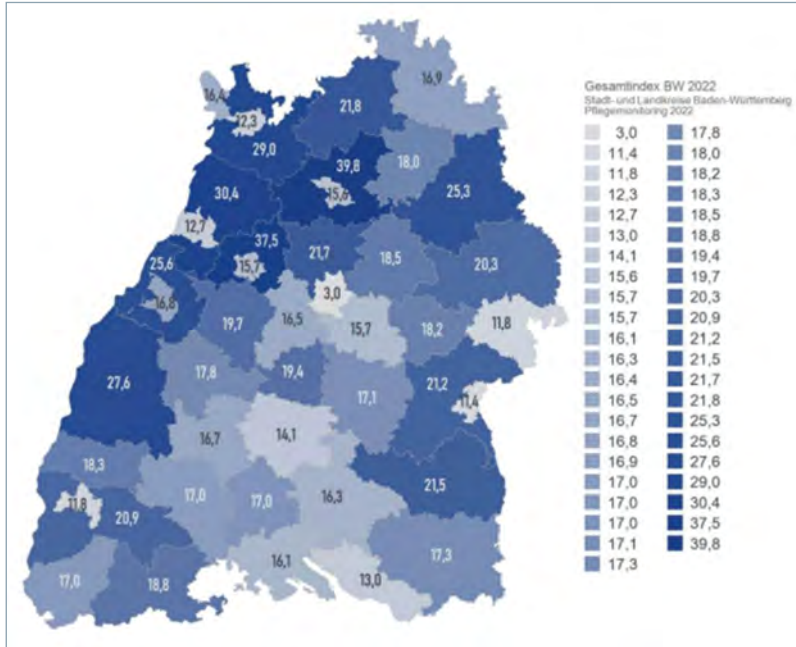
Die regionalen Unterschiede hinsichtlich der Personalausstattung, der Zahl auf Pflege angewiesener Menschen, der Arbeitsplätze für Pflegekräfte von der Klinik bis zum ambulanten Pflegedienst sowie die Ausbildungskapazitäten bilden den Index der regionalen Versorgungssicherheit, der höchst unterschiedlich ist und jeweils auch spezifische Hintergründe kennt.

Abbildung 78: Indexwerte fachpflegerische Versorgung nach Regionen in Bayern 2023



Quelle: Isfort und Klie 2024

Abbildung 79: Indexwerte fachpflegerische Versorgung nach Regionen in Baden-Württemberg 2022



Quelle: Isfort und Klie 2023

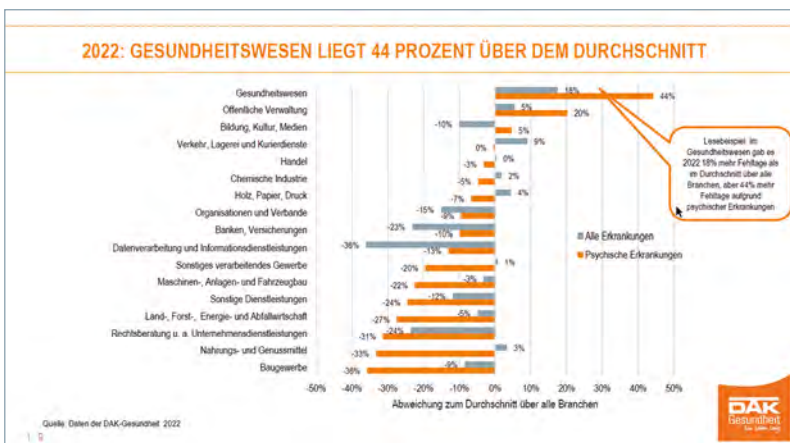
**Potenzial durch
Zuwanderung ist
begrenzt**

Differenzierungen sind gefragt, wenn es darum geht, die aktuelle und prognostizierte Personalsituation in der Pflege zu qualifizieren. Regional unterschiedlich zu bewerten sind auch die Potenziale an Personalressourcen in der Pflege, die im Zusammenhang mit Zuwanderung und Personen mit internationaler Familienbiografie stehen. Generell davon auszugehen, dass durch Zuwanderung das Pflegepersonalproblem in Deutschland gelöst werden könnte, ist nicht tragfähig. Es ist richtig: Ohne Zuwanderung wird es zu erheblichen Versorgungsdefiziten kommen. Nur ist, wie die Analysen zeigen, Zuwanderung in der Pflege, insbesondere auch die Gewinnung transnationaler Pflegekräfte ein urbanes Phänomen: In Ballungsgebieten, ob Berlin, im Ruhrgebiet, in Frankfurt, Stuttgart oder München liegen wichtige Ressourcen in der Zuwanderung, im ländlichen Bereich so gut wie gar nicht. Insofern bedarf es auch jeweils unterschiedlicher Strategien für die Personalgewinnung und -bindung je nach Typus von Region. Auch die Akzeptanz von Zuwanderung spielt für die Chance der Ansiedlung von Zugewanderten in Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle. Aktuelle öffentliche Diskurse über die Zuwanderungsproblematik in Deutschland machen Deutschland weniger attraktiv. Im Übrigen zeigt sich insbesondere dort ein Versorgungsproblem im Hinblick auf Gesundheit und Pflege, wo der Anteil Zugewanderter besonders gering ist. Das gilt ebenso für den sogenannte demografischen Druck (Klie 2019): Das Verhältnis von Älteren und Jüngeren in der jeweiligen Bürgerschaft.

Ein zentraler „Hebel“ für den Arbeitsmarkt Pflege liegt in den Arbeitsbedingungen. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheitsprävention spielen in der Good Practice-Sammlung aus den 16 Bundesländern eine wichtige Rolle. Pflege war, wie auch in der Interviewstudie herausgearbeitet werden konnte, für viele ein „Traumberuf“ – wenn denn die Arbeitsbedingungen stimmen. Es gibt Arbeitgeber in der Pflege, die überhaupt keine Probleme in der Gewinnung von motivierten Pflegefachkräften haben. Man spricht von „Magnethäusern“. Auch Regionen können zu Magnetregionen für Pflegefachpersonal werden, wenn denn dort die Schlüsselfaktoren für eine (lebenszyklus-)orientierte Personalarbeit erfüllt werden (Das Demographie Netzwerk e. V. (ddn) 2017). Regionale Springerpools können in diesem Zusammenhang helfen – schon vor Jahrzehnten in Nürnberg eingeführt. Ein breites Spektrum an Gesundheitsfördermaßnahmen steht zur Verfügung (GKV-Spitzenverband 2023). Die DAK-Gesundheit hat sich in verschiedener Weise mit Fragen der Gesundheitsförderung, insbesondere von Gesundheitsberufen, auseinandergesetzt (IGES und DAK-Gesundheit 2023).

Arbeitsbedingungen als Hebel für den Arbeitsmarkt

Abbildung 80: Die Psychische Belastung ist in den Gesundheitsberufen besonders hoch



Quelle: IGES und DAK-Gesundheit 2023

Die im DAK-Pflegereport 2024 dokumentierten hohen Anteile an AUs in der beruflichen Pflege zeigen, dass insbesondere die Pflegekräfte der Baby-Boomer-Generation von erheblichen gesundheitlichen Belastungen betroffen sind. Nochmals mehr tangiert von Belastungssituationen in der Pflege sind Altenpflegehelferinnen. Hier finden sich hohe Raten an gesundheitsbedingten Berufsaustritten, höhere Anteile der Beschäftigten, die in eine Erwerbsminderungsrente treten. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Fehlzeiten. Auch und gerade Gewalterfahrungen von Pflegenden sowohl als Täter als auch als Opfer provozieren einen hohen Krankheitsstand (vgl. Rothgang et al. 2020). Maßnahmen wie „Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei“, die Gewaltprävention mit Gesundheitsförderung verbinden – erweisen sich als wirksam und sind eines der Good Practice-Beispiel aus Kapitel 6. Zurecht wur-

Vor allem psychische Belastungen

de in der Konzentrierten Aktion Pflege dem Thema Arbeitsbedingungen in der Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In ihnen liegt ein wichtiger Schlüssel für die Personalbindung aber auch die Attraktivität des Pflegeberufes.

Pflegende sind ihrem Beruf treuer als allgemein angenommen

Dass dieser insgesamt schlecht beleumundet sei, das stimmt nicht, auch wenn die Vorstellung vom Pflegeberuf und den besonderen Kompetenzen der Fachpflegepersonen in der Bevölkerung sehr unscharf und kaum an dem Kompetenzprofil von Fachpflege nach dem Pflegeberufegesetz orientiert ist. Pflegeberufe haben mit einer ganzen Reihe von negativen Narrativen zu kämpfen, die sie zum Teil auch selbst befördern. Ein Narrativ lautet: „Pfleger bleiben nur kurz in ihrem Beruf“. Die kurze Berufszugehörigkeit lässt sich empirisch in keiner Weise bestätigen (Isfort und Klie 2023). Pflegefachkräfte sind nicht nur berufstreu, sondern sie sind auch ortstreu: Die Mobilität von Angehörigen von Pflegeberufen ist gering, zumindest dort, wo es sich nicht um Leitungsfunktionen handelt. Zwanzig Kilometer respektive zwanzig Minuten zwischen Arbeitsplatz und Wohnort sind die durchschnittlichen und auch akzeptierten Entfernungen. Pflegefachkräfte, häufig Frauen mit Familienaufgaben und -rollen, sind weniger mobil. Das gilt allerdings nicht für Führungskräfte (Isfort und Klie 2023). Auch das Narrativ eines „Pflexit“ entbehrt jeder empirischen Grundlage. Corona war belastend, zum Teil auch traumatisierend. Es gab Berufsaustritte, es gab einen Trend zur Reduzierung der Arbeitszeit – auch im Zusammenhang mit einer besseren Entlohnung der Pflege. Zu Berufsaustritten ist es nachweislich nicht in einer statistisch relevanten Weise gekommen. Die immer wieder transportierten Narrative eines unattraktiven Pflegeberufes schaden der Pflege und seiner Attraktivität für Schulabgänger und Schulabgängerinnen.

Verstärkter Kompetenzorientierter Einsatz ist notwendig

Eine zentrale Herausforderung für die Zukunft wird darin liegen, Pflegekräfte kompetenzorientiert einzusetzen. Dies ist heute überwiegend nicht der Fall. Im internationalen Vergleich steht Deutschland hinsichtlich der Zahl von Pflegekräften bezogen auf die Einwohner Deutschlands nicht schlecht da.

„Im Vergleich mit den OECD-Mitgliedsstaaten, also den Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, lag Deutschland mit der Versorgungsdichte an Pflegefachkräften an achter Stelle und damit im oberen Drittel. Ein ähnliches Niveau hatte das Vereinigte Königreich (6,2) sowie der Nachbarstaat Frankreich (5,7). Besonders hoch war die Versorgungsdichte in Norwegen (9,1), besonders niedrig hingegen in Chile (1,0). In Belgien lag sie bei 7,3, in Österreich bei 7,0, in den Niederlanden bei 4,5, in Italien bei 4,4 und in Spanien bei 3,6. Für das Jahr 2018 hatten 28 OECD-Mitgliedsstaaten die Versorgungsdichte an Pflegefachkräften je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner ermittelt“ (Statistisches Bundesamt (Destatis) 03.11.2020).

Auch in Europa befindet sich Deutschland im oberen Drittel. Anders sieht es aus, wenn es um einen kompetenzorientierten Einsatz und den Pflegekräften überantwortete Verantwortungsbereiche geht. Hier rangiert Deutschland im internatio-

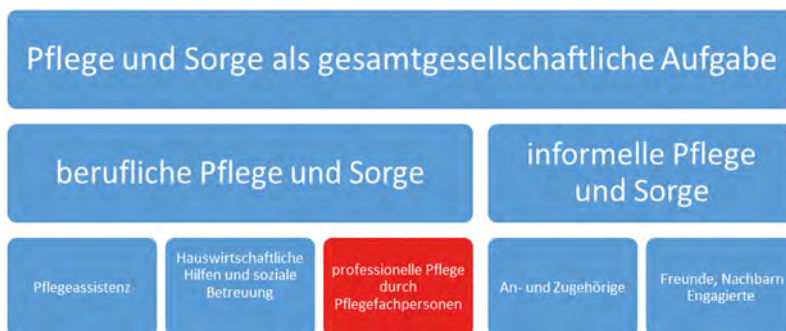
nenal Vergleich, was die Kompetenzzuordnung zugunsten der Pflege anbelangt, ganz weit unten. Dominant sind Asymmetrien zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen. Das Sozialleistungsrecht erkennt die Eigenständigkeit der Pflege bislang nicht an (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) und Think Tank Vorbehaltsaufgaben (Hg.) 2024). Verstärkt wird dies durch die vielfältigen öffentlich-rechtlich geregelten Qualitätssicherungsregime insbesondere in der Langzeitpflege. Will man die Pflege auch für die immer größer werdende Zahl von Abiturienten und Abiturientinnen attraktiv machen (siehe Isfort in diesem Report), wird man den Pflegeberuf mit deutlich mehr Eigenständigkeit, Eigenverantwortung und Kompetenzen ausstatten und ihnen auch für an akademischen Ausbildungen Interessierte öffnen. Durch das Pflegekompetenzgesetz sollen in 2024 wichtige Schritte in diese Richtung unternommen werden, die im Zusammenhang mit der Diskussion um den Personalangel auch von großer Bedeutung sind (Klie 2024). Man wird in Deutschland die Pflegefachpersonen stärker befähigen, ihre zentralen Kompetenzen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einzusetzen. Die Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PfIBG unterstützen ein solches pflegepolitisches Anliegen berufsrechtlich (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) und Think Tank Vorbehaltsaufgaben (Hg.) 2024). Mit dem Personalbemessungssystem in der Langzeitpflege wurde ein Schritt in die Richtung eines kompetenzorientierten Personaleinsatzes gemacht (Kämmer und König 2023). Dabei wird es aber nicht bleiben können: Letztlich wird man angesichts des sich zuspitzenden Personalengels in der Pflege das Gesamtsystem weiterentwickeln haben. Die diesbezüglichen Überlegungen sind zum Teil recht weit fortgeschritten (IPAG e. V. 2023; Burgi und Igl 2021; Klie et al. 2021).

Mit mehr Eigenverantwortlichkeit das Berufsbild attraktiver machen

Sowohl in der öffentlichen als auch in der politischen und Fachdiskussion bedarf es einer stärkeren Differenzierung des Verständnisses von Pflege und den Rollen und Aufgaben der jeweils Beteiligten.

Stärkere Differenzierung von Pflege und zugehörigen Rollen und Aufgaben notwendig

Abbildung 81: Pflege und Sorge als gesamtgesellschaftliche Aufgabe



Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem Mangel an Pflegefachkräften, der sich im Vergleich zur heutigen Ausstattung verstärken wird, bedarf es des Ausbaus von anderen pflegenahen respektive Care-Berufen von der Pflegeassistenz über die hauswirtschaftliche und Sozialassistenz bis hin zu anderen Fachberufen etwa der Hauswirtschaft, der Therapie und Sozialen Arbeit. Auch hier sind entsprechende Ausbildungsaktivitäten und eine attraktive Profilierung dieser Berufe gefragt, die nicht im Kern pflegefachlich agieren, sondern ihre anders gearteten Kompetenzen in eine interprofessionelle und wohlfahrtsppluralistische Sorge um auf Pflege angewiesene Menschen einbringen.

Der Pflegeberuf ist attraktiv und sinnstiftend – und darf nicht von ökonomischen Kalkülen überlagert werden

Sicher gilt: Man wird in Deutschland, in allen Regionen, viel in Gesundheits- und Sozialberufe investieren müssen, um sie weiter attraktiv zu machen oder ihre Attraktivität zu erhalten.

Ein Schlüssel dafür liegt nicht so sehr in einem Pflichtdienst, sondern in der Vermittlung der Erfahrungen sozialer Verantwortungsübernahme im Kindheits- und Jugendalter. Hier werden die Voraussetzungen für berufsbiografische Entscheidungen gelegt. Der Pflegeberuf ist (auch) für junge Menschen interessant. Er ist sinnstiftend, er ist sicher und eröffnet (in der Regel) ein teamorientiertes Arbeiten. Er ist inzwischen auch nicht mehr schlecht bezahlt, sondern ist der bestbezahlte Ausbildungsberuf ohne akademische Ausbildung. Das gilt auch für die Ausbildungszeit. Dabei ist wichtig: Der Pflegeberuf darf nicht von kommerziellen und fiskalischen Steuerungsinteressen überlagert werden. Intelligente unternehmerische Strategien in Dienst der pflegerischen Versorgung zu stellen, das ist unverzichtbar. Nur auch das lässt sich aus der Interviewstudie herauslesen: Gesundheit und Pflege seien keine handelbaren Güter. Die Motivation, einen Pflegeberuf zu ergreifen, erodiert, wenn ökonomische Kalküle den sogenannten Pflegemarkt bestimmen. Pflege ist ein ethisch rückgebundener Beruf, dem seine moralischen Grundlagen und Wurzeln nicht entzogen werden dürfen (Remmers 2019). Bei den anstehenden Reformen, insbesondere der Krankenhausreform, wird man sehr darauf achten müssen, dass die regionale Versorgungssicherheit durch den Erhalt von regionalen Ausbildungskapazitäten auch für die Zukunft gewährleistet bleibt. Wie gesagt: Der Personalbedarf, aber auch der Personalfehlbedarf, hängt wesentlich von regionalen Bedingungen ab. Diese werden durch Pflegeausbildungskapazitäten, die in der generalistischen Ausbildung (auch) mit Krankenhausstandorten verbunden sind, determiniert – und zusätzlich durch die Verfügbarkeit von hochschulqualifizierten Lehrerinnen und Lehrern für Pflegeschulen, an denen es insbesondere in strukturschwachen Gebieten mangelt.

Stärker auf sektorenübergreifende Versorgungsansätze setzen

Man wird sich in Deutschland darauf einstellen müssen, dass wir mit weniger oder zumindest nicht mehr Pflegefachkräften einen steigenden Bedarf beantworten müssen. Das kann unter bestimmten Voraussetzungen gelingen, die vorstehend beschrieben wurden. Inwieweit dabei auch die Gewinnung von Rückkehrern eine Rolle spielen kann, wie von der Arbeitnehmerkammer Bremen betont, ist umstritten (Auffenberg et al. 2022). In jedem Fall wird es maßgeblich sein, einen kompe-

tenzorientierten Einsatz von Pflegekräften sicherzustellen und diesen durch Regelungen im Sozialleistungs- und -leistungserbringungsrecht zu unterstützen. Auch wird man stärker auf sektorenübergreifende Versorgungsansätze zu setzen haben, für die auch die DAK-Gesundheit steht, etwa mit dem Innofondsprojekt ReKo in der Grafschaft Bentheim und dem Emsland. Der Personalmangel provoziert die Revision bzw. Weiterentwicklung des Gesamtsystems.

7.2 Herausforderung 2: Finanzierung der Pflege

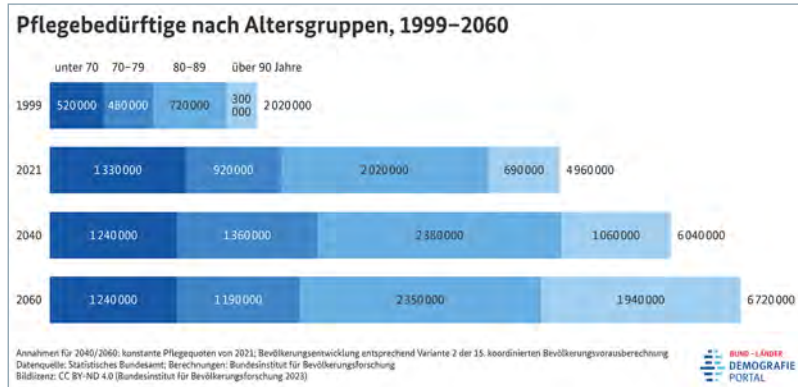
Von Anbeginn war die Finanzierung der Pflege und der Pflegeversicherung umstritten. Während die FDP stets für eine private Absicherung war, hat sich seinerzeit die Union im Gesetzgebungsverfahren mit Unterstützung von SPD und Grünen für eine Sozialversicherungslösung entschieden, die in der deutschen Bevölkerung auf breite Resonanz gestoßen ist und bis heute stößt. Auch wenn die deutsche Bevölkerung (siehe Haumann in diesem Report) in Sorge ist, dass die Kosten der Pflege deutlich steigen werden, ist die Zustimmung zur Pflegeversicherung weiter in hohem Maße gegeben. Angesichts der steigenden Zahl Pflegebedürftiger und der Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung wurde der Beitragssatz in mehreren Schritten in der zwanzigjährigen Geschichte der Pflegeversicherung angehoben. Insgesamt ist die Finanzlage der Pflegeversicherung insbesondere dadurch vergleichsweise stabil geblieben, dass die große Mehrheit der Pflegebedürftigen ambulant versorgt wird und dort ganz überwiegend die Leistungsoption Pflegegeld wählt. Die Väter der Pflegeversicherung gingen von einem anderen Inanspruchnahmeverhalten aus: Es wurde eine deutlich höhere Nutzung von Sachleistungen erwartet. Befürchtet wurde ein Heimsogeeffekt, der allerdings ausblieb.

Inzwischen ist die Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung angesichts der dynamischen Ausgabenentwicklung zu einem zentralen Thema auf der pflegepolitischen Agenda avanciert. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz hat 2022 ein Gutachten zur nachhaltigen Finanzierung von Pflegeleistungen vorgesehen (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) 2022). Ein wesentlicher Faktor für die Ausgabenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung ist der demografische Wandel. Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen 1999 bis 2060.

Große Zustimmung zur Pflegeversicherung

Demographischer Wandel beeinflusst die Ausgabenentwicklung

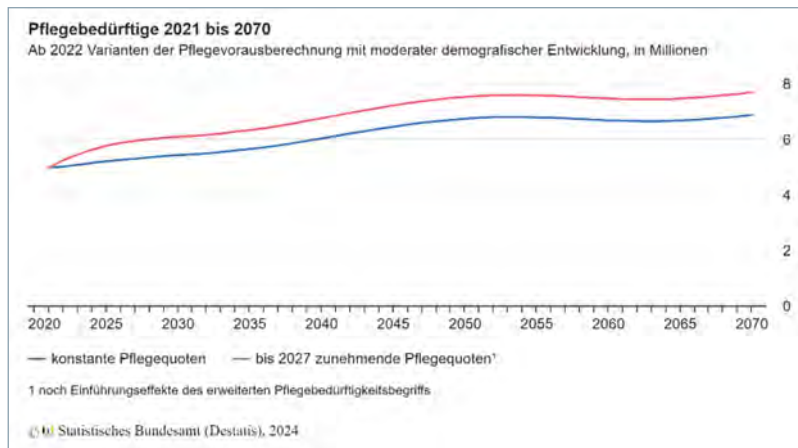
Abbildung 82: Pflegebedürftige nach Altersgruppen



Quelle: Demographieportal 2023

Wir sind mit einer starken Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen konfrontiert. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen verdreifacht. Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist ein durchschnittlicher Zuwachs von 8,4 Prozent per anno zu erwarten. Damit liegt die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen über dem demografiebedingten Niveau. Dies hat nicht allein etwas mit der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu tun, sondern auch mit einer insgesamt sich verändernden Prävalenz. Die Projektion der Zunahme pflegebedürftiger Menschen von 2021 bis 2070 (Abbildung 82) veranschaulicht die Entwicklung, die zu hier geschätzten 6,5 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2060 führt.

Abbildung 83: Vorausberechnung Pflegebedürftige 2021 bis 17

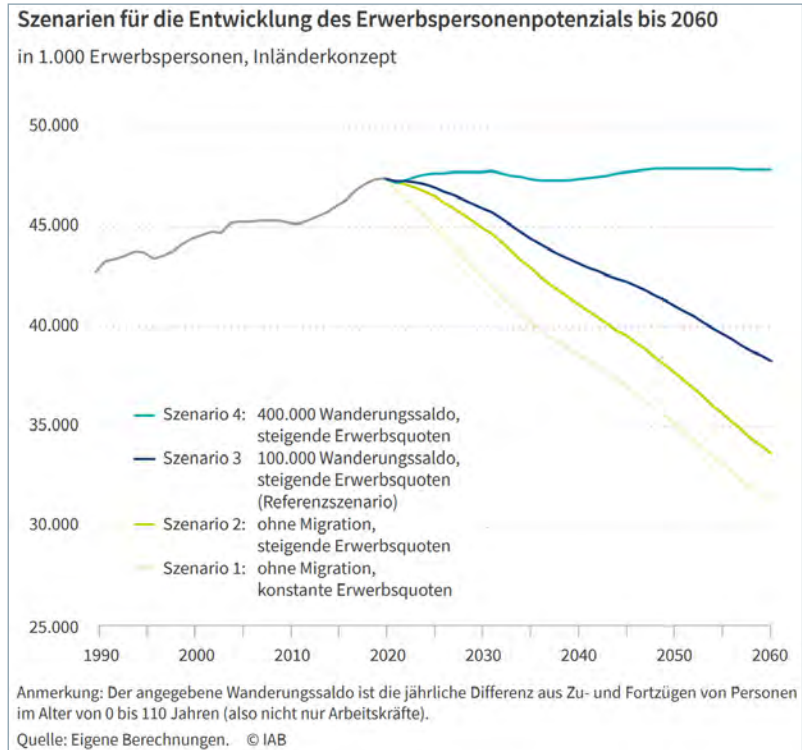


Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024b

Gleichzeitig wird erwartet, dass die Kosten pro Versicherten von 2020 bis 2040 um 90 Prozent steigen werden, so die Annahmen des wissenschaftlichen Beirats beim BMWK (2022). Als Faktoren für Ausgabenentwicklung wird die Erwartung einer Erweiterung des Leistungsspektrums ebenso angenommen wie der Fortschritt in der Medizin und ein verändertes Nachfrageverhalten. Unseres Erachtens sind mitnichten alle Projektionen in dem Gutachten plausibel und datengestützt. Richtig ist aber in jedem Fall, dass die Kosten der Pflege deutlich steigen. Dies betonen auch Rothgang und andere (2019) sowie Rothgang (2023). Die Tarifsteigerungen für die Beschäftigten in der Langzeitpflege, die Einführung eines Tarifreuegesetzes und die erhöhten Personalausstattungsanforderungen, insbesondere in der vollstationären Langzeitpflege führen zu deutlichen Entgeltsteigerungen und damit auch Kostensteigerungen in der Pflege, die dann – wenn eine kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen gewährleistet werden soll – zu einem deutlichen Beitragsansatzanstieg führen würde. Diese wird auf bis zu 4,4 bis 5,2 Prozent geschätzt (Breyer und Lorenz 2020). Die vorliegenden Studien zeigen einen erheblichen finanziellen Mehraufwand für die Pflegeversicherung gegenüber dem Status quo. Die Finanzierung der Pflegeversicherung hängt allerdings nicht nur von den Kostenentwicklungen in der Langzeitpflege ab, bei denen sicherlich auch noch ein deutlicher Lohnanstieg zu erwarten sein wird, den Rothgang in seinem Referenzszenario bis 2045 auf 35 Prozent schätzt. Neben der Kostenentwicklung der Pflegeversicherung spielt für die Finanzierung der Pflegeversicherung als beitragsatzfinanzierte Sozialversicherung die Entwicklung der Erwerbsbevölkerung eine Rolle. Im Sommer 2023 war ein Höchststand der Erwerbsbevölkerung erreicht. Für die Zukunft wird durch die Demografiestagnation ein Rückgang der Erwerbsbevölkerung erwartet, wenn dieser nicht durch entsprechende Zuwanderung, die aktuell politisch mehr als umstritten ist, aufgefangen werden kann. Je nach Projektion wird die Zahl der Menschen im Erwerbsalter in den kommenden fünfzehn Jahren um 1,6 bis 7,2 Millionen sinken. Damit die potentielle Belastung der Bevölkerung im Erwerbsalter mindestens bis Ende der 2030er Jahre deutlich zunehmen.

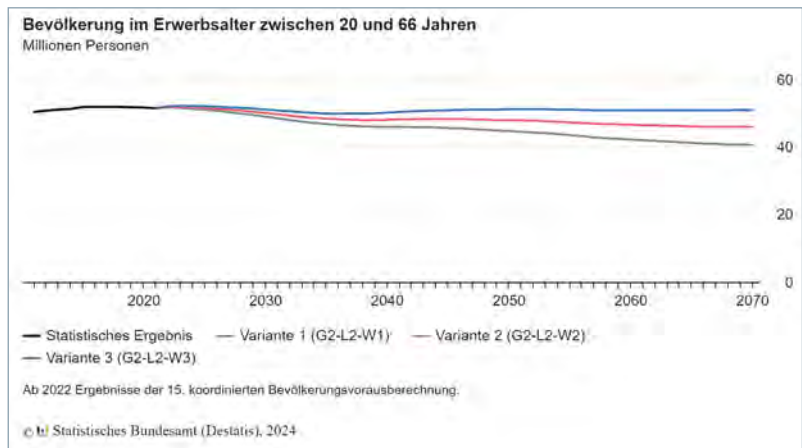
Faktoren für die Ausgabenentwicklung

Abbildung 84: Szenarien für die Entwicklung des Erwerbspotenzials bis 2060



Quelle: Fuchs et al. 2021

Abbildung 85: Bevölkerung im Erwerbsalter zwischen 20 und 66 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024a

Auch hierdurch erwachsen der sozialen Pflegeversicherung erhebliche Finanzierungsrisiken. Ein weiterer nicht unmaßgeblicher Faktor liegt in der volkswirtschaftlichen Entwicklung, die angesichts der multiplen globalen Krisen und einer möglichen Rezession in Deutschland zumindest nicht mit sehr realistischen ausgeprägten Wachstumsperspektiven assoziiert wird.

Maßgeblich für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung ist das Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen. Haushaltsökonomische Engpässe, das zeigt sich bereits aktuell, führen eher zu einem Rückgang der Inanspruchnahme formeller Dienste und zu einer stärkeren Nutzung von Pflegegeld. Die Nachfrage nach stationärer Pflege nimmt aus zwei Gründen tendenziell ab: Zum einen stoßen die zu zahlenden Heimentgelte auf eine geringe Akzeptanz. Dies zeigt sich nicht zuletzt in den ostdeutschen Bundesländern, in denen die Heimentgelte, auch die Anteile für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten deutlich angestiegen sind und die Pflegebedürftigen und ihre sozialen Netze die Inanspruchnahme von Sozialhilfe vermeiden. Gleichzeitig stagniert der stationäre Pflegemarkt, können angesichts des oben beschriebenen Personalmangels nicht mehr alle vorhandenen Pflegeplätze belegt werden. Auch droht eine Insolvenzelle in der stationären Pflege³³, die gegebenenfalls noch einmal die Kapazitäten in der stationären Pflege zu reduzieren droht – trotz steigenden (objektiven) Bedarfes.

Für die Finanzierung der Pflege respektive auch den mit der Pflegeversicherung versprochenen Leistungen kommen drei Finanzierungsquellen in Betracht: Beitragssatz, Steuern und Eigenleistungen respektive private Vorsorge. Eine alleinige Finanzierung der Mehraufwendungen über die Anhebung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung würde den Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung nach Abschätzung des BMWK auf 49 bis 53 Prozent erhöhen. Je nach Modellrechnung zeigt sich in unterschiedlichem Ausmaß die Deckungslücke respektive die zu erwartenden durch die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung nicht gedeckten Mehrausgaben. Auch wenn in der volkswirtschaftlichen Diskussion die Erhöhung des Beitragssatzes unterschiedlich bewertet wird, die Diskussionen um Fragen der Nachhaltigkeit, Generationengerechtigkeit aber auch der Verteilungsgerechtigkeit unterschiedlich geführt werden, erscheint zumindest in der aktuellen politischen Situation eine deutliche Anhebung des Beitragssatzes nicht realistisch zu sein. Angesichts der demografiebedingten Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger und der auch damit verbundenen Mehrausgaben sowie der weithin aufgelösten Rücklagen der Pflegeversicherung ist schon 2024 eine vom Gesetzgeber nun vorgesehene Beitragssatzanpassung zur Sicherung der Zahlungsfähigkeit der Pflegeversicherung wahrscheinlich. Eine übergangsweise darlehensbasierte Finanzierung, wie sie zum Ende der 19. Legislaturperiode vorgesehen waren, ist durch den neu eingeführten Mechanismus nicht mehr möglich. Ein vielfach geforderter Steuerzuschuss respektive die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung im Sinne einer Bürgerversicherung wurde und wird immer wieder gefordert – ist aber derzeit völlig unrealistisch.

Faktor Nachfrageverhalten

Anhebung des Beitragssatzes zur Zeit keine realistische Option

³³ <https://www.rechtsdepesche.de/immer-mehr-seniorenheime-gehen-insolvent/>

Keine Pflegevollversicherung

Eine sogenannte Pflegevollversicherung (Büscher 2023; ver.di 2023) ist in der aktuellen Finanzsituation der Bundesrepublik ebenfalls nicht durchsetzbar. Schon die Schuldenbremse verschließt jeden sozialpolitischen Spielraum. Dies führt unweigerlich zu einer stärkeren Belastung der Pflegebedürftigen selbst und dem Einsatz von Eigenmitteln aber auch zur vermehrten Inanspruchnahme der Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege werden im Wesentlichen für die vollstationäre Versorgung aufgebracht. Die Ausgaben der Sozialhilfe respektive die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege-Leistungen konnte durch die Eigenanteilsbremse gemäß § 43c SGB XI deutlich reduziert werden.

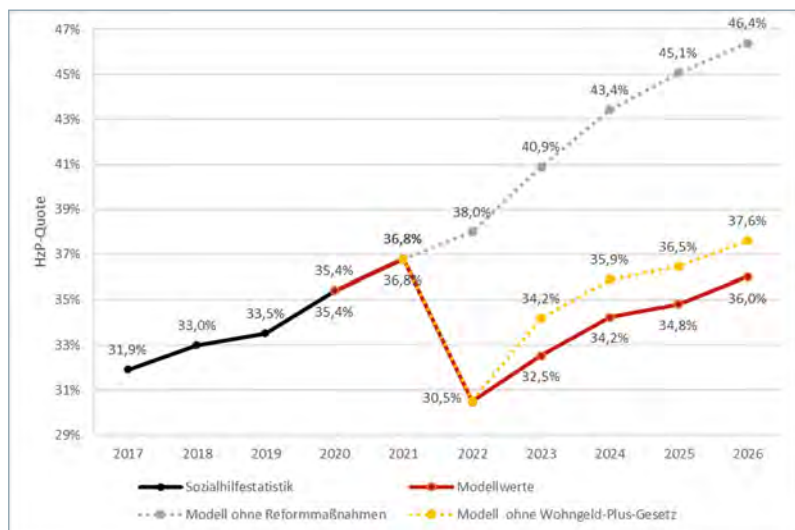
Nur vorübergehende Absenkung der Sozialhilfequote

Die Begrenzung des Eigenanteils führt allerdings nur vorübergehend zur Absenkung der Sozialhilfequote, wie Rothgang (2023) stets betont hat. Bei einem weiteren Anstieg der pflegebedingten Aufwendungen, aber auch der Hotel- und Investitionskosten, wird die Quote der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege deutlich steigen. Zum 01.01.2023 hat bundesdurchschnittlich der pflegebedingte Eigenanteil bei 1.244 Euro und der bundesdurchschnittliche Gesamtanteil bei 2.573 Euro und damit mehr als bei dem Doppelten der Durchschnittsrente für Männer (Rothgang 2023). Mit einer weiteren Steigung der Eigenanteile ist unweigerlich zu rechnen. Rothgang stellt für die DAK Hochrechnungen für die Sozialhilfe, im Rahmen der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII, an. Er kommt zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:

1. Die Reformelemente zur Begrenzung des Eigenanteils der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen strukturell auf eine situative Entlastung der Pflegebedürftigen, die durch – insbesondere reformbedingt – steigende pflegebedingte Kosten wieder aufgezehrt wird. Dadurch werden die pflegebedingte Verarmung und der pflegebedingte Vermögensverzehr verzögert, keinesfalls jedoch begrenzt.
2. Trotz Leistungsausweitungen der Pflegeversicherungsleistungen wird *keine korrespondierende Absenkung der privat getragenen Eigenanteilszahlungen* im Fall der Heimpflege erreicht. Bereits im Jahr 2023 übersteigen die privat aufzubringenden Durchschnittsbeträge (unter Berücksichtigung der Sozialhilfeleistungen) wieder den Wert von 2021 und steigen danach in bisher unerreichte Höhen.
3. § 43c SGB XI führt zu *direkten Entlastungen für die Sozialhilfeträger* in Höhe von über 1,264 Mrd. Euro (im Vergleich der Modellwerte von 2022 mit 2021), die bei Wegfall der ursprünglich geplanten anteiligen Investitionskostenfinanzierung auch die öffentlichen Haushalte vorübergehend entlasten. Analog zur Entwicklung der Sozialhilfequote wird allerdings auch dieser Ausgabeneffekt durch steigende Pflegesätze bei einer nur anteiligen Kompensation durch die Leistungszuschläge des § 43c SGB XI wieder aufgezehrt. Bereits 2023 haben die Ausgaben der Sozialhilfeträger die Werte von 2019 fast wieder erreicht. Bis

2026 übersteigen sie diesen Vergleichswert dann bereits um rund 1 Mrd. Euro (Rothgang et al. 2023).

Abbildung 86: Entwicklung der HzP-Quote mit und ohne Reformmaßnahmen



Quelle: Rothgang et al. 2023

Die Pflegesätze werden aktuell auf der Grundlage des neuen Personalbemessungssystems gemäß § 113c SGB XI verhandelt. Eine Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen wie etwa der Ausbildungsumlage aus den den pflegebedürftigen Versicherten zugeordneten Kosten hat man sich in der 20. Legislaturperiode nicht verständigen können. Nach alledem ist auf der Grundlage der Berechnungen von Rothgang zu erwarten, dass die Sozialhilfequote in den nächsten Jahren wieder deutlich zunehmen wird.

Dies führt nicht nur zum Akzeptanzverlust stationärer Versorgung in der Bevölkerung, sondern auch zu deutlich erhöhten Ausgaben der Sozialhilfeträger, das heißt der Länder und insbesondere der Kommunen. Die Sozialhilfe respektive die Hilfe zur Pflege wieder stärker strategisch und konzeptionell in die Diskussion um eine zukunftssichere Absicherung des Pflegerisikos einzubeziehen, wird unter anderem von Cremer in die Diskussion gebracht (Cremer 2023a, 2023b). Auch in der Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie im Rahmen des DAK-Pflegereport 2024 wird eine einkommensabhängige Beteiligung an den Pflegekosten von einem relevanten Teil der Bevölkerung befürwortet. Das Gutachten für das BMWK setzt ebenfalls auf den Einsatz von in der Mitteschicht vorhandenem Vermögen der Baby-Boomer-Generation, das auch durchschnittlich beträchtlich ist (Abbildung 88).

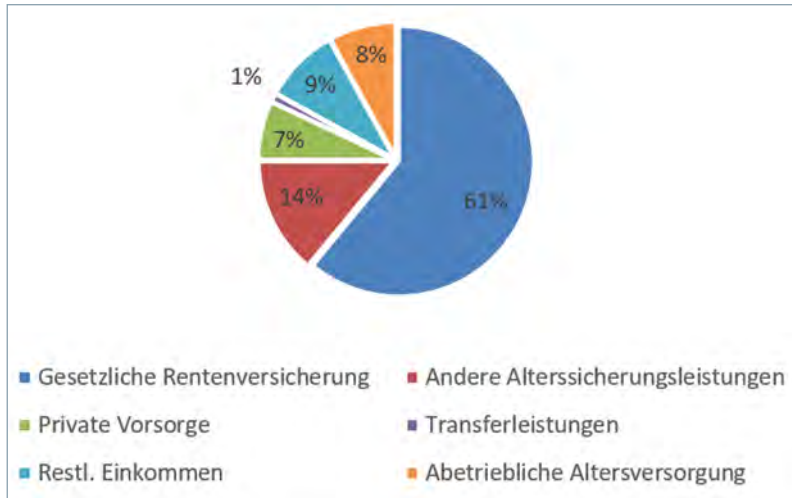
Tabelle 8: Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp

Haushaltstyp	Deutschland	Alte Länder	Neue Länder
Ehepaare	2.907 €	2.989 €	2.577 €
Alleinstehende Männer	1.816 €	1.875 €	1.563 €
Alleinstehende Frauen	1.607 €	1.617 €	1.567 €

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2020

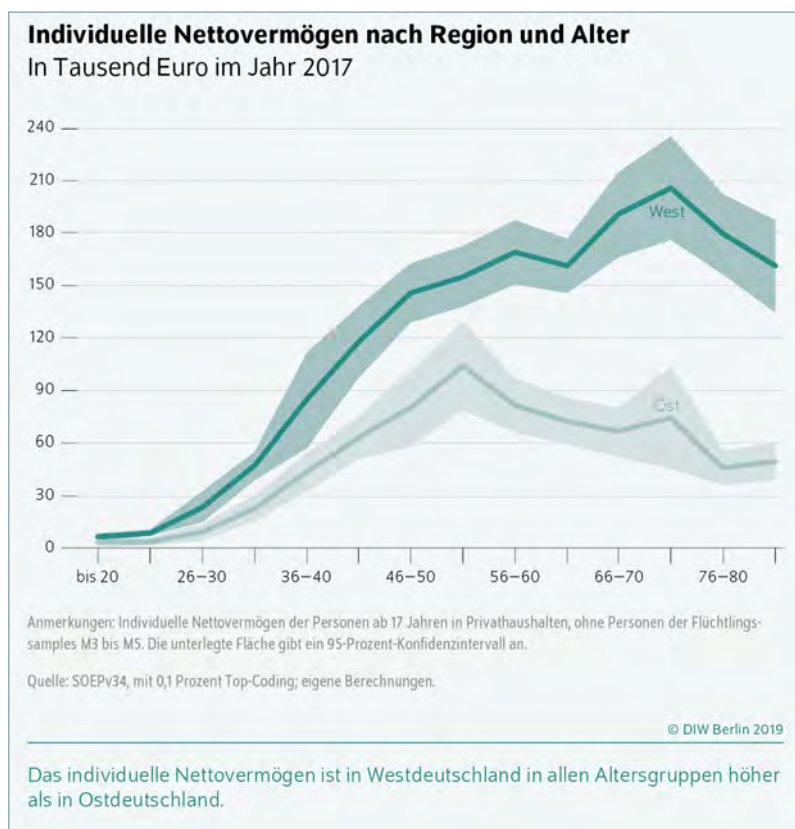
Tabelle 8 zeigt das monatliche Nettoeinkommen, welches Personen ab 65 Jahren, je nach Haushaltstyp, durchschnittlich zur Verfügung steht. Dieses setzt sich zusammen aus Kapitalerträgen/ Zinseinkünften, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Erwerbseinkünften, Renten aus privaten Renten- und Lebensversicherungen, Transferleistungen und sonstigen Einkommen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2020).

Abbildung 87: Anteile von Komponenten am Volumen der Bruttoeinkommen der 65-Jährigen und Älteren



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2020

Die Sozialhilfeberechtigung bzw. die Verwiesenheit auf Sozialhilfe hängt sowohl von dem individuellen Nettoeinkommen als auch dem Vermögen Pflegebedürftiger ab. Die Zusammensetzung des Bruttoeinkommens über 65-Jähriger ergibt sich aus der Abbildung 86. Über 60 % der Einkommen stammt aus Ansprüchen gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung, andere Alterssicherungsleistungen wie betriebliche Altersversorgung machen insgesamt 22 % des Einkommens aus.

Abbildung 88: Individuelle Nettovermögen nach Region und Alter

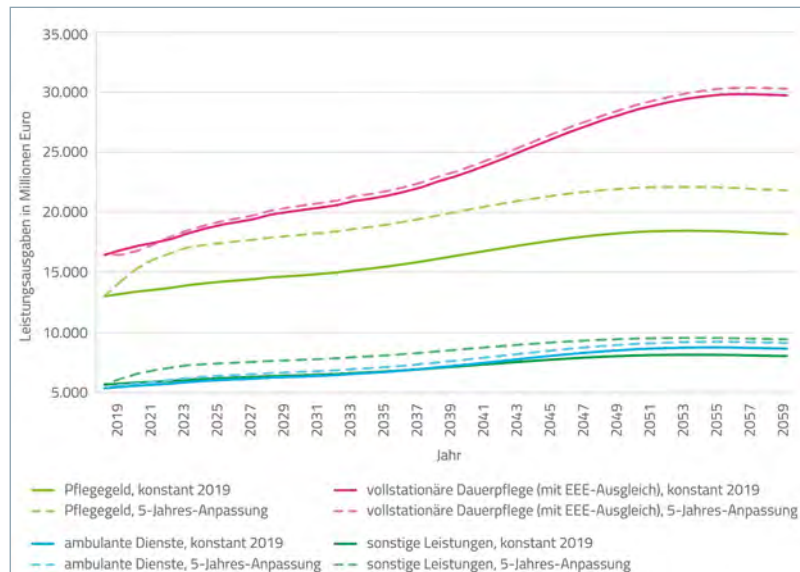
Quelle: Grabka und Halbmeier 2019

Hinsichtlich des Nettovermögens gibt Abbildung 88 Hinweise auf die Verteilung nach Altersgruppen und Regionen. Sie zeigt auf, dass über 65-Jährige über ein durchschnittlich recht hohes Vermögen verfügen, demgegenüber können junge Erwachsene in der Regel nur auf ein geringes oder kaum Vermögen zurückgreifen. Insofern wird in der volkswirtschaftlichen Debatte um eine generationengerechte Finanzierung der Pflege auch die Frage nach dem Einsatz von Vermögen gestellt, die in dem geltenden Recht der Sozialhilfe allerdings kaum auf Akzeptanz stößt, wenn das Schonvermögen pro Person bei 10.000 Euro angesetzt wird, § 90 SGB XII.

Was die Einnahmen- und Ausgabenseite der Pflegeversicherung betrifft sind Voraussagen voraussetzungsreich (Rothgang und Müller 2021). Das gilt vor allem für die Einnahmeseite der Pflegeversicherung. Voraussagen über die wirtschaftliche Entwicklung, den Beschäftigungsgrad, die Lohnentwicklung und Zuwanderung sind gerade in Zeiten multipler Krisenszenarien mit hohen Unsicherheiten verbunden. Bisherige Prognosen lagen in aller Regel weit ab von den tatsächlichen

Entwicklungen, etwa hinsichtlich der Nettozuwanderung. Besser lässt sich die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung – rebus sic stantibus – berechnen. Rothgang und Müller (2021) haben dies im Barmer Pflegereport 2021 getan. Unter der Annahme konstanter Prävalenzen bei mittlerer Erhöhung der Lebenserwartung steigen die Leistungsausgaben nach Rothgang und Müller 2021 von 53 Mrd Euro im Jahre 2030 auf 70,6 Mrd Euro im Jahre 2050 (Rothgang und Müller 2021). Angesichts der bereits aktuell bestehenden Probleme der Finanzierung der Pflegeversicherung kann die Finanzierung der Pflegeversicherung auf der Grundlage der aktuellen Beitragssätze nicht als gesichert gelten. Diese Einschätzung wird durch den erwarteten Rückgang des Erwerbstätigenpotenzial noch verschärft.

Abbildung 89: Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die Hauptleistungsarten und sonstige Leistungen nach Szenario der Prävalenzanpassung



Quelle: Rothgang und Müller 2021

Fallstricke privater Pflegevorsorge

Raffelhüschchen (2022) fordert seit Langem eine stärkere private Pflegevorsorge. Auch das Gutachten für das BMWK setzt auf private Vorsorge. Der sogenannte „Pflege-Bahr“ hat in der Bevölkerung (bislang) kaum Resonanz gefunden. Etwa ein Siebtel der in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung Befragten gibt an, über eine private Pflegevorsorgeversicherung zu verfügen (siehe Kapitel 4.3.3 Pflegevorsorge bislang Sache einer Minderheit). Eine Bereitschaft zur privaten Vorsorge durch eine private Pflegeversicherung ist bei einkommensstarken Haushalten gegeben. Die Vorschläge zu einer privaten Pflegevorsorgeversicherung weichen allerdings dem Problem aus, dass der Finanzierungsbedarf für die Pflege nicht erst nach Bildung eines entsprechenden Kapitalstocks entsteht, sondern zeitnah sofort. Insofern erscheinen auch die Überlegungen des Gutachtens für das BMWK

als unrealistisch, wenn der Kohorte der Baby-Boomer „zugemutet wird“, die über das jetzige Niveau der umlagefinanzierten Pflegeleistung hinausgehenden Kosten durch eigene Vorsorge abzuschließen (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) 2022). Eine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung würde über dies die nachfolgenden Generationen (zusätzlich) belasten – neben den Sozialabgaben und ist solange kaum verantwortlich zu regeln, solange die Strategie der sozialen Pflegeversicherung und ihre Konsolidierung nicht absehbar ist.

Realistisch läuft diese Absicherung auf den erwarteten Vermögensverbrauch hinaus. Die bisherigen privaten Pflegezusatzversicherungen sehen in der Regel nur Leistungen für einen stationären Aufenthalt ab dem Pflegegrad 2 vor.

**Vermögens-
verbrauch der
Baby-Boomer**

In der gesamten Diskussion werden die Kosten, die in der häuslichen Pflege entstehen, selten einbezogen (Hielscher et al. 2017; Eggert et al. 2013). Das gilt auch für das Gutachten für das BMWK, das immerhin Bezug auf die sogenannte Live-Ins und ihrer Beteiligung an Pflegeaufgaben nimmt (BMWK 2022), dabei aber dem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (Urt. v. 24.06.2021, Az. 5 AZR 505/20) zur 24-Stunden-Pflege eine „Breitenwirkung“ zuschreiben, die ihm nicht zukommt, da es sich auf eine kaum verbreitete Variante (Anstellungsmodell) handelte (Klie 2021a; Thüsing 2019). Auf die volkswirtschaftlichen Kosten, die dadurch entstehen, dass Pflege in Schwarzarbeit erbracht wird oder dadurch, dass insbesondere Frauen – einer traditionellen Frauenrolle folgend – auf ihre Erwerbsarbeit verzichten oder sie einschränken, wird in der Finanzierungsdebatte kaum eingegangen. Insgesamt fällt auf, das gilt auch für die interessanten Vorschläge zum Sockel-Spitze-Tausch (Rothgang et al. 2019), dass die dominante Bewältigungsform von Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege unter Nutzung informeller Unterstützungsressourcen kaum mitreflektiert wird. Die Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung folgt einer Versorgungslogik, die die dominante Beantwortung von Pflegebedarfen in der bundesdeutschen Bevölkerung nicht hinreichend einbezieht. Hierin liegt eine der großen Schwächen auch der volkswirtschaftlichen Diskussion um die Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung.

7.3 Herausforderung 3: Informelles Pflegepotential

Die deutsche Pflegeversicherung ist fiskalisch auf der Bereitschaft von Familien, von An- und Zugehörigen, Freunden, aber auch Nachbarn kalkuliert, einen ganz wesentlichen Teil der Sorge- und Pflegeaufgaben zu übernehmen. Der aktuelle und die bisherigen DAK-Pflegereporte haben immer wieder gezeigt, dass in der Bevölkerung, bis in die Jahrgänge junger Erwachsener hinein, die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben fest verankert ist (Klie 2021b). Entgegen den Erwartungen, die angesichts von gesellschaftlichen Modernisierungsdynamiken einen Rückgang häuslicher Pflegearrangements plausibel machten, ist der Anteil häuslich Versorgter auf Pflege angewiesener Menschen in den letzten Jahren

**Steigender An-
teil häuslich
Versorgter**

kontinuierlich gestiegen. Auch hier finden sich große regionale Unterschiede und Abweichungen zwischen den Bundesländern (Klie 2018).

Informelles Pflegepotential geht zurück

Eine Reihe von Studien widmen sich dem Thema der informellen Pflege (Maier 2015; Jong 2022). Sicher ist, dass das sogenannte informelle Pflegepotential rein statistisch zurückgeht. Geht man davon aus, dass die 40- bis 75-Jährigen überwiegend in intrafamilialen Netzwerken Pflegeaufgaben übernehmen, häufig als Partnerin oder Partner, aber auch als sonstige Angehörige, wird mit Blick auf die demografischen Dynamiken deutlich, dass sich das Verhältnis der pflegenahen Jahrgänge zu den Jahrgängen Hochbetagter, bei denen die Pflegeprävalenz am stärksten ausgeprägt ist, zu Ungunsten des informellen Pflegepotentials verändert. Dabei gilt auch hier zu beachten, dass die Entwicklungen sich regional und lokal im hohen Maße unterscheiden, wie dies etwa in den Monitorings Pflegepersonalbedarf herausgearbeitet werden konnte (Isfort und Klie 2024, 2023; Klie und Isfort 2021; Isfort und Klie 2022, 2023; Isfort 2021).

Tabelle 9: Anteile nach Versorgungsart in Regionen in Bayern

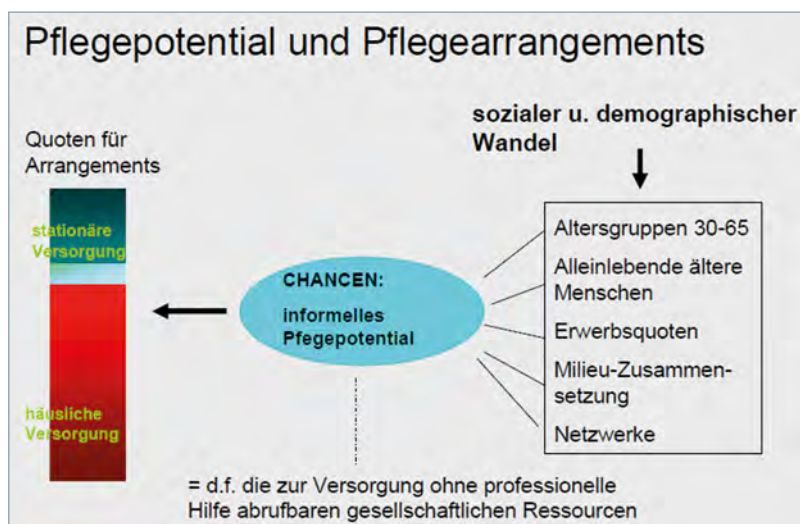
Stadt-/Landreise	Stationäre Pflege (%)	Ambulante Pflege (%)	Pflegegeld (%)
Haßberge (Lkr)	14,9 %	19,9 %	65,3 %
Weiden i. d.OPf (Lkr)	24,6 %	36,3 %	39,1 %
Ø Bayern	21,0 %	20,7 %	58,3 %

Quelle: Eigene Darstellung nach Isfort und Klie 2024

Auseinanderdriften von Pflegebedarf und informellem Pflegepotential

Mit dem Auseinanderdriften von Pflegebedarf einerseits und informellem Pflegepotential andererseits befassen wir uns schon seit Jahrzehnten. Wir definieren das informelle Pflegepotential als die in der Gesellschaft vorhandenen Ressourcen, die sich zur nichtberuflichen häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen mobilisieren lassen (Blinkert und Klie 2004). Das Pflegepotential ist abhängig vom Altersaufbau, von der Erwerbsbeteiligung, von sozialen Bedingungen und Strukturen des Zusammenlebens, von kulturellen Bedingungen, die maßgeblich sind für Solidarität und gelebte Werthaltung. Auch ökonomische Bedingungen spielen eine Rolle, wie Institutionen und Infrastrukturen, die einen Beitrag zur Stabilisierung oder Destabilisierung der häuslichen Pflege leisten können. Der demografische Wandel führt zu einer abnehmenden Bevölkerung im Alter von 30 bis 65, das heißt zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins pflegender Kinder. Gleichzeitig nimmt die Zahl alleinlebender älterer Menschen zu (Vries 2023). Auch steigen – mit großen regionalen Unterschieden – die Erwerbsquoten von Frauen, die nach einem traditionellen Rollenmodell weithin für Pflegeaufgaben zur Verfügung stehen. Bei zunehmender räumlicher Mobilität sinkt überdies die Wahrscheinlichkeit intrafamiliärer Unterstützung.

Abbildung 90: Pflegepotential und Pflegearrangements

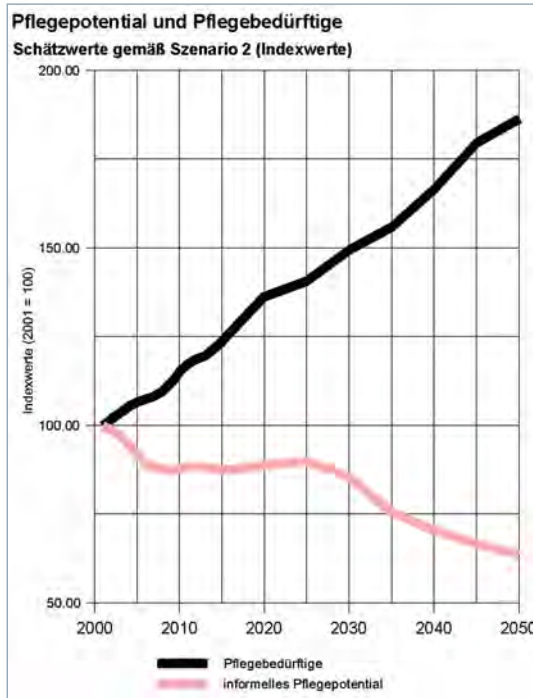


Quelle: Blinkert 2008

In verschiedenen Forschungsprojekten konnte herausgearbeitet werden, dass soziokulturelle Wandlungsprozesse einen maßgeblichen Einfluss auf die Versorgungschancen, das heißt, auch auf mobilisierbares informelles Pflegepotential, haben. Soziale Milieus zeichnen sich auch durch unterschiedliche Versorgungspräferenzen aus. Das soziale Umfeld von Pflegebedürftigen ist mit entscheidend dafür, wie viel Zeit in der Unterstützung Pflegebedürftiger aus sozialen Netzwerken heraus geleistet wird (Blinkert und Klie 2006). Es lassen sich günstige und ungünstige soziale Umfeldfaktoren ausmachen, die die Aktivierung informellen Pflegepotentials erleichtern oder behindern. Zu den günstigen Kontexten gehört ein stabiles Netzwerk (Zusammeneben in einem Haushalt), eher ländliche Regionen, ein vormoderner Lebensentwurf der Hauptpflegeperson (klassische Frauenrolle) und ein niedriger Sozialstatus der Hauptpflegeperson. Ungünstige Kontexte bilden ein prekäres oder labiles Netzwerk (alleinlebende), städtische Regionen, ein moderner Lebensentwurf der Hauptpflegeperson respektive ein hoher Sozialstatus der Hauptpflegeperson. Bei ihnen sind die Opportunitätskosten, die mit der Übernahme von Pflegeaufgaben verbunden sind, am stärksten ausgeprägt (vgl. Blinkert/Klie 2004). Die Übernahme von Pflegeaufgaben im familiären Kontext geht zulasten von Erwerbsarbeit oder ist mit ihrer Reduzierung verbunden, die Vernachlässigung von Familien und Partnerschaft, Reisen und Hobbies.

Schätzwerte über die Entwicklung von „Bedarf und Chancen“ im demografischen und soziokulturellen Wandel im Zeitverlauf von 2006 bis 2050 gibt die nachfolgende Übersicht wieder.

Soziale Unterschiede bei den Potenzialen zur Aktivierung informeller Pflege

Abbildung 91: Schätzwerte über die Entwicklung von Bedarf und Chancen

Quelle: Blinkert 2007

Anteil häuslicher Pflegearrangements unerwartet gestiegen

Die Scherenentwicklung der Zahl Pflegebedürftiger und der als informelles Pflegepotential potentiell zur Verfügung stehende Personen ist seit Jahrzehnten bekannt. Es wurden unterschiedliche Szenarien entwickelt und berechnet, die den Anteil häuslich Versorger in zum Teil höchst unterschiedlichen Anteilen prognostizierten respektive unter bestimmten Annahmen für wahrscheinlich hielt. Dabei wurden Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ebenso als Einflussgrößen einbezogen, wie die Verfügbarkeit einer entlastenden Infrastruktur und fachlichen Begleitung (Blinkert und Klie 2004). Die seinerzeit gerechneten Szenarien wurden durch die empirische Entwicklung weithin widerlegt: Auch wenn es nur sehr moderat zu einem Ausbau pflegeunterstützender Pflegeinfrastruktur kam, auch wenn die Nutzung ambulanter Dienste in häuslichen Pflegearrangements immer noch ausgesprochen gering ist (Klie 2022), ist der Anteil selbstorganisierter Pflegearrangements – mit großen regionalen Unterschieden – gestiegen. Maßgeblich für häusliche Pflegearrangements, in denen informell Pflegenden eine zentrale Rolle spielen, sind gesellschaftliche, kulturelle, ökonomische und institutionelle Kontexte.

Ökonomische Anreize und Notwendigkeiten

So spielen etwa auch ökonomische Anreize respektive Belohnungen der häuslichen Pflege eine Rolle. Die Attraktivität des Pflegegeldes ist ungebrochen (vgl. DAK-Pflegereport 2022). Mit steigenden Kosten in der stationären Versorgung und

drohender Sozialhilfebedürftigkeit wird ebenfalls ein Einfluss zugunsten häuslicher Pflege ausgeübt, auch wenn er mit den Präferenzen der Haushalte möglicherweise ebenso wenig zu tun hat wie mit fachlichen Anforderungen. Von Einfluss ist auch der allgemeine Lebensstandard. Bei hoher Arbeitslosigkeit stellen sich Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht in gleicher Weise wie bei derzeit bestehender Vollbeschäftigung. Auch wirtschaftliche Krisen bestimmen die Wahl der Pflegearrangements. Dies zeigt sich auch aktuell angesichts zum Teil deutlicher Kostensteigerungen und Inflation seit 2022 ebenso wie in der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/09. Die Absenkung der Kaufkraft des Haushaltseinkommens führt bei einkommensschwachen Haushalten zu Korrekturen der Inanspruchnahme von formellen Leistungen (Klie 2024).

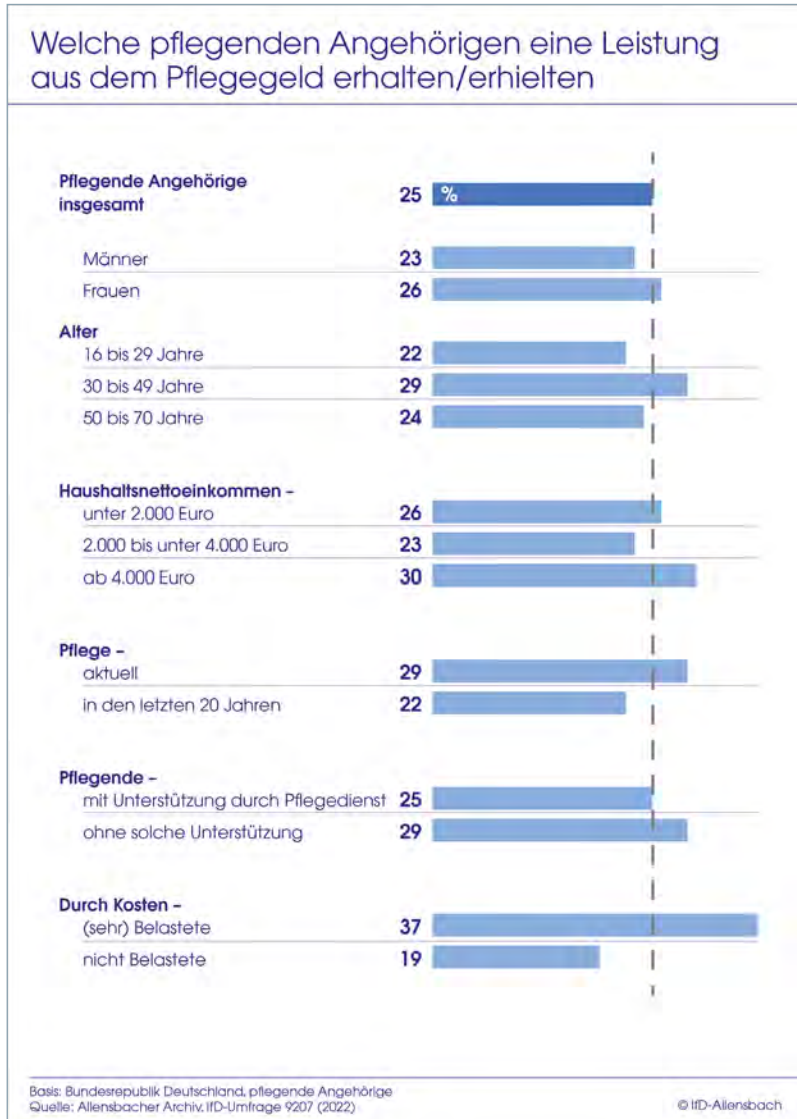
Schließlich sind kulturelle Aspekte von Bedeutung. In traditionellen muslimischen Haushalten gehört die Pflege der Angehörigen zur Moral und ist Ausdruck gelebten Glaubens (Uslucan 2022). Trends der Individualisierung machen innerfamiliäre Pflege – jenseits von Partnerschaften – unwahrscheinlicher. Ein von Autonomie geprägtes Leitbild guten Lebens lässt sich nicht ohne Weiteres mit der dauerhaften Übernahme oder Akzeptanz von Pflegeleistungen vereinbaren.

Die aktuellen Entwicklungen auf dem Pflegesektor in Verbindung mit dem ausführlich geschilderten Personalmangel führen allerdings auch in „individualisierten“ Milieus dazu, dass die fehlende Verfügbarkeit einer entlastenden und alternativen Versorgungsinfrastruktur die Übernahme von Pflegeaufgaben in informellen Settings wieder wahrscheinlich werden lässt – und dies zulasten der Erwerbstätigkeit, was in manchen Branchen schon als Problem aufschlägt und erkannt wurde.

Im deutschen System der Pflegeversicherung spielt im Zusammenhang mit dem informellen Pflegepotential das Pflegegeld eine wichtige und stabilisierende Rolle. Sowohl die Analysen des DAK-Pflegereportes 2022 zur Pflegegeldverwendung als auch die Pflegestudie des VdK 2023 (Büscher 2023) geben Einblick in die sehr unterschiedlichen Nutzungsoptionen des Pflegegeldes.

Unterschiedliche Verwendung des Pflegegeldes

Abbildung 92: Pflegegeld: wichtig und unverzichtbar. Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten



Quelle: Haumann 2022

Die Nutzungspräferenzen unterscheiden sich nach Bevölkerungsgruppen, nach Haushaltsgrößen, aber auch nach Regionen. Bei eher einkommensschwachen Haushalten wird das Pflegegeld zur Deckung der allgemeinen Kosten und zur Erhaltung des Lebensstandards genutzt. In Haushalten mit einem höheren sozialen Status und besserem Einkommen wird es an die pflegenden Angehörigen weitergereicht. Andere Haushalte nutzen es für selbstbeschaffte Formen der Unter-

stützung, von Haushaltshilfen bis hin zu osteuropäischen Haushalts- und Pflegekräften, die auch eine deutlich stabilisierende Wirkung haben können – allerdings nicht im engeren Sinne zum informellen Pflegepotential gerechnet werden können, auch wenn sie eine Ersatzfunktion für die Angehörigenpflege übernehmen (Arend und Klie 2017). Pflegegeldleistungen, die im europäischen Vergleich sehr unterschiedlich verbreitet sind, entfalten jeweils eine allerdings zumeist unspezifische stabilisierende Wirkung auf häusliche Pflegearrangements (Schulz und Geyer 2014). Bei einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird man in besonderer Weise das Pflegegeld und damit auch die Stützung häuslicher Pflegearrangements zu Priorisieren haben.

Die aktuellen Daten und Annahmen zum informellen Pflegepotential beruhen immer noch auf dem verbreiteten Modell informeller Pflege in Partnerschaften und durch zumeist im Haushalt oder in der Nähe des Haushalts lebenden An- und Zugehörigen. Für die Baby-Boomer-Generation wird zwar die Partnerpflege nicht unwahrscheinlicher – aber (fast immer) nur für einen der Partnerinnen/ Partner in einer Ehe oder anderen Form der Partnerschaft. Auch die aktuell vorgesehenen Regelungen zu Verantwortungsgemeinschaften, die Bundesjustizminister Buschmann zu seinem Projekt gemacht hat, (Bundesministerium der Justiz (BMJ) 2024) reflektiert sich verändernde soziale Netzwerkstrukturen in der nachfolgenden, vor allen Dingen der Baby-Boomer-Generation. Soll die informelle Pflege weiterhin einen maßgeblichen Anteil an der pflegerischen Versorgung übernehmen – wozu es letztlich gar keine Alternative gibt – wird man Formen der informellen Sorge und Pflege auf denen in der nachfolgenden Übersicht als informellen Sektor 2 beschriebenen auszudehnen haben.

Die Rolle der Partnerinnen bzw. Partner und weiterer Netzwerke

Tabelle 10: Akteure und Sektoren in Pflegearrangements

Sektoren	Akteure
Informeller Sektor 1	Angehörige, Kinder, Partner, Verwandte
Informeller Sektor 2	Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche
Formeller Sektor 1	Professionelle Fachkräfte, Dienste
Formeller Sektor 2	Sonstige berufliche, kommerzielle Anbieter

Quelle: Eigene Darstellung nach Blinkert 2008

Hierauf zielen vielfältige Ansätze der Stärkung der Nachbarschaftshilfe oder des Quartiersmanagements. Auch unter dem Label sorgender Gemeinschaften und Caring Communities (Klie 2020) werden Strategien örtlicher Solidaritätsnetzwerke und neuer Formen informeller Pflege verhandelt. Der DAK Pflegereport 2024 zeigt, dass es gerade in der Baby-Boomer-Generation eine ausgeprägte Bereitschaft zur Unterstützung von Freunden und Nachbarn gibt – ohne Entgelt oder gegen Entgelt. Auf entsprechende Sorgenetzwerke wird es in der Zukunft im ho-

Nachbarschaftshilfen und kommunale Sorgestrukturen stärken

hen Maße ankommen, wenn Aufgaben der Pflege den demografischen Dynamiken folgend neu vergesellschaftet werden. Hier spielen ermöglichende und unterstützende Strukturen eine wichtige Rolle. Zu diesen zählen zum einen Beratungs- und Care und Case Management-Strukturen vor Ort, die die DAK-Gesundheit in dem Projekt ReKo exemplarisch und vorbildlich entwickelt und erprobt hat. Zu diesen Strukturen gehören aber auch kommunale Sorgestrukturen, ebenfalls mit Beratungsangeboten und bürgerschaftlich verankerten Netzwerken, wie es in vielen Gemeinden in Deutschland umgesetzt werden konnte (Beck et al. 2023; Schön und Klie 2022; Zietz 2022).

Unterschiedliche Vulnerabilität

Ein Ausbau und eine neue Bedeutung des informellen Sektors 2 ist mit vielfältigen kulturellen Fragen verbunden. Bisher war Pflegebedürftigkeit zumeist als privates Schicksal interpretiert worden, in das andere nach Möglichkeit keinen Einblick nehmen sollten. Pflegebedürftigkeit war und ist schambesetzt. Auch fällt es manchen Milieus besonders schwer, Aspekte der Vulnerabilität mit anderen zu teilen. Insofern ist mit einer Erweiterung des informellen Sektors auch jeweils eine Kulturentwicklung verbunden, die sowohl auf die unterschiedlichen Milieus und ethnischen Gruppen als auch Regionen hin ausgerichtet sein und werden muss. Eine Formalisierung des ehrenamtlichen Sektors, wie es im Zusammenhang mit den ergänzenden und unterstützenden Leistungen gemäß § 45b SGB XI geschehen ist, stellt sich offenbar nicht als eine tragfähige Perspektive dar, da sich die Strukturen nur örtlich, aber nicht flächendeckend haben entwickeln lassen. Auch lässt sich eine sorgende Gesellschaft nicht von oben organisieren. Es sind vielmehr sorgende Gesellschaften und Gemeinden als bottom up-Bewegungen, die mit den Ansätzen der Caring Community verbunden werden (Wegleitner et al. 2023). Die VdK-Pflegestudie hat deutlich gemacht, wie wenig der Entlastungsbeitrag von 125 Euro gemäß § 45b SGB XI genutzt werden kann. Fast 80 Prozent der Versicherten sind nicht in der Lage, ihn einzulösen, da es an einer entsprechenden Infrastruktur mangelt. Insofern wird man stärker auf Formen der Selbstorganisation setzen und sie zulassen müssen.

Osteuropäische Haushaltshilfen

Auch der formelle Sektor 2 – bezahlte, berufliche Hilfen jenseits der zugelassenen Pflegedienste – wird eine größere Bedeutung für die Sorge und Pflege pflegebedürftiger Menschen spielen. Die osteuropäischen Haushaltshilfen, die Live-Ins, sind ein Beispiel für die Unverzichtbarkeit selbstorganisierter Pflegearrangements aus dem formellen Sektor 2. Ohne sie würden zahlreiche Pflegearrangements kollabieren. Es bestehen allerdings trotz entsprechender in der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung niedergelegten Absichten keine realen Chancen auf eine rechtlich belastbare Regulierung des Live-In-Bereichs (Kreis und Köhncke 2022). Einer der größten Desiderate der Absicherung häuslicher Pflegearrangements besteht im Fehlen hauswirtschaftlicher Unterstützung. Manche Internetportale offerieren Hilfen. Viele quasiberufliche Unterstützungsformen basieren auf örtlichen „Netzwerken“. Der Mangel ist erheblich.

Reimer Gronemeyer und Oliver Schultz (2023) sprechen vom Ende der Dienstleistungsgesellschaft und setzen einerseits auf zivilgesellschaftliche Antworten, mit denen den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen ist. Andererseits warnen sie davor, dass angesichts des Dramas der Pflege und des dominanten anthropologischen Leitbildes der Autonomie die Akzeptanz von und der Wunsch nach einem assistierten Suizid zunehmen könnte. „Wir wollen einander nicht zur Last fallen“, diese Aussage ist typisch für die Baby-Boomer-Generation, die in besonderer Weise mit den demografischen Dynamiken konfrontiert sein werden.

Die soziale Pflegeversicherung ist angetreten, Menschen verbindliche Rechtsansprüche auf sozialstaatliche Leistungen bei Pflegebedürftigkeit einzuräumen und fachliche Begleitung zu gewährleisten, wenn es um Fragen der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit geht. Diese Versprechen gilt es weiter einzulösen, wenngleich auch unter grundlegend veränderten Bedingungen. Die DAK-Gesundheit hat eine Reihe von unterstützenden Angeboten für pflegende Angehörige geschaffen und nutzt dabei auch Social Media-Zugänge und digitale Informationsportale („Pflegeleicht“). § 8 SGB XI betont, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Insofern werden alle Akteure so gut wie möglich zusammenwirken müssen, um die künftigen Herausforderungen zu bewältigen. Dazu gehört zuvörderst die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und dies in einer Weise, die Gerechtigkeitsprinzipien folgt, im Geschlechter- und Generationenverhältnis fair ist und vor allen Dingen sowohl die Gesundheit der Pflegenden als auch die der Pflegebedürftigen erhält. Prävention, pflegfachliche Begleitung und die Mitwirkung am Aufbau von örtlichen Sorgestrukturen gehören zu den zentralen Bausteinen, dem Drama der Pflege zu begegnen. Die Solidarität mit auf Pflege angewiesenen Menschen in die alltägliche Lebensführung einzuschreiben, ist eine Aufgabe einer Gesellschaft des langen Lebens. Sich existenziellen Bedürfnissen anderer Menschen zu stellen und sich ihnen gegenüber zu öffnen, kann auch erfüllend sein. Die Hospizbewegung ist Ausdruck einer solchen modernen Solidaritätsbewegung, in der diejenigen, die Unterstützung leisten, häufig auch diejenigen sind, die sich bereichert fühlen. Die DAK-Gesundheit hat mit ihren vielfältigen Kampagnen zum gesellschaftlichen Zusammenhalt, zur Akzeptanz von Vielfalt und zur Generationensolidarität ihrerseits einen Beitrag zu einer Kultur der (Mit-)Sorge geleistet. Das wird sie auch weiter tun und sich gleichzeitig für stabile Finanzierung der Pflegeversicherung und damit auch für den Erhalt der Pflegeversicherung einsetzen. Sie Bevölkerung setzt auf sie – aber auch auf gesellschaftliche Solidarität.

Beitrag der DAK zur Generationensolidarität und Akzeptanz von Vielfalt

7.4 Literaturverzeichnis

Arend, Stefan; Klie, Thomas (Hg.) (2017): Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte – Analysen, Erfahrungen, Konzepte. Hannover: Vincentz Network (Altenheim).

- Auffenberg, Jennie; Becka, Denise; Evans, Michaela; Kokott, Nico; Schleicher, Sergej; Braun, Esther (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Online verfügbar unter www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf.
- Beck, Gabriele; Eitenbichler, Lucia; Winterhalter, Franz-Josef (2023): Ambulant betreute Wohngemeinschaften am Scheideweg. In: *Demenz – Das Magazin* (58/59), S. 32–35.
- Blinkert, Baldo (2008): Pflege als soziales Schicksal: Die Zukunft der Pflege im demografischen und sozialen Wandel. Vortrag auf dem Abschluss Symposium zum Modellprojekt „Pflegebudget“. Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e. V. (FIFAS). Berlin, 2008. Online verfügbar unter www.fifas.de/all/pdf/Blinkert_PflegeWandel.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2006): Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (06), S. 423–428.
- Breyer, Friedrich; Lorenz, Normann (2020): Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? In: *Wirtschaftsdienst* 100 (8), S. 591–596. DOI: 10.1007/s10273-020-2716-1.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2024): Bundesjustizminister Buschmann legt Eckpunkte für die Verantwortungsgemeinschaft vor: Ein neues Rechtsinstitut für die Übernahme von Verantwortung jenseits von Familie und Partnerschaft. Pressemitteilung Nr. 10/2024 05. Februar 2024. Online verfügbar unter www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/0205_VAG_Eckpunkte.html, zuletzt geprüft am 16.02.2024.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020): Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2020 gemäß § 154 Abs. 2 SGB VI (Alterssicherungsbericht 2020). Online verfügbar unter www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/alterssicherungsbericht-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 26.02.2024.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (2022): Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK). Berlin. Online verfügbar unter www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/nachhaltige-finanzierungen-von-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 19.06.2023.
- Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG (Schriften zum Sozialrecht, 61).

- Büscher, Andreas (2023): Pflege zu Hause – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. VdK-Pflegestudie (Abschlussbericht). Unter Mitarbeit von Lara Peters, Stephanie Stelzig, Alena Lübben und Ivanna Yalymova. Hg. v. Sozialverband VdK Deutschland. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter www.vdk.de/deutschland/downloadmime/6610/23_05_11_VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Februar_2023_inkl._Anhang.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2023.
- Cremer, Georg (2023a): Ist die Pflegevollversicherung „gerecht“? Zum Reformbedarf der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege. In: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)* 32 (6), S. 201–206.
- Cremer, Georg (2023b): Zu Reformansätzen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege. Sonder-ACK Pflege und Pflegereform am 14.06.2023. Berlin, 2023.
- Das Demographie Netzwerk e. V. (ddn) (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Ein Arbeitsergebnis des AGP-Projekts HERAUSFORDERUNG PFLEGE II. 1. Auflage. Unter Mitarbeit von Ulrich Christofczik, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Gabriele Göhring, Birgit Heyden, Rudolf Kast et al. AGP Sozialforschung; BMG. Dortmund. Online verfügbar unter http://agp-freiburg.de/downloads/2017/brandneu/AGP_Arbeitshilfe_Schluesselfaktoren_Personalarbeit.pdf, zuletzt geprüft am 07.08.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP); Think Tank Vorbehaltsaufgaben (Hg.) (2024): Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Profilierung.
- Eggert, Simon; Naumann, Dörte; Sulmann, Daniela (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Ermöglichen, Entlasten, Erhalten. 1. Aufl. Unter Mitarbeit von Martin Albrecht, Hanneli Döhner, Sofie Geisel und Susanne Kohler. Hg. v. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin.
- Fuchs, Johann; Söhnlein, Doris; Weber, Brigitte (2021): Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060: Demografische Entwicklung lässt das Arbeitskräfteangebot stark schrumpfen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarktd und Berufsforschung (IAB)). Nürnberg (IAB-Kurzbericht, 25). Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/10419/247501>.
- GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2023-12_Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- GKV-Spitzenverband (2024): Das System Wackelt (Statement – Berlin, 12.02.2024). Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1756864.jsp, zuletzt geprüft am 16.02.2024.
- GKV-Spitzenverband (12.02.2024): Das System wackelt. Berlin. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1756864.jsp, zuletzt geprüft am 13.02.2024.

- Gronemeyer, Reimer; Schultz, Oliver (2023): Die Rettung der Pflege. Wie wir Care-Arbeit neu denken und zu einer sorgenden Gesellschaft werden. München: Kösel.
- Haumann, Wilhelm (2022): Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie: Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41), S. 31–74.
- Haumann, Wilhelm (2023): Demokratische Integration. Zweite Vorstudie. Repräsentative Bevölkerungsbefragung 2022/2023. IfD-Umfrage 12066. Untersuchungsbericht. Hg. v. Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt. Online verfügbar unter www.deutsche-stiftung-engagement-und-ehrenamt.de/wp-content/uploads/2023/06/Langbericht_Bevölkerungsbefr_Dem_Integration_Mai_2023.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Ischebeck, Max (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (FF Forschungsförderung, Nr. 363).
- IGES; DAK-Gesundheit (2023): DAK-Psychreport 2023. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2012 – 2022. Hg. v. DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/report-2609620.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- IPAG e. V. (2023): Care Share 13. Gesundheitsversorgung braucht Infrastruktur. Ein Architektur-entwurf für einen neuen Systemtyp. Institution für Pflege, Altern und Gesundheit (IPAG e. V.). Online verfügbar unter <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/wp-content/uploads/2023/07/ipag-Care-Share-13.pdf>, zuletzt geprüft am 11.10.2023.
- Isfort, Michael (2021): Landespflegebericht Niedersachsen 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hg. v. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Tucman, Daniel; Gessenich, Helga. Hannover. Online verfügbar unter www.ms.niedersachsen.de/download/170841/Landespflegebericht_2020.pdf, zuletzt geprüft am 25.04.2023.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern – Konzept, Erkenntnisse und Nutzen. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.* (12), S. 595–601.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2022): Pflegeinfrastrukturbericht Saarland. Angebot zum Gutachten. DIP GmbH; AGP Sozialforschung.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023): Gutachten zum Pflegeinfrastrukturbericht Saarland. Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Saarlandes.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023): Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. Eine vom Land Baden-Württemberg finanzierte Studie. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Johann-Moritz Hüskens. Online verfügbar unter https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW_2022.pdf, zuletzt geprüft am 16.03.2023.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden

- in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter www.vdPB-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf.
- Jong, Lea de (2022): Determinanten der informellen Pflege in Deutschland: Gesundheitsökonomische Beiträge zur Untersuchung von Bereitschaft und Präferenzen. Unter Mitarbeit von Technische Informationsbibliothek (TIB).
- Kämmer, Karla; König, Jutta (2023): Vorbehaltsaufgaben und Qualifikationsmix. So führen Sie Ihre Altenpflege-Mitarbeiter optimal. Hannover: Schlütersche.
- Klie, Thomas (2018): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (Hg.) (2019): Demokratische Integration in Deutschland. Monitoring der Raumordnungsregionen in Deutschland. Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze); Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e. V. (FIFAS). Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft und Demokratie).
- Klie, Thomas (2020): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik. Bonn (Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ);, Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.
- Klie, Thomas (2021a): Osteuropäische Haushaltshilfen und der Mindestlohn. LAG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 17.8.2020, AZ: 21 Sa 1900/19. In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* 60 (1), S. 26–27.
- Klie, Thomas (2021b): Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35). Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/report-2501938.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Klie, Thomas (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas (2024): Mehr Eigenverantwortung der professionellen Pflege! In: *Altenheim* 63 (2), S. 34–37.
- Klie, Thomas (2024): Rezession und Pflege. Klie's Corner. Kolumne. In: *Häusliche Pflege* 32 (2).
- Klie, Thomas; Isfort, Michael (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern. In: *Landkreistag Kompakt – Mitteilungen des Bayerischen Landkreistags*; (1), S. 11–16.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Kurzfassung. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Kreisz, Natalie; Köhncke, Doris (2022): Live-in-Kräfte in Deutschland. Die „24-Stunden-Pflege“ – eine Herausforderung, der wir uns stellen müssen! Positionspapier der Diakonie Deutschland zu Live-in Care und Dokumentation des Workshops der Diakonie Deutschland zu Live-in

Care in Deutschland am 18. Januar 2022. Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. Online verfügbar unter www.diakonie.de/stellungnahmen/live-in-kraefte-in-deutschland, zuletzt geprüft am 27.09.2023.

Maier, Christian (2015): Eine empirische Analyse der Anreize zur informellen Pflege: Peter Lang D.

Raffelhüschen, Bernd; Brinkschmidt, Theresa; Kohlstruck, Tobias; Seuffert, Stefan; Wimmerberger, Florian (2022): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Demografie und Wachstum – Zwei Krisen geben sich die Hand. Update 2022. Hg. v. Stiftung Marktwirtschaft. Berlin. Online verfügbar unter www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Argumente/Argument_165_Update_Ehrbarer_Staat_2022_09_01.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2024.

Remmers, Hartmut (2019): „Warum Gewinnstreben und Fürsorge in der Pflege unvereinbar sind“. Vortrag auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. Deutscher Pflegekongress am 22.05.2019 in Berlin. Universität Osnabrück.

Rothgang, Heinz (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 66 (5), S. 498–507. DOI: 10.1007/s00103-023-03695-3.

Rothgang, Heinz; Heinze, Franziska; Kalwitzki, Thomas; Wagner, Christian (2023): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Domhoff, Dominik (2019): Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Kurzexpertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Oktober 2019. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM). Bremen. Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/191016-modellrechnungen-pdf-2159040.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2019.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2021): BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Berlin (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32).

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Preuß, Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Berlin (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 26).

Schön, Isabel; Klie, Thomas (2022): Stabilisierung der häuslichen Pflege – Good Practice aus 16 Bundesländern. In: Thomas Klie: Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41), S. 191–230.

Schulz, Erika; Geyer, Johannes (2014): Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. In: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 83 (4), S. 137–157. DOI: 10.3790/vjh.83.4.137.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (03.11.2020): 6 Klinik-Pflegefachkräfte kamen im Jahr 2018 auf 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Pressemitteilung Nr. N 072 vom 3. November

2020. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_N072_212.html, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a): Bevölkerung im Erwerbsalter zwischen 20 und 66 Jahren. Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/_Grafik/_Interaktiv/20221202-bevoelkerung-erwerbsalter-20-66-jahre.html, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b): Pflegebedürftige 2021 bis 2070. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Grafiken/Bevoelkerung/2023/_Interaktiv/20230330-pflegevorausberechnung.html.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (24.01.2024): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Thüsing, Gregor (2019): Rechtskonforme Betreuung in den eigenen vier Wänden. Regelungen für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (24-Stunden-Betreuung) *de lege lata* und *de lege ferenda*. Gutachten auf Anfrage des Bundesministerium für Gesundheit. Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit Universität Bonn.
- Uslucan, Haci-Halil (2022): Alternde Zuwander*innen: Eine besonders vulnerable Gruppe? In: *die Hospiz Zeitschrift* 96, S. 20–24.
- ver.di (2023): Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung präsentiert Umfrage-Ergebnisse. Online verfügbar unter www.verdi.de/themen/nachrichten/+++co++3cabcf64-4270-11ee-894c-001a4a160129, zuletzt geprüft am 13.02.2024.
- Vries, Bodo de (2023): Die Singles und Ehepaare kommen. Soziodemografische und strukturelle Herausforderungen für die Altenhilfe in Deutschland. Frischdenkertreffen am 27.-28.01.2023, Worpsswede. Alters-Institut.
- Wegleitner, Klaus; Schuchter, Patrick; Kainradl, Anna (2023): Caring Communities als „Keimlinge“ gesellschaftlicher Transformation. In: Robert Sempach, Christoph Steinebach und Peter Zängl (Hg.): *Care schafft Community – Community braucht Care*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 49–74.
- Zietz, Anja (2022): Im Coburger Land ist man im Alter gut versorgt. Der Landkreis Coburg schafft ein Netzwerk zu einer rundum guten Versorgung im Alter. Den Kommunen und Ehrenamtlichen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. In: *Bayerischer Gemeindetag* (08–09), 286–289. Online verfügbar unter www.bay-gemeindetag.de/media/25187/e-baygt_08_09-2022_220825_doppelseiten.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2022.

8. Ausblick – Zeitenwende in der Pflege

Thomas Klie

Zeitenwende für den Pflege- sektor

Bundeskanzler Olaf Scholz hat nach dem Überfall Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 von einer Zeitenwende gesprochen und damit einen Begriff geprägt, der nicht nur bezogen auf die militärischen Herausforderungen der Zukunft Verwendung findet. Mit dem Überfall auf die Ukraine zeigt sich das Ende einer globalen Weltordnung (Münkler 2023). Die aktuelle Bundesregierung ringt mit unterschiedlichen Politikansätzen und Strategien um Antworten auf die großen Herausforderungen unserer Zeit, zu denen auch der Klimawandel und der demografische Wandel gehören. Letzterer betrifft unmittelbar das im Pflegereport 2024 verhandelte Thema: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege. Reformstrategien der Pflegeversicherung zielten in der Vergangenheit auf eine deutliche Ausweitung der Leistungen, auf den sogenannten Sockel-Spitze-Tausch, gar auf eine Pflegevollversicherung. Finanzierungsstrategien sahen entweder einen deutlichen Steuerzuschuss des Staates oder eine Beitragssatzdynamisierung der Pflegeversicherung vor. Die DAK Gesundheit hat sich in der Vergangenheit maßgeblich in die Diskussion um eine zukunftsfeste Finanzierung der Pflegeversicherung eingebracht. All diese Perspektiven sind zumindest aktuell unrealistisch und verstellt. Das betont auch Gernot Kiefer (GKV Spitzenverband). Der Personalmangel führt überdies dazu, dass nicht nur die Kosten steigen, sondern auch der Aufbau von Infrastruktur nicht in einer Weise möglich sein wird, der den zunehmenden Bedarf im Zuge des demografischen Wandels beantworten könnte. Der Sozialstaat der Nachkriegszeit, der maßgeblich vom Wachstum der Volkswirtschaft lebte und auch von der Friedensdividende nach dem sogenannten Kalten Krieg, büßt zumindest an Dynamik ein. Er gewährleistet aber weiterhin ein im internationalen Vergleich hohes Maß an sozialer Sicherheit und Sicherung. Die Pflegeversicherung leistet für das Thema Pflegebedürftigkeit weiterhin einen wichtigen Beitrag. Um die Zukunft der Pflege zu sichern – auch für die Baby-Boomer-Generation – und später die nachfolgenden Generationen, sind nachfolgende zentrale sechs Aufgaben zu erfüllen:

Sechs Aufgaben zur zukünftigen Sicherstellung der Pflege

1. Es bedarf einer (weiterhin) attraktiven und flächendeckenden Qualifizierung für Pflegefachberufe, aber auch für Assistenzberufe in der Pflege und Hauswirtschaft. Gerade in Letztere gilt es im Zusammenwirken von Bund und Ländern zu investieren. Angesichts der hohen Anteile von Personen mit Migrationsgeschichte unter den Auszubildenden – in manchen Regionen bis zu 90 % – sind sie mit konsequenten Integrationsanstrengungen zu verbinden. Zu attraktiven Qualifizierungsstrategien gehören auch akademische Ausbildungsgänge, die einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, die komplexen Herausforderungen sowohl fachlich als auch manageriell zu bewältigen.

2. Eine bedarfsdeckende, der Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen in Deutschland dienende Infrastruktur der pflegerischen Versorgung gilt es zu stabilisieren und bedarfs- und personenzentriert weiterzuentwickeln – gegebenenfalls verbunden mit neuen und erweiterten Instrumenten einer Marktordnung in der Pflege.
3. Bei begrenzten Ressourcen – insbesondere bei den Pflegeberufen – bedarf es einer effizienten Gestaltung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Die etwa im Pflegereport 2022 herausgearbeiteten pflegesensitiven und nichtindizierten Krankenhauseinweisungen müssen ebenso vermieden werden wie dysfunktionale Kosten in der häuslichen Versorgung, soweit sie durch einen nicht effizienzorientierten Wettbewerb zwischen Anbietern provoziert werden. Zu einem effizienten Gesamtsystem gehört auch ein systematisches Care und Case Management, das die DAK-Gesundheit im ReKo-Innovationsfonds-Projekt exemplarisch entwickelt und erprobt hat.
4. Unabdingbar werden für die Zukunft sektorenübergreifende Versorgungsstrategien, die sowohl die Systemgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger werden lassen, als auch die zwischen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Hier stehen große Reformvorhaben auf der Agenda der aktuellen Bundesregierung, die auch unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu diskutieren und zu qualifizieren sind.
5. Ein wesentlicher Baustein für die Sicherung der pflegerischen Versorgung auf hohem fachlichem Niveau liegt in der weiteren Professionalisierung der Pflegefachberufe. Zu ihr gehört die Förderung und Absicherung der Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflegefachpersonen, die auf allen Ebenen vorzusehen ist: In den Verantwortungsstrukturen, in den Institutionen der klinischen und pflegerischen Versorgung, im Leistungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch der Integration von Assessment-Funktionen der Pflege in die professionellen Handlungsvollzüge und Verantwortungsbereiche der Pflegefachkräfte. Mit dem Pflegekompetenzgesetz und den dazu formulierten Eckpunkten werden bereits wichtige Perspektiven der Professionalisierung der Pflege und einer effizienten interprofessionellen Zusammenarbeit von Berufen im Gesundheitswesen aufgegriffen.
6. In der Langzeitpflege geht es zentral um die Frage der Stabilisierung und Weiterentwicklung informeller Sorge- und Pflegekulturen, -strukturen und -ressourcen. Damit verbunden sind Fragen der Kultur, der Bildung aber auch der zivilgesellschaftlichen Eigeninitiative.

Verantwortung umverteilen, Sektorengrenzen durchlässiger gestalten

Qualifizierung und zivilgesellschaftliches Engagement für die Langzeitpflege

Das Thema des DAK-Pflegereportes 2024 lautet: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. Die Baby-Boomer gehören zu den geburtenstärksten Jahrgängen des vergangenen Jahrhunderts. Die Kohorten der

**Baby-Boomer
sind Problem
und die Lösung
zugleich**

nachfolgenden Generation, die Kindergeneration der Baby-Boomer ist zahlenmäßig deutlich kleiner. Entsprechend gering ist auch das intergenerative informelle Pflegepotenzial. Dabei befinden sich die Baby-Boomer in einer durchschnittlich guten gesundheitlichen Situation, verfügen über eine vergleichsweise hohe Bildung und sind in vielfältiger Weise erfahren in zivilgesellschaftlicher Formation und Selbstorganisation. Auch sind sie ihrerseits vielfältig vertraut mit der Übernahme von Pflegeaufgaben für ihre Eltern (vgl. Bude 2024). Hierin liegen wichtige Ressourcen für die Beantwortung der Herausforderung der Pflege der Zukunft. Dabei wird aber im hohen Maße Wert darauf zu legen sein, dass die sozialen Unterschiede und Ungleichheiten ebenso sozialpolitisch reflektiert werden wie die jeweiligen Lebenslagen heutiger und zukünftiger von Pflegebedürftigkeit betroffener Menschen. Genau diese gilt es stärker in den Fokus von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Beratung, aber auch der sozialen Unterstützung zu nehmen.

**Die Relevanz
sozialer Un-
gleichheit nimmt
pflegepolitisch
zu**

Die DAK-Gesundheit ist eine der Pflegeversicherungen in Deutschland, die sich seit Jahren intensiv und mit einigem Aufwand dem Thema Pflege und Langzeitpflege widmen. Das ist keineswegs selbstverständlich, wird die Pflegeversicherung häufig doch als Appendix der wesentlich bedeutsameren Krankenversicherung gesehen und behandelt. Bei der DAK-Gesundheit residiert die Pflegeversicherung nicht im Souterrain, sondern auf der Chefetage. Die DAK-Gesundheit wird ihrerseits vier Aufgaben besondere Aufmerksamkeit schenken, die sie sich bisher schon zu eigen gemacht hat, die es aber wohl weiterzuentwickeln gilt.

**Vier zukünftige
Fokuse der
DAK-Gesundheit**

1. Eine wichtige Funktion der DAK-Gesundheit als Pflegekasse besteht in der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Sie gilt es wohl noch personenzentrierter als in der Vergangenheit sicherzustellen, um das, was schon im Pflegereport 2022 sichtbar und von der VdK-Pflegestudie 2023 bestätigt wurde, zu vermeiden, dass aufgrund fehlender Beratung mögliche Hilfen und mögliche Bewältigungsstrategien von Pflegebedürftigkeit ungenutzt bleiben. Beratung der Pflegebedürftigen, Pflegeberatung im Sinne des §§ 7a SGB XI – verbunden mit örtlichen Strukturen von Pflegestützpunkten, bilden die Basis für eine präventive, bedarfs- und personenzentrierte Unterstützung und Beratungsfunktion der DAK-Gesundheit. Mit dem Reko-Projekt hat sich die DAK-Gesundheit hier eine besondere Expertise erarbeitet, die auch die Potenziale digitaler Kommunikation einbezieht.
2. Die Daten des DAK-Pflegereportes 2024 unterstreichen die bekannten gesundheitlichen Risiken, denen Angehörige von Gesundheits- und insbesondere Pflegeberufen ausgesetzt sind. Die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen ist irritierend. Sie führen zu einem enormen Ressourcenverschleiß und zu zusätzlichen Belastungen der Beschäftigten in Einrichtungen der Pflege, die die Arbeit der ausfallenden Kolleginnen und Kollegen kompensieren müssen. Gegebenenfalls gemeinsam mit anderen Akteuren der betrieblichen Gesundheitsprävention und eingebunden in Landesstrategien wird die DAK-Gesundheit ihren Versicherten,

die im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung tätig sind, in besonderer Weise Präventions- und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung unterbreiten müssen. Hierdurch kann und muss sie einen unverzichtbaren Beitrag dazu leisten, dass der Pflegeberuf einer ist, der nicht nur andere pflegt, sondern dabei auch die beruflich Pflegenden „gepflegt“ werden.

3. Auch in der Zukunft wird die Sorge für und die Pflege von vulnerablen Menschen, zu denen in besonderer Weise auf Pflege angewiesene Menschen gehören, eine Aufgabe der kleinen Lebenskreise unserer Gesellschaft, und damit eine gesellschaftliche, bleiben. Die Akzeptanz von Abhängigkeit gehört zu den ethischen und anthropologischen Grundlagen einer Gesellschaft des langen Lebens (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2010). Betrachtet und akzeptiert man das Leben vom Anfang bis zum Ende, gehört die Verwiesenheit des Menschen auf andere zum Menschsein. Das gilt auch für auf Pflege angewiesene Menschen. Sie gehören dazu und sie dürfen auch „zur Last fallen“. Eine sorgende Gesellschaft gibt die Zuversicht, dass auch für Pflegebedürftige gesorgt sein wird. Auch hier kann die DAK-Gesundheit einen wichtigen Beitrag durch ihre erfolgreiche auf die Öffentlichkeit bezogene Kommunikationsstrategie leisten.
4. Die DAK-Gesundheit hat sich immer in pflegepolitische Debatten eingeschaltet. Das ist auch und gerade in der aktuellen Situation wichtig, in der letztlich Ratlosigkeit verbreitet ist, wenn es um eine insgesamt zukunftsfeste Sicherung der Pflege geht. Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung wurden immer prominent von der DAK-Gesundheit aufgegriffen und qualifiziert. Die aktuelle Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung darf nicht ohne die DAK-Gesundheit geführt werden. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass der Verweis auf private Vorsorgekonzepte für die Baby-Boomer-Generation nicht mehr greifen wird. Daher braucht es kurz und mittelfristig Antworten auf die Finanzierungslücke der Pflegeversicherung. Die DAK-Gesundheit wird sich für die Sicherung und den Erhalt der Pflegeversicherung als Sozialversicherung einsetzen. Die bundesdeutsche Bevölkerung vertraut der Pflegeversicherung als fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung.

Pflegebedürftig sein bedeutet Mensch sein

Die DAK-Gesundheit setzt sich für Sicherung und Erhalt der Pflegeversicherung ein

8.1 Literaturverzeichnis

Bude, Heinz (2024) Abschied von den Boomern, München: Hanser.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2010): Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. Berlin.

Münkler, Herfried (2023): Welt in Aufruhr. Die Ordnung der Mächte im 21. Jahrhundert. Berlin: Rowohlt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zukunftserwartungen für die Pflege: mehr Pflegebedarf, fehlende Angebote, höhere Kosten.	2
Abbildung 2:	Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache	3
Abbildung 3:	Pflegekosten: zunehmende Erwartung eines starken Anstiegs	3
Abbildung 4:	Aktuell breite Beteiligung der Angehörigen an der Pflege – zugleich große Bereitschaft zur zukünftigen Angehörigenpflege	5
Abbildung 5:	Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre	6
Abbildung 6:	Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab	7
Abbildung 7:	Hohes Ansehen des Pflegeberufes – aber nur wenigen ist das auch bewusst	7
Abbildung 8:	Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt	8
Abbildung 9:	Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen.	10
Abbildung 10:	Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022	11
Abbildung 11:	Psychische Belastung von Pflegenden.	12
Abbildung 12:	Anzahl Pflegenden nach Altersgruppen Juni 2023	16
Abbildung 13:	Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag im Berichtsjahr.	18
Abbildung 14:	Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030	19
Abbildung 15:	8 Handlungsfelder.	24
Abbildung 16:	Zukunftserwartungen für die Pflege: mehr Pflegebedarf, fehlende Angebote, höhere Kosten.	33
Abbildung 17:	Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache	34

Abbildung 18:	Pflegekosten: zunehmende Erwartung eines starken Anstiegs	35
Abbildung 19:	Weitgehender Vermögensverbrauch für die Pflege? Nur jede(r) Vierte findet das richtig	36
Abbildung 20:	Finanzielle Stabilisierung der Pflege in Deutschland: nur bei einem Teil Bereitschaft, selbst mehr zu zahlen.	37
Abbildung 21:	Private Pflegevorsorge: für die mittlere und gehobene Schicht eher ein Thema als für die einfache	38
Abbildung 22:	Verpflichtende Pflegezusatzversicherung für Berufstätige? Eine relative Mehrheit stimmt zu	39
Abbildung 23:	Pflege-Wohngruppen: Inzwischen breit bekannt, für viele eine Option, die aber noch nicht oft realisiert wird	40
Abbildung 24:	Für bessere Unterstützung von Pflege-Wohngruppen	41
Abbildung 25:	Wünsche für das Leben mit Unterstützung im Alter: Was alles in Frage käme	42
Abbildung 26:	Erwartungen und Wünsche für das unterstützte Leben im Alter	43
Abbildung 27:	Vorsorge für die Pflege: Erst jede(r) Dritte hat schon etwas unternommen	44
Abbildung 28:	Vorsorgestrategien für die Pflegeabsicherung	45
Abbildung 29:	Vorsorge für die Pflege: nur wenige in der einfachen Schicht haben eine Pflegezusatzversicherung	46
Abbildung 30:	Verbreitete Furcht vor unzureichender finanzieller Absicherung bei Pflegebedarf.	47
Abbildung 31:	Wie man eine Pflege im Heim finanzieren würde	48
Abbildung 32:	Pflegefinanzierung: geringere Möglichkeiten zum Einsatz eigener Ressourcen in der einfachen Schicht	49
Abbildung 33:	Wer befürchtet, für eine Pflege im Heim Sozialhilfe beanspruchen zu müssen	50
Abbildung 34:	Aktuell breite Beteiligung der Angehörigen an der Pflege – zugleich große Bereitschaft zur zukünftigen Angehörigenpflege	51
Abbildung 35:	Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre	52
Abbildung 36:	Wer Angehörige pflegt.	53

Abbildung 37:	Großes Potential für Unterstützung von hilfsbedürftigen Nachbarn und Bekannten	54
Abbildung 38:	Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab	55
Abbildung 39:	Hohes Ansehen des Pflegeberufes – aber nur wenigen ist das auch bewusst	56
Abbildung 40:	Wahrnehmungen des Pflegeberufs	57
Abbildung 41:	Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt	58
Abbildung 42:	Pflege als Beruf: Interessierten wird eher zu- als abgeraten	59
Abbildung 43:	Verringerung des Arbeitskräftemangels in der Pflege: Vielfältige Maßnahmen gelten als wirksam	60
Abbildung 44:	Verringerung des Arbeitskräftemangels in der Pflege: unterschiedliche Gewichtungen.	61
Abbildung 45:	Viele kennen die Pflege aus der Nähe, viele rechnen für die nähere Zukunft mit Pflegebedarf in der Familie	62
Abbildung 46:	Präferenzen für die Pflegefinanzierung: kaum Auswirkungen des Hinweises auf die Belastung der jungen Generation	62
Abbildung 47:	Erwartungen für das Leben im Alter: Status und Geschlecht wirken sich stark aus.	63
Abbildung 48:	Vorsorgestrategien von Männern und Frauen: Männer können eher auf Zusatzversicherungen zurückgreifen	63
Abbildung 49:	Motive der Ratschläge für oder gegen einen Beruf in der Pflege	64
Abbildung 50:	Berufstätige in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege mit Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit, rohe Versichertenjahre.	69
Abbildung 51:	Berufstätige in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege mit Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit nach Alter im Jahr 2022	69
Abbildung 52:	Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen.	71
Abbildung 53:	Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Be-	

	rufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022	72
Abbildung 54:	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022	73
Abbildung 55:	Krankenhausfälle je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach den 10 häufigsten ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022	74
Abbildung 56:	Krankenhaustage je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen in Pflegeberufen und anderen Berufen nach den 10 häufigsten ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2022	75
Abbildung 57:	Durchschnittliche Anzahl an Arzneimittelverordnungen pro Versichertenjahr	76
Abbildung 58:	Durchschnittliche Anzahl an verordneten Wirkstoffen pro Versichertenjahr	77
Abbildung 59:	Durchschnittliche Anzahl an verordneten Wirkstoffen pro Versichertenjahr für das Jahr 2022 nach ATC-Gruppen	78
Abbildung 60:	Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr	80
Abbildung 61:	Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr im Jahr 2022 nach ATC-Gruppen	81
Abbildung 62:	Durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen (DDD) pro Versichertenjahr nach ATC-Gruppe	82
Abbildung 63:	Erwerbsverläufe der Pflegenden beim Übergang in den Ruhestand	86
Abbildung 64:	Erwerbsverläufe der Nichtpflegenden beim Übergang in den Ruhestand	87
Abbildung 65:	Schulabgängerinnen und -abgänger aus allgemeinbildenden Schulen 2012 bis 2022 insgesamt	100
Abbildung 66:	Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss 2012 bis 2022	102
Abbildung 67:	Anteil der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit allgemeiner Hochschulreife 2022	104

Abbildung 68:	Anzahl Pflegender nach Altersgruppen Juni 2023	106
Abbildung 69:	Anteil dreijährig qualifizierter Pflegender in der Alters- klasse 50+ in 2023	107
Abbildung 70:	Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit neu abge- schlossenem Ausbildungsvertrag im Berichtsjahr.	111
Abbildung 71:	Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen in den Be- richtsjahren	112
Abbildung 72:	Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufs- austritte bis 2030	115
Abbildung 73:	Modellkalkulation für das Bundesland Brandenburg.	118
Abbildung 74:	Modellkalkulation für das Bundesland Bremen.	119
Abbildung 75:	8 Handlungsfelder.	215
Abbildung 76:	Wo größere Probleme in Deutschland gesehen werden. . .	256
Abbildung 77:	Engpassbetrachtung des vorausgerechneten Bedarfs und Angebots von Pflegefachkräften	258
Abbildung 78:	Indexwerte fachpflegerische Versorgung nach Regio- nen in Bayern 2023.	259
Abbildung 79:	Indexwerte fachpflegerische Versorgung nach Regio- nen in Baden-Württemberg 2022	260
Abbildung 80:	Die Psychische Belastung ist in den Gesundheitsberu- fen besonders hoch	261
Abbildung 81:	Pflege und Sorge als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. . .	263
Abbildung 82:	Pflegebedürftige nach Altersgruppen	266
Abbildung 83:	Vorausberechnung Pflegebedürftige 2021 bis 2017	266
Abbildung 84:	Szenarien für die Entwicklung des Erwerbspotenzials bis 2060.	268
Abbildung 85:	Bevölkerung im Erwerbsalter zwischen 20 und 66 Jahren. .	268
Abbildung 86:	Entwicklung der HzP-Quote mit und ohne Reformmaß- nahmen	271
Abbildung 87:	Anteile von Komponenten am Volumen der Bruttoein- kommen der 65-Jährigen und Älteren	272
Abbildung 88:	Individuelle Nettovermögen nach Region und Alter	273

Abbildung 89:	Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die Hauptleistungsarten und sonstige Leistungen nach Szenario der Prävalenzanpassung	274
Abbildung 90:	Pflegepotential und Pflegearrangements	277
Abbildung 91:	Schätzwerte über die Entwicklung von Bedarf und Chancen	278
Abbildung 92:	Pflegegeld: wichtig und unverzichtbar. Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten.	280

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	14
Tabelle 2:	Beschäftigungsentwicklung Altenpflege	15
Tabelle 3:	Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum	17
Tabelle 4:	Die zehn häufigsten verordneten Wirkstoffe nach dem Anteil an Versicherten in Prozent	79
Tabelle 5:	Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	95
Tabelle 6:	Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege	97
Tabelle 7:	Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum	108
Tabelle 8:	Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp	272
Tabelle 9:	Anteile nach Versorgungsart in Regionen in Bayern	276
Tabelle 10:	Akteure und Sektoren in Pflegearrangements	281

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren



Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So war er zum Beispiel von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH in Baden-Württemberg und ist aktuell Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH im nordhessischen Eschwege. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahre Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft beraten. Er wurde 2022 mit dem Vordenker-Award ausgezeichnet.



Prof. Dr. Michael Isfort, geb. 1970 in München, lehrt und forscht an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (katho NRW) in Köln. Nach einer beruflichen Ausbildung zum Krankenpfleger 1993 arbeitete er auf einer interdisziplinären Intensivstation. Er studierte Pflegepädagogik in Köln und wechselte im Jahr 2000 als wissenschaftlicher Mitarbeiter an das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2008 promovierte er an der Universität Witten/Herdecke. Seit 2009 ist er im Vorstand des Instituts sowie als Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Hochschule tätig. Seit Februar 2024 ist er Prorektor für Forschung und Transfer an der Katho NRW. Für seine Verdienste um die professionelle Pflege in Deutschland wurde er 2017 mit dem Deutschen Pflegepreis ausgezeichnet.



Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, Rechts- und Sozialwissenschaftler sowie Gerontologe. Er leitet das Forschungsinstitut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er war Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtscommission sowie Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtscommission der Bundesregierung. Er lehrt in Freiburg und Graz und arbeitet als Rechtsanwalt in Freiburg, München und Berlin und ist Politik beratend tätig. Seit 2022 ist er Geschäftsführer im International Centre for Socio-Legal SOCLES gGmbH. Er verantwortet seit 2015 die DAK Gesundheit Pflegereporte.



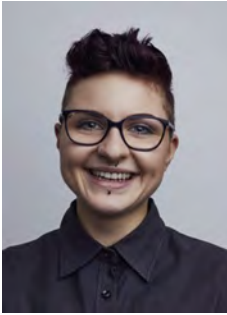
Philip Lewin ist Analyst Gesundheitsdaten & Web-Entwickler bei der OptiMedis AG. Zu seinen Aufgaben gehört die Durchführung von deskriptiven, prädiktiven und präskriptiven Analysen sowie die Entwicklung von maßgeschneiderten Visualisierungskonzepten für die Kommunikation von Ergebnissen. Darüber hinaus ist er an der Entwicklung eines automatisierten Verfahrens zur Erstellung von Feedbackberichten für medizinische Leistungserbringer beteiligt. Vor seiner Zeit bei OptiMedis arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie am

Institut für Krebs Epidemiologie e. V. der Universität zu Lübeck. Dort war er an der Durchführung zahlreicher epidemiologischen Studien beteiligt.



Dr. Mareike Mähs ist Analytistin Gesundheitsdaten & Versorgungsforschung bei der OptiMedis AG. Hier ist sie für die Aufbereitung, Analyse sowie Interpretation von Gesundheitsdaten, die Evaluierung von Gesundheitsprogrammen, die Durchführung von betriebswirtschaftlichen sowie gesundheitsökonomischen Auswertungen sowie die Kommunikation der Analyseergebnisse zuständig. Sie studierte European Public Health an der Maastricht University und Public Health/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Zudem promovierte sie zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Ambient Assisted Living-Technologien an der

Universität Vechta. Dort arbeitete sie von 2016 bis 2022 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie und forschte in den Bereichen Evaluation sowie Implementierung von Technologien im Gesundheits- und Pflegebereich, gesundheitsökonomische Evaluation von AAL- sowie E-Health-Technologien und Geschäftsmodelle von Innovationen in Quartiersnetzwerken.



Sam Schwier ist Sozialarbeiter (B. A.) und studiert den Studiengang Master of Science Public Health an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Er war als Sozialarbeiter im Bereich der Altenhilfe tätig und ist seit 2023 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei AGP Sozialforschung. Als Lehrbeauftragter bietet er ein gerontologisches Seminar für den Bachelorstudiengang Soziale Arbeit, an der Evangelischen Hochschule Freiburg, an.



Isabel Schön studierte Soziologie (M. A.) an der Universität Freiburg und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung. Ihre Schwerpunkte liegen in qualitativen Forschungsmethoden, häuslichen Pflegearrangements sowie in ELSI Fragen, den ethischen und sozialen Implikationen des Technikeinsatzes in der Pflege.



Pascal Wendel ist Fachinformatiker für Anwendungsentwicklung und seit 2011 bei OptiMedis tätig, seit 2020 als Leiter Analytik Gesundheitsdaten & IT. Er hat mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Datenverarbeitung und IT-Administration – von der Entwicklung und Implementierung von Data-Warehouse-Lösungen und der Erstellung von Reports für Endkunden bis zur Installation und dem Betrieb von Hard- und Software. Er ist verantwortlich für die Entwicklung des OptiMedis Data Warehouse, die Integration von Daten aus der Gesundheitsversorgung wie zum Beispiel GKV-Routinedaten, die Analyse und Visualisierung von klinischen Daten und die Entwicklung von innovativen Tools. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Erstellung von Deckungsbeitrags-Berechnungen (Morbi-RSA) für die Regionen, in denen OptiMedis populationsorientierte, integrierte Versorgungssysteme umsetzt.



Marco Zeptner ist Analyst für Gesundheitsdaten sowie Software-Entwickler und seit 2017 bei der OptiMedis AG tätig. Er hat mehr als 15 Jahre Erfahrung in der Datenverarbeitung und der Bereitstellung präziser Spezialsoftware im Analytik-Bereich. Er ist verantwortlich für die Bereitstellung der GKV-Routinedaten für das OptiMedis-Data Warehouse sowie die Implementierung innovativer Analytik-Möglichkeiten in diese Plattform. Er studierte an der Universität Bielefeld Wirtschaftsmathematik und sammelte im Anschluss daran mehrere Jahre Erfahrung in der Entwicklung neuer Technologien in einem mittelständigen Unternehmen.

DAK-Pflegereport 2024

Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus

Abschied von den Baby-Boomern? Ja und Nein. Es stimmt: Die Baby-Boomer-Generation, die geburtenstarken Jahrgänge von 1955ff, gehen in diesen Jahren in Rente. Das gilt auch für die große Gruppe beruflich Pflegender, die zu den Leistungsträgern des deutschen Gesundheitswesens und der pflegerischen Versorgung gehörten und gehören.

Der DAK-Pflegereport 2024 widmet ihnen in mehrfacher Hinsicht seine besondere Aufmerksamkeit. Welche beruflichen Erfahrungen waren für die beruflich Pflegenden prägend, wie sehen sie die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung? Welche Vorstellungen haben sie hinsichtlich der Finanzierung und der Sicherung der Pflege, wenn sie selbst einmal pflegebedürftig werden sollten? Denn nicht nur im Wettbewerb um Studienplätze und Arbeit waren die Baby-Boomer immer die „Vielen“. Das wird etwa ab 2030/35 auch für das Thema Pflegebedürftigkeit gelten. Es ist also eine der großen Fragen unserer Zeit, wie wir das gesellschaftlich so wichtige Thema Pflege in Zeiten demografischer Transformation gestalten und welche Antworten wir auf die Herausforderungen haben.

Der DAK-Pflegereport stellt heraus, ab wann erwartet werden muss, dass mehr beruflich Pflegende in den Ruhestand gehen als Absolventen von Pflegeschulen und Pflegestudiengängen nachrücken.

Rechtzeitig zur aktuellen Debatte um eine weitere Reform der Pflegeversicherung und der Stärkung der beruflich Pflegenden kommt der DAK-Pflegereport mit zahlreichen wichtigen Impulsen und damit gerade zur rechten Zeit.



„Noch haben wir die Chance, die demografischen Herausforderungen gestaltend zu meistern. Wir müssen sowohl in die Qualifikation von Pflegekräften, aber auch in die Ausbildung von Assistenzkräften investieren. Wir brauchen einen effizienteren, kompetenzorientierten Einsatz der knappen Ressource professionelle Pflege. Deshalb sind alle Akteurinnen und Akteure gefordert, gemeinsam Lösungen zu finden, um neue lokale Pflegearrangements zu etablieren“, so Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.



„Der DAK-Pflegereport 2024 unterstreicht die Notwendigkeit, die Professionellen der Pflege stärker in ihrer Eigenverantwortung zu sehen, und zwar unterstützend. Ohne sie werden wir die gesundheitliche Versorgung in Deutschland nicht meistern“, so Prof. Dr. Thomas Klie.

„Die Baby-Boomer sind das Problem und die Lösung zugleich. Wir können und müssen uns darauf einstellen, nicht nur auf Heime, nicht nur auf Dienstleistungen, sondern auch auf gegenseitige Formen der Unterstützung zu setzen“, so Prof. Dr. Thomas Klie, verantwortlicher Studienleiter und Autor des DAK-Pflegereports 2024, weiter.