

2 Pflege in Deutschland: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Dimension

Frank Weidner

2.1 Bedeutung und Entwicklung der Pflege

Ohne Zweifel hat das Thema Pflege in der öffentlichen Berichterstattung der vergangenen Jahre an Bedeutung gewonnen. Das hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen. Immer mehr Menschen machen aufgrund der Zunahme der Pflegebedürftigkeit eigene Erfahrungen mit der Pflege. Wenn sie nicht selbst von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, dann sind sie vielleicht pflegender Angehöriger oder kennen Pflegegeschichten aus der Nachbarschaft. Neben der zunehmenden Betroffenheit wächst damit zugleich die Chance der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit und Sensibilisierung. Genau dies spiegelt sich in aktuellen Umfragen wider, in denen die Pflege inzwischen nicht selten unter den wichtigsten Themen landet (ZQP 2017).

Aber auch das sich wandelnde Krankheitsspektrum verbunden mit zunehmender ambulanter und stationärer Behandlung trägt seinen Teil an diesem Bedeutungszuwachs bei. Noch niemals zuvor hatten so viele Menschen medizinische und pflegerische Behandlungsbedarfe wie heute. Auf der anderen Seite wachsen die medizinischen, pflegerischen und technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie und erweitern damit ihrerseits das Angebot

an Behandlungsformen. Die zunehmenden Bedarfe und die wachsenden Möglichkeiten setzen die Gesundheitssysteme sowohl strukturell, finanziell, personell und organisatorisch unter einen gehörigen Druck. Parallel dazu haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Sicht- und Handlungsweisen der Menschen nicht nur im Hinblick auf das Gesundheitssystem, sondern auch ganz allgemein und mithin fundamental verändert. Das betrifft die Arbeitswelt, den Bildungssektor das soziale Miteinander, die Kommunikation u. a. m. (Brandenburg u. Kohlen 2012).

Diese Dynamiken können einen Teil der Entwicklungen der professionellen Pflege in den vergangenen zwanzig Jahren und ihre Situation von heute erklären. Eine große Rolle spielen dabei die Einführung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung seit Mitte der 60er-Jahre sowie die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung seit Beginn der 2000er-Jahre. Ohne Zweifel stellen diese Regelungen Errungenschaften im Sozial- und Gesundheitssystem der Republik dar, zugleich jedoch haben sie ganz erhebliche Spuren insbesondere in den Pflegeberufen und der pflegerischen Versorgung hinterlassen. Die Ausstattung mit Pflegefachpersonal ist heute in keinem der Sektoren mehr zufriedenstellend, zigtausende Stellen sind in Krankenhäusern

und Pflegeeinrichtungen bei zugleich leer gefegtem Arbeitsmarkt inzwischen dauerhaft unbesetzt, Zeitquoten steigen immer weiter an, ebenso Krankheits- und Frühberentungsraten und also werden nahezu überall hohe Arbeitsverdichtungen in der Pflege beklagt. Es gibt inzwischen auch immer mehr Anzeichen dafür, dass unter diesen fragilen Zuständen die Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen zu kurz kommt (Isfort u Weidner 2014).

Ein wesentlicher Grund für diese jahrelange Auszehrung der professionellen Pflege zeigt sich in den vorherrschenden Leitbildern darüber, was unter dem Pflegeberuf verstanden, welche Rolle ihm zugewiesen wird und welche Voraussetzung festgelegt werden, ihn zu erlernen und umzusetzen. Während ganz Europa und sämtliche Industrienationen in den vergangenen Dekaden angesichts steigender Anforderungen auf eine Höherqualifizierung, Akademisierung und mehr Verantwortung der professionellen Pflege im Gesundheitssystem gesetzt haben, hat man in Deutschland eher an einem überkommenen Bild einer ehemals einfachen erlernbaren Dienstleistung Pflege festgehalten und die Zugangsvoraussetzungen noch herabgesetzt. Dies war verbunden mit der Hoffnung, dadurch mehr auch schlechter vorklassifizierte Bewerber für die Pflegeausbildung zu gewinnen. Dazu fügt es sich, dass man hierzulande weiterhin einer Akademisierung der Pflegepraxis auch in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen selbst eher skeptisch gegenübersteht, während sie international inzwischen zu einem unverzichtbaren Teil der Versorgungssicherheit und -qualität geworden ist. Und während in anderen Ländern die Pflegeberufe längst einen wesentlichen Anteil an der Sicherung der primären Gesundheitsversorgung tragen, zögert man hierzulande eine notwendige Neuordnung der Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe immer wieder hinaus. Bis heute ist offensichtlich von weiten Teilen der Politik nicht verstanden worden, dass durch diese überholten Leitbilder und falschen Weichenstellungen die professionelle Pflege entwertet wurde und sich die Pflegemisere dramatisch verschärft hat. Daher muss diese Gesundheitspolitik auch grundlegend geändert werden.

Gesellschaft und Politik sind nun aber aufmerksam auf die Pflege geworden. Die Große Koalition in Berlin steuert mit einem „Sofortprogramm“ und einer „Konzertierten Aktion Pflege“ sowie einer neuen, generalistischen Pflegeausbildung dagegen. In den Bundesländern gibt es Initiativen zur Fachkräftesicherung. Bereits kurzfristig soll es spürbare Verbesserungen geben. Die Frage ist aber, ob die gut gemeinten Einzelmaßnahmen

wie Stellenförderprogramme, Regelungen zu Personaluntergrenzen im Krankenhaus, Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland oder auch eine verstärkte betriebliche Gesundheitsförderung der Komplexität der über Jahrzehnte gewachsenen Probleme in der Pflege wirklich gerecht werden und nachhaltig dazu beitragen können, das Ruder herumzuwerfen.

2.2 Herausforderungen und Aufgaben für die Zukunft

Viele Prognosen deuten darauf hin, dass der Druck auf die Versorgungssysteme durch das weitere Auseinanderklaffen von steigenden Bedarfen und Angeboten hier und hinterherhinkenden Ressourcen und Regelungen dort auch im kommenden Jahrzehnt anhalten dürfte. Hinzu kommen gesellschaftliche Herausforderungen, die das Gesundheits- und Pflegesystem zukünftig beeinflussen werden. Je nach politischer Kurz- oder Weitsicht könnten sie dazu beitragen, die beschriebenen Probleme in der Pflege zu mildern, sie könnten sie aber auch verschärfen. Zu diesen Megathemen gehören die Digitalisierung und neue Technologien, die Investitionsbereitschaft in die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems und die Neuordnung der sozialen Sicherungssysteme inklusive ihrer Selbstverwaltung.

Aus der Sicht der professionellen Pflege wäre es ohne Zweifel wünschenswert, wenn die Möglichkeiten der Digitalisierung und der neuen Technologien dazu beitragen würden, sie von Bürokratie und Dokumentation zu entlasten. Auch der Einsatz assistiver Technologien zur Entlastung bei körperlichen Anstrengungen könnte einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen darstellen. Allzu hoch sollten die Erwartungen für die kommenden Jahre jedoch nicht gesteckt werden. Zum einen läuft nämlich der allgemeine digitale Netzausbau in Deutschland den Möglichkeiten deutlich hinterher. Zum anderen ist die Pflege im Gegensatz zu vielen weiteren Dienstleistungsberufen nicht disruptiv durch Digitalisierung und Technikeinsatz ersetzbar, sondern bestenfalls ergänzbar (BMG 2017). Das liegt nicht zuletzt daran, dass in der professionellen Pflegepraxis neben wissenschaftsfundiertem Regelwissen und Fallarbeitskompetenzen Gespür und Empathie eine große Rolle spielen. Und zum Dritten empfiehlt es sich bei allen Verfahren automatisierter Datenverarbeitung in Bezug auf sensible menschliche Bereiche kritisch zu bleiben.

Der auch aufgrund des allgemeinen Investitionsstaus erheblich angewachsene Kostendruck in den Krankenhäusern hat u. a. zu einer erheblichen Scharnentwicklung seit Mitte der 90er-Jahre zwischen Krankenhausärzten mit einem Zugewinn von rund 50.000 Vollzeitstellen und der Krankenhauspflege mit einem Aderlass von rund 25.000 Vollzeitstellen geführt. Die Personalkosten der Ärzteschaft im Krankenhaus sind heute mehr als doppelt so hoch, in der Pflege sind sie inflationsbereinigt praktisch gleich geblieben. Was bei den Ärzten richtig gemacht wurde, ist bei der Pflege sträflich vernachlässigt worden (Weidner 2012). Ein Ergebnis ist, dass sich in kaum einem anderen europäischen Land so wenige Pflegefachkräfte um so viele Patienten kümmern müssen wie in Deutschland. Auch in der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur fehlt es an pflegerelevanten Investitionsprogrammen. Heute ist es vielfach Zufall, welche Angebote der Versicherte vorfindet. Gibt es dort einen Pflegestützpunkt, oder nicht; gibt es ein gutes Altenheim in der Nähe, oder nicht; gibt es niedrigschwellige Antworten auf die Bedarfe, oder nicht?

Schließlich geht es darum, die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest weiterzuentwickeln. Die Vorschläge der Politik liegen weit auseinander und konzentrieren sich einerseits auf eine Bürgerversicherung und andererseits auf eine Weiterentwicklung der bestehenden Systeme aus gesetzlichen und privaten Versicherungen. Wie kann es also gelingen, die steigenden Kosten für eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Pflegeversorgung von morgen zu decken? Welche Impulse können gesetzt werden, dass die Pflege nicht nur bei der Versorgung, sondern auch in den Selbstverwaltungsorganen eine größere Rolle spielen kann?

2.3 Perspektiven und Lösungsansätze

Die bestehenden Probleme und die kommenden Herausforderungen sind hochkomplex. Angemessene Antworten und Lösungsansätze, die dieser Komplexität gerecht werden sollen, dürfen nicht nur auf kurzfristige Wirkung abzielen und einen reparierenden Charakter haben, sondern müssen grundsätzlicher, langfristiger und nachhaltiger Natur sein. Eine unabdingbare Voraussetzung dazu ist eine ehrliche und offene Debatte darüber, welche Leitbilder die Debatten bestimmen und welche Positionen und Aufgaben die professionelle Pflege zukünftig in unserem Gesundheitswesen einnehmen bzw. übernehmen soll. Mit einer merklichen Modernisierung, Aufwertung und Attraktivitätssteigerung der Pflege

in Deutschland müsste langfristig auch erheblich mehr Geld in Ausbildung, Beschäftigung und Forschung in der Pflege fließen und mehr Einfluss und Verantwortung für die Pflege im Gesundheitssystem gesichert werden.

Ein spürbarer Ausbau der Pflegeforschung würde es ermöglichen, auch unabhängig vom Tagesgeschäft der Politik, Pflegedaten zu systematisieren, Fakten zu bewerten und innovative Konzepte zu erproben und die Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen. Bis heute fehlt eine umfassende und detaillierte Bundespflegeberichterstattung! Erst die konsequente Innovation pflegerischer Versorgungskonzepte mittels Wissen und neuer Technologien ermöglicht höhere Wirkungsgrade im System. Konkret heißt dies beispielsweise über Innovationen funktionierende Netzwerke zwischen Professionellen, Angehörigen und Ehrenamtlichen im häuslichen Bereich möglichst flächendeckend zu implementieren und dabei die besonderen Bedarfe des Einzelfalls und der Region berücksichtigen zu können (Bertelsmann-Stiftung 2013). Auch der gezielte Einsatz von Qualifikationsmischen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bestehend aus beruflich und akademisch qualifizierten Fachkräften sowie Assistenzkräften und Helfern in der Pflege kommt infrage

Letztlich aber kommen wir gesellschaftlich und gesundheitspolitisch in der Frage einer fachlich angemessenen und nachhaltigen Pflege nur voran, wenn die professionell Pflegenden ihr Schicksal entschieden selbst in die Hand nehmen. Solange der Organisationsgrad von Pflegenden in Gewerkschaften und Berufsverbänden so eklatant gering ist, wie jetzt, ist der Kampf um die Ressourcen im Gesundheitswesen nicht zu Gunsten der Pflege zu wenden (Kellner 2011). Die Tatsache, dass nun nach und nach in den Bundesländern Pflegekammern entstehen, kann als ein Schritt in die richtige Richtung gesehen werden. Für die schlecht organisierte Berufsgruppe der Pflegenden besteht damit erstmals die Möglichkeit, in großem Stil Selbstverwaltung und politische Einflussnahme zu gestalten. Vergleichende Studien zeigen, dass Pflegefachkräfte im Ausland oftmals besser qualifiziert und in größerer Zahl in Gewerkschaften, Verbänden und Kammern organisiert sind, als hierzulande. Daraus schöpfen sie ihr fundamentales, solidarisches und wirkungsvolles professionelles Selbstbewusstsein und ihren Stolz, können pflegerische Interessen auch im Sinne ihrer Patienten und Pflegebedürftigen formulieren und durchsetzen und tragen damit zu vergleichsweise guten Arbeitsbedingungen und hoher Wertschätzung der Profession Pflege in der Gesellschaft bei (Flaiz 2018).

Literatur

- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2013) Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (abgerufen am 7. Januar 2019)
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (Hrsg.) (2017) ePfleger – Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. URL: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePfleger_Abschlussbericht_final.pdf (abgerufen am 7. Januar 2019)
- Brandenburg H, Kohlen H (Hrsg.) (2012) Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart
- Isfort M, Weidner F (2014) Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. URL: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (abgerufen am 7. Januar 2019)
- Flaiz B (2018) Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Mabuse-Verlag Frankfurt
- Kellner A (2011) Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. LIT Verlag Berlin
- Weidner F (2012) Altersgerechte Personalpolitik in der Pflege. In: Hellmann W u. Hoefert H-W (Hrsg.) Das Krankenhaus im demografischen Wandel. 147–166. medhochzwei Verlag Heidelberg
- ZQP (2017) Herausforderung Pflege – Bürgerperspektive im Wahljahr 2017. URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_02_19_AnalysePflegeWahljahr_KJSEDVvf.pdf (abgerufen am 7. Januar 2019)

3 Pflege-Thermometer 2018 – Zur Situation der stationären Altenpflege in Deutschland

Michael Isfort

Im nachfolgenden Kapitel sollen ausgewählte Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Querschnittserhebung in Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege in Deutschland vorgestellt werden. Hintergrund ist eine Befragung zur Personalsituation, der allgemeinen Finanz- und Strukturlage der Einrichtungen, technischer Nutzung sowie zu Einschätzungen zu den Wirkungen aktueller Gesetzesreformen (Pflegestärkungsgesetze). Von 13.223 zugesandten Fragebögen konnten 1.067 in die Auswertung übernommen werden. Die vollständige Studie einschließlich der grafischen Auswertungen steht auf den Internetseiten des DIP kostenfrei zur Verfügung und bietet einen Überblick über die Entwicklung der Grunddaten sowie die Ergebnisse der konkreten Befragung (<http://www.dip.de>). Für den vorliegenden Beitrag wird ein Fokus auf die Fragen der Personalsituation in der teil-/vollstationären Pflege gelegt.

3.1 Entwicklung der teil-/vollstationären Versorgung

Betrachtet man die Entwicklungen in der teil-/vollstationären Versorgung in Deutschland insgesamt, so ist diese gekennzeichnet durch einen beständigen Aufbau. In den Pflegestatistiken des Bundes werden seit 1999 zentrale Kennzahlen aus den Einrichtungen

erhoben (<http://www.destatis.de>). 857.302 Personen erhielten in Deutschland 2015 voll- und teilstationäre Versorgung. In der vollstationären Langzeitpflege entsprach dies mehr als 783.000 betreuten Menschen; in der teilstationären Pflege über 73.000 Personen. Von 1999 bis 2015 ist in der stationären Langzeitpflege ein Zuwachs an zu versorgenden pflegebedürftigen Personen von ungefähr 50% zu beobachten. Die steigenden Kennzahlen verweisen auf den Bedeutungszuwachs der stationären Langzeitpflege als Säule der Sicherung der Betreuung älterer Menschen. Gegenüber dem Jahr 1999 weist die Pflegestatistik 2015 insgesamt bundesweit rund 4.740 zusätzliche Einrichtungen und fast 285.000 mehr Heimplätze auf. Bundesweit entstehen durchschnittlich über die Jahre betrachtet pro Jahr rund 300 neue Einrichtungen der teil-/vollstationären Versorgung. Dem numerischen Wachstum der betreuten Pflegebedürftigen und der Einrichtungen folgt auch der Anstieg der Beschäftigung in diesem Sektor. Im Zielberuf der examinierten Altenpflegenden, der größten Berufsgruppe in der stationären Versorgung, ist in der gleichen Zeitspanne eine Verdopplung der Beschäftigung zu beobachten. So stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegenden von 83.705 im Jahr 1999 auf insgesamt 168.131 im Jahr 2015 an. Hinzu kommen aktuell 46.422 beschäftigte

Altenpflegehelferinnen und -helfer sowie 52.570 Gesundheits- und Krankenpflegende und 16.581 Krankenpflegehelferinnen und -helfer in 2015. Der teil-/vollstationäre Sektor der Versorgung ist auch vor diesem Hintergrund ein zentral bedeutsamer Bereich der Beschäftigung und der Beschäftigungszunahme mit hohen Steigerungswerten.

3.2 Fachkräfteengpass Pflegepersonal

Die derzeitige Fachkräftesituation kann bundesweit als ein limitierender Faktor in der Unternehmensentwicklung beschrieben werden. Einrichtungen aus der Gesundheitswirtschaft benannten an vorderster Stelle den Fachkräfteengpass als wirtschaftliches Risiko (Nelder 2017). Im Pflege-Thermometer 2018 werden diese Einschätzungen bestätigt. Auf der einen Seite geben 22 Prozent der Leitungen der Einrichtungen an, dass sie aufgrund des Personalmangels in den vergangenen drei Monaten temporär einen Aufnahmestopp neuer Bewohner durchgeführt haben. Auf der anderen Seite beschreiben mit 33,9 Prozent nur rund ein Drittel der Einrichtungen, dass sie von einem Personalmangel nicht betroffen sind und keine finanziellen Einbußen erfahren. In der Verbindung der Unternehmensentwicklung und des Fachkräftemangels zeigen weitere Befunde, dass die Einrichtungen deutliche Limitierungen beobachten. 25,5 Prozent der Leitungen geben an, dass sie die gesteckten betrieblichen Ziele aufgrund des Personalmangels nicht erreichen können und 34,4 Prozent sehen sich in der strategischen Entwicklung gehemmt und können das gewünschte Wachstum nicht realisieren. Dies ist im Zusammenhang mit einer bundesweiten Situation auf dem Arbeitsmarkt zu diskutieren.

Die Bundesagentur für Arbeit bestätigt im Rahmen der Fachkräfteanalysen einen bundesweiten Fachkräftemangel für examinierte Fachkräfte und Spezialisten in der Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege. Es existiert in 2018 kein Bundesland, in dem kein Anzeichen für einen Fachkräfteengpass bzw. -mangel besteht (Bundesagentur für Arbeit 2018). In der aktuellen Analyse der Arbeitsmarktkennzahlen zum Stand Oktober 2018 werden für die westdeutschen Bundesländer insgesamt (Sektoren übergreifend) 2.499 als arbeitslos gemeldete Altenpflegende geführt. Ihnen stehen 11.993 als offen gemeldete Stellen aus den Betrieben gegenüber. Für die ostdeutschen Bundesländer sind 582 Altenpflegende als arbeitslos geführt. In diesen Bundesländern werden 2.974 offen gemeldete Stellen

ausgewiesen. Hingewiesen werden muss an dieser Stelle darauf, dass die Anzahl der tatsächlichen offenen Stellen in den Betrieben deutlich höher liegt, denn den Ergebnissen des Pflege-Thermometers 2018 zufolge melden mit 31% rund ein Drittel aller Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege ihre offenen Stellen bei der Arbeitsagentur nicht oder nicht mehr.

! Festgehalten werden kann, dass bundesweit aktuell keine Arbeitsmarktreserven in der Altenpflege zur Verfügung stehen und dass sich der Fachkräftemangel in der Entwicklung weiter zuspitzt.

Im Pflege-Thermometer 2018 wird der Fachkräftemangel durch unterschiedliche Kennzahlen belegt und in den Folgen sichtbar. In der Summe werden für die pflegerischen Berufe (einschließlich der Helferberufe) allein im Sektor der teil-/vollstationären Einrichtungen 16.900 aktuell offene und zu besetzende Stellen beziffert. Die Realisierung liegt nicht an der finanziellen Situation in den Einrichtungen, sondern steht ausschließlich im Zusammenhang mit dem bestehenden Fachkräfteangebot.

Diese Entwicklung bedeutet für die im Beruf stehenden Personen eine Arbeitsverdichtung und damit eine Belastungszunahme. Auf der Seite der Beschäftigten wird dies, den Angaben der Führungskräfte zufolge, an den folgenden Ergebnissen deutlich:

- 41 Prozent beobachten gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg an Krankheitstagen des Personals
- 43 Prozent beobachten gegenüber dem Vorjahr eine Verlängerung der Krankheitsdauer
- 31 Prozent beschreiben gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme der Erkrankungsschwere

Darüber hinaus werden auch Belastungszunahmen durch ein „Einspringen“ an freien Tagen beobachtet (38,2 Prozent). Eine einseitige Zunahme an Überstunden hingegen lässt sich nicht feststellen. Hier geben 28,8 Prozent der Leitungen an, dass diese gestiegen sind, in 19,6 Prozent der Einrichtungen aber konnten diese gesenkt werden.

Auch in Bezug auf Neueinstellungen zeigen die Befunde der Befragung die aktuell begrenzten Möglichkeiten. 62 Prozent der Einrichtungen geben an, dass sie aufgrund des Fachkräftemangels aktuell Bewerberinnen und Bewerber einstellen, die sie vor fünf Jahren abgelehnt hätten. Nur 7 Prozent geben an, dass die Anzahl der Bewerbungen eine schnelle Wiederbesetzung ermöglicht und lediglich 8 Prozent stimmen der Aussage zu, dass die Anzahl der

Bewerbungen eine Personalauswahl überhaupt zulässt. Infolge einer unzureichenden Auswahl wird die Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung als zweit häufigster Grund für die Fluktuation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angegeben.

! Aus einer manageriellen Perspektive heraus kann damit ein Paradigmenwechsel festgestellt werden. Es geht nicht mehr um die Auswahl von Mitarbeitenden, sondern vordringlich um die Entwicklung des bestehenden Personals und um die Bindung des bestehenden Personals an den eigenen Betrieb.

3.3 Strategien der Mitarbeitergewinnung und -bindung

Die Einrichtungen reagieren auf die Anforderungen bereits mit vielfachen Strategien, die in der Ausprägung jedoch unterschiedlich stark vertreten sind. Ein zentraler Befund im Pflege-Thermometer 2018 ist dabei, dass sich die Mitarbeiterrekrutierung ebenso wie die der Auszubildendenrekrutierung auf verhältnismäßig enge räumliche Grenzen beschränkt. Mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden wohnt, den Einschätzungen der Führungskräfte zufolge, im Umkreis von bis zu 10 Kilometern von der Einrichtung entfernt. Erweitert man diesen Radius auf 20 Kilometer, so sind es in der Summe 91 Prozent der Mitarbeitenden. Diese Kennzahlen sind auch bei den Auszubildenden ähnlich und verweisen auf die Notwendigkeit einer wohnortnahen Ausbildungsmöglichkeit. Werden regionale Ausbildungsstätten/Bildungszentren geschlossen, so können ggf. die regional agierenden Betriebe der Pflegewirtschaft nur unzureichend von der Ausbildungskapazität weiter entfernter Bildungsstätten profitieren bzw. müssen ausgebildete Personen durch umfassende Maßnahmen zurückgewonnen werden. Mittelfristig besteht hierin ein Versorgungsrisiko in der Fläche, wenn z.B. der Ersatzbedarf durch ausscheidendes Personal nicht mehr nachbesetzt werden kann. Bestehende Strukturen können in der Folge trotz ausreichender Bedarfe und vorliegender Immobilien nicht mehr ausgelastet werden.

Bereits aktuell wird die Ausbildungskapazität aus unterschiedlichen Perspektiven kritisch beurteilt. So beurteilen 61,7 Prozent der Leitungen die regionale Ausbildungskapazität der Bildungseinrichtungen als zu gering, um die Bedarfe decken zu können. Die Anzahl der Ausbildungsbewerber wird von

42,6 Prozent als ausreichend eingeschätzt, um die Bedarfssicherung zu erreichen. Bezogen auf die Ausbildungsbereitschaft der regional betrachteten Einrichtungen teilen sich die Einschätzungen. 35,9 Prozent beurteilen diese als ausreichend zur Sicherung, 29,7 Prozent sehen für ihre Region Defizite in der Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen.

Bezogen auf konkrete Maßnahmen der Rekrutierung und Bindung werden überwiegend bekannte Maßnahmen angewendet:

- 80 Prozent unterstützen Fort- und Weiterbildungsangebote aktiv
- 79 Prozent nutzen Gefährdungsbeurteilungen und fokussieren den Arbeitsschutz
- 63 Prozent sind aktiv in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Dagegen sind Prämien für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Angebote zur Stabilisierung des Alltags der Angestellten, wie bspw. die Unterstützung von Beschäftigten, die pflegende Angehörige sind, Hilfe bei der Wohnraumsuche oder die Einrichtung eines Betriebskindergartens, weniger stark verbreitet. Maßnahmen, wie sie aus der Arbeitsforschung bekannt sind (z.B. Job-Rotationsmodelle) finden eine geringe Umsetzung. Auch Maßnahmen, wie sie aus dem Bereich des Krankenhauses bekannt sind (Springerpool zur Sicherung der freien Zeiten) sind eher geringgradig ausgeprägt zu finden.

Die Fachkräfterekrutierung aus dem Ausland gewinnt aktuell an Bedeutung, jedoch ist sie kein prominentes Thema. 27 Prozent geben an, dass sich an Anwerbungs- und Integrationsprogrammen beteiligen. In der vorliegenden Stichprobe werden in ungefähr 24% der Einrichtungen gezielt ausländische Pflegenden aus dem EU-Gebiet für den Pflegebereich akquiriert. In einer Subgruppenanalyse wurden die Einrichtungen betrachtet, die zustimmend angegeben haben, dass sie ausländische Pflegekräfte aus der EU rekrutiert haben. In dieser Gruppe wurde geschaut, wie die konkreten Erfahrungen mit der Bindung über die Anerkennungszeit hinaus eingeschätzt wurden. Dabei konnte identifiziert werden, dass sich die Gruppen genau teilen. 50% der aktiven Einrichtungen beobachten nach der Anerkennung als Krankenpflegekraft eine Abwanderung aus dem Sektor der teil- und vollstationären Einrichtungen (vielfach in Richtung Krankenhaus), 50 % verneinen dies und ihnen gelingt offenkundig eine längere Bindung an das Tätigkeitsfeld bzw. die eigene Einrichtung.

3.4 Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnte ein umfassender Einblick in die aktuelle Situationseinschätzung der teil-/vollstationären Pflege in Deutschland aus der Perspektive von Leitungskräften vorgenommen werden. Das Thema des Fachkräftemangels zeigt sich dabei als ein prominentes, das Wechselwirkungen mit allen Bereichen der Strukturentwicklung, der Gesundheitssituation des Personals, der Rekrutierung und der Mitarbeiterbindung aufweist. Eine kurzfristige Entspannung ist nicht in Sicht und politisch eingeleitete Maßnahmen, wie die Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen durch SGB V-Mittel drohen in der Realität keine Veränderung zu erzeugen, weil das Personal dafür nicht zur Verfügung steht. Der Wettbewerb um Personal wird dabei nicht nur innerhalb der Sektoren zunehmen (Zwischen den Einrichtungen der teil-/vollstationären Altenpflege) sondern auch zwischen den Sektoren (Krankenhaus, ambulante Pflege, teil-/vollstationäre Einrichtungen). Refinanzierungen von neu eingestellten Pflegekräften für das Krankenhaus erhöhen dabei den Druck auf die teil-/vollstationären Einrichtungen, die mit Prämiensystemen und Anreizen gegenüber großen Betrieben nicht mithalten können.

Ein besonderer Fokus in der Analyse vor Ort muss auf die regionalen Strategien gelegt werden, denn der Rekrutierungsraum für Personal ist begrenzt und Mitarbeitende werden in der Mobilität nicht sehr flexibel eingeschätzt. Dies kann u.a. auch mit einem hohen Teilzeitbeschäftigtenanteil in Verbindung gebracht werden- für die Realisierung einer Teilzeitstelle werden lange Distanzen kaum in Kauf genommen bzw. sind lange Anreisewege unrentabel. Nur

in der regionalen Passung der Ausbildungsstrukturen und der Bildungseinrichtungen kann eine langfristige Versorgungssicherung realisiert werden.

In Zukunft ist damit zu rechnen, dass sich ansonsten die Anstrengungen erhöhen müssen, um Auszubildende oder Mitarbeitende zu gewinnen. Dies kann sich u.a. ausdrücken in der Bezuschussung der Mobilitätskosten, der Übernahme von Kosten für Umzüge oder der Bereitstellung von Mobilitätsmöglichkeiten für jüngere Auszubildende (Busse, die zu Bildungszentren fahren).

Literatur

- Bundesagentur für Arbeit – Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2018) Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit – Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt), <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (zuletzt geprüft am 28.11.2018)
- Neldner T, Hofmann E, Peters V, Richter T, Hofman S, Hans JP et al. (2017) Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Endbericht. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; WifOR GmbH; Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V. Berlin, Darmstadt, Tübingen
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt geprüft am 28.11.2018)

4 Definitionen: Pflege

Gabriele Meyer und Christiane Luderer

Die Begriffe *Pflege* bzw. *Professionelle Pflege* oder *Berufliche Pflege* sind unterschiedlich definiert. Die Definitionen sind ein Abbild der gesellschaftlichen Besonderheiten der jeweiligen Zeit, in der sie entstanden, und spiegeln das theoretisch oder weltlich begründete Leitbild der Definierenden wider.

Bereits Florence Nightingale beschreibt in ihrem 1860 erstmals erschienenen Buch „Notes on Nursing: What it is, and What it is Not“ die Rolle der Pflege:

“... what nursing has to do in either case, is to put the patient in the best condition for nature to act upon him.” (Nightingale 1860)

Pflege also, um die besten Voraussetzungen für den Patienten zu schaffen, die natürliche Heilung zu befördern. Diese Definition ist einerseits stark geprägt durch die Umstände der Zeit, in der Nightingale pflegend tätig war, und verweist andererseits auf einen ganzheitlichen Ansatz der Umsorgung der Patienten und der – unter den damaligen Umständen schwierig zu gewährleistenden – förderlichen Gestaltung ihrer Umgebung.

Viele andere Definitionen von Pflege wurden seitdem formuliert. Eine einflussreiche Definition stammt von Virginia Henderson: „The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or

well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge.“ (Henderson 1966). In diesem Verständnis ist mit Pflege die Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens bei Menschen mit eingeschränkter Selbstpflegekompetenz gemeint sowie die pflegerische Begleitung im friedlichen Sterben. Dieses kompensatorische Verständnis hat viele Pflege-theorien und -konzepte im In- und Ausland inspiriert. Pflege, wenn Unterstützung gebraucht wird, da die Grundbedürfnisse nicht allein erfüllt werden können, ist auch ein zeitgemäßer Minimalkonsens der handlungswirksamen Pflege.

Das International Council of Nurses (2014) hat eine vielfach übersetzte und weit verbreitete, umfassende Definition von professioneller Pflege vorgelegt. Die offizielle, von Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz konzertierte Übersetzung lautet folgendermaßen:

„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung

4 Definitionen: Pflege

der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

Die ICN Definition betont den universellen Charakter von Pflege und die Rollen, die über die direkte Zuwendung zum Individuum hinausgehen, d.h. Gewinnung von Wissensgrundlagen und deren Dissemination bzw. Implementierung, die Steuerung von Pflege und die Teilhabe an der Gestaltung von Rahmenbedingungen der Pflege.

Auch die American Nurses Association (2015) definiert Pflege in relativer Weite als

“the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations”.

Der Vergleich dieser oder auch anderer Definitionen, zeigt Gemeinsamkeiten, wie die Hinwendung zum Individuum, aber auch Unterschiede, wie den Einschluss von Forschung bei der ICN Definition.

Auch das im Jahr 2018 verabschiedete Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG 2017) beinhaltet eine umfassende Definition der Pflege:

„Pflege (...) umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“

All diese Definitionen verweisen notwendigerweise auf ein großes Spektrum an Zuständigkeiten für Pflegenden und nutzen dabei weitläufige Begriffe wie „Versorgung“, „Betreuung“ oder „Begleitung“. Dies

allein ist noch nicht pflegespezifisch und wird erst durch den Fokus auf die Adressaten, die „zu Pflegenden“, pflegerisch relevant. „Zu Pflegenden“, das sind Menschen mit potenzieller oder bestehender Pflegebedürftigkeit. Diese Menschen mit ihren Bedürfnissen und ihrer individuellen Komfortorientierung per definitionem als Adressaten auszumachen, bezieht Gesunde und Kranke ebenso ein wie Behinderte und Sterbende und ist auf alle Settings und Angebote der Pflege zu beziehen.

Pflege – fragmentiert in Grund- und Behandlungspflege – ist zum Zwecke der Klärung des Geltungsbereichs ebenfalls in den Sozialgesetzbüchern definiert. Auch Versicherungen definieren gelegentlich die professionelle Pflege. Da hier jedoch eine Verrichtungsorientierung im Vordergrund steht und diese Definitionen nicht im Sinne des beruflichen Selbstverständnisses zu verstehen sind, wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

Die Rollen, die die Pflege einnimmt, sind soziokulturell und sozioökonomisch determiniert und abhängig von der Arbeitsteilung im jeweiligen Gesundheitssystem. Diese Arbeitsteilung sieht in anderen Ländern ganz anders aus. So praktizieren beispielsweise in den USA 40,5 Nurse Practitioners (NPs) pro 100.000 Einwohner. NPs machen im Vergleich ca. ein Fünftel der tätigen Ärzte aus. Auch in den Niederlanden, Kanada, Australien, Neuseeland und Irland praktizieren NPs (Maier et al. 2016). NPs übernehmen breite Aufgaben im Gesundheitswesen und können die niedergelassenen Ärzte mit allen Kompetenzen ersetzen. Eine ansehnliche Anzahl internationaler Studien legt nahe, dass pflegegeleitete primäre Versorgung im Vergleich zur ärztlichen Versorgung positive Effekte auf die Behandlungszufriedenheit, auf Krankenhauseinweisungen, ja sogar in einigen Untersuchungen auf die Mortalität hat (Laurant et al. 2018).

Auch in Deutschland ist mit § 63 Abs. 3c SGB V seit zehn Jahren die Möglichkeit eröffnet, in Modellprojekten die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zu erproben. Bislang gibt es jedoch erst an einem Standort in Deutschland ein Modellprojekt, das im Bereich Diabetes mellitus Typ 2 und chronische Wundversorgung zwei Bereiche aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (BMG 2012) auf Pflegenden im Modellstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“ überträgt (Meyer 2018).

Es dürfte deutlich geworden sein, dass es nicht die eine Definition und Rolleninterpretation von Pflege gibt. Im Unterschied zur ärztlichen Profession mit dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes, auf

das sich Ärzte auf der ganzen Welt berufen, hat die Pflege kein Gelöbnis, das einem international gültigen universellen Pflegeverständnis ein Fundament bieten würde. Ein solches wäre sicher hilfreich und könnte einen Minimalkonsens zum Ausdruck bringen, anhand dessen sich die berufliche Pflege identifizieren, legitimieren und rückbesinnen kann.

Der Begriff berufliche Pflege bleibt abzugrenzen von den Begriffen der Selbstpflege, also der Pflege der eigenen Person, und der Pflege durch Angehörige, auch als informelle Pflege oder Angehörigenpflege bezeichnet. Informelle Pflege wird durch Angehörige oder durch nahestehende Personen wie Nachbarn oder Freunde geleistet. Diese haben in der Regel keine berufliche Pflegeausbildung. Der Ausdruck Laienpflege ist in diesem Kontext jedoch unzulänglich, da die Betroffenen durch Erfahrung im Umgang mit dem Pflegebedürftigen zu Expertinnen und Experten heranreifen. Im Unterschied zur beruflichen Pflege richten sich pflegende Angehörige auf die Bedürfnisse der einzelnen pflegebedürftigen Person ein. Beruflich Pflegende sind in der häuslichen Pflege, die durch informell Pflegende übernommen oder mitgestaltet wird, in der Position, ihr berufliches Wissen und ihre Kenntnisse in der Beratung und Unterstützung bzw. Entlastung der informell Pflegenden einzusetzen, diese bei der Krankenbeobachtung und der fachlich sachgerechten Ausübung der Pflege zu unterstützen, die Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen zu fördern, Entscheidungen im Pflegeverlauf zu begleiten und anzuleiten.

Literatur

- American Nursing Association (2015) Nursing: Scope and standards of practice. Third Edition. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org
- Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V). BANz, Nr. 46 (S. 1128) vom 21.03.2012
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt 2017, Teil I, Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017
- Henderson V (1966) The Nature of Nursing. Macmillan Publishing New York
- International Council of Nurses (2014) Definition of Nursing. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Definition-der-Pflege-deutsch.pdf>
- Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ (2018) Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev 7: CD001271
- Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R (2016) Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. BMJ Open 6: e011901
- Meyer G (2018) Gut abgestimmt – Interdisziplinäre Teams in der Versorgung. „Wir arbeiten konsequent wissensbasiert“. Interview mit Gabriele Meyer. G & G Spezial (3): 7
- Nightingale F (1860) Notes on Nursing. What it is, and what it is not. First American Edition. D. Appleton and Company New York