

3.8. Diversität und Pflege

GISELA REHFELD

Abstract

Der Beitrag zur Qualitätsoffensive Diversität lenkt den Blick auf die Entwicklung des Pflegeberufes der vergangenen 50 Jahre und analysiert Strukturen des heutigen Berufsbildes und die sich daraus ergebenden und zukünftig notwendigen Kompetenzanforderungen. Die Träger:innen im Gesundheitswesen und die Vertreter:innen der Politik haben sich nun der Aufgabe zu stellen, neue Konzepte zu ermöglichen und auch zu finanzieren. Nur so lässt sich die zunehmende Pflegebedürftigkeit in unserer älter werdenden Gesellschaft bewältigen und ein bevorstehender Pflegenotstand vermeiden. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, dem neu geschaffenen Berufsbild der Pflegefachfrau und des Pflegefachmannes zu einem erfolgreichen Start in der Pflegelandschaft zu verhelfen. In der Stärkung der sozialen Kompetenz und damit der Persönlichkeitsbildung ist die eigentliche Aufgabe der Berufsausbildung und -begleitung im Pflegebereich zu sehen. Sich mit dem Berufsbild identifizieren und es nach außen vertreten, muss das übergeordnete Ziel der Pflegeausbildung sein und es möglich machen, dem Beruf den gesellschaftlichen Stellenwert zu geben, der ihm angemessen ist. Wie dies in der Zukunft zu ermöglichen wäre und welche Veränderungen im System dazu notwendig sein könnten, soll in diesem Beitrag aufgezeigt werden.

Schlagnote: demografischer Wandel, Pflegewissenschaft, Pflegenotstand, Altenpflege, Fachkräftemangel

The contribution to the Diversity Quality Initiative draws attention to the development of the nursing profession over the past 50 years and analyses the structures of today's job profile and the future competence requirements resulting from this. Those responsible for the health care system and the representatives in politics now have the task of enabling and financing new concepts. This is the only way to cope with the increasing need for care in our aging society and to avoid an upcoming care crisis. This also makes it necessary to help the newly created profession of nursing specialist to get off to a successful start in the nursing care environment. The actual task of vocational training and support in the nursing sector is to strengthen social skills and thus develop personality. Identifying with the profession and being able to represent it to the outside must be the overall objective of nursing training and make it possible to give the profession the social status it deserves. To show how this could be made possible in the future and what changes in the system might be necessary to achieve this is the intention of this contribution.

Keywords: demographic change, nursing science, elderly care crisis, geriatric care, skills shortage

3.8.1. Einleitung

Gesellschaftlicher Wandel und Auswirkungen auf die Berufs- und Arbeitswelt

Kaum ein Tag vergeht, ohne dass in den Medien über Veränderungen in unserer Gesellschaft berichtet wird. Globalisierung, der demografische Wandel in Deutschland, Digitalisierung und die daraus resultierenden, oftmals auch als Überforderung empfundenen neuen Qualifikationen, ein verändertes Verständnis zu Arbeit, Freizeit und Entlohnung und nicht zuletzt auch die Sorge um Gesundheit und eine sichere Zukunft beschreiben Schwerpunkte einer Gesellschaft, die sich mit grundlegenden Veränderungen auseinandersetzen muss und sich den damit verbundenen Herausforderungen zu stellen hat.

Die Auswirkungen dieses Wandels sind in allen Bereichen der Berufs- und Arbeitswelt spürbar. So auch in der Pflege. Jedoch werden sie dort erst jetzt in ihrer gesamten möglichen Konsequenz wahrgenommen, da es in Krankenhäusern, Pflegeheimen wie auch in den verschiedenen Einrichtungen der ambulanten Versorgung zu offensichtlichen Engpässen kommt. Die Personalsituation im Bereich der Pflege ist mehr als nur angespannt, und eine Unterversorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen erscheint nicht mehr gänzlich ausgeschlossen. Auch die Politik ist auf den Plan gerufen. Sie hat die Brisanz eines möglichen Pflegenotstands erkannt und sieht sich zum Handeln gefordert, zumal hier, die Situation verschärfend, der Fachkräftemangel auf die zunehmende Pflegebedürftigkeit älter werdender und damit auch zunehmend multimorbider Patientinnen und Patienten trifft. Die anstehenden Herausforderungen für die Pflegearbeit in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind damit kaum mehr zu übersehen.

Abgrenzung der Krankenpflege gegenüber der Altenpflege – Entwicklung der beiden Bereiche in den vergangenen Jahren

Betrachtet man die Situation der Krankenhäuser zu Beginn der 1970er-Jahre, so stellte sich diese im Vergleich zu heute als eher beschaulich dar. Jede Einrichtung „funktionierte“ damals in ihrem eigenen kleinen „Kosmos“. Es gab Besuchszeiten, die den Rahmen für Zeiten der Kommunikation und der Ruhe festlegten. Es galt die Meinung, dass Ruhe zur Genesung beitragen sollte, und dies war damit Teil der Behandlung und der Pflege. Durch geregelte Tagesstrukturen und die Zusammensetzung des Personals ließen sich Arbeitsabläufe noch ohne häufige Unterbrechungen gestalten. Ausgebildete Kräfte, einjährig Ausgebildete, Auszubildende und Stationshilfen teilten sich entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation die Arbeit. Schichtdienst im heutigen Sinne gab es noch nicht. Ausreichend lange Verweildauern ermöglichten es, ohne Zeitdruck in einem verhältnismäßig geordneten Umfeld gesund zu werden, und auch sozial begründete Aufnahmen von Patienten und Patientinnen waren keine Seltenheit.

Die Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit dem Ärztlichen Dienst unterlag klaren Regelungen und belastete den Pflegedienst nicht über Gebühr. Der Ärztliche Dienst ordnete an, der Pflegedienst führte aus. Die Dokumentation beschränkte sich,

etwas eng betrachtet, auf Temperatur, Puls, Stuhlgang und, je nach Behandlung, auf verordnete Maßnahmen sowie auftretende Besonderheiten. Die Verwaltungsbürokratie blieb im erträglichen Rahmen.

Später wurden dann erste Arbeitsanalysen in Auftrag gegeben und die Arbeit des Pflegedienstes wie auch die des Ärztlichen Dienstes einer Bewertung unterzogen, was schließlich zu einer Trennung der reinen Pflegearbeiten von denen der Behandlungspflege führte. Gehörte beispielsweise die Blutentnahme bei Patientinnen und Patienten zu den bisherigen Aufgaben des Pflegedienstes, entfiel diese Zuordnung und wurde jetzt ausschließlich der Behandlung und damit dem ärztlichen Kompetenzbereich überlassen. Die veränderte zeitliche Inanspruchnahme, mit der Stoppuhr von einem externen Beauftragten ermittelt, diente den für Arbeitsabläufe und Personalplanung Verantwortlichen als Grundlage zur Neubewertung des Zeitaufwandes einzelner Arbeitsschritte, die in diesem Fall zu einer Erweiterung des Stellenanteils beim Ärztlichen Dienst und zu einem Abzug bei den Fachkräften des Pflegepersonals führte.

Es ist davon auszugehen, dass mit dem Wegfall einer medizinische Qualifikation ausweisenden Tätigkeit und der Reduzierung des Stellenanteils innerhalb eines Pflegesystems dem Pflegeberuf ein Teil seiner Wertigkeit und damit seines Ansehens genommen wurde.

Die strikte Trennung der Pflege von der Behandlung zusammen mit der Neubewertung von Arbeitsabläufen bedeutete den Einzug verstärkt betriebswirtschaftlicher Sichtweisen, die mehr den Gesetzmäßigkeiten ökonomischer Logik und der damit verbundenen Dominanz des Geldes folgten. Die Kommerzialisierung war an der Basis unseres Gesundheitswesens angekommen und sollte auch nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeit des Pflegepersonals bleiben.

So setzte u. a. der durch die Diagnosis Related Groups, den DRGs, (vgl. Hibbeler 2011) erzeugte Zeit- und Kostendruck den in der Krankenpflege Beschäftigten oftmals zu, ließ sie nicht selten an der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit zweifeln und endete auch in Demotivation oder gar Resignation bis hin zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

„In den Kliniken und Altenheimen der Republik herrscht ein Arbeitsklima, das dazu führe, dass viele Pfleger ihren Beruf deutlich früher verlassen wollen als geplant – weil sie spätestens Mitte 40 oder 50 sowohl physisch als auch psychisch komplett abgearbeitet sind, berichtet Gewerkschaftssekretär Rolf Winterboer. Studien, wonach etwa ein Drittel der deutschen Pflegekräfte Burnout-gefährdet ist, bestätigen diese These.“ (Union Krankenversicherung, UKV)

Vorgegebene Fallpauschalen für kurze Verweildauern, der Einsatz komplexer technischer Systeme für Behandlung und Pflege sowie die zunehmende Bürokratisierung durch ausufernde Dokumentationsanforderungen und Vorgaben zu Qualitätssicherung und Zertifizierung nahmen dem Berufsbild viel von seinem ursprünglichen Anspruch, angemessen Zeit für die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zu haben. Selbst kurze, persönliche Gespräche, früher unverzichtbarer Bestandteil der Pflegetätigkeit, ermöglichten sie doch Einblicke in das Befinden der zu

Pflegenden und bedeuteten gleichzeitig Zuwendung in einer gesundheitlich herausfordernden Situation, waren jetzt kaum mehr möglich.

Eine Einschätzung ihrer Arbeit nahmen Mitarbeitende des Pflegebereichs in einer von DGB und ver.di in den Jahren 2012 bis 2017 durchgeführten Repräsentativumfrage (vgl. Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bereich Innovation und Gute Arbeit 2018, S. 4 ff.) vor.

In der Altenpflegearbeit galt es seit jeher, gesellschaftliche Akzeptanz zu erlangen und sie von der fatalen Einschätzung wegzuführen, Pflegeleistungen könne ja ohne Probleme jede:r erbringen, besondere Qualifikationen seien dazu nicht erforderlich. So wurde 1969 offiziell das Berufsbild der Altenpflegerin und des Altenpflegers geschaffen, das aber trotz staatlich geregelter dreijähriger Ausbildung, zwei Jahre Theorie, jedoch unter weitgehendem Verzicht auf die Vermittlung medizinischer Inhalte und ein Jahr Pflegepraxis mit abschließender Prüfung, kaum die gewünschte Anerkennung fand, qualifizierte sie doch im Vergleich zu anderen Pflegeberufen „nur“ zur Versorgung älterer Menschen im Pflegeheim. Diese Ansicht zur „Wertigkeit“ des neuen Berufsbildes wurde oftmals auch von Angehörigen anderer Pflegeberufe nicht zuletzt auch deshalb geteilt, um die mit der Krankenpflege in der Institution Krankenhaus verbundene gesellschaftliche Anerkennung nicht zu verlieren. Die Versorgung älterer und gebrechlicher Menschen schien offensichtlich nicht besonders anerkennenswert und damit vergleichsweise unattraktiv.

Erwartungen an die Reform der Pflegeberufe

An dieser Sichtweise hat sich meiner Einschätzung nach bis heute leider noch nichts Grundlegendes geändert. Jedoch stehen wir jetzt aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und der Diskussion um das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe und die im Jahr 2020 neu beginnende generalistische Pflegeausbildung vor einem Umbruch, den es positiv zu gestalten gilt, um Krankheit und Folgen von Behinderung als pflegerische Herausforderung für unsere Gesellschaft annehmen zu können. Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann wie auch der Studiengang zu diesem Berufsbild erscheint mir hierfür als notwendiger und geeigneter Schritt, der zukünftig zu einem insgesamt positiven Bild und zur längst fälligen Wertschätzung aller Bereiche der Pflegearbeit in unserer Gesellschaft beitragen kann. Die EU-weite Anerkennung dieser neu geregelten Pflegeausbildung (vgl. BMG 2018) tut ein Übriges dazu.

Nach über 40 Berufsjahren im Gesundheitswesen und auch heute im Ruhestand noch in verschiedenen Gremien aktiv mit der Thematik befasst, möchte ich hier einen Beitrag dazu leisten, die zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe zu überdenken und zu formulieren. Erfahrungen aus meiner Arbeit der vergangenen Jahre im Bereich der Pflegepraxis und der Unternehmensführung geben mir die Möglichkeit, eine Einschätzung der aktuellen Pflegesituation und ihrer zukünftigen Entwicklung vorzunehmen. Aspekte der Gewinnung und Ausbildung von Pflegepersonal stehen dabei im Vordergrund. Vorrangiges Ziel ist es, dem Pflegeberuf zu einer Anerkennung zu verhelfen, die auf einer umfassenden Kompetenz der in diesem Bereich Tätigen beruht.

3.8.2. Quantitative Bedarfsanalyse und Attraktivität des Pflegeberufs

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. beschreibt in seinem 2015 veröffentlichten „Manifest der Pflegeberufe“ Folgendes:

„Pflege geht jeden an. Vom Neugeborenenzimmer bis zum Hospiz – in allen Phasen des Lebens gibt es Zeiten, in denen Menschen pflegerische Unterstützung brauchen. Und genauso vielfältig wie der pflegerische Versorgungsbedarf sind die Arbeitsfelder derjenigen, die Pflege als berufliche Dienstleistung erbringen. Ihre Zahl ist groß – knapp 900.000 Frauen und Männer mit mindestens dreijähriger pflegerischer Ausbildung sind derzeit im Pflegeberuf tätig, dazu viele Tausende mit Assistenz- und Helferqualifikation. Professionell Pflegende gehen in die Häuser, um pflegebedürftige Menschen in deren Wohnung zu unterstützen, sie sorgen auf Palliativstationen für ein schmerz- und angstfreies Lebensende in Würde, sie bringen umfangreiches Spezial- und Erfahrungswissen ein, damit Schwerstkranke oder kleinste Frühgeborene auf Intensivstationen überleben können. Pflegefachpersonen müssen sich in ihrem beruflichen Alltag immer neuen Anforderungen stellen: Sie behandeln, entscheiden, hören zu und beraten, gestalten den Alltag und koordinieren. In ihrem Beruf sind sie rund um die Uhr zentrale Ansprechpartner.“ (DBfK e. V. 2015)

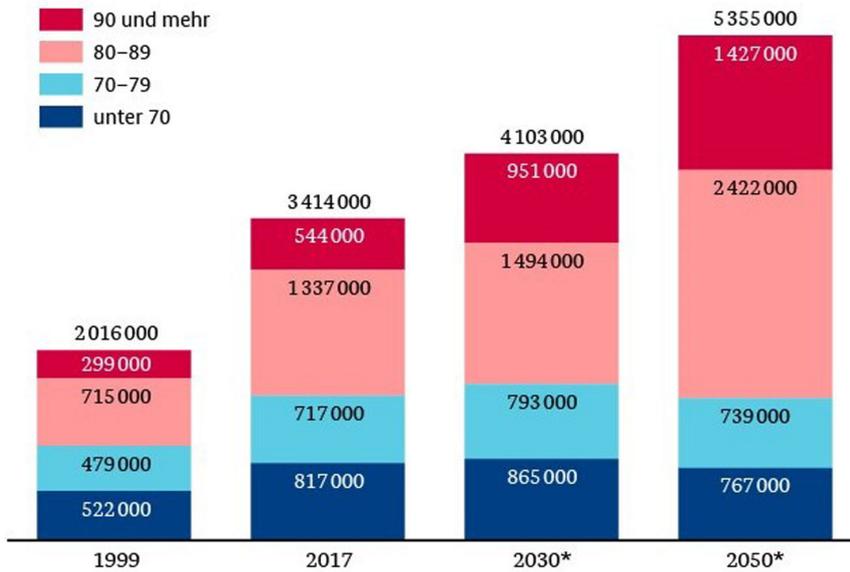
Ein ausgesprochen umfangreiches Aufgabengebiet wird hier aufgezeigt, verbunden mit einem hohen Anspruch an die Arbeit der Pfleger:innen und der großen Verantwortung für eine stetig anwachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, die auf professionelle Versorgung angewiesen sind.

Zunahme älterer pflegebedürftiger Menschen

Bei Einführung der Pflegeversicherung für häusliche Pflege 1995 und 1996 für stationäre Pflege waren etwa 1,7 Millionen Menschen pflegebedürftig. 1999 stieg die Zahl an Pflegebedürftigen auf 2,01 Millionen. Zur weiteren Entwicklung wurden vom Statistischen Bundesamt folgende Angaben gemacht:

„Im Dezember 2017 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Im Dezember 2015 lag die Zahl der Pflegebedürftigen bei 2,86 Millionen. Die starke Zunahme um + 19 % ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 01.01.2017 zurückzuführen.“ (Destatis/Statistisches Bundesamt 18.12.2018)

Davor stieg die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt in den zehn Jahren von 2003 bis 2013 von 2,07 auf 2,62 Millionen. Von 2013 bis 2015 wurde ein Zuwachs von 240.000 ermittelt, von 2015 bis 2017 waren es wiederum 550.000, jedoch, wie schon benannt, auch durch den weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff verursacht. Trotzdem weisen die Zahlen deutlich in Richtung stark steigender Pflegebedürftigkeit hin, was auch der demografischen Entwicklung entspricht (vgl. Destatis/Statistisches Bundesamt 2017).



* Annahmen: konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten des Jahres 2017; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Altersgruppen 1999–2050 (BMI 2019, Demografieportal des Bundes und der Länder)

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit insgesamt, d. h. unter Einbeziehung von Pflege im häuslichen und vollstationären Bereich wie auch der mit Unterstützung ambulanter Dienste. Entsprechend der Prognose wird vom Jahr 2030 mit 4,1 Millionen bis zum Jahr 2050 mit 5,35 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen sein (vgl. Destatis/Statistisches Bundesamt 2019).

Bei der Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich ein deutlicher Anstieg im Alterssegment von 80 bis 89 und 90 und mehr Jahren als Folge steigender Lebenserwartung durch medizinischen Fortschritt und verbesserte Lebensumstände. Gleichzeitig bedeutet ein höheres Lebensalter eine Zunahme schwerer Erkrankungen und damit auch ein größeres Risiko der Pflegbedürftigkeit, eine Konstellation, die zukünftig qualifiziertes Pflegepersonal in ausreichender Zahl erfordert.

Beschäftigungssituation in der Pflege

Angaben zur Beschäftigungssituation in der Pflege macht die Bundesagentur für Arbeit in ihrem 2020 veröffentlichten Bericht zur Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich.

Demnach waren in Deutschland 2019 1,68 Millionen sozialversicherungspflichtige Pflegekräfte beschäftigt, 601.000 davon in der Altenpflege, 1,09 Millionen in der Krankenpflege. Diese Angaben berücksichtigen in beiden Bereichen sowohl Pflegefachkräfte, Pflegenden für Tätigkeiten als Helfer:in als auch Pflegenden mit Spezial- bzw. Expertenaufgaben. Die Zahl der Beschäftigten ist damit im Vergleich zum Vorjahr um

39.000 weiter gestiegen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2020, S. 6). Jedoch lassen Prognosen, die Zahlen zur zukünftigen Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt, einen nicht unerheblichen Versorgungsengpass bei qualifiziertem Fachpersonal erwarten. Die große Nachfrage der Betriebe bleibt auch weiterhin bestehen, denn in der Altenpflege herrscht ein nahezu bundesweiter Mangel an examinierten Fachkräften. In der Krankenpflege ist die Situation ähnlich, jedoch nicht so stark ausgeprägt (vgl. Bundesagentur für Arbeit, S. 16 f.).

In den vergangenen fünf Jahren fanden etwa 75.000 ausländische Pflegekräfte im Rahmen der europäischen Freizügigkeit Arbeit in Deutschland. Weitere Entlastung wird sich zukünftig auch von aus EU-Ländern stammenden Fachkräften erhofft, die infolge des neuen Gesetzes zur Pflegeausbildung ohne die bisherige Anerkennungsproblematik einen Arbeitsplatz in Deutschland finden können.

Nicht unerwähnt bleiben darf die seit 2013 bestehende Zusammenarbeit der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Das Projekt „Triple Win“ verfolgt zugleich arbeitsmarkt- und entwicklungspolitische Ziele durch die Gewinnung qualifizierter ausländischer Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt, ohne dabei die Interessen der Herkunftsländer zu vernachlässigen. Seit Programmbeginn wurden, Stand 2019, mehr als 3000 Pflegefachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegowina, Tunesien und den Philippinen an Kliniken und Pflegeeinrichtungen in Deutschland vermittelt. Die notwendigen Absprachen dazu werden von der Bundesanstalt für Arbeit mit den Arbeitsverwaltungen der beteiligten Länder getroffen, die sprachlichen, fachlichen und persönlichen Voraussetzungen schon im Vorfeld und in den beteiligten Ländern geschaffen, um eine reibungslose Integration in Deutschland sicherzustellen.

Gewinnung junger Menschen für den Pflegeberuf

Ein Schwerpunkt, diese Problematik anzugehen, muss sein, verstärkt Jugendlichen und Heranwachsenden Zugang zu den mit der Pflege befassten Berufen zu ermöglichen. Dies umso mehr in einer Zeit, in der Anerkennung so oft bestimmt ist von eher oberflächlichen und materiell orientierten Bewertungen und von der nicht selten zu beobachtenden, manchmal rücksichtslosen Wahrnehmung eigener Interessen. Sich in einem solchermaßen geprägten Lebensumfeld für einen Pflegeberuf zu entscheiden, ist für einen jungen Menschen sicher nicht einfach und bedarf differenzierter Informationen sowohl durch die verschiedenen Institutionen unseres Bildungssystems als auch der Medien insgesamt.

Schon in einer 2010 veröffentlichte Studie des Institutes für Public Health und Pflegforschung der Universität Bremen stellte sich u. a. heraus, dass sich Schüler:innen an allgemeinbildenden Schulen während der Berufswahlphase die Entscheidung für einen Pflegeberuf nicht vorstellen konnten. Danach hatten ca. 87 % der Befragten noch nie über einen Beruf in der Altenpflege und etwa 82 % über einen Beruf in der Gesundheits- und Krankenpflege nachgedacht. Bedenklich stimmt auch, dass etwa 14 % der befragten Schüler:innen wie auch 20 % der Eltern die Pflegeberufe zu den

sogenannten „Out“-Berufen zählten, Berufe also, deren Ergreifung keinesfalls infrage kommt (vgl. Bomball, Schwanke, Stöver et al. 2010, S. 13. ff).

Im Widerspruch dazu bestätigen Studien, dass die Bevölkerung auch in Deutschland vor allem den „weißen“ Berufsgruppen, in erster Linie natürlich den Ärztinnen und Ärzten, aber auch den Pflegefachkräften, großes Vertrauen entgegenbringt (vgl. z. B. Zollinger, Houchens, Chopra et al. 2019; IWW 11.10.2019; praktischArzt 07.02.2020; Statista 2020).

Ursachenforschung für die geringe Attraktivität des Pflegeberufs

Sicher sind einige der Ursachen dieser Entwicklung sowohl in unserem Bildungssystem zu suchen als auch im familiären Umfeld mit seinen Erwartungen und Bewertungen bezüglich Bildung und Berufswahl.

Viele Eltern wünschen sich für ihre Kinder die Hochschulreife als Schulabschluss, verbunden mit gesellschaftlicher Anerkennung und anschließendem Studium zu einem ebenso angesehenen Beruf. Ein gleichfalls sinnvoller Weg hin zu einer praktischen Ausbildung, möglicherweise auch im Pflegebereich, ist eher nicht vorgesehen. 1999 eröffnete die Hochschule Esslingen als eine der ersten in Deutschland mit einem implementierten Studiengang der Pflegewissenschaften, der ein Hochschulstudium mit parallel laufender Praxisarbeit verband, eine weitere Perspektive des Zugangs zu den Pflegeberufen, hier aber eher im Bereich der Führungspositionen.

An der Basis leidet die Pflege, im Besonderen die Altenpflege, nach wie vor unter ihrer geringen gesellschaftlichen Anerkennung, sei es aufgrund des Umgangs mit kranken oder pflegebedürftigen Menschen in ihrer letzten Lebensphase oder der hohen Arbeitsbelastung in einem nicht immer idealen Umfeld.

Mediale Kommunikation zu Pflegeberufen

Wie gehen die Medien mit der Darstellung einer prekären Pflegesituation in unserem Gesundheitswesen um? Dem Fernsehen als wohl größtem Meinungsbildner innerhalb der Medienlandschaft kommt dabei, seiner großen Verbreitung entsprechend, eine tragende und mit Verantwortung versehene Rolle zu. Neben zahlreichen Sendungen im Nachrichtenformat, in Magazinsendungen und in Gesprächsrunden transportieren manche Sendeanstalten über Jahre hinweg mit einschlägigen Krankenhausserien ein realitätsfremdes Bild voller Harmonie in der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonal unter ausschließlich positiven Arbeitsbedingungen und in einer Art Hotelatmosphäre. Totale Hingabe bei der Arbeit und eine schier unerschöpfliche Hilfsbereitschaft, die bis weit in den privaten Bereich der Patientinnen und Patienten hineinreicht, sind dabei selbstverständlich. Bei aller Banalität und Realitätsferne wirken bei einem Großteil der Konsumentinnen und Konsumenten solche Sendungen höchst prägend auf Einstellungen und Erwartungen dazu, wie Pflege zu sein hat. Werden diese Vorstellungen in der Realität nicht angetroffen, wandelt sich das Bild schnell ins Negative.

Auffällig ist auch, dass zu keinem Zeitpunkt Serien zum Leben in Altenpflegeeinrichtungen im Sendeprogramm vorgesehen sind. Aber auch das ist verständlich, denn der kommerzielle Misserfolg wäre sicher, möchte sich doch kaum jemand mit dem unvermeidlichen körperlichen oder geistigen Abbau, geschweige denn mit einer eventuell bevorstehenden Pflegebedürftigkeit konfrontiert sehen. Allein die Erwähnung des Begriffs „Pflegebedürftigkeit“ weckt in vielen Menschen negative Emotionen und wird deshalb möglichst gemieden.

Dafür bieten verschiedene Sender des Öfteren Dokumentationen an, die geeignet sind, das dem Alter anhaftende Negativbild weiter zu vertiefen. So bekommen sogenannte Expertinnen und Experten die Möglichkeit, sich zu Pflegemissständen teilweise polarisierend und schuldzuweisend, gleichzeitig damit aber auch publikumswirksam zu äußern. Häufiger zu sehen sind auch Berichte über ältere und pflegebedürftige Menschen, die zur Versorgung in exotische Länder umsiedeln oder hier in Deutschland in private Wohngemeinschaften ziehen, um der Situation in deutschen Pflegeeinrichtungen zu „entfliehen“. Durch diese Art der Berichterstattung wird unnötigerweise erschwert, die Thematik von Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit offen und positiv in die Diskussion zu bringen und damit im Bewusstsein der Menschen zu verankern. Sollte dies gelingen, wäre damit auch gleichzeitig eine tragfähigere Basis zu mehr Akzeptanz der Pflegeberufe geschaffen.

Rahmenbedingungen für die Personalgewinnung im Pflegebereich

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verständnis von Alter stark verändert. Sprechen wir heutzutage von älteren und pflegebedürftigen Menschen, handelt es sich in der Regel um Hochbetagte, die an dieser Stelle, terminologisch unkorrekt, auch mit „4. Generation“ benannt werden sollen. Wir haben nicht mehr nur drei Generationen, sondern im Grunde genommen vier, was auf die reale Lebenssituation übertragen bedeutet, dass die heute 60- bis 70-Jährigen nach wie vor zur Betreuung der Enkelgeneration zur Verfügung stehen, parallel dazu aber die eigenen hochaltrigen Eltern zu versorgen haben. Um sich auf das eigene Älterwerden adäquat vorbereiten zu können, verbleibt wenig Raum, sind sie neben Eltern und Großeltern doch selbst auch noch Töchter und Söhne mitsamt den damit einhergehenden Erwartungen und Verpflichtungen. Darüber hinaus sehen sie sich oftmals über einen langen Zeitraum hinweg im engsten Familienkreis mit einem Teil des Alterns konfrontiert, den sie für sich selbst so nicht erleben wollen.

Im Krankenhaus stellt sich die Situation völlig anders dar. Hilfe muss hier nur in Verbindung mit einer Krankheit angenommen werden und ist meist zeitlich begrenzt. Die mittlere Verweildauer hat sich inzwischen auf vier bis sechs Tage reduziert. Schwerpunkt eines Krankenhausaufenthaltes kann damit nur die Behandlung der Erkrankung durch die Ärztinnen und Ärzte sein. Die pflegerische Versorgung der Krankheitsfolgen durch qualifizierte Pflegefachkräfte folgt danach, abgesehen von der im Intensivbereich, erst an zweiter Stelle und dies in einem dafür sehr knapp bemessenen Zeitfenster. Die Finanzierungsproblematik von Krankenhausaufenthalten führt nicht zuletzt auch auf Kosten der Pflege zu möglichst kurzen Verweildauern

und schmälert damit ihren ehemals hohen Stellenwert. Die Folgen daraus sind deutlich. Das Berufsbild verliert zunehmend an Attraktivität mit all den damit einhergehenden negativen Auswirkungen auf das Berufswahlverhalten junger Menschen.

Der Rückgang der im Pflegebereich Beschäftigten verlief zunächst ohne große Aufmerksamkeit seitens der Öffentlichkeit. Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen schöpften in den vergangenen Jahren aus Ressourcen, die sich aus dem Fall der innerdeutschen Grenze sowie der Zuwanderung aus den verschiedensten Krisengebieten eröffneten.

Leider gab es kaum öffentliche Bemühungen zur Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe, weder von den Trägerinnen und Trägern der verschiedenen Einrichtungen noch von den im Berufsleben stehenden Fachkräften selbst. Sie klagten zunehmend öffentlich über Arbeitsbedingungen, um Aufmerksamkeit und Verständnis für ihre Situation zu erhalten. Dass dies so nicht gelingen konnte, war eigentlich nur logisch. Thema waren hier die oftmals undifferenzierten Aussagen zu ihrem Verständnis der von ihnen erbrachten Arbeit, wie beispielsweise „man pflege halt“. Häufig gering vorhandene Sprachfähigkeit und teilweise aufdringliche, stolze Selbstdarstellung wurden in den vergangenen Jahren zunehmend zum Problem. Dies erkannten auch die Verantwortlichen der Berufsverbände und der Träger:innen. Vor allem im Bereich der Altenpflege wurde mehr für das Bild in der Öffentlichkeit getan. Heimzeitungen wurden ausgegeben, ehrenamtlich Mitarbeitende gewonnen und Einrichtungen für die Öffentlichkeit attraktiver gestaltet.

Es wurde mehr ausgebildet und auch fortgebildet, Expertenstandards für Pflege (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualifikationsentwicklung in der Pflege) halfen, die Arbeit fachlich gut zu erbringen. Wissenschaftliche Begründungen, abgeleitet von den Expertenstandards, wurden den Mitarbeitenden ins Bewusstsein gebracht. Die Individualität der Handlungen wurde dadurch reduziert und gleichzeitig die Kompetenz bezüglich der Erklärung von Handlungsanlässen gesteigert. Man konnte sich auf Expertenstandards stützen und Entscheidungen und deren Konsequenzen besser reflektieren.

Parallel dazu nahmen die Qualitätsüberprüfungen durch Heimaufsichten und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu (vgl. jüngst z. B. MDS & MDK Juni 2019; GKV-Spitzenverband 17.12.2018/02.06.2020). Die formalen Anforderungen an die Arbeitsleistung stiegen permanent. Um ihnen zu entsprechen, musste die Dokumentation ausgeweitet werden. Alle Aktivitäten waren zunächst in Papierform, später auf elektronischem Wege nachvollziehbar festgehalten worden. Somit kamen wieder neue Anforderungen auf die Mitarbeitenden zu, und für die direkte Pflege am Menschen blieb wieder weniger Zeit.

Grundsätzlich wurden die Überprüfungen von den Trägerinnen und Trägern sowie der Bevölkerung begrüßt, sollten sie doch mehr Transparenz im Pflegebereich ermöglichen und für mehr Vertrauen sorgen. Das Resultat allerdings war anders als erwartet. Die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit konnte dadurch zwar gesteigert werden, jedoch eher negativ und unter dem Gesichtspunkt, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Pflegeleistungen sei nur mittels Überprüfung durch die ge-

nannten Institutionen möglich. Die Fähigkeit, Verbesserungsprozesse innerhalb der Altenpflege eigenständig und verantwortungsvoll zu veranlassen und zu regeln, wurde damit öffentlich einmal mehr in Zweifel gezogen.

Gleichzeitig wird das Bild der Altenpflege in großen Teilen der Bevölkerung davon geprägt, alte Menschen würden von ihren Angehörigen ins Pflegeheim abgeschoben. Diese Ansicht ist fatal, denn wer möchte denn schon gerne in einem Beruf arbeiten, dessen Leistung unsere Gesellschaft zwar mehr als dringend benötigt, dessen Anerkennung aber häufig durch die Verbreitung negativer Inhalte geschmälert wird?

Mit der Einführung der Pflegeversicherung stieg das Angebot vor allem auch im ambulanten Bereich. Zahlreiche Dienste etablierten sich mit ihren Leistungen. Darüber hinaus wurden vorwiegend weibliche Pflegepersonen, bevorzugt aus osteuropäischen Ländern, zur Unterstützung in die eigenen vier Wände geholt, eine kostengünstige Alternative, denn über Sozialversicherung und Arbeitszeit wurde zunächst nicht viel gesprochen. Auch störte sich kaum jemand daran, dass sich diese Frauen um pflegebedürftige Menschen lediglich kümmerten, weit entfernt vom Anspruch der professionellen Pflege. An dieser Entwicklung war gut zu erkennen, dass es nicht immer zwingend notwendig war, ausschließlich Fachkräfte in den Haushalten einzusetzen, sondern Menschen, die Ansprechpartner:innen für allein lebende Menschen sein konnten, die Tagesstrukturen vorgaben, auf die regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten und auf ein gepflegtes Erscheinungsbild der versorgten Personen achteten. So ließ sich grundsätzlich anhand dieser Betrachtungen ableiten, dass Vereinsamung eine der größten Herausforderungen für die Zukunft bedeutet und dass auch an Demenz erkrankte Menschen, solchermaßen betreut, sehr viel länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben konnten.

Um dies zu unterstützen, wurden auch neue, sogenannte „aufsuchende Konzepte“ entwickelt. Als Beispiel sei in Baden-Württemberg der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Esslingen am Neckar genannt. Projekte dieser Art sind mittlerweile deutschlandweit zu finden. Zudem wurden Wohngemeinschaften als neues Angebot angenommen. Auf die Frage, wie längerfristig mit Vereinsamungstendenzen umzugehen sein wird, ist bisher noch keine abschließende Antwort gefunden. Hoffen lassen Veränderungen, die sich momentan in der Generation der Sechzigjährigen abzeichnen. Trainings- und Gesundheitsprogramme, in Gruppen durchgeführt, gewinnen zunehmend an Attraktivität, werden gerne angenommen und dienen nicht ausschließlich der Gesunderhaltung, sondern auch der Schaffung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

3.8.3. Kompetenzanforderungen und Pflegeausbildung im Zeichen des sich wandelnden Pflegeberufs

Das Berufsbild der Pflege hat sich zu einer hochkomplexen und speziellen gesellschaftlichen Aufgabe entwickelt. Das umfassende Wissen aus Pflegewissenschaft, Medizin, Gerontologie und Pädagogik verlangt, auf alte und junge Patientinnen wie

Patienten angemessen professionell einzugehen. Einmal erworbene Qualifikationen reichen für deren Versorgung nicht mehr aus. Die Medizin entwickelt sich ständig weiter, und so müssen Ausbildung, Fort- und Weiterbildung sowie auch Studium laufend den Veränderungen angepasst werden.

Kompetenzprofil des Pflegeberufs

Pflegkräfte verfügen in der Regel über eine umfassende und vielfältige **Handlungskompetenz**, die sie befähigt, eine zielorientierte Pflege auf der Basis einer fundierten Problemanalyse selbstständig durchzuführen und den gesamten Therapieprozess mitzugestalten. Besonders in speziellen Bereichen wie der Geriatrie, der Onkologie oder der Palliativversorgung, wo es sich um komplexe und langwierige Pflege- und Versorgungssituationen handelt, kann auf profilierte Kompetenzen im fachlichen, methodischen, sozialen, personalen und ethischen Bereich nicht verzichtet werden.

Um die Aufgabenstellung auf qualitativ hohem Niveau und wirksam lösen zu können, ist umfangreiches theoretisches und fachübergreifendes Wissen erforderlich. Die pflegerische Fachkompetenz umfasst neben den theoretischen Kenntnissen auch anwendbares Handlungswissen, praktische und intellektuelle Fähigkeiten sowie eine fachlich profilierte Einstellung und Haltung zum eigenen beruflichen Aufgabebereich.

Was ist dazu notwendig? Es bedarf einer Vielzahl verschiedener und evidenzbasierter Verfahren, um der Komplexität der Anforderungen an die Pflegesituation angemessen zu begegnen.

Vor allem im Bereich der Geriatrie wird eine umfassende **Methodenkompetenz** benötigt, um die gemeinsam mit der oder dem Pflegebedürftigen bzw. den Patientinnen und Patienten vereinbarten rehabilitativen Ziele in Therapie und Pflege erreichen zu können.

Es ist keine Frage, dass dazu ein systematisches, planmäßiges und begründetes Vorgehen entscheidend ist, besonders unter sich ständig ändernden Rahmenbedingungen. So sind es die wesentlichen Anforderungen, sinnvolle Interventionen dafür auszuwählen, das Fachwissen zielgerichtet aufzuarbeiten und anzuwenden und neue Instrumente, Methoden und Modelle zu entwickeln. Diesen Anforderungen müssen sich Pflegekräfte stellen können.

Pflege hat im Wesentlichen mit Interaktion, Beziehungsaufbau und Kommunikation zu tun. So benötigt das Pflegepersonal eine ausgeprägte **soziale Kompetenz**. Sie ist nötig, um in den unterschiedlichen Zusammenhängen der Beziehung zu Pflegebedürftigen, deren Angehörigen oder auch zu externen Institutionen situationsgerecht und adäquat zu handeln, und dies dazu noch in einem interdisziplinären Team.

Dabei ist es die Aufgabe der Pflegenden, mit anderen Personen aktiv und erfolgreich in Beziehung zu treten, auf deren Bedürfnisse und Anliegen einzugehen und diese ernst zu nehmen.

Sozial kompetent zu handeln, bedeutet Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Team- und Kooperationsfähigkeit sowie die Übernahme von Verantwortung für zen-

trale Aufgaben in den unterschiedlichen Pflegesettings, einmal für sich selbst als professionell Agierende, aber auch für andere.

Dem Ethikkodex des International Council of Nurses entsprechend, müssen Pflegende ihre persönliche Einstellung und Haltung zur beruflichen Tätigkeit an diesem orientieren, den jeweiligen Gegebenheiten anpassen und bewusst reflektieren. Dazu braucht es u. a. Verantwortungsbereitschaft, Motivation, Eigeninitiative und Engagement. **Persönliche und ethische Kompetenz** bilden damit zwei gleichwertige Säulen, die Schlüsselqualifikationen beinhalten, denen Pflegeexpertinnen und -experten in der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert beimessen (vgl. International Council of Nurses 2012).

Pflegeausbildung und Weiterbildung

Betrachtet man jedoch die aktuelle Situation in vielen Bereichen der Pflege unter diesem Gesichtspunkt, so ist unschwer zu erkennen, dass die gewünschten Qualifikationen in eher geringem Maße vorhanden sind. Hier müssen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ansetzen, auch wenn sie zunehmend von einem Großteil der Fachkräfte als Belastung empfunden werden, da jede Freistellung eine Mehrbelastung für die restlichen Teammitarbeitenden erwarten lässt. Genau hierin ist die Herausforderung für Träger:innen und vor allem für Kranken- und Pflegekassen, aber auch für die Politik zu sehen. Es darf nicht nur gefordert werden, es muss dazu auch gefördert und vor allem auch finanziert werden. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde mit der Einführung von Praxisanleitenden bzw. Mentorinnen und Mentoren als Ansprechpartner:innen für die Auszubildenden schon getan.

Auch erscheinen die neue generalistische Pflegeausbildung und der von einer Fachkommission als Ausbildungsgrundlage dazu erarbeitete Rahmenplan (vgl. Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz 2019) besonders geeignet, den Auszubildenden die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln, die es ihnen erleichtern, in ihrem zukünftigen beruflichen Umfeld verantwortungsvoll, motiviert und damit auch gerne zu arbeiten.

Kurze Verweildauer im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen, Patientinnen und Patienten im Pflegeheim, ältere und kranke Bewohner:innen und Menschen mit Behinderung im Krankenhaus machen Pflege nicht einfacher und lassen erahnen, mit welchen besonderen Herausforderungen der Pflegeberuf konfrontiert sein wird. Versorgung wird immer vielschichtiger und damit anspruchsvoller.

Zugleich richtet sich das Berufsbild der Pflege mit der neuen Ausbildung auch international aus, denn in vielen europäischen Ländern wird schon lange generalistisch ausgebildet, der Altenpflegeberuf ist dort unbekannt. Trotzdem kann dieser berufliche Weg, wie auch der hin zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, nach zwei gemeinsamen generalistischen Ausbildungsjahren und durch die Vertiefung der angestrebten Fachrichtung im dritten Ausbildungsjahr, auch weiterhin beschritten werden. Die EU-weite Anerkennung bleibt jedoch dem eigentlichen Berufsziel der generalistischen Ausbildung hin zum Berufsbild Pflegefachfrau und Pflegefachmann vorbehalten.

1.Jahr	2.Jahr	3.Jahr	Berufsbezeichnung
Generalistische Ausbildung in Theorie und Praxis		Kinderkrankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-in
		Generalistik, Vertiefung Pädiatrie Generalistik	Pflegefachfrau/ Pflegefachmann
		Generalistik, Vertiefung Altenpflege Altenpflege	

Abbildung 2: Fachschulische Pflegeausbildung ab 2020 (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK] 2020)

Akademisierung des Pflegeberufs

Neben der beruflichen Pflegeausbildung bietet sich auch die Möglichkeit eines Studiums zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann mit den akademischen Abschlüssen zum „Bachelor of Science“ oder „Master of Science“. Dieses Pflegestudium eröffnet erweiterte Karrieremöglichkeiten und Aufstiegschancen (vgl. TarGroup Media GmbH & Co. KG 2020).

Damit sind ausgesprochen gute Voraussetzungen von großer Flexibilität gegeben, um erfolgreich für dieses Berufsbild zu werben. Schulen, Hochschulen und Träger:innen sind aufgefordert, neue Personalentwicklungskonzepte bereitzustellen und für kurze Praktika genaue Zielvorstellungen zu formulieren und umzusetzen. Ob dies in nächster Zukunft so schon ohne größere Hindernisse reibungslos möglich sein wird, ist fraglich, denn die Verantwortlichen beklagen, wie generell im gesamten Bereich der beruflichen Ausbildung zu beobachten, einen auffälligen Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern.

So wird es bei wenig herausragenden Merkmalen der Eignung besonders auf die während der Einstellungsprozedur gewonnene Einschätzung zur Entwicklungsfähigkeit einer Bewerberin oder eines Bewerbers ankommen. Keine leichte Aufgabe, da dies auch die differenzierte Befragung und Bewertung durch dafür qualifizierte Personen voraussetzt. Ebenfalls von Bedeutung für das Erreichen des Ausbildungszieles ist die unterstützende Begleitung durch entsprechend befähigte Personen während der gesamten Ausbildungszeit. Einem vorzeitigen Abbruch der Ausbildungssituation, heute ein generell verbreitetes Problem, kann so mit einiger Sicherheit entgegengewirkt werden.

Initiativen der Personalgewinnung

Ein Konzept zur Mitarbeitengewinnung muss selbstverständlich neben den Berufserfahrenen und Quereinsteigerinnen und -einsteigern auch Auszubildende und Berufsanfänger:innen berücksichtigen und allen Verantwortlichen der verschiedenen Führungsebenen einer Einrichtung als verbindlich geltend vermittelt werden.

Zunächst jedoch muss Klarheit darüber geschaffen werden, wie sich die Zusammensetzung der Mitarbeitenden bezüglich ihrer Qualifikationen und ihres Einsatzprofils darstellt, welche Nationalitäten in welcher Zahl vertreten sind, welcher Altersdurchschnitt aktuell vorliegt und wie hoch der Anteil derer ist, die voraussichtlich zu einem vorhersehbaren Zeitpunkt in den Ruhestand treten werden.

Besonderes Augenmerk muss auf die Auszubildenden gelegt werden. Einige Fragestellungen, deren Einbeziehung besonders auch die Situation der neu angeworbenen Auszubildenden betrafte, könnten sein:

- Wie lassen sich Begrüßungsrituale gestalten und wie ist danach weiter zu verfahren?
- Welche gemeinsame Zielsetzung gibt es?
- Welchem Leitbild folgt die Einrichtung, und liegt dieses in den notwendigen Übersetzungen vor?
- Wie ist den neu hinzukommenden Auszubildenden ein Gemeinschaftsgefühl zu vermitteln?
- Welche Mitarbeitenden mit passendem Sprachhintergrund können als Patinnen und Paten eingesetzt werden?
- Welche Möglichkeiten zur Begleitung der neuen Auszubildenden durch Kolleginnen und Kollegen gibt es?

Damit es gelingt, solchen Fragestellungen adäquat zu begegnen und sie im Berufsalltag erfolgreich umzusetzen, muss das Stammpersonal einer Einrichtung eingebunden und vor allem auch mitgenommen werden.

Wertschätzung und Förderung der Pflegemitarbeitenden

Wie oft berichten Mitarbeitendenvertretungen von Klagen des Personals über eine zu geringe Beachtung und Wertschätzung durch die Vorgesetzten: Anerkennung und manchmal auch nur einfaches Lob auszusprechen, könnte so manche Empfindlichkeit vermeiden. Auch in dramatischen Lebenssituationen, beispielsweise belastet von Scheidung oder Trauererlebnissen, dürfen sich die Mitarbeitenden auf keinen Fall allein gelassen fühlen. Viele Pflegemitarbeiter:innen wählten doch diesen Beruf, um „für Menschen da zu sein“, und genau dafür wollen auch sie geachtet und anerkannt werden und Wertschätzung erfahren.

Natürlich erschweren auch reale Fakten das Arbeiten im Pflegebereich. So ist das Gehalt vor allem in den Ballungsgebieten kaum mehr ausreichend, um Mieten und Lebensunterhalt zu bestreiten, und viele Mitarbeitende sehen sich zur Aufnahme einer Zweitbeschäftigung gezwungen. Das ist bei Schichtdienst meist möglich. Allerdings wird dabei den notwendigen Erholungszeiten kaum Beachtung geschenkt, was einen Anstieg der Krankheitsraten zur Folge hat. Auch die Flexibilität zur kurzfristigen Aushilfe bei Personalengpässen nimmt deutlich ab. So haben sich einige Krankenhausleitungen auf ein Zulagensystem und „Springer:innen“ in ihren Einrichtungen eingelassen, wobei stark anzuzweifeln ist, dass dies ohne negative Auswirkungen auf die Teambildung und die Arbeitsplatzzufriedenheit bleiben wird.

Es ist daher angeraten, dass sich Träger:innen für ein eigenes Qualitätsmanagement (vgl. Dienste für Menschen gGmbH 2020) entscheiden. Veränderungen können so schneller erkannt werden, und es wird möglich, wirkungsvoll mit entsprechenden Vorgaben zu reagieren.

Die Mitarbeitenden erhalten von der Geschäftsführung die Rückmeldung zur Gesamtleistung der Einrichtung und dazu, welchen neuen Erkenntnissen entsprechend, Veränderungen vorgenommen werden sollen. Diese Feedbacks können die Zusammensetzung des Personals, die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Nationalitäten, den Ausbildungsstand der Mitarbeitenden, die Anzahl der Auszubildenden oder die Mitarbeitendenfluktuation betreffen, jedoch auch Aussagen zur Klientel, beispielsweise zu deren Verweildauer und Pflegegraden beinhalten. Eingebunden sind dabei alle Bereiche der Pflegeeinrichtung, die sich gemeinsam für den Pflegeerfolg verantwortlich fühlen.

3.8.4. Gestaltungsansätze zur Bewältigung der Herausforderungen für Führungskräfte und Lehrende in Pflegeberufen

Die Entwicklungen im Pflegebereich lassen unschwer erkennen, welche Verantwortung auf Führungskräfte und Lehrende zukommt.

Implementierung der Pflegepädagogik

Für die Lehrenden steht selbstverständlich der Ausbildungsbereich an vorderster Stelle. Voraussetzung für die Neuausrichtung des Berufsfeldes der Pflege ist, dass Erkenntnisse der Pflegepädagogik zur Anwendung im praktischen Pflegebetrieb umgesetzt werden können, wobei es sich hier um vielschichtige Inhalte der Pflege- und Gesundheitswissenschaft, der Soziologie und Psychologie wie auch der Didaktik handelt. So entwickelte sich das Berufsbild der Lehrenden von der Unterrichtsschwester und des Unterrichtspflegers vergangener Jahrzehnte durch zunehmende Akademisierung über die Diplom-Pflegepädagogin und den Diplom-Pflegepädagogen hin zum Hochschuldozenten und zur Hochschuldozentin. Inzwischen ersetzen Bachelor- und Masterstudiengänge die entsprechenden Diplomstudiengänge. Die Möglichkeit zur Pflegeausbildung mit akademischem Abschluss vergrößert das Angebot damit weiter.

In der Zwischenzeit wird dem Studium der Pflegewissenschaften, des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik immer mehr Aufmerksamkeit zugesprochen. So sollen vor allem die Studierenden an neuen Versorgungsstrukturen mitwirken und nach Abschluss des Studiums in leitenden Positionen pflegerischer Einrichtungen arbeiten.

Gleichstellung der Pflege mit der Medizin

Leider fehlt nach wie vor noch die Gleichstellung mit der Medizin. So wäre es an der Zeit, dass studierten Pflegekräften auch die Verordnungskompetenz für Pflegemaßnahmen und Pflegehilfsmittel zugesprochen würde. Es ist nicht länger nachvollziehbar, weshalb ausschließlich Mediziner:innen Inkontinenzmittel oder andere Hilfsmittel verordnen, beinhaltet doch die Ausbildung der Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements neben fachlichen Schwerpunkten vor allem auch die Grundlagen der Betriebswirtschaft. Die Verantwortung für die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Gesichtspunkte nimmt in den Einrichtungen ein immer größeres Ausmaß an. Mit der Fähigkeit, Organisation und betriebswirtschaftliche Sicherheit in Pflegeheimen, Krankenhäusern und ambulanten Diensten adäquat zu gestalten, steigt auch die Attraktivität des Pflegebereichs allgemein. Somit wäre der Gewinnung von Fachkräften und Auszubildenden in der Zukunft eine bessere Basis gegeben.

Förderung generalistisch ausbildender Fachkräfte der Pflege

Zur Umsetzung der Theorie in die Praxis wurde vom Gesetzgeber die Vorgabe gemacht, dass Auszubildende ausschließlich durch geeignete Fachkräfte anzuleiten sind. Sie sollen sowohl den Kontakt mit der Schule als auch mit dem Ausbildungsplatz garantieren. Praxisanleiter:innen können zukünftig für diese Aufgabe freigestellt werden. Die Weiterentwicklung der Pflegearbeit und die Herausforderungen einer generalistischen Ausbildung, verbunden mit den zahlreichen, dafür kürzeren Praxiseinsatzzeiten, machen dies zur unbedingten Voraussetzung.

Allerdings ist jetzt schon wieder von verschiedenen Trägerinnen und Trägern der Altenhilfe die Sorge zu vernehmen, dass die einheitliche Ausbildung zu einem weiteren Personalmangel im Bereich der Altenhilfe führen könnte, weil mit einer Zuwendung zu den Krankenpflegeberufen zu rechnen sei. Dies muss nicht zwangsläufig zugunsten der Arbeit im Krankenhaus ausfallen, gelänge es, den zukünftigen Auszubildenden Pflege als Gesamtaufgabe zu vermitteln.

Dazu die folgende Interpretation von Pflege:

„Pflege ist Diagnose, Planung, Förderung oder Übernahme der Tätigkeiten, die jemand zur Erhaltung seiner Gesundheit ausüben würde, wenn er dazu genügend Kraft, Wissen und Willen hätte. Der Patient wird dabei konsequent im Zusammenhang mit Biographie, kultureller Herkunft, persönlicher Wertsetzung und Zielsetzung und familiärem, gesellschaftlichem und ökologischem Umfeld gesehen“. (Runge & Rehfeld 2001/1995, S. 156)

Kann man sich dieser Pflegedefinition anschließen, wird sehr schnell klar, in welchem komplexen System man sich mit seiner Berufswahl begibt, welches Wissen und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung eines Pflegeberufes Voraussetzung sind.

Deutlich wird darin auch die Hoheit, die die/der Patient:in bei seinen Entscheidungen behält. So ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen zu eigenen Entscheidungen zu führen, die Fähig-

keit zur Kommunikation. Hier schließt sich wieder der Kreis. So ist die gemeinsame Sprache, sind die gemeinsamen fachlichen Expertisen Grundvoraussetzung, um das Ansehen des Pflegeberufs zu steigern. War es früher für Pflegemitarbeitende wichtig, schweigen zu können, so ist es in der heutigen Zeit mehr denn je Voraussetzung, zum richtigen Zeitpunkt, zur richtigen Sache und zur richtigen Person das Richtige zu sagen.

3.8.5. Zukunftsperspektiven einer für Nachwuchskräfte attraktiven Institutionalisierung der Pflegekultur

In der Altenpflege wäre für die Zukunft vorstellbar, nicht ausschließlich an der starren Fachkraftquote von 50 % festzuhalten, sondern sich an der Zusammensetzung der Pflegegrade in einer Einrichtung zu orientieren. Mehr Pflegefälle eines höheren Pflegegrades benötigen einen größeren Fachkräfteanteil. Folgende Veränderungen zur Flexibilität bei der Aufgabenverteilung wären vorstellbar:

- (1) Eine ausreichende Anzahl von Fachkräften steht zur Aufnahme von Neuzugängen zur Verfügung und erstellt eine jeweils individuelle Pflegeplanung, wenn möglich gemeinsam mit der oder dem zu Pflegenden und/oder auch mit den Angehörigen.
- (2) Mitarbeitende aus den Wohnbereichen mit besonderer Befähigung im Umgang mit Angehörigen begleiten diese beim Abschied von einem Familienmitglied, das sich in der Sterbephase befindet.
- (3) Eine Kurzausbildung für einjährig Ausgebildete und auch für Hilfskräfte wird angeboten, die Kurse für die Grundpflege, die Essenseingabe bei Schluckstörungen, Medikamentenlehre und Prophylaxen vorsieht.
- (4) Die Weisungsbefugnis liegt bei den Fachkräften, die durch regelmäßige Visiten die Krankenbeobachtung und die Wirkung der Medikamente prüfen und zusammen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Betreuerinnen und Betreuern Neuverordnungen absprechen und die Pflegeplanung anpassen. Die Voraussetzung dazu wäre jedoch, dass die Träger:innen freie Hand in der Organisation des Ablaufes und des Einsatzes der Mitarbeiter:innen haben. Leider ist das bis heute nicht der Fall. Die Heimaufsichten prüfen jeden einzelnen Dienstplan nach ihren formalen Vorgaben.

Das alles bedeutet für die Führungskräfte, neben den zu erfüllenden formalen Vorgaben immer wieder neue Konzepte für die Zukunft zu entwickeln, die Mitarbeitenden für geänderte Arbeitsabläufe zu gewinnen und mit ihnen gemeinsam an deren Umsetzung zu arbeiten. Ob in Krankenhäusern, in der stationären und ambulanten Altenpflege, es gibt schon viele kreative Maßnahmen, die geeignet sind, das Berufsbild der Pflege in der Öffentlichkeit positiv darzustellen. So werden beispielsweise digitale Bewerbungsportale selbstverständlicher, es werden Kinderbetreuungs- und Wohnungsangebote oder auch flexible Arbeitszeitangebote gemacht und Informationsveranstaltungen zu Karrieremöglichkeiten sowie Bewerberinformationstage von Fachkräften

und Auszubildenden gestaltet. Ausbildungsmessen oder Präsentationen des Berufsbildes in Schulen sind in der Zwischenzeit selbstverständlich. Bei der Anwerbung ausländischer Mitarbeiter:innen und Auszubildender ist genau zu überlegen, wer an welcher Stelle in die Einrichtung integriert werden könnte und wer beispielsweise als unbegleitete/r Jugendliche/r eine Ausbildung in einem fremden Land ohne seine Familie zu bewältigen in der Lage ist. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass oftmals aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten und Beschränkungen wie beispielsweise der Duldungsstatus einer reibungslosen beruflichen Integration im Wege stehen.

Ausblick

In der Stärkung der sozialen Kompetenz und damit der Persönlichkeitsbildung ist die eigentliche Aufgabe der Berufsausbildung und -begleitung im Pflegebereich zu sehen. Sich mit dem Berufsbild zu identifizieren, es nach außen zu vertreten, ohne sich unter dem Druck geringer gesellschaftlicher Akzeptanz „wegzuducken“, muss das übergeordnete Ziel der Pflegeausbildung sein. Wenn es gelingen könnte, wieder die Begeisterung für einen Beruf zu wecken, der jeden Tag eine neue Herausforderung darstellt, der die Möglichkeit bietet, eigene Entscheidungen zu treffen und sie auch darzulegen, dann wird es auch möglich sein, diesem Beruf wieder den gesellschaftlichen Stellenwert zu geben, der im zusteht.

Literatur

- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., Schmitt, S. & Görres, S. (2010). *Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes*. Ergebnisbericht. IPP (Instituts für Public Health und Pflegeforschung)-Schriften, Ausgabe 05/2010. Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften. Verfügbar unter https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften05.pdf (Zugriff am: 27.07.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2020). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt–Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg. Verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (o. J.). *Projekt Triple Win. Ein Projekt in Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zur nachhaltigen Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland*. Verfügbar unter <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/Triple-Win-Pflegekraefte> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2018). *Pflegeberufegesetz*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html> (Zugriff am: 27.07.2020).

- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) (Hg.) (2019). *Demografieportal des Bundes und der Länder*. Verfügbar unter https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html (Zugriff am: 27.07.2020).
- Destatis/Statistisches Bundesamt (Hg.) (18.12.2018). *3,4 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2017*. Pressemitteilung Nr. 019. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html (Zugriff am: 27.07.2020).
- Destatis/Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017). *Pflegestatistik Deutschlandergebnisse*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 27.07.2020).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. (Hg.) (2020). *Fachschulische Pflegeausbildung ab 2020*. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Bildung.php> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. (Hg.) (2015). *Mein Beruf: Pflege – Das Manifest der Pflegeberufe*. Verfügbar unter www.dbfk.de/manifest (Zugriff am: 27.07.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (Hg.) (o. J.). *Wenn alle gewinnen – internationale Pflegekräfte für Deutschland*. Verfügbar unter https://www.giz.de/de/mit_der_giz_arbeiten/11666.html (Zugriff am: 27.07.2020).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (o. J.). *Expertenstandards und Auditinstrumente*. Hochschule Osnabrück. Verfügbar unter <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Dienste für Menschen gGmbH (Hg.) (2020). *Qualitätssicherung in der Pflege*. Verfügbar unter <http://dienste-fuer-menschen.de/pflege/pflegequalitaet.html> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (Hg.) (2019). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf (Zugriff am: 27.07.2020).
- GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI) (Hg.) (17.12.2018/ß2.06.2020). *Qualitätsprüfungsrichtlinien für die vollstationäre Pflege (QPRvollstationär)*. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 in der Fassung vom 02. Juni 2020. Verfügbar unter https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/10_Leistungserbringer_Pflege/2020-06-23_QPR_vollstationaer_ANLASS_CORONA.pdf (Zugriff am: 27.07.2020).
- Hibbeler, B. (2011). Krankenhaus: Was sind eigentlich DRGs? *Deutsches Ärzteblatt Deutsches Studieren.de*, 1/2011 (23). Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/80509/Krankenhaus-Was-sind-eigentlich-DRGs> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Hochschule Esslingen (Hg.) (o. J.). *Pflege/Pflegemanagement (B. A.)*. Verfügbar unter <https://www.hs-esslingen.de/pflege-pflegemanagement-bachelor/> (Zugriff am: 27.07.2020).

- Hochschule Esslingen (Hg.) (o. J.). *Pflegewissenschaft (M. A.)*. Verfügbar unter <https://www.hs-esslingen.de/pflegewissenschaft-master/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Institut DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund)-Index Gute Arbeit & Gute Arbeit ver.di (Ver-einte Dienstleistungsgewerkschaft), Bereich Innovation und Gute Arbeit (Hg.) (2018). *Sonderauswertungen. Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege*. Verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/sonderauswertungen/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> und <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/sonderauswertungen/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> (Zugriff am: 27.07.2020).
- International Council of Nurses (Hg.) (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Verfügbar unter https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfor_nurses_%20eng.pdf (Zugriff am: 27.07.2020).
- Institut für Wissen in der Wirtschaft (IWW) (Hg.) (11.10.2019). *Der weiße Arztkittel: nicht nur Statussymbol*. Verfügbar unter <https://www.iww.de/cb/management/studie-der-weisse-arztkittel-nicht-nur-statussymbol-n124294> (Zugriff am 27.07.2020).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) (Hg.) (2019). *Die neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege. Fachinformation*. Verfügbar unter https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/10_Leistungserbringer_Pflege/200325_Fachinfo_QP_stationaer_BA.pdf (Zugriff am: 27.07.2020).
- praktischArzt (Hg.) (07.02.2020). *Berufsgruppen: Welchen vertrauen Deutsche? Vertrauen in die Berufsgruppen: Ärzte liegen vorne; Ärzte und Krankenschwestern besonders vertrauenswürdig*. Verfügbar unter <https://www.praktischarzt.de/magazin/vertrauen-berufsgruppen/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Runge, M & Rehfeld, G. (2001). *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. 2. unveränderte Auflage. (Erstauflage 1995). Stuttgart, New York: Thieme.
- Stadt Esslingen am Neckar (Hg.). *Sozialpsychiatrischer Dienst. Ein niederschwelliges Beratungs- und Begleitangebot*. Verfügbar unter https://www.esslingen.de/start/es_menschen/sozialpsychiatrischer+dienst.html (Zugriff am: 27.07.2020)
- Statista (Hg.) (2020). *Vertrauen Sie den folgenden Berufsgruppen voll und ganz, überwiegend, weniger oder überhaupt nicht?* Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1470/umfrage/vertrauen-in-verschiedene-berufsgruppen/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- TarGroup Media GmbH & Co. KG (Hg.) (2020). *Pflege – Studiengänge im Überblick*. Verfügbar unter <https://www.pflegestudium.de/studiengaenge/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Union Krankenversicherung (UKV) (Hg.). *Diagnose Burnout: Wenn der Pfleger selbst zum Pflegefall wird*. Verfügbar unter <https://www.ukv.de/content/service/gesundheitsaktuell/burnout-im-pflegefall/> (Zugriff am: 27.07.2020).
- Zollinger, M., Houchens, N., Chopra, V, Clack, L., Schreiber, P. W., Kuhn, L., Snyder, A., Saint, S., Petrilli & C. M. Sax, H. (2019). *Understanding patient preference for physician attire in ambulatory clinics: a cross-sectional observational study*. BMJ Open 2019, 9. doi: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e026009>.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Pflegebedürftige nach Altersgruppen 1999–2050	270
Abb. 2	Fachschulische Pflegeausbildung ab 2020	278

Autorin

Gisela Rehfeld ist Autorin und Beraterin mit der Expertise Geriatrie und Palliativmedizin in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zuvor war sie Geschäftsführerin der Dienste für Menschen gGmbH und der Dienste für Menschen H. W. D. Gesellschaft für hauswirtschaftliche Dienstleistungen mbH, außerdem war sie beruflich als Krankenschwester tätig.