

## 5.2. Pflege

Stefan Görres<sup>1</sup>

Claudia Stolle<sup>1</sup>

Lisa Schumski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, Bremen,  
Germany

**Keywords:** Pflege, Professionalisierung, Akademisierung, Arbeitsbedingungen, interprofessionelle Zusammenarbeit, demografische Entwicklung

### 5.2.1. Pflege im Kontext der gesundheitlichen Versorgung

Die demografische Entwicklung verbunden mit der steigenden Anzahl älterer Menschen stellt das Gesundheitswesen schon heute vor große Herausforderungen – eine Entwicklung, die sich zukünftig weiter verschärfen wird. Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sind kennzeichnend für eine zunehmend geriatrische Patientenlientel. Daraus ergeben sich neue Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung in allen Settings: Akutversorgung, stationäre Langzeitpflege und ambulante Pflege.

Bei der Versorgung der Patienten im Krankenhaus müssen neben der Behandlung der Hauptdiagnose immer häufiger multiple Nebenerkrankungen und vor allem kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Menschen berücksichtigt werden. Medizin und Pflege sind deshalb nicht selten mit komplexen Versorgungssituationen konfrontiert. Dies gilt nicht nur für die stationäre Akutversorgung, sondern auch für die nachfolgende Versorgung entweder in der stationären Langzeitpflege oder im ambulanten Setting.

Vor der Entlassung ist daher zu klären, unter welchen Voraussetzungen die Patienten ins häusliche Umfeld entlassen werden können. Die Angehörigen der Patienten bilden hier eine wesentliche Schlüsselrolle. Ist die Unterstützung durch Angehörige vorhanden, ist ein Leben zu Hause leichter zu bewältigen. Je nach individueller Situation des Patienten oder seines informellen Helfernetzes kann durch ergänzende professionelle Hilfe mittels ambulanter Pflegedienste eine notwendige Entlastung und Sicherung der Versorgung im häuslichen Umfeld erbracht werden. Obwohl immerhin mehr als 70% der insgesamt über 2,5 Millionen älteren pflegebedürftigen Menschen von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt werden, ist die Versorgungssituation oft unzureichend. Immer häufiger sind die Angehörigen überlastet und trotz eines dichten Netzes von bundesweit ca. 13.000 ambulanten Pflegediensten und weiteren Pflegestützpunkten und Beratungsstellen können nicht immer alle notwendigen Hilfen sichergestellt werden. Dennoch ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit grundsätzlich anzustreben, zumal die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) dies vielfältig unterstützen. Wenn eine direkte Entlassung nach Hause nicht möglich ist, kommt übergangsweise eine Kurzzeitpflege in Frage. Wenn auch auf längere Sicht ein Leben zu Hause nicht zu verantworten ist, kann ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig werden. Von diesen existieren in Deutschland inzwischen ca. 13.000 mit unterschiedlichen Angeboten, Größen und Trägern.

In allen Settings sind die Pflegeberufe ein zentraler Bestandteil der an der Versorgung beteiligten Akteure, ob im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungsteams in der Versorgung von Patienten im Krankenhaus, bei der Überleitung in die Häuslichkeit, in der Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause durch ambulante Pflegedienste oder in der stationären Langzeitpflege.

## 5.2.2. Anforderungen und Arbeitsinhalte der Pflege

### 5.2.2.1. Anforderungen an die Pflege

Die Pflegenden bilden eine der größten Berufsgruppen in Deutschland und haben eine elementare Bedeutung in der Versorgung im deutschen Gesundheitssystem.

Die Arbeitsfelder der Pflegenden umfassen verschiedene Settings:

- die stationäre Versorgung von Patienten im Krankenhaus,
- die stationäre Langzeitpflege von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen,
- die stationäre Kurzzeit- oder Verhinderungspflege von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder zur Entlastung pflegender Angehöriger,
- die Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste oder
- die Beratung in verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens.

Mit dem demografischen Wandel, zahlreichen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und Veränderungen im Krankheitsspektrum haben sich die entsprechenden Versorgungsbedarfe von Patienten und Pflegebedürftigen und damit auch die Anforderungen an die Pflegeberufe erheblich geändert: Die Tätigkeiten im Krankenhaus sind vor allem gekennzeichnet durch eine verkürzte Verweildauer, komplexe Prozessabläufe und zunehmende Bürokratisierung und Technisierung (Digitalisierung). Zudem führen die Zunahme von chronischen Erkrankungen, besonders aber die Multimorbidität und diagnostizierte oder nichtdiagnostizierte Demenz bei älteren Patienten zu einem deutlich erhöhten Pflegeaufwand. Jeder zwölfte Krankenhausfall betrifft Personen mit stark ausgeprägten kognitiven Einschränkungen.

Primäre pflegerische Aufgaben in akuten Krankheitssituationen bestehen darin, die Situation der Patienten und ihrer Ressourcen einzuschätzen, schnell zu evidenzbasierten Entscheidungen zu gelangen und kompetent umzusetzen und den Patienten zu stabilisieren. Akutpflege erfordert eine hohe klinische Fachkompetenz und ebenso das Vermögen unter hohem Zeit-, Problem- und Entscheidungsdruck handeln zu können, da Entscheidungen oft rasch und zudem in Abwägung von Widersprüchen getroffen werden müssen. Eine sichere Kompetenz zur Pflegediagnostik ist dabei ebenso gefordert wie eine ausgewiesene Fähigkeit zur Kooperation und Multidisziplinarität, denn Pflegenden sind oft das Bindeglied zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen und müssen die Koordination sicherstellen.

Inzwischen kommen aber viele Krankenhäuser an ihre Grenzen, denn der Anspruch an hoch qualifizierte Pflegenden und einen entsprechenden Stellenschlüssel kann angesichts der angespannten Situation von Pflegeberufen auf dem Arbeitsmarkt derzeit nur bedingt eingelöst werden. Die Ursachen liegen in den unattraktiven Rahmenbedingungen im Arbeitsumfeld, der vergleichsweise geringen Bezahlung und der mangelnden gesellschaftlichen Wertschätzung der Pflegeberufe.

Obwohl die Anforderungen und Belastungen in den verschiedenen Settings gleichermaßen hoch sind, ist die stationäre Langzeitpflege aus Sicht der Pflege eine besondere Herausforderung. Hier hat sich in den letzten Jahren das Klientel deutlich gewandelt. Besonders das gestiegene Durchschnittsalter bei Heimeintritt (über 80 Jahre) und der zumeist hohe Grad der Pflegebedürftigkeit (gemessen in Pflegegraden) sowie der hohe Anteil an Menschen mit Demenz (zwischen 40% und 60% der Heimbewohner) führen zu wachsenden Herausforderungen der Pflegenden. In den Pflegeheimen ist zudem eine Zunahme von psychisch Kranken und schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern mit starken Einschränkungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens und einem daraus resultierenden hohen Bedarf an pflegerischen (und medizinischen) Leistungen zu verzeichnen [1]. Besondere Herausforderungen liegen darin, die Pflege an die vielfältigen somatischen, kognitiven und psychischen sowie sozialen Beeinträchtigungen, die das Leben mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufwirft, anzupassen und problemangemessene Pflegestrategien zu entwickeln. Erforderlich sind evidenzbasierte Pflegestrategien, die der Spezifik der Problemsituation entsprechen, dem Bedarf und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht werden und dazu geeignet sind, ein möglichst selbstbestimmtes Leben trotz Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

Mag dies im stationären Setting schon schwierig genug sein, so gilt das erst recht für den ambulanten Sektor und die dort tätigen ca. 13.000 ambulanten Pflegedienste – zum Teil mit nur wenigen, zum Teil aber auch mit hunderten von Mitarbeitern ausgestattet. Im Unterschied zur stationären Akutbehandlung in Krankenhäusern und der stationären Langzeitpflege sind es in der ambulanten Pflege die vielfältigen

Umgebungsfaktoren der Häuslichkeit sowie die Beteiligung diverser Akteure – vornehmlich Angehörige – die einerseits die Pflegesituation unterstützen, andererseits aber auch ihre Komplexität erhöhen können. Zudem können die Pflegenden hier selten auf kollegiale Hilfe hoffen, denn vor Ort arbeiten sie zumeist alleine.

### 5.2.2.2. Arbeitsinhalte der Pflege

Die inhaltliche Vielfalt der pflegerischen Tätigkeiten – abhängig vom jeweiligen Setting – ist relativ weit gefasst und mit einem hohen Grad an Verantwortung verbunden. Dies wird häufig unterschätzt. Der International Council of Nurses (ICN) – ein Zusammenschluss von mehr als 130 internationalen Berufsverbänden der Pflege – definierte Pflege im Jahr 2002 wie folgt:

*„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ [2]*

Mit der unmittelbaren Nähe zum Patienten oder Pflegebedürftigen nimmt die Berufsgruppe der Pflegenden hinsichtlich der Gewährleistung einer möglichst qualitativ hochstehenden Versorgung eine entscheidende Rolle ein. Sie steht durch die Dreiteilung in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege für eine auf alle Generationen ausgerichtete Versorgung, sowohl in allen Settings als auch in allen Versorgungsbereichen: Angefangen von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Kuration, die Rehabilitation und die Palliation. Kern der pflegerischen Arbeit ist die sogenannte Grund- und Behandlungspflege bzw. direkte und indirekte Pflege. Erstere bezieht sich auf grundlegende, allgemeine Hilfe- und Unterstützungstätigkeiten, die den Menschen befähigen sollen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben sowie seine eigenen Ressourcen zu stärken. Die Tätigkeiten erstrecken sich auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Die Behandlungspflege oder indirekte Pflege deckt sämtliche medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Versorgungsanteile ab, die zur Behandlung einer Erkrankung notwendig sind und von Pflegenden ausgeübt werden dürfen, allein verantwortlich oder als Delegation unter ärztlicher Verantwortung. Darunter fallen beispielsweise Blutentnahmen, Injektionen, Vergabe und Verordnung von Medikamenten sowie die Wundbehandlungen. Pflegerisches Handeln ist aber weitreichender: Die Arbeit bezieht sich auch auf die Beratung, Schulung und Anleitung erkrankter und/oder pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die Vernetzung zwischen den verschiedenen Pflege-, Therapieberufen und der Medizin in der interprofessionellen Zusammenarbeit und schließlich die Weiterentwicklung des Pflegeberufes. Pflegerisches Handeln ist dabei zunehmend evidenz- und forschungsbasiert.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist von hoher Bedeutung (vgl. [Kapitel 4.4.](#)). Angesichts der durchgängig hohen Belastungen im Versorgungsalltag ist die Zusammenarbeit der Berufsgruppen untereinander nicht immer optimal gegeben. Demnach hängt es u.a. in einem nicht unerheblichen Maße vom Führungsstil der Akteure, der Sozialkompetenz der verschiedenen Mitarbeiter, der herrschenden Kommunikationskultur sowie von der Teamfähigkeit der einzelnen Personen ab, inwieweit die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgreich ist und sich Synergien entwickeln können. Erfolgreich ist die interprofessionelle Zusammenarbeit dann, wenn zwischen den Berufen klare Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche definiert sind, gegenseitige Kenntnisse über Arbeitsabläufe sowie das Arbeiten auf Augenhöhe gegeben ist, um gegenseitiges Vertrauen und partnerschaftliche Zusammenarbeit aufzubauen, zu pflegen und auf diese Weise gemeinsam festgelegte Ziele zu erreichen. Dagegen haben fehlende Transparenz und ungenügende Kommunikation im Arbeitsalltag einen eher negativen Einfluss auf die Zusammenarbeit und schließlich auch auf die Versorgungsqualität der Patienten und Pflegebedürftigen. Je eher ein kontinuierlich kollegialer Austausch gegeben und Teamstrukturen vorhanden sind, umso höher ist die Arbeitszufriedenheit und umso geringer die Personalfuktuation.

### 5.2.3. Ausbildung von Pflegeberufen

Die vielfältigen Herausforderungen an die Pflegeberufe stellen auch entsprechende Anforderungen an deren Qualifikation. So erfordern neue Aufgaben und veränderte Verantwortungsspielräume ein anderes Rollenverständnis, aber auch andere Kompetenzen in der Pflege. Pflegenden obliegt bereits heute zu weiten Teilen die Versorgung von Menschen mit langdauerndem Unterstützungsbedarf ebenso wie die Steuerungsfunktionen bei den oft langen Krankheits- und Pflegeverläufen. Erforderlich sind zudem diagnostische und klinische (Spezial-)Kompetenz, therapeutisches und präventiv-rehabilitatives Wissen. Ähnlich komplex sind auch die Aufgaben in vielen Bereichen der Akutversorgung geworden. Hinzu kommen neue Aufgaben im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis (eng. *advanced nursing practice*) wie auch die Zuständigkeit für weitere noch zu definierende heilkundliche Aufgaben (SGB V, § 63c). Erforderlich sind daher neue, zukunftsfähige Qualifikationskonzepte sowohl im Bereich der Aus- wie der Fort- und Weiterbildung. Handlungsbedarf besteht zudem auf der beruflichen wie auch der akademischen Ebene und deren Anpassung an internationale Standards. Insgesamt ist für ein ausreichendes Reservoir an angemessenen qualifizierten Pflegekräften Sorge zu tragen, um dem drohenden Fachkräftemangel begegnen zu können.

Jahrzehntelange Basis ist die dreijährige berufliche Ausbildung auf einem nichtakademischen Niveau mit dem Abschluss eines vom Gesetzgeber geregelten Staatsexamens. Die staatlich anerkannten Pflegeschulen bilden bisher zu folgenden Berufen aus:

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Altenpflege

In den Bundesländern existieren zudem verschiedene Helferausbildungen: z.B. Gesundheits- und Krankenpflegehelfern, Altenpflegehelfern, Pflegeassistenten u.a. mit verkürzter Ausbildungsdauer.

Obwohl davon auszugehen ist, dass eine hohe Versorgungsqualität mit dem Grad der Qualifikation in Beziehung steht, und deshalb immer wieder für die Pflege Personaluntergrenzen bezogen auf den Anteil examinierter Pflegenden in der Diskussion sind, wurden vor allem in Pflegeheimen in den letzten Jahren vermehrt Hilfskräfte mit einer verkürzten Pflegeausbildung eingestellt. Dieser Trend findet sich auch in der ambulanten Pflege wieder.

### 5.2.4. Reformen in der Ausbildung von Pflegeberufen – das Pflegeausbildungsreformgesetz von 2017

Die Trennung der Aufgaben zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildungen wird zunehmend in Frage gestellt, da es eine ganze Reihe von Überschneidungen hinsichtlich des Pflegebedarfs und der daran geknüpften Tätigkeiten in den unterschiedlichen Settings gibt: so etwa die Zunahme älterer Menschen im Akutkrankenhaus oder die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten in der stationären Langzeitpflege und im häuslichen Bereich. Um eine gute Versorgung zu gewährleisten, benötigen die Pflegenden im Bereich der Krankenhausversorgung dementsprechend fundierte Kenntnisse aus der Altenpflege und umgekehrt. Aus diesen Gründen stimmte der Bundesrat 2017 einer Reform der Pflegeberufe zu. Kern der Reform ist die Zusammenführung der bisher getrennten drei Pflegeausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung. Damit einhergehend erhalten alle Auszubildenden jetzt zunächst eine gemeinsame zweijährige Pflegeausbildung. Nach dem zweiten Berufsjahr können die Auszubildenden die Ausbildungszeit mit dem Berufsabschluss „Pflegeassistent“ beenden. Mit der Fortsetzung des dritten Ausbildungsjahrs haben die Auszubildenden die Option, die generalistische Ausbildung weiterzuführen und den europaweit anerkannten Berufsabschluss „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ zu erwerben. Alternativ kann im dritten Jahr ein Vertiefungsbereich spezialisiert auf die Versorgung älterer Menschen oder in der Kinderkrankenpflege gewählt werden. Die neuen Ausbildungsgänge starten ab dem Jahr 2020.

Dieser sehr weitreichenden Reform hinsichtlich der inhaltlichen Schwerpunktsetzung von Pflegeberufen auf einer horizontalen Ebene der Qualifikation folgt eine weitere Reform bezogen auf den Grad der Qualifikation auf der vertikalen Ebene. Gemeint ist die Ausbildung von Pflegeberufen auf einem akademischen Niveau und damit deren Professionalisierung.

### 5.2.5. Professionalisierung und Akademisierung der Pflegeberufe

Angesichts der gestiegenen Anforderungen an die Arbeit der Pflegenden durch deutlich komplexere Versorgungssituationen in allen Settings besteht nicht nur ein Mangel an einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Pflegenden (Quantität), sondern es fehlen vor allem hoch qualifizierte Pflegepersonen (Qualität), die auf der Grundlage evidenzbasierter Studienergebnisse dazu in der Lage sind, entsprechende Interventionen in ihrer Wirkung beurteilen und die notwendigen Pflegeprozesse steuern zu können. Die alleinige klassische dreijährige Berufsausbildung wird diesbezüglich als nicht ausreichend betrachtet und wurde daher um akademische Bachelor- und Master- sowie Promotionsprogramme ergänzt.

Damit steht der pflegerischen Versorgungspraxis ein ganzes Qualifikationsspektrum zur Verfügung.

Anders als in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern begann die Akademisierung der Pflege(berufe) erst recht spät Anfang der 90er Jahre. Ein regelrechter Boom im Aufbau von Pflege-Studiengängen folgte. Gegenwärtig werden an 78 Universitäten, Fachhochschulen und Berufs-Akademien 149 verschiedene Pflege-Studiengänge (105 Bachelor- und 44 Masterstudiengänge) mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen angeboten. Eine ganze Reihe davon ist patientenfern ausgerichtet, so etwa die akademische Ausbildung von Lehrern und Lehrerinnen für Pflegeberufe, die Ausbildung für Führungspositionen im Pflegemanagement oder von Pflegewissenschaftlern.

Ziel der Einrichtung von patientennah orientierten Pflegestudiengängen ist die Ausbildung von klinischen Pflegeexperten i.S. reflektierter Spezialisten. Ein aus dem angloamerikanischen Raum übernommenes Beispiel für spezialisierte Pfl egetätigkeiten ist der *Advanced Nurse Practitioner*. Bei diesem Modell handelt es sich um eine universitäre Ausbildung von Pflegefachkräften auf Masterniveau. Während des Studiums werden zusätzliche Kenntnisse in den Disziplinen der interdisziplinären Zusammenarbeit, Leadership, der Anwendung neuer wissenschaftlicher und evidenzbasierter Versorgungserkenntnisse sowie ethischer Expertise zur Entscheidungsfindung aufgebaut. Advanced Practice Nurses können eine Einzelperson, sowie auch individuelle Patientengruppen und dessen Angehörigen in komplexen Pflegesituationen entsprechend versorgen. Die Etablierung der Advanced Nursing Practice führt zu einer verkürzten Aufenthaltsdauer der Patienten/Bewohner im Krankenhaus oder Altenpflegeheim als auch zu einer besseren Arbeitszufriedenheit der Pflegenden.

Ein weiterer Fokus dieser klinischen Pflegeexperten liegt in der Organisationsentwicklung bzw. Prozessoptimierung in den verschiedenen Settings. Die Absolventen entsprechender Studiengänge erwerben Fähigkeiten zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen in der Pflege, Steuerung und Optimierung von (Pflege-)Prozessen sowie Kenntnisse im Projektmanagement und können auf mittlerer und höherer Leitungsebene eingesetzt werden. Darüber hinaus entwickeln sie ein Verständnis für sektorenübergreifende Versorgung und erwerben Fertigkeiten zum Schnittstellenmanagement mit unterschiedlichen Professionen, die mit dem Ziel einhergehen, die Versorgungsqualität der Patienten und der Pflegebedürftigen deutlich zu erhöhen. Zudem werden Anstöße zur Entwicklung und Etablierung neuer Berufsprofile gegeben, die für die Versorgung der sich ebenso wandelnden Pflegebedarfe wesentlich sind [3].

Zur Bedarfsdeckung an Akademikern im Berufsfeld Pflege sollen nach Empfehlung des Wissenschaftsrates 2012 10–20% der Ausbildungsplätze in Studienplätze umgewandelt werden. Studien zeigen, dass die wissenschaftliche Qualifikation von Pflegenden und deren Handeln auf evidenzbasierter Grundlage einen signifikanten Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens und damit einen konkreten Nutzen für die Patienten hat: Wissenschaftliche Studien untermauern bspw. den signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Pflege-Fachexperten und der Häufigkeit der Harnwegsinfektionen, Pneumonien und Thrombosen und hinsichtlich niedrigerer Mortalitätsraten. Studien aus den USA zeigen, dass 10% mehr Pflegeexpertinnen mit Bachelor-Abschlüssen das Risiko, innerhalb von 30 Tagen im Hospital zu versterben, um rund 5% senken. Durch die Übernahme des Schnittstellen- und Casemanagements sowie der Entlassungsplanung sinkt zudem die Verweildauer, Wiederaufnahmen werden verhindert und der „Drehtüreffekt“ reduziert.

Als weitere positive Effekte zeigen sich bei einem höheren Anteil an akademisch qualifizierten Pflegenden geringere Patientenunzufriedenheitsraten, höhere Arbeitszufriedenheit und seltener Burnout bei Pflegenden [4], [5].

In den vermittelten Inhalten und in der Konzeption der Studiengänge weisen diese im Vergleich zu anderen Ländern bisher noch eine sehr hohe Heterogenität auf, die es den Akteuren auf dem Arbeitsmarkt erschwert, die Kompetenzen der Absolventen entsprechender Studiengänge in gängige Rollen-, Hierarchie- und Tätigkeitsmuster zu integrieren und angemessene Angebote zu offerieren. Eine

Vereinheitlichung der Studiengänge wäre in naher Zukunft wesentlich, um den Absolventen den Einstieg in den Beruf zu erleichtern und dem Arbeitsmarkt die Qualifikationen von Hochschulabsolventen der Pflege übersichtlicher darzustellen.

## 5.2.6. Arbeitsbedingungen

### 5.2.6.1. Arbeitsbedingungen, Stellenabbau und Pflegenotstand

Neben den angestoßenen Reformen im Bereich der Ausbildung der Pflegenden und Akademisierung von Pflegeberufen besteht ein dringender Handlungsbedarf in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen für Pflegenden. Generell werden die Arbeitsbelastungen von den Pflegenden z.B. durch Schichtarbeit, Bürokratie und hohen physischen und psychischen Anforderungen sowie strukturellen und technischen Veränderungen als sehr hoch empfunden. Hinzu kommt ein schleichender Stellenabbau einhergehend mit einer zunehmenden Arbeitsverdichtung. Insgesamt vollzog sich in der Pflege alleine im Krankenhaussektor zwischen 1996 und 2007 ein Stellenabbau von 47.600 Stellen, bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahlen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf (z.B. Demenz). Studien zufolge ist der Workload von Pflegenden in Deutschland besonders hoch. Im Krankenhaus versorgt eine deutsche Pflegekraft zehn Patienten, in den Niederlanden liegt die Quote bei 1:5, in England bei 1:8.

In der stationären Langzeitpflege ist das Arbeitsaufkommen pro Pflegefachkraft noch drastischer, was häufig zu frühzeitiger Arbeitsunfähigkeit oder Fluktuation führt.

In Folge des Stellenabbaus stieg die Teilzeitquote der Beschäftigten. Die Teilzeitstellen sind zum einen die Folge eines gezielteren Personalmanagements. Die Pflegenden werden im Rahmen der Personaleinsatzplanung speziell zu entsprechenden Stoßzeiten eingeplant, aber in geringerem Stundenumfang beschäftigt. Das ermöglicht dem Arbeitgeber eine höhere Flexibilität in der Einsatzplanung. Zudem kommt es im Zuge der Einsatzplanung häufig zu unregelmäßigen Dienstleistungen, was die Kontinuität der beruflichen Tätigkeit gefährdet sowie auch die Kontinuität im Pflegenden-Bewohner/Patienten-Verhältnis angesichts ständig wechselnder Bezugspersonen.

Unabhängig von dem Beschäftigungsmodell der Teilzeitstellen zeichnet sich im gesamten Bereich der Pflege – Versorgung in Krankenhäusern sowie in der stationären Langzeitpflege und ambulanten Pflege – ein zunehmender und massiver Fachkräftemangel ab. Zwar zählen die Pflegeberufe mit etwa 1,07 Millionen Beschäftigten zur größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Gesundheitspersonalrechnungen des Statistischen Bundesamtes und Arbeitsmarktdaten beschreiben jedoch eine immer größer werdende Lücke zwischen Nachfrage und Angebot von Pflegenden. **Derzeit besteht ein sehr hoher Bedarf an Pflegekräften bei gleichzeitig abnehmenden Bewerberzahlen. Schon jetzt fehlen zirka 30.000 Pflegekräfte, in wenigen Jahren schon Hunderttausende.** Wie die zukünftige pflegerische Versorgung gesichert werden kann, ist politisch nicht gelöst. Dies stellt eine große Herausforderung dar, obwohl der Fachkräftemangel bereits vor Jahren prognostiziert wurde. Das besondere und zusätzliche Problem dabei ist, dass der Pflegeberuf für viele Jugendliche keinen hohen Stellenwert bei der Berufswahl hat und das bei zu erwartenden geburtenschwachen Jahrgängen [1], [6].

### 5.2.6.2. Belastungen, psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität

Hohe physische und psychische Belastungen, zunehmende Arbeitsverdichtung, geringe materielle, ideelle und gesellschaftliche Gratifikationen sowie der Fachkräftemangel tragen in der Summe dazu bei, dass die Gesundheit der Mitarbeiter von Pflegeberufen häufig stark beansprucht wird.

Pflegerische Arbeit führt – oft verursacht durch Überbeanspruchung und Hektik – zu suboptimalen Bewegungsabläufen beim Lagern und Heben. Eine Vielzahl von Erkrankungen wie Depressionen, Burnout und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie hohe Fehlzeiten sind insgesamt die Folge. Als besonders belastend empfinden Pflegenden, dass sie den Bedürfnissen von Patienten und Pflegebedürftigen nicht ausreichend nachkommen können. Diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit führt – sofern sie dauerhaft empfunden wird – zu weiteren Belastungen und bei nicht wenigen zum Burnout. Auch die Konfrontation mit Tod und Sterben ist für die Mitarbeiter in der Pflege eine enorme Belastung.

Entscheidende Belastungsfaktoren sind angesichts der hohen Arbeitsverdichtung der ständige Zeitdruck, der daraus resultierende Stress sowie eine relativ hohe Anzahl von Überstunden. Gründe dafür sind

häufig unvorhersehbare Vorkommnisse wie Stürze oder gesundheitliche Verschlechterungen eines Bewohners, überbordende Dokumentation und Pflegeplanung, zusätzliche Erledigung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder spontaner Mehraufwand aufgrund von unvorhersehbaren Neuaufnahmen. Überstunden haben weitreichende Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität der Mitarbeiter. Fallen sie dauerhaft an, schränken sie die Erholungsphase ein, wodurch dem Betroffenen weniger Ressourcen für die Belange des eigenen persönlichen Alltags zur Verfügung stehen. Dazu gehört vor allem das familiäre Zusammenleben. So ist das soziale Wohlbefinden bei Berufstätigen unter anderem abhängig von der Vereinbarkeit mit Beruf und Familie. Da der Pflegeberuf zum größten Teil von Frauen ausgeübt wird, ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine der wesentlichen Stellschrauben, wenn es darum geht, die Mitarbeiter langfristig zu erhalten. Um dies abzusichern, sind Maßnahmen für eine sogenannte Work-Life-Balance inzwischen fester Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM).

### 5.2.7. Zukünftige Herausforderungen und Lösungen

Um die pflegerische Versorgung zukünftig auf einem hohen Niveau sichern zu können, bedarf es einer Reihe von Verbesserungen, angefangen bei den Arbeitsbedingungen von Pflegenden bis hin zur Steigerung der Berufsattraktivität. Vor allem die Gewinnung von Nachwuchs für die Pflegeberufe ist entscheidend, wenn es darum geht, dem bestehenden Fachkräftemangel nachhaltig entgegenzuwirken. Auch Rückkehrangebote für Berufsausstieger, die Höherqualifikation von Hilfspersonal und die Integrationsprogramme von Langzeitarbeitslosen sind in der Diskussion. Lösungen werden auch in der Etablierung neuer Versorgungskonzepte – etwa durch einen intelligenten Personal- und Qualifikationsmix – gesehen.

Vor allem aber ist ein attraktiver und moderner Pflegeberuf zwingend erforderlich, um eine Konkurrenzfähigkeit im Wettbewerb mit anderen Ausbildungsberufen, gerade aus der Perspektive von männlichen Jugendlichen, bestehen zu können. Der zunehmende Pflegebedarf erfordert allerdings in den nächsten Jahren weitaus mehr Nachwuchs als die jüngst besonders in der Altenpflege (wieder) steigenden Ausbildungszahlen zu leisten vermögen. Selbst der Fachkräftezugewinn durch Pflegekräfte aus dem Ausland kann den steigenden Bedarf nur bedingt decken.

Eine Entwicklung zur Aufwertung des Images der Pflegeberufe ist die Akademisierung der Pflegeberufe und das Aufzeigen von Karrierewegen. Auch die Erweiterung des Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Pflegeberufe im Kontext eines expandierenden Dienstleistungs- und Beratungssektors im Gesundheitswesen wird als hochrelevant für die weitere Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe eingeschätzt. Neue Handlungsfelder werden in Zukunft in der Prävention und Gesundheitsförderung ebenso zu finden sein, wie edukative und beratende Aufgaben etwa in der Rehabilitation oder in Schulen einen hohen Stellenwert erhalten werden.

Schließlich sind infolge des technologischen Fortschritts vielfältige neue Optionen zu erwarten: Digitalisierung und Robotik sowie Telecare und Assistenzsysteme sind deutlich auf dem Vormarsch. Erwartet wird, dass High-Tech-Systeme kombiniert mit innovativen Pflege- und Alltagskonzepten künftig einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung, zur Kompensation von körperlichen oder kognitiven Defiziten, der sozial-kommunikativen Einbindung und der Erhöhung von Mobilität, selbstbestimmter Teilhabe, Selbstständigkeit und Sicherheit leisten.

Für die Pflegeberufe ergibt sich aktuell und in Zukunft vermehrt die dringende Notwendigkeit eines Wandels, bestehend aus verschiedenen Reform- und Anpassungsszenarien, um in einem sich ständig verändernden, hoch dynamischen Gesundheitswesen an Profil zu gewinnen und entscheidend zur Versorgungsqualität beizutragen.

## References

1. Görres S. Pflege aus pflegewissenschaftlicher Sicht: Gesellschaftliche Einflussfaktoren, Trends und Bedarfsszenarien. In: Masuch P, Spellbrink W, Becker U, Leibfried S, editors. Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats: Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung - Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft (Band 2). Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2015. p. 171-99.
2. International Council of Nurses (ICN). Nursing Definitions. 2002 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> [letzter Zugriff 22.03.2019].
3. Görres S, Reif K. Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente - der Pflegeforschungsverbund Nord. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S, editors. Optimierung und

Evidenzbasierung pflegerischen Handelns Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa; 2008. p. 257-67.

4. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer D, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2017 Jul;26(7):559-568. DOI: [10.1136/bmjqs-2016-005567](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567)
5. Augurzky B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus: Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; 2016.
6. Landtag von Baden-Württemberg. Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission: "Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten" - Drucksache 15/7980. 2016 Jan 22. Available from: [https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/7000/15\\_7980\\_D.pdf](https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/7000/15_7980_D.pdf)

**Corresponding authors:** Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Grazer Str. 4, 28359 Bremen, Germany, Phone: 0421 218 68900, E-mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)

**Citation note:** Görres S, Stolle C, Schumski L. 5.2. Pflege. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2018-. DOI: [10.5680/olmps000048](https://doi.org/10.5680/olmps000048)

**Copyright:** © 2025 Stefan Görres et al.

This is an Open Access publication distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License. See license information at <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>