

Thomas Klie

DAK-PFLEGEREPORT

MECKLENBURG-VORPOMMERN

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



Band
42

Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Landesspezifische Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung und der Routedatenanalyse	3
1.1 Befunde der Bevölkerungsbefragung.....	3
1.2 Befunde der Routedatenanalyse.....	11
2 Qualifizierung und Berufseintritte in der Pflege	15
3 Fachkräftemangel in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern	19
3.1 Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege	20
3.2 Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen	22
3.3 Berufsdemografische Entwicklung in der Pflege.....	23
3.4 Ausbildung in der Pflege	25
3.5 Prognose der Berufseinmündungen und Berufsaustritte	26
4 Die Interviewstudie: Baby-Boomer zwischen Erfüllung und Erschöpfung	30
4.1 Fallvignette: Für Manuela Kaiser ist und bleibt Pflege der Traumberuf! .	33
5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege.....	36
5.1 Good Practice – das Spektrum	36
5.2 Mecklenburg-Vorpommern: Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung	39
5.2.1 Hintergrund.....	39
5.2.2 Merkmale	40
5.2.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	40
5.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen.....	41
6 Landespolitische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Unterstützung selbstorganisierter Pflegearrangements.....	41
7 Zeitenwende in der Pflege	44
Literaturverzeichnis.....	48
Abbildungsverzeichnis.....	51
Tabellenverzeichnis.....	51

Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Befunde, Analysen und Perspektiven – der DAK-Landespflegereport 2024 für das Land Mecklenburg-Vorpommern

Einleitung

Der DAK-Pflegereport 2024 nimmt die beruflich Pflegenden aus unterschiedlichen Perspektiven in den Fokus und dies mit dem Ziel, gesicherte Wissensbestände über die berufsdemographischen Entwicklungen in der Pflege zu generieren, Gesundheitsrisiken (älterer) beruflich Pflegenden zu identifizieren, Chancen und Hemmnisse generationsübergreifender Zusammenarbeit in der Pflege zu erkennen und aus den Berufserfahrungen der Baby-Boomer-Generation Hinweise auf die Attraktivität des Pflegeberufes und für den Verbleib im Beruf zu identifizieren. Auch sollen Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung herausgearbeitet und das Image der beruflich Pflegenden in der Bevölkerung erhoben werden. In besonderer Weise in den Blick genommen, werden beruflich Pflegenden der sog. Baby-Boomer-Generation, d.h. der Jahrgänge 1946 bis 1969. Sie stellen eine sehr große Gruppe der beruflich Pflegenden dar, die in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren in den Ruhestand gehen werden. Das gilt auch für Mecklenburg-Vorpommern. Ein Großteil der Problematik des aktuellen und vor allem des zukünftigen Fachkräftemangels ist auf die Berufsdemografie zurückzuführen. Die Erfahrungen der Baby-Boomer, ihre gesundheitliche Situation, ihr Rückblick auf ihre Berufstätigkeit, aber auch ihre Bereitschaft, sich weiterhin mit Fragen der Pflege und Sorge zu befassen. All das soll in besonderer Weise Beachtung finden. Dabei können und sollen auch die beruflich gesammelten Erfahrungen der Baby-Boomer-Generation für die zukünftige Gestaltung der Pflege im demografischen Wandel angesprochen und genutzt werden. Pflegefachkräfte sind nicht nur Arbeitskräfte, sondern auch Wissenstragende in einem gesellschaftlich hoch relevanten Feld, dem der Pflege.

Der DAK-Landespflegereport Mecklenburg-Vorpommern orientiert sich in seinem Aufbau an dem DAK-Pflegereport 2024¹. Dieser besteht aus fünf Teilen:

- einer **repräsentativen Bevölkerungsbefragung**, die vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt wurde;
- der **Analyse der GKV-Routinedaten** der DAK-, von der OptiMedis AG errechnet;
- einer **Gegenüberstellung von altersbedingten Berufsaustritten und Qualifizierungen in der Pflege**, durch Prof. Dr. Michael Isfort vom DIP, um das künftige Qualifizierungspotenzial prognostisch zu errechnen – auch für Mecklenburg-Vorpommern;
- **qualitativen Interviews** mit beruflich Pflegenden in ganz Deutschland – auch in Mecklenburg-Vorpommern, durchgeführt von AGP Sozialforschung;
- **Good Practice-Beispielen** aus allen Bundesländern, die aufzeigen, wo die Innovationspotenziale liegen und wie sich die professionelle Pflege

¹ Download unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024_64670

entwickeln könnte, um die pflegerische Versorgung der Bevölkerung weiterhin, qualitativ hochwertig, sicherzustellen – ebenfalls mit einem Good Practice-Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern.

1 Landesspezifische Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung und der Routinedatenanalyse

1.1 Befunde der Bevölkerungsbefragung

Früher als erwartet hat die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland die 5 Millionen-Grenze überschritten. Nach den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes sollen es im Jahre 2055 6,8 Millionen sein, im Jahre 2070 7,7 Millionen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 30.03.2023). Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zeigte sich im Mai 2024 überrascht über deutliche Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger, die weit über den Prognosen lag. Diese Entwicklungen kennen unterschiedliche Hintergründe. Zum einen wurde der Kreis der Leistungsberechtigten durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erweitert. Zum anderen hat sich ebenfalls eine davon unabhängige Steigerung der Prävalenz ergeben, die sich von der demographischen Alterung der Gesellschaft löst. Plausibel sind Annahmen, dass mit zunehmender Bekanntheit der Pflegeversicherung gerade in ökonomisch angespannten Zeiten, Leistungen vermehrt beantragt werden als früher. Die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger trifft mit einer Abnahme des sogenannten informellen Pflegepotentials und einem sich verschärfenden Fachkräfte- aber auch Mangel an Assistenzkräften zusammen. Der deutschen Bevölkerung sind die Probleme in der Pflege bekannt. Wie schon im Pflegereport 2022 (Klie 2022) herausgearbeitet wurde: Die Deutschen sind pflegeerfahren – sie kennen aus ihren Familien, Nachbarschaften und dem Freundeskreis die Wirklichkeit der alltäglichen An- und Herausforderungen in der Langzeitpflege. Viele machen die Erfahrung, dass es schwer ist, einen Pflegedienst zu finden oder gar einen Platz in einem Pflegeheim. Auch die Medien tragen ihren Teil dazu bei, dass die Probleme in der Pflege der Bevölkerung vor Augen geführt werden – allerdings nicht immer in einer sachlich zutreffenden Art und Weise. Immerhin: Unter den verschiedenen aktuellen Problemen in Deutschland werden die Personalprobleme in der Pflege von 94 Prozent der Bevölkerung genannt (Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) 2022). Insofern gibt es, wie die repräsentative Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2024 zeigt, eine realistische Einschätzung der Bevölkerung über die Probleme der Pflege. Die Problemwahrnehmung in Mecklenburg-Vorpommern war vergleichbar mit der der gesamtdeutschen Bevölkerung. Geringfügig mehr Einwohnerinnen und Einwohner aus Mecklenburg-Vorpommern (82,9%) gehen davon aus, dass es zukünftig deutlich mehr Pflegebedürftige geben wird als im Bundesdurchschnitt (80,5%). Das Thema Zuwanderung schien in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg deutlich weniger prominent zu sein als in der Gesamtbevölkerung. Lediglich 61,6% der Befragten aus Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg gaben an, dass sie eine Zunahme an Pflegekräften aus dem Ausland erwarten, im Vergleich dazu waren es 70,8% im Bundesdurchschnitt. Alternative Versorgungsformen zu Pflegeheimen, wie Pflege-Wohngruppen, 24-Stunden-Kräfte und Mehrgenerationenhäuser, sahen die Einwohnerinnen und Einwohner aus Mecklenburg-Vorpommern zukünftig kaum

(32,9% im Vergleich zu 40,7% im Bundesdurchschnitt). Dafür war der Anteil der Personen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, der glaubte, dass zukünftig mehr Menschen zuhause von ihren Angehörigen gepflegt werden, höher als in Gesamtdeutschland.

Die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung, 91% der Befragten in der gesamten Bundesrepublik, erwarteten einen Anstieg der Pflegekosten. In Mecklenburg-Vorpommern waren es, mit 93,4% der Befragten, etwas mehr. Gleichzeitig erwarteten mehr der Befragten, die von einer Kostensteigerung ausgingen, einen starken Anstieg der Pflegekosten.

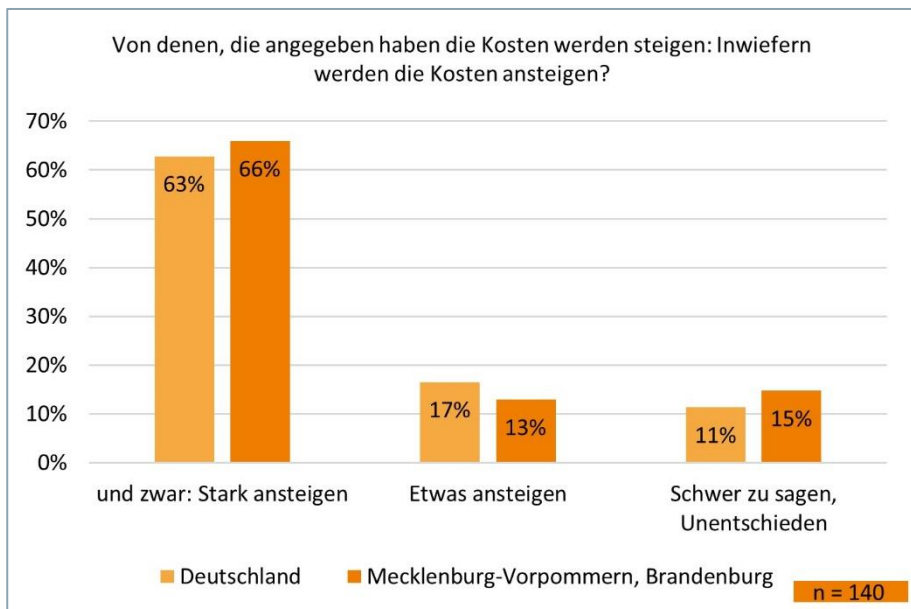


Abbildung 1: Stärke des erwarteten Anstiegs im Bereich der Pflegekosten (eigene Darstellung)

Auch diese Einschätzungen korrespondieren mit den in den Medien kommunizierten und gegebenenfalls auch auf persönlichen Erfahrungen beruhenden deutlichen Kostenanstiegen insbesondere in der stationären Pflege, die Sprünge bis zu 1.000 und 2.000 Euro innerhalb eines Jahres kennen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern gab es deutlich Entgeltsteigerungen. Solche Entwicklungen, die zusammenhängen mit dem Inkrafttreten des Tariftreuegesetzes und einer verbesserten Personalausstattung, führen zu Irritationen und Sorgen, die auch in Mecklenburg-

Vorpommern ausgeprägt vorhanden waren, sogar etwas stärker als im Bundesdurchschnitt.

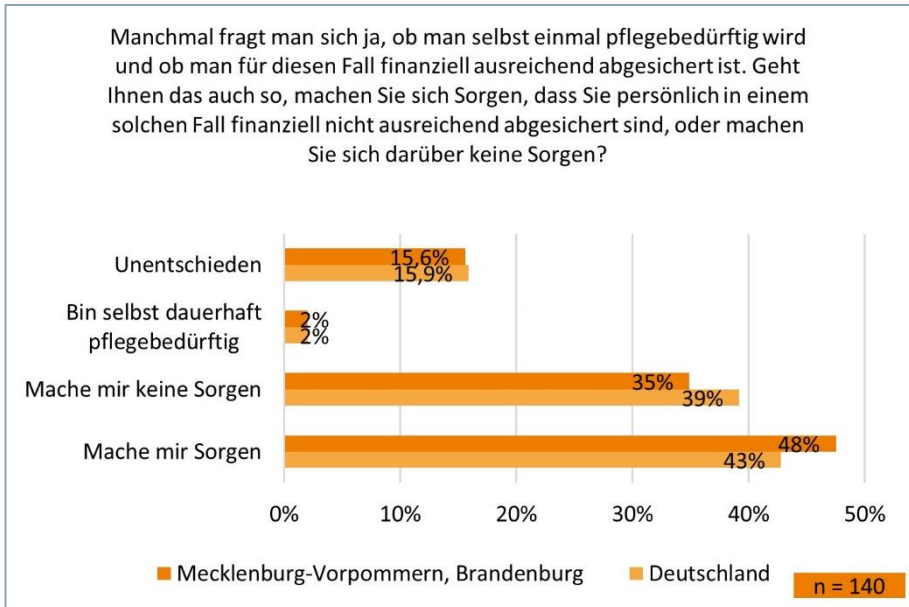


Abbildung 2: Sorgen hinsichtlich der Finanzierung bei eigener Pflegebedürftigkeit (eigene Darstellung)

Obwohl die Kostensteigerungen in der Pflege bekannt und antizipiert werden, obwohl auch den Pflegekräften ein höheres Gehalt „gewünscht“ wird, gibt es in der Bevölkerung keine dominante Vorstellung, auf welche Weise die höheren Kosten gedeckt werden sollen. Weder der Vermögensverbrauch in der Breite der Bevölkerung wird zugestimmt noch einem systematischen Vermögensverbrauch im Zusammenhang mit der Kostenentwicklung in der Pflege wird zugestimmt, noch einer Anhebung der Beitragssätze. Dabei wird gleichzeitig die Notwendigkeit des Einsatzes von eigenem Vermögen im Zusammenhang mit den Kosten der Pflege für wahrscheinlich gehalten. Eine Finanzierung von Pflegekosten gestaffelt nach Einkommen und Vermögenssituation findet in der Tendenz durchaus Zustimmung. Es sind insbesondere die Angehörigen der Baby-Boomer Generation, bei denen sich die skizzierten aktuellen Entwicklungen in besonderer Weise zuspitzen. Dieser im DAK-Pflegereport 2023 herausgearbeiteten „Ratlosigkeit“ der deutschen Bevölkerung hinsichtlich tragfähiger Finanzierungsperspektiven für die Pflegeversicherung entspricht die politische Handlungsunfähigkeit auf bundespolitischer Ebene: Auch hier zeigen sich keine klaren Strategien für eine mittelfristige Sicherung der Finanzierung der schon aktuell in ihrer Zahlungsunfähigkeit bedrohten Pflegeversicherung. Die freiwillige Zusatzversicherung spielt keine Rolle, die vermehrt geforderte verpflichtende private Pflegevorsorge, „Pflege-Plus“ (Arentz et al. 2023) schlägt eine paritätische Finanzierung der Pflichtbeiträge vor, sieht sich aber drei grundsätzlichen Problemen gegenüber gestellt: sie führt zu einer weiteren Belastung der jüngeren Generation, sie greift – wenn – erst nach einer Ansparzeit von 30 bis 50 Jahren, wird demnach

keinen substantiellen Beitrag zur Pflugsicherung der Baby-Boomer-Generation leisten können. Weiterhin setzt sie eine stabile soziale Pflegeversicherung voraus. Um ihre Zukunftssicherung muss es vorrangig gehen.

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

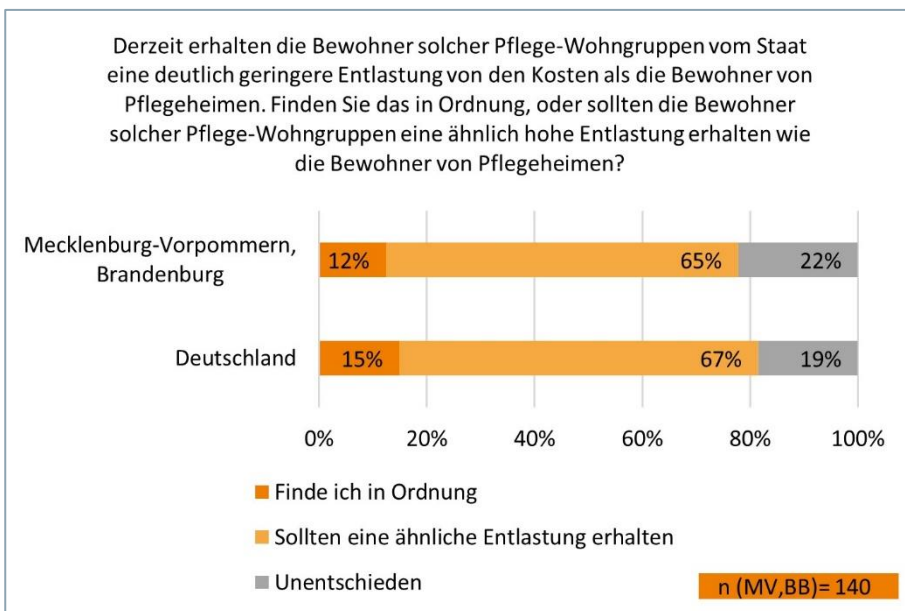


Abbildung 3: Bewertung der staatlichen, finanziellen Unterstützung von Pflegewohngruppen (eigene Darstellung)

Der DAK-Pflegereport unterstreicht den Handlungsbedarf bezogen auf diese wohnortnahen Versorgungsformen, in denen konzeptionell An- und Zugehörige, zivilgesellschaftliche Initiativen, Kommunen und Professionelle zusammenwirken (Klie 2023). Die Diskrepanz zwischen dem, was sich die Befragten hinsichtlich des Pflegearrangements wünschen und was sie für wahrscheinlich halten, lässt sich auch als pflegepolitische Aufforderung verstehen, auf die Entwicklung entsprechender Angebote hinzuwirken, insbesondere auf solche, die auf einer gemischten Wohlfahrtsproduktion beruhen, das heißt, auch auf ehrenamtliche und zivilgesellschaftliche Unterstützung setzen (Klie und Roß 2005). Die Sorgen hinsichtlich der Finanzierung der eigenen Pflege sind ausgeprägt: 43 Prozent der Bevölkerung begleitet die Sorge, bei Pflegebedarf nicht genügend abgesichert zu sein. Die Zahlen sind gleichwohl noch unrealistisch, da die Wahrscheinlichkeit zumindest einmal mit den Leistungen der Pflegeversicherung allein nicht

zurechtzukommen deutlich höher sind und gerade bei einem gegebenenfalls erforderlich werdenden Heimeintritt ein weitgehender Vermögensverbrauch unvermeidlich zu sein scheint. Insofern geben auch die Daten des Instituts für Demoskopie Allensbach Hinweise darauf, dass bei allem Problembewusstsein hinsichtlich der Zukunftsfragen der Pflege eine realistische Einschätzung der mit Pflege verbundenen finanziellen Belastung nicht vorhanden sind (über diesen Befund berichtet auch (Druyen 2022)).

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

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

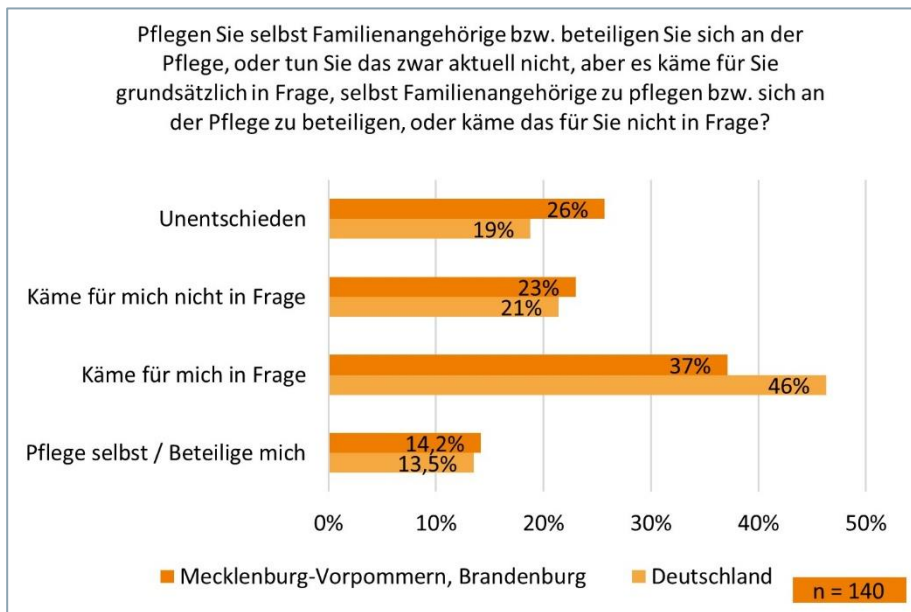


Abbildung 4: Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre (eigene Darstellung)

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

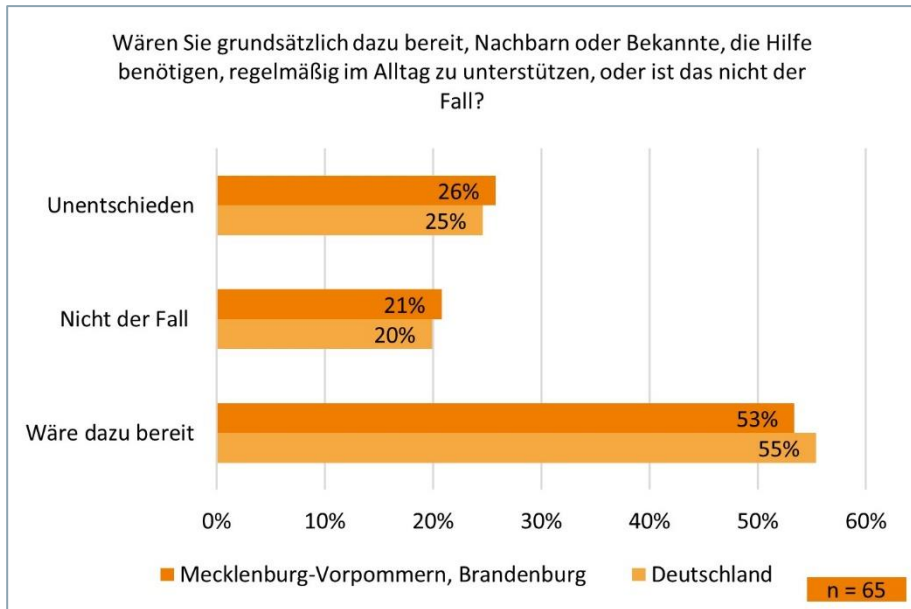


Abbildung 5: Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab (eigene Darstellung)

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

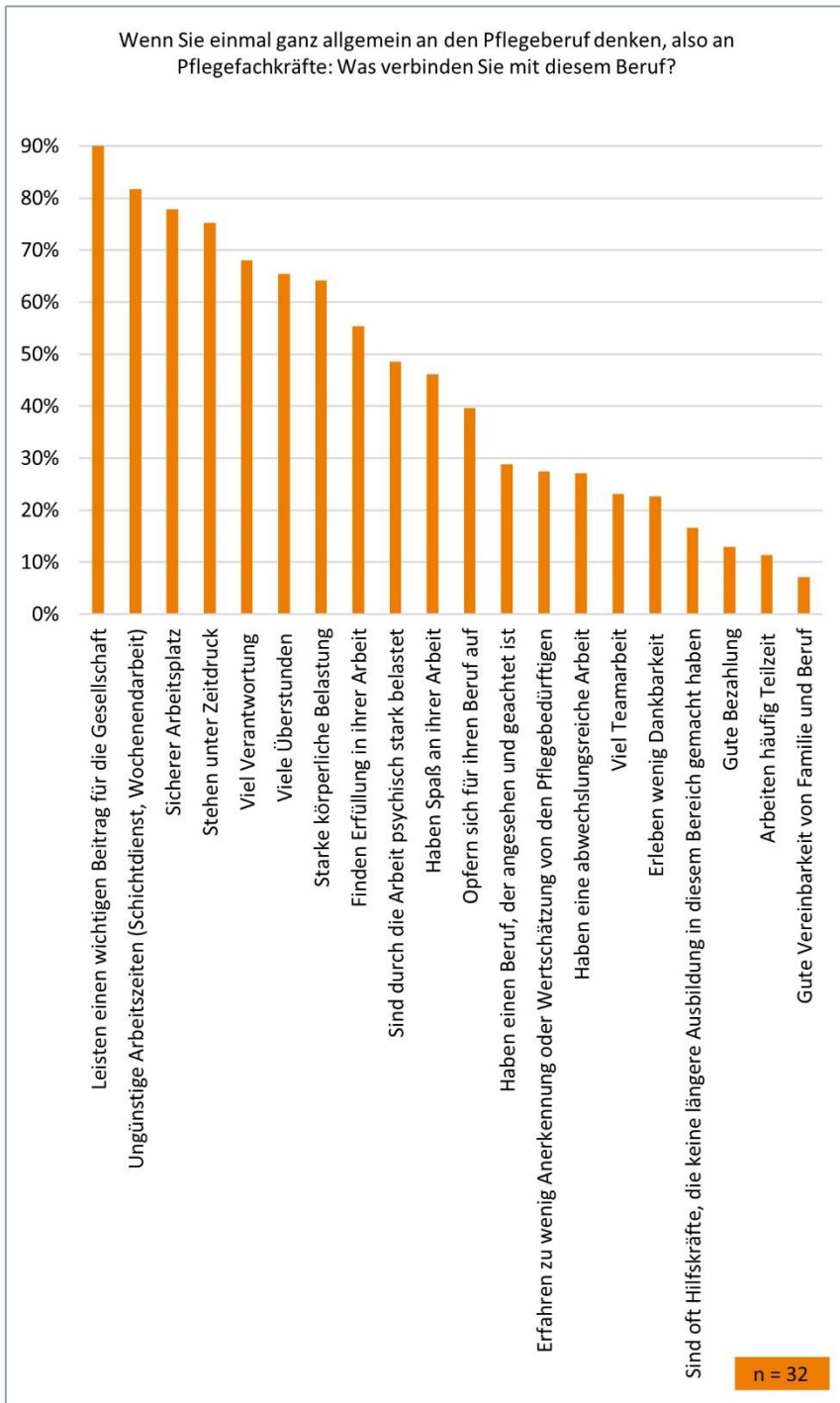


Abbildung 6: Hohes Ansehen des Pflegeberufes (eigene Darstellung)

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

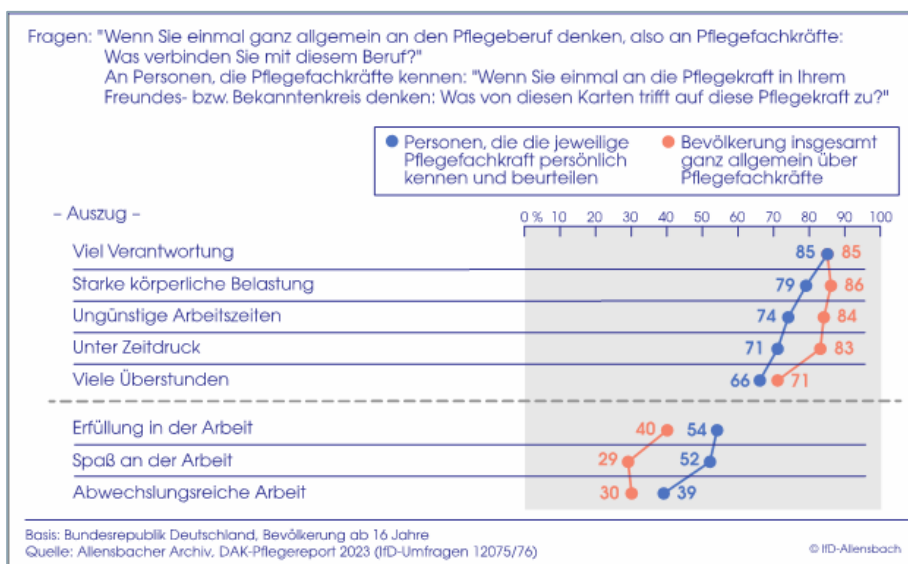


Abbildung 7: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt (eigene Darstellung)

Die Narrative der Pflege, auch und gerade die Narrative über Pflegeberufe, sind dominant negativ: Kurze Verweildauer, schlechte Bezahlung, Flucht aus dem Beruf. Keine dieser Narrative lassen sich empirisch belegen, sind aber Ausdruck für negative Stereotypen, die zum Teil auch von Angehörigen von Pflegeberufen und Berufsverbänden der Pflege mittransportiert werden. Auch der DAK-Pflegereport 2023 stellt sich der Aufgabe, in differenzierter Weise Daten über die Pflege aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen, um ein realistisches Bild der Pflege zu transportieren. Es gibt vielfältige Tendenzen in der Bevölkerung, Aspekte der Vulnerabilität, der Verwiesenheit auf Hilfe anderer, die Konfrontation mit den Grenzen des Lebens zu verdrängen. Pflegebedürftigkeit ist so ausgesprochen schlecht kompatibel mit den idealisierten Leitbildern eines autonomen, selbständigen und selbstbestimmten Lebens. Diese Hintergründe mögen ihre eigenen Wirkungen auf das unrealistische und negativ konnotierte Bild von Pflege

aber auch der Wirklichkeit der Pflegeberufe unterstützen. Dem gilt es entgegenzuwirken.

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

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

1.2 Befunde der Routinedatenanalyse

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

Pflegeberufe gelten als belastend. Sowohl die Dienstzeiten als auch die Tätigkeiten und Aufgaben, denen sich beruflich Pflegenden ausgesetzt sehen, mit denen sie sich zu arrangieren haben, führen zu einem besonderen Anforderungsprofil, das offenbar nicht ohne Spuren für die Gesundheit der beruflich Pflegenden bleibt. Ein Indikator hierfür sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die sog. AU-Tage. Dabei sind folgende Befunde interessant und wichtig: Insgesamt liegen die AU-Tage der Gesundheitsberufe über dem Durchschnitt, wenn man alle berufstätigen Versicherten in die Betrachtung einbezieht. Sodann ergeben sich klare Unterschiede zwischen den, bis 2020 voneinander getrennt ausgebildeten, Berufsgruppenangehörigen der Altenpflege von der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Die Anzahl der AU-Tage in der Altenpflege liegt durchgängig höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

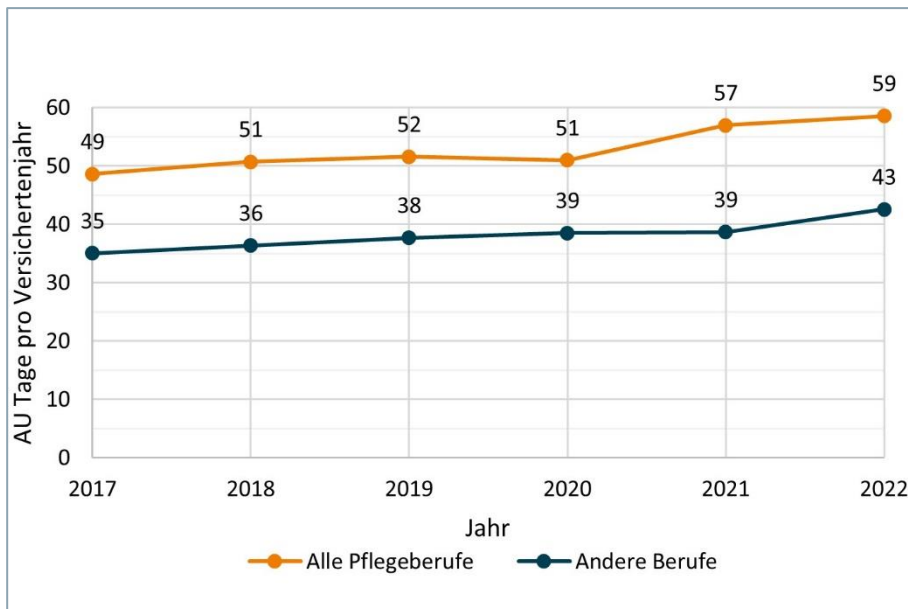


Abbildung 8: Arbeitsunfähigkeitstage in Mecklenburg-Vorpommern pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen (eigene Darstellung)

Dabei stieg mit den Jahren die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage pro Versichertenjahr in der Gesundheits- und Krankenpflege von 40 im Jahr 2017 auf 50 im Jahr 2022, in der Altenpflege von 47 Tagen (2017) auf 54 Tage (2022). Das sind etwa drei Monate. Im Vergleich zu den anderen Berufen ist die durchschnittliche AU-Tageanzahl deutlich höher. Alle Pflegeberufe zusammen kommen im Jahr 2022 auf eine durchschnittliche Anzahl von 51 AU-Tagen im Vergleich zu 33 AU-Tagen in anderen Berufen. Die Zahlen für Mecklenburg-Vorpommern sind weniger günstig: 59 AU-Tage wurden aus den DAK-Routinedaten für alle Pflegeberufe als Durchschnittswert errechnet. Die Entwicklung nach Jahren gibt Hinweise darauf, dass die Arbeitsbelastung stärker geworden ist – oder aber, dass die hier untersuchten Baby-Boomer-Jahrgänge mit höherem Alter über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen. Eine geografische Darstellung der Daten zu den AU-Tagen lässt deutliche Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen nach Bundesländern erkennen. Die größten Abweichungen hinsichtlich der AU-Tage zeigen sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland.

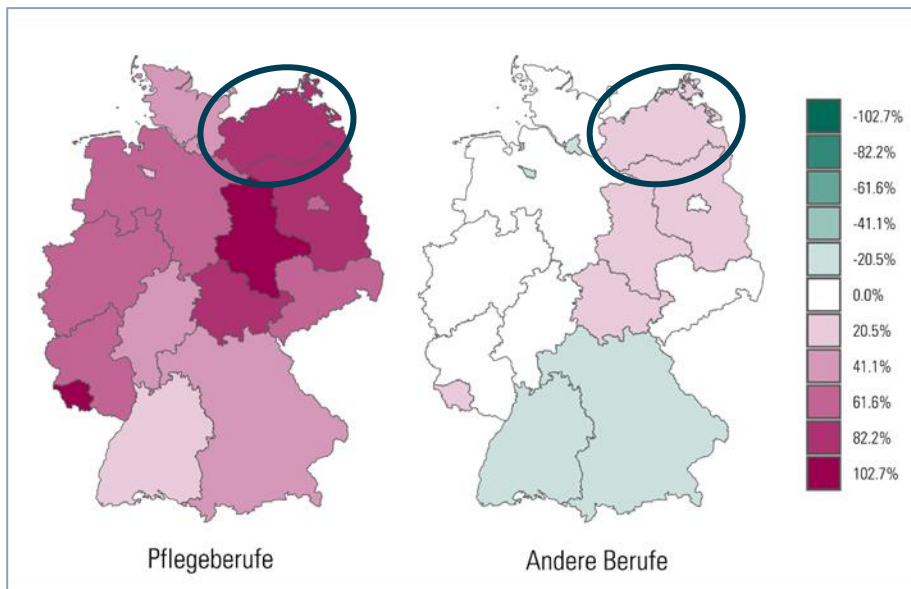


Abbildung 9: Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022 (eigene Darstellung)

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

In der öffentlichen Diskussion wird immer wieder „kolportiert“, dass die Angehörigen von Pflegeberufen in die Frühverrentung gehen respektive in jedem Fall früher aus dem Berufsleben ausscheiden, gegebenenfalls auch infolge einer Erwerbsminderung. Insgesamt gilt, dass ein Großteil der Erwerbstätigen bis zum Renteneintritt in der Berufstätigkeit verbleibt. Bei Pflegenden ist der Anteil mit 86,3 Prozent etwas geringer als bei den nichtpflegerischen Berufen, bei dem der Anteil bei 92,5 Prozent liegt. Auch der Anteil von Frühverrentung unterscheidet sich nicht grundlegend zwischen Pflegeberufen und anderen Berufen: 5,6 Prozent Pflegeberufe, 4,1 Prozent bei anderen Berufen. Wenn man die Erwerbsminderungsrenten miteinbezieht, gehen 70,7 Prozent der Pflegenden und 72,6 Prozent der Angehörigen anderer Berufe regulär in Rente. Beachtenswerte Unterschiede gibt es zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege. Nur 65,3 Prozent der Altenpflegerinnen gehen regulär in Rente, 7 Prozent weniger als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dafür gibt es Hinweise darauf, dass Berufsangehörige der Altenpflege eher auch über die Regelaltersgrenze hinaus arbeiten. Die psychischen Belastungen von beruflich Pflegenden sind eine maßgebliche Ursache für die Belastungen der Pflegenden. Sie werden auch von dem DAK-Psychreport 2023 bestätigt respektive korrelieren mit ihnen (IGES und DAK-Gesundheit 2023). Es sind nicht nur die typischerweise mit Pflegeberufen verbundenen Belastungen, die den hohen Anteil von AU-Tagen erklären. Der DAK-Gesundheitsreport 2023 hat sich mit dem Zusammenhang von Gesundheitsrisiken



Abbildung 10: Psychische Belastung von Pflegenden (Quelle: DAK-Psychreport 2023)

und Personalmangel auseinandergesetzt (Hildebrandt et al. 2023). Arbeitsintensität und -dichte nehmen zu, was sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken kann.

Wenn es darum geht, die pflegerische Versorgung in der Zukunft zu gewährleisten, wird man der Gesundheit der Pflegeberufe, der betrieblichen Gesundheitsförderung und den vielfältigen Formen von Prävention besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben. Das gilt für die Arbeitgeber, das gilt für die

Berufsgenossenschaften, als auch für die Träger der Unfallversicherung, aber selbstverständlich auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Gerade den psychischen Belastungen gilt es besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist bekannt, dass die Krankheitsquoten je nach Arbeitgeber höchst unterschiedlich ausfallen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund kommen betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen, aber auch eine auf die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden gerichtete Personalarbeit große Bedeutung zu. Dabei sind es vor allen Dingen die Arbeitsbedingungen, die gesund erhalten oder krank machen.

2 Qualifizierung und Berufseintritte in der Pflege

Erstmals mit dabei im Team der Institute, die den DAK-Pflegereport erstellen, ist das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) und dort Michael Isfort. Das DIP erstellt seit vielen Jahren, in den letzten Jahren auch gemeinsam mit AGP Sozialforschung, Landespflegeberichte und das Monitoring Pflegepersonalbedarf in Baden-Württemberg und Bayern und besitzt insofern eine einzigartige Expertise in Pflegepersonalbedarfsermittlung. Während in Deutschland die Zahlen über die niedergelassenen aber auch die in Krankenhäusern tätigen Ärzte ohne Weiteres verfügbar sind, gilt dies für die Pflege nicht. Auch nach der Corona-Pandemie ist man heute, mit Ausnahme des Landes Rheinland-Pfalz, nicht in der Lage die Zahl der Pflegekräfte regional und bezogen auf die Sektoren und Institutionen angeben zu können. Es ist weiterhin unbekannt, wie viele Pflegefachpersonen mit Weiterbildung in den Intensivstationen der deutschen Kliniken tätig sind: Ein Unding, wenn man der Pflege eine elementar bedeutsame Funktion in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zuordnet, wie durch das Pflegeberufegesetz geschehen.

Unter Zuhilfenahme einschlägiger Quellen (vgl. für Bayern Isfort und Klie 2024) kann es allerdings gelingen, sich ein genaues Bild von der quantitativen Personalsituation in der Pflege in Deutschland zu verschaffen. Über Arbeitsmarktreserven in der Pflege verfügt Deutschland schon heute nicht mehr – das gilt für alle Regionen. Gleichwohl zeigt sich die Personalsituation in der Pflege doch in einer großen regionalen Heterogenität. Es reicht nicht aus allein den Fehlbedarf von Pflegekräften, aktuell und zukünftig, für die gesamte Bundesrepublik zu beziffern, wichtig ist eine konsequent regionale Betrachtung. Pflege ist ein Beruf mit einem lokalen, oder maximal regionalen, Arbeitsmarkt. Die Berufsmobilität ist gerade bei den typischen Frauenberufen, zumindest dort, wo es sich nicht um Leitungspositionen handelt, gering. Insofern machen auch keine überregional geschalteten Anzeigen für freie Arbeitsplätze im Krankenhaus, respektive der Langzeitpflege, Sinn. Wenn schon heute vielerorts Schwierigkeiten bestehen, ausreichend Pflegepersonal zu finden, wird sich die Situation in der Zukunft deutlich verschärfen. Dies liegt weniger daran, dass so viele Pflegekräfte ihrem Beruf den Rücken kehren, sondern hat ganz wesentlich berufsdemografische Hintergründe. Darum widmet sich der DAK-Pflegereport der Betrachtung der Qualifizierung für Pflegeberufe und Berufsaustritten.

Die Beobachtung und Prognose der Personalbedarfsentwicklung in der Pflege ist Gegenstand vielfältiger Studien, die eine große Gemeinsamkeit aufweisen: Man geht von einem deutlich benötigten Zuwachs an Fachkräften aus, um die in der Zukunft prognostizierten demografischen Entwicklungen älterer Menschen auffangen zu können. Es bräuchte viel höhere Kapazitäten in Pflegediensten und –einrichtungen und dadurch auch an Pflegepersonal – sowohl Fachkräfte als auch Assistenzkräfte. Dabei, dies belegen etwa die Monitoring-Studien zum Pflegepersonalbedarf in Bayern und Baden-Württemberg, gibt es nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch auf der Ebene der Landkreise und Stadtkreise sowie zwischen den Sektoren höchst unterschiedliche Herausforderungen, um die pflegerische Versorgung sicherstellen zu können. Die Maßnahmen, die zur Begegnung der Mangelsituation ergriffen werden, sind vielfältig – auch in Mecklenburg-Vorpommern. Sie reichen von

- Ausbildungsoffensiven,
- einer Stärkung der akademischen Pflegeausbildung,
- Aktivitäten im Zusammenhang mit der Zuwanderung und ihrer Erleichterung sowie der
- Ausbildung und Qualifizierung junger Pfleger vor Ort.

Ein Blick in die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege weist aus, dass der Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein deutliches Wachstum in den vergangenen Jahren aufweist (Tabelle 1).

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

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

Dabei sind auch hier zwischen den Bundesländern große Unterschiede zu verzeichnen. In Hamburg war der Zuwachs in den letzten zehn Jahren mit 17,9 Prozent gemeinsam mit Brandenburg und Sachsen am höchsten, in Bremen mit 0,7 Prozent am niedrigsten. In Mecklenburg-Vorpommern lag der Zuwachs bei 16%. Ähnliches lässt sich für die Altenpflege berichten: Auch hier ein deutlicher Zuwachs, wobei der Zuwachs in Nordrhein-Westfalen mit 45,8 Prozent hervorsticht. Hier haben die Regierungen der letzten Legislaturperiode viel in die Altenpflegeausbildung investiert. Schleswig-Holstein und Bayern bilden hier die Schlusslichter mit 6,6 und 9,3 Prozent Zuwachs in den letzten Jahren (Tabelle 2).

Tabelle 2: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege

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

Wie sich die Entwicklung in der generalistischen Ausbildung zeigt, ist noch nicht ganz abzusehen. Auch hier zeigen sich zwischen den Bundesländern große Unterschiede. Insgesamt ist die Attraktivität der Pflegeberufe durch die Einführung der einheitlichen Pflegeausbildung nicht eingebrochen. Fragen der Berufseinmündung sind derzeit allerdings noch offen und werden mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Für die künftige Ausbildungssituation ist die Zahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen von größter Bedeutung. Hier ist eine deutliche Reduktion von knapp 100.000 zu beobachten. Dabei gilt es auch hier die sehr großen Unterschiede zwischen den Bundesländern zu beachten: Während in Baden-Württemberg der Rückgang bei 28,4 Prozent liegt, ergeben sich in Sachsen Steigerungen von knapp 40 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern von 35,3 Prozent. Für die als Fachschulausbildung konzipierte generalistische Pflegeausbildung sind besonders die Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss von Relevanz. Hier ist ein Rückgang um 11 Prozent zu verzeichnen. Damit ist das typische Reservoir von Schulabsolventinnen und -absolventen für Pflegeausbildung geringer. Der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In Hamburg waren es im Jahr 2022 54,5 Prozent, in Sachsen-Anhalt lag

der Wert bei 27,6 Prozent und in Bayern bei 32,2 Prozent. In Mecklenburg-Vorpommern belief sich der Wert auf 33,0 Prozent. Diese Zahlen machen deutlich, dass es zu einer der wesentlichen Strategien der Qualifikation für Pflegeberufe gehören muss, diese auch für Schulabsolventinnen und -absolventen mit allgemeiner Hochschulreife attraktiv zu machen. Um den Bedarf an Pflegekräften, der sich daraus ergibt, dass viele Pflegekräfte, die aus Altersgründen den Beruf verlassen, gilt es die berufsdemografischen Entwicklungen der Pflege in den Blick zu nehmen.

3 Fachkräftemangel in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern

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

Regionalisierte Analysen weisen darauf hin, dass innerhalb der Bundesländer, auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte und zwischen den Sektoren unterschiedliche Herausforderungen bei der pflegerischen Versorgungssicherung bestehen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020; Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2024; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023; Isfort und Klie 2023).

Zentral ist dabei die Ausbildung und Qualifizierung junger Pflegenden vor Ort in den Einrichtungen. Die Ausbildung sichert dabei nicht nur den eigenen Personalbedarf und die vorhandenen Personalstrukturen. Werden über den eigenen Bedarf einer Organisation (z.B. eines Krankenhauses) hinaus Pflegenden qualifiziert, so stehen sie anderen Versorgungseinrichtungen als Mitarbeitende zur Verfügung. Sie stärken damit die Versorgungsstruktur in einer Region insgesamt und ermöglichen den Fortbestand bestehender oder auch den Aufbau weiterer notwendiger Infrastruktur.

In dem vorliegenden Beitrag sollen Daten der Beschäftigung, der Ausbildung und der Berufsdemografie analysiert und prognostisch zusammengeführt werden, um einen Orientierungspunkt für die Diskussion zu geben. Dazu werden Kennzahlen der Ausbildung sowie Daten der berufsdemografischen Entwicklung Pflegenden genutzt, um das gegenwärtige und zukünftig erwartbare Potenzial an qualifizierten Pflegenden den berufsdemografisch bedingten Berufsaustritten gegenüberzustellen. Eine Analyse kann nur zielgerichtet erfolgen, wenn vorliegende Daten kontextualisiert werden. Ausbildungszahlen müssen in den Zusammenhang zu allgemeinen Arbeitsmarktdaten der pflegerischen Beschäftigung gestellt und gemeinsam diskutiert werden, um diese einordnen zu können. Entwicklungen der Auszubildenden bedürfen eines Abgleichs mit dem Potenzial der Absolventinnen

und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen, die über eine Eingangsqualifizierung verfügen und somit theoretisch eine Pflegeausbildung aufnehmen könnten. Erst in der Kontextualisierung der Daten lassen sich aus Kennzahlen relevante Wissensbestände generieren. Einzelne der genannten Aspekte sollen daher im Text ausgeführt werden.

3.1 Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege

Einführend erfolgt ein Blick auf die Kennzahlenentwicklung der Beschäftigung in der Pflege insgesamt. Grundlage der vorgestellten Analyse sind Daten zur Beschäftigung der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest 2023). Als Referenzzeitpunkt werden die Beschäftigungskennzahlen zum Juni eines Jahres ausgewiesen. Als Beobachtungszeitraum dient die Betrachtung der Entwicklungen zwischen 2017 und 2023. Damit werden längerfristige Linien der Entwicklung deutlich.

Betrachtet werden die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Pflegeberufen ohne Helferinnen und Helfer. Dabei erfolgt keine sektorenspezifische Analyse, sodass die Anzahl der Fachkräfte unabhängig vom Wirtschaftszweig oder dem Tätigkeitsbereich vorgestellt wird. Es erfolgt auch keine Differenzierung über den Umfang der Beschäftigung, sodass auch geringfügig Beschäftigte inkludiert sind. Damit werden auch Pflegende subsumiert, die nicht primär im versorgungsbezogenen Kontext arbeiten, sondern z.B. bei Krankenkassen (Medizinischer Dienst), in der Industrie, bei Verwaltungen, Bildungseinrichtungen oder auch Trägern oder nur mit Teilen der Arbeitskraft zur Verfügung stehen.

Für Mecklenburg-Vorpommern lassen sich dabei die nachfolgenden Daten in der regionalen Übersicht aufzeigen: 2017 waren im Bereich der qualifizierten Pflegenden ohne Helferinnen und Helfer 24.415 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gemeldet. Die Anzahl stieg in den nachfolgenden Jahren bis 2022 auf 26.266. Weiterführend finden sich geringfügige negative Entwicklungen. 2023 lag die Anzahl bei 26.201. Da es sich bei den Werten um stichtagsbezogene Auswertungen vom Juni handelt, sind jahresbezogene Schwankungen nicht abgebildet. In der Summe kann für Mecklenburg-Vorpommern tendenziell aktuell von einer stabilen Beschäftigung ausgegangen werden, die jedoch keine große Dynamik aufweist.

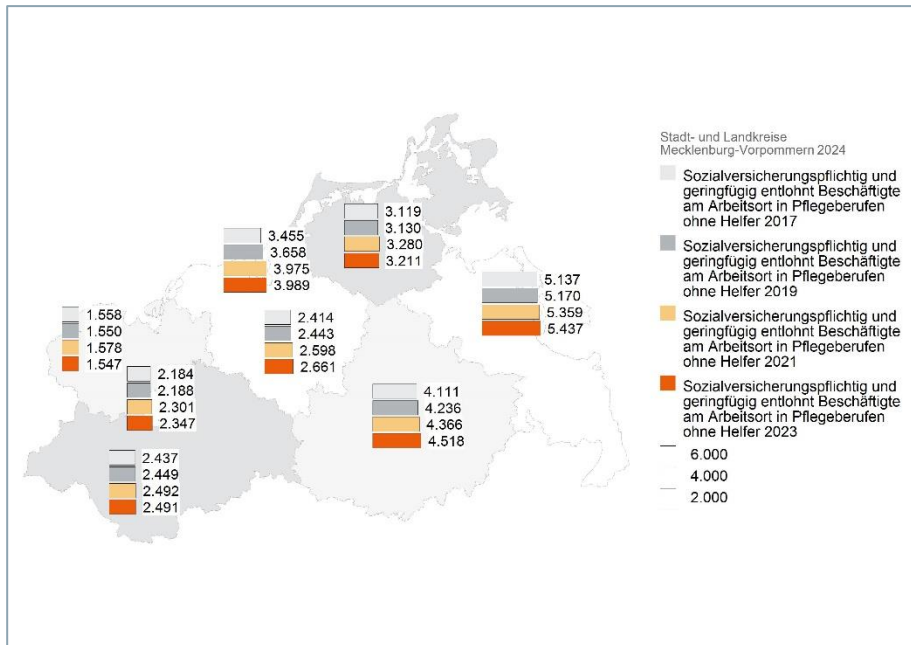


Abbildung 11: Entwicklung Pflegenden regional 2017 bis 2023 (eigene Darstellung)

In der kurzfristigen Betrachtung zwischen 2019 und 2022 ergeben sich keine Hinweise auf eine Reduzierung in der Beschäftigung. Die Anzahl stieg um 1.442 an. Dies verweist darauf, dass es im Rahmen der Corona-Pandemie in Mecklenburg-Vorpommern nicht zu einem vermehrten Berufsausstieg von Pflegenden gekommen ist wie er zunächst befürchtet wurde und in der Diskussion insbesondere in 2021 fast allgegenwärtig war. Nach dem Abklingen der Pandemie können hier valide Aussagen getroffen werden. Waren in 2019 (vor der Pandemie) landesweit 24.824 Pflegenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, so stieg die Anzahl der Beschäftigung bis 2022 auf 26.201 an. Pflegeberufe erweisen sich, bezogen auf die Beschäftigungsdaten, gegenüber den Wirkungen der Corona-Pandemie als robust. Dieser generelle Befund zur Arbeitsmarktentwicklung in der Pflege im Zeitraum der Pandemie wurde aktuell auch durch einen Kurzbericht des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) untermauert (Kunaschk und Stephan 2024).

Bezogen auf weitere Indikatoren des Arbeitsmarktes kann für Mecklenburg-Vorpommern festgestellt werden:

- Der Bestand an arbeitslos gemeldeten Pflegenden steigt in der langfristigen Beobachtung (2013 bis 2023) nicht an und liegt beständig zwischen 160 bis 250 gemeldeten Personen im Jahresdurchschnitt
- Die Arbeitslosenquote schwankt zwischen 2013 und 2023 um den Wert von einem Prozent und verweist auf eine Vollbeschäftigung
- Der Bestand an offen gemeldeten Arbeitsstellen im Jahresdurchschnitt ist beständig oberhalb der Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen. Er lag in 2013 bei 287 und in 2023 bei 579.

Der Fachkräfteengpass in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern begründet sich insgesamt durch einen Aufbau der Strukturen und eine steigende Personalnachfrage des Marktes, die oberhalb der nur geringfügig steigenden Kapazitäten liegt.

3.2 Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen

Die steigenden Bedarfe an Pflegekräften müssen primär über die Qualifizierung von jungen Menschen sowie von Umschülerinnen und Umschülern abgedeckt werden. Die Analyse der Altersstruktur der Auszubildenden in der Pflegeausbildung in Deutschland im Jahr 2022 weist aus, dass rund 38 Prozent der Auszubildenden in der Altersgruppe bis 20 Jahre liegt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023). Hier kann angenommen werden, dass es sich überwiegend um junge Menschen handelt, die nach einer Schulqualifizierung in die Pflegeausbildung einmünden.

Als Datengrundlage für die nachfolgende Analyse werden die Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes aus der Regionaldatenbank Deutschland verwendet (<https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>)². Daten über Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen liegen aktuell bis zum Jahr 2022 vor.

Absolventinnen und Absolventen mit einem qualifizierten Abschluss der 10. Klasse (mittlere Reife) haben einen direkten Zugang; andere Schulabschlüsse, wie beispielsweise ein Hauptschulabschluss nach der Klasse Neun führt in der Kombination mit einer anderweitigen Berufsausbildung oder einer staatlich geregelten Helferinnen- und Helferausbildung zu einer Zugangsvoraussetzung. Damit erscheint es relevant, die Kennzahlen auf die Teilgruppe zu fokussieren, die über eine einschlägige Qualifikation zum direkten Einstieg in die Pflegeausbildung verfügen.

² Tabelle 21111-02-06-4: Absolventen/Abgänger allgemeinbildender Schulen nach Geschlecht und Abschlussarten - Schuljahr

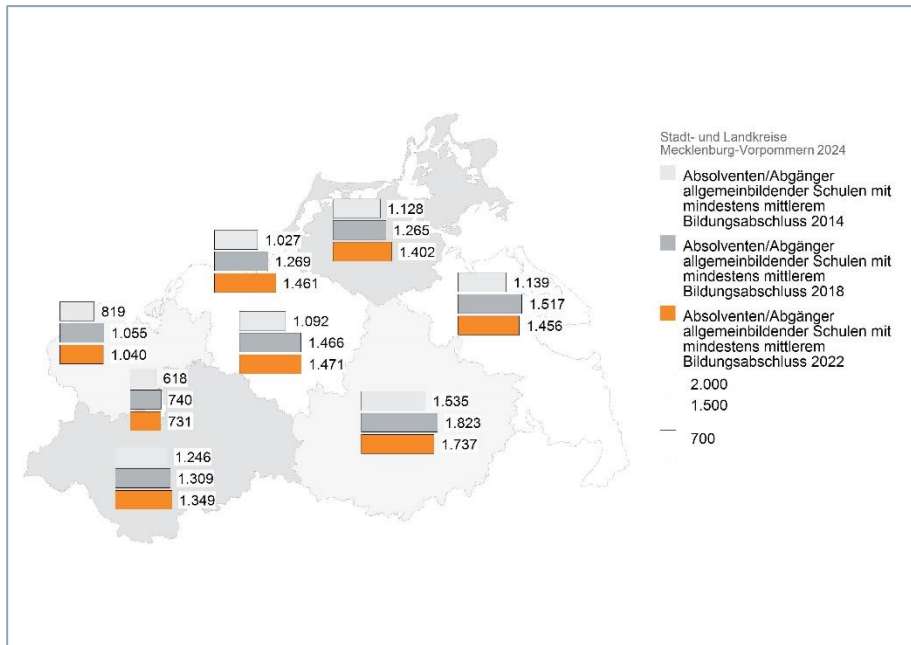


Abbildung 12: Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen (eigene Darstellung)

In Mecklenburg-Vorpommern ist im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022 eine Zunahme der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss zu beobachten. In 2014 gab es 8.604 Absolventinnen und Absolventen mit einem mittleren Bildungsabschluss oder höher. In 2022 wurden 10.647 Absolventinnen und Absolventen gemeldet. Relativ betrachtet ist dies eine Steigerung um 23,7 Prozent.

Damit stehen in Mecklenburg-Vorpommern, wie in den östlichen Bundesländern und Berlin auch (und im klaren Kontrast zu den westdeutschen Bundesländern) stärkere Potenziale aus den Schulen zur Verfügung, um für die Pflege angeworben werden zu können.

3.3 Berufsdemografische Entwicklung in der Pflege

Neben der Zunahme der älteren Bevölkerung, die mit einer erwartbaren Zunahme an Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit insgesamt in Verbindung gebracht werden kann, ist die berufsdemografische Entwicklung der Pflege von herausgehobener Bedeutung.

Demografiefestigkeit in Betrieben spielt seit längerer Zeit eine zentrale Rolle und es bedarf eines Wissens um die konkreten Ersatzbedarfe der Beschäftigten, um Personalplanungen vornehmen zu können. Dabei sind auch Fragen des Wissenstransfers zu diskutieren, denn oftmals gehen mit erfahrenen Pflegenden auch Personen aus einem Betrieb, die über ein hohes Erfahrungswissen und implizites Organisationswissen verfügen, das nicht einfach zu ersetzen ist. Vor

diesem Hintergrund ist die Berufsdemografie sowohl generell zu betrachten als auch spezifisch im Betrieb zu reflektieren.

Nachfolgend sollen Entwicklungen der allgemeinen Berufsdemografie Pflegender betrachtet werden. Dazu wurden aktuelle Daten der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen einer Sonderabfrage ausgewertet (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest 2024). Die Daten beinhalten den Berichtsstand Juni 2023, sind jedoch in den Berufsgruppen summiert und erlauben keine Differenzierung bezüglich der Altenpflegenden sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden.

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

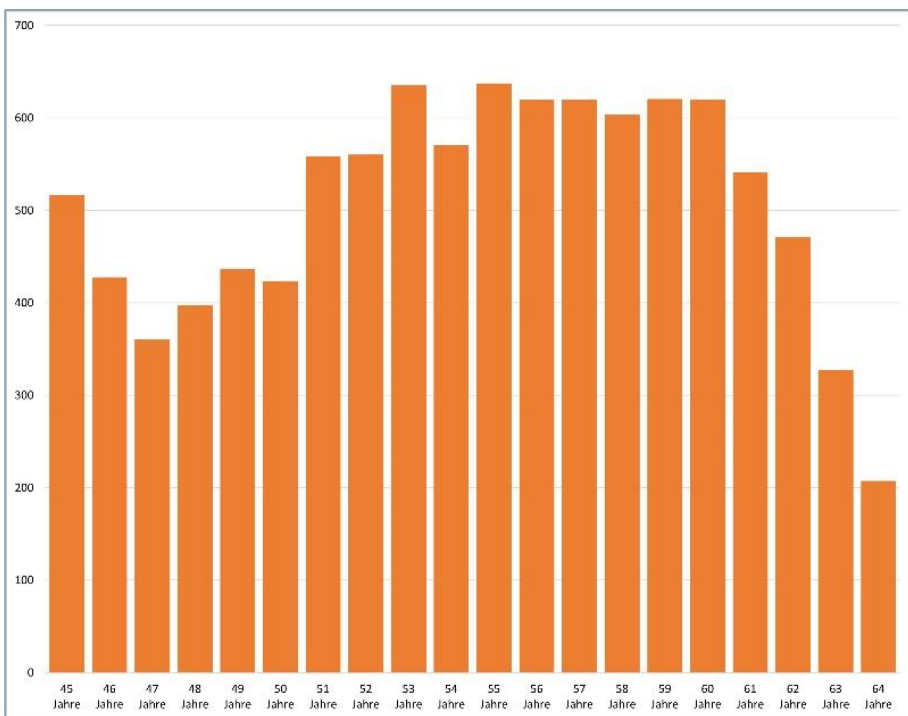


Abbildung 13: Altersverteilung der Pflegenden in Mecklenburg-Vorpommern 2023 (eigene Darstellung)

Die numerisch größte Gruppe der Pflegenden ist 55 Jahre alt, wobei die Anzahl in den benachbarten Altersstufen nur geringfügig abweicht und sich im Gegensatz zu anderen Bundesländern insgesamt keine so starken Kontrastierungen der Altersgruppen ergeben. Dies wird an der großen Gruppe der Personen im Alter von 45 Jahren deutlich. Insgesamt sieht man ab der Gruppe der 51-Jährigen eine Zunahme und nach den 60-Jährigen eine deutliche Abnahme. Diese Wellenform wird sich in naher Zukunft in der Berufsdemografie nach vorne schieben und zu einer Erhöhung der in Rente eintretenden Pflegenden führen. Betrachtet werden muss darüber hinaus, dass nach dem 63. Lebensjahr die Gruppe deutlich abnimmt, sodass

dies als ein Hinweis gesehen werden kann, dass zahlreiche Pflegenden vor Beendigung des 65. Lebensjahr bereits (ggf. unter Abschlügen) in den Ruhestand eintreten.

In der Gesamtheit kann festgehalten werden, dass im Landesdurchschnitt 32,4 Prozent der Pflegenden in die Altersgruppe 50+ einzuordnen sind. Dabei existieren zwischen den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen keine sehr großen Differenzierungen. In den Krankenhäusern (WZ 8610) sind es 31,9 Prozent, bei den Altenheimen sowie Alten- und Behindertenwohnheimen (WZ 8730) werden für 2023 insgesamt 37,3 Prozent berechnet. Die Mitarbeitenden in den Pflegeheimen (WZ 8710) machen einen Anteil von 31,6 Prozent aus und in den ambulanten Diensten (WZ 88101) sind es 30,5 Prozent, die über 50 Jahre alt sind.

3.4 Ausbildung in der Pflege

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (Deutscher Bundestag) und der Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit) wurde eine über viele Jahre in der Fachöffentlichkeit geführte Diskussion zur Anpassung und Novellierung der Pflegeausbildung gesetzlich geregelt und umgesetzt.

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

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

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

Tabelle 3: Ausbildungskennzahlen Pflegefachmann/ Pflegefachfrau

Bundesland	Mecklenburg-Vorpommern
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2020	1.299
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2021	1.461
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2022	1.269
Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2020	1.359
Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2021	1.551
Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2022	1.344
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2020	60
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2021	90
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2022	75

Deutlich wird, dass die Anzahl der Berufseintritte im Jahr über denen der Auszubildenden zum Stichtag 31.12. liegen. Die Anzahl der Beendigungen im Berichtsjahr schwanken in der Absolutzahl. In 2020 liegt der Prozentanteil bei 4,4 Prozent; in 2021 ergibt sich ein Wert von 5,8 Prozent. In 2022 sind es 5,6 Prozent. Insgesamt sind dies im Ländervergleich niedrige Werte der vorzeitigen Beendigungen der Ausbildung. Bezogen auf die Anzahl der Auszubildenden konnte in 2022 das Spitzenjahr von 2021 nicht wieder erreicht werden. Inwieweit es sich bei 2021 um ein Ausnahmejahr handelt, das u.a. auch von Schließungen im Hotel- und Gaststättengewerbe und im Einzelhandel profitieren konnte sowie von einem hohen gesellschaftlichen Fokus positiv beeinflusst wurde, lässt sich abschließend nicht sagen. Die Werte von 2022 nähern sich denen von 2020 wieder an.

3.5 Prognose der Berufseinmündungen und Berufsaustritte

Gegenstand der nachfolgenden Kalkulation ist ein Modell, das auf einer realitätsnahen Abschätzung vorliegender Erkenntnisse und Kennzahlen basiert. Erste Modelle dazu wurden im Rahmen unterschiedlicher länderbezogener Monitorings zum Pflegepersonalbedarf vorgelegt und nachfolgend mit Expertinnen und Experten in Diskussionen thematisiert. Ergebnisse aus diesen Diskussionen fließen an dieser Stelle ein und führen zu einer aktualisierten und geringfügig abweichenden methodischen Anpassung gegenüber vorherigen Publikationen.

Ziel ist es, Schätzungen vornehmen zu können, wie sich die Potenziale der Ausbildung gegenüber den erwartbaren berufsdemografischen Austritten (durch Eintritt ins Rentenalter) entwickeln werden. Dabei handelt es sich nicht um eine

exakte Vorhersage und Kalkulation, sondern um ein Modell, das auf Setzungen und studienbezogenen Ergebnissen basiert.

Die nachfolgenden Setzungen und Grundlagen der Kalkulation werden berücksichtigt:

- Grundlage des Modells sind die Kennzahlen der Ausbildung nach der Ausbildungsstatistik des Bundes. Diese geben einen Hinweis zur Anzahl der möglichen Absolventinnen und Absolventen eines Jahrgangs, die jedoch erst im Folgejahr vollumfänglich auf dem Arbeitsmarkt wirken. So werden die Ausbildungskennzahlen aus dem Jahr 2020 vollumfänglich arbeitsmarktwirksam im angepassten Modell für das Jahr 2024 aufgenommen (abweichend von der bisherigen Systematik mit einer Aufnahme nach drei Jahren bzw. im Jahr der Prüfung).
- Zur Kalkulation der möglichen Berufseintritte werden die Kennzahlen der Auszubildenden zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen verwendet. Hier sind die vorzeitigen Vertragslösungen aus dem jeweiligen Jahr bereits exkludiert, sodass in dem angepassten Modell mit einer angenommenen Erfolgsquote bzw. weiteren Verbleibsquote in der Ausbildung von 80 Prozent gerechnet wird³. Kennzahlen zur konkreten Erfolgsquote in der neuen Pflegeausbildung können aufgrund fehlender Datenbestände noch nicht stabil berechnet werden und sind voraussichtlich erst in zwei bis drei Jahren für ein Modell nutzbar.
- Die Kennzahlen der altersbezogenen Gruppen mit dem Erfassungszeitpunkt Juni 2023 werden verwendet, um die Berufsaustritte/Renteneintritte in den Folgejahren zu kalkulieren. Dabei wird angenommen, dass die Pflegenden bis zum 65. Lebensjahr im Arbeitsprozess bleiben. Die Kennzahlen aus der Altersgruppenstatistik verweisen einerseits auf einen starken Abbruch der Beschäftigtenkennzahlen ab dem 63. Lebensjahr. Kompensierend jedoch ergeben sich auch Hinweise auf Personen, die über das 65. Lebensjahr hinaus arbeiten.
- Aus einer Studie zur Berufseinmündung und Berufsverbleib Pflegender in Nordrhein-Westfalen wird eine Berufseinmündungsquote der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen von 80 Prozent angenommen. Dies fließt als kalkulatorische Grundlage ein bei der Berechnung der tatsächlich arbeitsmarktwirksamen Kräfte (Isfort et al. 2022).

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

³ Im bisherigen Modell in einzelnen Bundesländern wurden 75 Prozent angenommen, was aus einer Langzeitbeobachtung der Erfolgsquoten der Ausbildungen in Nordrhein-Westfalen abgeleitet wurde. Hinweise, dass bereits Vertragslösungen im Durchschnitt von rund 8 Prozent inkludiert sind, führen zu einer geringfügigen Anpassung bzw. Erhöhung der kalkulierten Einmündungen.

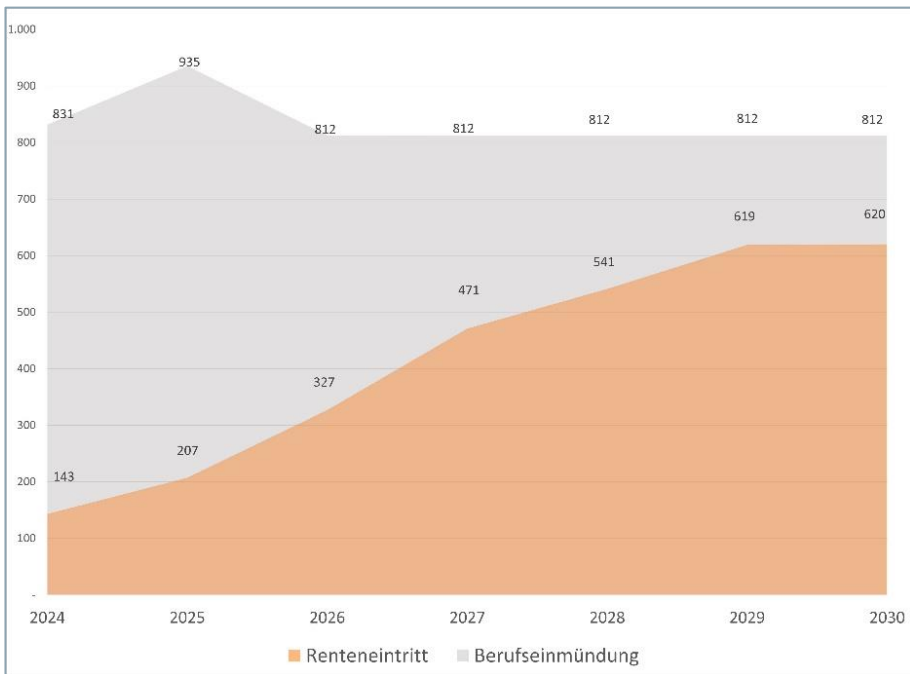


Abbildung 14: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030 (eigene Darstellung)

Ausgehend von 1.299 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in 2020 wird bei einer Erfolgsquote von 80 Prozent in 2023 mit 1.039 examinierten Pflegenden gerechnet. Diese Anzahl reduziert sich im Rahmen einer nicht erwartbaren vollumfänglichen Berufseinmündung. Die Einmündungsquote wird kalkulatorisch mit 80 Prozent angenommen; dabei ist mit Berufsumsteigerinnen und -umsteigern, Studienanfängerinnen und -anfängern sowie mit Personen zu rechnen, die nach der Ausbildung in die Familiengründung einmünden oder zunächst keine Berufseinmündung realisieren. Arbeitsmarktwirksam werden mit Abschluss des Jahres 2023 dann in 2024 kalkulatorisch 831 Personen in die unterschiedlichen Wirtschaftszweige einmünden.

Ihnen stehen 143 Pflegende entgegen, die in 2023 in der Gruppe der 65-Jährigen geführt und in die Rente eintreten werden.

Im Jahr 2025 werden arbeitsmarktwirksam die Auszubildenden aus dem Jahrgang 2021 und in 2026 die aus dem Jahr 2022 eingemündet sein. Die Weiterführung dieser Kennzahl basiert auf der Annahme einer Stabilisierung der Ausbildungszahlen auf dem Niveau der Ausbildungszahlen von 2022. Werden diese gesteigert, so

entstehen zusätzliche Potenziale. Sinken die Ausbildungszahlen, so liegt kalkulatorisch ab dem Jahr 2027 eine Überschätzung der Kapazitäten vor.

Für 2024 wird kalkulatorisch von einer möglichen Einmündung von rund 688 Pflegenden ausgegangen, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegen. In 2025 wird das vorhandene Berufseinmündungspotenzial aufgrund der höheren Ausbildungszahlen gesteigert werden. Kalkulatorisch besteht im Modell eine positive Bilanz von 728 Pflegenden, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegt. Prognostisch zeigen die vorliegenden Daten für Mecklenburg-Vorpommern insgesamt, dass sich ab dem Jahr 2026 die Anzahl der gesichert ausscheidenden Pflegenden der Entwicklung der anzunehmenden Berufseinmündungen beständig annähert.

Um die vorliegenden Daten im Kontext der Gesamtbeschäftigung einzuordnen, bedarf es der Betrachtung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten qualifizierten Pflegenden. Wie beschrieben, werden zum Juni 2023 insgesamt 26.201 qualifizierte Pflegenden als sozialversicherungspflichtig geführt. Das vorhandene Berufseinmündungspotenzial in 2024 bedeutet eine rechnerische Kapazität von 2,6 Prozent. Diese steigt 2025 auf 2,8 Prozent der Beschäftigten und nimmt nachfolgend deutlich ab. Bereits 2026 ergibt sich eine Kapazität von 1,9 Prozent gemessen an der Beschäftigung aus 2023. Diese verringert sich mit dem Fortschreiten der kommenden Jahre. Bereits 2027 ist nur noch mit einer kalkulatorischen Kapazität von 1,3 Prozent zu rechnen. Sie sinkt bis 2030 auf 0,7 Prozent ab. Verändern sich hier nur geringfügig die Parameter (z.B. eine Reduzierung der Ausbildungskennzahlen oder eine Erhöhung der Berufsaustritte), so stehen keine Reserven zur Verfügung.

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

Dieses realistische Ergebnis aus der Berechnung kollidiert mit den Erwartungen der Pflegenden, durch einen Personalaufbau (z.B. aufgrund von Personalbemessungsverfahren in Krankenhäusern) substanzielle Entlastungen zu erfahren. Ebenso kollidieren die beschriebenen Entwicklungen mit dem Anspruch, die Auswirkungen der demografischen Entwicklungen in der Bevölkerung, die ab 2030 deutlicher zutage treten werden und sich zwischen 2040 und 2050 in erheblichem Umfang abzeichnen, mit einem Personal- und Strukturaufbau abfedern zu können.

4 Die Interviewstudie: Baby-Boomer zwischen Erfüllung und Erschöpfung

Die Generation der Baby-Boomer gehört zu den Leistungsträgern in der beruflichen Pflege – in Kliniken ebenso wie in der Langzeitpflege. Sie sind bereits in Rente gegangen oder gehen bald in Rente. Damit werden wichtige Ressourcen fehlen – damit ist nicht nur die Arbeitskraft gemeint, sondern auch die Wissensbestände und Erfahrungen, über die langjährig in der Pflege Tätige verfügen. Es gibt kaum systematische Einblicke in die Berufserfahrung und das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften aus der Baby-Boomer-Generation. Dieses Forschungsdesiderat greift der DAK-Pflegereport 2023 mit seiner Interviewstudie, in der 16 beruflich Pflegenden aus der Baby-Boomer-Generation interviewt wurden, auf. Es war nicht einfach, aus dem Kreis der bei der DAK-Gesundheit Versicherten interviewbereite Angehörige von Pflegeberufen zu finden. Dankenswerterweise hat sich schließlich für jedes Bundesland eine Person gefunden, die einen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, dass ein recht dichtes, aber auch zugleich vielfältiges Bild der beruflichen Pflege gezeichnet werden konnte. Es gehört zum Wesen von qualitativen Studien, dass sie für sich keine zahlenmäßige Repräsentativität in Anspruch nehmen können. Dafür bieten sie vertiefte Einblicke in komplexe Themenbereiche, in diesem Fall in das Selbstverständnis und die Berufserfahrung beruflich Pflegenden. Sie werden im Rahmen der Interviewstudie kontextualisiert, mit anderen Erkenntnissen aus der Forschung zu Angehörigen von Pflegeberufen in Beziehung gesetzt. Die Interviewten haben auf sehr unterschiedliche Weise ihren Weg in die Pflege gefunden. Manchen war der Beruf gewissermaßen in die Wiege gelegt, da Angehörige, meist Mütter, schon Pflegekräfte waren, andere haben auf Umwegen zur Pflege gefunden – als Zweitberuf, aber auch in einer bewussten Entscheidung, etwa nach einem handwerklichen und technischen Beruf, einen sozialen oder pflegerischen Beruf zu ergreifen. Unterschiedlich waren außerdem die Ausbildungssysteme in der DDR im Vergleich zu Westdeutschland: Auch diesbezügliche Erfahrungen scheinen in den Interviews auf. Die in der DDR vorhandene einheitliche Ausbildung, die zum Teil mehr (medizinnahe) Kompetenzen vermittelt hat, wurde, wie später von manchen kritisiert wurde, aufgegeben. Es dauerte vergleichsweise lange, bis es eine einheitliche Altenpflege und jetzt eine generalistische Pflegeausbildung gab. Der Weg zur Professionalisierung ist ein langwieriger. Auch das zeigt sich in den Interviews. Eine besondere Bedeutung wird berufsbegleitende Ausbildungen zugewiesen. Allerdings wird beklagt, dass diese entweder gar nicht mehr oder deutlich schwerer zu realisieren sei. Pflegeberufe sind typische Frauenberufe. Auch das zeigt sich in den Interviews: Viele Frauen haben ihre berufliche Karriere in der Pflege zugunsten von Familienaufgaben oder der Karriere ihres Mannes zurückgestellt. Zeiten in der Kindererziehung führten zu Unterbrechungen. Das zeigt: Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielen gerade für Pflegeberufe eine besondere Rolle. Auch wird man den Umstand, dass beruflich Pflegenden meist Frauen sind, insgesamt stärker in den Blick nehmen müssen. Die Selbstverständlichkeit, mit der Frauen in Pflegeberufen ihre Erwerbsarbeit zurückstellen oder relativieren und Karrierewünsche nicht konsequent weiterverfolgen, stellt sich vor dem Hintergrund der Bedeutung der professionellen Pflege als problematisches Syndrom dar: Pflege ist in ihren

unterschiedlichen Verantwortungsrollen heute und vor allen Dingen künftig unverzichtbar für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Dies müsste auch zu einer Umbewertung von Erwerbsarbeit führen – zugunsten typischer Frauenberufe wie der Pflege.

Fast alle Interviewten identifizierten sich, in hohem Maße, mit ihrem Beruf. Das gilt sowohl für die Pflegefachkräfte, als auch für die Pflegehils- und Assistenzkräfte, die interviewt wurden. Beziehungen zu den Patientinnen oder Pflegebedürftigen spielen eine zentrale Rolle. Die Empathie ist eine der Interaktionsbezogenen Qualitäten des Pflegeberufes, Pflege sei ein „Herzensberuf“ so die mehrfach geäußerten Einschätzungen. Die Interviewten beschreiben, dass der Beruf von ihnen sinnstiftend erlebt wird. Gerade der Wertebezug wird als attraktiv am Pflegeberuf empfunden. Von Pflege als Traumberuf sprechen eine Reihe der Interviewten. Das von ihnen vertretene Pflegeverständnis ist stark beziehungsorientiert und häufig, gerade in der Langzeitpflege, sozialpflegerisch ausgerichtet. Mit dem seit 2020 gesetzlich vorgesehenen Konzept der Vorbehaltsaufgaben können sich längst nicht alle identifizieren und anfreunden, auch wenn das Pflegeberufegesetz mit den mit ihm verbundenen Ausbildungsinhalten und Pflegeverständnissen von manchen begrüßt wird. Pflege gehöre in professionelle Hände, so die Aussage von einigen Interviewten, die sich gegen immer noch landläufige Haltungen richtet, pflegen könne jeder Mensch, auch ohne Ausbildung. Die Verbindung von Wissen, Handwerk, Hermeneutik und Beziehung macht gute Pflege aus. Sie ist bedroht durch die Arbeitsbedingungen, die als zunehmend ungünstig beschrieben werden. Zeit fehle, der Personalmangel wirke sich als zusätzlicher Stressor aus. Vielfach berichten die Interviewten, dass sie ihr Pflegeverständnis in der Praxis nicht mehr umsetzen können. Das ist belastend. So zieht sich durch die Interviews das Gefühl von Erschöpfung wie ein roter Faden hindurch. Manchen der Interviewten gelingt es, für Ausgleich zu sorgen. Work-Life-Blending ist wichtig, um den Herausforderungen zu bestehen. Häufig sind beruflich Pflegende außerdem mit anderen Aufgaben gebunden – die Baby-Boomer verbringen mittlerweile weniger Zeit mit der Erziehung ihrer eigenen Kinder, aber gegebenenfalls mit anderen familiären Verpflichtungen bis hin zur Unterstützung pflegebedürftiger Angehöriger.

Weiterhin erleben einige der Interviewten die vielfältigen Qualitätssicherungsanforderungen als ein ihnen entgegengebrachtes Misstrauen. Das Qualitätssicherungsregime, insbesondere in der Langzeitpflege, ist im Wesentlichen Folge der Einführung eines Pflegemarktes. Die Folgen der Ökonomisierung, insbesondere der Kommerzialisierung der Pflege, die auch im Kliniksektor beobachtet wurde, wird von manchen der Interviewten sehr kritisch kommentiert und auch kritisiert. Die ökonomischen Vorgaben stehen in einem Spannungsverhältnis zu dem stets eingelösten Verantwortungsgefühl und der empathischen Grundhaltung, die auch die Interviewten auszeichnet. Dieses Spannungsverhältnis lösen Pflegekräfte häufig zu ihren Lasten: Schlechte Arbeitsbedingungen führen nicht einfach dazu, den Beruf zu verlassen. Sie bleiben ihren Klientinnen und Patienten treu, auch ihrem Team. Gerade diese Kompensation von ungünstigen Rahmenbedingungen auf eigene Kosten kann zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Außerdem werden die Interviewten dadurch nicht unbedingt zu Botschafterinnen und Botschaftern des Pflegeberufes – zumindest

nicht unter den geltenden Rahmenbedingungen. Das Wissen, was man besser machen könnte, wo Perspektiven liegen, das ist – en detail – vorhanden und abrufbar. Es ginge um eine bessere Zusammenarbeit der Professionen, auch mit den Ärzten, um Vernetzung, um sektorenübergreifende Formen der Zusammenarbeit. In der Akademisierung sehen die Interviewten dagegen eher weniger eine tragfähige Perspektive: „Wer macht denn dann die Arbeit am Bett?“ Insgesamt zeigt sich, dass das berufliche Selbstverständnis der Interviewten sich nicht unbedingt mit einem „modernen“ Professionsverständnis in der Pflege deckt, dass stärker verantwortungsvolle Steuerungsfunktionen, aber auch Arbeitsteilung befördert.

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

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

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

Auf die Frage, welche Noten die Interviewten der Pflegepolitik geben würden, antwortete sie mit durchgängig schlechten Bewertungen. Nur wohin soll die Reise gehen? Nur wenige **signalisieren sich**, auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, für Pflege und Pflegepolitik einsetzen zu wollen. Ihre Kompetenzen

weiter einzusetzen, sei es in Nachbarschaft, Familie oder ehrenamtlich – das können sich schon deutlich mehr vorstellen. Pflege wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden – und ggf. auch in Zukunft gelebt.

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

Ergänzend zu der – im vorangegangenen beschriebenen – Auswertung der Interviews, wurde pro Interview jeweils eine Fallvignette verfasst. Diese Fallvignetten skizzieren Profile der interviewten Pflegefachkräfte. Sie zeichnen den beruflichen Werdegang, Umwege und bewusst angestoßene Veränderungen nach und versuchen die individuellen Relevanzsetzungen und Perspektiven der einzelnen Interviewteilnehmenden deutlicher hervorzuheben, als die querschnittliche Auswertung es vermag. Das folgende Unterkapitel befasst sich mit Manuela Kaiser (Pseudonym), einer Pflegefachkraft aus einer Pflegewohngruppe in Mecklenburg-Vorpommern.

4.1 Fallvignette: Für Manuela Kaiser ist und bleibt Pflege der Traumberuf!

Manuela Kaiser wollte ursprünglich einen anderen Beruf erlernen, aus gesundheitlichen Gründen musste sie sich allerdings umorientieren. Über familiäre Kontakte bekam sie ein Bewerbungsgespräch in einem Altenheim.

„Und da habe ich dann vorgeschlagen. Eine sehr nette Heimleiterin, total engagiert, hat auch mit offenen Karten gespielt. Ich war ja damals 17 Jahre alt und hat gleich zu mir gesagt, also, dass Schichtarbeit das A und O ist. Wenn andere zur Disco gehen, gehe ich zur Arbeit oder wenn andere von der Disco kommen, dann gehe ich halt auch zur Arbeit. Das ist ein Rundumprojekt und man möchte sich das wirklich überlegen, ob man da, ob man diesen Beruf ausüben möchte oder nicht. Ich brauchte nicht lange, weil ich immer schon sozial war, selbst in der Schule, und habe gesagt das ist mein Ding.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 13-19)

Wenig später begann sie die Ausbildung in der Pflege und bereute diese Entscheidung bis heute nicht. Nach wie vor bezeichnet Fr. Kaiser die Pflege als ihren Traumberuf. Sie liebt die alten Menschen, ihre Geschichten und insgesamt die Erfahrungen, die sie im Beruf gesammelt hat. Nach ihrer Ausbildung war Fr. Kaiser in

einem Alten- und Pflegeheim im psychiatrischen Bereich tätig. Inzwischen arbeitet sie in einer Wohngruppe.

„Und das ist praktisch wie ein Zuhause. Man kann sich Zeit nehmen für die alten Leute und man kann Beschäftigung machen, man kann Spaziergänge machen, man hat besseren Kontakt zu den Angehörigen, als wenn man in so einem großen Haus arbeitet. Ja, das ist eben das A und O bei den alten Leuten, dass man zuhört und sich mit denen auch befasst.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 43-47)

Ausschlaggebend für den Wechsel des Arbeitgebers waren die Arbeitszeiten. Insbesondere die Nachtdienste konnte Fr. Kaiser nicht mehr leisten. Eine Möglichkeit keine Nächte mehr zu machen, gab es auf Nachfrage leider nicht. In der Wohngruppe muss sie nun nicht mehr im Schichtdienst arbeiten. Darüber hinaus ist sie begeistert vom Klima im Team und der Leitung: *„Bessere Chefs kann man sich nicht wünschen. Ob es von der Pflegedienstleitung oder vom obersten Chef ist. Also ich kann nichts Negatives sagen. Also es ist alles gut.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 59ff.)*

Kleine Stationen oder Wohnbereiche, wie in ihrer Einrichtung, hält Frau Kaiser für ideal. Durch die kleinen Einheiten kennen sich die Bewohnenden, die Angehörigen und das Team besser untereinander und haben ein engeres Verhältnis.

„Die kennen unsere Geschichten, die wir dann ja auch erzählen. Wir kennen ihre Geschichten, also wir können uns auch reinversetzen. Wenn sie heute sagen: „Ich kann heute nicht, ich möchte heute kein Bad.“ Da wissen Sie ja, was dahintersteckt. Oftmals sind es die Kinder, die nicht zu Besuch kommen. Und dann kann man halt an diese Sache ganz anders herangehen, als wenn man in so einem großen Haus ist. So kann man sie motivieren und sagen [...]: „Ach, wir machen uns doch einen schönen Tag!“ Und das geht in großen Häusern verloren.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 102-107)

Insgesamt ist Fr. Kaiser überzeugt, dass das Wohngruppenkonzept für die Bewohnenden ausschließlich Vorteile mit sich bringt. Für die Pflegekräfte ergeben sich bei kleineren Einrichtungen aber auch Nachteile. Wenn in dem kleinen Team jemand krank wird, müssen die Kolleginnen, selbst wenn sie schon eine Woche am Stück gearbeitet haben, noch einige Tage dranhängen.

Fr. Kaiser arbeitet in Teilzeit, sie braucht die freien Tage, um Zeit für sich zu haben und sich auszuruhen. Um sich wirklich erholen zu können ist ihr wichtig, die Erfahrungen aus der Arbeit nicht mit nach Hause zu nehmen. Eine Fähigkeit, die, ihrer Meinung nach, alle Pflegekräfte brauchen, um den Beruf ausüben zu können. Hilfreich ist außerdem, dass sie nur noch jedes zweite Wochenende arbeiten muss. Dadurch kann sie ihre Freizeit frühzeitig planen.

„Also man darf ja nun auch nicht die Jahre vergessen, wie lange man jetzt schon im Gesundheitswesen arbeitet. Das ist halt so die ersten Jahre, da [...] war man jung. Aber heute sieht man das schon und sagt so wie ich jetzt arbeite, es ist gut, das bekommt mir gut. Ich brauche meine Freizeit auch für mich. Es gab ja auch in der großen Firma, dass man halt 3 von 4 Wochenenden gearbeitet hat. (...) Also so was brauche ich nicht mehr. Also ich möchte schon meine Freizeit selbst für mich einteilen und nicht, dass da jemand ist und teilt die Freizeit für mich ein.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 167-173)

Trotz der Liebe zu ihrem Beruf, überlegte auch Fr. Kaiser für kurze Zeit aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Zu dieser Zeit hatte sie mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen. Doch sie entschied sich gegen einen Ausstieg und ihr gesundheitlicher Zustand besserte sich wieder.

„Ich liebe meinen Beruf, einfach über alles. Darum brauche ich auch nicht so lange, um mir zu sagen ich mache es doch weiter. Und mit viel Sport [...] ist es auch wieder gut geworden. Also okay, das war vielleicht bloß eine kurze Phase, wo der Körper eben versagt hat.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 132-135)

Für sie persönlich ist der Pflegeberuf das Beste, was ihr hätte passieren können. Diese Begeisterung für die Pflege vermisst sie bei der jüngeren Generation:

„Aber in dieser heutigen Zeit ist es eben [...] nun mal nicht mehr so von den jungen Menschen gewollt oder wie auch immer. So wie es früher war. Wir sind da mit Leib und Seele rangegangen, haben alles gemacht für unsere alten Leutchen, was man machen konnte. Und heute fehlt einfach der Draht, die Liebe. Es sind ja auch alles alte Leute, die den Krieg mitgemacht haben und für die jetzige Generation, das ist halt auch schwer, das zu verstehen, was Krieg war und wie man da gelebt hat. Und heute geht es einfach nur nach vorne und nicht mehr rückwärts. Und für mich selbst [...] ist der Pflegeberuf ideal. Ich konnte immer zuhören (...) und das fehlt heute halt bei den, ich sage jetzt mal bei den Pflegehelfern, Krankenschwestern und Altenpflegern.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 82-90)

Unter anderem aus diesem Grund sieht Frau Kaiser die Sicherstellung von Pflege in Zukunft als gefährdet an. Aus ihrer Perspektive hat die junge Generation nicht dieselbe Motivation wie sie und ihre gleichaltrigen Kolleginnen und Kollegen. Die jungen Menschen würden die eigene Freizeit deutlich stärker priorisieren. Wenn ihre Generation aus dem Pflegeberuf ausscheidet, werde etwas verloren gehen:

„Die Liebe, die Zuwendung, die von uns ja da ist, wenn wir den Raum betreten, bis wir den Raum verlassen. Und bei dieser neuen Generation ist es halt oft so, dass es nur ein, zwei Stunden sind, wo das Interesse besteht, und dann fällt das Interesse schon ab. [...] Wir sind eben noch die Generation, die zuhören kann, die sich mit hinsetzen kann [...]. Es geht ja nicht um heute bei den alten Leuten, dass man halt auch noch immer wieder das mal ausdiskutiert, und die jungen Leute können sich da so, also die neue Generation kann sich da schlecht reinversetzen.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 209-215)

Die größten Herausforderungen für die Zukunft der Pflege liegen Manuela Kaiser zufolge in finanziellen Aspekten und der Schichtarbeit, die niemand mehr ausüben möchte. Zuwanderung könne der Pflege zwar helfen, jedoch nur vereinzelt. Sie geht außerdem davon aus, dass die aktuelle Generation an Pflegebedürftigen gegenüber Menschen mit Migrationsgeschichte häufig ablehnend eingestellt ist und dass dies zu Konflikten führen kann. Die aktuelle Pflegepolitik bewertet Fr. Kaiser als schlecht. Sowohl die Kranken-, als auch die Pflegeversicherung müssten schneller auf Anfragen eingehen. Generell müsse das gesamte Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland überarbeitet werden. Dabei fordert sie insbesondere:

„Erst mal, dass [...] egal welches Krankheitsbild es ist, das einfach besser unterstützt [wird]. Dass man die Renten anhebt, damit die alten Leutchen auch

sich eine Einrichtung leisten können, welche auch immer, dass das einfach finanziell sehr, sehr gestützt wird. Also das wäre mein Erstreben.“ (Int. Fr. Kaiser, Z. 283-286)

Berufliche Veränderungen zieht Frau Kaiser für sich bis zur Rente nicht mehr in Betracht. Sie hat eine Stelle gefunden, die ihr guttut und die sie erfüllt, deshalb möchte sie weiterhin dort arbeiten, soweit ihre Gesundheit es zulässt. Zurzeit kann sie sich nicht vorstellen nach ihrem Renteneintritt weiterhin pflegerisch tätig zu sein oder sich pflegepolitisch zu engagieren. Sie möchte jedoch beides nicht ausschließen. Selbst einmal in ein Pflegeheim zu müssen, bereitet ihr Sorgen. Sie hat Bedenken, dass die nachfolgende Generation an Pflegekräften eine empathische Pflege sicherstellen kann. Wenn sie auf die junge Generation an Pflegekräften blickt, möchte sie ihnen mit auf den Weg geben den Pflegeberuf mit dem Herzen auszuführen.

5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege



Abbildung 15: 8 Handlungsfelder (eigene Darstellung)

5.1 Good Practice – das Spektrum

Kopf in den Sand stecken gilt nicht. Ebenso wie beim Klimawandel gilt: „Es ist zu spät für Pessimismus. Und jetzt?“ (Giesecke und Welzer 2022). Das, was für den Klimawandel gilt, gilt in gewisser Weise auch für die Pflege. An dem demografischen Wandel lässt sich nichts mehr drehen: Er ist da und wird seine Wirkung entfalten.

Auch in rechten Milieus übliche Vorschläge, die Fertilität der Deutschen zu steigern, ist in mehrfacher Hinsicht zynisch – sowie rassistisch und nationalistisch zugleich. Deutschland steht im Vergleich zu anderen OECD-Ländern nicht schlecht da, was die Pflege anbelangt. Das gilt für die Zahl der Pflegekräfte, das gilt für die Qualifikation und Ausbildungsstrategien. Deutschland verfügt über eine Pflegeversicherung, die in anderen Ländern bislang herbeigesehnt wird. Jenseits gesundheits- und pflegepolitischer Strategien auf Bundesebene zeigen viele Beispiele vor Ort, wie den in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Befunden begegnet werden kann. Orientiert an acht Handlungsfeldern wurden aus allen Bundesländern Good Practice-Beispiele zusammengetragen, die zeigen, welche zukunftsorientierten Strategien und Konzepte bereits entwickelt und erprobt wurden. Sie gilt es zusammenzuführen und aus der Logik der „Projektitis“ herauszuführen. Weitere Modellprojekte können wir uns nicht mehr leisten: Es braucht viel mehr die experimentelle Aufnahme aufeinander bezogener Strategien, um die Pflege in der Zukunft sicherzustellen. Die Good Practice-Beispiele beziehen sich ganz wesentlich auf die berufliche Pflege oder auf Strategien des Zusammenwirkens von professioneller Pflege, mit informeller und zivilgesellschaftlich getragener Sorge. Es sind gerade die Bundesländer, die eine wichtige Innovationsfunktion für die Weiterentwicklung der Infrastruktur in der Pflege wahrnehmen. Das gilt sowohl für den Krankenhaus- als auch für den Langzeitpflegesektor. Die Ausbildung zu sichern und zu fördern, stellt eines der wichtigen Handlungsfelder dar. Es geht nicht um zusätzliche Kapazitäten. Die erscheinen eher unrealistisch. Zusätzliche Kapazitäten gilt es allerdings für die unterschiedlichen Assistenzberufe zu schaffen und dies auch vor Ort. Wichtig ist die Fachkräfte- und Assistenzkräftesicherung vor Ort. Die Bedarfssituation stellt sich vor Ort jeweils unterschiedlich dar. Im Zusammenwirken von Kommunen, Unternehmen, Schulen, aber auch der Agentur für Arbeit wird es darauf ankommen, das Niveau der Fachkräftesicherung zu halten. Das hat heute auch mit Wohnungspolitik etwas zu tun, mit Fragen der Vereinbarkeit, Angeboten der frühkindlichen Pädagogik. Dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention kommt eine große Bedeutung zu, auch und gerade bei den älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Gesundheitsberufen. Die DAK-Gesundheit hat dieses Thema in besonderer Weise aufgegriffen. Es ist in mit den Kommunen abgestimmte Strategien zu integrieren. Es geht um attraktive Arbeitsbedingungen für die unterschiedlichen Beschäftigtengruppen. Dazu gehört auch eine auskömmliche und armutsfeste Bezahlung insbesondere von Assistenz- und Hilfsberufen. Ansätze der lebenszyklusorientierten Personalarbeit spielen eine große Rolle – auch und gerade bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Auf Zuwanderung wird man auch in der Pflege nicht verzichten können – sie darf allerdings auch nicht überschätzt werden. In Ballungsgebieten ist sie in besonderer Weise vielversprechend, in ländlichen Regionen ist sie auch abhängig von der Akzeptanz von Zuwanderung. Hierin liegt auch eine gesellschaftspolitische Herausforderung, diese für die Zukunft zu fördern. Auch die Entbürokratisierung von Anerkennungsverfahren für im Ausland erworbene Abschlüsse gehört dazu, wie die Unterstützung von Zugewanderten in ihrer Lebensführung und sozialer Teilhabe, an ihrem neuen Lebensort – inklusive sozialarbeiterischer Unterstützung, die vielfach auch in der Ausbildung geboten sein kann. In der Corona Pandemie hat sich gezeigt: Mit Applaus allein ist es nicht getan. Die hohe Anerkennung, die Angehörige von

Pflegeberufen in der Öffentlichkeit besitzen, muss zusammen mit Professionalisierungsstrategien in der Pflege dazu führen, ihnen deutlich mehr Eigenständigkeit zuzuordnen. Das bezieht sich auch auf die Kooperation mit den medizinischen Fachberufen. An sektorenübergreifenden Versorgungsstrategien wird man ebenso wenig vorbeikommen wie an Innovationen sowohl in der Langzeitpflege als auch in der klinischen Versorgung. Der Auftrag der Pflege als Gesundheitsberuf liegt darin, die gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten – nicht nur gegenüber den ausgewählten Kunden und Bewohnern von Einrichtungen oder Patienten in Kliniken. Insofern sind sektorenübergreifende Strategien von größter Relevanz für die Zukunft. Sie eröffnen im Übrigen auch Berufsangehörigen in der Pflege interessante berufliche Perspektiven. Auch gilt es, das Bildungssystem durchlässiger zu machen, verbunden mit verbindlicheren Weiterbildungscurricula: Der deutsche Qualifizierungsrahmen wird für die Pflege noch nicht hinreichend genutzt. Vom Meisterbonus bis zur berufsbegleitenden Qualifikation sind alle Register zu ziehen, erworbene Kompetenzen zu würdigen und die Vielfalt des Erwerbs von Kompetenzen zu fördern.

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

- In den ALB FILS Kliniken geht es um die Rückgewinnung von Fachpersonal in Baden Württemberg,
- In Bayern geht es um einen Ansatz der Gesundheitsförderung, der mit Gewaltprävention verbunden ist – hängen doch gesundheitliche Belastung im hohen Maße auch mit Gewalterfahrungen und Gewaltgeschehnissen zusammen.
- Die Digitalisierungsperspektive wird in der Pflege 4.0 in Berlin stark gemacht.
- Ein Beispiel für eine zuwanderungsoffene Personalgewinnung stellt das National Matching in Brandenburg dar.
- Die Verbindung zwischen Langzeitpflege und akademischer Ausbildung, vielerorts noch ein Desiderat, wird in Bremen mit T!Call aufgegriffen.
- Die Förderung bereits beschäftigter Pflegekräfte deren Unterstützung, sowie die Beratung von (potenziellen) Auszubildenden, wird in Hamburg durch das Projekt *care for care* umgesetzt.
- Das mehrfach benannte Thema Teilzeitausbildung für die Pflege wird vom VbFF in Hessen in die Diskussion um Good Practice eingebracht.
- **Die Infrastrukturverantwortung für die Pflege wird stärker auf kommunaler und Landesebene einzulösen sein: Mecklenburg-Vorpommern liefert hier ein Beispiel mit der integrierten Pflegesozialplanung.**
- Perspektiven für gemeinwirtschaftliche Strategien liefert die Pflegegenossenschaft in Ostfriesland – mit einem starken Selbstverantwortungsakzent der Pflege.
- National und international vorbildlich ist das betriebliche Gesundheitsmanagement der Sozialholding Mönchengladbach – das Beispiel aus Nordrhein-Westfalen.

- Der Rassismus macht auch nicht Halt vor der Pflege: Das Thema wird in Rheinland-Pfalz aufgegriffen in dem Projekt „Wir sind vielfältig. Wir sind stark.“
- Ebenfalls dem Thema Zuwanderung widmet sich die Diakonie Saar mit dem Projekt „Impuls“.
- Aus Sachsen-Anhalt wird die Vier-Tage-Woche beim DRK-Kreisverband Sangerhausen in die Diskussion eingebracht: Ein ausgesprochen resonanzreicher Ansatz.
- Aus Sachsen werden die Akademisierungsperspektiven von Community Health Nursing beigesteuert mit einem berufsbegleitenden Master: eine der zentralen akademischen Berufsbildperspektiven für die Pflege.
- Die sehr unterschiedlichen beruflichen Sozialisationen von Pflegefachkräften im europäischen Ausland werden in dem Mentoring-Integration-Advertising Programm an dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum Thema gemacht: Auch dies hat viel mit Arbeitskräftesicherung zu tun.
- Schließlich liefert der Freistaat Thüringen ein Beispiel innovativer, sublokaler Versorgungssicherung im ländlichen Raum durch die Stiftung Landleben mit einer Variante von Gesundheitskiosken als Baustein regionaler Daseinsvorsorge gesundheitlicher Versorgung.

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

5.2 Mecklenburg-Vorpommern: Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung

5.2.1 Hintergrund

Zur Bewältigung des demografischen Wandels braucht es passende Unterstützungsangebote sowohl im professionellen Sektor, als auch aus der Zivilgesellschaft. Der erste Schritt auf dem Weg dahin ist eine qualitativ hochwertigen Pflegesozialplanung auf kommunaler Ebene. Ausgangspunkt der Entwicklung einer integrierten Pflegesozialplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern war 2013 die Feststellung, dass die bisher durchgeführten Kommunalplanungen in ihrer Umsetzung und Qualität sehr stark variierten, was u. a. zu fehlender Vergleichbarkeit der Ergebnisse führte. Daher initiierte das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V einen Prozess zur Erarbeitung eines *Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung* in Kooperation mit den Kommunen, wissenschaftlich begleitet durch die Hochschule Neubrandenburg. Das Ziel war einheitliche Standards in der Planung der (pflegerischen) Versorgungsstruktur zu etablieren und ein gemeinsames Verständnis zentraler Begriffe der Pflegesozialplanung zu entwickeln. Inhaltlich ging es

insbesondere darum Instrumente und Methoden (weiter) zu entwickeln und eine gemeinsame Grundlage an Indikatoren zu schaffen. Dadurch wird es möglich Ergebnisse zu vergleichen und hohe Qualitätsstandards in der pflegerischen Versorgungs- und Angebotsstruktur zu erreichen. Seit 2018 sind die Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern laut Landesrecht dazu verpflichtet alle fünf Jahre einen Pflegesozialplan zu erstellen bzw. fortzuschreiben (§ 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG M-V).

5.2.2 Merkmale

Der *Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung* ist eine Planungshilfe, die durch einheitliche Kriterien und Qualitätsstandards die Kommunen bei der Ausarbeitung ihrer Pflegesozialpläne unterstützen soll, ohne dabei die Spezifika der Landkreise und kreisfreien Städte zu vernachlässigen. Dazu beinhaltet der *Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung* ein Musterdokument für den *Berichtsstandard*. Dieses Muster gibt Orientierung hinsichtlich der Gliederung des zu erstellenden Pflegesozialplans und enthält alle obligatorischen und freiwilligen Indikatoren. Die einzelnen Indikatoren werden im *Kompass* definiert, so kann ein einheitliches Verständnis der Begriffe vorausgesetzt werden. Um für alle Kommunen einen gemeinsamen Weg im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung aufzuzeigen, wurde eine *Roadmap* erstellt. Sie bildet einen vollständigen Planungszyklus nach dem Schema des PDCA-Zyklus ab und enthält Informationen über die einzelnen Planungsphasen und deren Inhalte, ihre zeitliche Dauer und Meilensteine, sowie Methoden zur Umsetzung. Die Planungsphasen und Methoden werden im *Werkzeugkasten* genauer beschrieben. Zur Ermittlung des Ist-Zustandes und Entwicklungsbedarfes in der kommunalen Pflegeinfrastruktur wurde das unterstützende Instrument der Pflegesozialplanung (UnIPs) entwickelt. Ergänzt werden diese Inhalte durch eine Einführung in das Thema *Kennzahlenmanagement* und eine Handreichung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und die Bestimmung von Zielwerten.

5.2.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Um die in den kommenden Jahren steigende Anzahl an Menschen mit Pflegebedarf versorgen zu können, braucht es qualitativ hochwertige Pflegesozialplanung. Die Qualität der Planung hat indirekt auch Auswirkungen auf die Arbeit von Pflegefachkräften. Wenn Belastungen durch bedarfsgerechte kommunale Planung sektorenübergreifend abgefangen werden können, verringert das die Überlastung im professionellen Pflegesektor. Das Thema Pflege wird somit in eine ganzheitliche Sozialraumgestaltung miteinbezogen. Konkret kann sich die Pflegesozialplanung außerdem auf die Schaffung innovativer Versorgungskonzepte und alternativer Wohnformen auswirken, welche dann wiederum attraktive Arbeitsplätze für Pflegefachkräfte darstellen können.

5.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Braeseke, Grit; Naegele, Gerhard; Engelmann, Freja (2021): Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2_14, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (2018): Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung. Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg - Vorpommerns. Online verfügbar unter https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/institute/ikr/HiR/RL_Daseinsvorsorge/Anhang_1_1_Kompass_integrierte_Pflegesozialplanung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (2018): Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung - Kurzfassung. Online verfügbar unter https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Kompass_Kurzfassung_20160510.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Hochschule Neubrandenburg (o. J.): Projekt Pflegesozialplanung. Online verfügbar unter <https://www.hs-nb.de/fachbereich-soziale-arbeit-bildung-und-erziehung/forschungen-und-projekte/projekte/pflegesozialplanung/projektinformationen/projekt-pflegesozialplanung/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Institute for Manufacturing (IfM), University of Cambridge (2018): What is roadmapping and how can it benefit your organisation? Online verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=0JxsSHjvJPC>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Kraehmer, Stefanie; Schmidt, Stefan (2019): Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern. Online verfügbar unter https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/institute/ikr/HiR/RL_Daseinsvorsorge/Anhang_1_PPT_KRAEHMER_SCHMIDT_Integrierte_Pflegesozialplanung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2013): Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013. Online verfügbar unter https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Landesplanerische_Empfehlungen_2013.pdf, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

6 Landespolitische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Unterstützung selbstorganisierter Pflegearrangements

Mecklenburg-Vorpommern ist ein Bundesland, das in besonderer Weise mit Herausforderungen der Sicherstellung pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung konfrontiert ist. Es ist vergleichsweise dünn besiedelt und ist unterteilt in große Gebietskörperschaften mit einer kleinteiligen Siedlungsstruktur und einem hohen „**demografischen Druck**“ (Klie 2024 im Erscheinen).

Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil häuslich versorgter, auf Pflege angewiesener Menschen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Insofern wird auch der Bedarf an infrastruktureller Unterstützung von häuslichen Pflegearrangements steigen. Mecklenburg-Vorpommern weist, was die

sogenannten Kippunkte der Qualifizierungsreserve anbelangt, eine vergleichsweise günstige Ausgangssituation auf: Kurzfristig droht nicht, dass der Zeitpunkt eintritt, an dem die altersbedingt aus dem Pflegeberuf Ausscheidenden nicht mehr durch Berufseinsteiger ersetzt werden können. Gleichwohl besteht auch, gerade angesichts der Flächenstrukturen des Bundeslandes ein erheblicher Ausbildungsbedarf, der in allen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns sicherzustellen ist.

Mecklenburg-Vorpommern nimmt sich des Themas der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung an. Es wurde ein ambitioniertes **Landespflegegesetz** auf den Weg gebracht, welches insbesondere die Kommunen in den Blick nimmt: Sie werden als wichtige Akteure gesehen, wenn es um die Sicherstellung einer ortsnahen Infrastruktur für die Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen geht. Aus Bayern hat man den Ansatz der seniorenpolitischen Gesamtkonzepte übernommen: Alle Landkreise und die beiden kreisfreien Städte werden zu Pflegesozialplanungen verpflichtet. Es besteht offenbar ein weitgehend parteiübergreifender Konsens, was den Handlungsbedarf beim Thema Alters- und Pflegepolitik anbelangt, der nicht zuletzt durch die **Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“** (2011 bis 2016) ausbuchstabiert wurde.

Enquete-Kommissionen bieten, wie auch die Erfahrungen aus anderen Bundesländern zeigen, eine gute Grundlage für eine Legislatur übergreifende Ausrichtung von Fachpolitiken.

Orientiert an Brandenburg hat der Landespflegeausschuss am 20. Oktober 2023 Eckdaten für einen **Pakt für Pflege in Mecklenburg-Vorpommern** vorgestellt, der vor allem folgende Kernthemen adressiert:

- Unterstützung und Pflege in der Häuslichkeit,
- Personalsicherung in der Pflege,
- wirtschaftliche Handlungsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen sichern – insbesondere in der Kurzzeitpflege,
- Altern und Pflege im Sozialraum gewährleisten und fördern,
- Weiterentwicklung der Pflegesozialplanung,
- Beratung und Case-Managementstrukturen, Umgang mit Demenz und den mit Demenzerkrankungen verbundenen Herausforderungen,
- Weiterentwicklung in Bezug auf Resilienz und Katastrophenschutz sowie gesellschaftliche Transformationsprozesse.

Der Pakt für Pflege in Mecklenburg-Vorpommern ist nicht in gleicher Weise finanziell hinterlegt wie in Brandenburg. Auch ist nicht erkennbar, ob und wie – wie in Brandenburg vorgesehen – eine gesetzliche Absicherung des Paktes für Pflege auf der Agenda steht.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist man mit der Umsetzung des **Pflegeberufgesetzes** konfrontiert. Hierzu wurde ein Arbeitspapier für Pflegeschulen entwickelt, ebenso für die praktische Ausbildung. Auch liegt eine Arbeitshilfe für die

Umsetzung des Pflegeberufgesetzes hinsichtlich der berufspädagogischen Zusatzqualifikation von praxisanleitenden Personen in der Pflege vor.

Das Thema Pflege wird auch **zivilgesellschaftlich** aufgegriffen. Beispielsweise durch den Verein **„Zukunftsfeste Pflege e. V.“**, der sich leidenschaftlich dafür einsetzt, ein besseres Bewusstsein für die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Sicherstellung einer flächendeckenden pflegerischen Versorgung zu erwirken. Die Akteure sind zum einen Anbieter von Pflegeleistungen, vor allem ambulante Pflegedienste, und darüber hinaus auch Professionelle, Privatpersonen und Unternehmen. Sie unterstützen den Verein Zukunftsfeste Pflege, der sich als Träger unabhängiger Interessenvertretung von Ehrenamtlichen und beruflich Pflegenden in der Öffentlichkeit sowie gegenüber Politik, Ministerien, Behörden sowie Verbänden und Organisationen versteht. Das Netzwerk **„Pflege in Not“** ist eine weitere Interessenvertretung der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern, das die Bevölkerung sensibilisieren will. Es organisiert Proteste und Schreiben an die Landtagsfraktionen. Das Netzwerk „Pflege in Not“ engagiert sich advokatorisch für besonders vulnerable Menschen mit Pflegebedarf in Notsituationen.

Für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Gesundheit und Pflege ist das **„Health and Care-Office“ (HCO)** von Bedeutung. Das HCO ist eine Einrichtung der Gesellschaft für nachhaltige Regionalentwicklung und Strukturforchung. Das HCO fungiert als zentrale Ansprech- und Servicestelle für zugewanderte Gesundheitsberufler. Es unterstützt diese mit im Ausland erworbenen Qualifikationen dabei, ihre Kompetenzen in das Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern einzubringen und dort zu entfalten. Angebote der sprachlichen und beruflichen Qualifizierung wurden entwickelt und werden umgesetzt. Sie leisten damit auch einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Bei diesem Thema arbeitet Mecklenburg-Vorpommern mit dem **Norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ)** zusammen, in dem auch die norddeutschen Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein vertreten sind. Zu den wichtigen Aktivitäten des NDZ gehört der Erfahrungsaustausch norddeutscher Pflegeschulen, das Angebot an Fortbildung und Workshops für Pflegefachpersonen, Praxisanleiter und Lehrkräfte der Pflegeschulen. Auch fungiert das NDZ als etablierter und zuverlässiger Ansprechpartner für die jeweiligen Akteure der Pflegelandschaft in Mecklenburg-Vorpommern. Ein Baustein zur Fachkräftesicherung stellt auch die Pflegeberufe-Internetseite mit Ausbildungsdatenbank für Jugendliche **„Zeig’ deine Pflegestärken“** dar. Dort findet sich auch eine Bewerber- und Ausbildungsborse.

Das Thema „Professionalisierung der Pflege“ ist auch in Mecklenburg-Vorpommern präsent. Schon lange wird über die Einrichtung einer Pflegekammer diskutiert, die allerdings politisch nicht sonderlich beherzt geführt wird. Zur Professionalisierung der Pflege gehört auch die **akademische Ausbildung**. An der Universität Greifswald kann der Studiengang **„Klinische Pflegewissenschaft“** mit einem Bachelor- und staatlichen Berufsabschluss zum/zur Pflegefachmann/-frau absolviert werden. Die Hochschule Neubrandenburg bietet ein berufsankennendes Studium zur Pflegefachperson an.

Angesichts der regional sehr geringen Zahl von Absolventinnen und -absolventen von allgemeinbildenden Schulen stellt sich das Nachwuchsproblem in besonderer Weise auch in der Pflege. Das Thema Fachkräftesicherung wird nicht nur bezogen auf Gesundheitsfachberufe vom Ministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Tourismus und Arbeit in einer Fachkräftestrategie aufgegriffen. Auch ein Landesintegrationskonzept „**Zusammenleben in Mecklenburg-Vorpommern**“ gehört im weiteren Sinne zur Fachkräftesicherung: Die Akzeptanz von Zugewanderten in Gesundheitsberufen ist eine wichtige Voraussetzung für ihre Gewinnung und Ansiedlung.

Zu den Maßnahmen zur Stützung selbstorganisierter Pflegearrangements gehören in Mecklenburg-Vorpommern die **Pflegestützpunkte**, die überwiegend als Pflegeberatung integrierende Pflegestützpunkte betrieben werden. Wichtig erscheint die im Landespflegegesetz niedergelegte Verpflichtung der Kommunen eine Pflegesozialplanung zu erstellen, für die die Hochschule Neubrandenburg die sich derzeit in Überarbeitung befindenden Standards, respektive Arbeitshilfen, entwickelt hat. Ziel ist die Entwicklung von seniorenpolitischen Gesamtkonzepten, die nicht nur im engeren Sinne die Fragen der Langzeitpflege, sondern auch solche der Senioren- und Altenhilfepolitik mit aufgreifen.

Mecklenburg-Vorpommern kennt eine ganze Reihe von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die auch aus der Bürgerschaft heraus initiiert werden. Das Bundesland ist bekannt für innovative, experimentelle Ansätze in der Langzeitpflege und Teilhabe. Gleichzeitig ist Mecklenburg-Vorpommern auch mit besonders herausfordernden, demografischen Transformationsprozessen konfrontiert, die zunehmend mit einer stark ausgeprägten Politikverdrossenheit und Ablehnung des bestehenden Systems verbunden sind. Daseinsvorsorge, gerade im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Voraussetzung, ist ein wichtiger Baustein zur Erhaltung des Systemvertrauens und zur Stärkung der Demokratie. Insofern ist Pflegepolitik in Mecklenburg-Vorpommern immer auch Demokratiep Politik.

7 Zeitenwende in der Pflege

Bundeskanzler Olaf Scholz hat nach dem Überfall Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 von einer Zeitenwende gesprochen und damit einen Begriff geprägt, der nicht nur bezogen auf die militärischen Herausforderungen der Zukunft Verwendung findet. Mit dem Überfall auf die Ukraine zeigt sich das Ende einer globalen Weltordnung (Münkler 2023). Die aktuelle Bundesregierung ringt mit unterschiedlichen Politikansätzen und Strategien um Antworten auf die großen Herausforderungen unserer Zeit, zu denen auch der Klimawandel und der demografische Wandel gehören. Letzterer betrifft unmittelbar das im Pflegereport 2023 verhandelte Thema: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege. Reformstrategien der Pflegeversicherung zielten in der Vergangenheit auf eine deutliche Ausweitung der Leistungen, auf den sogenannten Sockel-Spitze-Tausch, gar auf eine Pflegevollversicherung. Finanzierungsstrategien sahen entweder einen deutlichen Steuerzuschuss des Staates oder eine Beitragssatzdynamisierung der Pflegeversicherung vor. Die DAK Gesundheit hat sich in der Vergangenheit

maßgeblich in die Diskussion um eine zukunftsfeste Finanzierung der Pflegeversicherung eingebracht. All diese Perspektiven sind zumindest aktuell unrealistisch und verstellt. Das betont auch Gernot Kiefer (GKV Spitzenverband). Der Personalmangel führt überdies dazu, dass nicht nur die Kosten steigen, sondern auch der Aufbau von Infrastruktur nicht in einer Weise möglich sein wird, der den zunehmenden Bedarf im Zuge des demografischen Wandels beantworten könnte. Der Sozialstaat der Nachkriegszeit, der maßgeblich vom Wachstum der Volkswirtschaft lebte und auch von der Friedensdividende nach dem sogenannten Kalten Krieg, büßt zumindest an Dynamik ein. Er gewährleistet aber weiterhin ein im internationalen Vergleich hohes Maß an sozialer Sicherheit und Sicherung. Die Pflegeversicherung leistet für das Thema Pflegebedürftigkeit weiterhin einen wichtigen Beitrag. Um die Zukunft der Pflege zu sichern - auch für die Baby-Boomer-Generation - und später die nachfolgenden Generationen, sind nachfolgende zentrale sechs Aufgaben zu erfüllen, an denen sich auch die Länder zu beteiligen haben:

1. Es bedarf einer (weiterhin) attraktiven und flächendeckenden Qualifizierung für Pflegefachberufe, aber auch für Assistenzberufe in der Pflege und Hauswirtschaft. Gerade in Letztere gilt es im Zusammenwirken von Bund und Ländern zu investieren. Angesichts der hohen Anteile von Personen mit Migrationsgeschichte unter den Auszubildenden – in manchen Regionen bis zu 90 % - sind sie mit konsequenten Integrationsanstrengungen zu verbinden. Zu attraktiven Qualifizierungsstrategien gehören auch akademische Ausbildungsgänge, die einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, die komplexen Herausforderungen sowohl fachlich als auch manageriell zu bewältigen.
2. Eine bedarfsdeckende, der Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen in Deutschland dienende Infrastruktur der pflegerischen Versorgung gilt es zu stabilisieren und bedarfs- und personenzentriert weiterzuentwickeln - gegebenenfalls verbunden mit neuen und erweiterten Instrumenten einer Marktordnung in der Pflege.
3. Bei begrenzten Ressourcen – insbesondere bei den Pflegeberufen – bedarf es einer effizienten Gestaltung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Die etwa im Pflegereport 2022 herausgearbeiteten pflegesensitiven und nichtindizierten Krankenhauseinweisungen müssen ebenso vermieden werden wie dysfunktionale Kosten in der häuslichen Versorgung, soweit sie durch einen nicht effizienzorientierten Wettbewerb zwischen Anbietern provoziert werden. Zu einem effizienten Gesamtsystem gehört auch ein systematisches Care und Case Management, das die DAK-Gesundheit im ReKo-Innovationsfonds-Projekt exemplarisch entwickelt und erprobt hat.
4. Unabdingbar werden für die Zukunft sektorenübergreifende Versorgungsstrategien, die sowohl die Systemgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger werden lassen, als auch die zwischen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Hier stehen große Reformvorhaben auf der Agenda der aktuellen Bundesregierung, die auch unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu diskutieren und zu qualifizieren sind.

5. Ein wesentlicher Baustein für die Sicherung der pflegerischen Versorgung auf hohem fachlichem Niveau liegt in der weiteren Professionalisierung der Pflegefachberufe. Zu ihr gehört die Förderung und Absicherung der Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflegefachpersonen, die auf allen Ebenen vorzusehen ist: In den Verantwortungsstrukturen, in den Institutionen der klinischen und pflegerischen Versorgung, im Leistungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch der Integration von Assessment-Funktionen der Pflege in die professionellen Handlungsvollzüge und Verantwortungsbereiche der Pflegefachkräfte. Mit dem Pflegekompetenzgesetz und den dazu formulierten Eckpunkten werden bereits wichtige Perspektiven der Professionalisierung der Pflege und einer effizienten interprofessionellen Zusammenarbeit von Berufen im Gesundheitswesen aufgegriffen.
6. In der Langzeitpflege geht es zentral um die Frage der Stabilisierung und Weiterentwicklung informeller Sorge- und Pflegekulturen, -strukturen und -ressourcen. Damit verbunden sind Fragen der Kultur, der Bildung aber auch der zivilgesellschaftlichen Eigeninitiative.

Das Thema des DAK-Pflegereportes 2024 lautet: Die Baby-Boomer und die Zukunft

Die Baby-Boomer gehören zu den geburtenstärksten Jahrgängen des vergangenen Jahrhunderts. Die Kohorten der nachfolgenden Generation, die Kindergeneration der Baby-Boomer ist zahlenmäßig deutlich kleiner. Entsprechend gering ist auch das intergenerative informelle Pflegepotenzial. Dabei befinden sich die Baby-Boomer in einer durchschnittlich guten gesundheitlichen Situation, verfügen über eine vergleichsweise hohe Bildung und sind in vielfältiger Weise erfahren in zivilgesellschaftlicher Formation und Selbstorganisation. Auch sind sie ihrerseits vielfältig vertraut mit der Übernahme von Pflegeaufgaben für ihre Eltern (Bude 2024).

Die DAK-Gesundheit ist eine der Pflegeversicherungen in Deutschland, die sich seit Jahren intensiv und mit einigem Aufwand dem Thema Pflege und Langzeitpflege widmen. Das ist keineswegs selbstverständlich, wird die Pflegeversicherung häufig doch als Appendix der wesentlich bedeutsameren Krankenversicherung gesehen und behandelt. Bei der DAK-Gesundheit residiert die Pflegeversicherung nicht im Souterrain, sondern auf der Chefetage.

Die DAK-Gesundheit wird ihrerseits vier Aufgaben besondere Aufmerksamkeit schenken, die sie sich bisher schon zu eigen gemacht hat, die es aber wohl weiterzuentwickeln gilt.

1. Eine wichtige Funktion der DAK-Gesundheit als Pflegekasse besteht in der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Sie gilt es wohl noch personenzentrierter als in der Vergangenheit sicherzustellen, um das, was schon im Pflegereport 2022 sichtbar und von der VdK-Pflegestudie 2023 bestätigt wurde, zu vermeiden, dass aufgrund fehlender Beratung mögliche Hilfen und mögliche Bewältigungsstrategien von Pflegebedürftigkeit ungenutzt bleiben. Beratung der Pflegebedürftigen, Pflegeberatung im Sinne des §§ 7a SGB XI – verbunden mit örtlichen Strukturen von Pflegestützpunkten, bilden die Basis für eine präventive, bedarfs- und personenzentrierte Unterstützung und Beratungsfunktion der DAK-Gesundheit. Mit dem Reko-Projekt hat sich die DAK-

Gesundheit hier eine besondere Expertise erarbeitet, die auch die Potenziale digitaler Kommunikation einbezieht.

2. Die Daten des DAK-Pflegereportes 2023 unterstreichen die bekannten gesundheitlichen Risiken, denen Angehörige von Gesundheits- und insbesondere Pflegeberufen ausgesetzt sind. Die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen ist irritierend. Sie führen zu einem enormen Ressourcenverschleiß und zu zusätzlichen Belastungen der Beschäftigten in Einrichtungen der Pflege, die die Arbeit der ausfallenden Kolleginnen und Kollegen kompensieren müssen. Gegebenenfalls gemeinsam mit anderen Akteuren der betrieblichen Gesundheitsprävention und eingebunden in Landesstrategien wird die DAK-Gesundheit ihren Versicherten, die im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung tätig sind, in besonderer Weise Präventions- und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung unterbreiten müssen. Hierdurch kann und muss sie einen unverzichtbaren Beitrag dazu leisten, dass der Pflegeberuf einer ist, der nicht nur andere pflegt, sondern dabei auch die beruflich Pflegenden „gepflegt“ werden.
3. Auch in der Zukunft wird die Sorge für und die Pflege von vulnerablen Menschen, zu denen in besonderer Weise auf Pflege angewiesene Menschen gehören, eine Aufgabe der kleinen Lebenskreise unserer Gesellschaft, und damit eine gesellschaftliche, bleiben. Die Akzeptanz von Abhängigkeit gehört zu den ethischen und anthropologischen Grundlagen einer Gesellschaft des langen Lebens (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2010). Betrachtet und akzeptiert man das Leben vom Anfang bis zum Ende, gehört die Verwiesenheit des Menschen auf andere zum Menschsein. Das gilt auch für auf Pflege angewiesene Menschen. Sie gehören dazu und sie dürfen auch „zur Last fallen“. Eine sorgende Gesellschaft gibt die Zuversicht, dass auch für Pflegebedürftige gesorgt sein wird. Auch hier kann die DAK-Gesundheit einen wichtigen Beitrag durch ihre erfolgreiche auf die Öffentlichkeit bezogene Kommunikationsstrategie leisten.
4. Die DAK-Gesundheit hat sich immer in pflegepolitische Debatten eingeschaltet – auch in Mecklenburg-Vorpommern. Das ist auch und gerade in der aktuellen Situation wichtig, in der letztlich Ratlosigkeit verbreitet ist, wenn es um eine insgesamt zukunfts feste Sicherung der Pflege geht. Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung wurden immer prominent von der DAK-Gesundheit aufgegriffen und qualifiziert. Die aktuelle Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung darf nicht ohne die DAK-Gesundheit geführt werden. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass der Verweis auf private Vorsorgekonzepte für die Baby-Boomer Generation nicht mehr greifen wird. Daher braucht es kurz und mittelfristig Antworten auf die Finanzierungslücke der Pflegeversicherung. Die DAK-Gesundheit wird sich für die Sicherung und den Erhalt der Pflegeversicherung als Sozialversicherung einsetzen. Die bundesdeutsche Bevölkerung vertraut der Pflegeversicherung als fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung.

Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine; Büttner, Thies; Papaspyratos, Constantin; Rolfs, Christian; Wasem, Jürgen (2023): Abschlussbericht. Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Online verfügbar unter https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Abschlussbericht_Experten-Rat_Pflegefinanzen.pdf.
- Bude, Heinz (2024): Abschied von den Boomern. 1. Auflage. München: Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2023a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2023).
- Bundesagentur für Arbeit (2023b): Fachkräfteengpassanalyse. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest (2023): Arbeitsmarkt Pflege- Daten in Zeitreihen, Sonderauswertung Auftrags-Nr. 337616. Frankfurt am Main, 2023. Digitale Datentabellen an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.
- Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Statistik-Service Südwest (2024): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in ausgewählten Pflegeberufen der Klassifizierung der Berufe KldB 2010 nach Alter und Wirtschaftszweigen; Auftragsnummer 350658. Frankfurt am Main, 2024. Digitale Datentabellen an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe* (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV), PflAPrV, vom 02.10.2018. In: Bundesgesetzblatt.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2010): Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. Berlin.
- Deutscher Bundestag: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz). PflBRefG, vom 17.07.2017. In: *Bundesgesetzblatt* 2017 (49), S. 2581–2614.
- Druyen, Thomas (2022): Babyboomer-Generation läuft blind in die Pflegekatastrophe. Studie identifiziert Jahrhundertproblematik. Pflegestudie 2022. opta data Zukunfts-Stiftung; Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement, Sigmund Freud Privat Universität Wien (IZZ).
- Giesecke, Dana; Welzer, Harald (2022): Zu spät für Pessimismus. Das FUTURZWEI-Anti-Frust-Buch für alle, die etwas bewegen wollen: Fischer.
- Hardenberg, Nina (2024): „In der Pflege gibt es eine Jammertradition“. Interview mit Thomas Klie. In: *Süddeutsche Zeitung (SZ)*, 2024. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/bayern/bayern-pflege-klie-jammertradition-professionalisierung-aufgabe-1.6335098?reduced=true>, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Hildebrandt, Susanne; Dehl, Theresa; Zich, Karsten; Nolting, Hans-Dieter (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. Heidelberg: medhochzwei (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und

- Versorgungsforschung, 44). Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2023-ebook-pdf-2615822.pdf>, zuletzt geprüft am 27.04.2023.
- IGES; DAK-Gesundheit (2023): DAK-Psychreport 2023. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2012 - 2022. Hg. v. DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2609620.pdf>, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) (Hg.) (2022): Demokratische Integration. Zweite Vorstudie. Untersuchungsbericht. Online verfügbar unter https://www.deutsche-stiftung-engagement-und-ehrenamt.de/wp-content/uploads/2023/06/Langbericht_Bevoelkerungsbefr_Dem_Integration_Mai_2023.pdf.
- Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Köln.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023): Monitoring Pflegepersonalbedarf Baden-Württemberg 2022. Unter Mitarbeit von Johann-Moritz Hüskens und Pablo Rischard. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. und AGP Sozialforschung. Köln/Freiburg.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>.
- Klie, Thomas (2016): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hg. v. Herbert Rebscher und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2021): Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35). Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2501938.pdf>, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Klie, Thomas (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas (2023): Pioniere ausgebremst. Klie's Corner. Kolumne. In: *Häusliche Pflege* 32 (9), S. 52.
- Klie, Thomas (Hg.) (2024 im Erscheinen): Demokratie, Engagement und Systemvertrauen – Zusammenhänge, Dynamiken und regionale Strukturbedingungen. Monitoring Demokratische Integration 2.0: Springer.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix - eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Dieter Döring (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement. Unbegrenzte Möglichkeiten? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 20–43.
- Kunaschk, Max; Stephan, Gesine (2024): Pflegeberufe und Covid-19-Pandemie: Befürchtete Kündigungswelle ist ausgeblieben. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Nürnberg (IAB Kurzbericht, 2).
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2023): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2023. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche

Beratung und Ausführung: DIP GmbH. Köln. Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.

Münkler, Herfried (2023): Welt in Aufruhr. Die Ordnung der Mächte im 21. Jahrhundert. Berlin: Rowohlt.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2020): Landespflegebericht 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hannover. Online verfügbar unter [e://08pn-app01/Home_Pflegekammer\\$/aawieder/Desktop/Niederschsischer_Landespflegebericht_2015_final.pdf](e://08pn-app01/Home_Pflegekammer$/aawieder/Desktop/Niederschsischer_Landespflegebericht_2015_final.pdf).

Sempach, Robert; Steinebach, Christoph; Zängl, Peter (Hg.) (2023): Care schafft Community - Community braucht Care. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Seyda, Susanne; Köppen, Robert; Hickmann, Helen (2021): Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. Hg. v. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln (KOFA Kompakt, 10).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (30.03.2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten.

Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) (Hg.) (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. München. Online verfügbar unter <https://www.vdpp-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>.

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Stärke des erwarteten Anstiegs im Bereich der Pflegekosten (eigene Darstellung) 4
- Abbildung 2: Sorgen hinsichtlich der Finanzierung bei eigener Pflegebedürftigkeit (eigene Darstellung) 5
- Abbildung 3: Bewertung der staatlichen, finanziellen Unterstützung von Pflegewohngruppen (eigene Darstellung) 6
- Abbildung 4: Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre (eigene Darstellung) 7
- Abbildung 5: Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab (eigene Darstellung) 8
- Abbildung 6: Hohes Ansehen des Pflegeberufes 9
- Abbildung 7: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt 10
- Abbildung 8: Arbeitsunfähigkeitstage in Hamburg pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen (eigene Darstellung) 12
- Abbildung 9: Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022 (eigene Darstellung) 13
- Abbildung 10: Psychische Belastung von Pflegenden (Quelle: DAK-Psychreport 2023) 14
- Abbildung 11: Anzahl Pflegenden nach Altersgruppen Juni 2023 (eigene Darstellung)
Fehler! Textmarke nicht definiert.
- Abbildung 12: Entwicklung Pflegenden in Hamburg 2017 bis 2023 (eigene Darstellung)
Fehler! Textmarke nicht definiert.
- Abbildung 13: Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen in Hamburg (eigene Darstellung) **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- Abbildung 14: Altersverteilung der Pflegenden in Hamburg 2023 (eigene Darstellung)
Fehler! Textmarke nicht definiert.
- Abbildung 15: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030 in Hamburg (eigene Darstellung) **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- Abbildung 16: 8 Handlungsfelder (eigene Darstellung) 36
- Abbildung 17: Schwerpunkte der Pflegepolitik in Hamburg (eigene Darstellung)
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 17
- Tabelle 2: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege 18
- Tabelle 3: Ausbildungskennzahlen Pflegefachmann/ Pflegefachfrau in Hamburg
Fehler! Textmarke nicht definiert.