

Thomas Klie

# DAK-PFLEGEREREPORT

## NORDRHEIN-WESTFALEN

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 Routinedatenanalyse .....	3
1.1 Befunde der Bevölkerungsbefragung.....	3
1.2 Befunde der Routinedatenanalyse.....	11
2 Qualifizierung und Berufseintritte in der Pflege .....	15
3 Fachkräftemangel in der Pflege in Nordrhein-Westfalen .....	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 .....	29
4.1 Fallvignette: Kirsten Pfeiffer pflegt so, wie sie es sich für sich selbst wünschen würde.....	33
5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege.....	38
5.1 Good Practice – das Spektrum .....	38
5.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach.....	41
5.2.1 Hintergrund.....	41
5.2.2 Merkmale .....	41
5.2.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege	42
5.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen.....	43
6 Landespolitische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Unterstützung selbstorganisierter Pflegearrangements.....	44
7 Zeitenwende in der Pflege .....	46
Literaturverzeichnis.....	50
Abbildungsverzeichnis.....	52
Tabellenverzeichnis.....	53



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

## 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. 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 Nordrhein-Westfalen orientiert sich in seinem Aufbau an dem DAK-Pflegereport 2024<sup>1</sup>. 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 Nordrhein-Westfalen;
- **qualitativen Interviews** mit beruflich Pflegenden in ganz Deutschland – auch in Nordrhein-Westfalen, durchgeführt von AGP Sozialforschung;
- **Good Practice-Beispielen** aus allen Bundesländern, die aufzeigen, wo die Innovationspotenziale liegen und wie sich die professionelle Pflege entwickeln könnte, um die pflegerische Versorgung der Bevölkerung

---

<sup>1</sup> Download unter: <https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024-64670>

weiterhin, qualitativ hochwertig, sicherzustellen – ebenfalls mit einem Good Practice-Beispiel aus Nordrhein-Westfalen.

# 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). Diese Entwicklung kennt 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 NRW ist ein wenig niedriger im Vergleich mit der gesamtdeutschen Bevölkerung. 77,4% der NRWler und NRWlerinnen gehen davon aus, dass es zukünftig deutlich mehr Pflegebedürftige geben wird im Vergleich zu 80,5% im Bundesdurchschnitt. Hinsichtlich des Einsatzes von Pflegehilfskräften scheinen mehr NRWler und NRWlerinnen davon auszugehen, dass dieser ansteigen wird (58,9%) im Vergleich zur durchschnittlichen Einschätzung aller Deutschen (54,5%). Zudem scheint das Thema alternativer Versorgungsformen, wie Pflegewohngruppen, 14-Stunden-Kräfte oder Mehrgenerationenhäuser, in NRW etwas prominenter zu sein als in der Gesamtbevölkerung.

Die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung, 91% der Befragten in der gesamten Bundesrepublik, erwartet einen Anstieg der Pflegekosten. In NRW sind es, mit 89% der Befragten, etwas weniger. Allerdings erwarten mehr der Befragten in NRW, die von einer Kostensteigerung ausgehen, einen starken Anstieg der Pflegekosten.

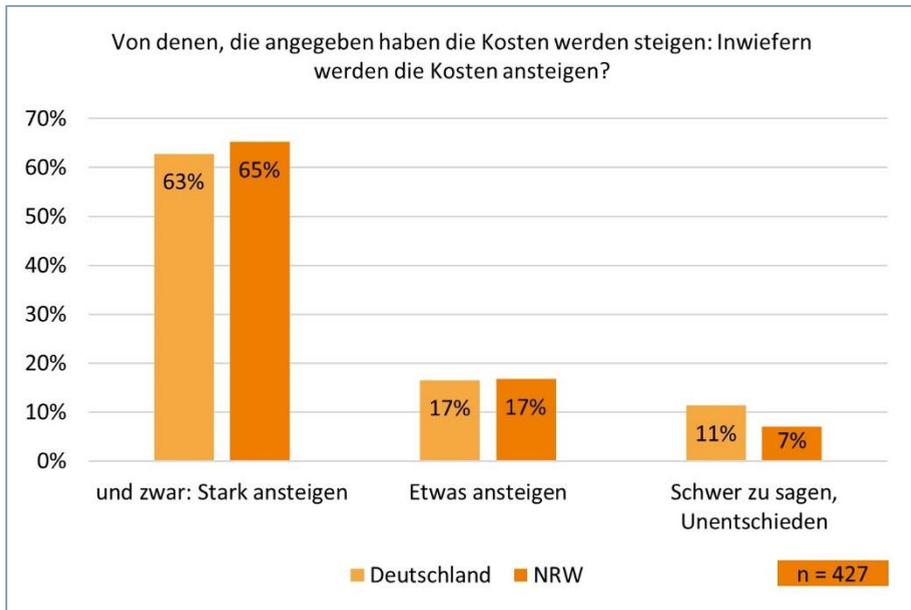


Abbildung 1: Stärke des erwarteten Anstiegs im Bereich der Pflegekosten (eigene Darstellung)

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. Solche Entwicklungen, die zusammenhängen mit dem Inkrafttreten des Tariftreuegesetzes und einer

verbesserten Personalausstattung, führen zu Irritationen und Sorgen, die auch in NRW ausgeprägt vorhanden sind.

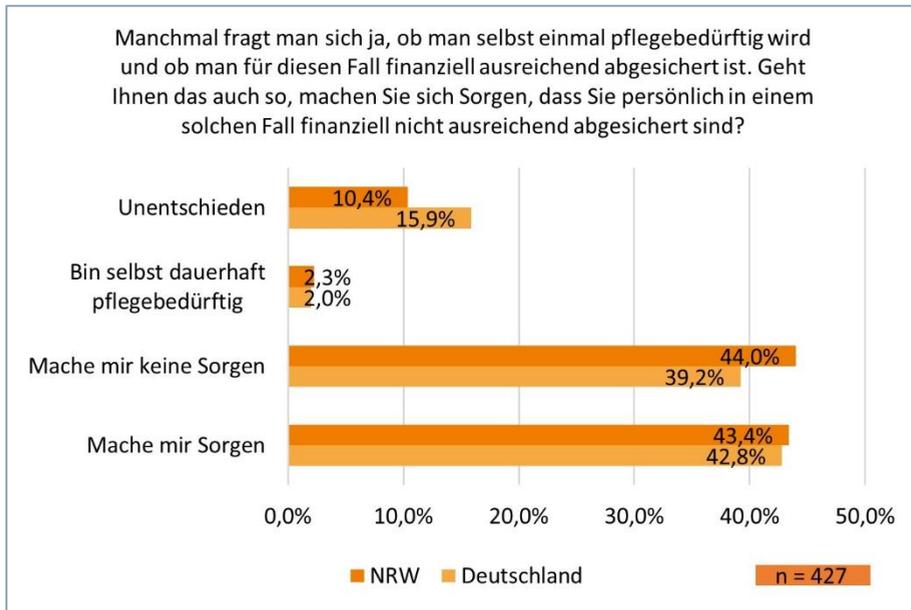


Abbildung 2: Sorgen hinsichtlich der Finanzierung bei eigener Pflegebedürftigkeit (eigene Darstellung)

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 Anspannung 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.

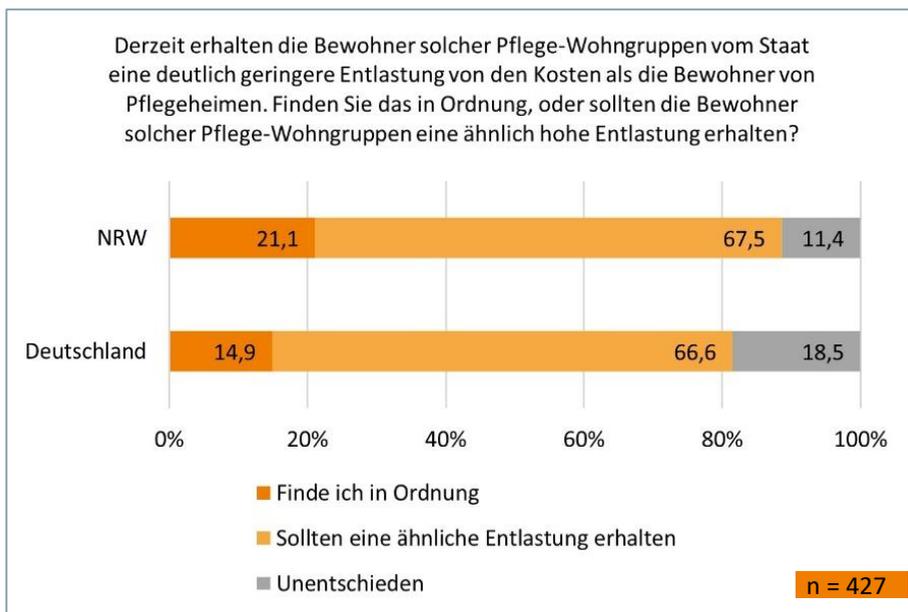


Abbildung 3: Bewertung der staatlichen, finanziellen Unterstützung von Pflegewohngruppen (eigene Darstellung)

Hamburg setzt weiterhin auf ambulant betreute Wohngemeinschaften und hat anders als andere Bundesländer auch klare Regeln für eine ergänzende sozialhilferechtliche Finanzierung geschaffen.

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 NRW fällt allerdings die Bereitschaft etwas höher aus als im Bundesdurchschnitt.

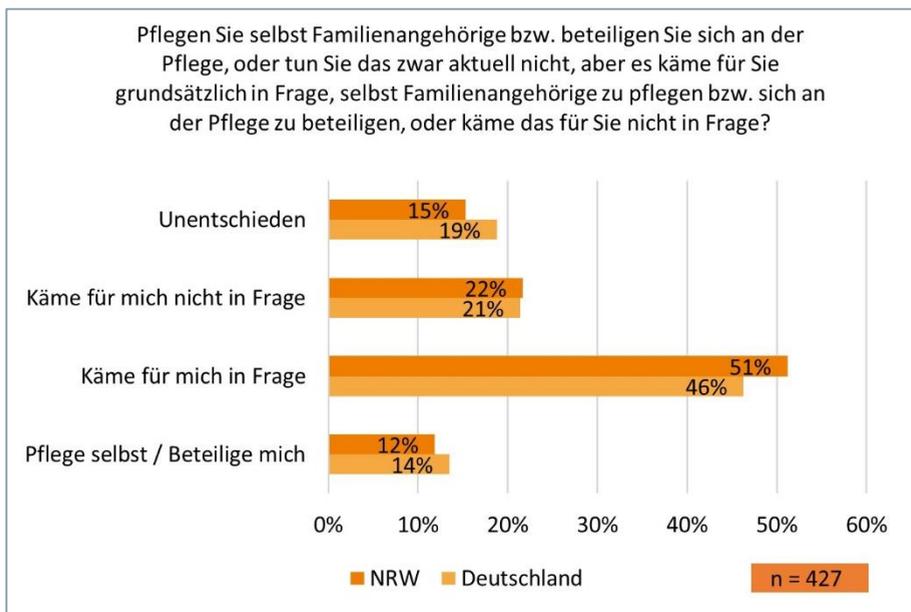


Abbildung 4: Wer zur Angehörigenpflege bereit wäre (eigene Darstellung)

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.

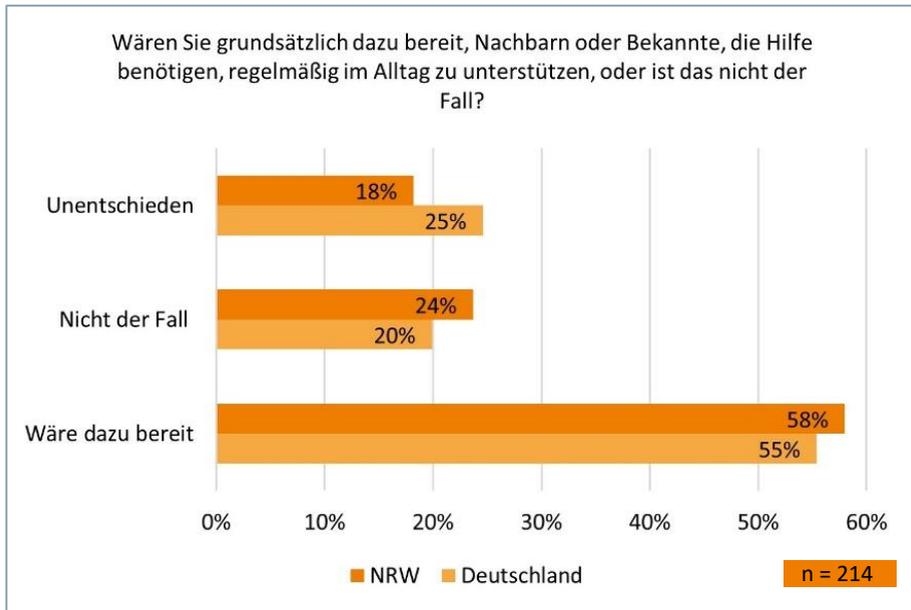


Abbildung 5: Nachbarschaftspflege und -unterstützung: Die Vorstellung einer festeren Bindung schreckt nur wenige ab (eigene Darstellung)

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).

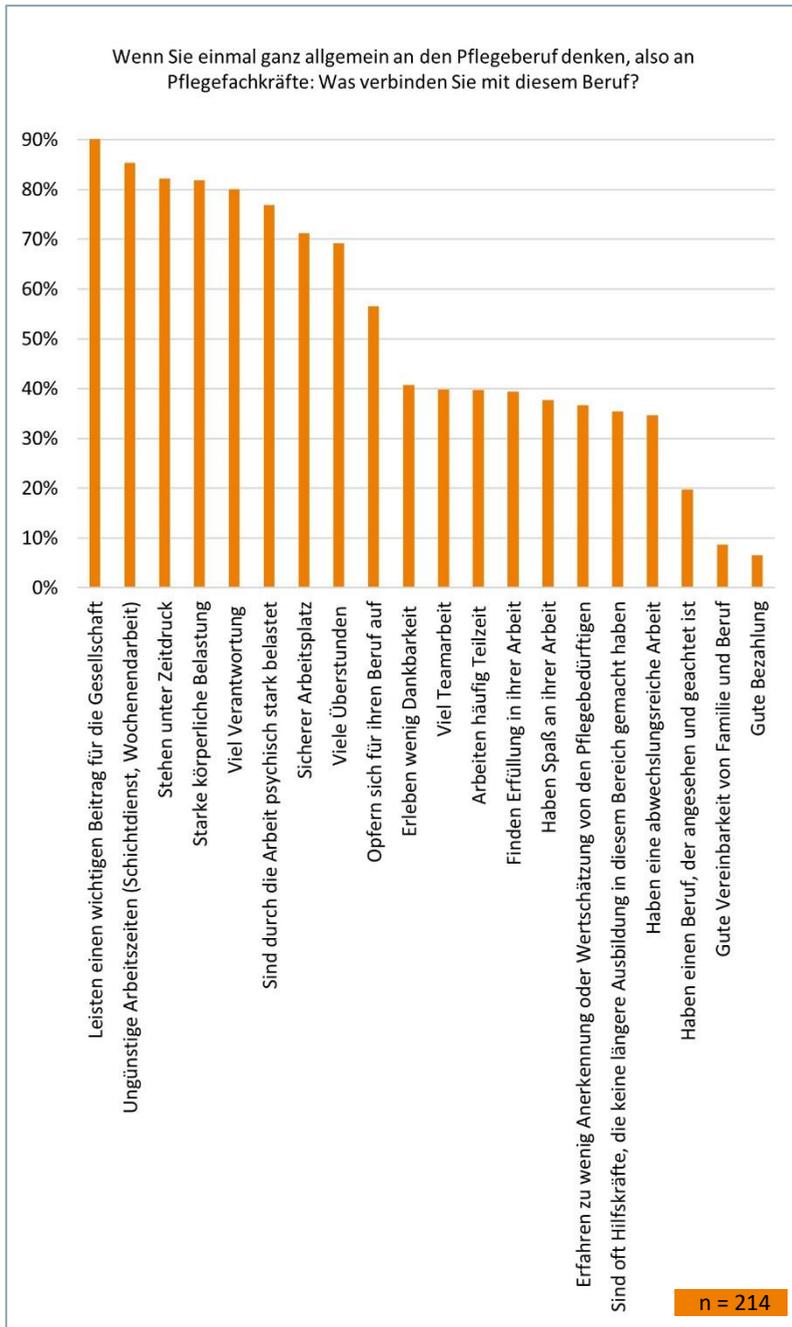


Abbildung 6: Hohes Ansehen des Pflegeberufes (eigene Datstellung)

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.

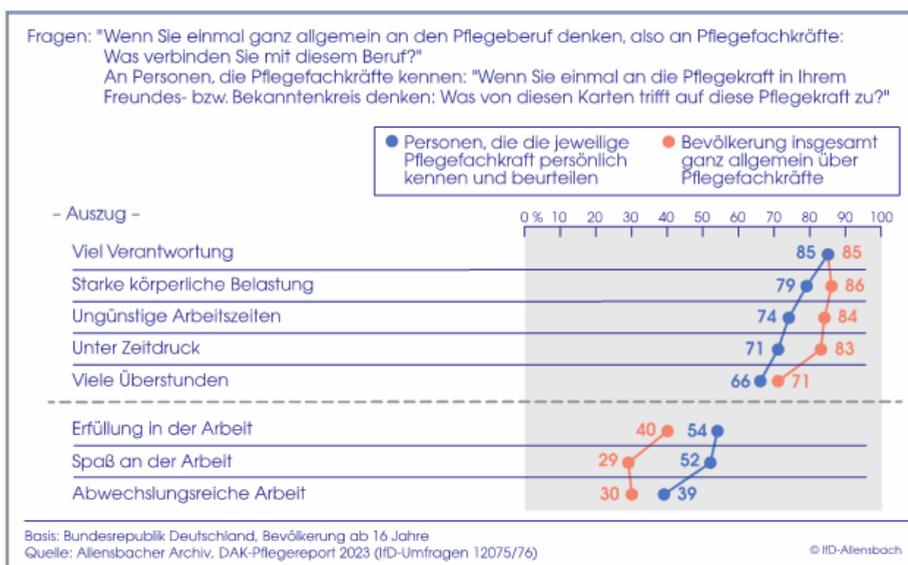


Abbildung 7: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt (eigene Darstellung)

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.

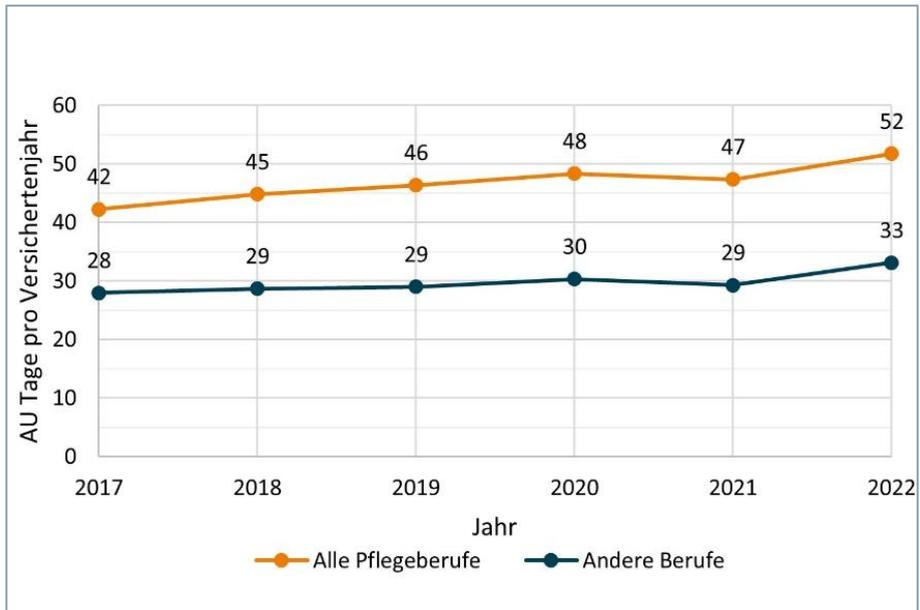


Abbildung 8: Arbeitsunfähigkeitstage in NRW pro Versichertenjahr nach Berufsgruppen (eigene Darstellung)

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 NRW sind geringfügig höher. Die Entwicklung nach Jahren gibt Hinweise darauf, dass die Arbeitsbelastung stärker geworden ist – oder aber, dass die hier untersuchten Baby-Boomer-Jahrgänge mit höherem Alter über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen. Eine geografische Darstellung der Daten zu den AU-Tagen lässt deutliche Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen nach Bundesländern erkennen. Die größten Abweichungen hinsichtlich der AU-Tage zeigen sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland.

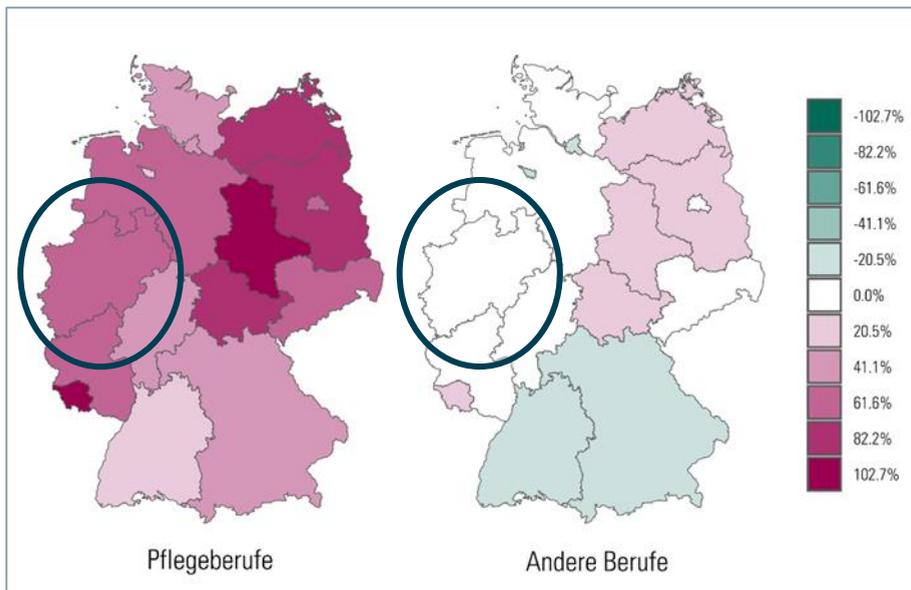


Abbildung 9: Relative Abweichung in Prozent der AU-Tage je Versicherungsjahr vom Bundesdurchschnittswert bei Berufstätigen Baby-Boomern in Pflegeberufen und anderen Berufen nach Bundesländern im Jahr 2022 (eigene Darstellung)

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. In NRW wurde die Pflegekammer errichtet. Dadurch hat sich die Datenlage für NRW verbessert, wenngleich es (auch) in NRW noch lange nicht gelungen ist, alle Pflegekräfte vollständig in der Pflegekammer zu registrieren – es sollen etwa 50 % sein. Unter Zuhilfenahme zahlreicher Quellen kann es allerdings gelingen, sich ein genaues Bild von der quantitativen Personalsituation in der Pflege in Deutschland zu verschaffen. Über Arbeitsmarktreserven in der Pflege verfügt Deutschland schon heute nicht mehr – das gilt für alle Regionen. Gleichwohl zeigt sich die Personalsituation in der Pflege doch in einer großen regionalen Heterogenität. Es reicht nicht aus allein den Fehlbedarf von Pflegekräften, aktuell und zukünftig, für die gesamte Bundesrepublik zu beziffern, wichtig ist eine konsequent regionale Betrachtung. Pflege ist ein Beruf mit einem lokalen, oder maximal regionalen, Arbeitsmarkt. Die Berufsmobilität ist gerade bei den typischen Frauenberufen, zumindest dort, wo es sich nicht um Leitungspositionen handelt, gering. Insofern machen auch keine überregional geschalteten Anzeigen für freie Arbeitsplätze im Krankenhaus, respektive der Langzeitpflege, Sinn. Wenn schon heute vielerorts Schwierigkeiten bestehen, ausreichend Pflegepersonal zu finden, wird sich die Situation in der Zukunft deutlich verschärfen. Dies liegt weniger daran, dass so viele Pflegekräfte ihrem Beruf den Rücken kehren, sondern hat ganz wesentlich berufsdemografische Hintergründe. Darum widmet sich der DAK-Pflegereport 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, das zeigen etwa die Monitoringstudien zum Pflegepersonalbedarf in Bayern und Baden-Württemberg, gibt es nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch auf der Ebene der Landkreise und Stadtkreise sowie zwischen den Sektoren höchst unterschiedliche Herausforderungen, um die pflegerische Versorgung sicherstellen zu können. Die Maßnahmen, die zur Begegnung der Mangelsituation ergriffen werden, sind vielfältig – auch in NRW. Sie reichen von Ausbildungsoffensiven, einer Stärkung der akademischen Pflegeausbildung bis hin zu Aktivitäten im Zusammenhang mit der Zuwanderung und ihrer Erleichterung und bleibt die Ausbildung und Qualifizierung junger Pflegenden vor Ort und dies in den vorhandenen Einrichtungen. Ein Blick in die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungskennzahlen der Pflege weist aus, dass der Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein deutliches Wachstum in den vergangenen Jahren aufweist (Tabelle 1).

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. 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
Brandenburg	6.723	8.268	23,0
Bremen	2.174	2.534	16,6
Hamburg	5.308	6.600	24,3
Hessen	16.196	19.092	17,9
Mecklenburg-Vorpommern	6.061	7.188	18,6
Niedersachsen	26.231	31.058	18,4
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>57.573</b>	<b>83.920</b>	<b>45,8</b>
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 Berufseinstimmung 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 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 NRW belief sich der Wert auf 38,8 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 Nordrhein-Westfalen**

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 Pflegende 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 Nordrhein-Westfalen lassen sich dabei die nachfolgenden Daten in der regionalen Übersicht aufzeigen: 2017 waren im Bereich der qualifizierten Pflegenden ohne Helferinnen und Helfer 258.316 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gemeldet. Die Anzahl stieg in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich bis 2023 auf 285.367. Gemessen an der Gesamtzahl der Beschäftigten ist dies eine Steigerung um 10,5 Prozent. Das ist im Ländervergleich in Deutschland der größte Zugewinn an Beschäftigtenzahlen in der Pflege. In der Summe kann für Nordrhein-Westfalen tendenziell von einer weiterhin dynamischen Situation der Beschäftigung ausgegangen werden.

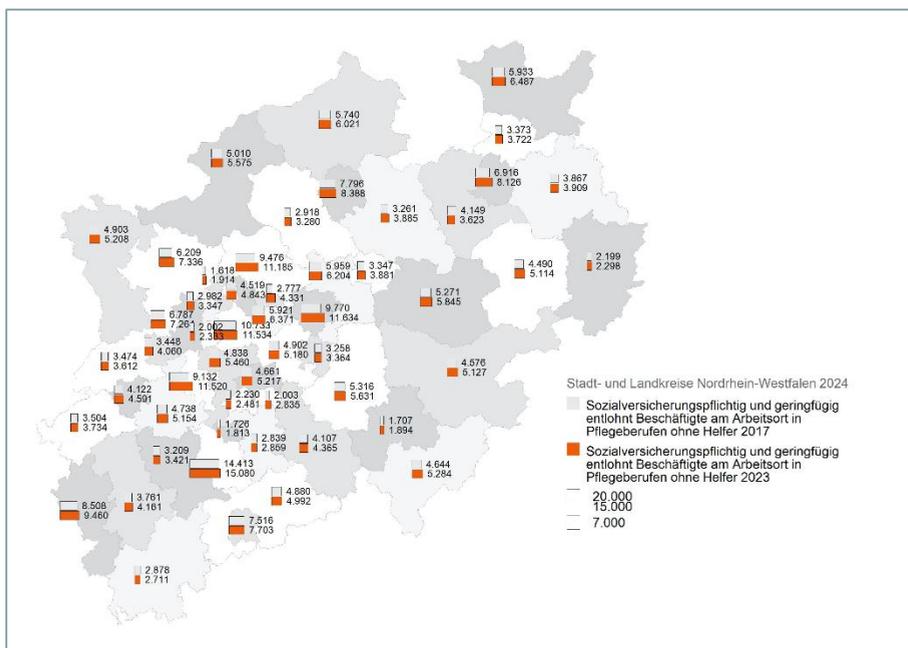


Abbildung 11: Entwicklung Pflgende regional 2017 bis 2023 (eigene Darstellung)

In der kurzfristigen Betrachtung zwischen 2019 und 2022 ergeben sich keine Hinweise auf eine Reduzierung in der Beschäftigung. Die Anzahl stieg um 17.257 Beschäftigte an. Dies verweist darauf, dass es im Rahmen der Corona-Pandemie in Nordrhein-Westfalen 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 267.395 Pflegenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, so stieg die Anzahl der Beschäftigung bis 2022 auf 284.652 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 Nordrhein-Westfalen festgestellt werden:

- Der Bestand an arbeitslos gemeldeten Pflegenden steigt in der langfristigen Beobachtung (2013 bis 2023) nicht an und liegt beständig zwischen 750 und rund 1.000 gemeldeten Personen im Jahresdurchschnitt
- Die Arbeitslosenquote liegt zwischen 2013 und 2023 bei rund um ein Prozent und verweist auf eine Vollbeschäftigung
- Der Bestand an offen gemeldeten Arbeitsstellen im Jahresdurchschnitt ist konstant oberhalb der Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen Er lag in 2013 bei 3.896 und stieg bis 2023 auf 5.274 Stellen.

Der Fachkräfteengpass in der Pflege in Nordrhein-Westfalen begründet sich durch einen Aufbau der Strukturen und eine steigende Personalnachfrage des Marktes, die oberhalb der weiterhin deutlich 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>)<sup>2</sup>. 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.

---

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

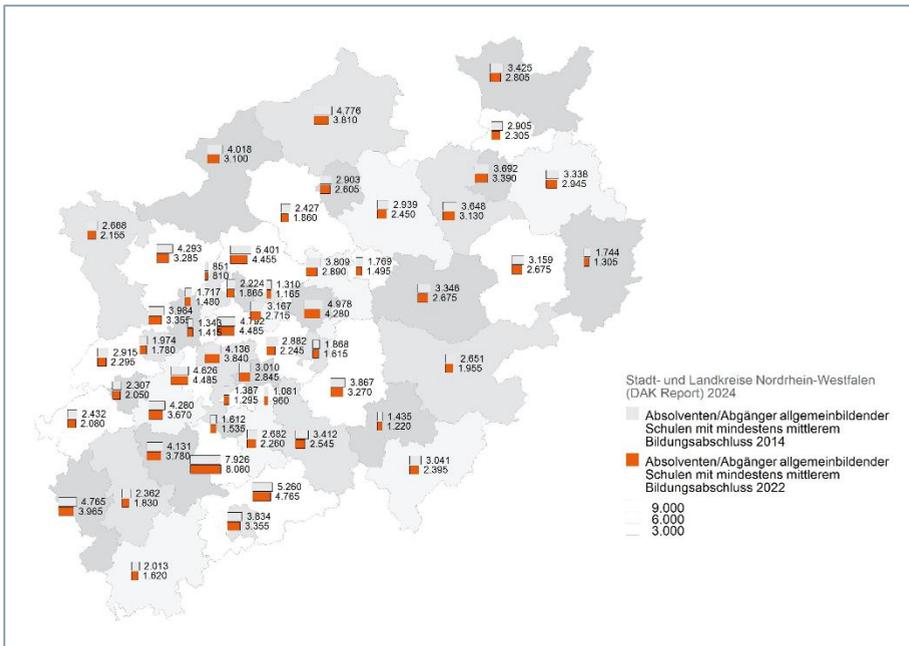


Abbildung 12: Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen (eigene Darstellung)

In Nordrhein-Westfalen ist im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022 ein deutlicher Rückgang der Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss insgesamt zu beobachten. In 2014 wurden 166.515 Absolventinnen und Absolventen erfasst, in 2022 waren es 142.640. Das entspricht einem Rückgang von 14,3 Prozent.

Bei kontinuierlich sinkenden Kennzahlen qualifizierter Absolventinnen und Absolventen steigt für den Sektor der Pflege der Druck, aus einem geringer werdenden Potenzial die notwendigen Auszubildenden zu gewinnen.

### 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 Nordrhein-Westfalen insgesamt, so stellt sich die Verteilung bezogen auf die Anzahl der Pflegenden wie folgt dar:

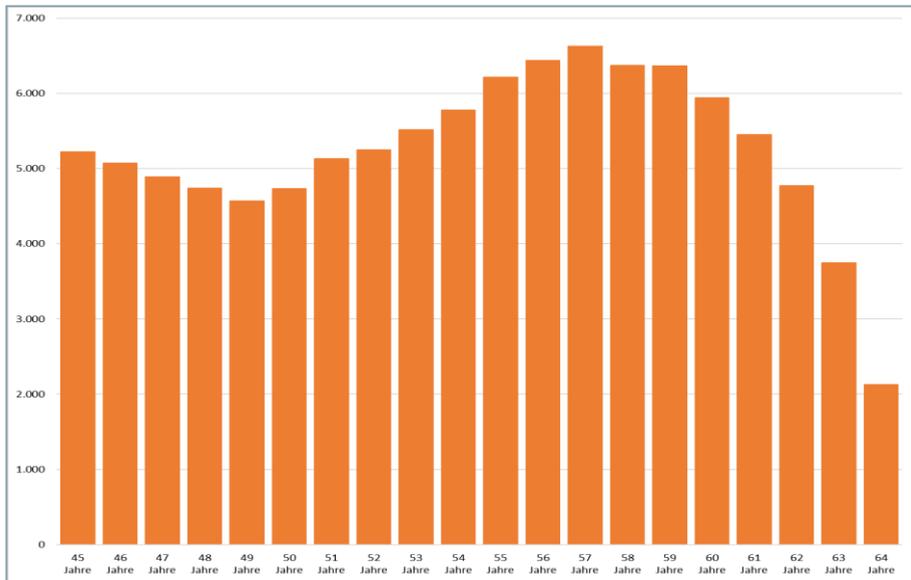


Abbildung 13: Altersverteilung der Pflegenden in Nordrhein-Westfalen 2023 (eigene Darstellung)

Die numerisch größte Gruppe der Pflegenden ist 57 Jahre alt, wobei die Anzahl in den benachbarten Altersstufen nur geringfügig abweichen. Insgesamt sieht man ab der Gruppe der 51-Jährigen eine Zunahme und nach den 60-Jährigen eine stärkere 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 Pflegende vor Beendigung des 65. Lebensjahr bereits (ggf. unter Abschlagen) in den Ruhestand eintreten.

In der Gesamtheit kann festgehalten werden, dass im Landesdurchschnitt 29,9 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 29,2 Prozent, bei den Altenheimen sowie Alten- und Behindertenwohnheimen (WZ 8730) werden für 2023 insgesamt 31,4 Prozent berechnet. Die Mitarbeitenden in den Pflegeheimen (WZ

8710) machen einen Anteil von 30,3 Prozent aus und in den ambulanten Diensten (WZ 88101) sind es 29,1 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	Nordrhein-Westfalen
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2020	14.457
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2021	15.711
Auszubildende zum Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 2022	14.298
Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2020	15.837
Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2021	17.385

Ausbildungseintritte im Berichtsjahr (inkl. vorzeitige Lösungen) 2022	15.747
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2020	1.383
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2021	1.677
Beendigung der Ausbildung im Berichtsjahr ohne Prüfung (= vorzeitige Lösungen) 2022	1.449

Deutlich wird, dass die Anzahl der Berufseintritte im Jahr deutlich über denen der Auszubildenden zum Stichtag 31.12. liegen. Die Anzahl der Beendigungen im Berichtsjahr schwanken in der Absolutzahl. In 2020 lag der Prozentanteil bei 8,7 in 2021 ergibt sich ein deutlich höherer Wert von 9,6 und in 2022 lag der Anteil, bei 9,2 Prozent. 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 wird<sup>3</sup>. 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.

---

<sup>3</sup> 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.

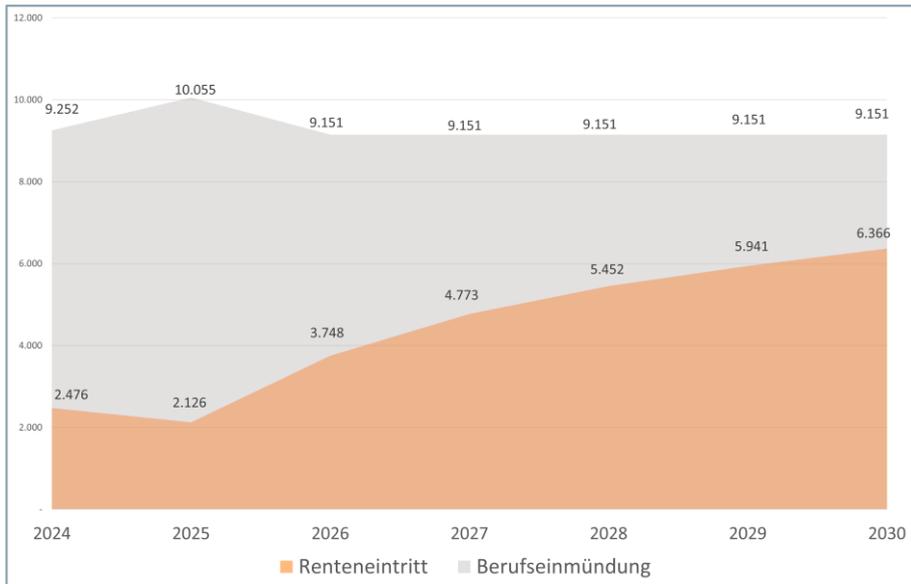


Abbildung 14: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis 2030 (eigene Darstellung)

Ausgehend von 14.457 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in 2020 wird bei einer Erfolgsquote von 80 Prozent in 2023 mit 11.566 examinieren 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 9.252 Personen in die unterschiedlichen Wirtschaftszweige einmünden.

Ihnen stehen die kalkulierten 2.476 Pflegenden 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 6.776 Pflegenden ausgegangen, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegen. In 2025 wird das Berufseinmündungspotenzial aufgrund des hohen Jahrgangs in der Pflegeausbildung in 2021 steigen und es ergibt sich eine positive Bilanz von 7.929 Pflegenden, die über der Kapazität der Berufsaustritte liegt. Prognostisch zeigen die vorliegenden Daten für Nordrhein-Westfalen insgesamt, dass sich ab dem Jahr 2026

die Anzahl der gesichert ausscheidenden Pflegenden der Entwicklung der anzunehmenden Berufseinmündungen beständig annähert. Ein Delta aber bleibt in diesem Bundesland auch längerfristig bestehen.

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 285.367 qualifizierte Pflegende als sozialversicherungspflichtig geführt. Das Berufseinmündungspotenzial in 2024 bedeutet eine rechnerische Kapazität von 2,4 Prozent. Diese steigt 2025 auf 2,8 Prozent der Beschäftigten und nimmt nachfolgend deutlich ab. Bereits 2026 ergibt sich lediglich eine Kapazität von 1,9 Prozent gemessen an der Beschäftigung aus 2023. Diese nimmt jahrgangsbezogen weiter ab. Bereits 2027 ist nur noch mit einer kalkulatorischen Kapazität von 1,5 Prozent zu rechnen. Verändern sich hier nur geringfügig die Parameter (z.B. eine Reduzierung der Ausbildungskennzahlen oder eine Erhöhung der Berufsaustritte), so stehen keine Reserven zur Verfügung.

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 können. Ein Strukturaufbau der pflegerischen Versorgung, wie er vorherig im Bereich der Entwicklung der Einrichtungen und der Zunahme der Beschäftigung in den bestehenden Einrichtungen beschrieben wurde, kann angesichts der vorliegenden Kennzahlen allein aus der Qualifikation nicht erfolgen. Werden keine zusätzlichen Ressourcen gewonnen (z.B. durch die Anwerbung von Pflegenden aus dem Ausland), so können die bestehenden Einrichtungen lediglich Personal ersetzen.

Dieses realistische Ergebnis aus der Berechnung kollidiert mit den Erwartungen der Pflegenden, durch einen 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 Pflegende 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 Pflegehilfs- und Assistenzkräfte, die interviewt wurden. Beziehungen zu den Patientinnen oder Pflegebedürftigen spielen eine zentrale Rolle. Die Empathie ist eine der Interaktionsbezogenen Qualitäten des Pflegeberufes, Pflege sei ein „Herzensberuf“ so die mehrfach geäußerten Einschätzungen. Die Interviewten beschreiben, dass der Beruf von ihnen sinnstiftend erlebt wird. Gerade der Wertebezug wird als attraktiv am Pflegeberuf empfunden. Von Pflege als Traumberuf sprechen eine Reihe der Interviewten. Das von ihnen

vertretene Pflegeverständnis ist stark beziehungsorientiert und häufig, gerade in der Langzeitpflege, sozialpflegerisch ausgerichtet. Mit dem seit 2020 gesetzlich vorgesehenen Konzept der Vorbehaltsaufgaben können sich längst nicht alle identifizieren und anfreunden, auch wenn das Pflegeberufegesetz mit den mit ihm verbundenen Ausbildungsinhalten und Pflegeverständnissen von manchen begrüßt wird. Pflege gehöre in professionelle Hände, so die Aussage von einigen Interviewten, die sich gegen immer noch landläufige Haltungen richtet, pflegen könne jeder Mensch, auch ohne Ausbildung. Die Verbindung von Wissen, Handwerk, Hermeneutik und Beziehung macht gute Pflege aus. Sie ist bedroht durch die Arbeitsbedingungen, die als zunehmend ungünstig beschrieben werden. 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, das stärker verantwortungsvolle Steuerungsfunktionen, aber auch Arbeitsteilung befördert.

Der Blick auf die nächste Generation fällt ambivalent aus. Ob die Generation Z, wie sie genannt wird, in gleicher Weise den Ethos der Fürsorge teilt, ob sie den Belastungen gewachsen sind – dies wird zum Teil in Zweifel gezogen. Andererseits

äußern auch eine Reihe von Interviewten Zuversicht: Die nächste Generation werde es, wenn auch anders, vielleicht sogar besser machen. Ob nun Digitalisierung oder Robotik: Die nächste Generation werde professioneller und unbefangener mit diesen zusätzlichen Möglichkeiten umgehen und sie nutzen.

Gefragt nach dem politischen Handlungsbedarf in der Pflege bedienen sich die Interviewten zum Teil der üblichen Narrative: bessere Bezahlung, höheres Ansehen. Empirisch leiden zumindest die Pflegefachkräfte an beidem nicht. Die Forderung nach einer besseren Bezahlung, die von den Interviewten geäußert wird, vermittelt den Wunsch nach einem Ausgleich für die schlechten Rahmenbedingungen. Die Bezahlung war, aber ist nicht mehr das eigentlich 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 NRW, dem Land mit dem höchsten Anteil an anerkannten transnationalen Pflegekräften. 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. Das sind aber nur wenige. 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 Kirsten Pfeiffer (Pseudonym), einer Pflegefachkraft in einem Pflegeheim in NRW.

#### 4.1 Fallvignette: Kirsten Pfeiffer pflegt so, wie sie es sich für sich selbst wünschen würde

Kirsten Pfeiffer wollte in der Pflege arbeiten, seit sie denken kann. Nach einem Vorpraktikum im Pflegeheim entschied sie sich für die Altenpflege.

*„Ich kannte den Heimleiter von einem Altenheim und [er] hat gefragt, ob ich da in den Ferien einfach mal arbeiten könnte, um da reinzuschnuppern, ob das überhaupt was für mich ist. Und das habe ich dann gemacht und ich war sofort Feuer und Flamme und war mir sicher, dass ich das machen wollte.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 5-9)*

Im Anschluss an ihre Ausbildung durchlief sie ihr Anerkennungsjahr und ist seitdem bis heute in derselben Einrichtung tätig. Im Laufe der Zeit machte sie eine Weiterbildung im Demenzbereich. Aktuell arbeitet sie in Vollzeit auf einem Wohnbereich speziell für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Was ihr an dieser Einrichtung besonders gefällt, sind die beinahe familiären Beziehungen zu den Kolleginnen sowie der kurze Arbeitsweg. Außerdem kann sie sich in herausfordernden Momenten mit ihren Kollegen beraten, das würde ihr im ambulanten Bereich fehlen. Mit vielen der Kolleginnen hatten sich über die Zeit freundschaftliche Beziehungen entwickelt. Für sie ist es genau dieser Beziehungsaspekt, der den Pflegeberuf ausmacht: *„Das ist auch so wie Familie, das [ist] quasi, würde ich sagen, mein zweites Zuhause schon mittlerweile“* (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 32-33). Leider sind diese Kolleginnen mittlerweile alle in Rente und mit den jüngeren Kolleginnen versteht sie sich nicht ganz so gut. Neben den Kontakten zu ihren Mitarbeitenden, schätzt Fr. Pfeiffer den gegenseitigen Austausch mit den Bewohnenden. Auch die Körperpflege direkt am Bett bereitet ihr große Freude. Ihr pflegerisches Handeln richtet sie daran aus, wie sie sich ihre eigene Versorgung wünschen würde.

*„Ich sag mal, die Beziehungen zu diesen Menschen da. Die geben einem total viel. Also ich mache viel Blödsinn mit denen. Es sind auch Gespräche. Wenn die von früher erzählen oder von ihren Familien und so. Das macht mir Spaß. Und die Pflege an*

*sich auch. Ich finde das schön, wenn die so von Kopf bis Fuß [...] frisch sind. Wenn man die geduscht hat mit Haarwäsche, mit Nägel schneiden, das Bett frisch bezogen, frisches Nachthemd zu Abend, so wie man das halt selber gerne hätte. Also ich pflege die so, wie ich das für mich selber auch am liebsten hätte. [...] Man ist vertraut mit denen, führt dann auch schon mal private Gespräche über die Kinder, Urlaube und so was alles oder die selber erzählen auch viel von ihren Familien und das ist einfach schön.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 49-57)*

Besonders motiviert ist Fr. Schneider davon, dass sie in ihrer Einrichtung die „Lieblingsschwester“ von einer der Bewohnerinnen ist (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 70). An Weiterbildungen, beispielsweise zur Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung, hat Kirsten Pfeiffer kein Interesse. Diese Stellen sind ihr mit zu viel Schreibtischarbeit bzw. Arbeit am Computer verbunden; Aufgaben, die sie als lästig beschreibt. Lieber möchte sie ihre Zeit im direkten Umgang mit den Bewohnenden einsetzen. Auch bereits jetzt schon, in der Position als Pflegefachkraft, ist ihr der Dokumentationsaufwand eigentlich zu hoch. Sie kritisiert, dass der Dokumentation ein viel höherer Stellenwert eingeräumt würde als der tatsächlichen Versorgung der Bewohnenden. Sie sieht es als generelles Problem des Pflegeberufes an, dass die Pflegefachkräfte zu viel Zeit mit Aufgaben am Computer verbringen. Um die Attraktivität des Berufes wieder zu steigern, müsste dieser Aspekt sich ihrer Meinung nach ändern.

*„Man müsste für die ganzen Bürotätigkeiten [...] einfach Schreibkräfte [einstellen], [damit] die paar Leute, die noch so mit Leib und Seele pflegen und auch Spaß daran haben, dass die sich auch wirklich aufs Pflegen konzentrieren können und nicht noch Zeit am Schreibtisch vergeuden, sage ich jetzt mal. Ich weiß, dass die Schreibtischarbeit wichtig ist, aber da sollte man doch Leute hinsetzen, die das gelernt haben, die das auch dementsprechend so machen, wie der MD das gerne lesen möchte und wie es auch richtig ist und nicht Leute, die eigentlich viel lieber pflegen möchten, weil es hat ja seine Gründe, warum man überhaupt in den Pflegeberuf gegangen ist. Sonst hätte ich Bürokauffrau werden können.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 221-229)*

An dieser Stelle sieht sie außerdem einen Ansatzpunkt, um Personen, die wegen Rückenproblemen oder Schwierigkeiten mit dem Schichtdienst aus diesem Bereich ausscheiden würden, weiterhin im Bereich der Pflege zu beschäftigen. Neben den Dokumentationspflichten gibt es auch andere Dinge, die sie in ihrem Beruf als Belastung empfindet. Häufig hat sie das Gefühl, viele Dinge gleichzeitig erledigen zu müssen.

*„Also wir haben zum Beispiel das Telefon immer in der Tasche, also wenn während der Pflege so ständig Anrufe kommen von außen, von Ärzten, von Angehörigen, von der Apotheke. So was halt. Und wenn ein Bewohner schellt, das ist auch so ein nerviges Geräusch immer. Das klingelt dann auch immer zusätzlich noch bei uns in der Kitteltasche. Also diese, diese Geräuschbelästigung, die man so hat. Ich kann eh nur bei einem Bewohner sein und nicht zeitgleich woanders, aber das dann immer noch. [...] Ich finde so ein Telefon, das hat in der Pflege einfach überhaupt nichts zu suchen. Da sollte man ganz mit den Menschen da sein und nicht noch mit zehn anderen Sachen beschäftigt sein.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 151-159)*

Dieses ständige Erreichbar-Sein ist anstrengend und mit einer hohen Geräuschbelastung verbunden. Eine für ihren Arbeitsbereich, der Arbeit mit Menschen mit Demenz, spezifische Belastung ist, dass einige Bewohnende sehr oft „Hallo“ oder „Hilfe“ rufen. Hin und wieder kommt es auch zu Situationen, in denen Bewohnende aggressiv oder sogar handgreiflich werden. Entlastung erfährt sie dabei zum einen durch ihr Team und zum anderen durch ausgleichende Freizeitaktivitäten.

*„Ich sag mal so auf der Arbeit [...] wenn man [...] zehn Tage hintereinander da war und ist dann bisschen überspannt oder so, dass man dann auch sagt: „Hallo, kannst du mal da reingehen? Also ich kann da jetzt heute mal nicht reingehen.“, so ungefähr. Oder auch zwischendurch mal auf dem Balkon mal frische Luft schnappen, so was. Also sich aus der Situation dann rausnehmen, weil und ich sage, mal so was Freizeit betrifft, ich fahr viel Fahrrad, ich gehe schwimmen. Also so Sport und Natur, so sage ich mal, als Ausgleich zu dem, was man da so gibt oder vielleicht auch mit nach Hause nimmt.“ (Int 9\_Kirsten Pfeiffer, Pos. 174-180)*

Trotz all diesen Belastungen hat Fr. Pfeiffer noch nie darüber nachgedacht, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Stattdessen kritisiert sie die Rahmenbedingungen. Wie viele andere Pflegekräfte auch, fordert Fr. Pfeiffer mehr Personal, verlässliche Dienstpläne, ausreichend Ruhezeiten und einen anständigen Umgang mit dem Personal.

*„Das ist tatsächlich so wenn jemand ausfällt, nämlich Krankenschein usw., dann bricht schon fast alles zusammen. [...] Dann ja, was Arbeitszeiten betrifft: Wir haben manchmal, oder eigentlich recht oft, diesen kurzen Wechsel, das heißt, man kommt vom Spätdienst nach Hause und hat dann am nächsten Tag wieder Frühdienst. Ja, das ist natürlich so, dass man die Nacht dann kaum schläft, weil man Angst hat, am nächsten Tag zu verschlafen. Und da sind viele Kollegen, die da ein Problem [...] haben, diese fehlenden Ruhezeiten oder [...] Wochenenden, die eigentlich frei sind, dann heißt es: „Ja, ihr habt aber nur Anspruch auf zwölf freie Sonntage im Jahr.“ Dann wird man einfach an seinem freien Wochenende verplant. [...] Da wird dann einfach drüber den Kopf drüber hinweg geplant.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 206-218)*

In ihrer Erinnerung waren die Rahmenbedingungen und auch der Umgang mit dem Personal früher besser. Sie beklagt, dass in der Vergangenheit mehr Rücksicht auf ältere Kolleginnen genommen worden wäre. Diese hätten dann eher Medikamente gerichtet und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernommen. Auch hätte sie damals mehr Zeit gehabt, um sich intensiv mit den Bewohnenden beschäftigen zu können. Heute hingegen empfindet sie das Arbeiten eher als „Akkordarbeit“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 286).

*„Also ich sehe das als Abfertigung mittlerweile und das tut mir auch weh, weil die sehen uns ja wirklich nur zur Pflege, zum Essen reichen, zu Lagerungen und Toilettengängen. [...] Als ich damals in die Pflege gegangen bin, hatte man noch Zeit für Spiele, Ausflüge. Man ist zur Eisdielen, mal eine Runde über die Kirmes oder am Rhein spazieren und und und. Das haben wir überhaupt gar nicht mehr. Aber manchmal fehlt einfach für die simpelsten Gespräche die Zeit, weil einfach man weiß, der nächste wartet schon oder ruft schon.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 286-292)*

Darüber hinaus kritisiert sie, dass die Pflegefachkräfte immer mehr hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen müssen, wie das Verteilen der Wäsche, was früher von 1€-Kräften übernommen wurden. Auch gab es in ihrer Wahrnehmung deutlich mehr junge Menschen, die ein Praktikum in der Pflege absolviert haben. Dies wäre eine Möglichkeit gewesen, um in Berührung mit dem Pflegeberuf zu kommen und ihn ggf. für sich zu entdecken.

*„Früher gab es ja auch die Zivildienstleistenden oder freiwilliges Soziales Jahr, um da einfach mal reinzuschnuppern und zu sehen, was ist denn Pflege überhaupt? Worum geht es denn da? Ich fände das schön, wenn das so ein bisschen verpflichtend wäre, in die sozialen Berufen mal reinzuschnuppern. Man muss ja nicht unbedingt in der Pflege, aber es gibt ja überall was zu tun. Betreuung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten usw. und so fort. Dass die Leute da herangeführt werden. Es muss nicht unentgeltlich sein. Wie gesagt, dieses Bufdi oder Zivildienstleistende, die da Geld dafür bekommen, dass sie so eine Art Sozialpraktikum dann machen in der Pflege, um das so ein bisschen publik zu machen.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 345-352)*

Auch in der Politik kommt das Thema Pflege aktuell, aus Fr. Pfeiffers Sicht, viel zu kurz: Sie bezieht sich dabei auf notwendige Änderungen in der Finanzierung des gesamten Pflegesystems. Besonders vor dem Hintergrund der hohen Kosten eines stationären Pflegeplatzes empfindet sie es als ungerecht, dass für Pflegebedürftige viele zusätzliche Kosten, z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten, anfallen. Darüber hinaus ist es schwierig Verordnungen zu erhalten oder Hilfsmittel bewilligt zu bekommen. Bisherige politische Reformen hält sie nicht für eine Lösung des Problems:

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

Genauso wenig sieht sie in Zuwanderung eine Lösung. Als Gegenargument führt sie fehlende Sprachkenntnisse an, die Kommunikationsbarrieren mit Bewohnenden mit Schlaganfall herbeiführen würden. Sie betont dabei, dass es ihr nicht um Menschen ginge, die schon immer hier wohnen und die Sprache beherrschen. Sprachkurse sind laut Fr. Pfeiffer nur bedingt eine Lösung, weil Deutsch zu lernen schwierig ist und lange dauert. Als weiteres Problem identifiziert sie den schlechten Ruf der Pflege in der Gesellschaft. Fr. Pfeiffer hat das Gefühl, dass sich dies nach Corona noch weiter verschlechtert hat, weil die Menschen Angst hätten, sich in einem solchem Beruf mit Krankheiten anzustecken. Es verletzt sie, dass der Beruf, den sie aus Überzeugung ausübt, so negativ dargestellt wird.

*„Aber dass es Menschen gibt, die das einfach total gerne machen, das geht total unter. Das finde ich so traurig. Das ist ja nicht jetzt eine Notlösung für mich gewesen. Das war mein Traumberuf. Und wenn die schlimme Bürokratie nicht wäre, wäre das nach wie vor auch mein Traumberuf. Wenn ich einfach viel mehr Zeit für die Leute hätte, wie das früher so war.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 354-360)*

Obwohl die Pflege ihr Traumberuf war, kann sie sich nicht vorstellen, bis zur Rente zu arbeiten. Mittlerweile hat sie diverse gesundheitliche Einschränkungen, deren Entstehung sie unter anderem auf den Beruf zurückführt.

*„Ich meine, da müsste differenziert werden, dass Pflegeberufe einfach gar nicht so lange arbeiten können, schon alleine durch den Schichtdienst. Also man muss ja zum Glück ab 50 nicht mehr Nächte machen, aber viele Kollegen machen das einfach, um ihr Gehalt aufzubessern. Die haben dann drei Schichten und dann ist es so als Vollzeitkraft: Die arbeiten ja normalerweise zehn, zwölf Tage am Stück, um dann drei Tage frei zu haben. Und ich weiß nicht wie das Funktionieren soll mit fast 70.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 388-393)*

Sollte sie irgendwann einmal selbst Pflege benötigen, wünscht sie sich, dass sie zuhause durch einen ambulanten Pflegedienst betreut wird. Ihren Kindern möchte sie möglichst nicht „zur Last fallen“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 505). Darin sieht sie auch einen großen Ansatzpunkt für die Pflegepolitik. Der ambulante Sektor sollte besser gefördert werden. Denn gerade auch für Menschen mit Demenz wäre das häusliche Umfeld am besten für die Versorgung geeignet.

*„Fallen tun die Leute bei uns leider [...] auch, das können wir nun mal nicht verhindern. Wir können ja nicht überall gleichzeitig sein. Aber ich denke, man könnte die Demenz so ein kleines bisschen im Zaum halten, wenn die einfach in ihrer vertrauten Umgebung wären. Wo das Bett so steht, wie es immer stand, wo die Küche da ist, wo sie immer ist, die Toilette da ist, wo sie immer ist. Ich finde, wenn man dement ist und dann in so eine Einrichtung kommt, ist man ja erst mal noch mehr durcheinander, weil da nichts mehr so ist, wie es war. Viele fremde Menschen, viele fremde Eindrücke und so. Ich finde, man müsste die Pflege zu Hause mehr unterstützen. [...] Da sind die Holländer mit ihren Kommunen da und Nachbarschaftspflege und so. Die haben da ganz andere Ansätze, die ich sehr schön finde.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 515-527)*

Bei einem Ehrenamt sieht sie sich zukünftig eher nicht, höchstens die Bewohnerinnen, die sie aus ihrer Berufstätigkeit kennt, würde sie gern besuchen. Sich selbst pflegepolitisch zu engagieren, könnte sie sich zwar prinzipiell vorstellen, weiß aber nicht, wie sie das angehen sollte. Wenn sie auf ihr Berufsende blickt und die Generation, die ihrer eigenen im Pflegeberuf nachfolgt, scheint sie skeptisch zu sein. Für sie selbst ist die Pflege eine „Berufung“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 453), bei den Jüngeren hat sie dagegen das Gefühl, dass viele den Beruf ausüben, weil der Verdienst gut ist.

*„Die sind so egoistischer, die denken mehr an ihre Pausen und an ihre freien Tage. Das ist nicht mehr wie früher, da hätte man seine Kollegen nicht im Stich gelassen. Wenn einer ausfällt, okay, dann springe ich halt ein, weil sonst ist meine Kollegin alleine. Das Denken, das ist so komplett futsch. Also das ist eher so eine Generation, die am liebsten Kaffee trinkt und am Handy spielt, sag ich mal ganz böse. Nicht alle, also ich will die nicht alle über einen Kamm scheren, aber das hat schon auch dadurch sehr nachgelassen die Qualität der Pflege.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 460-465)*

Dennoch sieht sie auch Themenfelder, die den jüngeren Kolleginnen und Kollegen besser liegen. So hat sie im Umgang mit Computern häufig Hilfe von den Jüngeren bekommen, wenn es beispielsweise darum ging Fotos in die Akte der Bewohnenden hochzuladen. Es ist Fr. Pfeiffer trotzdem wichtig zu betonen, dass die nachfolgende Generation wieder mit mehr Herz bei der Arbeit dabei sein sollte. Als Rat an ebendiese Personengruppe formuliert sie daher:

*„Also was ich denen immer sage, das ist so mein Motto. Was ich schon erwähnt habe, dieses: Gehe mit jedem Bewohner so um wie du für dich selber behandelt werden möchtest oder wie du gern hättest, was deine Mutter oder dein Vater behandelt wird.“ (Int. Fr. Pfeiffer, Z. 446-448)*

## 5 Good Practice: Antworten auf die Herausforderungen der Pflege

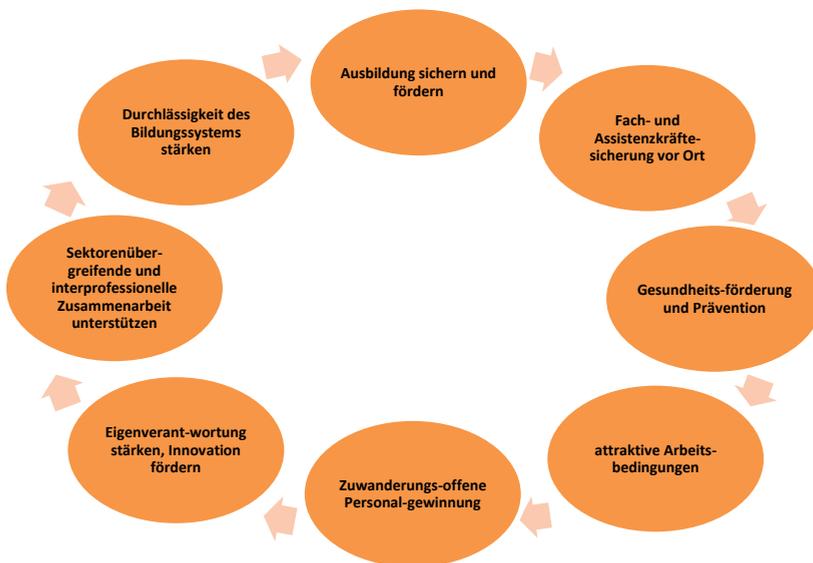


Abbildung 15: 8 Handlungsfelder (eigene Darstellung)

### 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 Sozialisierungen von Pflegefachkräften im europäischen Ausland werden in dem Mentoring Integrations Advertising Programm an dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum Thema gemacht: Auch dies hat viel mit Arbeitskräftesicherung zu tun.
- Schließlich liefert der Freistaat Thüringen ein Beispiel innovativer, sublokaler Versorgungssicherung im ländlichen Raum durch die Stiftung Landleben mit einer Variante von Gesundheitskiosken als Baustein regionaler Daseinsvorsorge gesundheitlicher Versorgung.

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

## 5.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach

### 5.2.1 Hintergrund

Die Sozial-Holding Mönchengladbach ist ein Tochterunternehmen der Stadt Mönchengladbach. Sie bietet verschiedene Pflege-Dienstleistungen und Beratung zur Pflege an. Zur Beratung betreibt die Sozial-Holding Beratungszentren, in denen Beraterinnen und Berater, u.a. auch ausgebildete Pflegekräfte, Pflegebedürftige und Angehörige bei der Auswahl und Buchung von Pflegeleistungen begleiten. Zu den von der Sozial-Holding angebotenen Pflegedienstleistungen gehören Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Wohnen mit Service, Essen auf Rädern, Pflegeheime und ein Programm für beschäftigte pflegende Angehörige. Insgesamt hat die Sozial-Holding Mönchengladbach rund 900 Beschäftigte – und wurde für ihre Beschäftigungspolitik bereits mehrfach ausgezeichnet, u.a. mehrfach für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Das übergeordnete Motto: ‚Menschen im Mittelpunkt‘ – wird sowohl auf Personen mit Pflegebedarf als auch auf die Beschäftigten bezogen.

### 5.2.2 Merkmale

Die Sozial-Holding Mönchengladbach betreibt auf vielen Ebenen eine intensive Personalpolitik, die die Beschäftigten mit attraktiven Rahmenbedingungen wirbt und an das Unternehmen bindet. So gibt es bspw. ein breites Programm an

innerbetrieblichen Fortbildungen und Weiterbildungen, eine intensive Begleitung Auszubildender, bei der auch Themen wie Prüfungsangst berücksichtigt werden.

Das Unternehmen nimmt die unterschiedlichen Lebenslagen der Beschäftigten konsequent in den Blick: So werden Teilzeitausbildungen angeboten oder explizit für den begleiteten Wiedereinstieg nach mehreren Jahren ohne Tätigkeit in der Pflege geworben. Dabei hat das Unternehmen die demographische Entwicklung der Beschäftigtenstruktur im Blick und setzt auf einen Generationen-Mix.

Insbesondere das betriebliche Gesundheitsmanagement wird vielfach gelobt und in einer Vorreiterrolle gesehen. Das betriebliche Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding Mönchengladbach wird von einem ‚Lenkungsausschuss Gesundheitsförderung‘ gesteuert. In diesem werden Jahresziele gesetzt. Bisher wurden bereits strukturelle Maßnahmen ergriffen, wie verschiedene Betriebsvereinbarungen, z.B. zu ‚Gesunden Gesprächen‘ oder ein Konzept zur Gewaltprävention oder betriebliches Eingliederungsmanagement. Zudem wird ein Analyseverfahren zur Arbeitsplatzsituation durchgeführt.

Die Arbeitssituationsanalyse umfasst jährliche Sitzungen, bei denen zuerst unter den Mitarbeitenden ohne Leitungspersonen die Zufriedenheit erfragt und Belastungen und Ärgernisse erfasst werden. Zur Sprache kommen hier bspw. Unzufriedenheit mit dem Umgang mit Arbeitsausfällen oder Ansprechbarkeit von Leitungspersonen. Daran anschließend werden für die jeweiligen Einrichtungen unter Beteiligung der Leitungspersonen Lösungsansätze erarbeitet und Zuständigkeiten zur Umsetzung festgelegt. Mitarbeitende bewerten diesen Prozess als förderlich für das Miteinander.

Besonders hervorzuheben und insbesondere für die Pflege ein wichtiger Aspekt ist außerdem die Kooperation mit einem externen Anbieter für psychosoziale Beratung. So können die Mitarbeitenden und deren Angehörige innerhalb von 2 Wochen ein Gesprächsangebot mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten erhalten und müssen nicht lange Wartezeiten auf sich nehmen. Darüber hinaus gibt es für den Arbeitsplatz spezifische Schulungen, z.B. zu ‚kleinen Hilfsmitteln‘, Fitnessangebote und die Möglichkeit zur Nutzung von Fitnessräumen in den Einrichtungen und es wird Massage am Arbeitsplatz angeboten.

2023-2024 gehören zu den Zielsetzungen die Verbesserung der Gesprächskultur, die Umsetzung von Arbeitssituationsanalysen in allen Einrichtungen und Arbeitsbereichen, die Umsetzung praktischer Gesundheitsangebote und die Erweiterung des Programms der innerbetrieblichen Fortbildungen um Schulungen aus dem Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement. So konnten bspw. Schulungen zu Rückengesundheit und zu ‚Ernährung – Bewegung – Entspannung‘ als Schutzfaktoren für die Gesundheit durchgeführt werden.

### 5.2.3 Beitrag zur Verbesserung der Situation der professionellen Pflege

Betriebliche Gesundheitsförderung ist angesichts des hohen Krankenstandes in der Pflege ein wichtiges Instrument zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden. Ein positiver Nebeneffekt ist die Steigerung der Attraktivität der Beschäftigung durch diese Maßnahmen. Um als Pflegekraft nachhaltig in dem

physisch und psychisch herausfordernden Beruf arbeiten zu können, bedarf Prävention und Ausgleich. Diesen bietet die Sozial-Holding Mönchengladbach mit ihrem Angebot.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein Baustein der umfassenden Beschäftigtenpolitik, die das Wohlergehen fördert und die unterschiedlichen individuellen Belange im Blick hat. Ein Thema, das Pflegekräfte ebenfalls immer wieder bewegt, ist die Befürchtung und Erfahrung, dass sie ihren Ansprüchen an die Pflege nicht gerecht werden können. Die Sozial-Holding postuliert und fördert einen hohen Anspruch an die Qualität der Pflege in ihren Einrichtungen. Ihr ist bewusst, dass die entsprechenden Strukturen bereitgestellt werden müssen, um diese Qualität zu gewährleisten. Das trägt dazu bei, dass die Beschäftigten zufriedener – und somit auch gesünder – ihren Arbeitsalltag bewältigen können.

Das hat Leuchtturm-Charakter; nicht zuletzt, weil die Sozial-Holding sich auch maßgeblich in sozialpolitische Diskussionen einbringt, wie schon in ihrem Leitbild verankert ist. Sie vernetzt sich und wirkt ins Quartier, beteiligt sich an Forschungsprojekten, bezieht das Ehrenamt ein, unterhält diverse Angebote für unterschiedliche Bedarfe, profiliert sich in Nachhaltigkeit und denkt die Ausbildung mit. Gerade dieses Zusammenspiel an Aktivitäten leistet einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs.

#### 5.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Altenheim - Lösungen fürs Management (2017): Städtische Altenheime mit Gütesiegel "Demografie aktiv" ausgezeichnet. Die Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH ist mit dem Gütesiegel "Demografie aktiv" ausgezeichnet worden. Online verfügbar unter <https://www.altenheim.net/staedtische-altenheime-mit-guetesiegel-demografie-aktiv-ausgezeichnet/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

BKK Dachverband e.V. (o. J.): Praxisbeispiel. Unternehmen Sozial Holding Mönchengladbach. Online verfügbar unter [https://www.bgm-bkk.de/uploads/media/Praxisbeispiel\\_Sozial-Holding\\_M%C3%B6nchengladbach.pdf](https://www.bgm-bkk.de/uploads/media/Praxisbeispiel_Sozial-Holding_M%C3%B6nchengladbach.pdf), zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH (o. J.): Menschen im Mittelpunkt. Online verfügbar unter <https://www.sozial-holding.de/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH (o. J.): Menschen im Mittelpunkt. Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach. Online verfügbar unter [https://www.sozial-holding.de/files/Downloads/SH\\_Brosch%C3%BCre\\_Menschen%20im%20Mittelpunkt-2023\\_Vers%2002-Web\\_S.pdf](https://www.sozial-holding.de/files/Downloads/SH_Brosch%C3%BCre_Menschen%20im%20Mittelpunkt-2023_Vers%2002-Web_S.pdf), zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

Unternehmensschaft Niederrhein (2019): 8. Gesundheitstag Betriebliches Gesundheitsmanagement in Krefeld. Online verfügbar unter <https://www.un-agv.de/aktuelles/8-gesundheitstag-betriebliches-gesundheitsmanagement-in-krefeld/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2024.

## **6 Landespolitische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Unterstützung selbstorganisierter Pflegearrangements**

Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich dem Thema Pflege schon vor langer Zeit gewidmet. Im Jahre 2005 wurde der Abschlussbericht der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege“ in NRW vorgestellt (Landtag NRW Drucksache 13/6666<sup>4</sup>). Die Pflegeenquete hat parteiübergreifend ein gemeinsames Verständnis von den und Strategien zur Begegnung der Herausforderungen einer zukunftsfesten Sicherung der Pflege erarbeitet, das über die Legislaturperioden hinaus und die wechselnden Farben in den Koalitionen der Landesregierung eine übergreifende Ausrichtung mit nur vergleichsweise geringen Variationen (stationäre Pflege) vorgegeben hat. Nordrhein-Westfalen ist das Land mit den intensivsten Aktivitäten im Bereich der Altenpflegeausbildung in den letzten Jahren. Daraus erklärt sich auch, dass es in Nordrhein-Westfalen die für andere Bundesländer festgestellten Kippunkte im Verhältnis von altersbedingt ausscheidenden und frisch qualifizierten so nicht gibt. Auch ist das Thema kommunale Pflegeplanung seit vielen Jahrzehnten und auch dies unterstützt durch die Pflegeenquete Thema, so dass man in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise gut vernetzt und mit kommunalen Planungsaktivitäten die demografischen Entwicklungen in den Regionen begleitet und mitgestaltet. Mit dem Alten- und Pflegegesetz wurde ein übergreifender Ansatz in der Pflege gewählt. Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung einer leistungsfähigen und nachhaltigen Unterstützungsstruktur für ältere Menschen und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige durch die Förderung der Entstehung, Entwicklung und Qualität von Dienstleistungen, Beratungsangeboten, Pflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen, § 1 APG NRW. Mit dem Pflegewohngeld, dem wieder an Aktualität gewinnenden Konzept der subjektorientierten Förderung von Investitionskosten, wurde zum einen versucht, Einfluss auf die Steuerung der Infrastruktur der pflegerischen Versorgung zu nehmen und zum anderen die durch die Investitionskosten provozierte Sozialhilfebedürftigkeit zu verringern.

Den landesrechtlichen Einflussmöglichkeiten auf die Infrastruktur sind strikte Grenzen durch das Bundesrecht gesetzt (Klie 2024 im Erscheinen). Gleichwohl spricht man in NRW von einer „verbindlichen Bedarfsplanung“, § 7 Abs. 6 APG NRW. Das Land Nordrhein-Westfalen widmet sich im Landesausschuss Alter und Pflege, basierend auf dem Alten- und Pflegegesetz NRW, den vielfältigen Themen im Zusammenhang mit der Sicherung der Pflege auch und gerade im Kontext der demografischen Transformation.

Mit der Fachkräfteoffensive wird die Attraktivität der Pflegeberufe und auch das Thema Zuwanderung in die Ausbildung von Gesundheitsberufen unterstützt. Das Willkommensgeld, aber auch der Abbau bürokratischer Hürden für ausländische Fachkräfte gehört mit in dieses in diesem Zusammenhang. Inzwischen ist das Land Nordrhein-Westfalen das Land mit der höchsten Zahl der Anerkennung von

---

<sup>4</sup>[https://www.landtag.nrw.de/files/live/sites/landtag-20/files/Internet/1.A.1/EK/EKALT/13\\_EK3/MMD13-6666.pdf](https://www.landtag.nrw.de/files/live/sites/landtag-20/files/Internet/1.A.1/EK/EKALT/13_EK3/MMD13-6666.pdf)

ausländischen Ausbildungen und hat für diese Aufgabe eine einheitliche Zuständigkeit über die Regierungspräsidien hinaus geschaffen. Mit dem Zukunftsbündnis Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsfachberufe wurde im Juni 2023 eine Expertenrunde installiert, die konzertiert das Thema Qualifikation und Ausbildung der unterschiedlichen Berufe, auch der Assistenzberufe, im Kontext der Pflege aufgreift und befördert. Bereits 2021 wurde in NRW eine generalistische Pflegeassistentenausbildung eingeführt, eine Externenprüfung ermöglicht den Erwerb eines Abschlusses, ohne den regulären Bildungsgang besucht zu haben. Die formalen Voraussetzungen für die Zulassung zu einer Externenprüfung und die Anforderungen in der Prüfung selbst entsprechen dabei denen der regulären Bildungsgänge. Damit wird die Durchlässigkeit im Ausbildungssystem gefördert. Zur Fachkräfteoffensive gehört auch die Durchlässigkeit von Assistenz – zur dreijährigen Pflegeausbildung. Bereits 2010 hat NRW Modellstudiengänge zur Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe gefördert. Auch hierdurch soll die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt werden.

Mit dem Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer aus dem Jahre 2020 wurde eine Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen auf den Weg gebracht, die ihre Arbeit weithin begonnen hat, auch wenn es weiter Schwierigkeiten gibt, alle beruflich Pflegenden zu einer vollständigen Registrierung zu bewegen. Mit Sozialminister Laumann, der früher Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung war, verfügt NRW über einen in besonderer Weise „pflegeengagierten“ Ressortchef.

Auch in der Krankenhausreform, für die Pflegeberufe ein wichtiges Arbeitsfeld und für die gesundheitliche Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen entscheidend, geht NRW eigene Wege, die sich zum Teil auf Kollisionskurs mit der Krankenhausreform von Karl Lauterbach befinden. Die Einbeziehung aller Beteiligten, insbesondere auch der Region, wird verbunden mit steuernden Einflüssen und Instrumenten, mit denen Krankenhäusern vorgegeben werden soll, für welche Leistungen welche Krankenhäuser mit welchen Qualitätsstandards zur Verfügung stehen.

Auch in den Maßnahmen zur Stützung selbstorganisierter Pflegearrangements verfügt NRW über eine lange Tradition, die seinerzeit in der rot-grünen Landesregierung stärker im Vordergrund standen als in den Legislaturperioden, in denen Karl-Josef Laumann (CDU) die Verantwortung trägt. Kleinräumige wohnortnahe Versorgungseinheiten, etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften wurden lange Zeit präferiert und entstanden in Nordrhein-Westfalen. Das entspricht auch den entsprechenden Präferenzen der nordrhein-westfälischen Bevölkerung (Klie 2024). Die Planungsverpflichtung der Kommunen gemäß § 7 APG NRW sieht örtliche Planungsaktivitäten vor. In regionalen Pflegekonferenzen werden im Sinne des Care Managements die relevanten Akteure regelmäßig eingeladen, die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur zu beraten.

2019 wurden Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz in Nordrhein-Westfalen eingeführt. Haupt- und ehrenamtliche Akteure rund um die Themen Alter, Pflege und Demenz sollen beraten werden. Insgesamt zwölf Regionalbüros wurden eingerichtet, um die Unterstützungsangebote in den Regionen zu verbessern und zu vernetzen. Mit dem Landesförderplan „Alter und Pflege“ sollen Fördermaßnahmen

und -mittel für Alten- und Pflegepolitik für die Dauer einer Legislaturperiode gebündelt und transparent aufgeführt werden. Zu den Fördermaßnahmen gehören auch Projekte der Digitalisierung.

Auch in NRW gilt, dass der Arbeitsmarkt der Pflege weiterhin leergefegt ist, eine Arbeitsmarktreserve im engeren Sinne nicht besteht – und dies trotz vergleichsweise hohen Investitionen in die Ausbildung. Auch wenn sich das Bundesland NRW seit langem und in besonders intensiver Weise mit Fragen der Pflege befasst, ist es mit den im DAK-Pflegereport 2024 diagnostizierten Herausforderungen in gleicher Weise konfrontiert. Dabei sind in NRW wie in anderen Bundesländern auch in besonderer Weise die recht hohe Zahl von Menschen mit internationaler Familiengeschichte zu berücksichtigen, insbesondere in Ballungsgebieten. Auch die seinerzeit als „Gastarbeiter“ nach Deutschland gekommenen Menschen, häufiger aus der Türkei, gehören der Boomer-Generation an und gehören zu den vielen, die kollektiv altern und künftig auch mit den Herausforderungen eigener Unterstützungsbedürftigkeit konfrontiert sein werden. Gerade die sogenannte „Gastarbeiter-Generation“ ging zunächst nicht davon aus, in Deutschland zu bleiben und auch im Alter in Deutschland zu leben. Insofern sind gerade bezogen auf die unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Migrationsgeschichte Maßnahmen zur Stützung selbstorganisierter Pflegearrangements gefragt.

## **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. Das Land Brandenburg hat hier wichtige Maßnahmen zur Fachkräftesicherung ergriffen
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. Der Pakt für Pflege steht in Brandenburg für diese Aufgabe.
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. In Brandenburg wurde dieser Ansatz in der Uckermark aufgegriffen.
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. Das Land Brandenburg fördert durch die Pflegestützpunkte sektorenübergreifende Versorgungsstrategien.
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. Auch diese Fragen werden im Pakt für Pflege aufgegriffen.

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. 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 Brandenburg. Das ist auch und gerade in der aktuellen Situation wichtig, in der letztlich Ratlosigkeit verbreitet ist, wenn es um eine insgesamt zukunftsfeste Sicherung der Pflege geht. Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung wurden immer prominent von der DAK-Gesundheit aufgegriffen und qualifiziert. Die aktuelle Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung darf nicht ohne die DAK-Gesundheit geführt werden. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass der Verweis auf private Vorsorgekonzepte für die Baby-Boomer Generation nicht mehr greifen wird. Daher braucht es kurz und mittelfristig Antworten auf die Finanzierungslücke der Pflegeversicherung. Die DAK-Gesundheit wird sich für die Sicherung und den Erhalt der Pflegeversicherung als Sozialversicherung einsetzen. Die bundesdeutsche Bevölkerung vertraut der Pflegeversicherung als fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung.

## 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](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](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.
- 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 (2024): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege - Beruflich Pflegende im Fokus. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64760/data/42a02e597e07646cc80c0ddbd1382a8f/240409-download-e-book-pflegereport.pdf>, zuletzt geprüft am 10.04.2024.
- Klie, Thomas (2024 im Erscheinen): Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.*
- 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/Niederschsicher\\_Landespflegebericht\\_2015\\_final.pdf](e://08pn-app01/Home_Pflegekammer$/aawieder/Desktop/Niederschsicher_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.vdpb-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 1: Stärke des erwarteten Anstiegs im Bereich der Pflegekosten (eigene Darstellung).....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
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 (eigene Darstellung) .....	9
Abbildung 7: Das Nahbild des Pflegeberufs bestätigt das Fernbild nur zum Teil: Erfüllung in der Arbeit und Spaß werden unterschätzt (eigene Darstellung) .....	10
Abbildung 8: Arbeitsunfähigkeitstage in NRW 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: Entwicklung Pflegende regional 2017 bis 2023 (eigene Darstellung) 21  
 Abbildung 12: Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen  
 (eigene Darstellung) ..... 23  
 Abbildung 13: Altersverteilung der Pflegenden in Nordrhein-Westfalen 2023 (eigene  
 Darstellung)..... 24  
 Abbildung 14: Entwicklung der Berufseinmündung versus der Berufsaustritte bis  
 2030 (eigene Darstellung) ..... 28  
 Abbildung 15: 8 Handlungsfelder (eigene Darstellung) ..... 38

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege . 17  
 Tabelle 2: Beschäftigungsentwicklung Altenpflege ..... 18  
 Tabelle 3: Ausbildungskennzahlen Pflegefachmann/ Pflegefachfrau ..... 25