

Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018

Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen



FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018

Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen

Impressum

Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018

Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen
Stand 06/2020

© 2020 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgegeben von

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37

22089 Hamburg

Tel.: (040) 202 07 - 0

Fax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Bestellnummer

55-83-112

Initiator

Björn Kähler, BGW-Modellvorhaben und Kongresse

Autorinnen und Autoren

Matthias Vollbracht, Media Tenor International AG, Zürich (CH)

Verena Hombücher, BGW-Modellvorhaben und Kongresse

Lisa Sophie Becker, DIW Econ, Berlin

Stefan Gorgels, DIW Econ, Berlin

Redaktion

Brigitte Löchelt, BGW-Kommunikation

Fotos

(Titel) Kzenon, stock.adobe.com; (S. 7) BGW/Jan Haeselich

Gestaltung und Satz

GDA Gesellschaft für Marketing und Service der
Deutschen Arbeitgeber mbH, Berlin

Druck

Schirmer Medien GmbH & Co. KG

Inhalt

Vorwort	7
1 Entwicklung der Angebots- und Nachfragesituation in der Alten- und Krankenpflege	9
1.1 Demografische Entwicklung und Pflegebedarf	9
1.2 Beschäftigungsentwicklung	11
1.3 Entwicklungen des Krankenhaus- und Altenpflegesektors	13
1.4 Betriebsentwicklung	17
1.5 Zusammenfassung	19
2 Entwicklung der Berufsgesundheit	20
2.1 Konzept der Berufsgesundheit	20
2.2 Ressourcen	21
2.3 Belastungen	25
2.4 Berufliche Gesundheit	29
2.5 Die Entwicklung der Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege aus berufsgenossenschaftlicher Sicht: Interviews mit Beraterinnen und Beratern der BGW	32
3 Medienmeinungsklima zum Gesundheitssektor: Alten- und Krankenpflege . . .	38
3.1 Stellenwert von Alten- und Krankenpflege in den Leitmedien	38
3.2 Medienbild der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege in den Leitmedien	44
3.3 Medienbild der Betriebe	46
3.4 Detailanalyse: Berufsbild Krankenpflege	48
3.5 Detailanalyse: Berufsbild Altenpflege	55
3.6 Schlussfolgerungen	61
Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren	62
Impressum	4

Vorwort

Gesundheit ist ein kostbares Gut. Diese Erfahrung machen wir alle mehr denn je angesichts der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie, die auch die Ergebnisse dieser Studie wie aus einer anderen Zeit erscheinen lässt. Doch auch sie sind nach wie vor von größter Relevanz. Denn im Jahr 2018 betrug die Ausgaben für Vorsorge, Heilbehandlung und Pflege in Deutschland 391 Milliarden Euro beziehungsweise 4.712 Euro pro Einwohner. Das sind 11,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt, besonders in der Altenpflege. Diese Herausforderung können wir ohne qualifizierte, motivierte und gesunde Beschäftigte nicht bewältigen.



Doch in welcher Situation befinden sich Pflegekräfte und wie hat diese sich in den vergangenen Jahren verändert? Um beide Fragen datenbasiert beantworten zu können, beauftragte die BGW ein wissenschaftliches Team, die Entwicklung von Berufsgesundheit und Image in Pflegeberufen von 2012 bis 2018 zu untersuchen. Die Ergebnisse sind zum Teil positiv: Was Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betrifft, bleiben die Werte trotz hoher Belastung relativ stabil. Zusätzlich wappnen sich die Beschäftigten durch Weiterbildung für neue Herausforderungen. Und: Grundsätzlich identifizieren sich viele Pflegekräfte mit ihrer Arbeit.

Doch diesen positiven Ansätzen stehen zahlreiche kritische Ergebnisse gegenüber: Mehr als 80 Prozent der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege machen regelmäßig Überstunden. Der Krankenstand liegt mit zuletzt knapp 28 Fehltagen pro Jahr in der Krankenpflege und fast 24 Tagen in der Altenpflege deutlich über dem Durchschnitt aller Berufe. Umfragen wie zuletzt durch die Pflegekammer Rheinland-Pfalz im Oktober 2019 zeigen: Drei Viertel der jüngeren Beschäftigten spielen bisweilen mit dem Gedanken auszusteigen. Und auch wenn Pflegepersonal insgesamt eine große berufliche Erfüllung erlebt (73 Prozent im Krankenhaus, 78 Prozent im Altenheim, 82 Prozent in der ambulanten Pflege), so zeigen die Daten ganz offensichtlich, dass es im Zusammenspiel von Nachfrage, Angebot, Berufsgestaltung, Berufsgesundheit und Ansehen erhebliche Anstrengungen braucht, um einen „Pflexit“ zu verhindern. Es gilt, Beschäftigte in der Pflege zu stärken und die Weichen für eine gute Versorgungszukunft zu stellen.

Um herauszufinden, welche Voraussetzungen dafür in der Berufsgesundheit gegeben sein müssen, wurden die Einschätzungen von Expertinnen und Experten der BGW einbezogen. Durch ihre Beratung in ambulanten und stationären Einrichtungen wissen diese um die Belastungen dort – und um Möglichkeiten, sie zu verringern. So stellten sie zum Beispiel fest, dass der Einsatz von Hilfsmitteln – vor allem in der Altenpflege – noch nicht überall zur Alltagsroutine gehört. Dagegen sei das Thema Berufsgesundheit in Einrichtungen der

Krankenpflege bereits besser etabliert. Auch achte das Personal dort mehr auf seine Gesundheit und fordere Pausen und Rückzugsorte ein. Verantwortlich für die Umsetzung gesunder Arbeitsbedingungen sind aus ihrer Sicht die Führungskräfte, der Schlüssel dazu die Einbindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in die Planung von Arbeitsabläufen und die Beschaffung von Arbeitsmitteln. Auf die Darstellung der Situation von Pflegenden in den Medien angesprochen, wünschen sich die Expertinnen und Experten mehr Berichte über Gute-Praxis-Beispiele, die zum Nachmachen anregen.

Schließlich beeinflussen Ansehen und Wertschätzung die Berufsgesundheit und -zufriedenheit, denn den Grad an Wertschätzung für ihren Beruf leiten Pflegerinnen und Pfleger aus drei Bereichen ab: dem Umgang mit den zu Pflegenden und ihren Angehörigen, dem Arbeitsumfeld und – nicht zuletzt – der medialen Debatte über Pflege. Ein Indiz dafür ist, dass in der Umfrage der Pflegekammer Rheinland-Pfalz mehr als zwei Drittel der Befragten den Wunsch nach mehr Öffentlichkeitsarbeit äußerten, um das Image des Pflegeberufs zu verbessern. Hier herrscht Nachholbedarf: Frühere und aktuelle Studien im Auftrag der BGW haben gezeigt, dass ältere Menschen in deutschen Leitmedien primär in einem negativen Kontext dargestellt werden, vor allem als Kostenfaktor bei Rente und Gesundheit. In Reportagen über Altenpflegerinnen und -pfleger geht es meist um hohe Arbeitsbelastung bei schlechter Bezahlung. Wie sich die Situation verbessern könnte, wird dagegen kaum thematisiert.

Das möchten wir ändern. Ob berufliche Aufgaben, Arbeitsumfeld oder Image: Die BGW will dazu beitragen, dass eine für unsere Gesundheit so wichtige Profession wie die Pflege sich besser aufstellt. Mit diesem Datenbericht schaffen wir eine Grundlage, die Praxis, Politik und Wissenschaft Impulse liefert, um die Entwicklung der Berufsgesundheit in Pflegeberufen zu begleiten.



Prof. Dr. Stephan Brandenburg
Hauptgeschäftsführer der BGW

1 Entwicklung der Angebots- und Nachfragesituation in der Alten- und Krankenpflege

Die Pflegebranche ist in Bewegung und steht vor diversen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung, ein steigender Bedarf an Pflegeplätzen und Pflegepersonal, Fachkräfteengpässe, gesetzliche Reformen und technologische Veränderungen bewirken fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen, unter denen die Akteure des Pflegesektors agieren. Gegenstand des folgenden Kapitels sind die Beschreibung der Entwicklungen im Pflegesektor und deren Einordnung.

1.1 Demografische Entwicklung und Pflegebedarf

Der Pflegebedarf in Deutschland ist innerhalb des letzten Jahrzehnts deutlich angestiegen. Maßgebliche Bestimmungsgrößen des Pflegebedarfs sind vor allem die Anzahl der Krankenhaufälle und die Anzahl der Pflegebedürftigen. Im Jahr 2017 waren in Deutschland 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Gemessen an der Gesamtbevölkerung entspricht das einer Pflegequote von 4,1 Prozent.¹⁾ Zehn Jahre zuvor, im Jahr 2007, lag diese noch bei 2,7 Prozent,²⁾ sodass in dem gesamten Zeitraum ein Anstieg der Pflegequote um rund 50 Prozent stattgefunden hat.³⁾

Auch zukünftig wird die deutsche Bevölkerung weiter altern und sich damit die Zahl der pflegebedürftigen Menschen erhöhen, da das Risiko für Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen steigt, je älter die Menschen werden.⁴⁾

Ein Blick auf die Altersstruktur der Gesellschaft in Deutschland zeigt, dass im Jahr 2018 17,9 Millionen Menschen 65 Jahre alt oder älter waren (vgl. Abbildung 1–1). Die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre sowie die gestiegene Lebenserwartung werden die Zahl älterer Menschen zukünftig noch weiter in die Höhe treiben. Der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamts zufolge wird bis zum Jahr 2050 die Zahl der Menschen mit einem Alter von 65 Jahren oder älter auf mindestens

1) Fortschreibung des Bevölkerungsstands und Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts, abrufbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=87825910&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=138&p_aid=95992170.

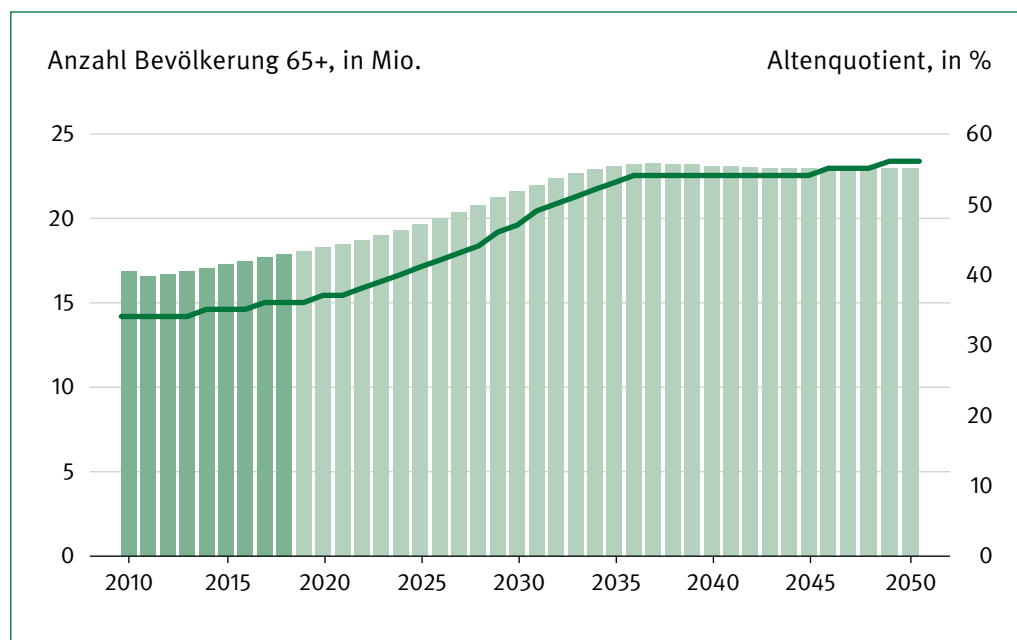
2) Ebd.

3) Hierbei ist zu beachten, dass am 01.01.2017 ein neuer, weiterer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, auf den ein Teil der jüngsten Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zurückzuführen ist.

4) Während die Pflegebedürftigkeit bei den 70- bis 74-Jährigen bei rund 6 % lag, betrug die Pflegequote bei über 90-Jährigen 71%, Statistisches Bundesamt, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html#sprg371138.

23,1 Millionen wachsen, was einer Steigerung von knapp 30 Prozent seit dem Jahr 2018 entspricht.

Abbildung 1–1: Entwicklung der 65-jährigen und älteren Bevölkerung sowie Altenquotient



Quelle: Statistisches Bundesamt, DIW Econ.

Notiz: Die hellgrünen Balken geben die Anzahl der Personen 65+ wieder. Bis 2018 ist die tatsächliche Entwicklung abgebildet, ab 2019 die Entwicklung gemäß Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, moderates Szenario). Die dunkelgrüne Linie beschreibt den Altenquotienten 65+, d.h. wie viele Menschen im Rentenalter (ab einem Alter von 65 Jahren) 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (d.h. 20 bis unter 65 Jahren) gegenüberstehen.

Des Weiteren bewirkt das Altern der Gesellschaft eine Reduktion von potenziellen Nachwuchskräften in der Pflege, da die jüngere Generation und damit die Erwerbsbevölkerung schrumpft. Derzeit findet die Pflegeversorgung noch in einem vergleichsweise günstigen demografischen Umfeld statt. Die pflegebedürftigen Eltern der Babyboomer-Generation⁵⁾ werden von Angehörigen und Pflegekräften aus den geburtenstarken Kohorten der Babyboomer-Generation versorgt. Wenn die Babyboomer jedoch, etwa ab dem Jahr 2020, selbst aus dem Erwerbsleben austreten und etwas später ein Alter mit hohem Pflegebedarf erreichen, steht ihnen die weitaus geburtenschwächere Kohorte ihrer Kinder als potenzielle Pflegekräfte gegenüber.⁶⁾ Diese Verschiebung des demografischen Gefüges lässt sich auch am Altenquotienten ablesen. Er gibt das Verhältnis der Personen im Rentenalter (65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (von 20 bis unter 65 Jahren) an. Schätz-

⁵⁾ Mit Babyboomern sind hier alle Menschen gemeint, die in den 1950er- und 1960er-Jahren geboren sind.

⁶⁾ Einer Schätzung der Bertelsmann Stiftung zufolge beläuft sich die für das Jahr 2030 zu erwartende Versorgungslücke unter Beibehaltung der jetzigen Entwicklungen auf fast 500.000 Vollzeitkräfte, Bertelsmann Stiftung (2012), Themenreport „Pflege 2030“.

zungen des Statistischen Bundesamts zufolge wird der Altenquotient von rund 30 Prozent im Jahr 2018 auf über 50 Prozent im Jahr 2050 steigen.⁷⁾ Mit anderen Worten bedeutet dies, dass ab dem Jahr 2032 100 Personen im erwerbsfähigen Alter über 50 Personen im Rentenalter gegenüberstehen werden. Das hat auch zur Folge, dass neben dem geringeren Nachwuchskräftepotenzial Finanzierungsprobleme zutage treten können, da eine schrumpfende Anzahl an Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern die Finanzierungslast der Gesundheitsversorgung der Älteren zu tragen hat.

Zusätzlich zum demografisch bedingten Anstieg der Pflegebedürftigen und der Abnahme der Zahl der potenziellen Nachwuchskräfte in der Pflege bewirken weitere Einflussfaktoren, dass der Anteil der Pflegeversorgung durch Angehörige tendenziell sinkt und die Nachfrage nach professioneller Pflegeversorgung noch stärker steigen wird. Erstens führt die zunehmende Mobilität dazu, dass Kinder häufiger nicht mehr in unmittelbarer geografischer Nähe zu ihren Eltern wohnen und diese somit nicht selbst pflegen können. Zweitens wird die Pflege durch die Angehörigen größtenteils von Frauen geleistet, was jedoch vor dem Hintergrund der steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen immer schwieriger zu bewältigen sein wird.⁸⁾ All diese Faktoren können bewirken, dass die Nachfrage nach professioneller Pflege in Pflegeheimen oder durch ambulante Dienste steigen wird.

Vor dem Hintergrund des demografisch und gesellschaftlich bedingten steigenden Pflegebedarfs und der sinkenden Zahl der Erwerbstätigen mit potenziellen Pflegekräften ist absehbar, dass die bereits heute bestehenden Engpässe in der Gesundheitsversorgung auch künftig weiterbestehen oder sich verschärfen werden.

1.2 Beschäftigungsentwicklung

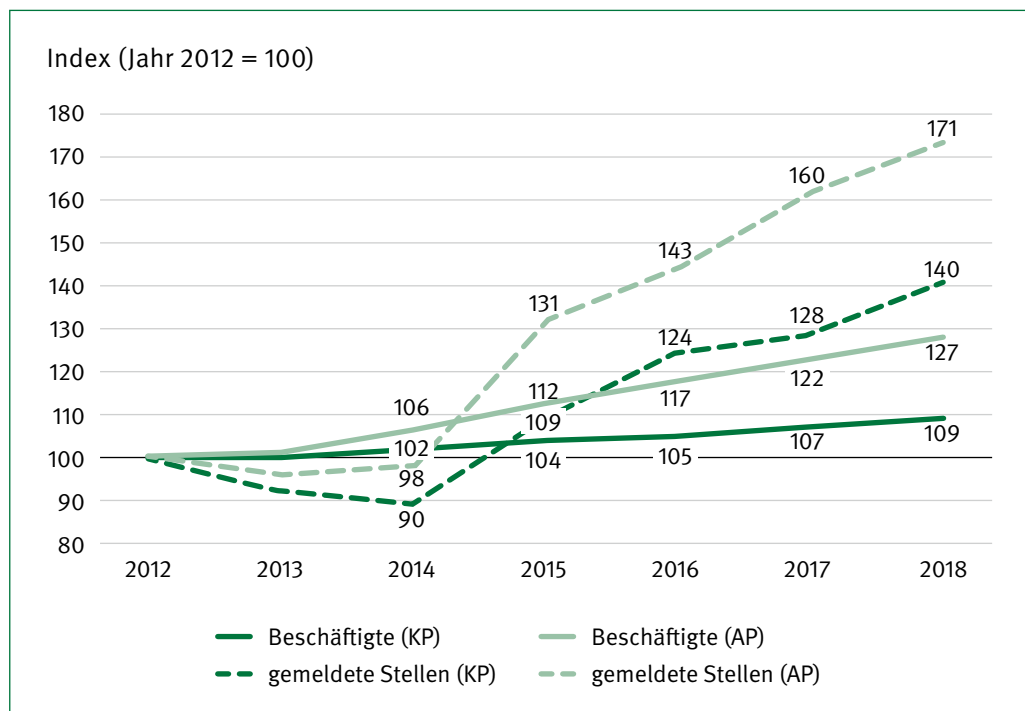
Die Arbeitsmarktdaten zeigen, dass schon jetzt gravierende personelle Engpässe in der Alten- und Krankenpflege existieren. Die Nachfrage nach Fachkräften in der Pflege boomt ungebrochen, während die Beschäftigung im Pflegesektor nur langsam ansteigt.

Ende Dezember 2018 waren in der Altenpflege 578.000 Personen und in der Krankenpflege 937.000 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschäftigten in der Pflege kontinuierlich angestiegen – seit dem Jahr 2012 um 27 Prozent in der Alten- und um 9 Prozent in der Krankenpflege (vgl. Abbildung 1–2, die indexierte Entwicklung der Beschäftigten). Dennoch wird deutlich, dass der Beschäftigungsanstieg nicht mit der Nachfrage nach Pflegekräften Schritt halten kann. Im betrachteten Zeitraum stieg die Zahl der Pflegekräfte in der Alten- und Krankenpflege deutlich langsamer als die Zahl der gemeldeten offenen Stellen.

⁷⁾ Die Berechnungen basieren auf einem mittleren Szenario der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts.

⁸⁾ Während im Jahr 2008 48 % aller Frauen erwerbstätig waren, ist die weibliche Erwerbsbeteiligung im Jahr 2018 auf 54 % gestiegen, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetige-erwerbstaetigenquote.html>, abgerufen am 26.05.2020.

Abbildung 1–2: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten und gemeldeten Stellen in der Alten- und Krankenpflege



Quelle: Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit, DIW Econ.

Notiz: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und gemeldete Arbeitsstellen in der Altenpflege (AP) und Krankenpflege (KP) nach Klassifikation der Berufe 2010 (Kldb2010).

Im Juni 2018 waren 24.200 offene Stellen für Arbeitskräfte im Bereich der Altenpflege sowie 19.900 Stellen für die Krankenpflege bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet, wobei die Zahl gemeldeter offener Stellen zwischen 2012 und 2018 stark – um 71 Prozent in der Alten- und um 40 Prozent in der Krankenpflege – angestiegen ist. Gemeldete offene Stellen sind ein Hinweis darauf, dass die Arbeitgeber diesen Mangel nicht als vorübergehenden Zustand ansehen, welcher sich durch Überstunden und gegebenenfalls Zeitarbeit allein ausgleichen ließe. Die Vakanzzeit offener Stellen, also die Zeit, die für die Neubesetzung einer Stelle benötigt wird, ist in kaum einer Berufsgruppe so lang wie in der Altenpflege. Gemeldete Stellenangebote für examinierte Pflegefachkräfte und Spezialisten in der Altenpflege sind im Bundesdurchschnitt 183 Tage vakant, das heißt, rund ein halbes Jahr, in der Krankenpflege 154 Tage.⁹⁾ Das sind 63 Prozent beziehungsweise 36 Prozent mehr als die durchschnittliche Vakanzzeit aller Berufe insgesamt.

Insgesamt wird somit ein deutliches Ungleichgewicht von Nachfrage nach Pflegekräften und deren Angebot sichtbar, das im Bereich der Altenpflege nochmals verschärft auftritt. Um dieses Ungleichgewicht zu mindern, sind in den letzten Jahren verschiedene arbeitsmarktpolitische Ansätze entwickelt und erprobt worden, unter anderem Nachqualifizierung, Förderung der Erwerbsbeteiligung von Frauen, Verbesserung des Berufsbildes und Rekrutierung.

⁹⁾ Gleitende Jahreswerte Oktober 2018, Bundesagentur für Arbeit (2019), Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Blickpunkt Arbeitsmarkt.

rung ausländischer Pflegekräfte;¹⁰⁾ welche Beiträge diese Maßnahmen zur Minderung dieses Ungleichgewichts von Angebot und Nachfrage leisten werden, bleibt abzuwarten.

1.3 Entwicklungen des Krankenhaus- und Altenpflegesektors

Der Krankenhaus- und Altenpflegesektor spielt eine zentrale Rolle für die im Grundgesetz verankerte Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland.¹¹⁾ Um die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist die Versorgungsstruktur von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern entscheidend. Für deren Fortbestand sind wiederum zahlreiche rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen maßgebend, die den Einsatz von personellen Ressourcen und Kapital beeinflussen. Deshalb ist eine Betrachtung der Kennzahlen des Krankenhaus- und Pflegesektors essenziell, um Informationen über zentrale Entwicklungen des Versorgungsumfangs und der eingesetzten Ressourcen zu gewinnen.

Rund 28.500 ambulante und stationäre Pflegedienste und -einrichtungen wurden zum Jahresende 2017 im Rahmen der Erhebung der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts erfasst. Sechs Jahre zuvor waren es noch 24.700, die Zahl der Pflegedienste und

Tabelle 1–1: Entwicklung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern

	2011	2017	Veränderung
Pflegeeinrichtungen			
• Anzahl Pflegeheime und -dienste	24.703	28.530	15,5 %
• Anzahl ambulanter Pflegedienste	12.349	14.050	13,8 %
• Anzahl Pflegeheime	12.354	14.480	17,2 %
• Verfügbare Plätze in Pflegeheimen	875.549	952.367	8,8 %
• Plätze pro Pflegeheim	70,9	65,8	-7,2 %
Krankenhäuser			
• Anzahl Krankenhäuser	2.045	1.942	-5,0 %
• Anzahl Krankenhausbetten	502.029	497.182	-1,0 %
• Betten pro Krankenhaus	245,5	256,0	4,3 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018), Grunddaten der Krankenhäuser, und Statistisches Bundesamt (2018), Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse 2017.

¹⁰⁾ Gemeinsamer Bericht der Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz „Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2015, Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 24./25.06.2015), Konzertierte Aktion Pflege als gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bonin (2019), Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in: Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.), Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? (S. 93–99).

¹¹⁾ Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz.

-heime ist somit insgesamt um 15,5 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 1–1). Diese Entwicklung spiegelt den infolge der wachsenden Zahl älterer Menschen steigenden Pflegebedarf wider. Neben der reinen Anzahl der Einrichtungen verzeichneten auch die in Pflegeheimen verfügbaren Pflegeplätze einen Anstieg, der allerdings etwas geringer als der Anstieg der Pflegeheime ausfiel.

In Krankenhäusern zeigt sich ein gegenläufiger Trend. Insgesamt nimmt die Zahl an Krankenhäusern ab, wohingegen die Anzahl an Betten steigt. Dies zeigt, dass sich der Trend primär zu größeren Krankenhäusern entwickelt. Damit hat die Gesamtzahl an Krankenhausbetten insgesamt in geringerem Ausmaß abgenommen als die Anzahl der Krankenhäuser.

Während die Zahl der Krankenhäuser und die Gesamtzahl an Betten sanken, verzeichnete die Zahl der Krankenhausfälle einen Anstieg (vgl. Abbildung 1–3). Ausschließlich zwischen 2003 und 2006 gingen die Patientenfälle zurück. Dieser vorübergehende Rückgang lässt sich im Wesentlichen auf die Umstellung auf das wettbewerbsorientierte DRG-System (Diagnosis Related Groups), welches stärkere Anreize für Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen in der stationären Versorgung in Krankenhäusern setzt,¹²⁾ und die damit verbundene Fallzusammenlegung zurückführen.¹³⁾

Andererseits charakterisiert eine stetig sinkende Verweildauer die Krankenhauslandschaft. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer sank zwischen 2000 und 2017 um rund 25 Prozent. Im Ergebnis stand hinter diesen beiden gegenläufigen Entwicklungen eine Abnahme der Belegungstage.

Gründe für die abnehmende Verweildauer können Verbesserungen von operativen, therapeutischen und diagnostischen Methoden sein, die es ermöglichen, Eingriffe ambulant statt stationär zu geringeren Kosten zu erbringen.¹⁴⁾ Grundlegenden Einfluss werden darüber hinaus die Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung durch die Einführung von Fallpauschalen ausgeübt haben, deren Höhe unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten ist. Da dadurch allein der Fall vergütet wird, gibt es einen ökonomischen Anreiz, die Verweildauer zu begrenzen.¹⁵⁾ Ferner gibt es Anhaltspunkte dafür, dass eine Verlagerung der Pflege aus den Krankenhäusern vorliegen könnte. Zum einen stieg nicht nur die Anzahl an Pflegehilfsempfängenden nach SGB XII allgemein an, sondern besonders die Anzahl der Hilfeempfangenden für Kurzzeitpflege. In den Jahren von 2010 bis 2018 stieg diese um

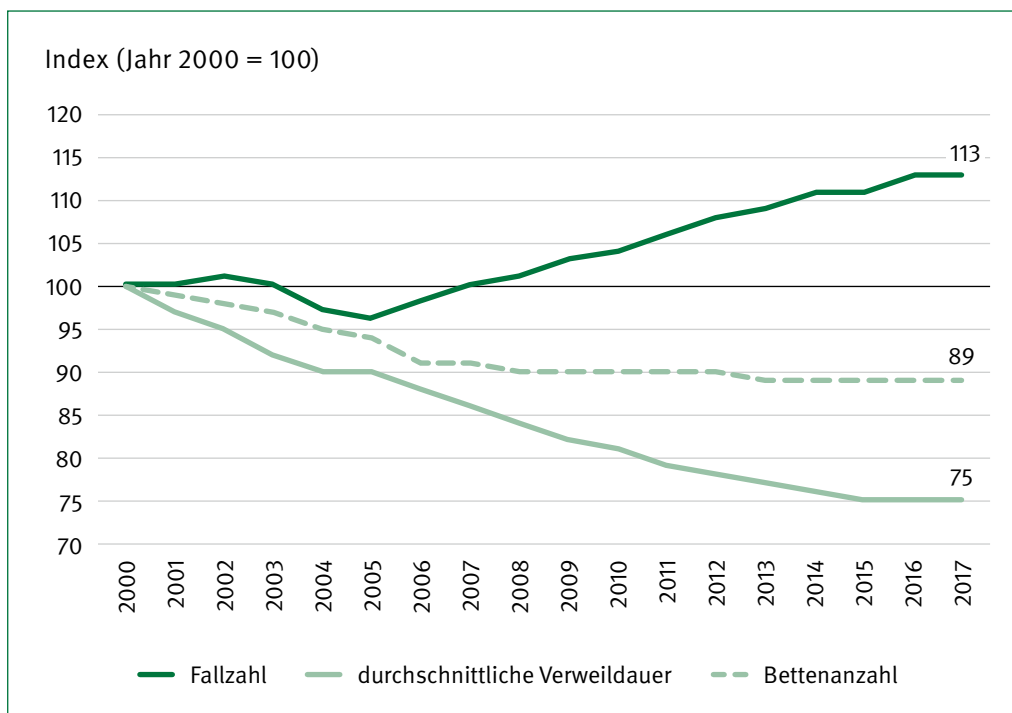
¹²⁾ Durch das DRG-System werden die Behandlungskosten eines stationären Versorgers nicht auf Basis der Selbstkosten des Krankenhauses erstattet, sondern beruhend auf den **durchschnittlichen** Behandlungskosten aller Versorger. Insofern bekommen Krankenhäuser dadurch einen Anreiz, die durchschnittlichen Betriebskosten zu senken und Gewinne zu generieren.

¹³⁾ Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R., Geissler, A. (2017), Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG; Hamburg Center for Health Economics und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (S. 244 ff.).

¹⁴⁾ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

¹⁵⁾ http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32.pdf

Abbildung 1–3: Entwicklung wichtiger Leistungskennzahlen in Krankenhäusern



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018), Grunddaten der Krankenhäuser.

Notiz: Die Fallzahl der Patienten bezieht sich nur auf vollstationäre Behandlungsfälle.

45 Prozent an, während die Anzahl der Hilfeempfängerinnen und -empfänger für vollstationäre Pflege lediglich um knapp 6 Prozent anstieg.¹⁶⁾ Zum anderen zeigt sich ein Anstieg der Zahl der Direktüberweisungen aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim (im Jahr 2002 48.000 Fälle und im Jahr 2013 339.000 Fälle).¹⁷⁾ Diese Entwicklung hängt zwar auch mit der demografischen Struktur zusammen, zeigt jedoch primär eine mögliche Tendenz der Pflegeverlagerung, das heißt der Verlagerung der Pflege von Krankenhäusern hin zu Pflegeheimen.

Die Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist eine zentrale Größe, die eine zuverlässige Erfüllung des Versorgungsauftrags beeinflusst, und wird oft als knapp beschrieben.

Die Entwicklung der Personalausstattung in Allgemeinkrankenhäusern zeigt einen leichten Anstieg der Zahl an Pflegekräften gemessen in Vollzeitäquivalenten um rund 7 Prozent seit 2010 (vgl. Abbildung 1–4). Um die Entwicklung der Personalausstattung jedoch bewerten zu können, empfiehlt sich eine am Leistungsaufwand relativ gemessene Betrachtung. Dazu können die Patientenfallzahl und die Belegungstage herangezogen werden. Die Patientenanzahl spiegelt dabei den fallfixen Pflegeaufwand und die Belegungstage den fallvariablen Pflegeaufwand wider.¹⁸⁾ Zu erkennen ist, dass die Personalausstattung gemessen an Be-

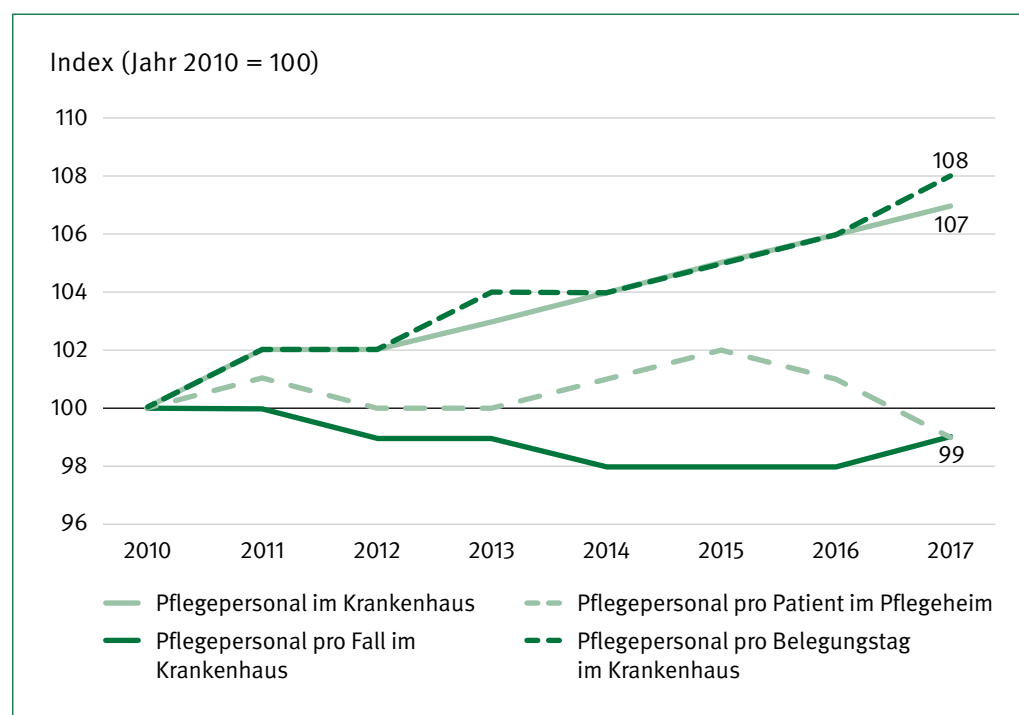
¹⁶⁾ Statistisches Bundesamt (2020), Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII.

¹⁷⁾ Augurzky, Boris et al. (2016), Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus: Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse, RWI Materialien, No. 104.

¹⁸⁾ Ebd.

gungstagen zunimmt, was auch auf die bereits beschriebene zurückgehende durchschnittliche Verweildauer zurückgeführt werden kann. Dennoch wird davon ausgegangen, dass mehr Fälle mit kürzerer Verweildauer trotz weniger Belegungstage insgesamt zu steigender Arbeitsverdichtung führen, da die Anzahl der Pflegestunden pro Patiententag mit sinkender Verweildauer zunimmt.¹⁹⁾ Dies spräche für eine in den letzten Jahren gestiegene Belastung in der Pflege. Misst man die Personalausstattung an den Patientenfällen, wird zunächst eine leichte Abnahme des Pflegepersonals je Patientenfall ersichtlich, anschließend stagniert die Kennzahl und kehrt zuletzt auf das Niveau des Jahres 2010 zurück. Bezogen auf die Anzahl der zu versorgenden Fälle ist die Belastung der Pflegekräfte im Zeitverlauf damit relativ konstant geblieben.

Abbildung 1–4: Personalausstattung von Allgemeinkrankenhäusern und Pflegeheimen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018), Grunddaten der Krankenhäuser, und Statistisches Bundesamt (2018), Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse 2017.

Notiz: Pflegepersonal in Krankenhäusern in Vollzeitäquivalenten, d. h. auf tarifliche Arbeitszeit umgerechnete Werte.

In Pflegeheimen zeigt sich eine vergleichbare Entwicklung des Verhältnisses von Pflegepersonal zu Patient, im Jahr 2017 liegt es annähernd auf dem Niveau von 2010.

Damit unterlag die Personalausstattung in der Pflege in den letzten Jahren keinen merklichen Verbesserungen. Die Unterstützung des Pflegepersonals rückte jedoch vermehrt in den Fokus der politischen Diskussionen und hat sich bereits in mehreren Gesetzesreformen niedergeschlagen. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das Anfang 2019 in Kraft getreten ist, wird die Vergütung von Personalkosten unabhängig von Fallpauschalen geregelt und

¹⁹⁾ IGES (2017), Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus.

die Refinanzierung von Ausbildungsplätzen und Pflegestellen erhöht.²⁰⁾ Ab Januar 2020 werden Personaluntergrenzen, die die maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft regeln, auf zusätzliche Krankenhausbereiche ausgeweitet, um eine sichere und gute Behandlung zu gewährleisten. Außerdem soll es durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz erleichtert werden, internationale Pflegekräfte anzuwerben.²¹⁾ Zusätzlich werden im Jahr 2020 die generalistische Pflegeausbildung sowie ein Pflegestudium eingeführt. Durch das Studium sollen die Komplexität pflegerischer Aufgaben berücksichtigt sowie Karriereaufstiegsmöglichkeiten sichergestellt werden. Durch die generalistische Pflegeausbildung sollen zukünftige Pflegekräfte in unterschiedlichen Pflegebereichen universell einsetzbar sein. Außerdem sollen durch die breitere Ausbildung und den Entfall von Schulgeld mehr Auszubildende erreicht werden.²²⁾ Die Auswirkungen dieser Regelungen werden sich jedoch erst in den nächsten Jahren zeigen.

1.4 Betriebsentwicklung

Neben der bereits beschriebenen starken Nachfrage nach Pflegekräften stehen Krankenhäuser und pflegerische Einrichtungen vor weiteren großen Herausforderungen wie verstärktem Wettbewerb, steigendem Effizienz- und Kostendruck oder erhöhtem Innovationsbedarf.²³⁾

Die durchschnittliche Bettenauslastung in Krankenhäusern verhielt sich über die letzten Jahre relativ konstant (vgl. Abbildung 1–5), während die Anzahl der Patientenfälle bei abnehmender Verweildauer zunahm. Gleichzeitig stiegen die Kosten pro Behandlungsfall jedoch durchgehend stark an. Diese Beobachtung könnte auf ein sich veränderndes Morbiditätsbild zurückgeführt werden, wonach insbesondere chronische Krankheiten (zum Beispiel Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz), deren Behandlung mit einem höheren Ressourcenaufwand in Verbindung steht, bedingt durch die Alterung der Gesellschaft verstärkt auftreten.²⁴⁾ Den größten Anteil an den Gesamtkosten verzeichnen die Personalkosten mit rund 60 Prozent. Von 2010 bis 2017 stiegen diese um 34 Prozent an. Die Sachkosten verzeichneten einen ähnlich hohen Anstieg von 29 Prozent.²⁵⁾

Der gestiegene Kostendruck spiegelt sich auch darin wider, dass sich die wahrgenommene wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verschlechtert,²⁶⁾ rückläufige Umsatzerwartungen

²⁰⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/4-quartal/ppsg-pflegepersonal-staerkungsgesetz.html>

²¹⁾ <https://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2020/neue-gesetze-fachkraefteeinwanderungsgesetz.html>

²²⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>

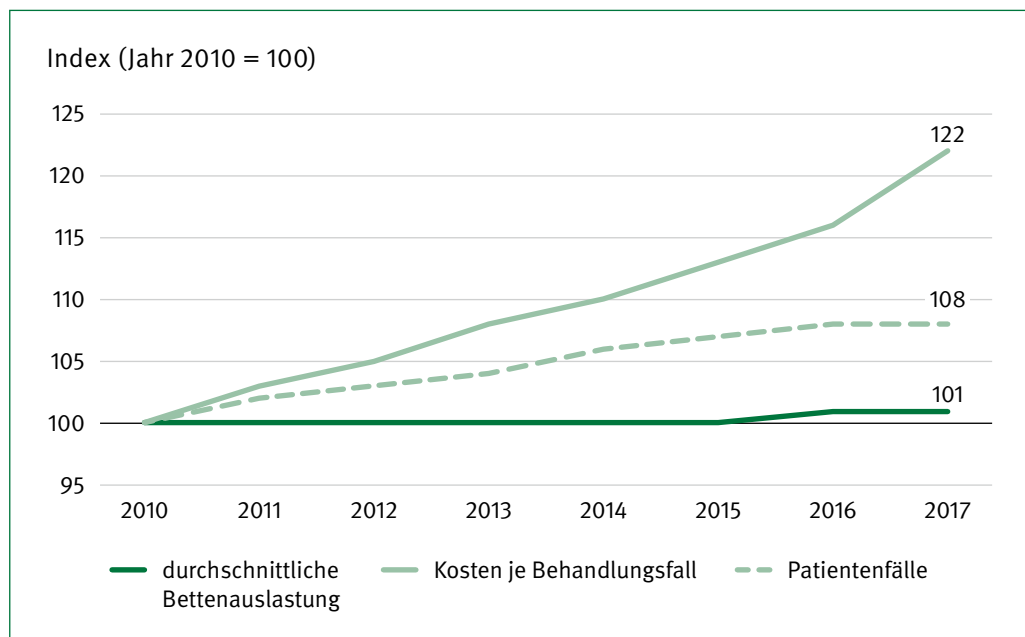
²³⁾ Roland Berger (2017), Krankenhausstudie.

²⁴⁾ Im Jahr 2015 entfielen über 30% der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung von Krankheiten des Kreislaufsystems, des Muskel-Skelett-Systems wie auch des Verdauungssystems, Statistisches Bundesamt (2020), Gesundheitsausgabenrechnung, gegliedert nach ICD10-Krankheiten wie auch gegliedert nach Krankheitskosten und Altersgruppen.

²⁵⁾ Statistisches Bundesamt (2018), Kostennachweis der Krankenhäuser.

²⁶⁾ Psyma CARE Klima-Index, Deutschland 2019.

**Abbildung 1–5: Entwicklung von Auslastung und Kosten in Allgemein-
krankenhäusern**



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018), Kostennachweis der Krankenhäuser.

zunehmen und in den Jahren 2017 und 2018 rund ein Drittel der erfassten Krankenhäuser ein Defizit erwirtschafteten.²⁷⁾

Weiterhin werden Wettbewerbsvorteile durch Innovationen als eine zentrale Chance bewertet, um auf dem Krankenhausmarkt zu bestehen. Angesichts der Engpasslage auf dem Arbeitsmarkt können vor allem Investitionen der Unternehmen in arbeitssparende Technologien und Organisationsweisen zentral sein. Dem steht gegenüber, dass nur etwa ein Drittel der befragten Krankenhäuser angeben, in ausreichendem Maße in Innovationen zu investieren. Begründet wird diese Entwicklung aufseiten der Versorger oftmals mit einer unzureichenden Bereitstellung von öffentlichen Fördermitteln, gefolgt von zu geringen Einnahmen, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben.²⁸⁾ Dies deckt sich mit den allgemein zurückgehenden öffentlichen Investitionen. Zwischen 1991 und 2018 ist das preisbereinigte öffentliche Investitionsvolumen für Krankenhäuser um fast 50 Prozent zurückgegangen.²⁹⁾ Auch die Investitionsfördermittelquote, das Verhältnis der öffentlichen Förderung zu den Ausgaben der Krankenhäuser, nimmt stetig ab.³⁰⁾ Dadurch werden Versorger möglicherweise dazu gezwungen, Investitionsprojekte gänzlich auszulassen oder aus den Behandlungserlösen querzufinanzieren, wodurch der betriebliche Kostendruck weiter zunehmen könnte.³¹⁾

²⁷⁾ Roland Berger (2019), Krankenhausstudie.

²⁸⁾ Ebd.

²⁹⁾ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung in den Bundesländern.

³⁰⁾ Verband der Ersatzkassen (VDEK), https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_krankenhaus.html.

³¹⁾ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (S. 230 f.).

Insgesamt sind also die geleisteten Investitionsfördergelder deutlich unter dem tatsächlich erforderlichen Investitionsbedarf geblieben, woraus sich eine Investitionsförderlücke im Jahr 2015 von 3,06 Milliarden Euro ergab.³²⁾

1.5 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich eine Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, die durch zwei gegenläufige Trends charakterisiert wird: einerseits eine **Zunahme des Bedarfs an Pflegekräften – vor allem aufgrund des demografisch bedingten Anstiegs der Zahl pflegebedürftiger Menschen**. Andererseits zeigen statistische Daten bereits heute einen **gravierenden Mangel an Pflegefachkräften in der Alten- und Krankenpflege**.³³⁾ Zudem konkurrieren der Krankenhaus- und Pflegesektor mit anderen Branchen um die Besetzung von Ausbildungsplätzen, sodass die Sicherung von Nachwuchskräften für die Pflege nicht ohne Weiteres gewährleistet ist.

Gleichzeitig stehen Versorger einem hohen **Kosten- und Effizienzdruck**, aber auch **Innovationsdruck bei sinkender Investitionsförderung gegenüber**, beispielsweise zur Überwindung der Engpasslagen durch arbeitssparende Innovationen.

Viele dieser Themen sind bereits seit Jahren Gegenstand von wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskussionen. Zur Unterstützung des Wandels wurden Reformen wie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz angestoßen, das Anfang 2019 in Kraft getreten ist und die Vergütung von Personalkosten unabhängig von Fallpauschalen regelt und die Refinanzierung von Ausbildungsplätzen und Pflegestellen erhöht.³⁴⁾ Außerdem soll es durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz erleichtert werden, internationale Pflegekräfte anzuwerben.³⁵⁾ Zusätzlich werden im Jahr 2020 die generalistische Pflegeausbildung sowie ein Pflegestudium eingeführt. Durch das Studium sollen die Komplexität pflegerischer Aufgaben berücksichtigt sowie Karriereaufstiegsmöglichkeiten sichergestellt werden. Durch die generalistische Pflegeausbildung sollen zukünftige Pflegekräfte in unterschiedlichen Pflegebereichen universell einsetzbar sein. Außerdem sollen durch die breitere Ausbildung und den Entfall von Schulgeld mehr Auszubildende erreicht werden.³⁶⁾ Die Auswirkungen dieser Regelungen werden sich jedoch erst in den nächsten Jahren zeigen und deren Bewertung bleibt daher abzuwarten.

³²⁾ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (S. 234).

³³⁾ Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (2019). Die Engpassanalyse zeigt, dass bereits in fast jedem Bundesland ein Fachkräftemangel an examinierten Kranken- und Altenpflegern vorliegt.

³⁴⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/4-quartal/ppsg-pflegepersonal-staerkungsgesetz.html>

³⁵⁾ <https://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2020/neue-gesetze-fachkraefteeinwanderungsgesetz.html>

³⁶⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>

2 Entwicklung der Berufsgesundheit

Angesichts des wachsenden Bedarfs an Pflegekräften und der zunehmenden Personalknappheit wird die Berufsgesundheit der Beschäftigten zu einer zentralen Größe. Gesellschaftliche Debatten über den Dauerstress der Beschäftigten können Nachwuchskräfte davon abhalten, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Eine Verschlechterung der Gesundheit kann zu vorzeitigen Einschränkungen in der Berufstätigkeit führen oder sogar zum „Pflexit“, dem Ausstieg aus den Pflegeberufen. Gegenstand dieses Beitrags ist die Beschreibung der wichtigsten statistischen Daten, auf deren Basis die Entwicklung der Berufsgesundheit über mehrere Jahre hinweg aufgezeigt werden kann.

2.1 Konzept der Berufsgesundheit

Berufsgesundheit ist kein einfaches, anhand eines einzelnen Indikators beobachtbares Phänomen. Vielmehr ergibt sich ein vollständiges Bild der Berufsgesundheit von Pflegenden in der Kranken- und Altenpflege erst unter Berücksichtigung mehrerer Dimensionen und Indikatoren. Bei genauerem Hinsehen und in politischen Diskussionen zeigt sich jedoch, dass Berufsgesundheit nicht einheitlich definiert wird und zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Pflegekräften unterschiedliche Informationsquellen herangezogen werden; dazu zählen beispielsweise unmittelbare Maße wie die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen oder Arbeitsunfällen in der Kranken- und Altenpflege.

Der vorliegenden Analyse liegt hingegen ein umfassenderes Verständnis von Berufsgesundheit zugrunde, deren Bewertung sich nicht auf einzelne Maße wie beispielsweise die absolute Anzahl von Arbeitsunfällen beschränkt (vgl. Abbildung 2–1). Um die Berufsgesundheit adäquat abzubilden und ihrer Mehrdimensionalität Rechnung zu tragen, werden drei Dimensionen, die jeweils Teilaspekte der Berufsgesundheit abdecken – Ressourcen, Belastungen und berufliche Gesundheit –, zur Beurteilung der Gesundheit und Arbeitssituation von Beschäftigten in den Bereichen Alten- und Krankenpflege herangezogen.

Abbildung 2–1: Unterschiedliche Dimensionen der Berufsgesundheit

Ressourcen	Belastungen	Berufliche Gesundheit
<ul style="list-style-type: none">• Berufliche Weiterbildung• Zufriedenheit mit der Arbeit• Zufriedenheit mit dem Einkommen	<ul style="list-style-type: none">• Sorgen um den Arbeitsplatz• Befristete Beschäftigung• Überstunden• Wechselnde Arbeitszeiten	<ul style="list-style-type: none">• Krankheitstage• Arbeitsunfälle• Berufskrankheiten

Quelle: DIW Econ.

Jede dieser Dimensionen wird wiederum durch mehrere Einzelindikatoren beschrieben, die aus drei unterschiedlichen Quellen – Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), der BGW und der AOK – zusammengetragen werden und sowohl subjektive Wertungen aus Sicht der Beschäftigten als auch faktenbasierte, objektive Maße vereinen.

Übersicht über die zentralen Datenquellen

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aller in der Kranken- und Altenpflege erwerbstätigen **AOK**-Mitglieder. Die AOK ist die Krankenkasse mit dem größten Marktanteil in Deutschland, verfügt daher über die umfangreichste Datenbasis zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und umfasst einen Großteil aller Pflegekräfte in Deutschland.

Die **BGW** verfügt als Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung über eine Vollerhebung zu Arbeits- und Wegeunfällen sowie der Berufskrankheiten ihrer Versicherten. Es werden meldepflichtige Arbeitsunfälle und Berufskrankheitsverdachtsanzeigen erfasst und als Quote pro 1.000 Vollbeschäftigte ausgewiesen.

Die übrigen Daten stammen aus dem **Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)**, einer seit 1984 laufenden Wiederholungsbefragung von Haushalten und Personen in Deutschland. Für das SOEP werden derzeit jedes Jahr etwa 30.000 Personen in rund 15.000 Privathaushalten befragt, die für die Bevölkerung in Deutschland repräsentativ sind. Aufgrund seiner Stichprobengröße und des Detailgrads der erhobenen Personen- und Haushaltsmerkmale ist das SOEP geeignet, um einzelne Berufsgruppen detailliert in Bezug auf sozioökonomische Merkmale, die Zufriedenheit und die Belastung im Beruf zu untersuchen. So wurden bereits Analysen zur Berufsbelastung und zur Berufszufriedenheit in unterschiedlichen Berufsgruppen auf der Basis des SOEP durchgeführt.³⁷⁾ Die Zahl der beobachteten Personen in der Krankenpflege variiert über den betrachteten Zeitraum zwischen 310 und 479 Personen sowie in der Altenpflege zwischen 229 und 358 Personen.

2.2 Ressourcen

Unter dem Aspekt „Ressourcen“ rücken mit der Arbeit verbundene Entwicklungsmöglichkeiten, der Einfluss auf sowie die Zufriedenheit mit der ausgeübten Beschäftigung für die individuelle Berufsgesundheit von Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege in den Blickpunkt. Diese Ressourcen werden im Folgenden anhand der Entwicklungen des Anteils

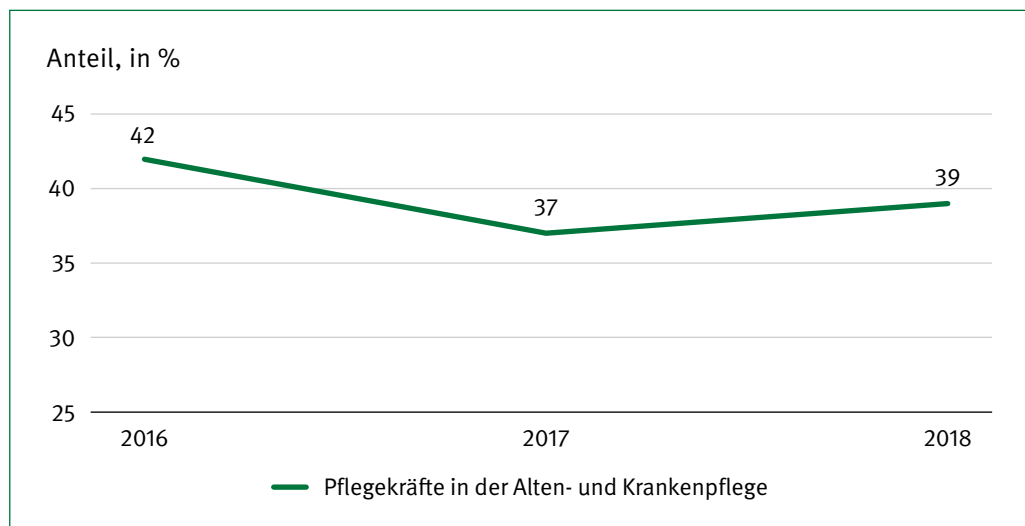
³⁷⁾ Spieß, K.; Westermaier, F. G. (2016), Berufsgruppe „Erzieherin“: Zufrieden mit der Arbeit, aber nicht mit der Entlohnung, DIW Wochenbericht Nr. 43.2016; Steiner, L.; Schneider, L. (2013), The happy artist: an empirical application of the workpreference model, in: Journal of cultural economics 37 (2), S. 225–246; Schult, J.; Münzer Schrobildgen, M.; Sparfeldt, J. R. (2014), Belastet, aber hochzufrieden? Arbeitsbelastung von Lehrkräften im Quer- und Längsschnitt, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 22 (2), S. 61–67; Dohmen, T.; Falk, A. (2010), You get what you pay for: Incentives and selection in the education system, in: The Economic Journal 120 (546), F256F271.

von Pflegekräften, die an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen, der subjektiven Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrer Arbeit sowie mit ihrem Einkommen beschrieben.

Weiterbildung

Eine kontinuierliche Weiterbildung ist notwendig, damit Pflegekräfte auf dem aktuellen technischen und wissenschaftlichen Kenntnisstand bleiben, sie den neuen Anforderungen an die pflegerische Versorgung gerecht werden und somit eine hohe Pflegequalität gewährleistet werden kann. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen ist allem voran aber auch eine wichtige Ressource für Entwicklungsmöglichkeiten und Zukunftsaussichten der Beschäftigten und damit auch ein zentraler Aspekt für deren Berufsgesundheit.

Abbildung 2–2: Entwicklung des Anteils von Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege mit beruflicher Weiterbildung in vergangenen Jahren, 2016–2018



Im Jahr 2018 gab mehr als ein Drittel der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege an, im Vorjahr an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen zu haben (vgl. Abbildung 2–2). Damit sind in der Pflege beschäftigte Personen hinsichtlich ihrer Fortbildungsmöglichkeiten deutlich bessergestellt als im Durchschnitt über alle Berufe.

Der Anteil der Pflegekräfte, die im Vorjahr an einer beruflichen oder akademischen Weiterbildung teilgenommen hatten, ist zwischen den Jahren 2016 und 2018 leicht von 42 Prozent auf 39 Prozent zurückgegangen.

Da es sich hier jedoch um einen kurzen Zeitraum handelt, ist die Entwicklung der Teilnahme an Weiterbildungen in Zukunft weiter zu beobachten. Erfreulich ist, dass der größte Teil der Weiterbildungen in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege mit dem Ziel des beruflichen Aufstiegs durchgeführt wird, beispielsweise in Form von Weiterbildungen zur Praxisanleitung oder Pflegedienstleitung.³⁸⁾ Während Pflegekräfte in Krankenhäusern aufgrund der

³⁸⁾ Timmreck, C.; Gergras, C.; Klauke, M.; Uth, P. (2017), Pflegestudie 2017 – Zum Status Quo und der Zukunft von Fort- und Weiterbildungen in den Pflegeberufen. Hochschule Niederrhein.

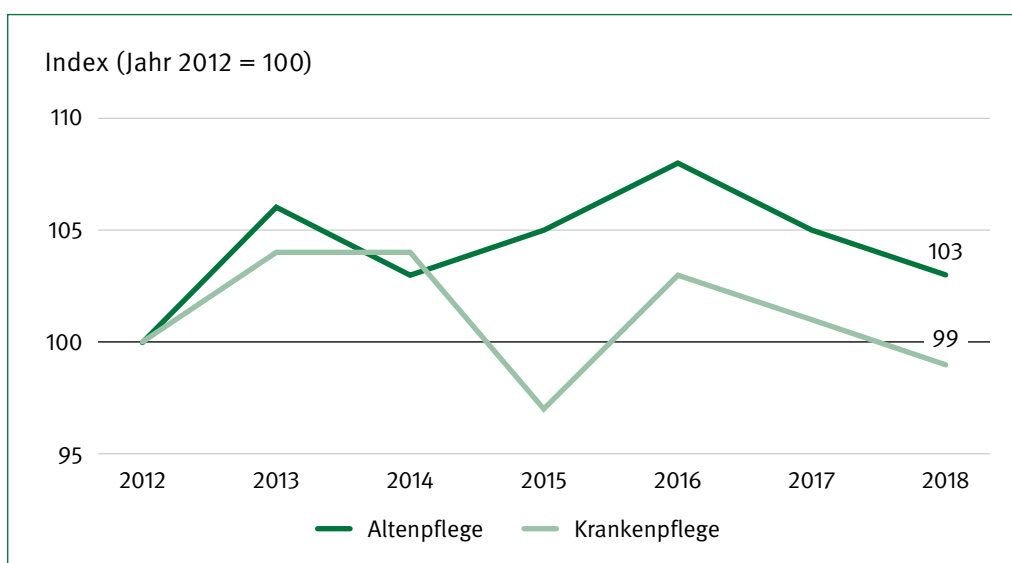
vielen Fachbereiche mehr pflegespezifische Weiterbildungen wahrnehmen können, sind es in Pflegeheimen häufig Weiterbildungen in der Palliativ- und Hospizpflege sowie im gerontopsychiatrischen Bereich. Im Durchschnitt werden von Pflegekräften Weiterbildungsprogramme im Umfang von fünf Tagen pro Jahr wahrgenommen.³⁹⁾

Zufriedenheit mit der Arbeit

Die Zufriedenheit mit der Arbeit ist im Kontext der Berufsgesundheit ein wichtiges Maß, das unter anderem über die Erfüllung Auskunft gibt, die die initial häufig hoch (intrinsisch) motivierten Beschäftigten in den sozialen Berufen wie Kranken- und Altenpflege erleben können. Andererseits bildet sie mögliche Diskrepanzen zwischen Erwartungen an eine gute Arbeitsrealität und dem konkreten Arbeitsalltag in der Pflege ab. Die Zufriedenheit der befragten Pflegekräfte mit ihrer Arbeit basiert auf ihrer subjektiven Bewertung, gemessen auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 der höchsten Zufriedenheit mit der Arbeit entspricht. Im Durchschnitt bewerteten Pflegekräfte in der Altenpflege ihre aktuelle Arbeitszufriedenheit mit 7,2 von 10 Punkten. In der Krankenpflege lag der entsprechende Wert mit 6,7 Punkten etwas niedriger. Für eine bessere Darstellung der zeitlichen Entwicklung wurde die durchschnittliche Arbeitszufriedenheit in der Alten- wie auch der Krankenpflege indexiert, wobei der Basiswert von 100 dem Jahr 2012 zugewiesen wurde (vgl. Abbildung 2–3).

Der Blick auf die indexierte Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszufriedenheit zeigt, dass sich diese im Jahr 2018 in der Altenpflege im Vergleich zum Ausgangsniveau des Jahres 2012 insgesamt leicht verbessert hat, während die Zufriedenheit der Beschäftigten in der Krankenpflege mit ihrer Arbeit im gleichen Zeitraum leicht zurückgegangen ist. Allen Pflegekräften ist darüber hinaus ein leichter Abwärtstrend ihrer Arbeitszufriedenheit seit dem Jahr 2016 gemein.

Abbildung 2–3: Entwicklung der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege, 2012–2018



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

³⁹⁾ Ebd.

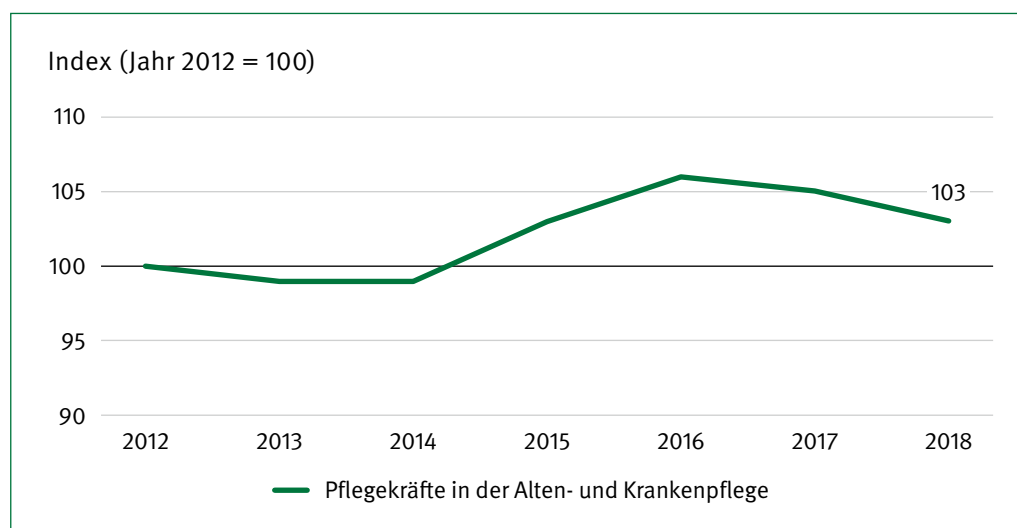
Zufriedenheit mit dem Einkommen

Vergütung in Form eines als angemessen empfundenen Einkommens ist neben weiteren Faktoren wie der Sinnhaftigkeit der Arbeit maßgebend für die Motivation, den Einsatz und auch die Gesundheit von Pflegekräften. Zahlreiche Studien zeigen Zusammenhänge zwischen geringer Vergütung und erhöhten gesundheitlichen Risiken von Beschäftigten auf.⁴⁰⁾

In der politischen Debatte wird seit Jahren wiederholt diskutiert, dass die Löhne in der Pflege und insbesondere in der Altenpflege zu niedrig seien, um Pflegekräfte zu halten und neue Fachkräfte zu gewinnen. Tatsächlich sind die Entgelte im Pflegebereich insgesamt seit dem Jahr 2012 jedoch nicht viel schneller angestiegen als die Löhne allgemein.⁴¹⁾

Der Blick auf die Entwicklung der Zufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Einkommen bestätigt eben genau dies (vgl. Abbildung 2–4). Die Einkommenszufriedenheit liegt im Jahr 2018 nur geringfügig über dem Niveau von 2012. Das gilt sowohl für Beschäftigte in der Kranken- als auch Altenpflege. Insofern hat sich die Einkommenszufriedenheit unter Pflegekräften – trotz vieler Debatten und Medienberichte – über die Zeit nicht wesentlich verbessert.

Abbildung 2–4: Entwicklung der Einkommenszufriedenheit von Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege, 2012–2018



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

Zusammenfassung

Im Pflegebereich tätige Personen sind zwar in Bezug auf Weiterbildungsmöglichkeiten deutlich bessergestellt als Personen aus anderen Berufsgruppen, vor allem stagnieren aber die Arbeits- und die Einkommenszufriedenheit des Pflegepersonals über die Zeit. Um mehr Arbeitskräfte anzuwerben, ist es daher erforderlich, die Attraktivität des Pflegeberufs zu

⁴⁰⁾ Vgl. Siegrist, J. (2015), Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen.

⁴¹⁾ Seibert, H.; Carstensen, J.; Wiethölter, D. (2018), Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, abrufbar unter <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen>.

erhöhen. Auch die Politik geht diesen Aspekt, allen voran das Thema Entlohnung, an. Im Koalitionsvertrag setzt sich die Bundesregierung zum Ziel, die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege spürbar zu verbessern und beispielsweise die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif zu stärken.⁴²⁾

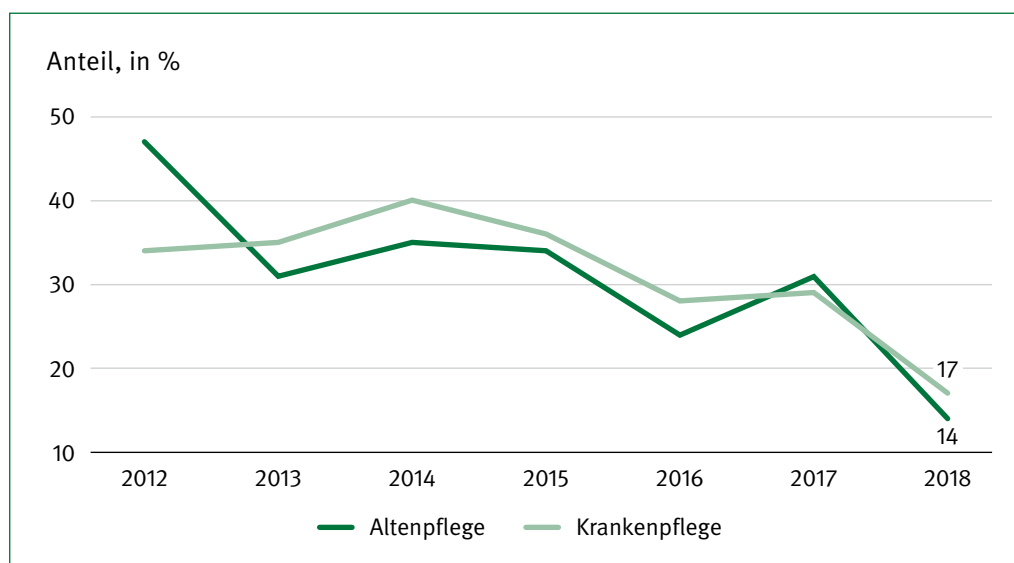
2.3 Belastungen

Arbeitssituationen können durch Belastungsfaktoren gekennzeichnet sein, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Beschäftigten einschränken. Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, befristete Arbeitsverhältnisse, hohe Anforderungen durch Überstunden oder wechselnde Arbeitszeiten sind dabei zentrale Maße für die Arbeitsbedingungen.

Sorgen um den Arbeitsplatz

Die Sorgen der Beschäftigten in der Pflege um ihren Arbeitsplatz nehmen immer weiter ab, sodass die Angst vor Kündigungen und Arbeitsplatzverlust aktuell kaum mehr eine Rolle spielt (vgl. Abbildung 2–5). Sowohl in der Alten- als auch der Krankenpflege nahmen die Sorgen des Pflegepersonals um den Arbeitsplatz im Vergleich zum Jahr 2012 deutlich ab. Der Anteil der Beschäftigten in der Altenpflege mit Sorgen um den Arbeitsplatz lag im Jahr 2018 nur noch bei 14 Prozent, das entspricht einem Drittel des Wertes aus dem Jahr 2012. In der Krankenpflege hat sich der entsprechende Anteil im gleichen Zeitraum halbiert und liegt im Jahr 2018 bei nur noch 17 Prozent. Diese Entwicklung spielt sich vor allem vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl offener Stellen ab, welche Pflegebetriebe zu einer großen Einstellungsbereitschaft von Fachkräften veranlasst. Der geringen Sorge um die Arbeitsplatzsicherheit steht die Erwartung vieler Pflegekräfte entgegen, ihren Beruf nicht bis zum

Abbildung 2–5: Entwicklung des Anteils an Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege mit Sorgen um den Arbeitsplatz, 2012–2018



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

⁴²⁾ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, abrufbar unter https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1.

gesetzlichen Rentenalter auszuüben.⁴³⁾ Insofern besteht in der Pflegebranche trotz einer hohen Arbeitsplatzsicherheit eine substantielle Bereitschaft, den Beruf in Zukunft zu wechseln. Letzterer Aspekt ist vor allem durch die hohen Arbeitsbelastungen und die niedrige Entlohnung zu erklären.

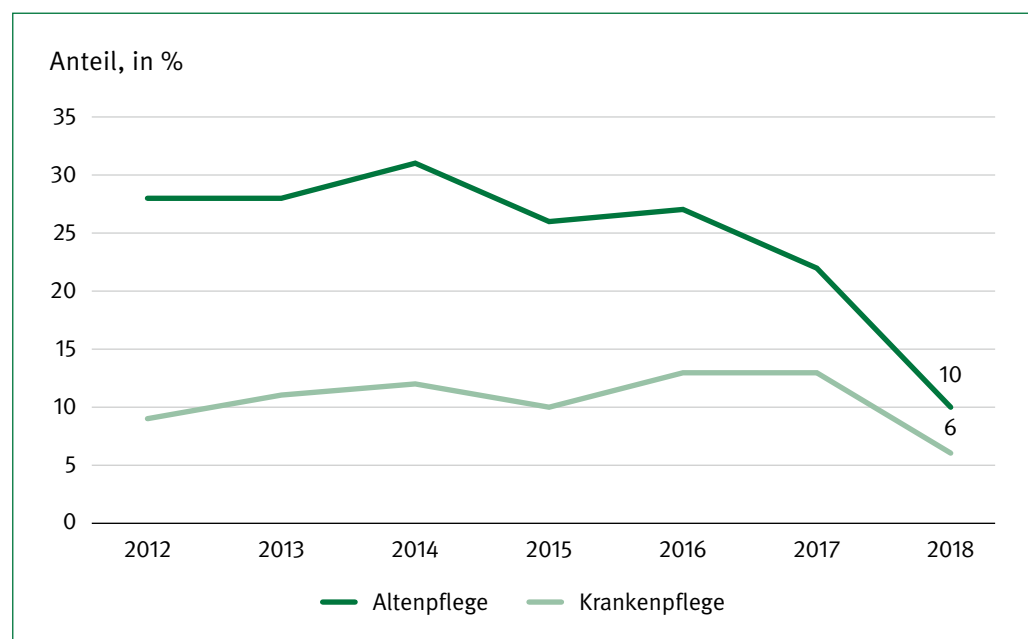
Befristete Beschäftigung

Grundsätzlich gilt die Befristung von Arbeitsverhältnissen in der Wirtschaftsforschung als psychologischer Belastungsfaktor, weil sie die langfristige Lebensplanung der Betroffenen erschwert, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Familienplanung oder mit dem Immobilienerwerb. Ebenso können Beschäftigte mit befristeten Arbeitsverhältnissen Druck verspüren, trotz Krankheit weniger am Arbeitsplatz zu fehlen, um ihre Chancen zu steigern, entfristet zu werden. Das wiederum kann negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Vor diesem Hintergrund kann die Verbreitung befristeter Beschäftigungsverhältnisse plausibel als Belastungsfaktor eingeordnet werden.

Insgesamt nahm der Anteil der Beschäftigten mit einem befristeten Arbeitsverhältnis in den Pflegebereichen zwischen den Jahren 2012 und 2018 ab (vgl. Abbildung 2–6). Besonders deutlich wird diese Entwicklung in der Altenpflege; der Anteil der Pflegekräfte mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen sank von 28 Prozent im Jahr 2012 auf 10 Prozent im Jahr 2018.

Die Deutung dieses Belastungsfaktors ist in Zukunft allerdings weiter zu beobachten. Eine steigende Zahl an Neueinstellungen kann zum Beispiel auch erneut zu einem hohen Anteil von Befristungen führen, was dann allerdings Ausdruck einer positiven Dynamik im Arbeitsmarkt wäre. Einige Hinweise existieren zudem, dass in Boombranchen wie der Pflege die

Abbildung 2–6: Entwicklung des Anteils der Pflegekräfte mit befristetem Beschäftigungsverhältnis



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

⁴³⁾ Kacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.) (2019), Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?.

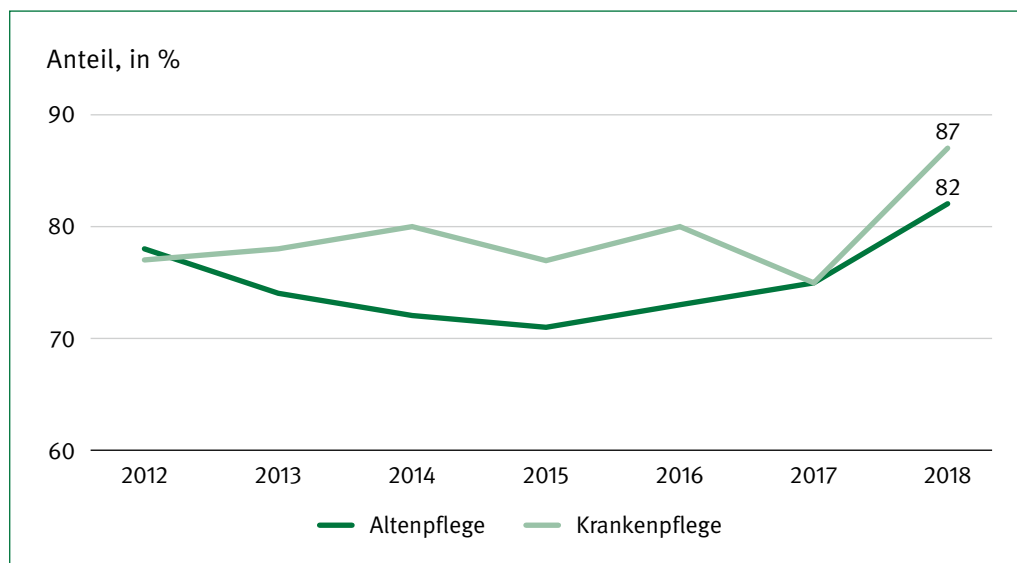
Beschäftigten selbst möglicherweise dazu neigen, befristete Arbeitsverhältnisse einzugehen, oder sich von Personalagenturen vermitteln lassen, weil sie sich damit etwas unabhängiger von den Schattenseiten der Beschäftigung als Stammpersonal machen können. Im Gesundheitswesen sind das vor allem Wochenend- und Nachtdienste sowie kurzfristig anfallende Zusatzschichten.⁴⁴⁾

Überstunden

Das Ableisten von Überstunden ist für Beschäftigte in der Pflege häufig mehr eine Regel als eine Ausnahme und Folge von Personalmangel, Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Es kann negative Auswirkungen auf Privat- und Familienleben haben.

Zwischen den Jahren 2012 und 2017 schwankte der Anteil der Beschäftigten mit Überstunden zwischen 70 Prozent und 80 Prozent, wobei der Anteil in der Krankenpflege tendenziell über dem Wert in der Altenpflege lag (vgl. Abbildung 2–7). Zuletzt sind beide Anteile nochmals angestiegen und lagen 2018 bei 87 Prozent in der Kranken- und 82 Prozent in der Altenpflege.

Abbildung 2–7: Entwicklung des Anteils von Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege mit Überstunden, 2012–2018



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

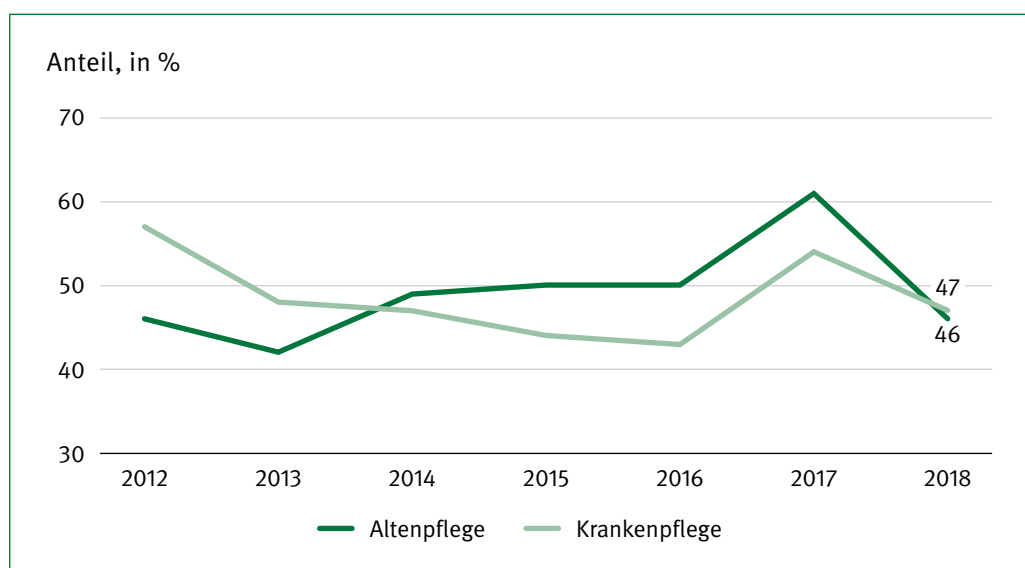
Wechselnde Arbeitszeiten

Hohe Anforderungen durch wechselnde Arbeitszeiten in den Pflegeberufen sind genau wie das Ableisten von Überstunden keine Ausnahme. Pflegekräfte arbeiten sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege unter hohen Anforderungen durch wechselnde Arbeitszeiten. Im Jahr 2018 waren 46 Prozent der Pflegekräfte in der Altenpflege und 47 Prozent in der Krankenpflege an vom Arbeitgeber festgelegte wechselnde Arbeitszeiten gebunden, womit dieser Anteil gegenüber dem Jahr 2012 leicht gesunken ist (vgl. Abbildung 2–8).

⁴⁴⁾ Vgl. *Neue Westfälische Zeitung* vom 30.06.2018: „Bessere Bezahlung: Pfleger wechseln in die Leiharbeit“; *Handelsblatt* vom 04.04.2018: „Der Kampf um die knappen Pflegekräfte.“

Hier sind weiterhin die Unternehmen gefragt, Flexibilität zu zeigen und Angebote sowie innovative Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen. Dies kann auch vor dem Hintergrund der kritischen Beschäftigungssituation in dem Arbeitsfeld Altenpflege zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beitragen. Dieses Thema ist auch auf der politischen Agenda angekommen. In den kommenden sechs Jahren werden Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die „besondere Betreuungsbedarfe“ etwa jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die auf andere Weise die Familienfreundlichkeit fördern.⁴⁵⁾

Abbildung 2–8: Entwicklung des Anteils der Pflegekräfte mit vom Arbeitgeber festgelegten wechselnden Arbeitszeiten, 2012–2018



Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v.35.

Zusammenfassung

Die aufgezeigten Entwicklungen sind maßgeblich vom Fachkräftemangel geprägt. Positive Auswirkungen für das Pflegepersonal liegen allem voran in einer Stärkung ihrer Verhandlungsposition; das schlägt sich in einem Rückgang der Sorgen um den Arbeitsplatz sowie einem Rückgang des Anteils an befristeten Beschäftigungsverhältnissen nieder. Pflegeberufe scheinen mit sicheren Arbeitsplätzen verbunden zu sein, und das auf viele Jahrzehnte hinaus. Dem steht, resultierend aus der Personalknappheit, vor allem eine höhere Arbeitsbelastung gegenüber. Diese Umstände können die Bereitschaft zur langfristigen Berufsausübung der Pflegekräfte beeinflussen und damit den Engpass an Pflegekräften weiter vergrößern.

Der Fachkräftemangel wird weiterhin durch die Tatsache verschärft, dass die Nachfrage nach examinierten Pflegekräften aufgrund langer Ausbildungszeiten nicht unmittelbar, sondern erst verzögert befriedigt werden kann, sodass die beschriebenen Engpässe nur langfristig bekämpft werden können.⁴⁶⁾ In Deutschland haben die Kapazitätsengpässe in der Pflege jedenfalls in der Politik und in den Betrieben gleichermaßen Aufsehen erregt und Handlungs-

⁴⁵⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html#c13144>

⁴⁶⁾ In der Arbeitsmarktökonomie spricht man vom sogenannten Schweinezyklus, abrufbar unter https://www.diw.de/de/diw_01.c.437025.de/presse/diw_glossar/schweinezyklus.html.

bedarf aufgezeigt. Reaktionen darauf schlagen sich in gesundheitspolitischen Veränderungen nieder: Die Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes durch das Bundeskabinett am 1. August 2018 zielte unter anderem auf eine Verbesserung der Personalausstattung der Krankenhäuser, Erhöhung der Anreize für die Ausbildung und Zuwächse beim Einkommen ab.

2.4 Berufliche Gesundheit

Schlechte Arbeitsbedingungen und eine zu hohe Arbeitsbelastung können im schlimmsten Fall mit einer Schädigung der Gesundheit einhergehen, welche sich wiederum in einem erhöhten Krankenstand, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten niederschlagen kann. Drei Einzelindikatoren werden im Folgenden herangezogen, um den Aspekt der beruflichen Gesundheit näher zu beleuchten.

Krankheitstage

Eine starke Arbeitsbelastung kann sich in erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten niederschlagen. Auffällig ist, dass der Krankenstand bei den pflegenden Berufen deutlich über den Vergleichswerten aller Berufe insgesamt liegt.⁴⁷⁾ Insgesamt arbeiten in den pflegenden Berufen mehr ältere Personen als im Durchschnitt aller Berufe. Das kann Einfluss auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten nehmen, da die Dauer des Krankenstands mit dem Alter ansteigt.⁴⁸⁾ Dennoch kann die Altersstruktur den überdurchschnittlichen Krankenstand nicht umfänglich erklären. Viele weitere Faktoren spielen eine Rolle. Beispielsweise kommen in der Alten- und Krankenpflege überdurchschnittlich oft psychische Erkrankungen vor, was auch damit zusammenhängen kann, dass Pflegekräfte viel mit Leid bis hin zu Todesfällen umgehen müssen.⁴⁹⁾ Auch üben Pflegekräfte im Rahmen der Pflege in bedeutendem Maße schwere körperliche Tätigkeiten aus, wie langes Stehen, schweres Heben oder Tragen. All diese Belastungsquellen sind erwiesenermaßen förderlich für Muskel- und Skeletterkrankungen und somit auch für mehr Krankheitstage unter der Belegschaft.⁵⁰⁾

Mit Blick auf die zeitliche Entwicklung der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage in der Kranken- und Altenpflege zeigt sich, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten in beiden Pflegebereichen im Jahr 2018 deutlich über den Werten des Jahres 2012 liegen. Bei getrennter Betrachtung von Kranken- und Altenpflegenden zeigen sich bei Beschäftigten in der Altenpflege höhere Werte als bei Beschäftigten in der Krankenpflege (vgl. Abbildung 2–9). Im Jahr 2012 fehlten ganzjährig AOK-Versicherte in der Altenpflege im Durchschnitt zunächst 25 Tage pro Jahr und in der Krankenpflege 20,3 Tage pro Jahr. Beide Kennzahlen sind zunächst kontinuierlich angestiegen, ab dem Jahr 2014 beziehungsweise 2015 abgeflacht. Zuletzt stiegen diese wieder an, auf durchschnittlich 27,7 und 23,5 Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr bei Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege.

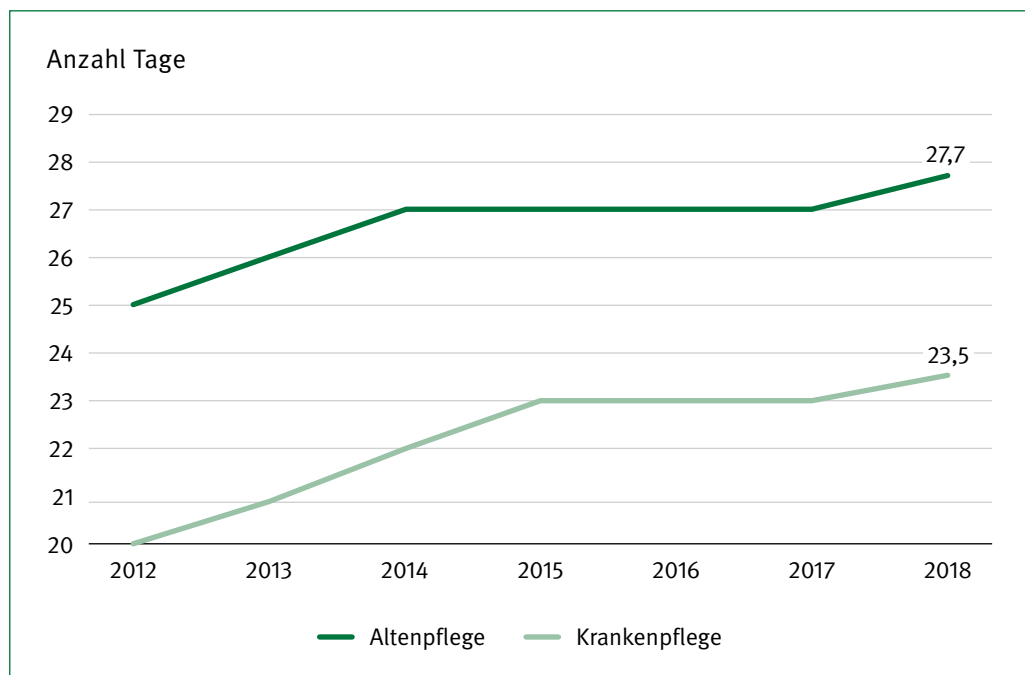
⁴⁷⁾ Dripp, M.; Meyer, M. (2019), Belastungen und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?.

⁴⁸⁾ Ebd.

⁴⁹⁾ Ebd.

⁵⁰⁾ Ebd.

Abbildung 2–9: Gemeldete Arbeitsunfähigkeitstage je Versicherungsjahr



Quelle: DIW Econ auf Basis der Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido).

Notiz: Basis sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten der ganzjährig in der AOK Versicherten in der Krankenpflege nach Klassifikation der Wirtschaftszweige (Kldb2010 8130,8131,8132,8138) und Altenpflege (8210,8218).

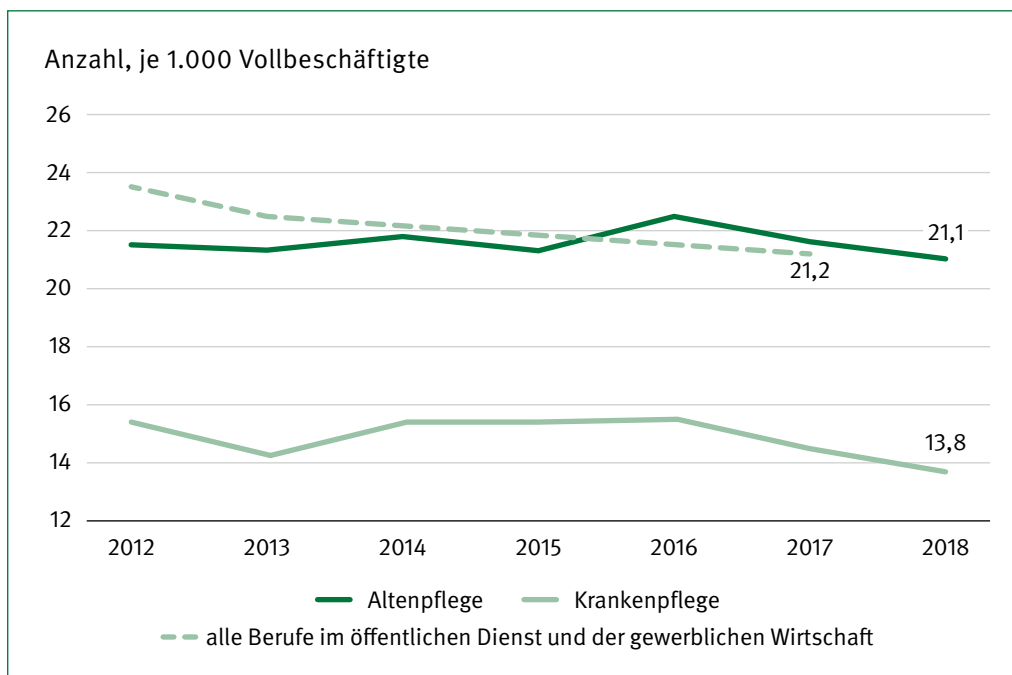
Der Anstieg des Krankenstands in den Pflegeberufen geht mit einem generellen Anstieg des Krankenstands in allen Berufen einher.⁵¹⁾ Für diesen Anstieg gibt es verschiedene Gründe, zu denen beispielsweise die allgemeine Entspannung auf dem Arbeitsmarkt zählen kann. Bei rückläufiger Arbeitslosigkeit nehmen der Druck am Arbeitsplatz und die Sorge um Kündigungen ab und Unternehmen beschäftigen vermehrt auch Ältere und gesundheitlich Beeinträchtigte.

Arbeitsunfälle

Im Gegensatz zu dem Anstieg an Arbeitsunfähigkeitstagen unterlagen die Arbeitsunfälle des Pflegepersonals zwischen 2012 und 2018 keinen wesentlichen Veränderungen. In der Krankenpflege ereigneten sich im Jahr 2018 21,1 Arbeitsunfälle je 1.000 Vollbeschäftigte, sodass die Arbeitsunfallquote im Vergleich zum Jahr 2012 fast unverändert geblieben ist (vgl. Abbildung 2–10). Damit liegt die Arbeitsunfallquote in der Krankenpflege in einem mittleren Bereich und ist vergleichbar mit der Arbeitsunfallquote der gewerblichen Wirtschaft und des öffentlichen Dienstes. Die Arbeitsunfallquote in der Altenpflege ist mit 13,8 je 1.000 Vollbeschäftigte hingegen geringer und zeigt darüber hinaus in den letzten Jahren eine abnehmende Tendenz.

⁵¹⁾ Bundesministerium für Gesundheit (2019), Entwicklung des Krankenstandes 1970–2018, abrufbar unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV1.pdf.

Abbildung 2–10: Arbeitsunfallquote (Unfälle je 1.000 Vollbeschäftigte)



Quelle: DIW Econ auf Basis von Daten der BGW.

Notiz: Basis sind gemeldete Arbeitsunfälle der BGW-Mitgliedsbetriebe in der Pflegebranche.

Berufskrankheiten

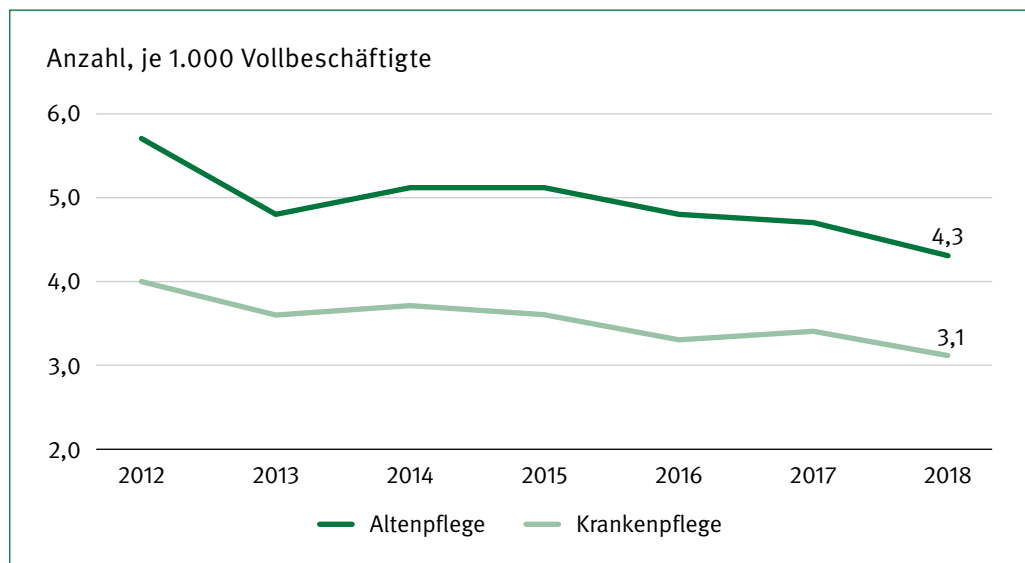
Berufskrankheiten sind eine direkte Folge von Belastungen und Gefahren, denen die Pflegekräfte am Arbeitsort ausgesetzt sind. Daher stellt das Auftreten von Berufskrankheiten einen wichtigen Aspekt der Berufsgesundheit dar. In der Pflege weisen Beschäftigte aufgrund berufstypischer, wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sowie ein hohes Risiko für Hauterkrankungen und Infektionserkrankungen auf.⁵²⁾

Das Krankheitsgeschehen weist eine abnehmende Häufigkeit der Berufskrankheiten in den Pflegeberufen auf. Im Jahr 2018 lag die Berufskrankheitsquote je 1.000 Vollbeschäftigte sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege unter den Werten des Jahres 2012 (vgl. Abbildung 2–11). Auch dies kann als Erfolg wirksamer Prävention gewertet werden. Eine Analyse der in der BGW-Datenbank erfassten Berufskrankheiten der Jahre 1996 bis 2017 zeigt beispielsweise, dass eine verbesserte Hygieneaufklärung der Beschäftigten im Gebrauch mit Arbeitsmitteln und infektiösem Material half, die Anzahl der Infektionen unter den gemeldeten Berufskrankheiten im Gesundheitswesen insgesamt zu reduzieren.⁵³⁾

⁵²⁾ BGW (2019), Jahresbericht 2018, abrufbar unter https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Grundlagen/BGW55-80-180_Jahresbericht-2018_Download.pdf?__blob=publicationFile.

⁵³⁾ BGW (2019), Jahresbericht 2018, abrufbar unter https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Grundlagen/BGW55-80-180_Jahresbericht-2018_Download.pdf?__blob=publicationFile.

Abbildung 2–11: Berufskrankheitenquote (Berufskrankheiten je 1.000 Vollbeschäftigte)



Quelle: DIW Econ auf Basis von Daten der BGW.

Notiz: Basis sind gemeldete Berufskrankheiten der BGW-Mitgliedsbetriebe in der Pflegebranche.

Zusammenfassung

Die Auswirkungen hoher Arbeitsbelastung und der Arbeitsbedingungen im Pflegesektor spiegeln sich in der Gesundheit des Pflegepersonals wider.

Einerseits wurde ein zunehmender Krankenstand über die Zeit verzeichnet. Andererseits entwickelten sich die Zahlen der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten rückläufig. Dies kann auch ein Erfolg von verbessertem Arbeitsschutz und Präventionsmaßnahmen sein.

2.5 Die Entwicklung der Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege aus berufsgenossenschaftlicher Sicht: Interviews mit Beraterinnen und Beratern der BGW

Um die statistischen Daten in Praxiserfahrungen einzubetten, wurden im Juni und Juli 2020 sechs Beraterinnen und Berater der BGW zu Trends in der Entwicklung der Berufsgesundheit vor der Corona-Pandemie interviewt. Die Befragten haben zwischen acht und 40 Jahre Berufserfahrung in der Pflege, Pflegeberatung und Pflegeaufsicht. Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung sind hier zusammengefasst.

Insgesamt bewerten alle Befragten die Arbeitssituation von Pflegekräften in der Kranken- und Altenpflege als sehr belastend. Ursachen dafür seien die steigenden Anforderungen und Aufgaben sowie der Fachkräftemangel. Durch die vermehrten Dokumentationspflichten leide die Zeit, die direkt mit den betreuten Personen verbracht werden kann. Ob Kranken- oder Altenpflege: Die Berufsgesundheit von Pflegekräften habe sich über die Zeit verschlechtert. Darin sind sich die BGW-Beraterinnen und -Berater weitgehend einig. Eine weitere Stressbelastung – zusätzlich zu den bereits genannten Faktoren – seien eine fordernde

bis herausfordernde Klientel sowie Angehörige, die dem Pflegepersonal als selbst ernannte Expertinnen und Experten gegenüberreten.

Mehr Sensibilität bei Selbstfürsorge, Haut- und Infektionsschutz erkennbar, der Altenpflege fehlt noch eine gesunde „Pausenkultur“

Einige der Befragten identifizieren jedoch auch Aspekte der Verbesserung bei der Berufsgesundheit von Pflegekräften. Speziell in der Altenpflege spielten die Selbstfürsorge und die Sensibilität für psychische Belastungen mittlerweile eine größere Rolle: Während in der Vergangenheit Altenpflegerinnen und -pfleger ihrer Gesundheit nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt hätten, sei dort mittlerweile die Sensibilität für psychische Belastungen gewachsen. So wünschten sich zum Beispiel immer mehr Beschäftigte Unterstützung von der BGW, um psychische Belastungen in ihrer Einrichtung zu reduzieren. Zudem gebe es auch Verbesserung bei Hautgesundheit, Infektionsschutz und Rückengesundheit. Beschäftigte seien aufgeschlossener für die Nutzung von Hilfsmitteln bei belastenden Tätigkeiten und persönlicher Schutzausrüstung. Eine Expertin stellt einen Rückgang beim Konsum von Genussmitteln fest. Und in der Krankenpflege – so ihre Beobachtung – werde stärker auf eine gesundheitsfördernde Pausenkultur in entsprechenden Rückzugsräumen geachtet. Allerdings gehöre in der Altenpflege der Einsatz von Hilfsmitteln noch nicht zur Arbeitsroutine. Hier sei es seitens der Leitung notwendig, die Beschäftigten stärker an der Auswahl der Hilfsmittel zu beteiligen und entsprechende Routinen herzustellen. Laut einem Experten wächst in den letzten Jahren das Verständnis dafür, die berufliche Gesundheit in die Berufstätigkeit einzubetten. Zusätzlich könne sich das aktuelle Engagement der Pflegekammern positiv auf die Berufsgesundheit von Beschäftigten auswirken. Bisher sei die Wirkung jedoch kaum sichtbar.

»Selbstfürsorge und Selbstbewusstsein sollten in der Berufsgesundheit eine deutlich größere Rolle spielen.«

Andrea Nitz-Schneider

Entlohnung und „Minutenpflege“ stressen, bei Kompetenz im Umgang mit Aggression noch Nachholbedarf

In der Altenpflege sehen die Fachleute teilweise Nachholbedarf in der Entlohnung. Mitunter seien Pflegekräfte gezwungen, einen zweiten oder dritten Job auszuüben, um die Kosten für ihren Lebensunterhalt zu decken. Dies wirke sich negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. Ebenfalls müsse die Freude am Beruf wieder gestärkt werden. Eine wichtige Voraussetzung sei hier, die „Minutenpflege“ zu reduzieren und den Pflegenden mehr Betreuungszeit zu geben. Jedoch gelte es auch das Ansehen des Berufs grundlegend zu verbessern, um das Selbstwertgefühl der Pflegerinnen und Pfleger zu stärken.

Symptome zu wenig im Berufskontext gedeutet, BGW-Ressourcen nicht überall effektiv genutzt

Auch wenn für die Verbesserung der Rückengesundheit bereits vieles getan wurde, gibt es aus Sicht der BGW-Beraterinnen und -Berater weiterhin Verbesserungspotenzial. Ebenfalls sei die Konfrontation des Pflegepersonals mit Gewalt und Aggression ein zunehmend drängendes Thema in Pflegeeinrichtungen. Auch werde Gesundheit nach wie vor selten im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit betrachtet. Statt bei Krankheitssymptomen

die Belastung im beruflichen Kontext zu analysieren und gegebenenfalls auf spezifische Diagnose- und Präventionsangebote der BGW zurückzugreifen, werde in der Regel ausschließlich allgemeinmedizinische Hilfe gesucht, die häufig den Zusammenhang zur Berufstätigkeit nicht adäquat herstelle. Nicht zuletzt verursachten schlechte Abläufe und fehlende Abstimmung zwischen Abteilungen, Bereichen und Teams hohe Belastungen. Dies sei ihrer Erfahrung nach vor allem in der Krankenpflege der Fall.

»Eine hohe Beteiligung führt zu besseren Abläufen und schnellerer Rückmeldung: Ein Betrieb ist dann wie ein Organismus aufgestellt, der gut auf Veränderungen reagieren kann.«

Dr. Kai Hochscheid

In der Krankenpflege sind Hautschutz, Infektionsschutz und Rückengesundheit weniger große Problemfelder als noch vor einiger Zeit. Dennoch würden Hilfsmittel zum rückenfreundlichen Arbeiten noch nicht ausreichend genutzt. Zusätzlich lasse sich beobachten, dass die eigene psychische Gesundheit und die Selbstfürsorge an Wert gewonnen haben. Auch untereinander, im Kollegium, wachse die Fürsorge. Eine Chance, das Selbstbild im Pflegeberuf zu stärken, sehen die Expertinnen und Experten in der Akademisierung: Diese verändere das Berufsbild. Genauso wie in der Altenpflege besteht in Einrichtungen der Krankenpflege Nachholbedarf in Organisationsentwicklung und Personalpolitik. Aus Sicht der Befragten könnte eine Stärkung ihrer Entscheidungskompetenz gegenüber Ärztinnen und Ärzten bei den Pflegenden Selbstwertgefühl und Motivation steigern. Aus Sicht der BGW ist es zusätzlich verwunderlich, dass es immer noch Einrichtungen gibt, in denen eine Gefährdungsbeurteilung weitestgehend unbekannt ist.

Bei der Frage, ob sich Stress und Personalmangel negativ auf die Meldung von Berufskrankheiten und Unfällen auswirken, herrscht keine Einigkeit. Doch die Altenpflege betreffend, sehen einige einen Zusammenhang. Stress sei ursächlich für Automatismen und Unachtsamkeit, die wiederum zu Unfällen führen können. Generell würden weniger Unfälle gemeldet, als tatsächlich im Alltag passieren. Eine Expertin hält in der Altenpflege auch den Umgang mit Stress und Stresshaltung für problematisch. Für Stressempfinden und entsprechende Verhaltenssteuerung sei nicht nur die absolute Menge an Arbeit maßgeblich, sondern auch Selbstorganisation, methodische Kompetenz und Selbstvertrauen. Fehle es jemandem daran, würden oft Kollegen und Kolleginnen die Aufgaben mitübernehmen. In der Krankenpflege scheint das Problem aufgrund eines guten Risikomanagements und von Qualitätsberichten nicht so schwerwiegend zu sein. Hier bleibe weniger Spielraum, um Unfälle und Berufskrankheiten ungemeldet zu lassen.

»Berufsgenossenschaften werden nach wie vor oft als Aufsichtsbehörden wahrgenommen, nicht als hilfreiche Institutionen der Beratung.«

Oliver Siegrist

Einrichtungen mit hoher Personalzufriedenheit sehen Berufsgesundheit als Führungsaufgabe im Alltag

Was machen Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege, die in Bezug auf die Berufsgesundheit ihrer Beschäftigten gut aufgestellt sind, anders, als solche, die Nachholbedarf aufweisen? In beiden Bereichen sei es entscheidend, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in die täglichen Routinen zu integrieren, sie bei Entscheidungen, in Prozessen und den Strukturen stets mitzudenken und Informationswege zu schaffen, um Missstände melden zu können. So lautet die Antwort der BGW-Beraterinnen und -Berater. Sie stellen in Einrichtungen der Krankenpflege ein größeres Selbstbewusstsein fest, wenn es darum geht, Missstände zu kommunizieren. Auch gesundheitsfördernde Führung und Personalpolitik spielten in beiden Bereichen eine große Rolle. So würden gut aufgestellte Einrichtungen mit verlässlichen und langfristigen Dienstplänen arbeiten und damit Ruhe und Sicherheit in die täglichen Routinen bringen. Gute Einrichtungen setzten Arbeitsschutzaufgaben im Alltag um, hätten entsprechend besetzte Gremien und achteten darauf, dass sowohl die formelle als auch die informelle Kommunikation funktionieren. Eine Voraussetzung seien Transparenz und die Möglichkeit der Beschäftigten zur Mitbestimmung. Ebenfalls spielten Teamfähigkeit und ein gutes Miteinander eine große Rolle. Besonderen Weiterentwicklungsbedarf sehen sie in der mittleren Führungsebene der Altenpflegeeinrichtungen. Hier seien die Beschäftigten in „Führung“ oft noch nicht so geschult wie in Bereichsleitungen von Krankenhäusern. Um vor allem im Präventionsbereich besser zu werden, sollten Einrichtungen der Pflege Berufsgenossenschaften stärker als praxisorientierte Ratgeberinnen und weniger als Aufsichtsbehörde verstehen. Gute Häuser stärkten zudem ihre Beschäftigten, indem sie sie vor externer Überforderung schützten. Beispielsweise sollten sich Führungskräfte hinter ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen, wenn es um überbordende Ansprüche der Klientel und deren Angehöriger geht. Grundsätzlich sinnvolle Serviceangebote seien im Hinblick auf Ressourcen und Machbarkeit kritisch zu evaluieren.

»Wertschätzung ist mehr als loben. Wertschätzung ist den Menschen wahrnehmen, der da ist.«

Birgit Waterstrat

In guten Krankenhäusern sind Funktionsbereiche vernetzt und kommunizieren effektiv

Gute Krankenhäuser schafften es, trotz Hierarchie und Organisation, effektiv und vernetzt bereichsübergreifend zu kommunizieren und Prozesse abzustimmen, beispielsweise im Entlassmanagement. Kritisch sehen einige Stimmen die kurze Verweildauer vorwiegend junger Führungskräfte im Verwaltungsbereich von Krankenhäusern. Diese achteten zu wenig auf nachhaltige Prozesse im Verhältnis zu kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen. In der Krankenpflege gebe es Nachholbedarf bei kooperativer Führung und Beteiligung.

Maßgeblich für die Verbesserung der Berufsgesundheit ist aus fachlicher Sicht der kontinuierliche und richtige Einsatz von Hilfsmitteln. Hier habe sich die Ausstattung verbessert, besonders in der Altenpflege würden die Hilfsmittel aber oft noch nicht im Alltag genutzt. Die Krankenpflege sei hier achtsamer und weiter. Der effektive und konsequente Einsatz von Hilfsmitteln hänge wiederum von der Führung ab und davon, ob die Nutzerinnen und

Nutzer aktiv an der Auswahl der Hilfsmittel beteiligt seien. Insgesamt solle der Einsatz von Hilfsmitteln kontinuierlich geübt werden, damit die Nutzung selbstverständlich werde.

Bei den Belastungsfaktoren für Beschäftigte in Krankenhäusern nennen die Expertinnen und Experten der BGW erhöhte patientenseitige Aggressivität – bis hin zu Übergriffen und Respektlosigkeit – sowie eine verkürzte Verweildauer, so könne man sich weniger auf die betreuten Personen einstellen. Auch Multimorbidität und die Zunahme von Neurologie-Patientinnen und -Patienten, die eigentlich in die Palliativpflege gehörten, stellten eine zunehmende Herausforderung dar. In der Altenpflege seien vor allem Zeitmangel und unzureichende Arbeitsorganisation Belastungsfaktoren, ebenso fehlende Wertschätzung und Anerkennung und im ambulanten Pflegedienst die oftmals schlechten räumlichen Gegebenheiten für Pflege. Hinzu komme eine anspruchsvoller werdende Klientel. In der Krankenpflege seien Fallpauschalen ebenfalls belastende Faktoren.

»Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen Hilfsmittel im Alltag, wenn sie an der Auswahl beteiligt waren.«

Dr. Kai Hochscheid

Motivationsfaktoren in der Pflege: Sinnvolle Tätigkeit, Feedback der Klientel, gute Teams

Welche Motivationsfaktoren (Ressourcen) sind für Beschäftigte in der Pflege wesentlich? Die Berater und Beraterinnen nennen hier vor allem die Sinnerfahrung im Beruf: das Lächeln der betreuten Personen, die Möglichkeit, Menschen zu helfen und sie zu begleiten, das besondere Improvisationstalent, welches im Alltag hilft, Lösungen zu finden. Daneben seien vor allem gute Teams, Spaß und Humor sowie effektive Pausengestaltung wichtige Ressourcen. Auf gute Teams treffen sie bis dato eher in der Kranken- als in der Altenpflege. Dort seien auch mehr Rückzugsorte und gesundheitsfördernde Maßnahmen vorhanden, um Beschäftigten die Möglichkeit zu bieten, während des Berufsalltags durchzuatmen.

In puncto Weiterbildung sehen sie in der Regel einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Angeboten und der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Grundsätzlich sei Weiterbildung für wachsende Handlungskompetenz wichtig und wirke damit Überforderung entgegen. Wenn aber erlernte Potenziale nicht umgesetzt werden können, entstehe Frustration. Bei den älteren Altenpflegekräften sei die Weiterbildungsmotivation deutlich geringer als bei jüngeren. Die Weiterbildung der Führung ist aus ihrer Sicht entscheidend für eine Verbesserung von Organisation und Berufsgesundheit. In der Krankenpflege würden die Beschäftigten der Fachlichkeit generell einen höheren Stellenwert beimessen und entsprechend wichtig sei Weiterbildung für die Motivation. Motivierend wirke, Pflegekräfte nach ihrer Fortbildung einzuladen, ihr neu erworbenes Wissen im Team zu teilen.

»In gut aufgestellten Einrichtungen werden Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz als Führungsaufgabe verstanden und bei allen Entscheidungen, Prozessen und Strukturen berücksichtigt.«

Andrea Woydack

Pflegekräfte vermissen gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung, Medien berichten zu selten über Vorbilder

Zuletzt wurden die Expertinnen und Experten gefragt, ob die Pflegedebatte in den Medien Auswirkungen auf die Berufsgesundheit habe und welche Themen sie diesbezüglich in der medialen Berichterstattung vermissen. Sie sehen eine deutliche Wechselwirkung zwischen Berichterstattung, öffentlichem Ansehen des Berufs und der Eigenwahrnehmung. Allerdings fehle es in der Berichterstattung häufig an nachahmenswerten Gute-Praxis-Beispielen und einer Untersuchung der strukturellen Faktoren. Stattdessen werde fast ausschließlich über Missstände berichtet. Es solle gezeigt werden, wie es möglich sei, Betriebe zu führen, in denen Pflegekräfte motiviert ihrer Arbeit nachgehen und sich betreute Personen sowie Angehörige gut umsorgt fühlen. Zum negativen Berufsimagen trage ein zu starker Fokus auf Körperpflege oder ein falsches Heldenverständnis bei. Die Mindestlohndebatte in den Medien führe tendenziell in die Irre, weil in der Praxis oft deutlich über Mindestlohn gezahlt werde.

Relevant für die Zukunft der Berufsgesundheit sind für die Beraterinnen und Berater der BGW diese Themen: der sinnvolle Einsatz von Digitalisierung und Robotik, um Beschäftigten mehr Zeit für die eigentliche Pflege und die Selbstfürsorge zu verschaffen, mehr Kompetenz im Umgang mit Abhängigkeitserkrankten, Weiterentwicklung der Führung und Investition in personelle Beteiligung und Kommunikation.

»Trotz aller Einschränkung: Pflege ist ein sehr, sehr sicherer Beruf. Wir leben in einer alternden Gesellschaft, das wird sich nicht ändern. Dementsprechend brauchen wir Pflegerinnen und Pfleger in Zukunft mehr denn je.«

Nicolas Stepanek

3 Medienmeinungsklima zum Gesundheitssektor: Alten- und Krankenpflege

3.1 Stellenwert von Alten- und Krankenpflege in den Leitmedien

Angesichts der großen ökonomischen und sozialen Bedeutung des Gesundheitswesens mit seinen Beschäftigten und der praktischen Relevanz für die Bürger könnte man erwarten, dass Gesundheit und das Gesundheitssystem Dauerbrenner in den Leitmedien für die Bevölkerung sind – auch jenseits besonderer Ereignisse wie der Corona-Pandemie. Im folgenden Abschnitt geht es um den Stellenwert von Alten- und Krankenpflege in ausgewählten deutschen Leitmedien und deren Einordnung in die gesamte Berichterstattung. Abweichend von den Datenkapiteln zu Beginn des Berichts wird hier der Zeitraum 2012 bis 2019 im Trend betrachtet. Detailliert mit einem eigenen Analyse-Codebuch werden zusätzlich das erste Quartal 2018 und 2019 untersucht, um einen tiefen Einblick in die Berichterstattung der Medien zu Fragen wie Berufsgesundheit und Arbeitsumständen zu erhalten. Zum Medienbild speziell von Altenpflege im Zusammenhang mit dem Bild von Senioren und Berufsprestige sei auch auf die Studien „Ein Heim, kein Zuhause?“ von 2015 und 2020 verwiesen, in denen neben Nachrichtenmedien auch das Image von Altenpflege in Spielfilmen (2015) sowie Social Media (2020) untersucht wurde.⁵⁴⁾

In demokratischen Gesellschaften spielt die mediale Vermittlung von Themen eine wichtige Rolle für die Willensbildung im politischen Prozess. Die US-Professoren Max McCombs und Donald Shaw haben 1968 den Begriff „Agenda Setting“ bei der Untersuchung des US-Präsidentschaftswahlkampfs geprägt. Das Konzept hat seither Tausende von Studien inspiriert und besagt im Wesentlichen, dass die Medien zwei wichtige Funktionen haben: Sie kanalisieren Aufmerksamkeit (Agenda Setting) und sie beeinflussen die Perspektive auf ein Thema durch die dargebotenen Argumente und Blickwinkel (Framing). Die Agenda-Setting-Theorie hat auch im Zeitalter der Kanalvielfalt von Leitmedien und Social Media nichts an Relevanz eingebüßt.⁵⁵⁾

Über die lange Zeit betrachtet, liegt der Anteil der Berichterstattung über das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik zwischen 0,6 und 2,2 Prozent von allen Themen. Es ist deutlich sichtbar, dass die Bevölkerung dem Thema vor allem dann eine hohe Relevanz in Umfragen beimisst, wenn die Medien stark darüber berichten, also das Thema über der sogenannten Wahrnehmungsschwelle liegt. Theoretisch wäre auch denkbar, dass die Kausalität

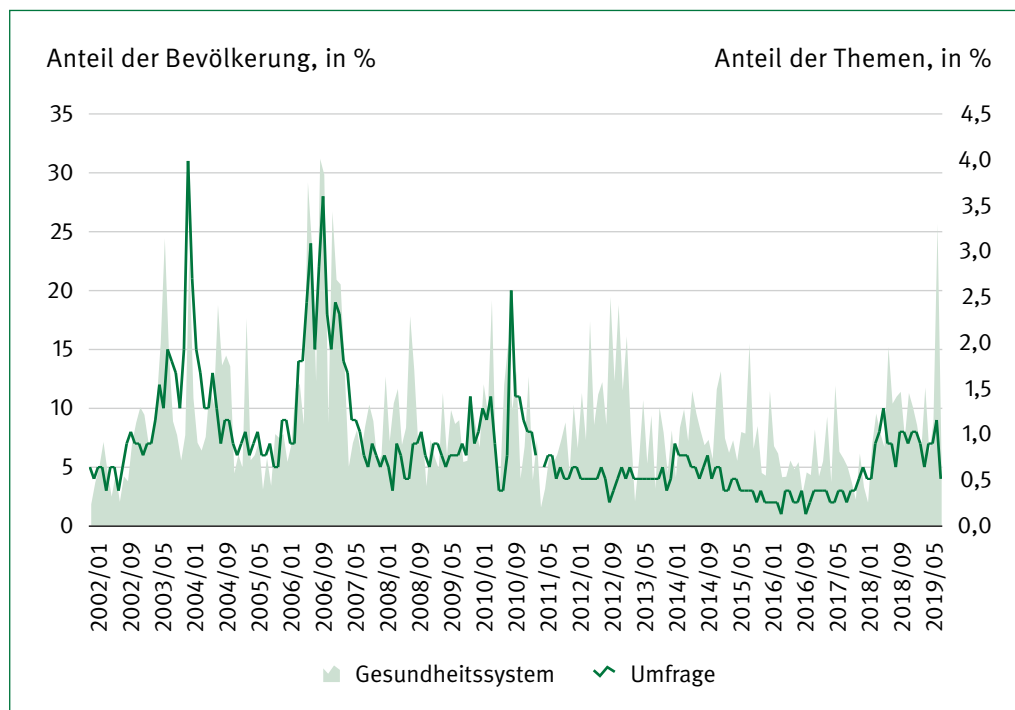
⁵⁴⁾ Vollbracht, M. (Hrsg.) (2015), Ein Heim, kein Zuhause? Das Medienbild von Altenpflege im Kontext von Altersbildern und Berufsprestige, InnoVatio, Zürich, und Vollbracht, M. (2020), Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige von Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019, BGW Forschung.

⁵⁵⁾ Trigueros, J.; Lacasa-Mas, I. (2018), Colloquy with Maxwell McCombs at the University of Texas at Austin: agenda setting, a limitless theory in a connected world, in: Church, Communication and Culture 3 (1), S. 53–74; McCombs, Maxwell; Shaw, Donald L. (1972), The Agenda-setting Function of Mass Media, in: Public Opinion Quarterly 36 (Summer 1972), S. 176–187.

umgekehrt ist, die Medien also deshalb stark darüber berichten, weil Gesundheit gerade besonders für die Menschen ein wichtiges Thema ist. In Langzeituntersuchungen kann aber gezeigt werden, dass die Medien in der Regel die Themenaufmerksamkeit lenken und sich nicht umgekehrt dauernd an den jeweils wechselnden Publikumsinteressen ausrichten. Hohe öffentliche Aufmerksamkeit bedeutet zugleich, dass entsprechende Felder der Politik die Möglichkeit bieten, sich mit Lösungen oder der Kritik an Lösungen des politischen Gegners zu profilieren. Und gleichzeitig greifen Medien prominente Akteure wie Politikerinnen, Politiker und Regierungen auf, und ihre Handlungen, Konzepte und Vorschläge bringen dann zumindest zeitweilig ein Mehr an Aufmerksamkeit (beispielsweise bei der Widerspruchsregelung für Organspenden). Das Medienbild bestimmter Berufe hat maßgeblichen Einfluss auf das Image und Prestige dieser Berufe und bestimmt damit auch mit über die Berufswahl.⁵⁶⁾

Mit der Frage, warum bestimmte Themen hohe Aufmerksamkeit in den Medien bekommen und andere nicht, die möglicherweise aus Sicht von Fachleuten ebenfalls hohe Beachtung verdienen, beschäftigt sich die Nachrichtenwertforschung seit den 1950er-Jahren.⁵⁷⁾ Journalistinnen und Journalisten greifen demnach vor allem Nachrichten auf, an denen Prominente und Elitepersonen beteiligt sind, die negative oder konflikthafte Ereignisse betreffen und

Abbildung 3–1: Stellenwert von Gesundheitsthemen in den Medien/ Bevölkerungsumfrage „Wichtiges Thema“



Quelle: Media Tenor.

Basis: 875.604 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten (7 Uhr)*, Anteil Gesundheitspolitik/Gesundheitssystem als Hauptthema; Forschungsgruppe Wahlen/ZDF-Politbarometer „Wichtige Probleme“.

⁵⁶⁾ Müller, H. (2010), *Der Einfluss von Vorbildern auf die Berufswahl*. Siegen.

⁵⁷⁾ Vgl. zum Beispiel Maier, M.; Retzbach, J.; Glogger, I.; Stengel, K. (2018), *Nachrichtenwerttheorie [Theory of news values]*, Baden-Baden: Nomos.

die an bereits etablierte Ereignisse der Berichterstattung anknüpfen. Zudem spielen Überraschung, Emotionalisierung und Vorhersehbarkeit eine Rolle.

Abbildung 3–1 zeigt auf der linken vertikalen (X1-Achse) den Anteil der Personen, die in der monatlichen Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen für das ZDF-Politbarometer angeben, dass Gesundheitswesen und Pflege für sie wichtige Themen sind. Auf der rechten vertikalen Achse (X2) ist der Themenanteil von Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik in der Berichterstattung von *BILD*, den Abendnachrichten von *ARD* und *ZDF*, den *Deutschlandfunk-Nachrichten* und von *Spiegel* und *Focus* abgetragen. Man sieht, dass grundsätzlich die Aufmerksamkeit der Bevölkerung entlang der Berichterstattung schwankt, es aber keine strenge Parallelität im Verlauf der beiden Zeitreihen gibt. Dies hängt mit einer Reihe von intervenierenden Faktoren zusammen, vor allem mit dem, was gerade sonst noch aktuell von den Medien für besonders wichtig angesehen und entsprechend dargestellt wird (zum Beispiel Krisen, Unglücksfälle, Sportereignisse). Es ist aber auch auffällig, dass die gesundheitspolitische Debatte des Jahres 2018/2019, in der es maßgeblich um höhere Löhne für die Beschäftigten ging, von der Bevölkerung weniger stark als „Sorge“ verfolgt wird im Vergleich zu Phasen, in denen es um höhere Beiträge oder Zuzahlungen ging, also ans eigene Portemonnaie.

Wichtige Elemente von politischer Seite im Zeitraum 2002 bis 2019 umfassten:⁵⁸⁾

2002

- Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG (Kürzung Sterbegeld, Verschärfung Budgets für Ärzte und Krankenhäuser)
- Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen

2003

- Fallpauschalengesetz – FPG

2004

- GKV-Modernisierungsgesetz – GmG (u.a. Praxisgebühr, Zuzahlung Arznei-/Hilfsmittel, Streichung von Entbindungs- und Sterbegeld)

2007

- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG (unter anderem Krankenversicherungspflicht für alle, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, Einführung einheitlicher Beitragssatz)

2011

- GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG (unter anderem höherer einheitlicher Beitragssatz, Kappung Arbeitgeberbeitragssatz)
- Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG (unter anderem Regeln zur Preissteuerung bei patentgeschützten Medikamenten, Vorgaben Veröffentlichung von klinischen Studienergebnissen)

⁵⁸⁾ Vgl. Ober, J.; Tunder, R. (2017), Einführung in das deutsche Gesundheitssystem. Historie, Grundstrukturen und Basisdaten. Working Paper. EBS Universität für Wirtschaft und Recht, EBS Business School, Health Care Management Institute, Februar 2017, und Bundesministerium für Gesundheit: Gesetze und Verordnungen der 18. Legislaturperiode.

2014

- Erstes Pflegegestärkungsgesetz – PSG I (unter anderem höhere Leistungsbeträge, individuellerer Anspruch auf Pflegeleistungen)

2015

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG (unter anderem Termingarantie Fachärzte, Innovationsfonds, Neuregelung Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters)
- Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II (unter anderem neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, bisher drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade ersetzt)

2016/2017

- GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG (unter anderem Bevorratung von Krankenhausapotheken mit wichtigen Importarzneimitteln, Rezeptgebühren)
- Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG (zum Beispiel Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden)
- Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften („Cannabis als Medizin“)
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG (bisher getrennt geregelte Ausbildung von Alten- und Krankenpflege wird in gemeinsamem Gesetz zur Ausbildung der Pflegeberufe geregelt – Inkrafttreten Januar 2020)
- Drittes Pflegegestärkungsgesetz – PSG III (unter anderem Stärkung der Pflegeberatung durch Kommunen, mehr Kontrollen, um gegen betrügerische Pflegedienste vorzugehen)

Nicht alle gesundheitspolitischen Maßnahmen sind demnach in den letzten 18 Jahren auf eine hohe mediale Resonanz gestoßen, besonders ausführlich berichteten die Medien vor allem Anfang/Mitte der 2000er-Jahre, als beispielsweise die Praxisgebühren eingeführt wurden.

Für die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland zeigt sich das Gesundheitswesen ambivalent: Einerseits können sie durch eigene Anschauung, zum Beispiel bei Auslandsaufenthalten, sehen, dass sie in der Heimat in vielen Fällen auf ein qualifiziertes und leistungsfähiges Versorgungsnetz zurückgreifen können, andererseits nehmen sie zum Beispiel wahr, dass etliche Krankenhäuser seit dem Jahr 2000 geschlossen und Betten abgebaut worden sind. Rund ein Drittel der Deutschen ist unzufrieden mit der Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten im ländlichen Umfeld, aber auch die abnehmende Zahl von hausärztlichen Praxen in manchen ländlichen Regionen macht den Menschen Sorgen.⁵⁹⁾ Offensichtlicher für die Betroffenen ist dagegen der Personalmangel in der Altenpflege, der mit Wartezeiten bei Heim- oder ambulanten Pflegeplätzen einhergeht. Eine Studie zu Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2017 ermittelt für mehr als die Hälfte der 53 Kreise und kreisfreien Städte ein „nicht ausreichendes“ Angebot an Kurzzeit- und Verhinderungspflegeplätzen.⁶⁰⁾

⁵⁹⁾ Vgl. Gesundheitsberichterstattung der Länder, Kapitel 9.1.4. Ärztemangel im ländlichen Raum, abrufbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=26011.

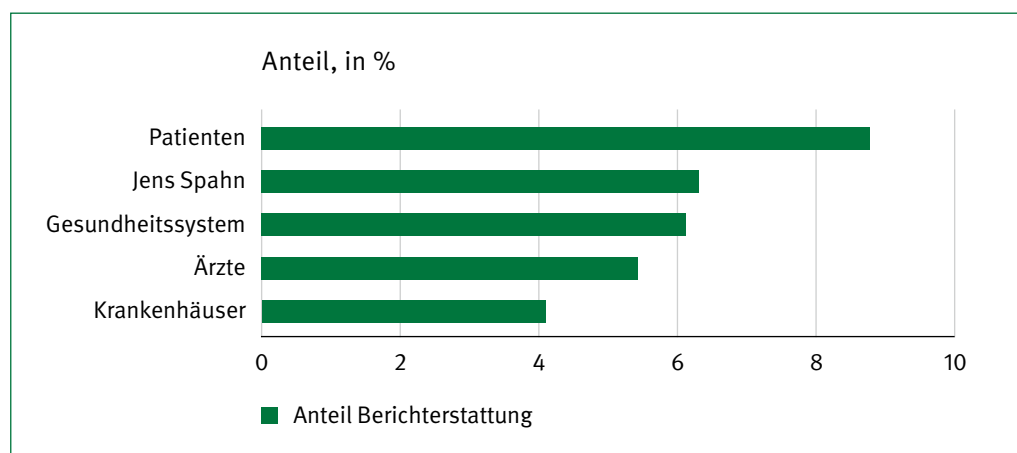
⁶⁰⁾ Braeseke, G. et al. (2017), Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Berlin (S. 17).

Gleichzeitig zeigt ein Vergleich von „Realität“ und „Medienrealität“, dass mitunter Themen hohe mediale Resonanz bekommen, deren Relevanz von Fachleuten kontrovers beurteilt wird. So schlug die Debatte über den Mangel an Fachärztinnen und -Fachärzten und lange Wartezeiten in den letzten Jahren immer wieder hohe Wellen in den Medien und die Politik ging mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 auf die Termingarantie ein. Eine internationale Vergleichsstudie zeigt jedoch für Deutschland und die Schweiz die niedrigsten Wartezeiten im Vergleich von 14 Ländern.⁶¹⁾

Ein Blick auf die konkreten Themen in der Berichterstattung im Zeitraum 2012 bis 2019 offenbart, dass die Qualität der Pflege und medizinischen Versorgung wichtige Themen sind, die praktisch die gesamte Bevölkerung betreffen. Gleichzeitig erreichte die Berichterstattung über Transplantationen und das Transplantationsgesetz ebenfalls besonders große Aufmerksamkeit, obwohl nur eine vergleichsweise kleine Zahl von Menschen betroffen ist. Doch Transplantationskandale, das Tabuthema Tod, ein Teilbezug zu Kriminalität (Organhandel) sorgten offenbar für einen hohen Nachrichtenwert für die Medien. Es zeigt sich gleichzeitig, dass die Todesursache Nummer eins in Deutschland – Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁶²⁾ – keinen Platz unter den Top-25-Themen der Gesundheitsberichterstattung hat. Diesen Erkrankungen fehlt offenbar meist das Spektakuläre, es sei denn, Prominente sind betroffen.

Insgesamt bestätigt die Liste der Hauptthemen im Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege die Rolle von Nachrichtenwerten: Gesundheits- und Pflegereformen sind seit Jahren Dauerthema der Berichterstattung, entsprechende Beratungen über neue Gesetze und Ver-

Abbildung 3–2: Anteil Berichterstattung 2018–2020



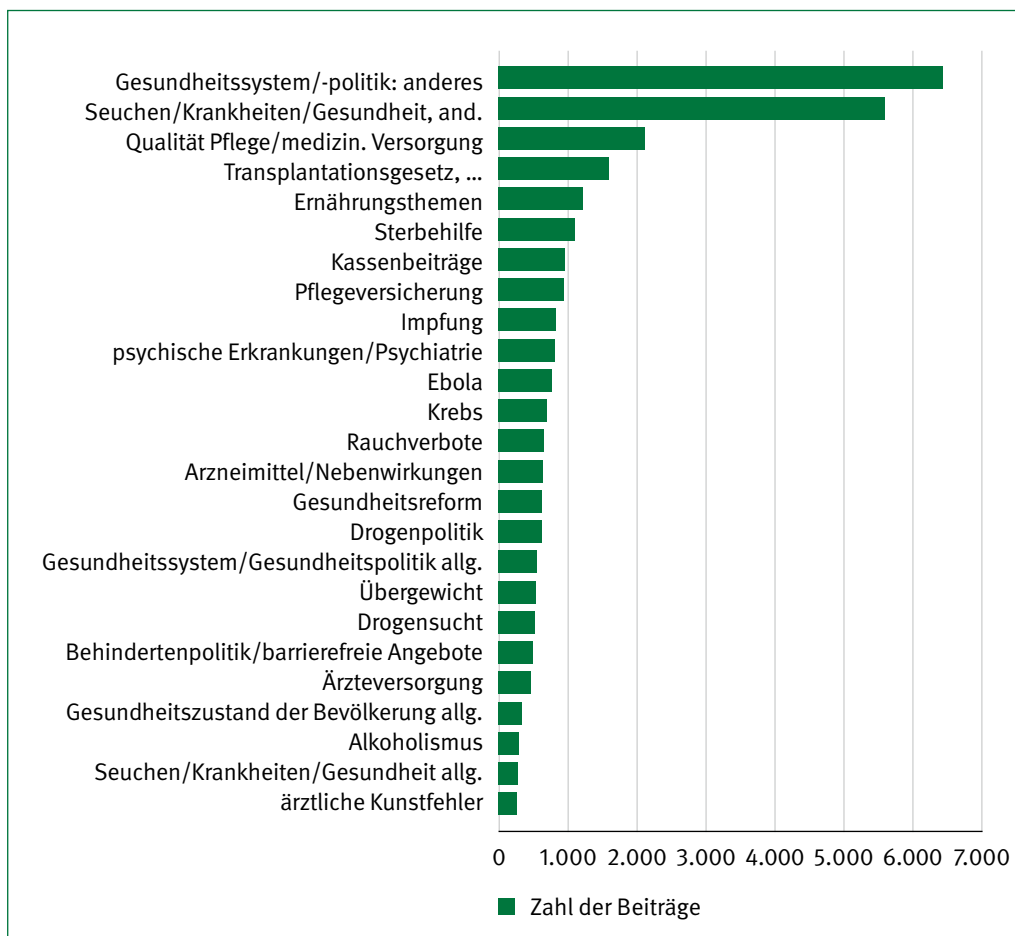
Quelle: Media Tenor.

Basis: 4.442 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten* (7 Uhr) über Protagonisten in Verbindung mit Beschreibungen von Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

⁶¹⁾ Ärzteblatt.de, Facharzttermine im internationalen Vergleich: Geringe Wartezeiten in Deutschland, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171456/Facharzttermine-im-internationalen-Vergleich-Geringe-Wartezeiten-in-Deutschland>.

⁶²⁾ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html

**Abbildung 3–3: Hauptthemen der Berichterstattung zu Gesundheit/
Gesundheitspolitik 2012–2019**



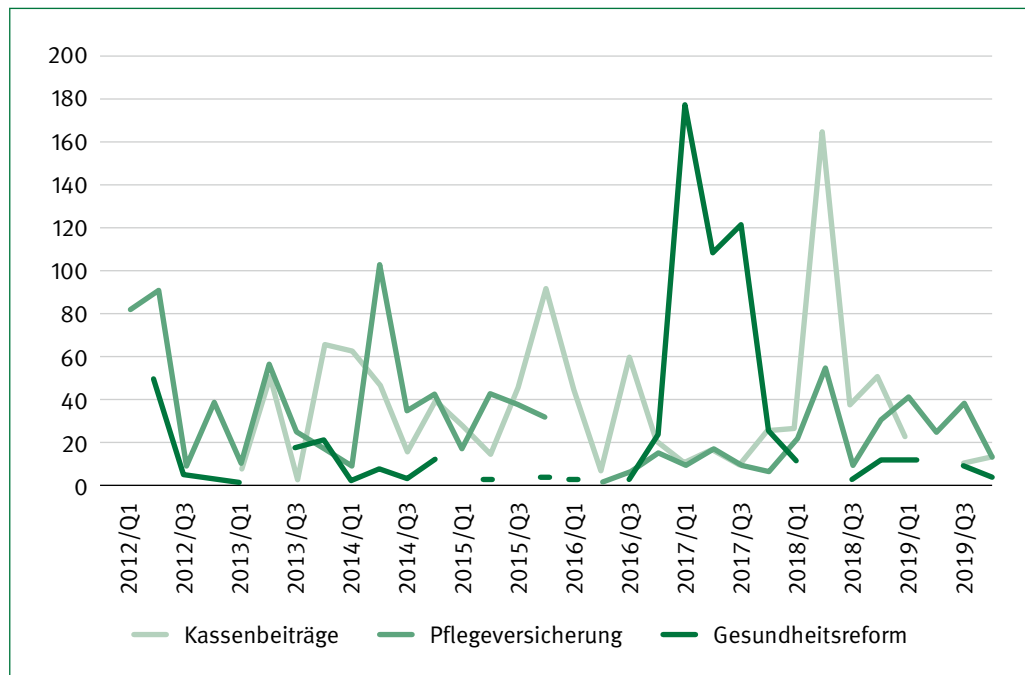
Quelle: Media Tenor.

Basis: 63.566 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten (7 Uhr)* über Protagonisten in Verbindung mit Gesundheitsthemen.

ordnungen lassen sich also von den Medien in eine Kontinuität einordnen. Die Rolle von Negativität lässt sich ebenso belegen – an der Berichterstattung über Themen (zum Beispiel Krebs) wie auch an der Darstellung der Akteure. Die Relevanz von Elitepersonen zeigt sich im hohen Stellenwert der politischen Akteure in der Diskussion über die Gesundheitsthemen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der seit März 2018 im Amt ist, vereint mehr als 6 Prozent aller Beiträge zum Gesundheitswesen auf sich. Die Berichterstattung über die Patientinnen und Patienten (rund 9 Prozent) ist dagegen in der Regel allgemein gehalten. Krankenhäuser kommen mit rund 4 Prozent der Berichterstattung auf eine doppelt so hohe Medienaufmerksamkeit wie Altenpflegeeinrichtungen mit 2 Prozent. Der Stellenwert des Pflegepersonals in der Berichterstattung ist deutlich geringer als der der Politik: Krankenpfleger/-schwestern kommen auf 1,5 Prozent, Altenpflegebeschäftigte auf 0,8 Prozent.

Die Entwicklung der Medienaufmerksamkeit für ausgewählte Einzelthemen wie Gesundheitsreform, Kassenbeiträge und Pflegeversicherung zeigt, dass immer wieder unterschiedliche Facetten in den Medien diskutiert werden. Die Verbindung aus Berichterstattung und

Abbildung 3–4: Berichterstattung über ausgewählte Gesundheitsthemen 2012–2019



Quelle: Media Tenor.

Basis: 63.566 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten* (7 Uhr) über Protagonisten in Verbindung mit Gesundheitsthemen; 2.566 Berichte über die oben gezeigten Themen.

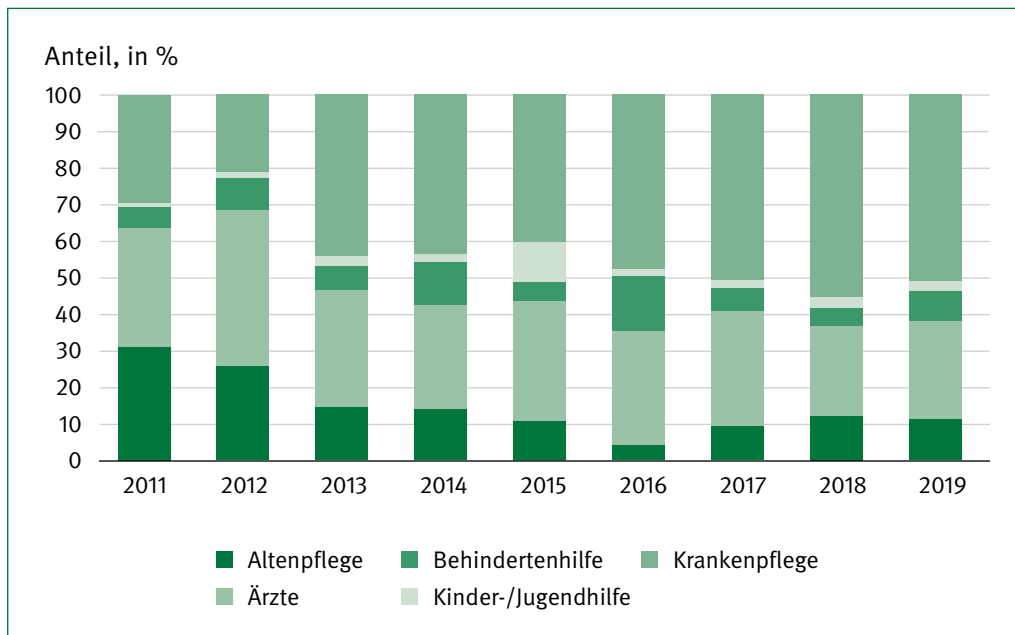
der politischen/gesetzgeberischen Aktivität zeigt außerdem, dass die Medien recht stark auf die politischen Impulse eingehen. Eine umfassende und eher strukturelle Einordnung in mittel- und langfristige Kontexte ist dagegen seltener.

3.2 Medienbild der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege in den Leitmedien

In der Krankenpflege sind laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2017 rund 1,1 Millionen Menschen beschäftigt gewesen, in der Altenpflege 0,6 Millionen. Vereinfachend könnte man sagen, dass doppelt so viele Menschen in der Kranken- wie in der Altenpflege beschäftigt sind. Ein Blick auf die relative Aufmerksamkeit für ausgewählte soziale Berufe zeigt, dass dieses Verhältnis nicht unbedingt ein Nachrichtenkriterium für Journalismus ist. Während im Jahr 2011 noch ähnlich viel Aufmerksamkeit für beide Berufsgruppen vorhanden war, sank die relative Aufmerksamkeit für die Altenpflege im Jahr 2016 auf einen Tiefststand (<5 Prozent) und stieg seither wieder etwas an auf zuletzt gut 10 Prozent. Die Krankenpflege bekommt dagegen etwa die Hälfte der medialen Aufmerksamkeit für die Sozialberufe, die Ärzte knapp 30 Prozent.

Man kann daher vermuten, dass die Menschen in Deutschland im Hinblick auf die Arbeitssituation in der Pflege eher die mediale Vermittlung der Krankenpflege als der Altenpflege vor Augen haben. Was den Ton der Berichterstattung anbelangt, so ist das Image der Pflegeberufe in den letzten zwei Jahren weniger negativ als im Langzeittrend, aber die negativ wertenden Beschreibungen überwiegen die positiven Wertungen dennoch deutlich.

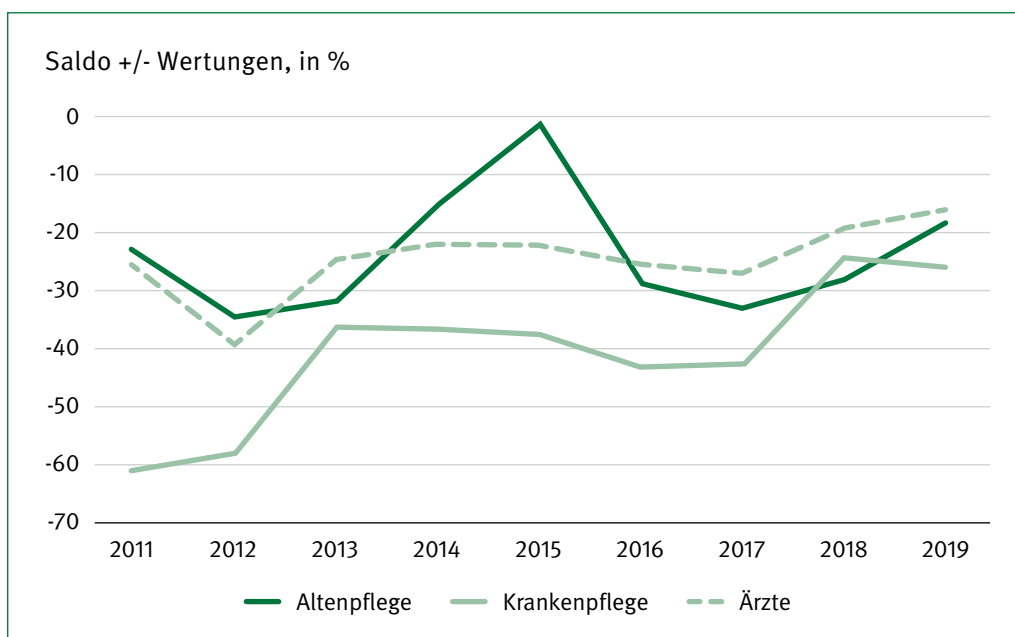
Abbildung 3–5: Relative Aufmerksamkeit für ausgewählte soziale Berufe 2011–2019



Quelle: Media Tenor.

Basis: 13.053 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten* (7 Uhr) und weiteren Wochenmedien über die oben genannten Berufsgruppen.

Abbildung 3–6: Medienbewertung verschiedener Berufsgruppen



Quelle: Media Tenor.

Basis: 11.526 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten* (7 Uhr) und weiteren Wochenmedien über die oben genannten Berufsgruppen.

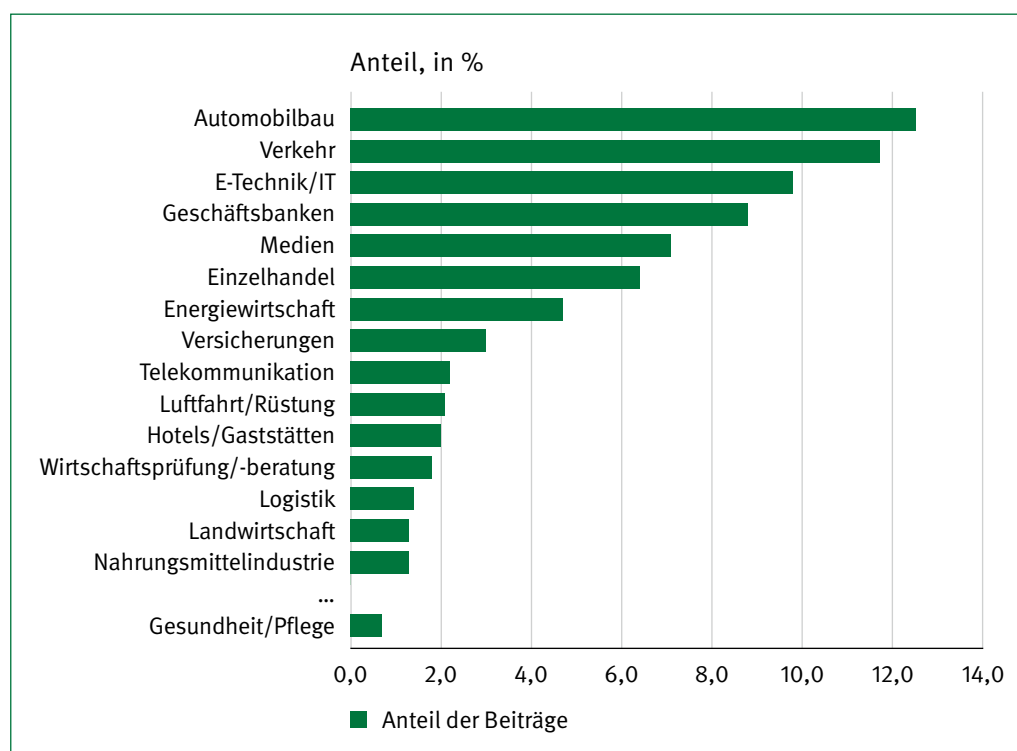
Dieser etwas positivere Trend der jüngeren Vergangenheit passt „gefühl“ auf den ersten Blick nicht zu manchen Schlagzeilen in den Medien, wie beispielsweise dem *Spiegel* vom 27. Januar 2018 („Am Ende“). Aber hier kommt zum Tragen, dass die Politik in den letzten zwei Jahren Verbesserungen in der Bezahlung oder auch den Betreuungsschlüsseln diskutiert und auf den Weg gebracht hat, welche eine Verbesserung der Lage der Beschäftigten bewirken sollen. In vielen Beiträgen zu diesem Thema gingen die Medien auf die entsprechenden aktuellen Probleme ein, berichteten dann aber auch über die politischen Lösungsvorschläge und zitierten die Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Interessengruppen. Im Detail wird in den folgenden Kapiteln darauf eingegangen. In den Jahren 2016 und 2017 wurde intensiver über negative Aspekte im Zusammenhang mit Beschäftigten der Alten- und Krankenpflege berichtet.

Insgesamt zeigt die Auswertung, dass für die Interessenvertreter und -vertreterinnen der Altenpflege mehr Anstrengungen nötig sind, um sich kontinuierlich Gehör in den Leitmedien zu verschaffen und die Anliegen der Berufsgruppe in diesen Kanälen gegenüber Politik und Öffentlichkeit zu vertreten.

3.3 Medienbild der Betriebe

Trotz der vielen Beschäftigten spielen die Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhäuser, Altenpflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, in den Leitmedien im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen nur eine eher geringe Rolle: Weniger als 1 Prozent der Beiträge

Abbildung 3–7: Medienpräsenz Branchen 2011–2019



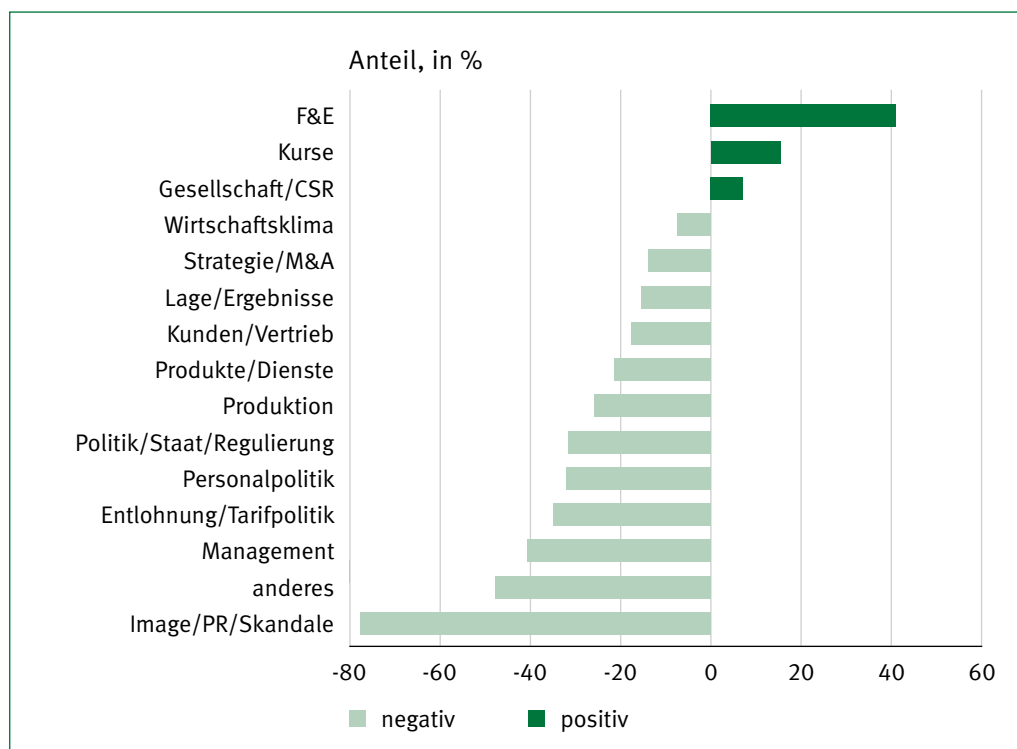
Quelle: Media Tenor.

Basis: 183.386 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten (7 Uhr)* und weiteren Wochenmedien über Unternehmen und Branchen.

in den letzten Jahren bezog sich auf den Sektor. Dagegen stand die Autobranche mit fast 13 Prozent im Mittelpunkt. Hauptgrund dafür ist die relativ kleinteilige Struktur mit nur wenigen prominenten und bekannten oder sogar börsennotierten Unternehmen (zum Beispiel Fresenius, Asklepios).

Die Berichterstattung über die Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege ist stark von negativen Umständen oder Kritik geprägt, der Saldo von negativen und positiven Beiträgen beträgt -21 Prozentpunkte. Neben Skandalen sind es vor allem Berichte über die Arbeitssituation, welche das Image nach unten ziehen. Hier betrug der Überhang der negativen Wertungen sogar -32 Punkte, beim Thema „Löhne und Gehälter“ sogar -35. Insgesamt dürfte die kontinuierlich negative Berichterstattung über Arbeitgeberthemen der Pflegebranche einen nicht unwesentlichen Einfluss darauf haben, dass die Branche Nachwuchsprobleme hat. Die Frage nach der Angemessenheit kritischer Berichterstattung und entsprechend negativer Images ist inzwischen zu einem eigenen Streitpunkt geworden. Fraglich ist, ob das Ausmaß der (negativen) Berichterstattung dem Umfang der Probleme in der Praxis gerecht wird und ob beispielsweise auch über die kontinuierlichen Maßnahmen der Branche zu Qualifizierung, Flexibilisierung und Gesundheitsschutz berichtet wird. Auffallend ist im Langzeittrend auch die überdurchschnittlich kritische Berichterstattung über das Management der Einrichtungen. Chancen für eine positive Imagegestaltung liegen dagegen zum Beispiel bei der Forschung und Entwicklung (zum Beispiel neuen Technologien in der Pflege) oder dem Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen.

Abbildung 3–8: Bewertung von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen 2011–2019



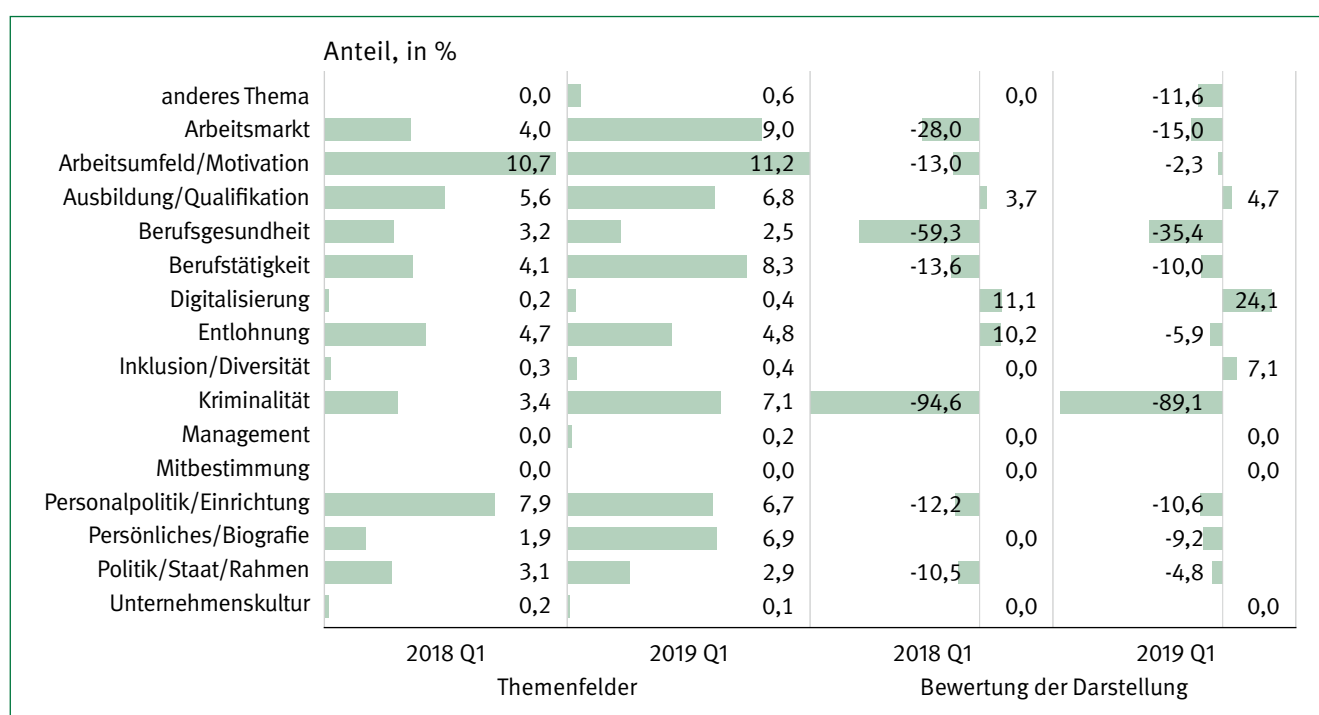
Quelle: Media Tenor.

Basis: 1.021 Beiträge in *BILD*, *ARD Tagesschau*, *ARD Tagesthemen*, *ZDF heute*, *ZDF heute journal*, *Spiegel*, *Focus*, *Deutschlandfunk-Nachrichten (7 Uhr)* und weiteren Wochenmedien über Unternehmen und Branchen der Alten- und Krankenpflege.

3.4 Detailanalyse: Berufsbild Krankenpflege

Für den vorliegenden Abschnitt wurden im ersten Quartal 2018 und im ersten Quartal 2019 in einem Querschnitt aus überregionalen und lokalen deutschen Medien⁶³⁾ alle Aussagen über Krankenpflege und Altenpflege inhaltsanalytisch ausgewertet. Wie bereits angedeutet, erhält die Krankenpflege deutlich mehr Aufmerksamkeit als die Altenpflege. Abbildung 3–9 zeigt die Berichterstattung über die Krankenpflege zunächst im Überblick nach Themenfeldern und Bewertungen. Gegenstand der Analyse sind die Beschäftigten im Bereich der Krankenpflege in Deutschland.

Abbildung 3–9: Krankenpflege



Basis: 8.117/7.110 Aussagen über Krankenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, Quelle: Media Tenor.

Zugenommen haben im Vergleich zu 2018 die Berichterstattung über die Lage am Arbeitsmarkt (vor allem die hohe Zahl der offenen Stellen) und Beschreibungen der Berufstätigkeit. Einen höheren Stellenwert haben die Medien den Themen Kriminalität und Persönliches/Biografie beigemessen. In beiden Quartalen berichteten die Medien über Mordvorwürfe gegen Alten- und Krankenpfleger, im ersten Quartal 2019 war das aber ein größerer Schwerpunkt. Die Bezahlung ist mit knapp 5 Prozent etwa gleich stark angesprochen worden.

⁶³⁾ *Die Welt, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Rundschau, BILD, die tageszeitung (taz), BILD am Sonntag, Welt am Sonntag, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Der Spiegel, Focus, Stern, Wirtschaftswoche, Spiegel Online, Hamburger Abendblatt, Stuttgarter Zeitung, Der Tagesspiegel, Sächsische Zeitung, Handelsblatt.* Aufgegriffen wurden alle Beiträge, in denen Krankenpflegepersonal allgemein oder konkret in mindestens fünf Zeilen dargestellt wurde.

Weniger ausgeprägt war 2019 die Berichterstattung über Berufsgesundheit, stattdessen wurde intensiver über Ausbildung berichtet. Die Digitalisierung bleibt in beiden Jahren ein Randaspekt: Gegen den Trend in anderen Branchen beschäftigte sich weniger als 1 Prozent der Aussagen mit den Chancen und Risiken von IT oder auch dem Einsatz von Robotern. Auffallend ist auch der geringe Anteil von Aussagen, die sich im Zusammenhang mit den Krankenpflege-Beschäftigten mit der Unternehmenskultur befassen.

Wo sehen die Medien Positives? Beginnt man einmal damit, was aus Sicht der Medien in der Krankenpflege gut funktioniert, dann ist es die Pflege als Integrationswerkzeug. Hier scheinen in der Praxis erhebliche und erfolgreiche Anstrengungen unternommen zu werden, um ausländische Arbeitskräfte zu integrieren. Dies gilt sowohl für ausgebildete Fachkräfte wie auch für Auszubildende mit Migrationshintergrund. Ersichtlich wird dies am deutlichen Überhang der positiven über die negativen Wertungen in den Medienbeiträgen zum Thema Inklusion/Diversität wie auch zum Thema Ausbildung/Qualifikation.



Quelle: *Spiegel Online*
vom 3. März 2019

Beispielhaft sei auf eine Geschichte aus *Spiegel Online* vom 3. März 2019 verwiesen. Sie erzählt von einer jungen Frau aus Serbien, die aus Belgrad an eine Klinik in Schwaben gekommen ist und ihre Ausbildung verfolgt, um deutsche Abschlüsse zu erreichen. Für einen eher positiven Tenor zum Thema Aus- und Weiterbildung steht beispielhaft auch ein Artikel in der *Sächsischen Zeitung* vom 22. Februar 2018 unter der Überschrift „Helfen steht im Mittelpunkt der Ausbildung“. Er beschreibt die Ausbildung in der Lausitzer Seenlandklinik Hoyerswerda mit den vielfältigen Stationen und Möglichkeiten bis hin zur Möglichkeit, mit „Erasmus+“ einige Wochen in einer ausländischen Einrichtung zu arbeiten. Die *Stuttgarter Zeitung* berichtet über einen Krankenpfleger aus Tunesien, der nach Deutschland gekommen ist, weil er hier die hohen Standards und Weiterbildungsmöglichkeiten schätzt. Die teilweise kritische Sicht auf das Thema in den sozialen Medien, zum Beispiel rund um einige AfD-Vertreter,⁶⁴⁾ findet sich in den Leitmedien so nicht.

Ein ambivalentes Bild zeichnen die Medien von Arbeitsumfeld und Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. Die Arbeitsumstände werden im Allgemeinen negativ vermittelt, charakteristisch sind Wörter wie „stressig“, „schwierig“ oder „herausfordernd“, mitunter werden auch drastischere Begriffe verwendet. *Spiegel Online* behauptet am 15. Februar 2018: „Es regiert der Wahnsinn.“ *Die Welt* (16. Januar 2018) sieht die „Lebensretter am Limit“. Dabei geht es unter anderem um die Frage, für wie viele Personen eine Pflegekraft im Durchschnitt verantwortlich ist, und darum, dass sich diese Zahl in den letzten 25 Jahren um ein Drittel gesteigert habe. Die Patientinnen und Patienten würden aufgrund der Fallpauschalen rascher wieder entlassen, die Pflege habe es daher nicht nur mit mehr, sondern auch mit schwierigeren Fällen zu tun. Daneben wird darüber berichtet, wie aufwendig inzwischen für

⁶⁴⁾ Vgl. Vollbracht, M. (2020), Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige von Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019, BGW Forschung (S. 17).

Krankenhäuser die Personalsuche geworden ist und dass manche Krankenhäuser neu gebaute Stationen wegen Personalmangels nicht in Betrieb nehmen können (siehe auch Entwicklung der freien Stellen in der Krankenpflege im Eingangskapitel). 2019 ist die Berichterstattung über Arbeitsorganisation und Arbeitsumfeld ausgewogener geworden. Hier macht sich bereits die politische Kommunikation über Abhilfe und Lösungsvorschläge in Gestalt der pflegepolitischen Initiative des Gesundheitsministeriums bemerkbar.

Die andere Seite der Darstellung des Arbeitsumfelds ist positiver: Engagement, Betriebsklima, Motivation oder auch Teamgeist werden von den Medien oder den zitierten Protagonisten häufiger lobend hervorgehoben. Sie werden auch von Fachleuten immer wieder als treibender Faktor genannt, warum Menschen ihrem Beruf in der Krankenpflege treu bleiben. Und während die Umstände als sehr herausfordernd dargestellt werden, geizen die Journalistinnen und Journalisten nicht mit Lob, wenn es um die Motivation und die Patientenerfahrung in der Pflege geht. So titelt die *BILD*-Zeitung über Krankenpflegerinnen in der Krebsversorgung: „Sie bleiben, wenn die Ärzte weg sind.“ *BILD* zitiert eine Krankenschwester in der Onkologie: „In der Onkologie sind wir wie eine Familie“, sagt die 43-jährige Krankenschwester vom Helios-Klinikum Berlin-Buch. „Krebs – das ist extrem. Diese Krankheit kann ein Todesurteil sein. Wenn die Menschen hören, dass sie erkrankt sind, stoßen sie an ihre Grenzen. Uns gegenüber öffnen sie sich und lassen uns auf den Grund ihrer Seele blicken.“ In diesem Beitrag mit Millionenreichweite und ansatzweise auch in anderen Beiträgen werden der Sinn der Arbeit in der Pflege und das Engagement lobend hervorgehoben. Auch das Betriebsklima und der Zusammenhalt der Beschäftigten sind als wichtige Ressource zur Bewältigung der Arbeitsbelastung gut erkennbar.

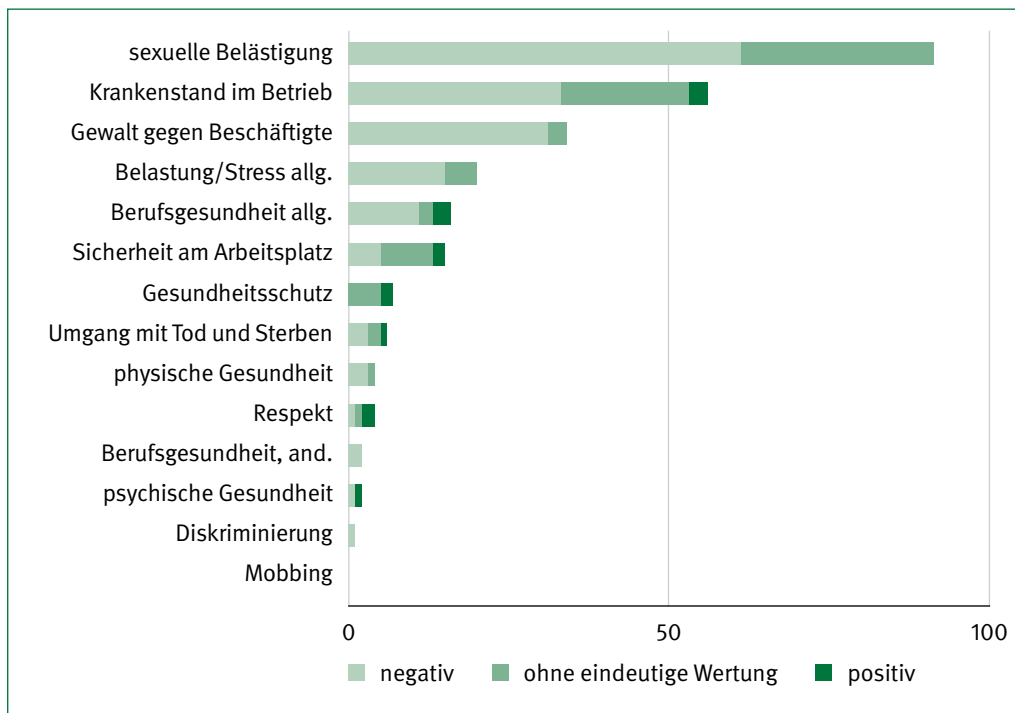


Quelle: *BILD* vom 15. Februar 2018

Die Berufsgesundheit der Beschäftigten wird in beiden Quartalen als Problem dargestellt, 2018 (-59) noch negativer als 2019 (-35). Dabei geht es nicht nur um den sprichwörtlichen Stress, sondern auch um Gewalt gegen Pflegekräfte: Gewalt gegen Rettungssanitäter und Notärzte (zum Beispiel *Spiegel* vom 16. März 2019) oder die versuchte Vergewaltigung einer Krankenschwester in der Nachtschicht (*Süddeutsche* vom 15. März 2018). Laut AOK-Statistik fehlen Beschäftigte in der Krankenpflege überproportional aufgrund von psychischen Krankheiten am Arbeitsplatz.⁶⁵⁾ Ein Blick in die Details zeigt, dass die Medien beim Thema Berufsgesundheit die Lage der Beschäftigten in der Krankenpflege sehr kritisch zeigen. Vor dem Hintergrund der #metoo-Debatte über sexuelle Übergriffe und Diskriminierung ausgehend von den Vorwürfen gegen den US-Regisseur Harvey Weinstein im Herbst 2017 ist es kaum verwunderlich, dass die Journalistinnen und Journalisten diesem Thema auch in der Krankenpflege-Berichterstattung im ersten Quartal 2018 einen gewissen Stellenwert einräumen. Das Thema wird von den untersuchten Medien allerdings nur anhand eines konkreten Falles von der *Süddeutschen* aufgegriffen, nicht in der Breite und strukturell ausgeleuchtet. Expertinnen und Experten verweisen dagegen auf Umfragen, nach denen über 70 Prozent der weiblichen Pflegekräfte und annähernd die Hälfte der männlichen Pflegekräfte angeben,

⁶⁵⁾ Wissenschaftliches Institut der AOK (2019), Krankheitsbedingte Fehlzeiten hängen stark vom Beruf ab. Pressemitteilung vom 13. März 2019, abrufbar unter https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm190313_fehlzeitenanalyse_wido_2018.pdf.

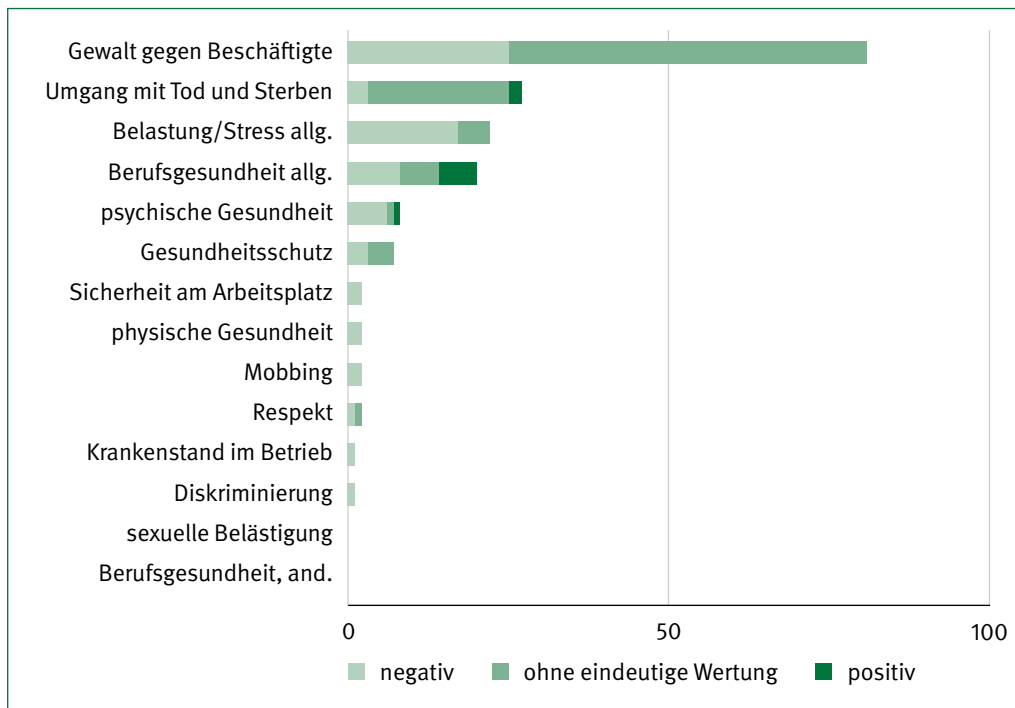
Abbildung 3–10: Berichterstattung über Krankenpflege – Berufsgesundheit Q1 2018



Quelle: Media Tenor.

Basis: 8.117 Aussagen über Krankenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 258 zur Berufsgesundheit.

Abbildung 3–11: Berichterstattung über Krankenpflege – Berufsgesundheit Q1 2019



Quelle: Media Tenor.

Basis: 7.110 Aussagen über Krankenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 175 zur Berufsgesundheit.

mindestens einmal im Jahr bei der Pflege sexuell belästigt zu werden.⁶⁶⁾ Und im ersten Quartal 2019 spielt die sexuelle Belästigung des Krankenpflegepersonals keine Rolle in den ausgewerteten Medien. Dagegen wird in zahlreichen Medien auf das Problem hoher Krankenzustände aufmerksam gemacht, die einerseits als Ausdruck der ungesunden Verhältnisse bei der Arbeit gedeutet und andererseits als zusätzliche Belastungsfaktoren für die Verbleibenden gezeigt werden.

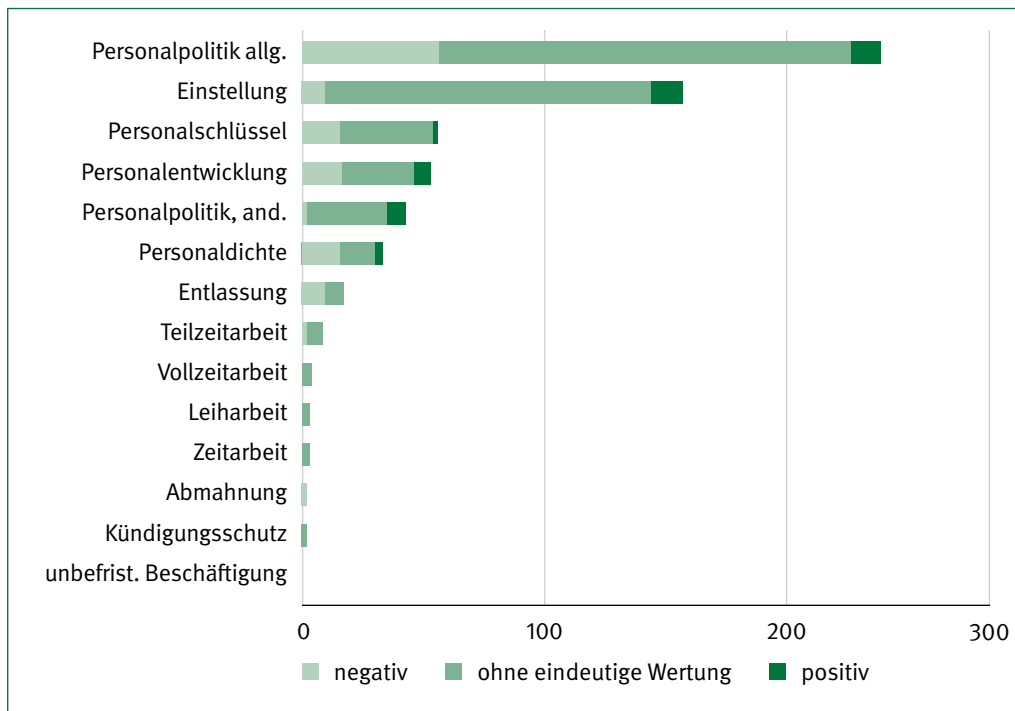
Neben sexuell motivierter Gewalt spielen auch andere Formen von Gewalt eine Rolle – in der Berichterstattung über Krankenpflege allerdings weniger als in der über Altenpflege. Explizit positive Aspekte zur Förderung und Verbesserung der Berufsgesundheit sind in der Berichterstattung zur Krankenpflege rar – so beispielsweise ein Beitrag über Lachyoga als Mittel gegen den Berufsstress. Das Leiden und Sterben von Patienten hautnah mitzerleben wird 2018 nicht als herausragendes Problem charakterisiert, aber 2019 stärker thematisiert. Die Abbildungen 3–10 und 3–11 zeigen die Themen der Berufsgesundheit der beiden Quartale im Vergleich.

Die bereits beim Thema Arbeitsumfeld skizzierten Kritikpunkte der Medien werden in der Berichterstattung über die Personalpolitik der Einrichtungen noch einmal verstärkt. Neben der Entwicklung der Belastungskennziffern wie zum Beispiel des Personalschlüssels geht es hier auch um die Frage nach den Verantwortlichkeiten.

Unterschwellig und manchmal auch explizit sehen die Medien im Trend zur Privatisierung der Krankenhäuser in den letzten Jahrzehnten und den damit einhergehenden Effizienzmaßnahmen eine wesentliche Ursache für den Missstand in der Pflege. Erkennbar wird dies am Thema Personalentwicklung. Der Vorwurf lautet, dass die Krankenhäuser hier auf Kosten der Beschäftigten durch Verdichtung der Abläufe Personal sparen und somit ihren Gewinn steigern. Hier liegt auch der Ansatzpunkt der pflegepolitischen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, über die in der *ARD Tagesschau* vom 1. August 2018 wie folgt berichtet wird: „Heime und Krankenhäuser sollen mehr Geld für Pfleger bekommen, einem entsprechenden Gesetz von Gesundheitsminister Spahn stimmte das Kabinett heute zu.“ Demnach sollen ab 2020 die Krankenkassen die Kosten für zusätzliche Pflegestellen übernehmen, Krankenhäuser, die keine neuen Stellen schaffen, erhalten weniger Geld. Dabei sollen verpflichtende Personaluntergrenzen gelten. Wenn diese unterschritten werden, drohen Honorarkürzungen. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, erklärt dagegen den Umstand von 10.000 nicht besetzten Pflegestellen mit dem fehlenden Angebot auf dem Arbeitsmarkt. Es sei nicht so, dass die Krankenhäuser die Stellen frei hielten, um Geld zu sparen. Solche Aussagen seien „völlig an der Realität vorbei“. Die politischen Pläne zur vermehrten Einstellung von Pflegepersonal schlugen sich im ersten Quartal 2018 noch nicht in der Berichterstattung nieder. Beim Thema Einstellung geht es vor allem noch um Selbsthilfeaktionen der Krankenhäuser. Die *Süddeutsche* berichtet am 23. Januar 2018 unter der Überschrift „Headhunter in der Notaufnahme“ über Anwerbepremien für neues Pflegepersonal in Höhe von bis zu 8.000 Euro. Als nachhaltige Lösung sehen das allerdings weder die Krankenhäuser noch die Journalistinnen und Journalisten an.

⁶⁶⁾ <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-4-2016-natuerlich-gut-was-bringen-alternative-heilmethoden-in-der-pflege/24000-stopp-ich-moechte-das-nicht/>

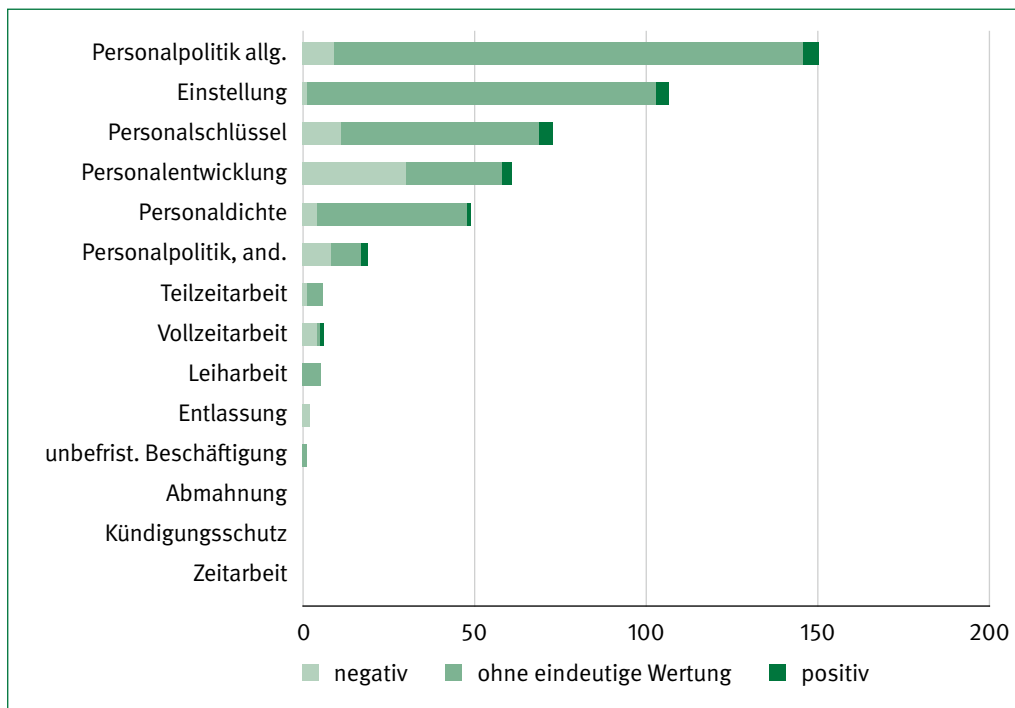
Abbildung 3–12: Berichterstattung über Krankenpflege – Personalpolitik Betriebe Q1 2018



Quelle: Media Tenor.

Basis: 8.117 Aussagen über Krankenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 641 zur Personalpolitik.

Abbildung 3–13: Berichterstattung über Krankenpflege – Personalpolitik Betriebe Q1 2019

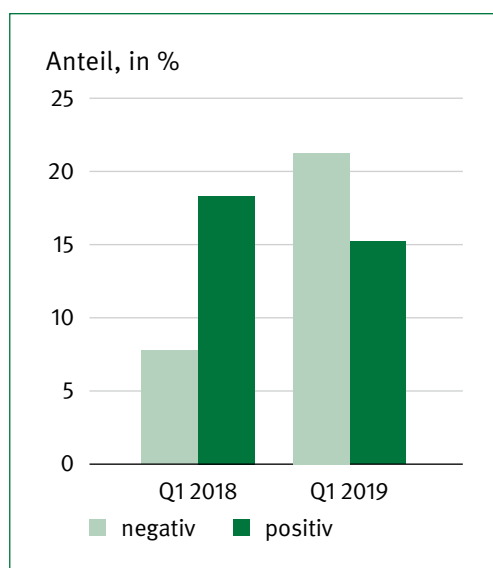


Quelle: Media Tenor.

Basis: 7.110 Aussagen über Krankenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 449 zur Personalpolitik.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, dass die Krankenhäuser versuchen, die Lücken zumindest zeitweilig mit dem Einsatz von Zeit-/Leiharbeitskräften zu schließen oder zumindest zu überbrücken. Auch dieses Thema wird in dem Beitrag der *Süddeutschen* angesprochen, wird aber ansonsten für den Bereich Krankenpflege in den ausgewerteten Medien im ersten Quartal 2018 nicht prominent thematisiert. Andere Medien, wie zum Beispiel der *MDR*, berichten darüber, dass die Zahl der Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeiter in der Krankenpflege in Mitteldeutschland von 2013 mit 672 zu 2017 mit 999 stark zugelegt habe, für andere Regionen verweist der Beitrag auf ähnliche Trends (25. März 2018). Die Zeitarbeit, die sonst in den Medien eher ein schlechtes Image hat, wird in diesem und anderen Beiträgen als Mittel gesehen, bei vergleichbarem Einkommen als Pflegekraft nicht den Zwängen der unzureichenden Abläufe einzelner Häuser und Abteilungen ausgeliefert zu sein, weil man jederzeit flexibel wechseln könne. Im ersten Quartal 2019 ist das Thema aber für die Krankenpflege nicht verstärkt in den Medien angesprochen worden. Anfang 2019 geht es dann um die Vorstellungen zu Neueinstellungen aus der Politik. Der Ton der Berichterstattung ist ausgewogener geworden, skeptische Stimmen, die fragen, wo das Personal herkommen soll, sind aber weiter deutlich vernehmbar.

Abbildung 3–14: Berichterstattung über Krankenpflege: Bezahlung – Q1 2018/2019 im Vergleich



Quelle: Media Tenor.

Basis: 4.104/2.278 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 105/93 zum Thema Bezahlung.

einrechnet. Die zahlreichen Kommentare unter diesem Gastartikel von Joachim Möller, Direktor beim Forschungszentrum IAB der Bundesagentur für Arbeit, verdeutlichen, dass viele aus der Krankenpflege diesen relativ vorteilhaften Wert so nicht stehen lassen wollen – man könnte auch sagen, sie betrachten die Bezahlung als „gefühl“ zu gering. Aus der Lohn- und Arbeitsmarktforschung ist bekannt, dass nicht nur die absolute Höhe, sondern maßgeblich auch die Bezahlung in Branchen und Berufen, mit denen man sich vergleicht, eine wichtige Rolle für die Wahrnehmung von fairer und angemessener Bezahlung spielt. Anfang 2019 ist das Bild kritischer. So fragt die *BILD am Sonntag (BamS)* am 31. März 2019 auf der Titelseite

Das Thema Geld darf in der Mediendiskussion zum Thema Krankenpflege nicht fehlen. Anders als in der Berichterstattung über Altenpflege wird aber der Bereich Krankenpflege nicht als „Niedriglohnsektor“ oder gar „prekäre“ Arbeit per se dargestellt. So ist das Medienbild zur Bezahlung im ersten Quartal 2018 in Summe positiv gefärbt. Beispielsweise greift *Spiegel Online* das Klischee vom Niedriglohnbereich Krankenpflege auf und rechnet etwas detaillierter nach. Demnach liegen Fachkräfte in der Krankenpflege mit einem durchschnittlichen Monatsbrutto von 3.239 Euro mehr als 100 Euro über dem Durchschnitt der Beschäftigten in Deutschland.

Diese auf einer IAB-Studie basierende Berichterstattung zeigt aber auch, dass die Zahlen in der Altenpflege deutlich niedriger liegen. Und sie schränkt ein, dass das relativ vorteilhafte Bild der Krankenpflege die Zuschläge für Extra- und Nachtdienste mit

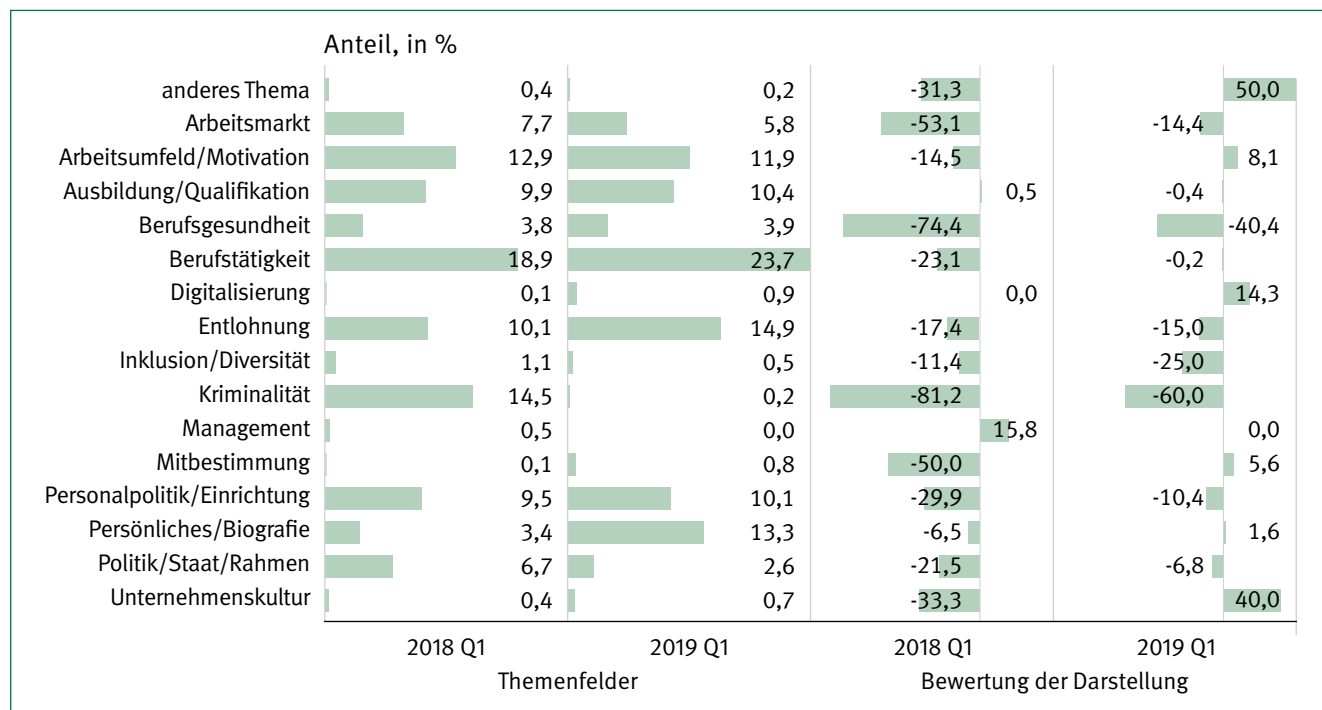
rhetorisch: „Ist das wirklich gerecht?“ – eine Nachfolgeberichterstattung zum 20. Januar 2019. Auslöser ist die Forderung des Flughafensicherungspersonals nach 20 Euro Bruttostundenlohn. Die negativen Wertungen der *BamS* fokussieren aber eher auf Pflegehelfer als auf examiniertes Personal. Von einer grundsätzlichen Kritik an den Löhnen in der Krankenpflege kann im Untersuchungszeitraum nicht gesprochen werden.



3.5 Detailanalyse: Berufsbild Altenpflege

Auch die Detailanalyse der Berichterstattung über die Altenpflege startet mit einem Vergleich der Gewichtung und Bewertung der Themenfelder. Deutlich intensiver wurde 2019 über Arbeitsumfeld/Motivation, Berufstätigkeit, Entlohnung und Persönliches berichtet. Seltener ging es um Arbeitsmarkt, Kriminalität und Politik/Staat/Rahmen. Der Anteil der Aussagen über Berufsgesundheit liegt kaum verändert bei knapp 4 Prozent. Erhebliche Bewegung ist im Ton der Berichterstattung erkennbar: Zum Thema Arbeitsmarkt sind die Wertungen zwar immer noch überwiegend negativ, aber der Saldo verbessert sich von -53 auf -14. Etwas weniger negativ ist auch die Darstellung zur Berufsgesundheit (von -74 auf -40). Positiver fällt unter dem Strich die Berichterstattung zu Digitalisierung aus (von 0 auf +14). Das Thema Entlohnung wird 2019 intensiver diskutiert,

Abbildung 3–15: Altenpflege



Basis: 4.104/2.278 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, Quelle: Media Tenor.

der Ton ist angesichts der politischen Initiativen für höhere Löhne weniger negativ. Inklusion/Diversität bleibt ein Randthema und wird unter dem Strich eher skeptisch bewertet. Etwas intensiver wird über das Thema Mitbestimmung berichtet. Die Personalpolitik der Einrichtungen ist 2019 weniger negativ konnotiert (von -30 auf -10), die Aussagen zur Unternehmenskultur sind zuletzt deutlich positiver.

Insgesamt zeigt sich die Altenpflege in den Medien als politische Großbaustelle, in der für bekannte Schwachstellen Lösungen gefunden werden sollen, welche die Medien und Beschäftigten für mehr oder weniger realistisch und ausreichend halten.

Im ersten Quartal 2018 gab es einen Sondereffekt in der Berichterstattung durch ein Gerichtsverfahren gegen drei Pflegekräfte, denen Morde und Misshandlungen zur Last gelegt wurden (vergleiche *Spiegel* vom 17. Februar 2018: „Unser erster Mord“). Allerdings berichten die Medien auch beim Außergewöhnlichen immer mit Bezug und im Vergleich zu dem, was sie als „normal“ ansehen. Damit offenbart auch die Darstellung des Besonderen Hinweise auf die Vorstellungen über die Abläufe im Altenpflegealltag.

Während in der Krankenpflege-Berichterstattung im ersten Quartal 2018 besonders das Arbeitsumfeld und die Arbeitsmotivation ausgeleuchtet werden, ist es in der Darstellung der Altenpflege die Berufstätigkeit. Auf den ersten Blick scheint diese Art von Berichterstattung geeignet, dem Publikum einen tieferen Einblick in den verantwortungsvollen Dienst zu geben. Auf den weiteren Plätzen folgen dann die Themenfelder Kriminalität, Arbeitsumfeld, Ausbildung und Qualifikation, die Personalpolitik der Einrichtungen, die Lage am Arbeitsmarkt für Fachkräfte, die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (vergleiche Abbildung 3–15). Auf den hinteren Rängen finden sich Berufsgesundheit, Diversität, Management, Unternehmenskultur und Mitbestimmung.

Quelle: *BILD* vom
19. Februar 2018



Die Tonalität der Darstellung im Bereich Altenpflege fällt in der Detailanalyse kritischer aus als im Bereich Krankenpflege. Dort sind sechs Themenfelder unter dem Strich positiv oder ausgewogen dargestellt, im Bereich der Altenpflege nur drei. Die prominenteste Story in der *BILD*-Zeitung zum Thema Altenpflege im ersten Quartal 2018 erscheint am 19. Februar unter dem Titel: „2,5 Millionen Arbeitslose, aber viele Stellen bis zu 300 Tage nicht besetzt;

Jobs, die KEINER mehr machen will“ (Hervorhebung im Original). Die Story ist auch noch das Titelthema des Tages und neben Wachmännern und Klempnern nennt die *BILD* Pfleger als meistgesuchte Gruppe und macht als Hindernisse Folgendes aus: „Schichtarbeit, hoher Arbeitsdruck, schlechte Bezahlung – und schlechtes Image“. Der *Spiegel*, Deutschlands meistzitiertes Nachrichtenmagazin, hat zwei Schwerpunktbeiträge zum Thema Altenpflege. Neben dem Beitrag über die Mordermittlungen ist das Thema Pflege die Titelgeschichte der Ausgabe vom 27. Januar: „Am Ende. Die Pflegekatastrophe: Deutschland lässt seine Familien im Stich.“ Das Magazin untersucht die Umstände in Deutschland im Hinblick auf die Pflegepolitik und auf die Lage der Pflegebedürftigen und derjenigen, die Pflege leisten. Die beiden exemplarisch herausgegriffenen Storys von *BILD* und *Spiegel* verdeutlichen das Dilemma der möglichen Wirkung von Berichterstattung. Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass

die Zunahme des medialen Drucks in der Gesundheitspolitik nicht ohne Wirkung geblieben ist. Und die Gesundheitspolitik entscheidet maßgeblich über die zur Verfügung stehenden Ressourcen und damit über Pflegeschlüssel, Bezahlung, Berufszugänge. Gleichzeitig bedient die Art der Berichterstattung das langfristig vorherrschende negative Bild der Altenpflege und schränkt damit die Attraktivität des Berufsfelds ein. Siehe dazu ausführlich die bereits erwähnte Studie „Ein Heim, kein Zuhause?“. Zu den Themenfeldern mit eindeutig negativen Darstellungen zählen in der Altenpflege Entlohnung, Politik/Rahmen, Berufstätigkeit, Personalpolitik der Einrichtungen, Unternehmenskultur, Mitbestimmung, Arbeitsmarkt, Berufsgesundheit und Kriminalität. Im Folgenden wird das Bild bei einzelnen Faktoren weiter aufgeklärt.

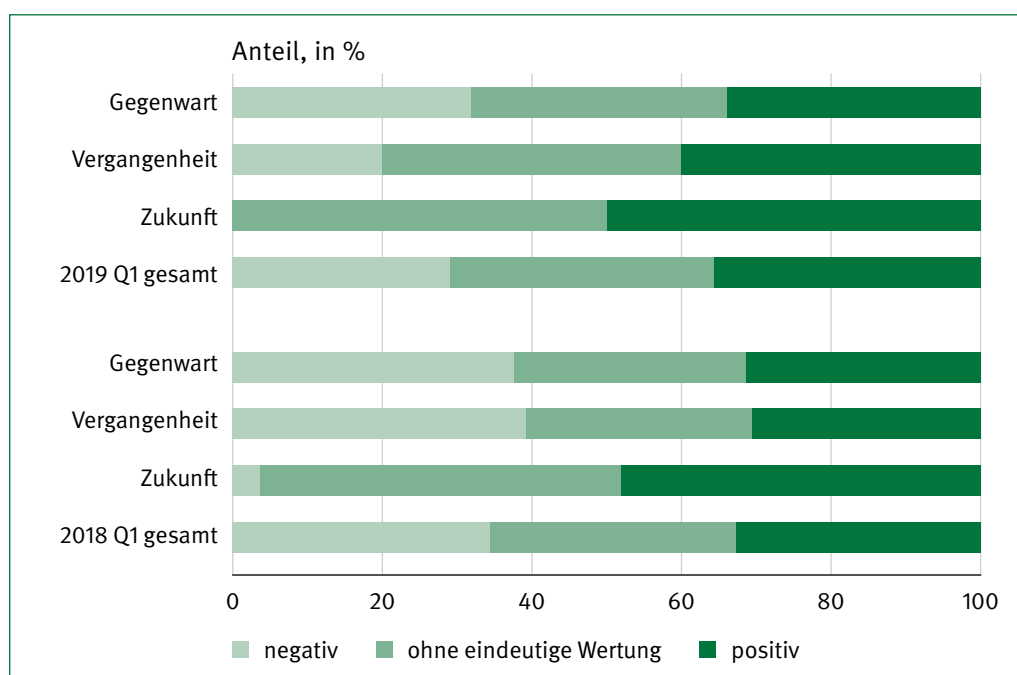


Quelle: Spiegel vom 27. Januar 2018

Bessere Bezahlung vor allem als Zukunftsversprechen vermittelt

Beschreibungen zur Entlohnung in der Altenpflege sind sowohl Anfang 2018 wie auch Anfang 2019 polarisierend, teilweise negativ. Nur wenn es um das Zukunftsversprechen höherer Löhne geht, zum Beispiel durch höhere Mindestlöhne oder Tarifierbindungen, ist das Bild eindeutig positiv. Das negative Berufsimago der Altenpflege ist in den Medien häufig mit

Abbildung 3–16: Bewertung Altenpflege zum Thema Bezahlung nach Zeitbezug Q1 2018 versus Q1 2019



Quelle: Media Tenor.

Basis: 4.104/2.278 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 105/93 zum Thema Bezahlung.

Verweisen auf die vergleichsweise geringe Bezahlung verbunden. Der hohe Anteil negativer Aussagen verweist dabei auf den Status quo, die neutralen und positiven Aussagen auf die Ergebnisse der politischen Verhandlungen, die zu einer besseren Bezahlung führen sollen (vergleiche zum Beispiel *Spiegel Online* vom 31. Januar 2018: „Einigung auf bessere Bezahlung in der Pflege“). Sollten die Medien jedoch in der Bezahlung das Haupthindernis für ausreichende Fachkräfte im Altenpflegebereich sehen, dann wäre der Umfang der Berichterstattung deutlich zu gering, um das Problem angemessen zu thematisieren. Aber immerhin ist der Aspekt offenbar so plausibel, dass sich 64 der ausgewerteten knapp 600 Beiträge im ersten Quartal 2018 inhaltlich zumindest ansatzweise mit dem Thema befassen. Die Debatte über angemessene Löhne schafft für das Berufsprestige der Altenpflege ein Dilemma: Einerseits kommt es durch die öffentliche Debatte zu Problembewusstsein und Lösungsvorschlägen, andererseits ist eine anhaltende Konnotation eines Berufes mit dem Begriff „Mindestlohn“ ein negatives Framing, welches sich auf die Berufswahl und das Selbstbewusstsein der Betroffenen auswirken kann.

Zumindest einzelne Journalistinnen und Journalisten unternehmen aber auch den Versuch auszuleuchten, warum die primäre Motivation für eine Berufstätigkeit in der Altenpflege nicht das Geld ist. Die *Süddeutsche* tut das sehr prominent am 5. Januar 2018 im Regionalteil unter der Überschrift „Man bekommt so viel zurück“. Das korrespondiert mit den mehrheitlich positiven Darstellungen im Bereich Arbeitsumfeld/Motivation. Sinn, Engagement und Arbeitszufriedenheit werden eher positiv als negativ dargestellt. Allerdings gibt es neben dem Beitrag in der *Süddeutschen* nur insgesamt drei weitere Artikel, in denen das Thema Sinn zur Sprache gebracht wird. Und neben positiven Darstellungen wie in der *Süddeutschen* treten Beiträge wie „Immer am Limit“ (*Berliner Zeitung*), die solche Sinn-Werte im Grunde als unzureichend charakterisieren, um die Attraktivität des Berufsfelds zu vermitteln. Dennoch sind positiv zu wertende Aussagen zum Sinn der Arbeit und zur Motivation auch im ersten Quartal 2019 klar erkennbar. Die Erkenntnisse der Neurobiologie machen dabei deutlich, dass die Vermittlung von Sinn als Glückserfahrung ein sehr starker Motivationsfaktor ist, der es Menschen ermöglicht, Belastungen zu ertragen.⁶⁷⁾

Fraglich ist allerdings, ob und wie stark dieser Anreiz durch die Interaktion zwischen Pflegeperson und zu Pflegendem vermittelt wird und welche Rolle gesellschaftlicher Respekt oder Anerkennung von außen spielen. Es gibt Indizien dafür, dass den Beschäftigten in der Altenpflege ihr geringeres Berufsprestige im Vergleich zur Krankenpflege bewusst ist und auch öffentlich als Manko benannt wird, zum Beispiel in sozialen Medien.⁶⁸⁾ In Bezug auf die neue gemeinsame Ausbildung zum/zur Gesundheitspfleger/-in könnte das – neben den Bezahlungsunterschieden – ein Grund sein, warum Pflegefachleute nach dem Abschluss dann eher in die Krankenpflege gehen könnten.

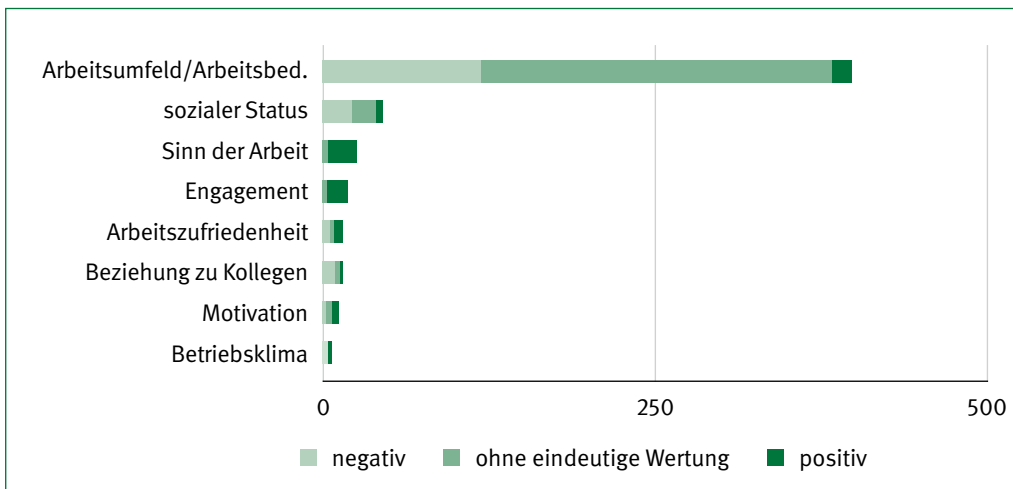
Laut BGW-Datenbericht von 2015 sind 84 Prozent der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen weiblich.⁶⁹⁾ Die Berichterstattung über Altenpflege spiegelt das in der Nachrichten-

⁶⁷⁾ Vgl. zum Beispiel Esch, Tobias (2012), *Die Neurobiologie des Glücks*.

⁶⁸⁾ Vgl. Vollbracht, M. (2020), *Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige von Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019*, BGW Forschung (S. 43).

⁶⁹⁾ BGW (2018), *Altenpflege in Deutschland. Ein Datenbericht 2018*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Hamburg (S. 39 f.).

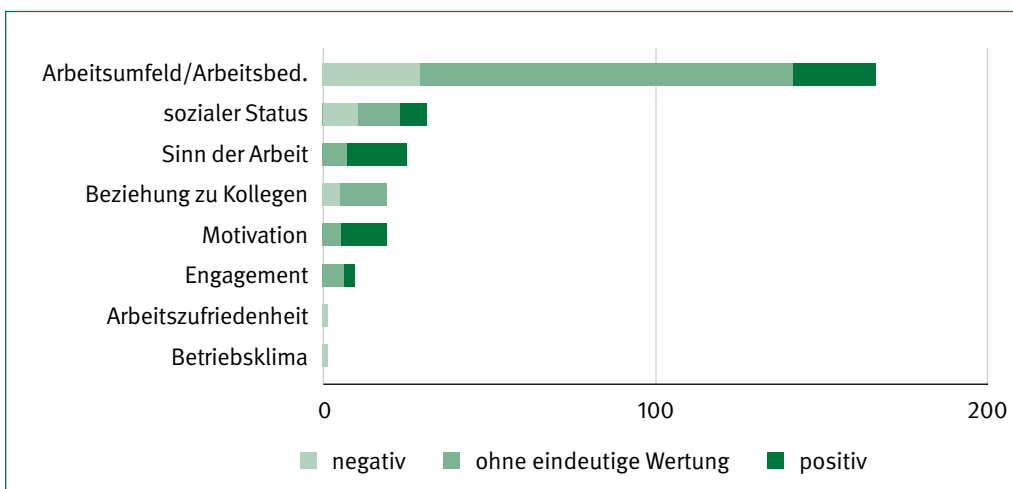
**Abbildung 3–17: Berichterstattung über Altenpflege:
Arbeitsumfeld/Motivation – Q1 2018**



Quelle: Media Tenor.

Basis: 4.104 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 530 zum Thema Arbeitsumfeld/Motivation.

**Abbildung 3–18: Berichterstattung über Altenpflege:
Arbeitsumfeld/Motivation – Q1 2019**

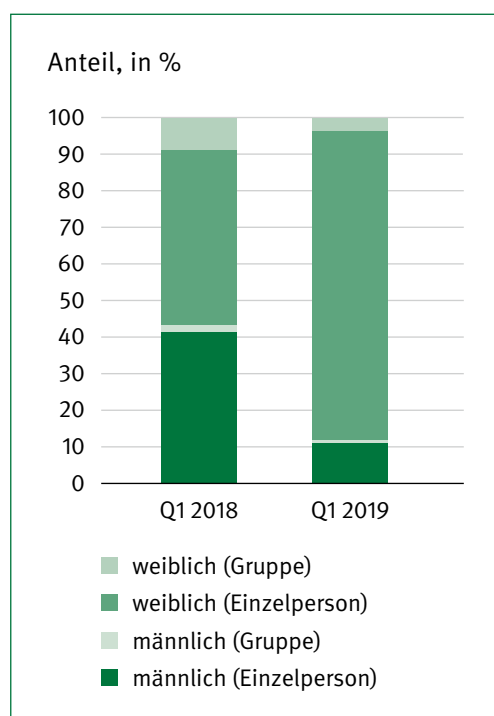


Quelle: Media Tenor.

Basis: 2.278 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 271 zum Thema Arbeitsumfeld/Motivation.

auswahl im ersten Quartal 2019 in etwa wider. Im Jahr zuvor war dagegen das Bild durch die ausführliche Gerichtsberichterstattung deutlich verzerrt. Wollten Journalistinnen und Journalisten allerdings Männer ermutigen, in den Pflegeberuf einzusteigen, würde es in der aktuellen Berichterstattung noch deutlich an entsprechenden Rollenvorbildern fehlen. In den sozialen Medien sieht das differenzierter aus, einer der einflussreichsten Influencer im Bereich der Altenpflege ist „Sandro Pé“ (Sandro Plett). Einer der meistgeklickten Songs des jungen Altenpflegers auf YouTube hat den Refrain: „Pflege ist stolz, Pflege ist gut, Pflege ist Tat, Pflege ist Mut, Pflege tut gut, Pflege ist Liebe, Pflege ist Hoffnung, sei du selbst, sei die Veränderung.“⁷⁰⁾ Sandro Plett wird im ersten Quartal in den ausgewerteten Medien nicht beschrieben oder zitiert, eine Datenbanksuche für Print- und Online-Zeitungen gibt eine einzige Fundstelle für die *Rhein-Zeitung* vom 17. Februar 2018 an. Im ersten Quartal 2019 findet sich kein Beitrag.

Abbildung 3–19: Berichterstattung über Altenpflegebeschäftigte nach Geschlecht – Q1 2018/2019



Quelle: Media Tenor.

Basis: 4.104/2.278 Aussagen über Altenpflegepersonal in den ausgewerteten Medien, davon 1.437/855 Aussagen zu Frauen und Männern.

Unter dem Strich bestätigt das Medienbild der Altenpflege in den ersten Quartalen und 2019 die Ergebnisse der Langzeitstudie „Ein Heim, kein Zuhause?“. Die Beschäftigten werden in einer großen Belastungssituation gezeigt. Diese wird umrissen mit einem Mangel an Fachkräften, der sich in Zusatzbelastung für die Beschäftigten niederschlägt, in geringer Entlohnung (wobei die politische Debatte Besserung verspricht) und in Arbeits-

Die Frage, ob der Mangel an Fachkräften durch ausländische Arbeitskräfte oder Geflüchtete behoben werden kann, wird angesichts der Größe des Problems vergleichsweise verhalten diskutiert. Hinweise auf einen Migrationsbezug finden sich im ersten Quartal 2018 in 8 Prozent der Beiträge, im Folgejahr in knapp 7 Prozent der Beiträge. Das ist deutlich weniger, als der tatsächliche Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund rechtfertigen würde. Laut einem Prognos-Report im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2016 hatten im Jahr 2014 23 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege eine ausländische Staatsbürgerschaft. Die *FAZ* vom 17. Januar 2019 geht anlässlich einer Ausbildungsmesse in Berlin auf das Thema im Detail ein. Sie erkennt grundsätzlich das Potenzial an, geht aber auf die praktischen Probleme ein, vor allem Sprachkenntnisse und Aufenthaltsstatus bei Geflüchteten.

⁷⁰⁾ Vgl. ausführlich Vollbracht, M. (2020), Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige von Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019, BGW Forschung (S. 44), abrufbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=kvF9mCfjUw>.

umständen, die ungesund sind und wenig Autonomie ermöglichen. Die möglichen Maßnahmen zur Verbesserung der Berufsgesundheit wurden von den Medien bislang nur punktuell aufgegriffen und wären eine tiefer gehende Analyse wert.

3.6 Schlussfolgerungen

Die Medienberichterstattung über die Alten- und Krankenpflege ist kein Spiegel der Realität, sondern setzt aus Elementen der Realität verbunden mit Deutungen, Prognosen und Forderungen ein eigenes Image, die „Medienrealität“ des Pflegesektors, zusammen. Das Narrativ vom „Lebensretter am Limit“ oder dem „Pflegetotstand“ spiegelt verschiedene sozio-ökonomische Entwicklungen wie den demografischen Wandel oder die gewachsene Bedeutung des Effizienzstrebens im Krankenhauswesen wider. Der relativ niedrige Anteil von Aussagen zur Berufsgesundheit (Krankenpflege knapp 3 Prozent, Altenpflege 4 Prozent) zeigt, dass die Medien bis jetzt die konkreten Risiken, aber auch die konkreten Präventionsfaktoren für die Gesundheit der Beschäftigten noch eher am Rande behandeln. Forschungen der BGW zeigen jedoch die herausragende Rolle von Ressourcen für ein langes und auch erfülltes Berufsleben in der Pflege – trotz herausfordernder Umstände. In den sozialen Medien wird von AfD-Vertretern und ihrem Umfeld immerwieder die mögliche Rolle von Migrantinnen und Migranten als Ausweg aus der Personalknappheit kritisch thematisiert.⁷¹⁾ Die ausgewerteten Medien gehen das Thema kritisch-konstruktiv an, keinesfalls mit übertriebenen Hoffnungen. Im Hinblick auf die Lohndiskussion hat die Politik Schritte zur Verbesserung vor allem in der Altenpflege eingeleitet. Die von der Berufsgruppe vor allem erhoffte gesellschaftliche Anerkennung ist aber nicht nur mit einer höheren Bezahlung verbunden, sondern mit einer höheren Wertschätzung der fachlichen Kompetenz in der Berichterstattung und nicht zuletzt einer selbstkritischen Reflexion der Medien über die von ihnen transportierten Altersbilder.

⁷¹⁾ Vgl. Vollbracht, M. (2020), Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige von Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019, BGW Forschung (S. 57).

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg

Tel.: (040) 202 07 - 0

Fax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert.
Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie
diese hier:



www.bgw-online.de/kundenzentren

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle Tel.: (030) 896 85 - 37 01 Fax: - 37 99

Bezirksverwaltung Tel.: (030) 896 85 - 0 Fax: - 36 25

schu.ber.z* Tel.: (030) 896 85 - 36 96 Fax: - 36 24

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle Tel.: (0234) 30 78 - 64 01 Fax: - 64 19

Bezirksverwaltung Tel.: (0234) 30 78 - 0 Fax: - 62 49

schu.ber.z* Tel.: (0234) 30 78 - 0 Fax: - 63 79

studio78 Tel.: (0234) 30 78 - 64 78 Fax: - 63 99

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29 Tel.: (0234) 30 78 - 64 78 Fax: - 63 99

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle Tel.: (04221) 913 - 42 41 Fax: - 42 39

Bezirksverwaltung Tel.: (04221) 913 - 0 Fax: - 42 25

schu.ber.z* Tel.: (04221) 913 - 41 60 Fax: - 42 33

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung Tel.: (0351) 86 47 - 0 Fax: - 56 25

schu.ber.z* Tel.: (0351) 86 47 - 57 01 Fax: - 57 11

Bezirksstelle Tel.: (0351) 86 47 - 57 71 Fax: - 57 77

Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2
01109 Dresden

BGW Akademie Tel.: (0351) 288 89 - 61 10 Fax: - 61 40

Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8
01109 Dresden

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle Tel.: (040) 41 25 - 29 01 Fax: - 29 97

Bezirksverwaltung Tel.: (040) 41 25 - 0 Fax: - 29 99

schu.ber.z* Tel.: (040) 73 06 - 34 61 Fax: - 34 03

Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg

BGW Akademie Tel.: (040) 202 07 - 28 90 Fax: - 28 95

Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg

Bezirksstelle Tel.: (0391) 60 90 - 79 30 Fax: - 79 39

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle Tel.: (0721) 97 20 - 55 55 Fax: - 55 76

Bezirksverwaltung Tel.: (0721) 97 20 - 0 Fax: - 55 73

schu.ber.z* Tel.: (0721) 97 20 - 55 27 Fax: - 55 77

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle Tel.: (0221) 37 72 - 53 56 Fax: - 53 59

Bezirksverwaltung Tel.: (0221) 37 72 - 0 Fax: - 51 01

schu.ber.z* Tel.: (0221) 37 72 - 53 00 Fax: - 51 15

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle Tel.: (0391) 60 90 - 79 20 Fax: - 79 22

Bezirksverwaltung Tel.: (0391) 60 90 - 5 Fax: - 78 25

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle Tel.: (06131) 808 - 39 02 Fax: - 39 97

Bezirksverwaltung Tel.: (06131) 808 - 0 Fax: - 39 98

schu.ber.z* Tel.: (06131) 808 - 39 77 Fax: - 39 92

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle Tel.: (089) 350 96 - 46 00 Fax: - 46 28

Bezirksverwaltung Tel.: (089) 350 96 - 0 Fax: - 46 86

schu.ber.z* Tel.: (089) 350 96 - 45 01 Fax: - 45 07

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle Tel.: (0931) 35 75 - 59 51 Fax: - 59 24

Bezirksverwaltung Tel.: (0931) 35 75 - 0 Fax: - 58 25

schu.ber.z* Tel.: (0931) 35 75 - 58 55 Fax: - 59 94

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

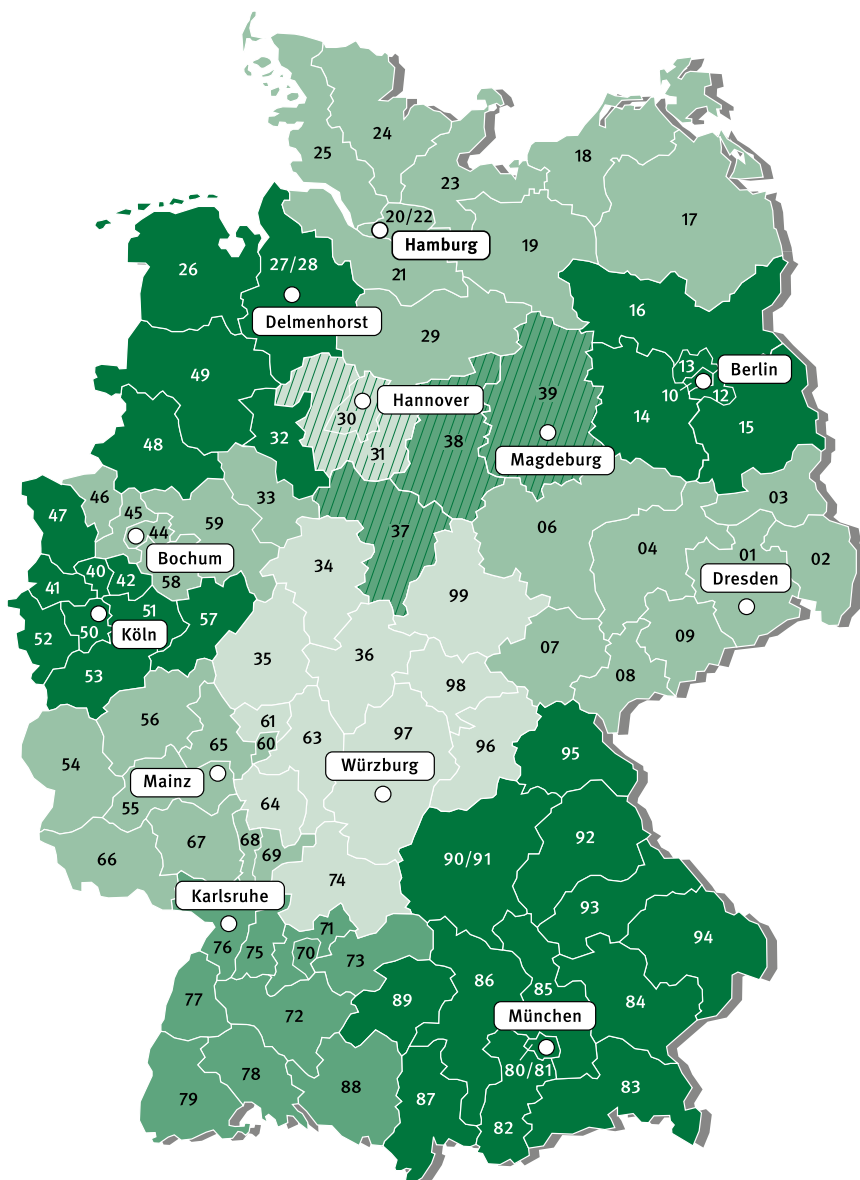
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörigen Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

BGW-Beratungsangebote

Tel.: (040) 202 07 - 48 62

Fax: (040) 202 07 - 48 53

E-Mail: gesundheitsmanagement@bgw-online.de

Medienbestellungen

Tel.: (040) 202 07 - 48 46

Fax: (040) 202 07 - 48 12

E-Mail: medienangebote@bgw-online.de

Versicherungs- und Beitragsfragen

Tel.: (040) 202 07 - 11 90

E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Sie erreichen uns:

Montag bis Donnerstag von 9 bis 12 Uhr

und von 13 bis 16 Uhr.

Am Freitag von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 14.30 Uhr.

Modellvorhaben und Kooperationen

Tel.: (040) 202 07 - 32 45

Fax: (040) 202 07 - 32 98

E-Mail: petra.ulbrich@bgw-online.de



Wir sind dabei!



Die BGW unterstützt die Qualität der neuen Pflegeausbildungen mit ihren Angeboten und wirkt so aktiv mit, bis 2023 die Ausbildungszahl in Pflegeberufen um zehn Prozent zu steigern. Damit leistet sie als Partnerin der Ausbildungsinitiative Pflege einen wichtigen Beitrag, um attraktive und zukunftsfähige Arbeitsplätze in der Pflege zu schaffen und damit die Zukunftsfähigkeit des Berufsbildes zu verbessern.

www.bgw-online.de/ausbildungsinitiative-pflege