

# Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

## Ausführliches Branchenbild aus dem Risikoobservatorium der DGUV

Der demografische Wandel betrifft insbesondere die Gesundheitsbranche mit ihren Krankenhäusern, Pflegeheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen und der sozialen Betreuung Bedürftiger. Die Lage in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist prekär: Eine zunehmende kleinere Anzahl von Menschen im Erwerbsalter (von 49 Mio. (2013) auf ca. 34 bis 38 Mio. (2060); entspricht -23 % bis -30 %) und damit auch von Beschäftigten in der Pflege wird künftig mit einer steigenden Zahl von hochbetagten und damit voraussichtlich pflegebedürftigen Menschen (5 % (2013) auf 13 % (2060) der Gesamtbevölkerung) konfrontiert sein. Diese Entwicklung ist bei insgesamt rückläufigen Bevölkerungszahlen voraussehbar [1].

Im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) waren Ende 2015 2,86 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig: Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder oder jede Zwanzigste (5 %) Pflege brauchte, waren es unter den ab 90-Jährigen 66 %. Fast drei Viertel (73 % oder 2,08 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt, davon 692 000 Personen zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Gut ein Viertel (27 % oder 783 000 Pflegebedürftige) wurde 2015 in Pflegeheimen vollstationär betreut. Aufgrund des demografischen Wandels ist die Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu Ende 2013 um 234 000 (+ 8,9 %) gestiegen: Dabei stieg die Zahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 2,5 % (+ 19 000). Bei der Pflege zu Hause fiel die Zunahme mit + 11,6 % (+ 215 000 Pflegebedürftige) deutlich höher aus, was auch auf die Reformen der Pflegeversicherung zurückzuführen ist [2]. Auch die Zahl der Beschäftigten in den Berufen der Altenpflege (+ 25 000 von Ende 2014 bis Ende 2015) nahm zu: Dies geschah insbesondere in der ambulanten Pflege (+ 18 000 oder + 5,4 %) und in der (teil-)stationären Pflege (+ 29 000 oder + 4,5 %) [3].

Ein Großteil der insgesamt 13 300 zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen befand sich Ende 2015 in privater Trägerschaft (65 %); der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 33 %, öffentliche Träger hatten einen Anteil von lediglich 1 %. Die Zahl der ambulanten Dienste stieg von Ende 2013 bis Ende 2015 um 600 Einrichtungen (+ 4,5 %); die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nahm um 76 000 (+ 12,4 %) zu. Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegeeinrichtungen 356 000 Personen im Rahmen des SGB XI; dies entspricht ca. 239 000 Vollzeitäquivalenten. Die Mehrzahl der Beschäftigten war weiblich (87 %) und arbeitete in Teilzeit (69 %), lediglich 27 % in Vollzeit. Dazu bestanden weitere 3 % des Personals aus Auszubildenden sowie (Um-)Schülerinnen und (Um-)Schülern, Helferinnen und Helfern im freiwilligen sozialen Jahr beziehungsweise im Bundesfreiwilligendienst sowie aus Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung. Die Altersstruktur der Beschäftigten im ambulanten Pflegedienst stellt sich wie folgt dar: Ende 2015 waren 15 % unter 30 Jahre alt. Knapp die Hälfte (46 %) der Beschäftigten waren 30 bis 49 Jahre alt und mehr als jeder Dritte (38 %) war 50 Jahre und älter. Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege (67 %). Zu weiteren Einsatzbereichen gehörten hauswirtschaftliche Versorgung (12 %), Pflegedienstleitung (5 %), Verwaltung oder Geschäftsführung (5 %) sowie häusliche Betreuung (4 %) [2].

Ende 2015 existierten rund 13 600 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (53 %); der Anteil in privater Trägerschaft betrug 42 % und öffentliche Träger hatten einen Anteil von lediglich 5 %. Bei jedem fünften Heim (19 %) war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen

organisatorisch angeschlossen. In der deutlichen Mehrheit (94 %) der Heime wurden überwiegend ältere Menschen versorgt, in 2 % der Heime vor allem Menschen mit Behinderung. Bei jeweils 2 % der Heime stand die geronto-psychiatrische bzw. die Versorgung psychisch Kranker sowie die Versorgung Schwerkranker oder Sterbender im Mittelpunkt. Die Zahl der stationären Einrichtungen stieg von Ende 2013 bis Ende 2015 um 600 Einrichtungen (+ 4,3 %); die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen nahm um 35 700 (+ 4,3 %) zu. In den stationären Pflegeeinrichtungen waren insgesamt 730 000 Personen beschäftigt; dies entspricht ca. 525 000 Vollzeitäquivalenten. Ähnlich wie in der ambulanten Pflege war die Mehrzahl der Beschäftigten weiblich (84 %) und in Teilzeit beschäftigt (63%), lediglich 29 % in Vollzeit. Dazu bestanden weitere 8 % des Personals aus Auszubildenden sowie (Um-)Schülerinnen und (Um-)Schülern, Helferinnen und Helfern im freiwilligen sozialen Jahr beziehungsweise im Bundesfreiwilligendienst sowie aus Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung. 18 % der Beschäftigten im stationären Pflegedienst waren Ende 2015 unter 30 Jahre alt, 41 % der Beschäftigten waren 30 bis 49 Jahre alt. Zwei Fünftel (40 %) waren 50 Jahre und älter. Haupteinsatzbereiche des Personals war die Pflege und Betreuung (64 %). Zu weiteren Einsatzbereichen gehörten Hauswirtschaft (16 %), Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche (9 %), soziale Betreuung (4 %) sowie Betreuungsassistenz (7 %) [2].

Die Branche „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“ wird nach Einschätzung der Präventionsfachleute in der nahen Zukunft von vielen aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen erheblich beeinflusst, seien es demografische Trends (Alterung der Bevölkerung, Fachkräftemangel) oder Trends, die sich unter die Globalisierung und den Wandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft fassen lassen (Arbeitsverdichtung, längere Arbeitszeiten und Ausweitung von Verantwortung, Flexibilisierung von Arbeit, zunehmende körperliche und seelische Gewalt, hohe emotionale sowie sprachliche und interkulturelle Anforderungen). Daneben spielen auch „klassische“ Themen wie lange und einseitige Muskel-Skelett-Beanspruchungen künftig weiterhin eine wichtige Rolle, ebenso wie spezifische Aspekte des Gesundheitswesens, wie zunehmende Resistenzen gegenüber Desinfektions- und/oder Sterilisationsmitteln sowie gegenüber Arzneimitteln. Darüber hinaus kommt es in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig zu Neuerungen für die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte. Deshalb ist es für die Beschäftigten notwendig, sich lebenslang und interdisziplinär weiterzubilden. Außerdem mangelt es in der Branche an gesellschaftlicher und/oder finanzieller Anerkennung.

Tabelle 1 zeigt, welche aktuellen Trends und Entwicklungen die Branche „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“ hinsichtlich der Sicherheit und Gesundheit in der nahen Zukunft beeinflussen werden. Diese Einschätzungen wurden im Rahmen des Risikoobservatoriums der DGUV erhoben und stammen von Aufsichtspersonen und anderen Präventionsfachleuten der gesetzlichen Unfallversicherung.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Es gibt zwei Befragungsstufen. Die Präventionsfachleute bewerten in Stufe 1 die Bedeutung von circa 40 Entwicklungen ihrer Branche auf einer Skala von 1 bis 9. Durch statistische Berechnungen (Bildung von Konfidenzintervallen um die Mittelwerte), die berücksichtigen, wie eng die Bewertungen einzelner Entwicklungen beieinander liegen, werden die bedeutendsten Entwicklungen extrahiert. Ihre Anzahl kann je nach Branche (deutlich) variieren. In Stufe 2 bilden die Präventionsfachleute aus diesen wichtigsten Entwicklungen eine endgültige Rangreihe.

Tabelle 1 Rangreihung der bedeutsamsten Entwicklungen im Hinblick auf den Arbeitsschutz der nahen Zukunft in der Branche „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“ als Ergebnis der Befragungsstufe 2 des Risikoobservatoriums der DGUV, 2017

Rang	Entwicklung
1	Arbeitsverdichtung, längere Arbeitszeiten und Verantwortungsausweitung
2	Fachkräftemangel
3	Langanhaltende und/oder einseitige Beanspruchung des Muskel-Skelett-Systems
4	Demografischer Wandel und unausgewogene Altersstruktur
5	Fehlende gesellschaftliche und/oder finanzielle Anerkennung
6	Emotionale Anforderungen bei versicherten Tätigkeiten
7	Körperliche Gewalt bei versicherten Tätigkeiten
8	Seelische Gewalt
9	Interkulturelle und sprachliche Anforderungen
10	Flexibilisierung von Arbeit
11	Resistenzen gegenüber Desinfektions- und/oder Sterilisationsmitteln
12	Notwendigkeit zum lebenslangen und interdisziplinäre Lernen
13	Resistenzen gegenüber Arzneimitteln

Diese als besonders relevant bewerteten Entwicklungen zeichnen ein komplexes Bild der Situation der Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung in der Branche. Zum Teil stehen die unterschiedlichen Entwicklungen miteinander in Wechselwirkung und können damit die Belastungen verstärken: So können etwa die hohen psychischen und physischen Belastungen, die Überalterung der Belegschaft [2], die Arbeitsverdichtung, zunehmend hohe interkulturelle Anforderungen und der Fachkräftemangel u. a. negativ zusammenwirken und das Pflegepersonal massiv belasten.

Eine Besonderheit des Sektors stellt die enge Beziehung dar, in der Beschäftigte und Betreute stehen. Es geht um mehr als eine gewöhnliche berufliche Interaktion: Die Betreuten befinden sich in der Obhut und Verantwortung des Pflegepersonals und sind auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Gesellschaftliche Veränderungen betreffen meist beide Gruppen, so muss sich etwa eine alternde Belegschaft der Herausforderung stellen, einer ebenso alternden, pflegeintensiveren Klientel gerecht zu werden.

Dass die Branche vor Herausforderungen steht, zeigt nicht zuletzt der hohe Krankenstand. Die Branche verzeichnet laut AOK 26,7 Fehltag pro Pflegekraft [4]. Diese Zahl liegt mehr als eine Kalenderwoche höher als Fehlzeiten aller anderen Beschäftigten. Darüber hinaus weisen lediglich 61 % der Pflegebeschäftigten eine gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit auf. Mehr als jede fünfte Pflegekraft für ältere Menschen sieht sich sowohl physisch als auch psychisch durch die Arbeit gefährdet, gegenüber dem Gesamtdurchschnitt ist dies fast fünfmal so viel [5].

Im Folgenden werden die mit den o. g. Entwicklungen einhergehenden Herausforderungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Branche „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“ dargestellt.

### **Arbeitsverdichtung, längere Arbeitszeiten und Verantwortungsausweitung sowie Flexibilisierung von Arbeit**

Im Vergleich zum Durchschnitt aller Erwerbstätigen (18 %) fühlen sich unter den Pflegekräften für ältere Menschen fast doppelt so viele durch Arbeitsverdichtung und längere Arbeitszeiten überfordert (30 %). Darüber hinaus berichtet knapp die Hälfte dieser Pflegekräfte über eine Stresszunahme in den letzten Jahren und damit deutlich mehr als beim Durchschnitt aller Erwerbstätigen

(41 %). Ein Großteil (64 %) berichtet davon, mehrere Tätigkeiten nebeneinander erledigen zu müssen. Aufgrund dessen leidet fast jede zweite Pflegekraft (48 %) häufig unter Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit. Eine unzureichende Personalausstattung, aber auch ein zunehmender Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand führen u. a. zu einem hohen Termin- und Leistungsdruck bei 62 % der Beschäftigten: Fast ein Drittel der Pflegekräfte (30 %) gibt an, häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit zu arbeiten – das sind fast doppelt so viele wie bei anderen Erwerbstätigen [6].

In der ambulanten Pflege ist es oft die Situation vor Ort, die zu Arbeitsverdichtung oder erhöhten Flexibilitätsanforderung bei den (ambulanten) Pflegekräften führt. Auch hier sind Veränderungen feststellbar: So nehmen bspw. seelische Problemen (wie Depressionen) bei den zu pflegenden Personen zu oder es gibt immer weniger Angehörige, die in die Versorgung integriert werden können [7]. Die stationäre Pflege bietet ein ähnliches Bild: Den stationären Pflegekräften wird immer mehr abverlangt. Dies liegt an den zu pflegenden Personen, die zunehmend an komplexen medizinischen Problemen (82 %), neurokognitiven Störungen (z. B. Demenz) (66 %) und Suchtproblematiken (31 %) leiden. Aufgrund fehlender Angehöriger (33 %) und schwieriger sozialer Haushaltsverhältnisse (38 %) drohen vermehrt Verwahrlosung und Vereinsamung, und immer mehr Personen müssen stationär versorgt werden. Aus diesen Entwicklungen resultieren steigende Anforderungen an die (stationären) Pflegekräfte: herausfordernde Verhaltensweisen (z. B. ständiges Nachfragen) (55 %), grund- und behandlungspflegerische Anforderungen (z. B. häufiges Messen des Blutzuckers) (52 %) oder auch aufwendige Angehörigenbetreuung (52 %) [8].

Außerdem ist die Arbeit in der Altenpflege oftmals geprägt durch unregelmäßige Arbeitszeiten und Schichtarbeit (laut 35 % bzw. 38 % der Beschäftigten) [6]. Die Anzahl der Überstunden hat für ca. 30 % der Pflegekräfte zwischen 2014 und 2015 zugenommen [7] [8]. Darüber hinaus berichten Pflegekräfte in der Altenpflege von unzureichenden Erholungs- und Regenerationszeiten sowie häufigem Pausenausfall (39 %), der mit zu viel Arbeit begründet wird [6].

Der Arbeitgeber muss dafür sorgen, dass Vorgaben für den Arbeits- und Gesundheitsschutz eingehalten werden. Doch laut BKK-Gesundheitsatlas 2017 nutzen viele Vorgesetzte die Empathie und das Engagement Beschäftigten aus: Um die Effizienz zu steigern, sollen sich demnach Teams eigenverantwortlich organisieren und die Arbeit untereinander aufteilen – nicht selten unter den Bedingungen des Personalmangels. Mit dieser „indirekten Steuerung“ laufen die Beschäftigten laut BKK-Gesundheitsatlas Gefahr, zu ihrem Schutz existierende Vorschriften zu unterlaufen, da sie die Arbeit sonst nicht schaffen würden [9].

Die Anzahl der zu Pflegenden sowie deren Pflegestufen in Heimen und bei ambulanten Diensten variieren naturgemäß stark. Um mit dem Geld aus der Pflegeversicherung wirtschaften zu können, stellen viele Betreiber ihr Personal nicht fest an und kalkulieren unter dem eigentlichen Bedarf [10]. In der ambulanten und stationären Pflege ist es aufgrund des Personalmangels mittlerweile schwierig, freie Stellen nachzubesetzen [7; 8]. Eine weitere Belastung für die Beschäftigten sind unzuverlässige Dienstpläne. Dass Pflegekräfte in ihrer Freizeit angerufen und aufgefordert werden, kurzfristig einzuspringen, ist eher die Regel als die Ausnahme [9].

Bei der Bewältigung derartig hoher Arbeitsanforderungen können Ressourcen wie hoher Handlungsspielraum oder umfangreiche soziale Unterstützung einen wichtigen Beitrag leisten. Doch der Handlungsspielraum unterscheidet sich bei Pflegekräften nicht wesentlich von dem anderer Erwerbstätiger [6; 11]: Hinsichtlich ihres Einflusses auf die Arbeitsmenge liegen Pflegekräfte älterer Menschen (37 %) nur etwas über dem Durchschnitt anderer Erwerbstätiger (35 %). Aufgaben selbst zu planen und einzuteilen ist in der Altenpflege sogar schwieriger (64 %) als für andere Erwerbstätige (69 %). Das gilt auch für die Möglichkeit, selbst entscheiden zu können, wann Pause gemacht wird (47 % vs. 59 %). Auf der anderen Seite ist jedoch das Gefühl, dass die Pflegetätigkeit wichtig ist, weitverbreitet: 90 % und mehr sehen ihre Tätigkeit häufig als wichtig an (andere Erwerbstätige:

77 %). Soziale Komponenten, wie Gemeinschaftsgefühl, gute Zusammenarbeit und Unterstützung durch das Team sind mit über 80 % bei den Pflegenden besser als im Durchschnitt. Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte wird Pflegenden (55 %) wiederum weniger zuteil als anderen Erwerbstätigen (59 %) [6].

Diese Belastungen lassen die Pflegekräfte an ihre körperlichen und seelischen Grenzen stoßen und führen vermehrt zu Beanspruchungen: Pflegekräfte klagen besonders oft über hohe Arbeitsbelastungen und – besonders auch in der ambulanten Pflege – über gesundheitliche Probleme [7; 8]. Mehr als zwei Drittel der Pflegekräfte bemängeln, dass sie zur Erledigung der Aufgaben und für die Zuwendung zu den Pflegebedürftigen nicht ausreichend Zeit haben und die anfallende Arbeit in der dafür vorgesehenen Zeit kaum zu schaffen sei [12]. Neben Stress und Überforderung klagen sie häufiger über Beschwerden, die das Muskel-Skelett-System und auch den psycho-vegetativen Bereich betreffen [10]. Unter den Belastungen durch unregelmäßige und flexible Arbeitszeiten sowie Schichtarbeit leiden soziale Beziehungen, familiäre Verpflichtungen und die Erholungsmöglichkeiten der Beschäftigten. Derartige Beanspruchungen führen anscheinend auch zu einer Zunahme psychischer Erkrankungen, über die Beschäftigte aus der Altenpflege überdurchschnittlich oft berichten [6]. Nach Einschätzung der Pflegekräfte resultiert aus den zunehmenden Beanspruchungen in ihrem Arbeitsalltag auch eine Zunahme von Krankheitstagen, Krankheitsdauer und Krankheitsschwere [7; 8].

## **Demografischer Wandel und unausgewogene Altersstruktur sowie Fachkräftemangel**

Die Beschäftigten der Pflege sind eine Berufsgruppe, die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels immer wichtiger wird [6]:

Bei einer Fortsetzung der langfristigen demografischen Trends und trotz eines Wanderungsüberschusses von ca. 405 000 bei Bilanzierung der Zu- und Fortzüge über die Grenzen im Jahr 2017 [13] wird die Einwohnerzahl in Deutschland von über 80 Millionen auf ca. 70 Millionen im Jahr 2060 abnehmen. Die Alterung der Bevölkerung schlägt sich insbesondere in der Zahl Hochbetagter nieder: In 50 Jahren werden etwa 13 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein (2013: 5,4 %). Je nach Szenario wird die Zahl der Personen im Erwerbsalter von ca. 49 Mio. im Jahr 2013 auf 34 bis 45 Mio. im Jahr 2060 sinken [1]. Besonders die Gesundheitsbranche mit ihren Krankenhäusern, Pflegeheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen sowie der sozialen Betreuung Bedürftiger ist von den Veränderungen der Altersstruktur der Erwerbstätigen betroffen. Schon jetzt gibt es deutlich weniger jüngere Beschäftigte als in den übrigen Branchen – und dieser Trend wird sich weiter verstärken [14]. So waren Ende 2013 38 % der 685 000 Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen sowie 36 % der 320 000 Beschäftigten in zugelassenen ambulanten Pflegediensten 50 Jahre und älter [15].

Gleichzeitig wird diese gealterte Belegschaft in der Pflege künftig mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen konfrontiert sein, die es in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen voraussichtlich geben wird. Darüber hinaus wird der Betreuungs- und Pflegeaufwand bei den älteren Menschen zunehmen, beispielsweise aufgrund von zunehmender Demenz oder eines zunehmend schlechten Allgemeinzustandes [16], beides Folgen steigender Lebenserwartung und des daraus resultierenden Mehrs an Hochbetagten.

Die Fehltageliegen in nahezu allen Altersklassen der Pflegekräfte über denen der Beschäftigten insgesamt. Dieser Abstand vergrößert sich mit zunehmendem Alter noch, sodass die über 65-Jährigen sogar weit mehr als doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnen wie die Beschäftigten insgesamt [5].

Für das Jahr 2030 rechnet das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) mit einem Mehrbedarf an 500 000 Pflegebeschäftigten [14].

Der Fachkräftemangel in der Pflege zeigt sich einerseits in einer unzureichenden Bewerbungslage insgesamt (81 %), in der Schwierigkeit, die offenen Stellen zeitnah zu besetzen (84 %) sowie in einer beobachteten Abnahme der Qualität der Bewerbungen (83 %). Die in der Bundesstatistik genannten Zahlen der offenen Stellen in der Altenpflege unterschätzen tendenziell den Bedarf, da offene Stellen häufig nicht mehr bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden. Es wird aber schätzungsweise von 17 000 offenen Stellen alleine in der stationären Pflege ausgegangen. Aufgrund des hohen Teilzeitanteils in der Pflege bedarf es zur Deckung ca. 25 000 zusätzlicher qualifizierter Personen [8].

Der Fachkräftemangel zeigt sich aber auch bereits in der Ausbildung. Knapp zwei Drittel der Auszubildenden in der Pflege beklagen, dass sie keine oder zu wenige strukturierte Praxisanleitungen erhalten: Während der Praxiseinsätze bei ambulanten Pflegediensten werden fast 40 % der Auszubildenden selten oder nie von einer praxisanleitenden Fachkraft begleitet. Mehr als 10 % der Auszubildenden werden sogar ganz alleine zu den pflegebedürftigen Menschen geschickt. Auf diese Weise versuchen viele Pflegedienste, fehlende Fachkräfte auszugleichen [17].

Zusätzlich zu den mehr benötigten Pflegekräften kommt hinzu, dass der Anteil älterer Pflegenden, die im Beruf mehr als 20 Jahre verbleiben, sehr gering ist; der Ausstiegswunsch deutscher Pflegekräfte ist im Vergleich zum europäischen Durchschnitt hoch [6]. Darüber hinaus verlassen viele Auszubildende schon unmittelbar nach der Ausbildung wieder den Beruf [18]. Ursache dafür ist oft die große Diskrepanz zwischen den häufig propagierten Berufsaussichten und der Arbeitsrealität der Altenpflegekräfte: Pflegende starten mit großen Erwartungen ins Berufsleben und werden vom realen Berufsalltag der Altenpflegekräfte enttäuscht [19]. Aufgrund des steigenden Bedarfs an Pflegekräften sollte die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen und der Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Pflegebereich stärker in den Mittelpunkt rücken [6], fordert die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Auf dem deutschen Arbeitsmarkt bedarf es zusätzlicher fachfremder Arbeitskräfte und Arbeitskräfte aus dem Ausland, um den enormen Bedarf an Pflegekräften zu decken [20].

## **Fehlende gesellschaftliche und/oder finanzielle Anerkennung**

In Anbetracht der Ergebnisse des Instituts für Demoskopie Allensbach für Krankenpflegende sollte die gesellschaftliche Anerkennung für die Arbeit in der Altenpflege eigentlich hoch ausfallen [21]. Andere Studien berichten jedoch über eine geringe gesellschaftliche Anerkennung und ein schlechtes Image der Pflegeberufe [22]. Lediglich 35 % bis 50 % des deutschen Pflegepersonals haben das Gefühl, am Arbeitsplatz Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren [23; 24].

Darüber hinaus hat u. a. die sukzessive Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen den Bereich der ambulanten und stationären Pflege in ein profitables Geschäftsfeld verwandelt. In der Altenpflege dominieren private Anbieter, die hohe Gewinne realisieren wollen. Es steht nun nicht mehr der hilfebedürftige Mensch im Mittelpunkt, sondern das Interesse des Leistungserbringers, seinen Ertrag zu steigern. Insofern wird der überwiegende Teil der Beschäftigten in der Pflege schlecht bezahlt. Sylvia Bühler aus dem Bundesvorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) kritisiert, dass ein Großteil der privaten Pflegeheime und ambulanten Dienste nicht an Tarifverträge gebunden ist. Für verantwortungsvolle und belastende Tätigkeiten werden Niedriglöhne bezahlt. Demzufolge verdienen Fachkräfte in der Altenpflege 16 bis 17 % weniger als der Durchschnitt der Beschäftigten. Hinzu kommt oft unfreiwillige Teilzeitarbeit: Von den ostdeutschen Teilzeitbeschäftigten geben 46 % der Fachkräfte und 55 % der Helfer/-innen in der Altenpflege an, keine Vollzeitstelle gefunden zu haben. Bei erzwungener Teilzeitarbeit und Niedriglöhnen sind finanzielle Engpässe in der Versorgung der Familie oder im Aufbau einer armutsfesten Alterssicherung unausweichlich. Die Menschen machen sich Sorgen und sind psychisch belastet [9; 25].

## **Langanhaltende und/oder einseitige Beanspruchung des Muskel-Skelett-Systems**

Es ist eine altbekannte Tatsache, dass Beschäftigte in der Pflege erheblichen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Auch für die Zukunft werden Muskel-Skelett-Belastungen als ein wichtiger Bereich für die Prävention in der Pflege gesehen, denn im Rahmen des demografischen Wandels steigt der Anteil alter und pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Beschäftigten in der Pflege werden immer älter. Außerdem steigt in Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen der Anteil pflegeintensiver Bewohner, da zunächst so lange wie möglich eine Betreuung im häuslichen Bereich gewährleistet werden soll. Erst wenn Pflege und Betreuung dort nicht mehr sichergestellt werden können, soll eine Aufnahme in Betreuungseinrichtungen erfolgen. Mit diesem Grundsatz verbunden ist für die Beschäftigten dieser Einrichtungen eine Zunahme an körperlichen Belastungen [16]. Älter werdende Pflegebedürftige, die zudem immer häufiger von Übergewicht betroffen sind, verschärfen das Problem von Muskel-Skelett-Erkrankungen des Pflegepersonals zusätzlich [26].

Die Belastungen beinhalten bspw. das Arbeiten im Stehen, das Bewegen von Menschen sowie das Arbeiten in Zwangshaltung; Pflegekräfte berichten davon deutlich öfter als andere Erwerbstätige. In der Altenpflege resultieren diese Belastungen vermutlich aus dem häufig notwendigen Mobilisieren von Personen: Hier kommt häufiges Bewegen von Menschen und Lasten (72 %) mehr als drei Mal so oft vor wie bei anderen Erwerbstätigen (21 %). Bei häufigem Arbeiten unter Zwangshaltung sieht es ähnlich aus (44 % zu 16 %) und auch das Arbeiten im Stehen liegt mit 91 % weit über dem Durchschnitt [6]. Neben der Belastung durch Vorbeugen bei der Patientenversorgung stellt auch das Manövrieren mit asymmetrischen Schiebe- und Ziehvorgängen und das Überwinden von Stufen mit einem Rollstuhl ein erhöhtes Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen dar [26].

Aufgrund der erhöhten Belastungen im Pflegebereich sind die Beschäftigten überdurchschnittlich oft von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen [6]: Die wohl größte Belastung betrifft die Lendenwirbelsäule [26]. Die Lebenszeitprävalenz chronischer Rückenschmerzen bei weiblichen Pflegekräften beträgt 51 %, bei männlichen Pflegekräften liegt sie bei 20 % [27]. Demzufolge lagen bei den AOK-Mitgliedern 2015 die Muskel-Skelett-Erkrankungen nach den Atemwegserkrankungen im Gesundheitswesen mit 34 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle [14]. Die Berufsgruppe „Pflege- und verwandte Berufe“ ist mit einer Rate von 6,675 bestätigten Fällen pro 100 000 Erwerbstätige von der Berufskrankheit „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch Heben oder Tragen von Lasten oder extreme Rumpfbeugehaltung“ (BK 2108) besonders betroffen [28]. Krankheitsbedingte Fehlzeiten gehen meist zulasten der noch gesunden Beschäftigten, da sie zusätzlich die Arbeit für die Erkrankten übernehmen müssen. Diese Zusatzbelastung kann wiederum die Qualität der Patientenbetreuung mindern [16]. Außerdem scheiden Pflegekräfte oft vorzeitig aus ihrem Beruf aus: 70 % der Pflegekräfte geht davon aus, ab einem Alter von 55 Jahren den Job physisch nicht mehr leisten zu können, und dann keine Arbeit mehr zu haben [12].

Hinzu kommt, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen durch einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand, eine schwache Ausdauer der Rückenmuskulatur [27] sowie psychische Belastungen (soziale Beziehungen) und arbeitsorganisatorische Faktoren beeinflusst werden [29].

Der 2014 entwickelte Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zielt auf eine Mobilitätserhaltung und -verbesserung bei pflegebedürftigen Menschen. Neben positiven Effekten auf die Gesundheit der Pflegebedürftigen könnten die Belastungen der Pflegekräfte durch einen höheren Grad der Selbstständigkeit bei den Pflegebedürftigen ebenfalls reduziert werden [30].

## Seelische und körperliche Gewalt

Unter den Beschäftigten der Gesundheitsbranche haben bereits fast 70 % körperliche Gewalt und 94 % verbale Gewalt erfahren [31]. Knapp jede siebte Pflegekraft (14 %) gibt an, in den vergangenen drei Monaten selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein. Dabei erleben 11 % dies „eher häufig“ und 3 % sogar „sehr häufig“. Gut drei Fünftel (60 %) hingegen erleben solche Gewalterfahrungen „eher selten“ oder „sehr selten“. Immerhin 18 % der Befragten geben an, keine gegen sich selbst gerichtete Gewalt zu erleben [32]. Insgesamt liegt der Anteil der Gewaltunfälle durch Personen an allen meldepflichtigen Arbeitsunfällen bei 1,4 %. Besonders gefährdet von Übergriffen Dritter sind grundsätzlich Beschäftigte, die im Rahmen ihrer Arbeit Kunden- oder Patientenkontakt haben. So ereigneten sich 2016 gut 31 % (3 252) aller Übergriffe auf Beschäftigte in Pflegeheimen und Krankenhäusern [33]. Aufgrund der einseitigen Berichterstattung durch die Medien, die Pflegekräfte eher als Täter denn als Opfer darstellen, dringt das Schicksal der Pflegenden jedoch selten an die Öffentlichkeit [34].

In der Tendenz nehmen psychische und körperliche Gewalt gegen Pflegekräfte zu: Vor allem psychische Gewalt kann sich sehr unterschiedlich äußern, z. B. als unnötige Unselbstständigkeit, absichtliches Einnässen, permanentes Klagen und Nörgeln, überzogene Erwartungs- und Forderungshaltung, Beschimpfungen, Beleidigungen und Bedrohungen. Körperlich ausgeübte Gewalt richtet sich nicht nur gegen das Pflegepersonal (Körperverletzung), sondern auch gegen Dinge (Sachbeschädigung) in Anwesenheit der Pflegekraft [34]. Aber auch sexuell geprägte Gewalt gehört zu den Gewalterfahrungen des Pflegepersonals. Gerade junge und unerfahrene Kräfte sind häufiger von sexuellen Übergriffen betroffen. Da das die Betroffenen diskriminiert und demütigt und deshalb oft unerwähnt bleibt, wird auch das Ausmaß von sexualisierter Gewalt eher unterschätzt [35].

Wenn Pflegebedürftige oder deren Angehörige handgreiflich werden, kommt es überwiegend zu Prellungen, Verstauchungen oder oberflächlichen Hautverletzungen (65 %) [33]. Schwere Verletzungen sind die Ausnahme [35]. Angriffe können aber nicht nur physische, sondern auch psychische Verletzungen (wie Angst und Vertrauensverlust in die soziale Umwelt) zur Folge haben [33]. Individuelle Ressourcen der Pflegekräfte (wie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit) werden geschwächt und es besteht die erhöhte Gefahr, ein Burnout zu entwickeln [36]. In 18 % der Fälle wurde eine psychische Verletzung als schwerste Beeinträchtigung diagnostiziert [33]. Andere Studien zeigen, dass zwei Drittel der Gewaltbetroffenen sich nach Übergriffen belastet, ein Drittel sich hochbelastet fühlen. Es kann sogar zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen. Damit gehen physische Symptome wie Schlaflosigkeit oder Bluthochdruck durch die ständige Wachsamkeit und Übererregung einher [35].

Am häufigsten geht Aggression von Pflegebedürftigen aus, die an psychischen Störungen [34] [37], an Verhaltensstörungen [37], an kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) [34; 38] und/oder an sozialer Isolation und Alkoholsucht leiden [38].

Die Ursachen für Gewalt und Aggression gegenüber Pflegekräften sind vielseitig und oft sehr individuell [39]: Auf der einen Seite ist der Alltag für die meisten Pflegebedürftigen oft eng verbunden mit Einsamkeit und dem Verlust an Privat- und Intimsphäre. Außerdem können alte Menschen ihren eigenen Alterungsprozess oft nicht akzeptieren und ertragen ihre zunehmende Hilflosigkeit und damit wachsende Fremdbestimmung nicht. Dies begünstigt die Erhöhung des persönlichen Gewaltpotenzials [35]. Sie sind unzufrieden [34] und Pflegekräfte werden oft zur Zielscheibe der inneren Wut [39]. Auf der anderen Seite sind die Pflegebedürftigen häufig auch mit der Behandlung und deren Organisation unzufrieden. Mangelnde personelle und materielle Unterstützung führen dazu, dass die Ursachen für Gewalt gegenüber Pflegekräften auch in der Überforderung der Pflegenden zu suchen sind. Außerdem kann die Gewalt auch durch bauliche (z. B. unruhige Umgebung), technische und organisatorische Mängel (z. B. Fachkräftemangel) [35], aber auch durch eine ungewohnte Umgebung gefördert werden [37].



Obwohl Gewalterfahrungen zum Pflegealltag gehören, existieren ganz offensichtlich noch zu wenig strukturelle Angebote zur Prävention und Aufarbeitung derselben [40]: Die Opfer von Gewalt unter den Pflegekräften berichteten über unterschiedliche Bewältigungsstrategien bei seelischer bzw. verbaler Gewalt (z. B. Ignorierungs- und Rationalisierungsversuche), aber auch von Hilflosigkeit: Die Aufarbeitung von Gewalterfahrungen bleibt in den meisten Einrichtungen (80 %) eher aus [32], da Angebote zur Aufarbeitung gänzlich fehlen oder aber aus Zeitmangel nicht in Anspruch genommen werden können [34]. Immerhin existieren in 50 % der Fälle Anlaufstellen zur Meldung unterschiedlicher Gewaltbeobachtungen oder sogar diesbezügliche Meldesysteme für kritische Ereignisse. Nur etwa jeder Dritte berichtet von speziellen Angeboten zur Gewaltprävention und -aufarbeitung wie Aktionstagen oder Supervision. Ein betriebliches Deeskalationsmanagement existiert nur selten (20 %). Außerdem werden in der Pflege häufig mangelnde Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema moniert, auch wenn die Aufmerksamkeit für das Thema Gewalt in den letzten Jahren zugenommen hat [32]. Darüber hinaus bleiben viele Delikte ungeahndet, da viele Pflegekräfte Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben [34].

## **Emotionale Anforderungen**

Aber nicht nur körperliche und seelische Gewalt, sondern auch der normale Arbeitsalltag stellen hohe emotionale Anforderungen an das Pflegepersonal:

In der Pflege geht es darum, Menschen zu helfen, zu beraten, zu behandeln, zu betreuen oder zu begleiten [24]. Pflegekräften liegt viel an der Arbeit am Menschen, der Möglichkeit zur Hilfeleistung und an medizinischen Themen [12]. Empathie und Sensibilität sind gefragt. Das macht den besonderen Reiz und die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit aus, ist aber auch gleichzeitig ein Risiko für die Gesundheit der Beschäftigten: Durch Interaktionen mit den zu Pflegenden entstehen auch Konfliktsituationen und Belastungen. Der ständige Umgang mit Verwirrtheit, Depressivität, Krankheit, Sterben und Tod (auch durch Suizid) macht vielen Pflegekräften erheblich zu schaffen. Verstärkt wird dies noch durch den ständigen Wechsel von emotionaler Nähe und professioneller Distanz [24]. Darüber hinaus nehmen die Pflegekräfte häufig auch eine Vermittlerrolle zwischen sämtlichen Berufsgruppen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen ein [41]. Erschwerend kommen oft ein stark gestiegenes Anspruchsdenken und täglich erlebtes respektloses Verhalten hinzu durch sowohl Pflegebedürftige als auch Angehörige [42; 43].

Administrative Faktoren können zudem als emotionale Bürde wirken. Vor allem sind dies problematische Personal- und Dienstplanungen, ungünstige Schichtenabfolgen, schlecht koordinierte Arbeitsabläufe oder das Fehlen lärmgeschützter Arbeitsplätze und Pausenräume. Die zunehmend schwierigen organisatorischen und politischen Bedingungen wie zunehmender Dokumentationsaufwand und/oder Arbeit unter extremem Zeitdruck tun ihr Übriges, um die Arbeit emotional belastend zu machen.

Mehr als jede zweite Pflegekraft gibt an, sich von der Arbeit häufig psychisch wie physisch stark belastet beziehungsweise erschöpft zu fühlen [12]: Emotionale Erschöpfung, nachlassende Arbeitsfreude sowie die Empfindung von Abneigung gegenüber den Pflegebedürftigen – das alles sind Symptome für emotionale Überforderung von Beschäftigten in der Pflegebranche [24]. Die emotionalen Belastungen enden in der Regel nicht mit Dienstschluss: Sie beeinträchtigen auch das Privatleben und damit wertvolle Erholungszeit. Werden belastende Emotionen auf Dauer verdrängt, unterdrückt oder nicht verarbeitet, kann dies zu hohen psychischen Belastungen oder gar Erkrankungen führen. Die überdurchschnittlich hohe psychische Belastung führt zu erhöhten Krankheitsquoten und einer erhöhten Burnout-Rate unter den Pflegekräften. Die psychische Belastung zeigt sich auch in einer erhöhten Personalfuktuation, die die kontinuierliche Versorgung der Pflegebedürftigen beeinträchtigt [41] und den Mangel an qualifiziertem Fachpersonal weiter verstärkt [24]. Nur 20 % der Pflegekräfte kann sich vorstellen, den Arbeitsanforderungen unter den bestehenden

Bedingungen bis zum Eintritt der Altersrente gewachsen zu sein, 74 % gehen ausdrücklich davon aus, dass sie das nicht schaffen werden [44]. Pflegende sind aufgrund der vielfältigen Belastungen im Schnitt nur siebeneinhalb Jahre im Pflegeberuf. Jede fünfte Pflegekraft hat bereits an einen Ausstieg aus dem Beruf gedacht. Fast ein Drittel der Pflegenden verlassen schon während der Ausbildung wieder den Beruf und verstärken somit wiederum den Personalmangel [23].

Die enorme Bedeutung psychischer Belastungen, denen auch die Prävention begegnen muss, spiegelt sich in der Statistik wider: In den jährlichen Gesundheitsberichten der Krankenkassen liegen die psychischen Erkrankungen im Pflegebereich, aber auch in anderen Branchen, mittlerweile regelmäßig auf Platz zwei als Ursache für krankheitsbedingte Fehltage, direkt hinter den Muskel-Skelett-Erkrankungen, mit steigender Tendenz [45]. Ein hoher Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage in der Altenpflege geht somit auf psychische Erkrankungen zurück [4].

Die Ursachen dafür sind jedoch nicht nur in den Arbeitsbedingungen zu suchen. Viele Beschäftigte in der Pflege verfügen über hohen Idealismus [46].

## **Interkulturelle und sprachliche Anforderungen**

Die Migration der vergangenen Jahrzehnte wirkt sich in zweifacher Sicht auf den Pflegesektor aus: Es gibt zunehmend mehr pflegerisches Personal mit ausländischen Wurzeln und die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund steigt [47]:

In der Altenpflege waren 2014 insgesamt 140 000 ausländische Erwerbstätige beschäftigt [47]. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich fortsetzen und stellt die Branche vor vielfältige Herausforderungen, birgt aber auch Chancen, gerade in Bezug auf die demografische Entwicklung und den Personalmangel.

Die Integration ausländischer Pflegekräfte ins deutsche Gesundheitssystem umfasst sowohl sprachliche als auch kulturelle Herausforderungen [48]. Meist sind sprachliche Schwierigkeiten das gravierendste Problem. Die Kommunikation und Dokumentation in der deutschen Alltags- und Fachsprache ist für diese Beschäftigten in Gesundheitsberufen besonders zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland fordernd [49; 50]. Besonders schwierig ist es, wenn es um Schwerstpflegebedürftige oder dementiell Erkrankte geht. Im schlimmsten Fall kann es zu Fehlbehandlungen kommen. Eingeschränkte sprachliche Fähigkeiten führen zu Beginn der Tätigkeit in Deutschland zudem häufig dazu, dass die beruflichen Fähigkeiten ausländischer Pflegekräfte unzureichend wahrgenommen werden und die Akzeptanz fehlt [50]. Aber es gibt auch kulturelle Hürden: Zunächst müssen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems bekannt sein. Darüber hinaus ist der Umgang mit den zu Pflegenden und den Kollegen und Kolleginnen von Land zu Land unterschiedlich. Kulturelle Unterschiede zeigen sich besonders im Hierarchieverständnis, im Kommunikationsstil, im Umgang mit Zeit und Zeitempfinden, in Distanzzonen, in Ritualen, in der Fürsorge und der Unsicherheitsvermeidung [49].

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nimmt ebenfalls zu [47]: Viele zugewanderte Menschen, die in den 1950er- und 1960er-Jahren nach Deutschland gekommen sind, haben inzwischen ein hohes Lebensalter erreicht [51]. Laut Statistischem Bundesamt lebten im Jahr 2016 etwa 3,6 Millionen ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten in Deutschland. Davon waren 0,6 Millionen 65 Jahre oder älter und 2,4 Millionen 40 Jahre oder älter [52]. Nicht nur bedingt durch ihre demografische Alterung ist von einem steigenden Pflegebedarf unter älteren Zugewanderten auszugehen. Insbesondere bei den ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten kommt deren deutlich schlechtere Gesundheit als Folge ungünstiger Arbeits- und Lebensbedingungen, aber auch (sprachlich bedingter) Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen hinzu [53]. Demnach nutzen Menschen mit Migrationshintergrund das medizinische und pflegerische Versorgungssystem in zunehmendem Maße [15]. Und das, obwohl traditionell in Migrantenfamilien bei der Pflege wenig

professionelle Unterstützung genutzt wird. Die Betreuung älterer Personen ausländischer Herkunft in einem Alten- oder Pflegeheim stellt immer noch eine Ausnahme dar, was nicht nur auf kulturelle Präferenzen, sondern auch auf finanzielle Restriktionen verweist [54; 55]; aber auch ambulante Pflegedienste werden bei einem Pflegefall in der Familie seltener genutzt [15]. Eine grundsätzliche Ablehnung stationärer Pflege unter der türkeistämmigen Bevölkerung ist jedoch inzwischen offenbar weniger stark ausgeprägt als angenommen [54; 56; 57]. Darüber hinaus ist zunehmend zu beobachten, dass nicht alle Betroffenen Verwandte in Deutschland haben, die die Aufgabe der häuslichen Pflege übernehmen können und auch wollen [58].

Für die Pflegekräfte ist die Versorgung einer wachsenden Zahl von Betreuten mit Migrationshintergrund eine zusätzliche Aufgabe, die hohes Engagement fordert. Die sprachliche Verständigung ist dabei notwendige Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung. Darüber hinaus haben Menschen, die aus Nicht-EU-Staaten eingewandert sind, einen erhöhten Beratungsbedarf in Gesundheitseinrichtungen – sei es aufgrund größerer religiöser Diversität, wegen sprachlichen Schwierigkeiten in Beratungs- und Behandlungssituationen, Missverständnissen oder größeren Diskriminierungserfahrungen [59].

Das Risiko für vermeidbare unerwünschte Ergebnisse ist durch mangelhafte Kommunikation dreifach erhöht, insbesondere in Bezug auf die Arzneimittelsicherheit [60]. Missverständnisse haben ihren Ursprung dabei nicht nur auf der Sachebene von Sprache, sondern auch im kulturell unterschiedlichen Kommunikationsverhalten. Oftmals ist daher der Einsatz von fachlich versierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern oder speziell geschulten internen Pflegenden unerlässlich, insbesondere bei psychiatrischen Krankheitsbildern. Das meist enge Verhältnis von Pflegebedürftigen zum Pflegepersonal bietet je nach kultureller Prägung viele Reibungspunkte. So kann es etwa vorkommen, dass Krankheiten passiv „erduldet“ und empfohlene Maßnahmen nicht eingehalten werden (Compliance), dass es ein gesteigertes Bedürfnis nach persönlicher, empathischer Zuwendung sowie übermäßige Schmerzäußerungen gibt, dass Pflegenden fordernd, unfreundlich und ablehnend behandelt werden oder übliche Besuchsregeln nicht eingehalten werden. Eine hohe Arbeitsbelastung, Zeitmangel und auch generelle Kommunikationsdefizite verstärken das Konfliktpotenzial [61]. Mittlerweile gibt es Anzeichen dafür, dass das Gesundheitssystem das Thema Kultursensibilität als zunehmend wichtigen Gesichtspunkt für die strategische Planung ansieht.

## **Notwendigkeit zum lebenslangen und interdisziplinären Lernen**

Nach EU-Definition umfasst lebenslanges oder lebensbegleitendes Lernen „alles Lernen während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen, sozialen, bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt“ [62].

Während das lebenslange Lernen auf Ebene der Vereinten Nationen und der Europäischen Union seit Langem proklamiert wird, war die Weiterbildung in Deutschland lange Zeit ein traditionell eher vernachlässigter Bildungsbereich [63]. Seit 2012 konsolidiert sich der Wert der Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland jedoch auf vergleichsweise hohem Niveau: Im Jahr 2016 haben immerhin 50 % der 18- bis 64-Jährigen an einer Weiterbildung teilgenommen [64].

Lebenslanges Lernen gilt nicht zuletzt als Schlüssel für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft, zu der auch der Pflegesektor beiträgt. Ein schneller technologischer und wirtschaftsstruktureller Wandel erfordert eine ständige Anpassung von Kompetenzen und Qualifikationen, denn in einer Wissensgesellschaft veraltet Wissen sehr schnell. Der demografische Wandel verstärkt die Notwendigkeit und positiven Effekte von Weiterbildung [65]. Insofern hört das Lernen nach Schule, Ausbildung oder Studium nicht auf, denn es ist das wesentliche Instrument zum Erlangen von Bildung und damit für die Gestaltung individueller Lebens- und Arbeitschancen [66].

Lebenslanges Lernen für Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege bedeutet kontinuierliche Weiterbildung auf verschiedensten Gebieten: Verwaltungstechnisch durch die zunehmenden Dokumentationsanforderungen, interkulturell und sprachlich durch mehr Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, technologisch durch den Einsatz neuer Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege und nicht zuletzt persönlich durch wachsenden Arbeitsdruck, mehr Verantwortung, aber auch durch zunehmende psychische und physische Gewalt. So entsteht neben einem Mehr an Arbeitsanforderungen auch ein Mehr an Bildungsbedarf. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass das Pflegesystem die Weiterbildungsbemühungen nicht ausreichend unterstützt. Trotz eines großen Interesses am Thema Gewalt moniert ein Großteil der Pflegefachkräfte (64 % bzw. 71 %), dass ihr Arbeitgeber diesbezüglich nur ein unzureichendes Angebot an Fort- und Weiterbildungen aufweist bzw. das vorhandene Angebot sich nicht ausreichend mit dem Thema Gewalt auseinandersetzt [32].

## Resistenzen im Gesundheitsbereich

Mit der Globalisierung stark zunehmende Faktoren wie Tourismus, Handel, Wirtschaftsbewegungen und Migration sorgen dafür, dass sich Krankheitserreger über Kontinente hinweg sehr schnell verbreiten können. Auch eine wachsende Zahl von Operationen im Ausland oder die medizinische Behandlung ausländischer Personen in Deutschland tragen zur Ausbreitung von Erregern bei und können zu bisher hierzulande kaum auftretenden Krankheiten führen [67], die den Beschäftigten im Gesundheitsbereich und letzten Endes auch älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen gefährlich werden können.

Die Besiedlung mit multiresistenten Erregern (z. B. Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) oder Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)) oder multiresistenten gramnegativen Erregern (z. B. Extended Spectrum  $\beta$ -Lactamase (ESBL)) stellt ein zunehmendes Problem dar: Das resultiert auch aus der zunehmenden Verlagerung der medizinischen Versorgung aus Krankenhäusern in den Bereich der externen Betreuung in Heimen und Pflegeeinrichtungen. Das Auftreten von MRSA in Heimen ist demnach als Folge des Vorkommens und der Zunahme von MRSA in Krankenhäusern zu sehen, denn es gibt einen engen Zusammenhang zwischen der MRSA-Besiedlung von Heimbewohnern und zurückliegenden Krankenhausaufenthalten [68].

Die Inzidenzen für nosokomiale Infektionen bei Pflegebedürftigen in Altenpflegeheimen liegen zwischen 1,8 und 13,5 Infektionen/1000 Bewohnerstage. Die Punktprävalenzen werden zwischen 1,6 % und 16 % angegeben [69]. Die Prävalenzen von MRSA in Pflegeheimen liegen deutschlandweit zwischen 1,1 % und 2,4% [68]. Bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Europa liegt die Prävalenz für eine MRSA-Besiedlung außerhalb von Ausbrüchen bei 3,9 %. Im Vergleich mit anderen Beschäftigten im Gesundheitsdienst (wie Ärzten/Ärztinnen sowie Personal für Haushalt, Küche, Reinigung und Verwaltung) war die MRSA-Trägerschaft unter Krankenschwestern und -pflegern mit 8,4 % am höchsten [70].

Mehr infizierte Pflegebedürftige und Alte erhöhen das Infektionsrisiko bei deren Betreuung [68]: Zu den Risikotätigkeiten für den Erwerb von (multi-)resistenten Keimen gehören Pflegemaßnahmen wie Wundversorgung, Absaugen, Waschen, Ganzkörperbad, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Tätigkeiten wie die Umgebungsreinigung und das Bettenmachen. Darüber hinaus existieren weitere Risikofaktoren wie: immer ältere und multimorbide Pflegebedürftige, offene Wunden und Dekubitus, Mängel im Hygieneregime, ein vermehrter Einsatz von Kathetern sowie eine hohe Belegung in Verbindung mit unzureichender Personalausstattung [71]. Die aktuelle Situation in vielen Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der demografischen Entwicklung und der personellen Ausstattung lässt befürchten, dass multiresistente Erreger auch künftig von hoher Relevanz sein werden.

Für eine Kontamination mit (multi-)resistenten Keimen in Pflegeeinrichtungen kommen häufig die gleichen Wege in Betracht wie im Krankenhaus: Auch hier sind es in erste Linie die Hände des Personals, aber auch Oberflächen, Instrumente und Textilien [68].

Bei multiresistenten Erregern ist MRSA – nach Tuberkulose, blutübertragbaren Viruserkrankungen und Skabies – der vierthäufigste Grund für eine beruflich bedingte, meldepflichtige Anzeige einer Infektion [72]. Von den 389 registrierten MRSA-Verdachtsanzeigen wurden allerdings bis 2009 nur 24 Fälle (6 %) als Berufskrankheit anerkannt. Die an MRSA erkrankten Beschäftigten arbeiteten überwiegend in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Für die Betroffenen können sich schwerwiegende Konsequenzen bis hin zur einer langjährigen Arbeitsunfähigkeit ergeben [73; 74].

Wenn auch die Übertragung von resistenten Stämmen in Einrichtungen der Langzeitpflege und in Altenheimen nur selten vorkommt und dann gewöhnlich nur zu einer Kolonisierung führt [68], ist das Pflegepersonal hierdurch einer wachsenden psychischen Belastung ausgesetzt ist: Angst vor Infizierung mit gefährlichen Keimen. Konsequenterweise eingehaltene Standard-Hygienemaßnahmen (wie Händehygiene und persönliche Schutzausrüstung) [75], die situationsbezogen angepasst und ggf. noch ergänzt werden müssen [68], sind als Basis in der Regel ausreichend, um eine Erregerübertragung (multi-)resistenter Keime zu vermeiden [68] [75]. Naturgemäß sind derartige Maßnahmen jedoch zeitintensiv und erhöhen wiederum den Druck auf das Personal.

Im Fokus von Monitoring und Forschung müssen neben Antibiotika resistenten Keimen auch andere, neu auftretende Erreger stehen, wie etwa der Hefepilz *Candida auris*, der lebensgefährliche Blutvergiftungen sowie Harnwegs- und Wundinfektionen verursachen kann und gegen viele Antipilzmittel resistent ist. Viele diagnostische Labors und auch das Personal im Gesundheitswesen sind auf entsprechende Prävention, Erkennung und Behandlung allerdings noch nicht ausreichend vorbereitet [76]. Auch Resistenzen gegen Desinfektionsmittel sind in der Pflege nicht unüblich, im Allgemeinen aber weniger kritisch und seltener als solche gegen Antibiotika.

## Fazit

Der demografische Wandel fordert den Pflegebereich – ob ambulant oder stationär – in zweifacher Hinsicht: Immer weniger potenzielle Pflegekräfte müssen immer mehr Pflegebedürftige versorgen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Pflegekräfte ihrem Beruf nach nur wenigen Jahren verlassen. Verantwortlich für diesen Exodus sind u. a. die häufig hohe Arbeitsbelastung (z. B. durch lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, hohe körperliche und seelische Anforderungen sowie eine dünne Personaldecke). Arbeiten in der Pflege bedeutet zudem nach wie vor besondere Belastungen des Muskel-Skelett-Systems. Neue gesellschaftliche Phänomene verschärfen die Situation zusätzlich: Steigende Gewaltbereitschaft seitens der Betreuten oder der Anspruch, einer wachsenden Zahl an Menschen fremder Kulturen gerecht zu werden. Betrachtet man dann noch die im Vergleich zur geforderten Leistung begrenzten Entwicklungsmöglichkeiten und die gelegentlich mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung für die Pflegeberufe, ergibt sich das Bild eines schwierigen Berufsfeldes mit Nachwuchsproblemen, das bei den Beschäftigten viel Idealismus voraussetzt.

Die beschriebenen Entwicklungen stehen häufig in Beziehung zueinander und bedingen sich gegenseitig. Die Branche steht demnach vor vielfältigen Herausforderungen. Angebote zum gesund-erhaltenden Umgang mit extremen psychischen und physischen Anforderungen und den eigenen Ressourcen, Bildungsangebote mit Fokus auf Gewalt in der Pflege sowie verstärkte Bemühungen zur Rekrutierung neuer Pflegekräfte scheinen geboten.

Um der komplexen Lage gerecht zu werden, erfordert die zukunftsgerichtete Prävention einen breit gefächerten Ansatz, der die Expertise von Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen und Disziplinen nutzt: Beispielsweise bei der Erforschung der Kombinationswirkungen von körperlichen

und psychischen Beanspruchungen oder bei der Entwicklung praxisnaher Angebote zur Gesundheitserhaltung.

Einige Faktoren, die zu Belastungen der Beschäftigten in der Branche „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“ führen können, entziehen sich dem gesetzlichen Zugriff der Unfallversicherung – man denke an tarifrechtliche Bestimmungen, einen durch Personalmangel geprägten Arbeitsmarkt oder den wenig wertschätzenden gesellschaftlichen Umgang mit dem Berufsstand. Dennoch kann die gesetzliche Unfallversicherung beispielsweise durch Beratung, Information und Lobbyarbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die (politisch) zuständigen Instanzen einwirken; bspw. auf Sozial- und Tarifpartner, Gewerbeaufsichtsämter, Gesundheitsämter, Hygienekommissionen oder auch auf das Robert Koch-Institut.

Die hier vorgestellten Ergebnisse lassen sich auch als knappe [Zusammenfassung](#) herunterladen.

## Literatur

- [1] Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (DESTATIS).  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebrochure\\_Bevoelk2060.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebrochure_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [2] Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (DESTATIS).  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [3] 2015: Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (DESTATIS).  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17\\_030\\_23621.html;jsessionid=EECE3143FBF0299CDF75B93B07146241.cae4](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html;jsessionid=EECE3143FBF0299CDF75B93B07146241.cae4) (abgerufen am 05.02.2018)
- [4] Wenn der Beruf krank macht. Hrsg.: AOK Bundesverband. [http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2015/index\\_15274.html](http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2015/index_15274.html) (abgerufen am 05.02.2018)
- [5] Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M.: Blickpunkt Gesundheitswesen. Gesundheit und Arbeit. <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas> (abgerufen am 10.09.2018)
- [6] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche.  
[https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf;jsessionid=0DFD17CD309396237A7FBBEF99A4ED37.s2t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf;jsessionid=0DFD17CD309396237A7FBBEF99A4ED37.s2t1?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am 10.09.2018)
- [7] Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D.; Hylla, J.: Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht\\_Pflege-Thermometer\\_2016-MI-2.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [8] Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D.; Hylla, J.; Tucman, D.: Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP).  
[https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege\\_Thermometer\\_2018.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [9] Bühler, S.: Arbeitsbedingungen und Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Hrsg.: K. Kliner, D. Rennert & M. Richter. <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas>
- [10] Diekmann, F.: "Wir laufen auf eine Katastrophe zu". Personalmangel in der Altenpflege. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/altenpflege-ich-kann-den-pflegeraeten-nur-raten-organisiert-euch-a-1169165.html> (abgerufen am 05.02.2018)
- [11] Pflege am Limit. Hrsg.: Haufe Online Redaktion.  
[https://www.haufe.de/arbeitsschutz/gesundheit-umwelt/arbeitsbelastung-zu-hoch-pflege-am-limit\\_94\\_276136.html](https://www.haufe.de/arbeitsschutz/gesundheit-umwelt/arbeitsbelastung-zu-hoch-pflege-am-limit_94_276136.html) (abgerufen am 05.02.2018)
- [12] Bruxel, H.: Krankenhäuser: Was Pflegekräfte unzufrieden macht.  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/88231/Krankenhaeuser-Was-Pflegekraefte-unzufrieden-macht> (abgerufen am 12.09.2018)
- [13] Migration 2017: Wanderungsüberschuss in Deutschland von 405 000 Personen. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (DESTATIS).  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Wanderungen/AbZuwanderung.html> (abgerufen am 06.09.2018)

- [14] Meyer, M.: Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in Gesundheitsberufen. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). [https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5852ac2d7713b80194544a82/download/MEYER\\_WIdO\\_Gesundheitsberufe.pdf](https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5852ac2d7713b80194544a82/download/MEYER_WIdO_Gesundheitsberufe.pdf) (abgerufen am 05.02.2018)
- [15] Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 02.07.2018)
- [16] Rückengerechtes Arbeiten in Pflege und Betreuung. Damit der Mensch nicht zur Last wird. Das Kreuz mit dem Rücken. Hrsg.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). <http://www.ruecken2011.gesundheitsdienstportal.de/daten/index.htm> (abgerufen am 05.02.2018)
- [17] Bühler, S.: Ausbildungsreport. Pflegeberufe 2015. <http://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen/++co++073c31d6-d358-11e6-8724-52540066e5a9> (abgerufen am 10.09.2018)
- [18] Ergebnisse der Azubi-Befragung in der Pflege. Hrsg.: Bundesverwaltung, Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. [https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5881dbcb4f5e9218d845ac6c/download/Ergebnisse\\_ver.di%20Ausbildungsreport%20Pflege%202015.pdf](https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5881dbcb4f5e9218d845ac6c/download/Ergebnisse_ver.di%20Ausbildungsreport%20Pflege%202015.pdf) (abgerufen am 06.09.2018)
- [19] Weber, H.: Diskrepanz zwischen dargebotener Berufsaussicht und beruflicher Realität in der Altenpflege <https://www.grin.com/document/381450> (abgerufen am 10.09.2018)
- [20] Afentakis, A.; Maier, T.: Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/PflegekraefteAusland\\_32014.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/PflegekraefteAusland_32014.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2108)
- [21] Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. Hrsg.: Institut für Demoskopie Allensbach. [https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsndocs/PD\\_2013\\_05.pdf](https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [22] Hasselhorn, H. M.; Müller, B. H.; Tackenberg, P.: Arbeiten im Pflegebereich. Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie zur Arbeitsfähigkeit in der Pflege. Hrsg.: Bergische Universität Wuppertal. [http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show\\_document.asp?id=aaaaaaaaaagpuz](http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaagpuz) (abgerufen am 05.09.2018)
- [23] Straßmann, B.: Schluss mit Schwester! Pflegekräfte. <http://www.zeit.de/2014/12/kopfgeld-pflegepersonal-klinik/seite-2> (abgerufen am 10.09.2018)
- [24] Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. BGW-Pflegereport 2006. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-013\\_Aufbruch-Pflege-Moderne-Praevention-fuer-Altenpflegekraefte-Bericht\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFilehttp://psyga.info/stress-vermeiden/emotionale-ueberforderung/](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-013_Aufbruch-Pflege-Moderne-Praevention-fuer-Altenpflegekraefte-Bericht_Download.pdf?__blob=publicationFilehttp://psyga.info/stress-vermeiden/emotionale-ueberforderung/) (abgerufen am 10.09.2018)
- [25] Bogai, D.; Carstensen, J.; Seibert, H.; Wiethölter, D.; Hell, S.; Ludewig, O.: Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hrsg.: Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Patientinnen sowie Bevollmächtigter für Pflege / Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, Berlin. [http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27\\_Studie\\_zu\\_den\\_Entgelten\\_der\\_Pflegeberufe.pdf](http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [26] Brütting, M.; Herrmanns, I.; Nienhaus, A.; Ellegast, R.: Muskel-Skelett-Belastungen beim Schieben und Ziehen von Krankenbetten und Rollstühlen. Hrsg.: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e. V. (GfA). [http://www.dguv.de/medien/ifa/de/pub/grl/pdf/2015\\_049.pdf](http://www.dguv.de/medien/ifa/de/pub/grl/pdf/2015_049.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)



- [27] Frey, D.; Rieger, S.; Diehl, E.; Pinzon, L. C. E.: Einflussfaktoren auf chronische Rückenschmerzen bei Pflegekräften in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-104693> (abgerufen am 10.09.2018)
- [28] Liebers, F.; Latza, U.: Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen - Raten bestätigter BK-Fälle in Einzelberufen. Hrsg.: Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2277.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2277.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (abgerufen am 05.09.2018)
- [29] Baum, F.; Beck, B.-B.; Fischer, B.; Glüsing, R.; Graupner, I.; Kuhn, S.; Müller, A.; Stabel, S.; Wortmann, N.: Prävention von Rückenbeschwerden. TOPAS\_R - Konzept der BGW für Pflege und Betreuung. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst (BGW). [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001\\_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept_Download.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [30] Bewegen von Menschen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung nach der Lastenhandhabungsverordnung. Hrsg.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/207-022-.pdf> (abgerufen am 12.09.2018)
- [31] Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S.: Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/6/1274> (abgerufen am 10.09.2018)
- [32] Weidner, F.; Tucman, D.; Jacobs, P.: Eine fast alltägliche Erfahrung. <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-9-2017-wenn-pflege-zu-gewalt-fuehrt/33055-eine-fast-alltaegliche-erfahrung/> (abgerufen am 10.09.2018)
- [33] Datenblatt. Schreck, Bedrohung, Gewalt. Hrsg.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). [http://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4\\_quartal/factsheet\\_schreck\\_bedrohung\\_gewalt.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4_quartal/factsheet_schreck_bedrohung_gewalt.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [34] Gewalt gegen Pflegekräfte. Hrsg.: Fachpflegewissen.de. <https://fachpflegewissen.de/2011/12/25/gewalt-gegen-pflegekraefte/> (abgerufen am 02.07.2018)
- [35] Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-070\\_Gewalt-und-Aggression-in-Betreuungsberufen\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-070_Gewalt-und-Aggression-in-Betreuungsberufen_Download.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [36] Schmidt, S. G.; Dichter, M. N.; Palm, R.; Hasselhorn, H. M.: Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents - evidence from German nursing homes. Hrsg.: Journal of clinical nursing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083388> (abgerufen am 12.09.2018)
- [37] Sulmann, D.; Vähjunker, D.: Wie oft kommt Gewalt in der Pflege vor? Häufigkeit. <https://www.pflege-gewalt.de/wissen/haeufigkeit/> (abgerufen am 10.09.2018)
- [38] Rabold, S.; Görger, T.: Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40 (2007) Nr. 5, S. 366-374
- [39] Benninghoff, L.: Körperliche Gewalt gegen Pflegekräfte – ab wann Sie handeln sollten. <https://www.curendo.de/pflege/koerperliche-gewalt-gegen-pflegekraefte-ab-wann-sie-handeln-sollten/> (abgerufen am 10.09.2018)

- [40] Richter, D.: Verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer qualitativen Studie. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1361149> (abgerufen am 12.09.2018)
- [41] Schüllermann-Epmann, T.; Stumpf, M.; Schaller, S.: Wenn der Akku leer ist. Psychische Pflege 23 (2017) Nr. 05, S. 236-242
- [42] Beck, D.; Berger, S.; Breutmann, N.; Fergen, A.; Gregersen, S.; Morschhäuser, M.; Reddehase, B.; Ruck, Y. R.; Sandrock, S.; Splittgerber, B.; Theiler, A.: Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. [https://www.gda-portal.de/de/pdf/Psyche-Umsetzung-GfB.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.gda-portal.de/de/pdf/Psyche-Umsetzung-GfB.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [43] Blum, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenhilfe. [https://books.google.de/books?id=oyLBCQAAQBAJ&dq=emotionale+Anforderungen+Pflegeberuf&lr=&hl=de&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.de/books?id=oyLBCQAAQBAJ&dq=emotionale+Anforderungen+Pflegeberuf&lr=&hl=de&source=gbs_navlinks_s) (abgerufen am 10.09.2018)
- [44] Gute Pflege. Gute Arbeit in der Pflege. Hrsg.: Ver.di Arbeitsmarkt und Sozialpolitik. <https://arbeitsmarkt-und-sozialpolitik.verdi.de/ueber-uns/nachrichten/++co++90347a96-c3a9-11e3-9f3a-525400248a66> (abgerufen am 10.09.2018)
- [45] Psychische Gesundheit im Fokus. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-042\\_Psychische-Gesundheit-im-Fokus-bf\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-042_Psychische-Gesundheit-im-Fokus-bf_Download.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [46] Scharfenberg, E.: Was beschäftigt Pflegekräfte? Online-Umfrage 2016. [http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage\\_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf](http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [47] Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. Kurzstudie, München, Freiburg. [https://www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/Downloads/A/Asylsuchende/Bericht\\_Auslaendische\\_Beschaeftigte\\_Versand.pdf](https://www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/Downloads/A/Asylsuchende/Bericht_Auslaendische_Beschaeftigte_Versand.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [48] Flintrop, J.: Integration Ausländischer Ärzte: Neben sprachlichen gibt es auch kulturelle Hürden. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63648/Integration-Auslaendischer-Aerzte-Neben-sprachlichen-gibt-es-auch-kulturelle-Huerden> (abgerufen am 10.09.2018)
- [49] Merda, M.; Braeseke, G.; Kähler, B.: Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Schlussbericht. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. [https://iegus.eu/wp-content/uploads/2017/10/Gesamt\\_Schlussbericht\\_IEGUS\\_Migrationshintergrund\\_Pflegekraft\\_Layout\\_170714.pdf](https://iegus.eu/wp-content/uploads/2017/10/Gesamt_Schlussbericht_IEGUS_Migrationshintergrund_Pflegekraft_Layout_170714.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [50] Kovacheva, V.; Grewe, M.: Workplace integration of migrant health workers in Germany. Qualitative findings on experiences in two Hamburg hospitals. [https://www.researchgate.net/publication/281777205\\_Workplace\\_integration\\_of\\_migrant\\_health\\_workers\\_in\\_Germany\\_Qualitative\\_findings\\_on\\_experiences\\_in\\_two\\_Hamburg\\_hospitals](https://www.researchgate.net/publication/281777205_Workplace_integration_of_migrant_health_workers_in_Germany_Qualitative_findings_on_experiences_in_two_Hamburg_hospitals) (abgerufen am 10.09.2018)
- [51] Schimany, P.; Baykara-Krumme, H.: Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Hrsg.: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany, Wiesbaden. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_2\\_2017.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [52] Hoffmann, E.; Gordo, L. R.: Lebenssituationen älterer Menschen mit Migratonshintergrund. Hrsg.: Wissenschaftszentrum Berlin & Sozio-oekonomisches Panel, Berlin. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_2\\_2017.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)

- [53] Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; Menkhau, B.; Salman, R.; Saß, A.-C.; Ulrich, R.: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hrsg.: Robert Koch-Institut., Berlin. <http://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf> (abgerufen am 10.09.2018)
- [54] Okken, P.-K.; Spallek, J.; Razum, O.: Pflege türkischer Migranten. In: Soziale Ungleichheit und Pflege, S. 396 – 422. U. Bauer & A. Büscher, Wiesbaden 2008
- [55] Nowossadeck, S.; Klaus, D.; Gordo, L. R.; Vogel, C.: Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte  
[https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_2\\_2017.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [56] Schenk, L.; Krobisch, V.; Ikiz, D.: Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. (2014)
- [57] Thum, M.; Delkic, E.; Kemnitz, A.; Kluge, J.; Marquardt, G.; Motzek, T.; Nagl, W.; Zwerschke, P.: Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland, Bonn. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf> (abgerufen am 10.09.2018)
- [58] Kohls, M.: Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Hrsg.: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 10.09.2018)
- [59] Knabe, E.; Weber, D.: Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. Themen, Praxiserfahrungen und Indikatoren. Hrsg.: DGB Bildungswerk Bund. [http://www.migration-online.de/data/publikationen\\_datei\\_1335958606.pdf](http://www.migration-online.de/data/publikationen_datei_1335958606.pdf) (abgerufen am 05.09.2018)
- [60] Wesselmann, E.: Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund. In: Onkologische Pflege. 2014 [http://www.elisabeth-wesselmann.de/paper/2014\\_1\\_Wesselmann-Onkologische-Pflege.pdf](http://www.elisabeth-wesselmann.de/paper/2014_1_Wesselmann-Onkologische-Pflege.pdf) (abgerufen am 18.9.2017)
- [61] Droste, M.; Gün, A. K.; Kiefer, H.; Koch, E.; Naimi, I.; Wächter, M.; Wesselmann, E.: Das kultursensible Krankenhaus Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus. Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.  
[https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das\\_kultursensible\\_Krankenhaus\\_09-02-2015.pdf;jsessionid=4BCA7651C5AB868EB2060587CFD8B191.s6t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=18](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf;jsessionid=4BCA7651C5AB868EB2060587CFD8B191.s6t1?__blob=publicationFile&v=18) (abgerufen am 10.09.2018)
- [62] Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen. Hrsg.: Kommission der europäischen Gemeinschaften. [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/foko6\\_neues-aus-europa\\_04\\_raum-III.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/foko6_neues-aus-europa_04_raum-III.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [63] Schwarzbuch - Beschäftigung in der Weiterbildung. Hrsg.: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. <https://www.gew.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/schwarzbuch-weiterbildung/> (abgerufen am 02.07.2018)
- [64] Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016. Ergebnisse des Adult Education Survey. AES-Trendbericht. Hrsg.: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). [https://www.bmbf.de/pub/Weiterbildungsverhalten\\_in\\_Deutschland\\_2016.pdf](https://www.bmbf.de/pub/Weiterbildungsverhalten_in_Deutschland_2016.pdf) (abgerufen am 10.09.2018)
- [65] Kistler, E.: Gute Arbeit und lebenslanges Lernen – das Versagen der Weiterbildung in Deutschland. (2010)
- [66] Lebenslanges Lernen. Hrsg.: Bildungsministerium für Bildung und Forschung. <https://web.archive.org/web/20080822031749/http://www.bmbf.de/de/411.php> (abgerufen am 20.09.2018)
- [67] Gefährliche Mitbringsel aus dem Urlaub. Hrsg.: Frankfurter Rundschau. <http://www.fr.de/wissen/krankheitserreger-gefaehrliche-mitbringsel-aus-dem-urlaub-a-331724> (abgerufen am 18.9.2017)

- [68] *Just, H. M.; Höpken, M.-E.; Kappstein, I.; Kunothe, E.; Daniels-Haardt, I.; Kramer, A.; Exner, M.; Unger, G.; Wischniewski, N.; Mielke, M.*: Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48 (2005), S. 1061–1080
- [69] *Schulte, D. E.-M.*: Nosokomiale Infektionen in Alten- und Pflegeheimen – Inzidenz, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten durch Hygiene. Dissertation, Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität (Bonn) 2007
- [70] *Dulon, M.; Peters, C.; Schablon, A.; Nienhaus, A.*: MRSA carriage among healthcare workers in non-outbreak settings in Europe and the United States: a systematic review. Hrsg.: BMC Infectious Diseases, 2014 <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-363> (abgerufen am 10.10.2017)
- [71] Krank im Krankenhaus. Hrsg.: Allianz Deutschland AG. [http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/krank\\_im\\_krankenhaus2007.pdf](http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/krank_im_krankenhaus2007.pdf) (abgerufen am 18.9.2017)
- [72] *Nienhaus, A.; Dulon, M.; Wendeler, D.*: Beruflich bedingte Infektionen im Gesundheitswesen. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 52 (2017), S. 35-37
- [73] *Haamann, F.; Dulon, M.; Nienhaus, A.*: Berufliche MRSA-Infektionen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 46 (2011), S. 585–589
- [74] Janssen, B.: Persönliche Schutzausrüstung in Klinik und Praxis. Wie viel Schutz brauche ich wofür? Hrsg.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. [https://www.aekbv.de/images/stories/aerzte/Hygiene-in-Klinik-und-Praxis/t\\_20140212\\_%C3%84KBV\\_PSA\\_Janssen.pdf](https://www.aekbv.de/images/stories/aerzte/Hygiene-in-Klinik-und-Praxis/t_20140212_%C3%84KBV_PSA_Janssen.pdf) (abgerufen am 23.09.2018)
- [75] Beruf und Multiresistente Erreger. Hrsg.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. [https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/hygiene/doc/2013\\_lare\\_symp\\_5\\_herr.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/hygiene/doc/2013_lare_symp_5_herr.pdf) (abgerufen am 12.10.2017)
- [76] Candida auris: Hefepilzinfektionen in Deutschland. Hrsg.: Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/78073/Candida-auris-Hefepilzinfektionen-in-Deutschland> (abgerufen am 19.9.2017)

### **Autorinnen:**

Eva Flaspöler und Ina Neitzner

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA), Sankt Augustin