

# ***Der "Pflexit" in der stationären und ambulanten Langzeitpflege.***

*Eine evidenzbasierte Einordnung mit konkreten Schlussfolgerungen und  
Impulsen*

Daniel Fuchs, Raphael Taufer  
Abt. Gesundheitsförderung, Pflege und  
Rehabilitation

Bundesweite DBFK-Umfrage

## Pflexit "gewinnt" an Fahrt

BibliomedPflege (12.02.2021)

Vermischtes

## Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen im Lockdown gesunken

Ärzteblatt (18.12.2020)

Keine steigende Arbeitslosigkeit

## NRW-Studie sieht keine Anzeichen für "Pflexit" in den Pflegeberufen

Ein Kor

RP online (28.03.2022)

## Nix mit Pflexit! Und warum reden alle vom Pflexit?

Aktuelle Zahlen zeigen: Es gibt immer mehr Pflegekräfte. Doch das harmoniert nicht mit der gefühlten Wahrheit, dass immer mehr aus dem Beruf fliehen. Ein Erklärungsversuch

pflegen-online.de (17.03.2022)

## Zahl der Beschäftigten in der Pflege Gibt es in Deutschland einen »Pflexit«? Die Arbeitsagentur sagt Nein

Tausende Pflegerinnen und Pfleger gaben in der Pandemie ihren Beruf auf. Nichts Besonderes, erklärt die Bundesagentur für Arbeit: Ein saisonaler Rückgang sei jedes Jahr zu verzeichnen.

Spiegel online (07.05.2021)

### ■ Fazit:

- "heterogene" Einschätzungen
- wenig evidenzbasiert
- Fokus Akutpflege (Intensivpflege)

### ■ Arbeitsdefinition „Pflexit“:

- „Bezeichnet den plötzlichen Ausstieg bzw. die Absicht, aus dem Pflegeberuf auszusteigen...“

### ■ Ziel:

- Vorhandenes Wissen systematisch bündeln
  - Thesen und Schlussfolgerungen auf Grundlage der eruierten Literatur
- = Impuls für eine evidenzbasierte(re) Diskussion.

# Methodik:

## (Forschungs-)Frage:

*"Ob und in welchen Bereichen kann ein Pflexit (unter Berücksichtigung der SARS-CoV-2 Pandemie) in der ambulanten und stationären Langzeitpflege gesichert nachgewiesen werden und welche Ursachen hat der damit verbundene Berufsausstieg?"*

Für "Feinschmecker" I:

weitere Infos zu [Einzelquellen](#), [Methodik](#), [Limitationen](#)

## Eckpunkte:

- **Methode:** Orientierende internationale Literaturrecherche
- **Zeitraum:** Literatur im Zeitraum von Anfang 2020 –Januar 2022 (Fokus erste und zweite "Welle")
- **Datenbanken:** Pubmed, Cinahl, Psycinfo, Google scholar
- **berücksichtigte Quellen:** 53 Beiträge eingeschlossen (deutsch- bzw. englischsprachig)
- **Länder:** **USA**, Australien, **Spanien**, Peru, Mexiko, Japan, Südkorea, Taiwan, Singapur, Italien, England, Schweiz, **Vereinigtes Königreich**, Irland, Finnland, Niederlande, Norwegen, Polen, **Deutschland**

# Ergebnisse national:

Neu

## Arbeitsmarktdaten:

- Juni 2020: 1,7 Mio beruflich Pflegendende (Altenpflege 615.000/ Krankenpfl. 1,1 Mio.) in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (cave: Settings gemischt)
- Altenpflege 2019-2020 -> 2% ↑ (14.000 Pflegendende), Krankenpflege 2% ↑ (26.000 Pflegendende)
- Lt. BA: zwischen Juni 2020 und Juni 2021 weiteres Wachstum gesamt um 2,7% (44.000 Pflegendende) insb. im Krh.

## Ressourcen/Potentiale:

- Pflegeberuf ist häufiger als andere Berufe „Wunschberuf“!!! (amb. ↑)
- Stolz auf Beruf und den gesellschaftlichen Beitrag (Aufgabenvielfalt und Klientenfeedback -> Sinnerleben ↑)
- Beruflicher Aufstieg häufiger möglich (im Vergl. mit anderen („Frauen“- bzw. Misch und Männerberufen))
- verhaltenspräventive Ansätze sind gefragt
- Schlüsselressourcen: Autonomie, Beziehungen zu Kolleg:innen, faires/authentisches Management, Unterstützung durch Vorgesetzte, transformationale Führung etc.
- Wiedereinstieg wird nur von wenigen kategorisch ausgeschlossen, Bereitschaft in Alten- bzw. Langzeitpfl. ↑ als in Krankenpflege
- Optionen: Alters- und Alternsgerechte Arbeit, Fachlaufbahnen, Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Dienstplanverlässlichkeit etc.

## Auswirkungen der SARS-CoV-2

### Pandemie:

- vereinzelt massive Personalausfälle (quarantäne-, infektionsbedingt)
- Fehlende Schutzausrüstung etc. -> psych. Belastung ↑
- Arbeitsverdichtung stationär (amb. weniger)
- Ressource -> sozialer Zusammenhalt, Beziehungen (beruflich/ privat)

## Belastungsfaktoren:

- Bestimmtes Maß an Stress unschädlich
- Heben, Tragen, Personalmangel, Zeitdruck, mangelnde formale Belohnung, Work-Life Interferenzen etc.
- Belastungserleben in den Bereichen emotionale Erschöpfung, körperliche Anforderungen, arbeitsorganisatorische Merkmale etc. ↑, Unterstützung durch Vorgesetzten ↓ (im Vergl. zu anderen Berufsgruppen)
- Im Vergl. zu anderen Berufsgruppen, Gesundheitszustand ↓, Krankenstand ↑, Erwerbsminderungsrente ↑ -> Effekt bei Hilfskräften ↑ ↑

## Berufsverbleib/-ausstieg:

- Heterogene Ergebnisse
- Verbleibdauer: Krankenpflege ↑, Altenpflege ↓, Hilfskräfte ↓ ↓
- Ausstieg vor allem vor Rente bzw. in den ersten fünf Berufsjahren ("Späteinsteiger", mittleres Lebensalter stabil)
- f. 2/3 bis 1/2 Beschäftigung bis zur Rente vorstellbar
- Gedanken an Berufsausstieg mit sehr unterschiedlicher Häufigkeit
- Ausstiegsgründe: psych./phys. Anforderungen ↑, Zeitdruck, Work-Privacy-Konflikte, Unterstützung durch Vorgesetzte ↓ etc. + niedrige persönliche Gesundheitskompetenz/schlecht empfundener Gesundheitszustand
- Insb. Hochqualifizierte, sensibel für organisationale Veränderungen
- Ältere FK wünschen mehr fachl. und berufliche Handlungsspielräume (Autonomie -> Schlüsselbedürfnis)

# Ergebnisse national/international:

## Übereinstimmende Erkenntnisse:

- Fehlende Schutzausrüstung, Tests etc. globales Phänomen (psychische Belastung ↑)
- Berufszufriedenheit während der Pandemie trotzdem ↑
- Gründe für Ausstieg ähnlich (auch in Bezug auf Altersgruppen)
- Belastungsfaktoren und Ressourcen ähnlich
- Unsicherheiten der Politik bei der Anerkennung von Pflegenden

## Ergänzende Erkenntnisse (international):

- SARS-CoV-2-Infektionen bei Hilfskräften ↑
- fehlende Lohnfortzahlung, unzureichender KV-Schutz = zusätzliche existentielle Bedrohung
- aus Sicht der insb. der stat. Langzeitpflege starke Fokussierung v. Maßnahmen, Ressourcen und Anerkennung auf KH -> stat. Pflegeeinrichtungen diffamiert als „death pits“
- International ist eher von „intention to leave/stay“, „turnover“ die Rede Auswirkungen jedoch international heterogen (z.B. in UK bereits messbar). Evtl. in Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen weniger ausgeprägt.
- Erste Erkenntnisse zur Effektstärke bestimmter Belastungsfaktoren auch in Bezug auf die Lebensphase.
- Auch Belastung von Führungskräften durch unzuverlässige Mitarbeiter.
- Belastungen von Pflegenden vergleichbar mit anderen Gesundheitsberufen
- Mehr qualitative Ansätze (bzw. „Mixed-Methodes- Studien“) = mehr Erkenntnisse (z.B. ressourcenorientierter Blick „intention of nurses to stay in nursing“, Erkenntnisse zu Migrationsgründen aus der Altenpflege)

## Für "Feinschmecker" II:

- Taufer, Raphael; Fuchs, Daniel (2022): Der "Pflexit" - eine Exploration von Begriff, Lage und Gründen. Heft 1/ 2022. Gesundheits- und Sozialpolitik: Nomos, Baden- Baden.
- Taufer, Raphael; Fuchs, Daniel (2022): Der Pflexit – die internationale Einordnung. Heft 2/2022. Gesundheits- und Sozialpolitik: Nomos, Baden-Baden

# Thesen und Schlussfolgerungen:

- **Nationale repräsentative „Pflegerkohorte“** ggf. in Kombination mit der NAKO und dem Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB XI (= Information zu Beschäftigungssettings, Gesundheitszustand, Quantität bestimmter Qualifikationen, Migrationsbewegungen etc.) starten.
  - **Steuerungsinstrument für politische Initiativen, Evaluationen!**
- Mehr **Qualitative und „Mixed-Methodes“ -Studien** nutzen, um die Breite des Phänomens „Pflexit“ besser zu eruieren.
- Die Gesundheit insb. der **Pflegehilfskräfte** im Rahmen von **BGF/BGM** stärker in den Fokus nehmen (cave: Personalbemessungsinstrument n. § 113c SGB XI impliziert insb. Aufbau von Pflegeassistentenstellen!)
- Arbeitsrahmenbedingungen in Bezug auf die Anforderungen der Gen. Y/Z überprüfen -> teambasierte Versorgungsformen/gr. Handlungsspielraum (z.B. in einem „kommunalen pflegerischen Versorgungszentrum“)
- **Cave:** Koa-Vertrag – freiwillig paritätisch finanzierte Vollversicherung verschärft Personalsituation und -verteilung!
- **Schutzausrüstung** etc. muss im Notfall (Pandemiefall) ad hoc **verfügbar** sein.
- Auch ohne „Pflexit“ besteht **globaler Handlungsbedarf**. lt. ICN fehlten auch schon vor der Pandemie 5,9 Mio. Pflegende und in den nächsten zehn Jahren gehen weitere 17% (4,7 Mio. Pflegende) weltweit in den Ruhestand.
- Pflexit? – **kein Nachweis im Sinne eines plötzlichen Verlassens** des Berufes, **jedoch** sind die nachgewiesenen Ausstiegsgedanken ein **deutliches Warnsignal** (da immer Vorstufe zum tatsächlichen Ausstieg) – die Pandemie hat diese verstärkt. Zwar zunehmende Anzahl von Pflegenden, jedoch auch steigende Nachfrage an Pflege.

...so what?

# Impuls für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung

## Politische Entwicklungen

- **Konzertierte Aktion Pflege** -> Stärkung erweiterter Aufgaben- und Kompetenzprofile in der Pflege
- **Advanced Practice Nurse (APN)** – 5jähriges klinisches Studium auf Masterniveau auch in Europa etabliert (z.B. GB,NDL, FIN)

## Anforderungen der Versorgung

- Veränderung des **Krankheitspanoramas** (mehr chronisch Erkrankte, Pflege rückt in den Mittelpunkt)
- **Demografischer Wandel** auch bei **Hausärzten** (36,1% -> Ü60)
- Folge: Immer größere **Versorgungslücken** insb. in ländlichen Regionen

## Anforderungen Pflegende

- Erfahrene **FK wünschen** mehr fachl. und berufliche **Handlungsspielräume/Autonomie**
- Um die **besten Köpfe in Pflege „am Bett“** zu halten braucht es attraktive Perspektiven (z.B. größeren Handlungsspielraum)

*Der BKK DV schlägt als neuartige Versorgungsbrücke den schrittweisen Aufbau von **Kommunale pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ)** unter der Leitung hochqualifizierter Pflegefachkräfte vor.*



# Aufgabenspektrum:

Zielgruppe: Menschen mit chronischen Erkrankungen

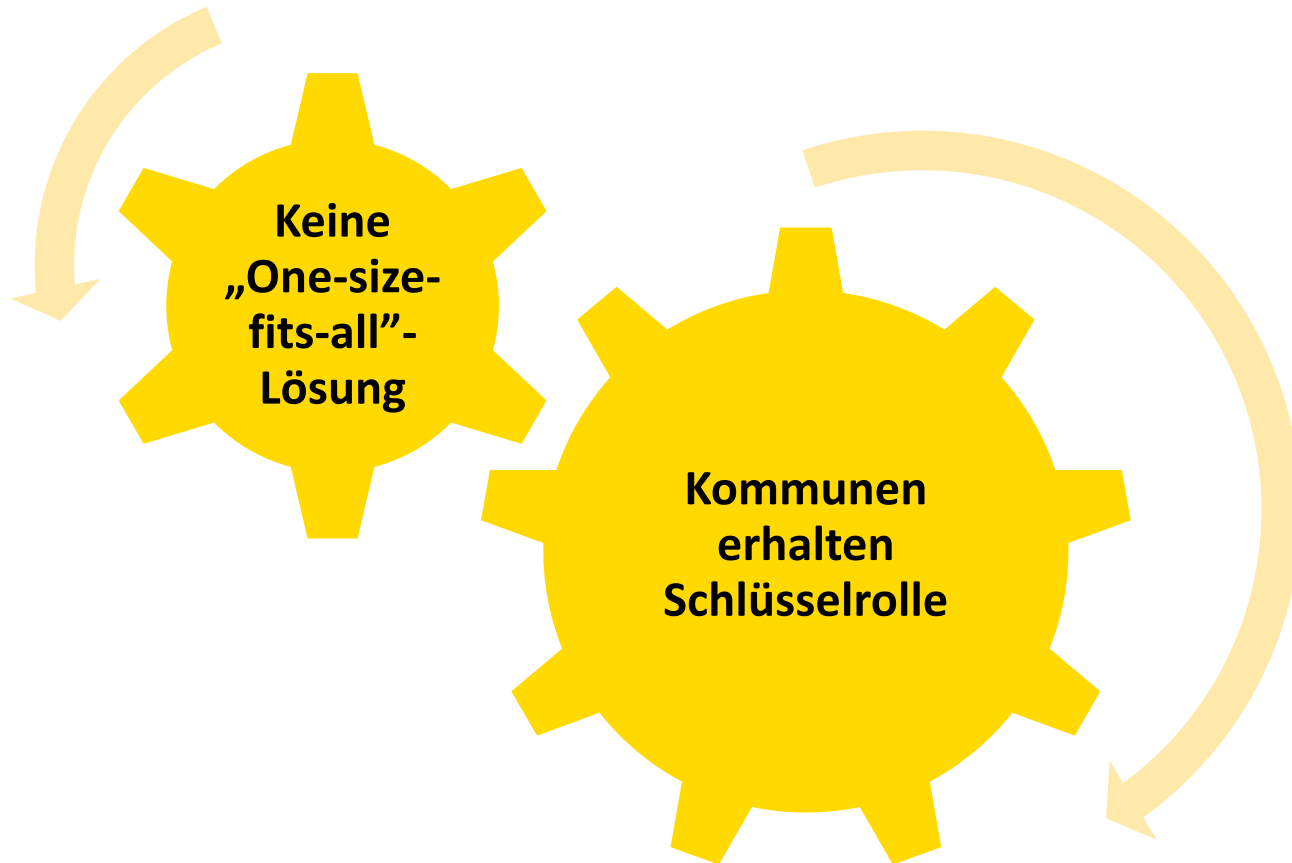
- **Versorgung im Sinne eines Case-Managements** durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte
- Im Bedarfsfall **Hinzuziehung notwendiger ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen**
- **Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement**
- **Diagnostische und therapeutische Entscheidungen** bei Bagatellverletzungen und -erkrankungen sowie stabilen chronischen Erkrankungen entlang der interprofessionell abgestimmten Therapieziele
- **Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung.**
  - unter Einbeziehung und Vernetzung der regional ansässigen Gesundheitsprofessionen
- **Anknüpfungspunkte:**
  - „Präventiven Hausbesuche“
  - Aufgreifen der gesundheitlichen und präventiven Bedarfe der pflegenden Angehörigen

## Die Fachkräfte: Advanced Practice Nurse (APN):

- Fachliche Eckpunkte lt. ICN:
  - Verschränkung von Forschung, Studium und klinischem Management
  - Case Management
  - Durchführung von Assessments, Beratung, Entscheidungsfindung
  - Anerkannte und ausgeprägte klinische Kompetenzen
  - Anerkennung als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen
  - Das Recht, eine Diagnose zu stellen, Medikamente und Behandlung zu verordnen, Einweisung und Überweisung zu veranlassen
  - Titelschutz
  - Spezifische, die APN betreffende Gesetzgebung
- internationale Reviews: Zwischen 67 und 93 Prozent aller typischen Tätigkeiten in der Primärversorgung können von APN mit mindestens gleicher Qualität abgedeckt werden.

### Für "Feinschmecker" III:

- [Tauer, Raphael; Fuchs, Daniel; Focke, Klaus \(2018\): Pflege: Next Generation Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert. Heft 4-5/2018. Gesundheits- und Sozialpolitik: Nomos, Baden-Baden.](#)
- [Tauer, Raphael; Fuchs, Daniel; Maier, Claudia B. \(2018\): Advanced Nursing Practice – eine Zukunftsperspektive für die Versorgung Ansätze für eine Transformation der pflegerischen Praxis in Deutschland. Heft 2/2022. Gesundheits- und Sozialpolitik: Nomos, Baden-Baden.](#)



**Was ist zu tun?**

- Die Kommune (= räumliches Setting) ist das ideale Setting, da hier gesundheitlich belastete Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreichbar sind.
- Zudem befinden sich alle relevanten Akteure – in ganz unterschiedlichen Konstellationen – vor Ort.
- Sowohl der Versorgungsbedarf als auch die vorhandene medizinisch-pflegerische Infrastruktur, können von Region zu Region höchst unterschiedlich sein.
- Die Kommunen inkl. der weiteren Akteure benötigen größtmögliche Flexibilität für die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung.

# Konkrete Schritte auf dem Weg zum KpVZ – Fokus Fachkräfte

- Im ersten Schritt ggf. Verknüpfung mit den Modellvorhaben nach § 64d SGB V (jedoch nur ein sehr kleiner Ausschnitt aus dem Tätigkeitsspektrum der APN!).
- **Günstige Gelegenheit:** Die geplante **Berufsgesetzgebung zu "community health nursing" im Sinne einer APN ausgestalten** und nicht "nur" im Sinne der aktuell laufenden Modellprojekte der Robert-Bosch-Stiftung zu "Community health nursing" (auf dieser Grundlage klinisch/praktisch kaum mehr Kompetenzen als nach einer 3-jährigen Pflegeausbildung!)
- Zwingend mit Möglichkeit einer berufsbegleitenden Qualifikation -> erfahrene Pflegende!
- Erleichterter Erwerb einer Hochschulzugangsberechtigung für erfahrende Pflegende (bspw. im Wege einer Anerkennung von absolvierten Weiterbildungen etc.)
- Start: Bund unterstützt die Bundesländer mit einem entsprechenden Förderprogramm beim Aufbau der ersten 60 KpVZ. Länder bauen im Gegenzug entspr. Hochschulkapazitäten auf, Kommunen liefern ein Set an standardisierten Gesundheitsdaten -> Begleitevaluation!.
- Zielgröße: Anteil Pflegende APN - 1-5% der Grundgesamtheit der Pflegenden.

Für "Feinschmecker" IV:

[Das komplette KpVZ-Konzept](#)



[politik@bkk-dv.de](mailto:politik@bkk-dv.de)



[@bkkdv](#)



[www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de)

Daniel Fuchs, Raphael Taufer (Referenten Pflege)  
Abt. Gesundheitsförderung, Pflege, Rehabilitation  
15.06.2022

