



DV 38/11 AF IV
14. März 2012

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege¹

In der Altenpflege werden künftig noch mehr und besser qualifizierte Fachkräfte gebraucht. Um sie zu gewinnen, sind attraktive Rahmenbedingungen nötig, wie bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung, Angebote zur Nachqualifizierung und Aufstiegschancen, gute Arbeitsbedingungen, die den Altenpflegeberuf und den Verbleib im Beruf attraktiver machen sowie der Abbau von Vereinbarkeitshürden. Altenpflege wird künftig vielfältiger, flexibler und individueller organisiert sein. Der Ausbau wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements und die Gestaltung eines intelligenten Hilfe-Mix, die Stärkung primärer Hilfenetze und die Einbeziehung von (qualifiziertem) freiwilligem Engagement sowie eine bessere Begleitung und wirksame Entlastung pflegender Angehöriger bringen neue attraktive Tätigkeitsfelder in der Altenpflege mit sich. Neue Versorgungsformen und -konzepte werden einen breiteren Personal- und Kompetenzmix zulassen.² Die nachfolgenden Empfehlungen beleuchten Handlungsfelder im Berufsfeld der Altenpflege und ergänzen Fragen der Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement und der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger.

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Barbara Kahler. Die Empfehlungen wurden nach Beratung im Fachausschuss „Alter und Pflege“ vom Präsidium des Deutschen Vereins am 14. März 2012 verabschiedet.

² Maßnahmen zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit, wie das altersgerechte Wohnen, vermeiden oder verzögern stationäre Versorgung und tragen so mittelbar zur Entlastung stationärer Pflege bei, sind aber nicht Thema der Empfehlungen. Siehe dazu Kahler, B.: Wohnen im Alter, NDV 2010, S. 390–397.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	2
II. Altenpflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.....	5
III. Mehr Altenpflegefachkräfte durch Aktivierung aller Ressourcen gewinnen	6
IV. Altenpflegefachkräfte binden: Berufszufriedenheit und Attraktivität erhöhen	12
V. Altenpflege durch intelligenten Hilfe-Mix entlasten.....	19
VI. Wertschätzung des Berufsfelds Altenpflege stärken und seine Attraktivität aufzeigen	24

I. Einleitung

Eine Folge des demografischen Wandels und der höheren Lebenserwartung ist eine steigende Zahl alter und insbesondere hochaltriger Menschen und ihr wachsender Anteil an der insgesamt schrumpfenden Bevölkerung. So wird die Zahl der über 80-Jährigen von heute 3,6 Mio. bis 2030 auf 6,3 Mio. (+78 %) und bis 2050 auf über 10 Mio. steigen. Mit höherem Lebensalter steigt das (statistische) Risiko von Pflegebedürftigkeit und/oder Demenz sowie der durchschnittliche Pflegebedarf.³ Bis 2030 könnte, die heutige Relation von Alter und Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt, die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Sinne des SGB XI von heute 2,34 Mio. auf 3,4 Mio. steigen.⁴ Mit der wachsenden Zahl hochaltriger Menschen wird auch ein Anstieg der Zahl von Demenzkranken erwartet.⁵ Noch ist Demenz nicht kausal therapierbar, d.h. Hilfe für die Betroffenen ist primär durch Unterstützungsarrangements und qualifizierte Pflege zu leisten. Dieser steigende Bedarf wird mit einem kleiner werdenden Potenzial an Fachkräften und informeller Hilfe bewältigt werden müssen.

³ Anteil der Pflegebedürftigen (bezogen auf die jeweilige Altersgruppe): 75 bis 80 Jahre: 9,6 %, 80 bis 85 Jahre: 20,3 %, 85 bis 90 Jahre: 60,2 %. Anteil der Demenzkranken: 60- bis 70-Jährige: ca. 1 %, 70- bis 80-Jährige: ca. 5 % und von den über 80-Jährigen erkrankt ein Drittel (Quelle: Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen. Empfehlungen des Deutschen Vereins, NDV 2009, S. 162–172).

⁴ Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes, Pressemitteilung vom 22. November 2010, www.destatis.de.

⁵ Bis 2030 könnte die Zahl der Erkrankten von heute 1,2 Mio. auf ca. 1,7 Mio. steigen, vgl. Barmer GEK Pflegebericht 2010, Bremen 2010.

Altenpflege: Ein Wachstumsmarkt mit Herausforderungen

Die Altenpflege⁶ hat sich zu einem dynamischen Wachstumsmarkt entwickelt. Heute arbeiten insgesamt 890.000 Menschen in der Altenpflege, dies ist eine Steigerung seit 1999 um 42 %. Als Pflegefachkräfte sind rd. 141.000 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (seit 1999 +34 %) und rd. 194.000 Altenpfleger/innen (seit 1999 +78 %) beschäftigt, davon rund 30 % in der ambulanten Pflege.⁷ Die Altenpflege greift auf die Fachkräfte beider Berufsfelder zu,⁸ die gesunkenen Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege wirken auch auf das Fachkräftepotenzial der Altenpflege.⁹

Schätzungen zum künftigen Personalbedarf sind abhängig von zugrunde liegenden Annahmen, wie zur Prävalenz von Pflegebedürftigkeit im höheren Alter, zur künftigen Entwicklung informeller Pflege, zur Entwicklung ambulanter, teil- oder stationärer Versorgungsformen.¹⁰ Doch bereits heute ist der Bedarf an Pflegefachkräften schwer zu decken und das Verhältnis von arbeitssuchenden Pflegefachkräften zu freien Stellen ist bundesweit 1:3.¹¹ Allerdings unterscheiden sich die regionalen Arbeitsmärkte je nach den Gegebenheiten vor Ort in Bezug auf Alters- und Beschäftigungsstruktur der Bevölkerung, die Quote an stationärer Versorgung, die Wirtschaftsstärke usw. Regionen mit Abwanderung junger Arbeitskräfte, einer raschen Alterung und hoher Dichte stationärer Versorgungsangebote werden anders betroffen sein als prosperierende, infrastrukturell gut aufgestellte Regionen. Regionen in Grenznähe zu „attraktiven Arbeitsmärkten“ für Pflegefachkräfte wie die Schweiz, Österreich oder Skandinavien haben Schwierigkeiten, Fachkräfte zu halten oder zu gewinnen. Eine angemessene Diskussion zur Fachkräftegewinnung in der Pflege muss auch weiterhin die erforderliche Qualität des Personals und die Rahmenbedingungen in der Altenpflege in den Blick nehmen. Das Ziel muss sein, genügend und gut qualifizierte Fachkräfte für die Altenpflege zu gewinnen.

⁶ Gemeint sind die 12.000 ambulanten Pflegedienste und 11.600 Einrichtungen der stationären Altenpflege.

⁷ Pflegestatistik 2009.

⁸ Laut Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Branchenbericht Altenpflege 2011, Hamburg, waren in der ambulanten Pflege 35 % Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und 25 % Altenpfleger/innen beschäftigt.

⁹ Die Empfehlungen beschränken sich aber auf die Berufsgruppe der Altenpfleger/innen.

¹⁰ Hochrechnungen des Status quo der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung betrachten nur einen Ausschnitt von Pflege und sind ebenso wie ausschließlich auf das Lebensalter bezogene Schätzungen zur künftigen Zahl von Demenzkranken/Pflegebedürftigen kritisch zu hinterfragen.

¹¹ März 2011: rd. 9.200 gemeldete offene Stellen ./ rd. 3.500 arbeitslos gemeldete Altenpfleger/innen.

Nach Berechnungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Statistischen Bundesamtes fehlten bereits 2005 39.000 ausgebildete Pflegevollkräfte¹² (in der Altenpflege und in Krankenhäusern). Bis 2025 wird eine Lücke von 152.000 Beschäftigten (112.000 Pflegevollkräfte) erwartet¹³ und spätestens ab 2018 sei der Bedarf an Pflegekräften nicht mehr zu decken.¹⁴ In den nächsten zehn Jahren werden aufgrund der Altersstruktur der Belegschaften (in der stationären Pflege sind 25 % 50 Jahre und älter) erfahrene Kräfte in hoher Zahl aus dem Beruf ausscheiden (ca. 80.000 im stationären Bereich). Diese Lücke ist aus einem kleiner werdenden Pool potenzieller Nachwuchskräfte zu schließen. Der Konkurrenzkampf der verschiedenen Branchen um den knappen Berufsnachwuchs erfordert eine kluge Nachwuchsrekrutierung und die Anstrengung aller Akteure, das Berufsbild Altenpflege attraktiver zu machen und seine Potenziale aufzuzeigen.¹⁵

Der Bedarf an Altenpflege steigt

Eine wachsende Zahl hochaltriger Menschen (80+) mit komplexen Unterstützungsbedarfen und Bedarfslagen wie Multimorbidität, Demenz, gerontopsychiatrischen Erkrankungen braucht qualifizierte Pflege. Der Anteil der in der Familie gepflegten Menschen wird, trotz innerfamiliärer Pflegebereitschaft, aufgrund kleinerer und fragilerer Familienstrukturen, einer höheren Frauenerwerbsquote, längerer Lebensarbeitszeit und wachsender räumlicher Mobilität sinken und damit der Bedarf an professioneller Hilfe steigen. In stationären Einrichtungen leben überwiegend sehr alte Menschen mit komplexem Pflege- und Hilfebedarf auch an palliativer Versorgung und Sterbebegleitung. Im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich wird die Einbeziehung zusätzlicher Professionen ebenso wie die Beratung, Begleitung und Schulung von freiwillig Engagierten und pflegenden Angehörigen immer wichtiger. Die wachsende ethnisch-kulturelle Vielfalt der Altersbevölkerung verlangt interkulturell kompetente Fachkräfte und Angebote kultursensibler Pflege. Diese vielfältigeren und

¹² Die Zahl der Pflegevollkräfte gibt die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechnete Zahl der Beschäftigten an.
¹³ Personalmangel in der Pflege wird sich weiter verschärfen, Pressemitteilung vom 6. Dezember 2010, www.destatis.de.

¹⁴ „... bei einer Fortschreibung der derzeitigen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhausdiagnose- und Pflegewahrscheinlichkeiten (Status-Quo-Szenario) und unter Beibehaltung der derzeitigen Beschäftigungsstruktur“, in: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002. Andere Einschätzungen bewegen sich in einem Korridor von 250 bis 350 Tsd. benötigten Fachkräften im Jahr 2020 oder rechnen mit 300 Tsd. zusätzlich nötigen Kräften in den nächsten zehn Jahren; siehe Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Pressemitteilung vom 10. Dezember 2010.

¹⁵ Einige Einrichtungsträger zahlen bereits „Anwerbepremien“, bieten Zulagen oder besondere Sozialleistungen.

anspruchsvollen Aufgaben erfordern erweiterte Kompetenzprofile und stellen hohe Anforderungen an die Qualifikation der Fachkräfte in der Altenpflege.¹⁶

II. Altenpflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Pflegebedürftigkeit ist nicht immer eine Folge höherer Lebenserwartung. Eine Gesellschaft des langen Lebens sollte alle Anstrengungen unternehmen, ein Altern in Selbstständigkeit und Wohlbefinden zu ermöglichen und Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich vermeiden oder verzögern.¹⁷ Eigenverantwortung und Selbstsorge der Einzelnen sind dazu ebenso gefordert wie das Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern und Zivilgesellschaft in gemeinsamer Verantwortung.¹⁸ Eine menschenwürdige Pflege ist nicht allein durch mehr Pflegekräfte zu leisten und nicht auf professionelle Fachpflege zu beschränken. Der Deutsche Verein versteht den Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen als sozial-ethischen und sozialpolitischen Auftrag für eine neue Kultur des Alterns, der alle gesellschaftlichen Kräfte einschließlich der älteren Menschen selbst einbezieht. Viele jüngere und ältere Menschen sind bereit, sich z.B. aktiv in der Betreuung von Demenzkranken oder bei der Unterstützung pflegender Angehöriger gemeinwohlorientiert zu engagieren und zu qualifizieren.

Damit alte und pflegebedürftige Menschen auch zukünftig mit guter Qualität versorgt und gepflegt werden können, braucht es ein Bündel strategischer, sich gegenseitig stützender Maßnahmen und förderliche gesetzliche Rahmenbedingungen. Dies gilt insbesondere für die Pflegeversicherung und die Sicherung einer nachhaltigen und ausreichenden Finanzierung sowie bei der Weiterentwicklung der Ausbildungen in den Pflegeberufen.

¹⁶ Umstritten sind daher Forderungen, mit Rücksicht auf den Personalbedarf die Berufsanforderungen zu senken, z.B. durch Anerkennung von Assistenzkräften als Fachkräfte, siehe dazu: Deutscher Pflegerat, Pressemitteilung vom 9. November 2010.

¹⁷ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Deutscher Verein (Hrsg.): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 51–85.

¹⁸ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer sozialen Infrastruktur in Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung, NDV, 2006, S. 529–537; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, in: Deutscher Verein (Hrsg.): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 7–49; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Unterstützung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen vor Ort, in: ebenda, S. 87–107, benennen die Handlungsfelder und Ansprüche an die relevanten Akteure.

III. Mehr Altenpflegekräfte durch Aktivierung aller Ressourcen gewinnen

In der Altenpflege werden 2011 bundesweit rd. 56.600¹⁹ Schüler/innen ausgebildet und damit deutlich mehr als vor drei Jahren. Auch zum Schuljahr 2010/2011 hat die Zahl der Ausbildungsanfänger/innen (23.700)²⁰ eine äußerst positive Entwicklung genommen.

Zur mittel- und langfristigen Deckung des Personalbedarfs sind Anstrengungen aller in der Altenpflege Verantwortlichen nötig. Dies gilt für Bund, Länder und Kommunen sowie für Verbände gleichermaßen. Aktuelle Initiativen zeigen, dass der Handlungsbedarf erkannt wird.²¹ Obwohl die meisten pflegebedürftigen Menschen ambulant versorgt werden, wird überwiegend im stationären Bereich ausgebildet. Eine Ursache hierfür ist die unbefriedigend geregelte Finanzierung der Ausbildung in der Altenpflege.²² Die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen und die Finanzierung der Altenpflegesschulen sind in den Ländern unterschiedlich geregelt. Das in einigen Bundesländern zu zahlende Schulgeld beeinträchtigt die Attraktivität der Altenpflege als Ausbildungsberuf und erschwert potenziellen Bewerber/innen den Ausbildungszugang.²³

Die Ausbildung in der Altenpflege muss für die Auszubildenden kostenfrei sein. Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern dazu rasch Lösungen zu finden.

¹⁹ Die Zahl beinhaltet auch die Angaben aus Hessen, Bremen und Hamburg. Das Statistische Bundesamt weist in seiner Statistik „Schüler/innen in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen (insgesamt und 1. Schuljahrgang 2010/2011)“ eine Zahl von rund 52.000 aus; darin sind die Angaben für Hessen, Bremen und Hamburg nicht enthalten.

²⁰ Ebenda.

²¹ Gemeinsam mit den Verbänden und den Ländern will die Bundesregierung im Rahmen einer „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ die Fachkräftebasis in diesem Bereich stärken und das Berufsfeld aufwerten. Die Initiative setzt auf verbindliche Zielvereinbarungen aller Akteure, die von 2012 bis 2014 umzusetzen sind. Die Initiative des Landes Berlin „Gute Arbeit in der Pflege“ strebt ein Umlageverfahren für die Ausbildungskosten mit Bundesbeteiligung an der dreijährigen Umschulung zur Pflegefachkraft an. Hessen fördert zum Schuljahr 2011/2012 4000 (+500) Schulplätze für Altenpfleger/innen. Auch der Pflege-Dialog im Bundesgesundheitsministerium im Dezember 2010 hatte zum Ziel, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Schleswig-Holstein bildet ein „Bündnis für Fachkräfte“, das Mütter, Behinderte, Ältere ab 55 und Jugendliche aus Migrantenfamilien in den Arbeitsmarkt integrieren will; vor allem im Bereich Pflege und Gesundheit sei akuter Handlungsbedarf.

²² Ausbildungsvergütungen können Träger stationärer Pflege auf zwei Wege refinanzieren (§ 82 a SGB XI): die Verankerung eines festen Personalschlüssels als Teil des Pflegesatzes oder eine jährliche Vereinbarung eines Zuschlags auf die Pflegeentgelte. In der ambulanten Ausbildung kann im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen der Pflegeleistungen nach § 89 SGB XI die Ausbildungsvergütung durch die Pflegekassen berücksichtigt werden. Beide Wege sind nicht kostendeckend, bedeuten höhere Pflege- und Verwaltungskosten und werden von auszubildenden Trägern/Diensten als Wettbewerbsnachteil erlebt. Ein Instrument, dies zu vermeiden, ist z.B. eine Ausbildungsumlage, die von nicht auszubildenden Pflegeeinrichtungen (stationär wie ambulant) erhoben wird. Ein Ausgleichsverfahren ist nur dann möglich, wenn Mangel an Ausbildungsplätzen besteht/droht. Derzeit wird das Umlageverfahren nur in Baden-Württemberg, dem Saarland und Rheinland-Pfalz durchgeführt. NRW hat per Rechtsverordnung ab 2012 ein vereinfachtes Umlageverfahren beschlossen, siehe: Pressemitteilung der Landesregierung NRW vom 28. Juni 2011.

²³ Kein Schulgeld: Brandenburg, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein. Bayern: faktisch kein Schulgeld, da Schulgeldersatz bzw. -ausgleich.

Der Deutsche Verein spricht sich für die Zusammenführung der Ausbildungen in den Pflegeberufen zu einer Pflegefachkraft mit übergreifenden Pflegekompetenzen als wichtigen Schritt zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege und für eine einheitliche Finanzierung der Ausbildung aus.²⁴

Nachwuchs finden und Personalbasis erweitern

Die Träger von Einrichtungen und Diensten, die Ausbildungsstätten und die Arbeitsverwaltung sind gefordert, junge Menschen direkt anzusprechen und für einen Beruf in der Altenpflege zu begeistern: z.B. auf Ausbildungs- und Personalmessen, mit Besuchen in Schulen/Jugendeinrichtungen, über Mentoring-Projekte zwischen Jung und Alt oder Patenschaften von Auszubildenden für interessierte Schüler/innen,²⁵ Tage der offenen Tür, Boys-/Girls-Day-Aktivitäten und attraktive Praktika. Solche Angebote sollten Aspekte der Kultur- und Geschlechtersensibilität besonders berücksichtigen. Unverzichtbar ist die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Partnern wie Schulen/Schulsozialarbeit, mit Jugendorganisationen/kommunaler Jugendpflege sowie der Berufsberatung der Arbeitsagenturen. Dabei ist eine wichtige Zielsetzung auch die Vermittlung eines realistischen Berufsbildes. Eine regionale Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen/Dienste mit gemeinsamen Aktivitäten und Initiativen z.B. von Ausbildungstagen oder Schnupperwochen bündelt die Kräfte. Bestehende Strukturen und Ressourcen der Träger und Verbände der Altenpflege sollten zur Nachwuchsfindung gezielt genutzt werden.

Wichtig ist eine gezielte Ansprache. Junge Menschen wollen anders angesprochen werden als z.B. Umschüler/innen oder Wiedereinsteiger/innen im mittleren Lebensalter. Ein attraktiver Internetauftritt und die Präsenz in jugendgeneigten virtuellen Kommunikationsräumen kann eine gezielte Rekrutierungskampagne ergänzen. Jugendliche mit geringer schulischer Qualifikation, Lernschwierigkeiten und/oder in schwierigen Lebenslagen sind mit schulischen Ausbildungsinhalten oft überfordert und brauchen spezifische Lernbegleitung. Doch auch unter ihnen sind potenzielle Nachwuchskräfte mit Eignung und Interesse. Ihnen Beschäftigungschancen zu eröffnen

²⁴ Weiterentwicklung in den Pflegeausbildungen. Empfehlungen des Deutschen Vereins, NDV 2009, S. 162–172.

²⁵ Vorbildhaft für berufsorientiertes Lernen zwischen Haupt- und Realschüler/innen und einer regionalen Fachschule der Altenpflege ist die Michaelisschule in Papenburg. Im Rahmen der Berufsorientierung lernen Schüler/innen das Berufsfeld Pflege im Kontakt mit gleichaltrigen Pflegeschüler/innen im Lauf eines Schuljahres intensiv kennen. Aus dem gemeinsamen Lernen ist das Netzwerk „care4future“ zur Nachwuchsgewinnung geworden. Siehe: www.care4future.de.

ist erstrebenswert, bedarf aber intensiver, auch pädagogischer Begleitung und angepasster Formen der Kompetenzvermittlung in der Ausbildung (z.B. abgestufte Qualifizierungsmodule).²⁶ Um alle Potenziale auszuschöpfen, sollte die Altenpflege diese Rekrutierungswege nutzen.

Realistisch und praxisnah informieren

Die Ausbildung in der Altenpflege wird oft mit einem idealisierten Berufsbild und überzogenen Selbstanforderungen begonnen. Dies gründet auch in der ambivalenten gesellschaftlichen Kommunikation über Pflege. Sie wird einerseits als aufopferungsvolle Aufgabe überhöht, als konkrete Tätigkeit aber zu wenig wertgeschätzt.²⁷ Potenzielle Nachwuchskräfte brauchen für eine realistische Einschätzung der beruflichen Anforderungen ansprechende, praxisnahe Informationsangebote zum Pflegealltag und zur Berufspraxis.²⁸

Perspektive Umstieg und berufliche Neuorientierung

Schon aufgrund sinkender Zahlen von Schulabgänger/innen wird der Bedarf an Nachwuchskräften nur mit Schulabgänger/innen nicht zu decken sein. Menschen, die sich beruflich neu orientieren (z.B. nach einer Familienphase oder Berufswechsler/innen im mittleren Lebensalter), sind interessante Zielgruppen für Ausbildung und Nachqualifizierung. Auch in anderen Professionen werden „pflegenah“ Kompetenzen erworben, wie gute Kommunikationsfähigkeit, zugewandter und empathischer Umgang mit Menschen, Teamfähigkeit oder Organisationsfähigkeit. Hier lohnt es den Blick zu weiten und mit allen regional vorhandenen potenziellen Partnern, wie der Arbeitsvermittlung, Personaldienstleistern, Berufsverbänden oder den

²⁶ Im Qualifizierungsprojekt „CariVia – Personalgewinnung für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft“ von Deutschem Caritasverband und IN VIA Deutschland wurden benachteiligte junge Menschen für unterstützende Tätigkeiten in der Altenhilfe qualifiziert. Am Projektende haben 79 Teilnehmer/innen (von 134) eine weiterführende Qualifizierung begonnen oder fanden einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz in der Pflege. Siehe: Neue Caritas, Juli 2011.

²⁷ Blättner, B. u.a.: Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen, Dortmund/Berlin/Dresden 2005.

²⁸ Beispielhaft: die Informationsbroschüre „Mitarbeiterinformation Pflege“ der Sozialholding Mönchengladbach, www.mitarbeiterinformation-pflege.de; die Ausbildungs- Road-Show 2011 des Bundesverbands privater Pflegeanbieter, welche 2000 Schüler/innen und 500 Pflege-Azubis zusammenbrachte, www.bpa.de. Verschiedene Aktivitäten des Bundesgesundheitsministeriums zielen darauf ab, jungen Menschen das Berufsbild Pflege näher zu bringen, wie etwa die Vernissage „Da-Sein – ein anderer Blick auf Pflege“ im Februar 2011. Veranstaltungen wie der „Bürgerdialog Pflege“ im Mai 2011 ermöglichten einen intensiven Dialog ehrenamtlich und professionell Pflegenden mit Menschen, die sonst wenig Berührung mit dem Thema haben.

Handwerkskammern, zusammenzuarbeiten.²⁹ Für Umschüler/innen mit familiären Verpflichtungen sind Angebote der Teilzeitausbildung hilfreich, eine Qualifizierungshürde ist der geringe Verdienst in der Ausbildungsphase. „Ausbildungskredite“ der Arbeitgeber könnten die Entscheidung erleichtern und die Mitarbeiterbindung vertiefen. Auch der neue Bundesfreiwilligendienst kann eine Chance zur Fachkräftegewinnung sein.³⁰

Für Umschüler/innen, die den Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers erlernen wollen, hält der Deutsche Verein die Übernahme der vollen Ausbildungskosten des dritten Ausbildungsjahres durch die Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III für dringend geboten – auch im Hinblick auf eine Fortsetzung der positiven Entwicklung bei der Zahl der Ausbildungsanfänger/innen.

Perspektive Wiedereinstieg und Weiterqualifizierung

Auch die „stille“ Reserve ehemaliger Pflege(fach-)kräfte bietet Potenziale. Ein betriebliches Rückkehrmanagement mit adressatengerechten Angeboten zur Auffrischung, Ergänzung oder Erweiterung bereits vorhandener Kenntnisse und Kompetenzen erleichtert einen Wiedereinstieg. Kontinuierliche Kontaktpflege während einer Unterbrechung unterstützt diese Option. Beratungen und Qualifizierungen für Wiedereinsteiger/innen sollten auch den Gesundheitsschutz umfassen.

Hilfskräfte in der Pflege, die eine Ausbildung abgebrochen haben, werden durch Qualifizierungsangebote mit sinnvollen Anrechnungslösungen für Teile der Ausbildung ermutigt, die Ausbildung wieder aufzunehmen. Berufspraktisch bewährte angelernte Hilfskräfte sollten durch spezifische Qualifizierungsangebote motiviert werden, eine Ausbildung aufzunehmen. Die geringe Anerkennung berufspraktisch erworbener Kenntnisse von (examinierten) Altenpflegehelfer/innen erschwert bzw. hemmt eine Weiterqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in. Hier sollten Anrechnungsmodi gefunden werden, die ohne Qualitätsverluste den Weg zur geprüften Fachkraft verkürzen und zur

²⁹ So hat z.B. die Sozialholding Mönchengladbach gute Erfahrungen mit Umschüler/innen aus der Berufsgruppe Hotelfachleute und Arzthelfer/innen gemacht.

³⁰ So bietet die Sozialstation Ravensburg mit der „Berufsplattform Bundesfreiwilligendienst 27 plus“ ein sechsmonatiges Wiedereinstiegsprogramm mit modularisiertem Bildungsplan und dem Angebot, sich im Anschluss beruflich zu qualifizieren zur Helfer/in oder Fachkraft, siehe: Care konkret 2011, Nr. 31/32, S. 11.

Weiterqualifizierung motivieren.³¹ Auch die in den Ländern unterschiedlich geregelten Ausbildungen für Pflegehilfeberufe erschweren eine Weiterqualifizierung zur Fachkraft. Bei Umzug oder beruflichem Wechsel in ein anderes Bundesland kann eine Weiterbildung verzögert oder verhindert werden. Hier sollten die Länder Lösungen zur Anerkennung bzw. Anrechnung finden.

Kultursensibilität und Geschlechtergerechtigkeit in der Altenpflege

Die wachsende kulturell-ethnische Vielfalt der Altersbevölkerung (bis 2030 werden etwa 2,8 Mio. Migrant/innen älter als 60 Jahre sein) braucht interkulturell kompetente, mehrsprachige Pflegekräfte; jüngere Migrant/innen sind ein potenzieller Nachwuchspool.³² Sie sollten gezielt angesprochen und über die zukunftsfähige Berufsperspektive „Altenpflege“ informiert werden. So werden im Modellprojekt „Ausbildung junger Männer mit Migrationshintergrund in der Altenpflegehilfe“ (AjuMA), gezielt junge Männer angesprochen und zum Altenpflegehelfer ausgebildet.³³

Ob Migrant/innen das Berufsfeld Altenpflege kennen, ist u.a. abhängig vom lokalen Angebot an kultursensibler Pflege und der interkulturellen Öffnung vorhandener Einrichtungen/Dienste.

Pflege ist weiblich. Sowohl Pflegebedürftige (69 %; stationär: 79 %) als auch Pflegende sind überwiegend Frauen. Mehr Männer für den Pflegeberuf zu gewinnen, ist wünschenswert im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit und einer gendersensiblen Pflege. Junge Männer sollten bei der Nachwuchsgewinnung gezielt angesprochen werden, z.B. durch attraktiv gestaltete „Boy-Days“. Für junge Männer war der Zivildienst oft der erste Zugang zur Altenpflege als mögliche Berufsperspektive. Diese Nachwuchsoption ist nach dem Aussetzen des Wehrdienstes entfallen. Die Träger von Diensten/Einrichtungen werden sich intensiver um freiwillig Engagierte bemühen müssen

³¹ Der Deutsche Pflegerat (DPR) fordert im Hinblick auf den Fachkräftemangel eine Bildungsoffensive und spezielle Bildungsangebote, damit berufserfahrene Pflegeassistentenkräfte rasch einen Berufsabschluss als Altenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in erreichen können, Pressemitteilung vom 9. November 2010. Das Land Hamburg plant berufserfahrene Gesundheits- und Pflegeassistent/innen (2-jährige Ausbildung) als Fachkräfte anzuerkennen.

³² Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, Deutscher Verein (Hrsg.): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 109–133.

³³ Start ist der 1. Juli 2010, gefördert aus Mitteln des Landes Hessen und des ESF. In einem Ausbildungsverbund mit Altenpflegeeinrichtungen und Pflegeschulen sollen 45 junge Männer mit Migrationshintergrund zum Altenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung) ausgebildet werden.

und ggf. werden weitere Anreize nötig sein. Ob die Lücke mit dem neuen Bundesfreiwilligendienst, dem Freiwilligen Sozialen Jahr und anderen Formen freiwilligen Engagements zu schließen ist, wird auch davon abhängen, wie „attraktiv“ sich Pflege präsentiert. Dienste und Einrichtungen sollten „Tage der offenen Tür“ nutzen und sich zum Quartier/Stadtteil öffnen und mit vorhandenen Akteuren vernetzen.

Chancen der Freizügigkeit nutzen

Seit dem 1. Mai 2011 haben Pflegekräfte aus den EU-Ländern die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit. Zur langfristigen Deckung des wachsenden Bedarfs an Pflegekräften wird eine verantwortlich gestaltete Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte notwendig werden.³⁴ Einer schnelleren Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen als erstem Schritt könnte die gezielte Anwerbung von Pflegekräften auch aus Nicht-EU-Ländern folgen.³⁵ Wohlfahrts- und Pflegefachverbände äußern Bedenken bezogen auf den Export von in den Herkunftsländern ebenfalls dringend benötigten Fachkräften sowie in Bezug auf nicht vorhandene oder eingeschränkte Sprachkenntnisse. Ein Absinken der pflegerischen Versorgungsqualität dürfe nicht das Ergebnis sein.³⁶ In einem Europa ohne Grenzen sollte eine Willkommenskultur selbstverständlich sein und ausländische Pflegekräfte nicht als „Notlösung“ begriffen werden. Kultursensible Angebote zur Verbesserung der Sprachkenntnisse und der Anpassungsqualifizierung sind für einen guten Einstieg notwendig. Kulturelle Prägungen bestehen auch bezogen auf die Pflegekultur, die Einstellungen zum Alter, zum angemessenen Umgang mit alten Menschen, zu Krankheit und Schmerz. Hier sind Vermittlungsangebote nötig. Transkulturelle Pflegedienste z.B. haben solche Erfahrungen in der Sprach- und Kulturvermittlung; ebenso grenznahe Einrichtungen, die bereits grenzüberschreitend kooperieren. Pflege ist Teamarbeit und multikulturelle Teams erfordern Offenheit, Verständnis und Toleranz auf beiden Seiten.

³⁴ Siehe auch: WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010.

³⁵ So fordert der Arbeitgeberverband Pflege das Aussetzen der Vorrangprüfung, den Verzicht auf „bürokratische“ Hürden und Curricula zu Spracherwerb/Nachqualifizierung, siehe: CARE konkret vom 30. April 2010; siehe auch: bpa Pressemitteilung vom 2. August 2011.

³⁶ Deutscher Berufsverband Pflegeberufe, Pressemitteilung vom 10. Juli 2011/Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

IV. Altenpflegefachkräfte binden: Berufszufriedenheit und Attraktivität erhöhen

Eine längere Verweildauer im Beruf und eine erfolgreiche Mitarbeiterbindung sind der effektivste Weg, um dem Fachkraftmangel zu begegnen. Dass die meisten Altenpfleger/innen nach kurzer Zeit ihren Beruf aufgeben, trifft nicht zu.³⁷ Vielmehr ist die berufliche Identifikation hoch und verbindet einen hohen Anspruch an die eigene pflegerische Arbeit mit der Erwartung, diesen im Alltag umsetzen zu können. Unterbrechungszeiten durch berufsbedingte Belastungen/Erkrankungen oder Familienphasen könnten durch mitarbeiterorientiertes Personalmanagement, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und eine leichtere Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienzeiten verkürzt oder vermieden werden. Berufsausstiege in der Altenpflege sind oft in den psychischen und physischen Anforderungen körpernaher Pflege oder Schichtarbeit begründet. Ein betriebliches Umstiegsmanagement kann individualisierte, andere Einsatzmöglichkeiten suchen und so erfahrene Kräfte und ihre Kompetenzen im System halten und Berufsausstiege vermeiden. Die langfristige Sicherung der Personalbasis erfordert den Einsatz von Ressourcen, der sich mittel- und langfristig auszahlen wird. Grundsätzlich bieten die starke berufliche Identifikation vieler Altenpfleger/innen und eine mitarbeiterorientierte Gestaltung der Arbeitsbedingungen gute Voraussetzungen für lange Beschäftigungszeiten und kontinuierlichere Berufsverläufe.³⁸

Eine wichtige Stellschraube zur Deckung des Personalbedarfs ist die Beschäftigungsstruktur, d.h. der Anteil an Voll- und Teilzeitkräften und geringfügig Beschäftigten und die geleistete Wochenarbeitszeit. Der hohe Anteil an Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung (71 % ambulante, 67 % stationäre Pflege) ist im hohen Frauenanteil (86 %), den hohen physischen und psychischen Belastungen in der Altenpflege und auch in einer an den Bedarfen und der Tagesstruktur der

³⁷ Zwar sind die Berufsverläufe von Altenpfleger/innen länger als bisher angenommen, allerdings mit langen Unterbrechungszeiten. Berufseinstieg vor 25–29 Jahren: Berufsverlauf 19,4, Beschäftigungszeit 11,6, Unterbrechungszeit 7,8 Jahre. Berufseinstieg vor 20–25 Jahren: Berufsverlauf 15,9, Beschäftigungszeit 8,5, Unterbrechungszeit 7,4 Jahre. Siehe: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick, Universität Frankfurt a.M., Mai 2009.

³⁸ Ebenda, S. 14: Für die befragten Pflegekräfte war das zentrale Kriterium für eine positive Einschätzung der Arbeitsbedingungen und eine lange Beschäftigungszeit eine ausgeprägte Mitarbeiterorientierung des Arbeitgebers.

Pflegebedürftigen orientierten Arbeitsorganisation begründet.³⁹ Mehr Vollzeitbeschäftigung und die Umwandlung geringfügiger Beschäftigung in Teilzeit mit höheren Wochenarbeitszeiten würden den erwarteten Personalengpass deutlich verzögern bzw. abmildern.⁴⁰

Pflege ist personalintensiv und Personalkosten sind eine Schlüsselgröße. Qualität in der Pflege ist ohne qualifizierte Arbeitskräfte nicht möglich und diese erwarten faire Löhne. Einheitliche Tarifverträge gibt es in der Pflege aufgrund der Trägervielfalt nicht. Seit dem 1. August 2010 gilt laut Pflegearbeitsbedingungsverordnung (PflegeArbbV) eine Lohnuntergrenze für Mitarbeiter/innen, die überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege ausüben (Pflegehilfskräfte).⁴¹ Einrichtungen mit Tarifbindung (z.B. TVöD) haben höhere Personalkosten durch Sozialleistungen wie betriebliche Altersvorsorge. Qualifizierte Altenpfleger/innen und fähige Nachwuchskräfte werden künftig mit niedrigen Löhnen und schlechten Sozialleistungen nicht zu gewinnen oder zu halten sein.

Personalentwicklung und strategisches Personalmanagement

Der Personalentwicklung kommt in den Diensten und Einrichtungen ein hoher Stellenwert zur Erhaltung von Motivation und Qualität in der Altenpflege zu. Die dafür notwendigen Ressourcen sollten zur Verfügung gestellt werden. Investitionen in die Personalqualität sollten neben der kontinuierlichen fachlichen Weiterbildung auch auf die sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen gerichtet sein. Besondere Verantwortung für die Personalentwicklung tragen die Führungskräfte. Gute Führung ist zentral für Berufszufriedenheit, Identifizierung, Bindung und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen. Mit ihr steht und fällt die Lern- und Motivationskultur, gute Führung aktiviert und erhöht die Bereitschaft der Mitarbeiter/innen zur Weiterqualifizierung und entwickelt mit ihnen berufliche Perspektiven. Die Stärkung guter Führungskompetenz ist eine Investition in die Zukunftsfähigkeit von Einrichtungen/Diensten. Vorgesetzte sollten befähigt werden, an den individuellen Fähigkeiten und Bedarfen orientiert zu führen.

³⁹ So wird eine Vollzeitstelle durch ca. 1,3 Beschäftigte erbracht. In den neuen Ländern/Berlin-Ost arbeiteten knapp 30 % mehr Frauen Vollzeit als im früheren Bundesgebiet und bei Teilzeit 4,9 Wochenstunden mehr. Unterschiedlich sind die Gründe für Teilzeit: als Ergebnis fehlender Vollzeitangebote im Osten, aus persönlichen/familiären Gründen im Westen, siehe dazu: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002.

⁴⁰ Tatsächlich steigen Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung, siehe ebenda.

⁴¹ 7,50 Euro in den neuen, 8,50 Euro in den alten Bundesländern. Erhöhungen von jeweils 25 Cent erfolgen ab Januar 2012 und Juli 2013. Die Mindestlohn-Verordnung gilt bis 31. Dezember 2014, www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2010/03/2010-03-26-mindestlohn-in-pflegebranche-beschlossen.html.

Träger von Einrichtungen und Diensten sind gut beraten, in Führungskompetenz zu investieren.⁴²

Belastungen reduzieren und Arbeitsabläufe optimal gestalten

Die Arbeitsbelastung in der Altenpflege ist hoch. Viele Pflegekräfte fühlen sich dauerhaft überlastet, leiden unter Zeitdruck und dem Gefühl, eigene Ansprüche an die Pflege nicht erfüllen zu können.⁴³ Arbeitszeitreduzierung oder Berufsausstieg sind häufig das Ergebnis.

Für die Ermittlung einer ausreichenden Personalausstattung existiert kein einheitlicher Maßstab. Den verhandelten Personalschlüsseln liegen Zeitwerte zugrunde, die weder pflegewissenschaftlich fundiert noch empirisch hinterlegt sind und individuell gefühlte und objektive Belastung können auseinanderfallen. Auch erfordern unterschiedliche pflegerische Konzepte eine unterschiedliche Personalausstattung. Eine veränderte Pflegeorganisation kann zu höherer Berufszufriedenheit führen.⁴⁴

Wie eine pflegewissenschaftlich fundierte Personalbedarfsbemessung auf der Basis des tatsächlichen Unterstützungs- und Pflegebedarfs und unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen kann, wird insbesondere nach Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu prüfen sein.⁴⁵ Der Deutsche Verein vermisst diese Umsetzung im Rahmen der angekündigten Pflegereform. Er erachtet sie für eine qualitative Weiterentwicklung der Altenpflege als unverzichtbar und mahnt sie an.

Arbeitsbelastungen sind nicht zwingend das Ergebnis zu knapper Personalausstattung. Ungünstige Arbeitsorganisation und unreflektierter Personaleinsatz, unklare Kompetenzen sowie unnötig aufwendige Pflegedokumentationen erhöhen den Stress auch bei guter Personalausstattung und verschleißen Motivation und Leistungsfähigkeit.

⁴² Gute Führung in der Pflege, Schriftenreihe Neue Qualität in der Arbeit, www.inqua.de.

⁴³ Diese Belastungen führen zu einem um 20 % höheren Krankenstand in der Altenpflege als im Mittel aller Branchen. Psychosomatische Beschwerden treten im Vergleich zum Durchschnitt der Erwerbstätigen um 44,3 % häufiger auf.

⁴⁴ So sind z.B. Pflegekräfte in Pflegeoasen zufriedener trotz hoher Belastung und ebenso in Demenz-Wohngruppen, Quelle: www.alzheimerwgs.de/-betreutewgs.html.

⁴⁵ Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle. Studie des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen.

Dass es besser geht, zeigen die Erfahrungen aus dem Projekt ALIDA (Arbeitslogistik in der Altenpflege). Mit verbesserten Arbeitsabläufen und optimierten Personaleinsatzzeiten können Belastungen gleichmäßiger über den Tag verteilt und Überlastungsspitzen vermieden werden.⁴⁶ Wo immer möglich, sollten bereits vorhandene intelligente technische Hilfen zur Entlastung in der Altenpflege eingesetzt werden.⁴⁷

Betriebliche Gesundheitspolitik und gesundheitsförderliches Arbeiten

Betriebliche Gesundheitspolitik setzt bei der Organisation, der Arbeitsumwelt, der Arbeitsgestaltung und dem Verhalten von Führung und Belegschaft an. Darin liegt ihr präventives Potenzial.

Bei knappem Personal, älter werdenden Belegschaften und Fachkräftemangel ist die Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit dringend geboten, langfristig auch zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit. Trotz bekannter gesundheitlicher Belastungen und vorhandener praxiserprobter Konzepte steht die Altenpflege erst am Beginn der strukturierten Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vereinzelt Maßnahmen, z.B. Rückenschule, sind ohne gesundheitsfördernde Gesamtstrategie und Einbindung in die tägliche Arbeitsorganisation wirkungslos. Nur der Aufbau einer Präventionskultur und die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Führungskräften und Mitarbeiter/innen schaffen wirksame Umsetzungen. Eine „gesundheitsfördernde Führung“ hält Mitarbeitende länger gesund im Beruf und in den Unternehmen. Der Weg dahin ist das betriebliche Gesundheitsmanagement als strukturierte, nachhaltige und umfassende Handlungsstrategie zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Strukturen und Arbeitsprozessen sowie zur Befähigung der Beschäftigten. Ein funktionierendes Gesundheitsmanagement setzt voraus, dass die Grundlagen im Arbeits- und Gesundheitsschutz erfüllt sind. Eine verbesserte innerbetriebliche Arbeitsschutzorganisation reduziert die

⁴⁶ Neben der Abkehr vom tradierten Schichtmodell werden Mitarbeiter/innen in die Dienstplan- und Arbeitszeitgestaltung aktiv einbezogen. Mitarbeiterbefragungen, Führungskräfteinterviews sowie eine Zeitleistungserfassung sind die Basis für Verbesserungen von Organisation und Logistik der Einrichtungen. Überstunden konnten weitgehend abgebaut werden. Näheres: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, www.bgw.de.

⁴⁷ Empirische Ergebnisse und Berichte aus der Praxis dazu in: „Neue Technologien im Gesundheits- und Pflegebereich“, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3/2011.

Gesundheitsgefährdungen.⁴⁸ Insbesondere den psychischen Belastungen und Gefährdungen sollte mit Maßnahmen zum Abbau von Stress, zur Stärkung der Selbstsorge und der psychischen Widerstandsfähigkeit begegnet werden. Kollegiale Beratung, Supervision, Coaching sind Beispiele für bewährte Instrumente, die zum Teil noch zu wenig genutzt werden. Betriebliche Gesundheitspolitik benötigt die Verankerung in der Unternehmenspolitik und den Leitbildern der Pflegeeinrichtungen/-unternehmen. Betriebliche Gesundheitsziele und die Aufnahme von Maßnahmen des gesundheitsförderlichen Führens in die Zielvereinbarungen der Führungskräfte sind weitere Schritte zum Aufbau einer Präventionskultur.

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich nur in enger Zusammenarbeit der Sozialpartner entwickeln. Durch Kooperation von Unfallversicherungen und Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann der Auf- und Ausbau einer Präventionskultur in den Pflegeeinrichtungen und Unternehmen gefördert werden. Den Verbänden der Pflegeunternehmen kommt eine besondere Bedeutung in der Unterstützung gerade der kleinen und mittleren Einrichtungen bei der Gestaltung einer betrieblichen Gesundheitspolitik zu.

Alternsgerechte und lebensphasenbezogene Arbeitsorganisation

Der Altersdurchschnitt der Belegschaften in der Altenpflege ist relativ hoch (stationär: 25 % sind im Alter 50+)⁴⁹ und eine längere Lebensarbeitszeit lässt den Anteil der Älteren weiter steigen. Vorausschauende Träger von Einrichtungen/Diensten erhalten die langfristige Beschäftigungsfähigkeit durch eine alternsgerechte, lebensphasenbezogene Arbeitsorganisation, die Junge wie Ältere im Blick hat, und machen durch altersgemischte Teams die Organisation „demografiefest“.

Personalmix und Fachkraftquote

Die Versorgungsformen in der Altenpflege sind vielfältiger geworden. Auch im stationären Bereich werden dezentrale, bewohnerorientierte Konzepte entwickelt (Wohngruppen/Hausgemeinschaften u.a.). Mit den Versorgungskonzepten verändern sich auch die Aufgabenprofile der Pflegekräfte und andere Professionen werden in der Versorgung und Betreuung bedeutsamer. In diesem Zusammenhang wird die

⁴⁸ Siehe dazu: www.risikoquickcheck.de/login.asp.

⁴⁹ Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007.

Fachkraftquote (verbindliche Untergrenze von 50 % Pflegefachkräften) als Mittel der Qualitätssicherung diskutiert. Mit Blick auf die Entwicklung neuer Versorgungs- und Pflegearrangements ist zu prüfen, ob eine „starre“ Fachkraftquote weiter sinnvoll ist oder ob sie nicht eine Hürde für eine innovative, kleinräumiger und flexibler organisierte Altenpflege ist.⁵⁰ Bereits heute wird Altenpflege von einer Reihe von Assistenzberufen unter der Verantwortung von Pflegefachkräften erbracht. Wie und ob sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf eine notwendige Fachkraftquote auswirken wird, ist noch nicht abzusehen. Erste Studien dazu laufen.⁵¹ Ob eine veränderte Pflegeorganisation auch bei Unterschreitung der Fachkraftquote eine mindestens gleichbleibende Qualität erzielen kann, wird in der Praxis erprobt. So soll z.B. eine stärkere Professionalisierung an der Spitze der Pflegehierarchie („Pflegeprozessmanager/in“) ermöglichen, erfahrenen Hilfskräften mehr Aufgaben zu übertragen, als dies heute möglich ist.⁵² Pflegefachkräfte könnten so von Aufgaben entlastet werden, für die sie überqualifiziert sind. Solche Konzepte des „Primary Nursing“ sind in Großbritannien und den Niederlanden bereits eingeführt.⁵³ Auch mit Blick auf den Fachkräftemangel werden flexiblere Versorgungskonzepte mit breiterem Personal- und Kompetenzmix (z.B. Fachkräfte der Hauswirtschaft, sozialpädagogische Assistenzberufe, weitere sozial- und gesundheitspädagogische Professionen usw.) notwendig werden. Im Ergebnis könnte eine Flexibilisierung sowohl zu einer höheren als auch zu einer niedrigeren Fachkraftquote führen.

Im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfiehlt der Deutsche Verein den Ländern, ggf. auch zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Flexibilisierung der Fachkraftquote bei gleicher oder höherer Versorgungsqualität möglich ist.

⁵⁰ Pflegefachverbände, wie der Deutsche Pflegerat oder der Deutsche Berufsverband der Pflegeberufe, warnen vor der Aushöhlung der Fachkraftquote als einer Kapitulation vor dem Fachkräftemangel und als Gefährdung der Qualität der pflegerischen Versorgung: Pressemitteilung des DPR vom 9. November 2010; DBfP Positionspapier vom März 2011.

⁵¹ „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“, Studie des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen.

⁵² So will die Münchenstift GmbH mit einer Neuorganisation der Pflegehierarchie erproben, ob mit dem Konzept des Primary Nursing (Planung und Organisation der Pflege durch hochqualifizierte Pflegekraft) die Pflegequalität auch ohne Fachkraftquote gehalten oder sogar gesteigert werden kann. Näheres: CARE konkret, Nr. 31/32 2011.

⁵³ Hingegen erwartet das Netzwerk Primary Nursing eher mehr Fachkräfte. Da Pflegeplanung und Pflegedurchführung in einer Hand liegen sollten, sei eine Fachkraftquote von 85 % realistisch, Pressemitteilung zitiert nach CARE konkret, Nr. 34/2011.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Altenpflege verbessern

Die Vereinbarkeit des Altenpflegeberufs mit familiären Sorgeaufgaben wird von den überwiegend weiblichen Beschäftigten als schwierig erlebt. Pfl egetypische arbeitsorganisatorische Anforderungen wie Schicht- und Bereitschaftsdienste, mangelnde Planbarkeit von Arbeitszeiten sowie häufige Mehrarbeitszeiten sind Vereinbarkeitsbarrieren und ein Grund für eine hohe Teilzeitquote, lange Unterbrechungszeiten oder den Berufsausstieg.

Eine familienfreundliche Betriebskultur⁵⁴ kann diese Barrieren abbauen und sollte als Querschnittsaufgabe und Baustein der qualitativen Organisationsentwicklung in der Personalpolitik und Arbeitsorganisation verankert sein. Eine familienfreundliche Betriebskultur ist für die Personalgewinnung ein Wettbewerbsvorteil, sie wird als mitarbeiterorientiert erlebt, sie unterstützt die Mitarbeiterbindung und den Verbleib im Beruf. Familienfreundliche Formen der Arbeitsorganisation und Betriebsvereinbarungen zu Arbeitszeitflexibilisierungen sowie „sichere“ Dienstpläne erleichtern Vollzeitarbeit oder zumindest zeitlich ausgeweitete Teilzeit und begegnen mittelbar dem Fachkräftemangel.⁵⁵

Eine modulare Organisation von Weiterbildungen/Nachqualifizierungen sowie Teilzeitausbildungsplätze kommen Quereinsteigerinnen/„Spätberufenen“ mit Familienpflichten entgegen.

Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Arbeitsleben ist nicht allein Aufgabe der Arbeitgeber in der Altenpflege: Auch die Kommunen sollten mit einem Ausbau ihrer infrastrukturellen Angebote reagieren. Eine gute Vernetzung von Einrichtungen/Diensten der Pflege mit lokalen Infrastrukturangeboten, wie Kinderbetreuungseinrichtungen, Familien- und Mütterzentren sowie Mehrgenerationenhäusern, z.B. durch feste Kooperationsvereinbarungen, bündelt vor Ort vorhandene Akteure und Handlungsoptionen und kann Vereinbarkeitsbarrieren wirkungsvoll abbauen. In der Praxis verantworten Kommunen und freigemeinnützige Träger häufig sowohl

⁵⁴ Praxisbeispiele finden sich in: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern, Schriftenreihe Inqua.de.

⁵⁵ Die Teilzeitquote beruht in den westlichen Bundesländern u.a. auf Vereinbarkeitsbarrieren, siehe dazu: Afentakis, A./Maier, T: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002.

Einrichtungen der Kindertagesbetreuung als auch Angebote der ambulanten und stationären Pflege. Hier sollten Synergien erkannt und genutzt werden.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen und Pflegekassen, zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und im Hinblick auf die Sicherstellung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur vorhandene sozialräumliche Ressourcen zu erkennen, zu stärken und zu vernetzen. Vor Ort bestehende Pflegedienste/Einrichtungen der Altenpflege sollten, um ihren Mitarbeiter/innen die lokale Infrastruktur verfügbar zu machen, zu ihren Bedarfen und Ressourcen befragt und in die Gestaltung und Weiterentwicklung von Angeboten eingebunden werden.

V. Altenpflege entlasten durch intelligenten Hilfe-Mix

Mit einem intelligenten Hilfe-Mix kann dem Fachkräftemangel in der professionellen Altenpflege mittelbar begegnet und dem Wunsch der älteren Menschen nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder dem vertrauten Sozialraum entsprochen werden. Hier sind vor allem die Kommunen in der Verantwortung, sozialräumliche Ressourcen zu nutzen und kleinräumige Unterstützungsnetzwerke auf- und auszubauen. Diese werden im städtischen Quartier/Stadtteil anders aussehen als im ländlichen Raum. Eine Vernetzung lokaler/regionaler Infrastrukturangebote sollte darauf zielen, pflegebedürftigen Bürger/innen und pflegenden Angehörigen soziale Teilhabe zu ermöglichen und Formen der solidaritätsbasierten Sorge zu stärken: Wer Unterstützung geben will und kann, braucht Strukturen, die gemeinwohlorientiertes Engagement ermöglichen. Anzustreben sind „sorgende Gemeinschaften“ auf örtlicher Ebene, in denen professionelle Pflege, pflegende Angehörige, freiwillig Engagierte und nachbarschaftliche Hilfe in geteilter Verantwortung Aufgaben der Pflege und Unterstützung erbringen. In den letzten Jahren sind vielversprechende, neue sozialräumliche/gemeinwesenorientierte Konzepte entwickelt worden. Oft gingen sie von Trägern/Einrichtungen der Altenpflege⁵⁶ aus, die stationäre Einrichtungen ins Quartier öffneten und so den Sozialraum in die Einrichtung holten. Diese Einrichtungen nehmen Impulse von außen auf, gewinnen über Kontakte freiwillig Engagierte und qualifizieren ihre Mitarbeiter/innen für die Gemeinwesenarbeit.

⁵⁶ Netzwerk SONG – Soziales neu gestalten, www.netzwerk-song.de.

Kirchengemeinden entdecken die Konzepte der Gemeindepflege (Parish Nursing) (wieder) und engagieren sich in der Altenpflege.⁵⁷ Viele Kommunen machen sich auf den Weg zur „Demenzfreundlichen Kommune“ und bilden Netzwerke mit allen Akteuren. In den Kommunen, Kirchengemeinden und Pfarreien werden künftig mehr „lokale Verantwortungsgemeinschaften“ gebraucht.⁵⁸ aus professioneller Pflege (Einrichtungen/ambulante Dienste), pflegenden Angehörigen, freiwillig Engagierten, Nachbar/innen sowie lokaler Infrastruktur wie Kindertageseinrichtungen, Mütter- und Familienzentren, Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäusern, Familienbündnissen.

Pflegefachkräfte werden öfter als bisher in komplexe lokale/regionale Netzwerke eingebunden sein, die über bekannte Strukturen wie Pflegestützpunkte oder Pflegekonferenzen hinausgehen, und die dazu nötigen Fähigkeiten und Kompetenzen der Vernetzung, Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Professionen werden sie weitaus mehr beherrschen/erlernen müssen als heute üblich.

Zur Unterstützung einer möglichst langen selbstständigen Lebensführung im Alter können auch intelligente technische Hilfe- und Assistenzsysteme beitragen.

Zusammenarbeit mit und Begleitung von freiwilligem Engagement stärken

Zahlreiche Menschen engagieren sich für eine humane Betreuung pflege- und hilfebedürftiger Menschen. Sie leisten Nachbarschaftshilfe und Besuchsdienste in Privathaushalten und Einrichtungen der Altenpflege, qualifizieren sich zum/zur Senioren-, Demenz- oder Pflegebegleiter/in usw.

Die Engagement- und Seniorenpolitik auf Bundes- und Länderebene zielt darauf ab, (qualifiziertes) freiwilliges Engagement in der Pflege zu stärken und die Zahl der Freiwilligen zu erhöhen. Der Gesetzgeber hat die Förderung von freiwilligem Engagement in der Pflege im SGB XI (§ 45 d SGB XI) ausdrücklich festgeschrieben und so das Verständnis von Pflege als einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gestärkt.

⁵⁷ Ausgehend vom Konzept des „Parish Nursing“ bauen pfälzische Kirchengemeinden ein Gemeindepflegekonzept (Vis-a-Vis) auf, das eine Brücke zwischen Ehrenamtlichen und ambulanten Dienstleistungen bildet, www.visavis-gemeindediakonie.de.

⁵⁸ Mit Mitteln des ESF wird im Programm „Rückenwind – für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ das Qualifizierungsprojekt „Lokale Verantwortungsgemeinschaften in kleinen Lebenskreisen“ LoVe gefördert. Es qualifiziert berufsbegleitend Führungskräfte aus der Altenpflege und Behindertenarbeit, Pflegefach- und Assistenzkräfte und bürgerschaftlich engagierte Menschen. Näheres: www.netzwerk-song.de.

Zwar kann und soll freiwilliges Engagement professionelle Pflege nicht ersetzen, aber professionelle Pflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung kann nicht alle Teilhabebedarfe pflegebedürftiger Menschen abdecken. Doch gerade in der Pflege braucht freiwilliges Engagement die Qualifizierung und Begleitung durch „Pflegeprofis“.

So wird die Zusammenarbeit mit und die Begleitung von freiwilligem Engagement mehr als bisher zum Aufgaben- und Kompetenzprofil professioneller Pflegekräfte gehören und Aufgaben der Beratung, der Schulung, der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit sowie der Vernetzung/Koordinierung mit Infrastrukturen der Engagementförderung umfassen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sind Pflegekräfte in der Ausbildung und berufsbegleitend durch Fortbildungsangebote zu befähigen. Die nachhaltige, gelingende Einbindung von freiwilligem Engagement in Einrichtungen/Diensten der Altenpflege braucht eine konzeptionelle Verankerung und organisatorische Rahmenbedingungen. Der Gewinn kann eine Organisations- und Qualitätsentwicklung sein und Träger, die freiwilliges Engagement begleiten und unterstützen, können davon profitieren.⁵⁹

Freiwilliges Engagement kann Zeit als die wertvollste Ressource einbringen und Pflegekräfte von dem Druck entlasten, alle Zuwendung und Begegnung müsse aus der Pflege kommen. Den Einrichtungen bietet eine konzeptionell fundierte Einbindung von freiwillig Engagierten die Chance, professionelle Altenpflege mehr Menschen nahezubringen und die Anforderungen des Berufs und die Leistungen der Pflegekräfte in der Begegnung erlebbar zu machen. Ambulante Pflegedienste erleben häufig prekäre Pflegearrangements und alleinlebende pflegebedürftige Menschen, die außer zum Pflege- und Mahlzeitendienst keine sozialen Kontakte haben und vereinsamen. Häufig fehlen den Diensten Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort wie Angebote der Nachbarschaftshilfe, Besuchsdienste, Aktivitäten der Kirchengemeinden usw. Die Kommunen sind gut beraten, wenn sie Transparenz über vorhandene soziale Angebote herstellen und mit den ambulanten Pflegediensten zusammenwirken.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen, zusammen mit Trägern der Altenpflege, mit Senioren- und Freiwilligenorganisationen eine noch aktivere

⁵⁹ So hat der Landkreis Esslingen schon 1995 mit der Erarbeitung von Volunteers-Grundsätzen ein Konzept für die Einbindung Engagierter vorgelegt. Siehe auch: Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VDAK): Rahmenleitlinien Ehrenamt, 2. Auflage, Mai 2011.

Anerkennungskultur zu gestalten, die neben Formen öffentlicher Anerkennung auch Angebote der Qualifizierung und der Beteiligung freiwillig Engagierter an der Gestaltung lokaler Angebote umfasst.

Zusammenarbeit mit und Unterstützung von pflegenden Angehörigen verbessern

Pflegende Angehörige tragen die Hauptlast der Pflege und nicht selten pflegen sie bis zur eigenen Pflegebedürftigkeit. Komplexe Pflegearrangements dauerhaft zu koordinieren und aufrechtzuerhalten, stellt hohe organisatorische Anforderungen an pflegende Angehörige, die in wachsender Zahl Pflege und Beruf vereinbaren müssen. Schon heute sind 59 % der Hauptpflegepersonen im Erwerbstätigenalter erwerbstätig und 57 % sind 55 und älter.⁶⁰

Eine qualifizierte, umfassende Beratung pflegender Angehöriger ist das Fundament, um Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit zu erhalten, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren und eine stationäre Versorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern. Wichtige Verbesserungen sind durch den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI erreicht worden, aber die Erfahrungen in Beratungsstellen, Pflegestützpunkten usw. belegen, dass pflegende Angehörige nur unzureichend über vorhandene Entlastungsmöglichkeiten informiert sind. Für qualifizierte Pflegeberatungen werden mit den lokalen Unterstützungssettings vertraute Pflegeberater/innen gebraucht, die Angehörige auch im Hinblick auf die Erhaltung ihrer Pflegefähigkeit kompetent beraten und sie aktiv zur Selbstsorge motivieren. Mobile, zeitlich flexible Beratungsangebote und aufsuchende Beratungen in der Pflegehäuslichkeit erleichtern den Zugang vor allem im ländlichen Raum oder bei eingeschränkter Mobilität.

Einige Bundesländer haben Landesstellen für pflegende Angehörige oder vergleichbare Angebote eingerichtet, die pflegende Angehörige in allen Fragen der häuslichen Pflege informieren, beraten und vermitteln.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Bundesländern, mit den Pflegekassen und Kommunen sowie den Trägern von Einrichtungen und Diensten zusammen hinreichend geeignete Angebote zur Information und Beratung auch für pflegende

⁶⁰ 15 % gaben ihre Erwerbstätigkeit auf, 34 % schränkten sie ein. Angaben aus Infratest-Studie „Wirkungen der Pflegeversicherung“, Berlin 2011.

Angehörige zu gestalten, die leicht zugänglich sind und die die Perspektive der pflegenden Angehörigen im Blick haben. Vorhandene Beratungsangebote vor Ort sollten daraufhin geprüft werden, ob sie pflegende Angehörige umfassend beraten und ihre Nutzung evaluieren.⁶¹

Pflegende Angehörige benötigen neben Beratung auch Schulungen zur Durchführung der Pflege (Pflegehilfsmittel, rückschonende Pflege etc.), psychosoziale Begleitung (Ermutigung/Befähigung zur Eigensorge, Selbsthilfe, Interessenvertretung) und flexible Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Niederschwellige Angebote zur psychosozialen Begleitung durch freiwillig Engagierte, z.B. Pflege- oder Demenzbegleiter/innen, können über bestehende Infrastruktureinrichtungen flächendeckend etabliert werden. Insbesondere Tages- und teilstationäre Versorgungsformen und die Kombination ambulanter Pflegesachleistungen mit Tages- oder Nachtpflege (§ 41 SGB XI) schaffen Freiräume und helfen Beruf und Pflege zu vereinbaren.⁶² Regelmäßige Auszeiten von der Pflege erhalten Gesundheit und Pflegefähigkeit, dennoch wird das wirksame Entlastungsangebot der Verhinderungspflege noch nicht optimal genutzt.⁶³ Im Rahmen der Pflegeberatung sollten pflegende Angehörige hierzu aktiv informiert und motiviert werden. Dass Kommunen gemeinsam mit der Pflegeversicherung erfolgreich qualitätsgesicherte Angebote zur häuslichen Betreuung entwickeln können, zeigen Projekte wie „SoWieDaheim“ im Main-Kinzig-Kreis oder die Angebote der Nachbarschaftshilfe Ludwigshafen.⁶⁴

Der Deutsche Verein empfiehlt, solche Unterstützungsangebote nach § 45 c SGB XI konsequent im Zusammenwirken von Kommunen und Pflegekassen sowie den Trägern von Einrichtungen und Diensten der Altenpflege auszubauen. In die

⁶¹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, in: Deutscher Verein (Hrsg.): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 7–49.

⁶² Nebe, K.: Häusliche Pflege gendergerecht?, in: djbZ 2/2011, S. 59.

⁶³ 2010 sind bundesweit 617.000 Fälle von Verhinderungspflege erfasst worden (etwa jeder dritte Pflegebedürftige hat danach Verhinderungspflege zur Entlastung seiner Pflegeperson beansprucht). Wegen des begrenzten Inanspruchnahmezeitraums pro Fall ist die Empfängerzahl mit 47.000 (Jahresdurchschnitt) geringer. Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg pflegen in Baden-Württemberg 250.000 Menschen, doch nur 18.000 haben Verhinderungspflege in Anspruch genommen, siehe: CARE konkret, Nr. 35/2011.

⁶⁴ SoWieDaheim: qualitätsgesicherte Tagesbetreuung von Demenzkranken in Gastfamilien, siehe: www.mkk.de. Nachbarschaftshilfe Ludwigshafen (Angebot nach § 45 SGB XI), siehe www.ludwigshafen.de.

Entwicklung solcher Angebote sollten pflegende Angehörige als Expert/innen in eigener Sache einbezogen werden.

Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umfasst auch die soziale Absicherung der informell Pflegenden, damit Pflege keine Armutsfalle wird. Das Familienpflegezeitgesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann daher nur ein erster Schritt sein.⁶⁵ Pflegende Angehörige sind höheren Gesundheitsrisiken durch Pflege ausgesetzt. Spezifische Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige fehlen.

Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, Pflegezeiten in der Alterssicherung nicht schlechter zu stellen als Zeiten der Kindererziehung. Pflegende Angehörige sollten bei Bedarf einen spezifischen Anspruch (vergleichbar mit Eltern-Kind-Kuren nach § 41 SGB V) auf Rehabilitation bei bzw. nach Pflege haben.

VI. Wertschätzung des Berufsfelds Altenpflege stärken und seine Attraktivität aufzeigen

Dass Altenpflege ein anspruchsvoller Beruf ist, der qualifizierten Menschen verantwortungsvolle Aufgaben sowie Aufstiegs- und Entwicklungschancen in einem zukunftsfähigen Arbeitsmarkt bietet, ist in der öffentlichen Wahrnehmung (auch im Selbstverständnis der Pflegekräfte) wenig präsent.⁶⁶ Eine Reihe von Kampagnen zielen auf eine Aufwertung des Berufsbildes in der öffentlichen Wahrnehmung.⁶⁷

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Jahr 2007 die Rollenverteilung im Gesundheitswesen thematisiert und der Pflege zukünftig weitaus stärker als heute eigenständige Aufgaben und Kompetenzen als notwendige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in einer alternden

⁶⁵ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, NDV 2011, S. 148–151. Das Familienpflegezeitgesetz wurde vom Bundestag am 20. Oktober 2011 verabschiedet und ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

⁶⁶ Im Vergleich zur „professionellen“ und „arznahen“ Krankenpflege gilt Altenpflege als „Hilfsberuf“, den im Prinzip jede/r beherrscht. Auch leidet das professionelle Selbstverständnis unter dem tradierten Über- bzw. Unterordnungsverhältnis von Medizin und Pflege, vgl. Goesmann, C./Nölle, K.: Die Wertschätzung der Pflegeberufe im Spiegel der Statistik, Dortmund 2009.

⁶⁷ Beispielhaft: „Ich pflege, weil...“; Fotoausstellung „DaSein. Ein neuer Blick auf die Pflege“ (beides BMG), oder Fachkampagne des BMFSFJ: „Berufsfeld: Moderne Altenpflege“.

Gesellschaft zugeordnet.⁶⁸ Neben einer einheitlichen grundständigen Ausbildung sei eine stärkere Spezialisierung und Qualifizierung erforderlich. Dies verlange auch einen Zuwachs an eigenständiger Verantwortungs- und Kompetenzübertragung an die Pflege insgesamt.

Im Wettbewerb um gute Kräfte sollten diese Eigenständigkeit der Heil- und Gesundheitsberufe als Profession mit verantwortungsvollen Aufgaben und vielschichtigen Kompetenzen aktiv und selbstbewusst kommuniziert sowie die besonderen Chancen im Berufsfeld Altenpflege verdeutlicht werden: ein wachsender und lokal verankerter Arbeitsmarkt mit sicheren (wohnnahen) Arbeitsplätzen, der gute Ausbildung, lebenslanges Lernen sowie Aufstiegschancen durch Spezialisierung und/oder Weiterqualifizierung bietet. Gerade die Erweiterung des Versorgungs- und Aufgabenspektrums in der Altenpflege verlangt und fördert unterschiedliche Talente und Kompetenzen und bietet attraktive Möglichkeiten für eine lebenslange berufliche Perspektive. Diese Vorzüge müssen allerdings mit den real erlebten Arbeitsbedingungen und dem Arbeitsalltag übereinstimmen. Reine Imagepflege kann nicht überzeugen. Altenpflege braucht ehrliche Wertschätzung und adäquate Rahmenbedingungen. Schritte dazu sind auf allen Ebenen nötig: in Einrichtungen und Diensten, in der Pflegepolitik und im gesellschaftlichen Verständnis, dass die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen eine verantwortungsvolle, aber keine alleinige Aufgabe professioneller Pflege ist.

⁶⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, Berlin 2007.