

Alter(n)sgerechtes Arbeiten in der Altenpflege

Dokumentation des Expertenworkshops am 8. April 2008, Berlin



FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN



bGw

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

„Sieht die Pflege bald alt aus?“

**Alter(n)sgerechtes Arbeiten
in der Altenpflege**

Impressum

„Sieht die Pflege bald alt aus?“

Alter(n)sgerechtes Arbeiten in der Altenpflege

Stand 11/2008

© 2008 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege – BGW

Autoren

Björn Kähler, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Hamburg
Kathrin-Rika Freifrau von Hirschberg, Dresden

Herausgeber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege – BGW
Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

Telefon: (040) 202 07 - 0

Telefax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Bestellnummer

EP-DAA-11

Redaktion

Natalie Broscheid
Fiona Mühlbauer

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Vorträge	8
2.1	Zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sieht die Pflege bald alt aus?	8
2.2	Demografischer Wandel aus kommunaler Sicht.....	15
3	Open-Space-Workshops	24
3.1	Ausbildung und Nachwuchsgewinnung	24
3.2	Image im Berufsfeld Altenpflege	27
3.3	Interkulturelle Pflege	28
3.4	Gesund arbeiten bis 67.....	30
3.5	Versorgungskonzepte der Zukunft.....	33
3.6	Kommunikation	35
3.7	Zusammenfassung der Kernaussagen	36
4	Interviews.....	39
4.1	Oskar Burkert, MdL, CDU	39
4.2	Michael Musall, Gewerkschaftssekretär	44
4.3	Susanne Otto, Verbandsoberein.....	50
4.4	Tabellarischer Überblick der Kernaussagen.....	54
5	Literatur und Quellen.....	57

1 Einleitung

Wie sieht die Zukunft der Pflege aus? Klar ist: Der demografische Wandel bringt zwei wesentliche Herausforderungen mit sich. Zum einen wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich steigen. Zum anderen gibt es wegen Geburtenrückgang, veränderten familiären Strukturen sowie dem schlechten Image des Pflegeberufs immer weniger Menschen, die sich in der Pflege engagieren.

Dieses Dilemma wirkt sich bereits heute spürbar auf die Qualität der Pflege, aber auch auf Arbeitszufriedenheit und berufliche Belastung der Pflegefachkräfte aus. Die Beschäftigten fallen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen aufgrund der hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen krankheitsbedingt häufig aus und geben frühzeitig ihren Beruf auf.

Doch professionelle, gute und effiziente Pflege ist nur mit gesunden Pflegefachkräften möglich! Deshalb startete die BGW 2006 die Kampagne „Aufbruch Pflege“. Sie bietet ein Forum für alle Beteiligten aus der Pflegebranche, aus Verbänden, Vereinen und der Politik. Ihre Ziele sind:

- Den Austausch von Informationen, Erfahrungen und Standpunkten fördern
- Veränderungsprozesse anstoßen
- Der gemeinsamen Entwicklung von Lösungsansätzen Raum geben
- Öffentlichkeitswirksame und nutzbringende Aufmerksamkeit schaffen

Nach der Herausgabe des ersten Reports „Aufbruch Pflege“ (BGW-Bestellnummer TS-AP-11), der sich vornehmlich den psychischen Belastungen von Pflegekräften widmete, erschien bereits im Sommer 2007 der zweite Pflege-report (BGW-Bestellnummer TS-AP07-11), der seinen Schwerpunkt auf den demografischen Wandel und dessen Auswirkungen auf die Beschäftigten in der Altenpflege richtet. Er nennt statistische Fakten zu Gesellschaft und Politik, analysiert die aktuelle Situation der Altenpflege und zeigt zukünftige Entwicklungsszenarien sowie erste Lösungsansätze auf.

Vor diesem Hintergrund fand am 8. April 2008 in Berlin die Veranstaltung **„Sieht die Pflege bald alt aus? Alter(n)sgerechtes Arbeiten in der Altenpflege“** statt. 89 Vertreter aus Politik, Verbänden, Vereinen und der Pflege waren der BGW-Einladung gefolgt.

Die Veranstaltung war bewusst in einen theoretischen und einen praktischen Teil unterteilt worden, um neben der Wissensvermittlung den Erfahrungsaustausch und die Diskussion untereinander zu fördern.

Nach Vorträgen von Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen (Direktor des Forschungszentrums Generationenverträge) zur Frage **„Nachhaltigkeit der Gesetz-**

lichen Pflegeversicherung. Sieht die Pflege bald alt aus?“ und Michael Löher (Vorstand und Geschäftsführer des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.) zum Thema „**Demografischer Wandel aus kommunaler Sicht**“ wurden sechs Open-Space-Diskussionsforen angeboten. Diese Konferenzmethode¹ wurde gewählt, um möglichst umfassend das Erfahrungswissen der Anwesenden zu sammeln, die Thematik durch alle Beteiligten zu reflektieren sowie die Ergebnisse in kürzester Zeit aufzubereiten.

Die Bilanz dieser Diskussionen ist nach Ansicht der BGW der zentrale Nutzwert einer solchen Veranstaltung. Mit der vorliegenden Publikation möchten wir diese Erfahrungen dokumentieren und der Öffentlichkeit zugänglich machen.

¹ Open-Space ist eine Konferenzmethode, die 1985 in den USA von Harrison Owen entwickelt wurde. Hauptziel des Open Space ist, einen Raum besonderer Qualität zu öffnen, damit Menschen selbstorganisiert und selbstverantwortlich ihre Anliegen gemeinschaftlich bearbeiten können.

2 Vorträge

2.1 Zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sieht die Pflege bald alt aus?²

Zur Person: Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen

- Professor (80 Prozent) für Finanzwissenschaft und Direktor des Forschungszentrums Generationenverträge an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- Prof. II. (20 Prozent) an der Universität Bergen, Norwegen
- Studium der Volkswirtschaftslehre in Kiel, Berlin und Aarhus (Dänemark)
- Promotion und Habilitation (Volkswirtschaftslehre) an der Universität Kiel
- Forschungsschwerpunkte: Sozial- und Steuerpolitik, insbesondere der Alterssicherung, Gesundheitsökonomie und Pflegevorsorge
- Mitwirkung an internationalen Forschungsprojekten: zum Beispiel Mitglied der Rürup-Kommission, der Kommission Steuergesetzbuch oder als Vorstand der Stiftung Marktwirtschaft



Kontakt: www.generationenvertraege.de

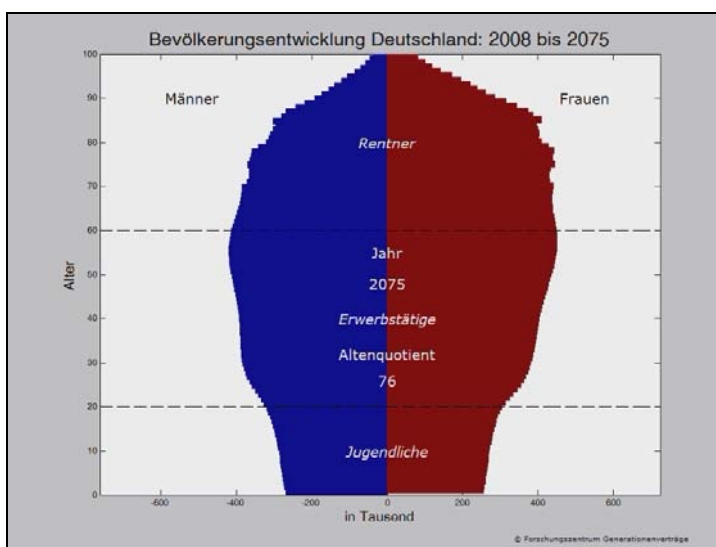
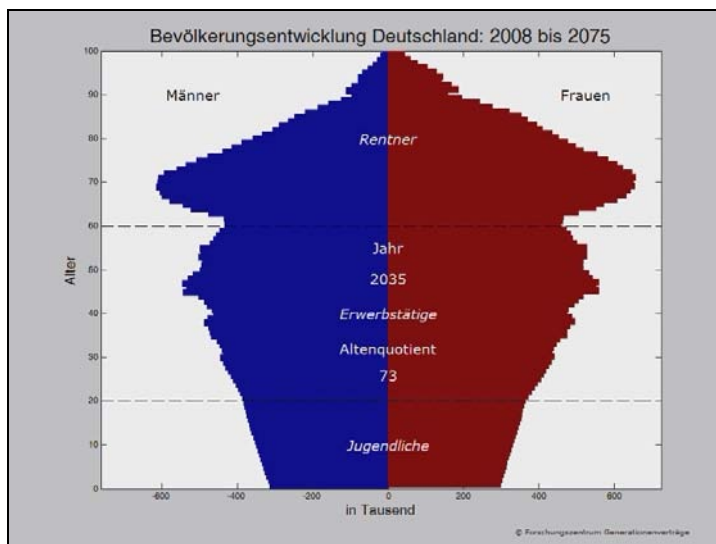
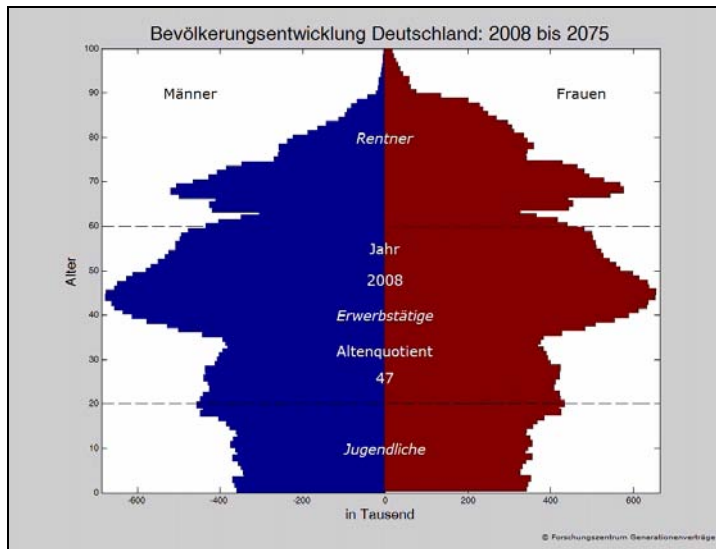
„Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung haben erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der deutschen Fiskalpolitik im Allgemeinen sowie der sozialen Sicherungssysteme im Besonderen. Vor allem die stetig steigende Lebenserwartung stellt eine Herausforderung für die Nachhaltigkeit der Staatsfinanzen dar.“³

Fundierte Bevölkerungsprognosen lassen sich auf Grundlage der Faktoren der Gesamtfertilitätsrate, der Lebenserwartung und der Wanderungsbewegungen bestimmen. In Deutschland wird das Zusammenwirken dieser drei Faktoren dazu führen, dass die Bevölkerung bis 2050 und darüber hinaus deutlich zurückgehen wird. Gleichzeitig verschiebt sich die Altersstruktur. Die weiter voranschreitende Alterung der deutschen Bevölkerung wird nicht nur unsere Gesellschaft grundlegend verändern, sondern auch dramatische Folgen für die umlagefinanzierten Sicherungssysteme in Deutschland haben.⁴

² Anmerkung: Nachfolgend handelt es sich nicht um den Originaltext des Vortrags, sondern um die Zusammenfassung der Kernaussagen auf Grundlage einer Mitschrift. Thematische Vertiefungen sind aufgrund der umfangreichen Publikationen jederzeit möglich, die auf der Website www.generationenvertraege.de zur Verfügung stehen.

³ Ehrentraut/Heidler 2007: Zusammenfassung: o. S.

⁴ Vergleiche ebenda: 4



Die demografische Entwicklung von heute bis 2075: Bevölkerungspyramiden in „Pilzform“ (2008), „Döner-Spieß“ (2035) und „Urne“ (2075).

Die Konsequenzen des demografischen Wandels sind daher keine Weissagungen. Sie sind absehbar, denn zukünftige Beitragszahler sind bereits geboren. Die Bevölkerungsstatistiken bilden quasi die Reflexion der Vergangenheit in die Zukunft ab.

Die zusammengefasste Geburtenziffer liegt derzeit bei knapp 1,4 Kindern pro Frau. Jede Elterngeneration „ersetzt“ sich durch ihre Kinder also nur um etwa zwei Drittel. Hinzu kommt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt.⁵ Jede Generation lebt mittlerweile vier Jahre länger als jene, die sie in die Welt gesetzt hat.

Fazit dieser Prozesse ist, dass in Zukunft immer weniger junge und immer mehr alte Menschen in Deutschland leben werden.

Dieser Prozess lässt sich durch die Bevölkerungspyramiden für die einzelnen Jahre veranschaulichen: Sie reichen von der derzeitigen „Pilzform“ (2008) über den „Döner-Spieß“ (2035) bis hin zur Form der „Urne“ (2075) (vergleiche Abbildungen Seite 9).

Der Zugewinn an Lebenserwartung sowie die zu geringe Geburtenrate ist aus Sicht der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland als bedenklich einzustufen. Es werden nicht genügend Menschen und damit Beitragszahler da sein, um die immer größere Zahl alter und pflegebedürftiger Menschen zu finanzieren und zu versorgen.

Der Alterungsprozess der Gesellschaft hat für die Versorgung zukünftiger Pflegefälle weitere bedenkliche Auswirkungen, denn auch die Anzahl zukünftiger Pflegefälle wird sich in den nächsten Jahrzehnten mindestens verdoppeln – bis zum Jahr 2050 auf etwa 4,1 Millionen.

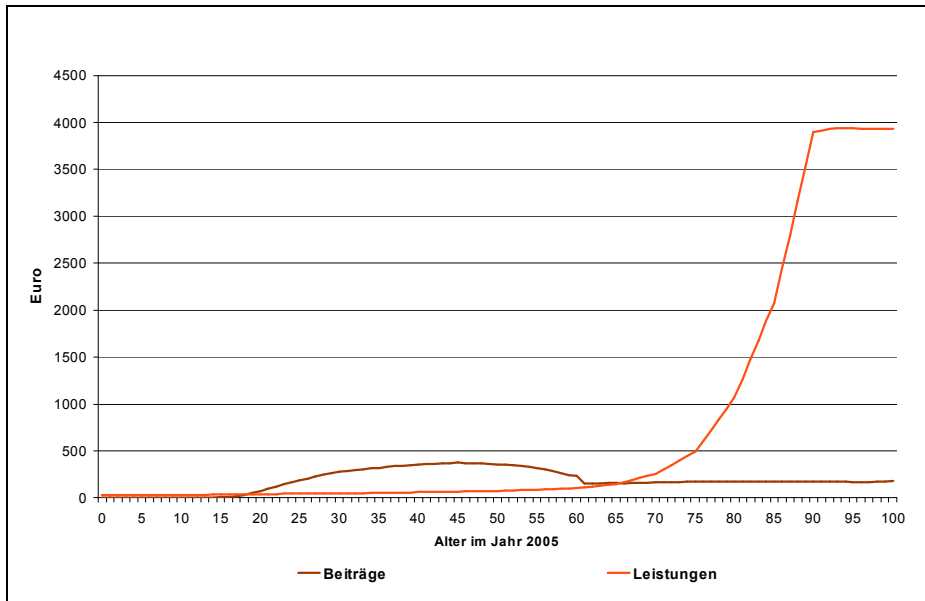
Diese Veränderungen sind natürlich von existenzieller Bedeutung für die nachhaltige Funktionsfähigkeit des Umlageverfahrens. Nur wenn nachfolgende Generationen zahlenmäßig mindestens genauso groß wären wie die Jahrgänge der Eltern, hätte der Generationenvertrag dauerhaft Bestand.

Eine Betrachtung der altersspezifischen Beiträge und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zeigt, dass ein Mensch im Durchschnitt während seines Lebens nicht annähernd das einbezahlt, was er von der SPV an Leistungen erhält (vergleiche Abbildung Seite 11).

Bedingt durch den doppelten Alterungsprozess sinken einerseits die durchschnittlichen Beitragseinnahmen je Versicherungsmitglied, da Rentner weniger einzahlen als Erwerbstätige.

⁵ Vergleiche ebenda: 5

Andererseits führt die Finanzierung nach dem Umlageverfahren bei einer alternden Gesellschaft zu höheren Ausgaben der SPV, da Pflegeleistungen fast ausschließlich im Alter in Anspruch genommen werden.



Altersspezifische Beitrags- und Leistungsprofile in der Sozialen Pflegeversicherung

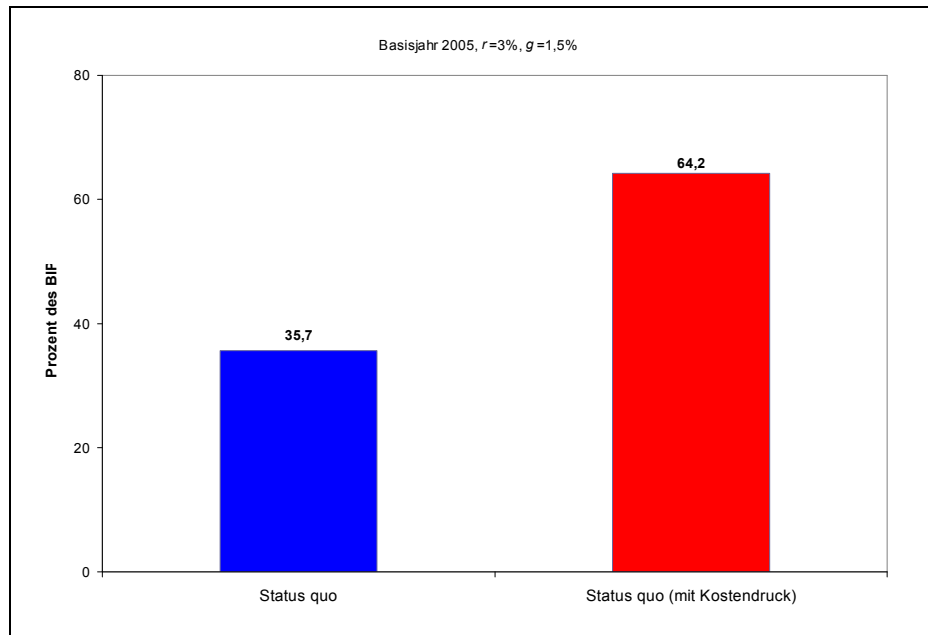
Die Nachhaltigkeitslücke⁶ ohne Kostendruck geht von einem realen Wirtschaftswachstum von 1,5 Prozent aus. Dementsprechend nehmen auch die Preise für Pflegeleistungen im Zeitverlauf zu.

Im Unterschied dazu unterstellt das Szenario mit Kostendruck, dass die Pflegeausgaben um 2,5 Prozent real pro Jahr ansteigen, wohingegen die Wirtschaft weiterhin mit 1,5 Prozent wächst.

In diesem Zusammenhang ist die „Baumolsche Krankheit“ auch in der Pflegebranche zu beobachten. Die „Kostenkrankheit“ bezeichnet das Phänomen der fehlenden Rationalisierungsmöglichkeiten im Pflegesektor im Gegensatz zu anderen Wirtschaftssektoren, die weniger personalintensiv sind. Damit die Qualität einer Dienstleistung (hier: der Pflegeleistung) aufrechterhalten werden kann, müssen die Löhne jedoch mit der allgemeinen Lohnentwicklung Schritt halten. Es entsteht ein Dilemma: Die Zahl der Pflegefachkräfte könnte nicht verringert werden, ohne dass die Qualität der Pflege abnehmen würde. Dennoch müssen sich die Löhne im Zeitverlauf

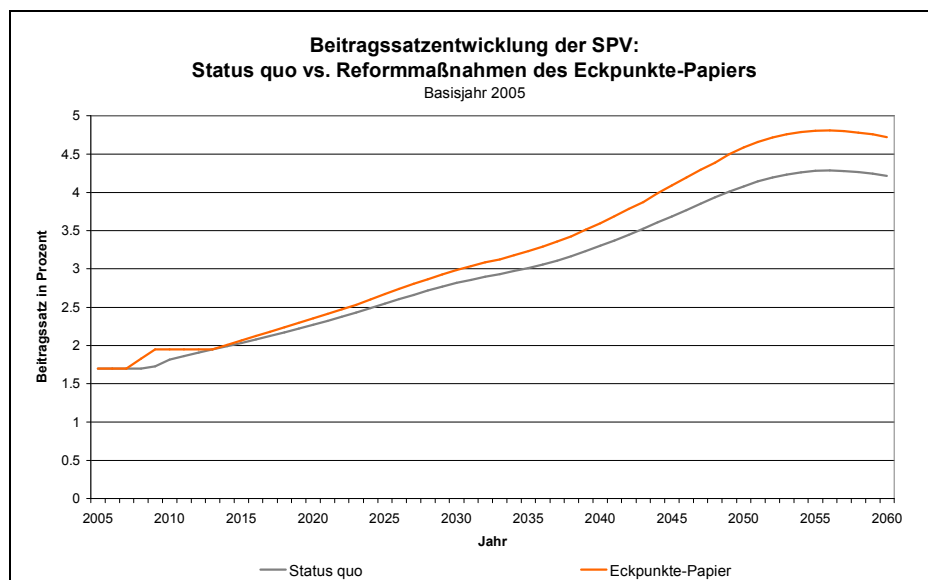
⁶ Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit gegenwärtiger Finanzpolitik wird zunächst unterstellt, dass alle politökonomischen Rahmenbedingungen beibehalten werden. Verknüpft werden die entsprechenden Daten mit jenen der Bevölkerungsprognosen, um langfristige Belastungen des Staates zu berechnen. Zukünftige Einnahmen und Ausgaben lassen sich kumulieren und auf den heutigen Zeitpunkt abdiskontieren (Barwert). Würden Einnahmen- und Ausgabenströme im Barwert entsprechen, wäre die Finanzpolitik nachhaltig. Gelingt dieser Budgetausgleich nicht, müssen zukünftig die Einnahmen oder Ausgaben des öffentlichen Sektors angepasst werden. Als **Nachhaltigkeitslücke** wird dann der Gesamtbetrag bezeichnet, der aufgewendet werden muss, um den intertemporalen Budgetausgleich herzustellen. Die Nachhaltigkeitslücke dient somit als Indikator für die „tatsächliche“ Staatsverschuldung.

parallel zum allgemeinen Lohnanstieg entwickeln. Weil das Rationalisierungspotenzial aber gering ist – denn Pflegedienstleistungen sind sehr personalintensiv –, wachsen die Kosten und damit auch die Staatsausgaben weiter.



Nachhaltigkeitslücke der SPV im Status quo – ohne und mit Kostendruck

In der Pflegeversicherung führt dieses geringe Rationalisierungspotenzial zu überproportionalen Kostensteigerungen. Die Nachhaltigkeitslücke der Pflegeversicherung wird sich mit Kostendruck nahezu verdoppeln und steigt auf 64,2 Prozentpunkte des Bruttoinlandsproduktes (BIP).



Entwicklung der Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung mit und ohne Pflegereform

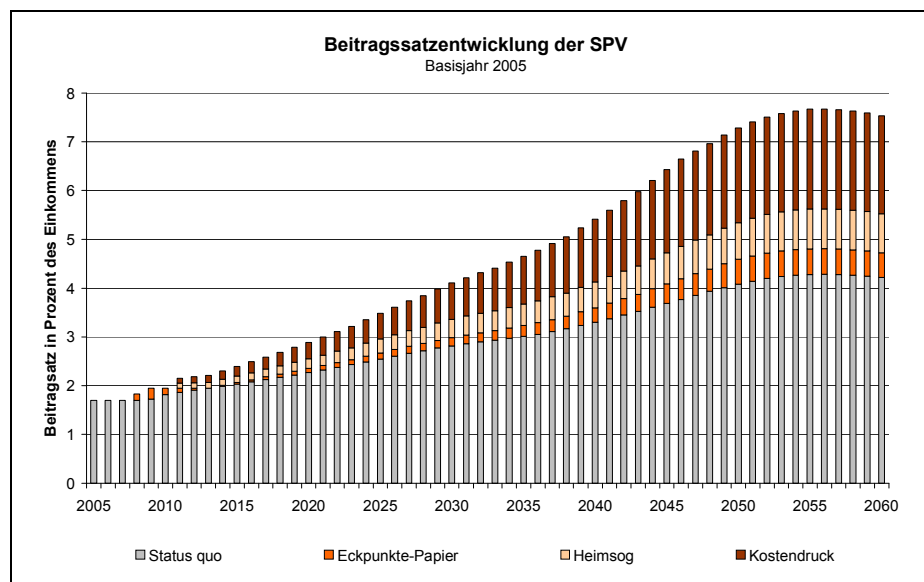
Die Pflegereform sieht unter anderem eine Anhebung der finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung vor, die mit einer Erhöhung des Beitragssatzes

einhergeht. Dabei werden die Leistungen ab 2015 dynamisiert, das heißt: alle drei Jahre wird geprüft werden, ob eine Anpassung an die Preisentwicklung erforderlich ist.

Diese Maßnahmen werden die Entwicklung der Beitragssätze nicht bremsen können.

Der angewandte Dynamisierungspfad ist also äußerst problematisch. So wird für die Jahre 2008 bis 2014 mit der Stufendynamisierung nicht einmal ein Inflationsausgleich erzielt. Aber auch die Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Preissteigerungsrate ab dem Jahr 2015 wird das Leistungsniveau nicht sichern können. Denn der Preisindex für Pflegeleistungen steigt prinzipiell stärker an als die allgemeine Inflationsrate, was – bei einer Dynamisierung gemäß der Inflationsrate – die Abnahme des Realwertes der Leistungssätze nach sich zieht. Mit dieser Form der Dynamisierungspolitik wird also weder das Leistungsniveau aufrechterhalten, noch lässt sich auf Dauer (trotz sukzessive sinkender Leistungen) der Beitragssatz konstant halten.⁷

Der abnehmende Realwert der Leistungssätze geht vielmehr mit einer Verletzung des Postulats der intergenerativen Gleichbehandlung einher. So wird eine Politik zulasten heute junger und zukünftiger Generationen installiert. Diese müssen nicht nur einen höheren Preis – in Form steigender Beitragssätze – für Pflegeleistungen zahlen, sie werden gleichzeitig einen geringeren Leistungsumfang erhalten.



Prognose der Beitragsentwicklung zur Sozialen Pflegeversicherung

⁷ Quelle: Raffelhüschen/Häcker 2008: 1

Bezieht man nun alle genannten Effekte⁸ in die Berechnung zukünftiger Beitragsentwicklung mit ein, so zeigt sich, dass die Beiträge bis zum Jahr 2060 von derzeit 1,7 auf über 7 Prozent ansteigen werden.

Zur nachhaltigen Finanzierung der SPV tragen die aktuellen Reformmaßnahmen nicht bei. Vielmehr verschlechtert sich der nicht-nachhaltige Zustand der Pflegeversicherung weiter. Darüber hinaus bleiben die Beiträge an das Lohn Einkommen gekoppelt. So wird zum einen die intergenerative Umverteilung innerhalb des Versicherungssystems beibehalten und zum anderen der Faktor Arbeit weiterhin stark belastet. Aufgrund der Leistungsausweitungen erhöhen sich die impliziten Lasten der SPV und machen Beitragssatzanhebungen in der Zukunft notwendig. Unter der Annahme eines gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritts von 1,5 Prozent und eines Realzinsatzes von 3 Prozent verursacht die derzeitige Pflegepolitik implizite Lasten für zukünftige Generationen von fast 0,8 Billionen Euro. Derzeitige Reformmaßnahmen erhöhen diese implizite Schuld um 36 Milliarden Euro im Barwert.⁹

Eine sinnvolle Reform muss daher aus Sicht des Forschungszentrums Generationenverträge an einem anderen Punkt ansetzen. Notwendig ist ein möglichst schneller Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren und zu leistungsäquivalenten Versicherungsprämien, die nicht mehr vom Arbeitseinkommen abhängen.

In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass der Umstieg in die Kapitaldeckung nur noch innerhalb eines Zeitfensters von einigen wenigen Jahren „kostengünstig“ beziehungsweise realistisch zu bewältigen ist: Zum einen wurden bislang nicht alle Einführungsgeschenke realisiert, zum anderen kann kein Jahrgang darauf pochen, bereits „ein Leben lang“ Beiträge geleistet zu haben.¹⁰

⁸ Heimsogeeffekt: Dieser bezeichnet das seit Einführung der SPV (1996) veränderte Inanspruchnahmeverhalten der Art der Pflegeleistungen hin zu mehr professioneller Pflege im stationären und ambulanten Sektor. Der Heimsogeeffekt äußert sich in einem Anstieg der Heimquote von ca. 28 Prozent (1997) auf mittlerweile 33 Prozent. Gleichzeitig ist der Anteil der Pflegegeldempfänger, die durch Angehörige versorgt werden, von 56 Prozent auf 46 Prozent gesunken. Somit gewinnt die deutlich teurere formelle Pflege durch professionelle Anbieter zunehmend an Bedeutung.

⁹ Quelle: Raffelhüschen/Häcker 2008: 4

¹⁰ Quelle: Ebenda

2.2 Demografischer Wandel aus kommunaler Sicht

Zur Person: Michael Löher, Ass. Jur.

Vorstand und Geschäftsführer des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.



- Studium der Rechtswissenschaften
Osnabrück; 1. + 2. Staatsexamen
- Wissenschaftlicher Dienst einer Fraktion im
Niedersächsischen Landtag; Schwerpunkte:
Soziales, Organisation, Verwaltung
- Ministerialverwaltung des Landes Sachsen-
Anhalt: Referatsleiter für Kabinetts- und Landtagsangelegenheiten im
Ministerium für Finanzen. Leiter des Büros des Ministerpräsidenten in
der Staatskanzlei
- Stellvertretender Abteilungsleiter und Referatsleiter für Familienpolitik
in der Abteilung Kinder, Jugend, Familie und Sport im Ministerium für
Arbeit, Frauen, Gesundheit, Soziales, Kinder

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, heute bei Ihnen zu sein und danke für die Einladung.

Als Vorstand des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (DV) spreche ich für einen Verein, der seit seiner Gründung 1880 in Berlin einerseits in die Jahre gekommen ist. Er hat aber das erreicht, was heute vielen vergönnt ist und auch Anlass zu dieser Tagung gibt: ein hohes Alter! Mit 128 Jahren ist der DV allerdings selbst unter den Hochaltrigen eine Ausnahme. Er ist trotz des hohen Alters quicklebendig im Zentrum des sozialpolitischen Geschehens.

Dies zeigt ein Blick auf die vielfältigen Aktivitäten und Arbeitsbereiche. Sie umfassen die Sozialhilfe und die Grundlagen der sozialen Sicherung, die Kinder- und Jugendhilfe, die Altenhilfe, die Pflege, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, die Organisation sozialer Dienste, die Fortentwicklung der sozialen Berufe und die europäische und internationale Sozialpolitik – und es ließe sich noch mehr nennen.

Große Projekte wie das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement ergänzen den Wirkungskreis und machen deutlich, dass der DV mit einem weiten Blickwinkel soziale Problemlagen und gesellschaftliche Entwicklungen ins Auge fasst.

Als Verein, dessen fachliche und fachpolitische Basis seine Mitglieder sind – und dies sind überwiegend die Träger der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege –, ist der DV kein Lobbyist von partikularen Interessen. In seiner Arbeit spiegeln sich die sozialen und politischen Realitäten und Widersprüche

in ihrer ganzen Bandbreite wieder. Sie müssen ausgehandelt und zum Ausgleich gebracht werden. Die „großen“ sozialen Fragen haben sich vielleicht verändert, neu sind sie aber nicht. Denken Sie an die aktuelle Diskussion um Kinderarmut und Kinderschutz oder die Frage, wie Alterssicherung und medizinische Versorgung nachhaltig finanziert werden können. Dies sind gesellschaftspolitische Aufgabenstellungen, die seit Beginn die Arbeit des DV begleiten und die stets in der Spannung von Sozialstaat und Eigenverantwortung des Einzelnen zu betrachten sind.

Von der Altenhilfe zur Politik für eine alternde Gesellschaft – wie können wir eine Gesellschaft des langen Lebens gestalten?

Seit einigen Jahren diskutieren wir intensiv den demografischen Wandel als eine, wenn nicht die zentrale Herausforderung für unsere Gesellschaft. Dass wir weniger, älter und bunter werden, hat inzwischen jeder verstanden. Ob allerdings verstanden wird, dass alternde Gesellschaft nicht nur eine steigende Zahl von alten Menschen, sondern einen gewaltigen sozialen Wandel beschreibt – das wage ich zu bezweifeln.

Die Verbindung von individuell gestiegener Lebenserwartung und anhaltend niedrigen Geburtenraten beschreibt drei Dimensionen der kollektiven Alterung:

- die Zunahme der absoluten Zahl älterer Menschen,
- den wachsenden Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung und
- den starken Anstieg der Hochaltrigen (80 Jahre plus).

Der starke Anstieg der Hochaltrigen von 1,5 Millionen 1970 auf 3,3 Millionen im Jahr 2003, also von 2 auf 4 Prozent der Gesamtbevölkerung, zeigt den Strukturwandel besonders augenfällig.

Betrag der Altenquotient (Anzahl der über 65-Jährigen pro hundert 20- bis 64-Jährige) 1953 noch 17,5, so wird er bis 2050 auf 54,5 steigen. Diese Alterung findet auch innerhalb der Erwerbsbevölkerung statt: Hier steigt der Anteil der 50- bis 64-Jährigen von 30 auf 39 Prozent bis 2050. Allein diese Zahlen sollten deutlich machen, dass wir mit dem Thema Alterung insgesamt anders als bisher umgehen müssen. Das meint mehr als die Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Lange war die Diskussion auf Fragen der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und einen anwachsenden Pflege- und Hilfebedarf im Alter beschränkt. Doch zunehmend werden andere Akzente in die Diskussion gebracht – auch vom Deutschen Verein.

Ein längeres Leben für alle

Vor hundert Jahren lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei etwa 45 Jahren. Heute hat ein 60 Jahre alter Mann eine durchschnittliche Lebenserwartung von weiteren 20,3 Jahren, eine Frau von 24,3 Jahren.¹¹ Eine gewon-

¹¹ Statistisches Bundesamt 2001, 2006

nene Lebensspanne, die von den meisten in Gesundheit und Wohlbefinden gelebt werden kann. Für den Einzelnen, aber auch gesamtgesellschaftlich ist dies ein bedeutender Fortschritt und sollte erfreuen, nicht ängstigen. Damit umfasst die Lebensspanne „Alter“ zwei bis drei Jahrzehnte. Diese Lebenszeit will aktiv gestaltet und sinnvoll gelebt werden.

Auch die Wünsche der Älteren haben sich deutlich gewandelt. Autonomie und Selbstständigkeit haben den Wunsch nach Sicherheit in der Prioritätenliste abgelöst. Eine boomende Reisebranche, für die ältere Menschen eine kaufkräftige Nachfragegruppe sind, profitiert davon, dass auch ältere Menschen bildungs- und erlebnishungrig sind. Sie suchen Lebensqualität, Genuss und Freude, sie wollen nicht verwaltet, versorgt und nur aufgrund des Lebensalters zum Fürsorgeobjekt werden. Aber alte Menschen haben auch ein hohes Maß an Gemeinwohlorientierung, sie sind bereit, verantwortlich zu leben und Solidarität untereinander und insbesondere innerhalb der Familie zu leben. Ein überholtes Altersbild wird diesem Strukturwandel des Alters ebenso wenig gerecht wie tradierte Formen der Altenhilfe, die nur noch eine Minderheit der Senioren und Seniorinnen erreichen.

Potenziale des Alters

Der 5. Altenbericht der Bundesregierung hat die Potenziale des Alters und die Beiträge, die alte Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft erbringen (können) aufgezeigt und ebenso, dass diese noch unzureichend genutzt werden. Das Leitbild eines aktiven Alters, das die Bundesregierung in den Mittelpunkt ihrer seniorenpolitischen Überlegungen stellt, zum Beispiel mit dem am 2. April 2008 vorgestellten Memorandum „Alter schafft Neues“, markiert die neue gesellschaftliche Zielvorstellung: die Wünsche der Älteren nach umfassender gesellschaftlicher Teilhabe zu verbinden mit den gesellschaftlichen Notwendigkeiten, eine Gesellschaft des langen Lebens auch mithilfe der Älteren selbst zu gestalten.

Der Deutsche Verein hat in seinen **„Empfehlungen zur Gestaltung einer sozialen Infrastruktur für Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung“** aus 2006 und dem Positionspapier **„Die Gesellschaft des langen Lebens annehmen und vor Ort gestalten“** vom Oktober 2007 eine neue und erweiterte Perspektive aufgezeigt. Wie können Lebensbedingungen in den Kommunen gestaltet werden, damit Altern gelingt? – Das ist die zentrale Frage.

Die Schaffung eines altersfreundlichen Umfelds umfasst die Bereiche Wohnen und Wohnumfeld, Nahversorgung und Mobilität, soziale Dienste einschließlich haushaltsnaher Dienstleistungen, aber auch soziale Kontakte, Nachbarschaft und Ehrenamt.

Eine Gesellschaft des langen Lebens gestalten – was heißt das?

Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht zunächst eine Verständigung auf realistische und differenzierte Altersbilder.

Es gibt nicht „den“ alten Menschen oder „das“ Alter. Jeder Mensch altert auf seine „persönliche“ Art und Weise. Unser Altern ist Ergebnis und Summe von Lebensgeschichte und Persönlichkeit.

Eine moderne Seniorenpolitik berücksichtigt neben den Veränderungen im Altersaufbau auch den Strukturwandel des Alters selbst. Dazu einige Stichworte:

Das Alter ist heterogen – Sechzigjährige unterscheiden sich nicht nur von Achtzigjährigen, auch innerhalb einer Altersgruppe gibt es große Unterschiede. Individuelle Fähigkeiten, Kenntnisse, Ressourcen und Kompetenzen – bezogen auf die sozialen, physischen und geistig-seelischen Aspekte – sind im Alter deutlicher und differenzierter ausgebildeter als in der Jugend. Man könnte auch sagen, ältere Menschen sind individueller als jüngere.

Die **Lebenslagen differenzieren** im Alter stärker aus. Soziale Ungleichheiten werden verstärkt. Alle Experten gehen von einer stärkeren Spreizung der Alterseinkünfte in naher Zukunft aus, die Diskussion um eine neue Altersarmut in 10 bis 15 Jahren ist bekannt. Dass hier Problem- und Konfliktpotenzial liegt, ist offensichtlich. Wer möchte 20 Jahre und länger von der Grund-sicherung oder einer Rente geringfügig darüber leben?

Wer kann für eine so lange Zeitspanne adäquat vorsorgen und ansparen? Wie kann soziale Teilhabe gewährleistet werden, wenn ein an der Gesamtbevölkerung wachsender Anteil älterer Menschen über lange Zeit auf dem soziokulturellen Existenzminimum lebt?

Eine stärkere Ausdifferenzierung der gesundheitlichen Versorgung mit mehr Eigenanteilen kann besonders alte Menschen mit wenig Einkommen und schlechter Gesundheit treffen – wie werden diskriminierende Effekte verhindert?

Das Alter wird bunter: Die steigende Zahl von alten Migranten und Spätaussiedlern sorgt für mehr kulturelle Differenz in der Altenbevölkerung. Diese Bevölkerungsgruppen haben spezifische Bedürfnislagen und können bisher von den Angeboten und Diensten in der Altenhilfe nur wenig profitieren. Wie können diese Menschen erreicht werden, was wollen sie und wie können sie aktiviert werden?

Geschlechtersensible Altenpolitik: Männer und Frauen altern unterschiedlich und sie leben anders im Alter: Frauen leben länger (von den 80- bis 90-Jährigen sind 72 Prozent Frauen), aber sie sind meist alleinstehend und haben deutlich niedrigere Alterseinkünfte. Die Singularisierung nimmt bei bei-

den Geschlechtern zu, älter werdende Singles bestimmen den Trend. Dies muss nicht zwangsläufig mit sozialer Isolation oder Vereinsamung einhergehen; aber es wird deutlich, dass es sinnvoll ist, in die **Schaffung sozialer Netzwerke** zu investieren – individuell und als gesellschaftliche Aufgabe.

Soziale Kontakte im Alter erhöhen die Lebensqualität und tragen nachweislich zur Verzögerung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bei. Gerontologen weisen darauf hin, dass auch der Verlauf einer Demenz stark von sozialen Faktoren beeinflusst wird. Diese Erkenntnisse werden noch zu wenig berücksichtigt und sind noch zu wenig bekannt. Allein lebende alte Menschen werden zukünftig nicht mehr selbstverständlich auf die Unterstützung der Familie bei stärkerem Hilfebedarf zählen können aufgrund von kleiner werdenden Familien, erhöhter Frauenerwerbstätigkeit und mehr räumlicher Mobilität innerhalb der Familien. Der Bedarf an **qualitativ hochwertigen und quaternahen sozialen Diensten** für die Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung wird daher steigen.

Pflege und Unterstützung: So richtig es ist, darauf hinzuweisen, dass Alter nicht gleichbedeutend ist mit Pflege, so richtig ist es auch, dass mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, auf Unterstützung und im sehr hohen Alter auch auf Pflege angewiesen zu sein. Noch werden die meisten Pflegeleistungen von Angehörigen erbracht, zum Teil unterstützt von professionellen Diensten. Die Familie ist das primäre Solidaritätsnetzwerk, dies gilt immer noch. Dieses Potenzial von Familien und Angehörigen für die Pflege, Betreuung und Unterstützung muss erhalten und gefördert werden. Dazu bedarf es einer ausgebauten sozialen Infrastruktur.

Ein steigender hoher Anteil von sehr alten Menschen trifft auf eine gering werdende Zahl von pflegenden Angehörigen. Diese pflegenden Angehörigen zu stärken und sie als **Zielgruppe für Pflegepolitik** zu verstehen ist ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege. Dies gilt ebenso für die Gewinnung von engagierten älteren Menschen, die als Freiwillige ein Element der Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur sein können – hier ist die Solidarität der jungen Alten mit den alten Alten gefordert. Die Ergebnisse des 2. Freiwilligensurvey zeigen eine steigende Bereitschaft zur Solidarität im Alter. Das belegen auch die Erfahrungen von Modellprojekten wie „Pflegebegleiter“, wenngleich Freiwillige niemals professionelle Dienste und Fachlichkeit ersetzen können und sollen! Aber Pflege in einem umfassenden Sinn beinhaltet mehr, als die Leistungen der Pflegeversicherung erfassen.

Dazu gehören Zuwendung, Begegnungsqualität, Zeit und Alltagsunterstützung. Hier können **Ehrenamtliche und Freiwillige**, aber auch nachbarschaftliche Netzwerke sinnvoll wirken. Dass dies in der aktuellen Gesetzesreform explizit aufgenommen ist, macht die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Pflege deutlich.

Dass nachhaltige und für die Betroffenen leicht zugängliche **Hilfstrukturen in der Fläche** geschaffen werden müssen, ist unbestritten und Schwerpunkt der Diskussion um die „Pflegestützpunkte“. Bei dem in der Diskussion lange umstrittenen Punkt der Einführung von Pflegestützpunkten sieht der Gesetzentwurf nun vor, dass diese auf Initiative der Länder eingerichtet werden können. Der Deutsche Verein hatte sich klar dafür ausgesprochen, dies in die Verantwortung der Kommunen zu geben. Diese kennen die Situation vor Ort und haben vielerorts schon Strukturen geschaffen.

Nun wird der § 92 c (Pflegestützpunkte) des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes mit Leben zu füllen sein. Die konkrete Umsetzung der Pflegestützpunkte, die fachlichen Anforderungen an das Personal, die Vernetzung mit bestehenden sozialen Strukturen, die Gewährleistung einer neutralen und umfassenden Beratung – das wird uns alle noch lange beschäftigen. Dass hier gewaltige Aufgaben auf die Kommunen zukommen, muss ich nicht betonen.

Zur Situation der Pflegeberufe

Gut ausgebildete Fachkräfte sind Voraussetzung für Qualität in der Pflege. Dass die Alterung der Belegschaften und die spezifischen Belastungen des Pflegeberufes ein Problem darstellen, dass es schwierig ist, Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten, ist bekannt. Doch auch die Pflegeausbildung in Deutschland steht vor einer Vielzahl von Herausforderungen. Die demografischen Veränderungen erfordern langfristig mehr Personal in der Altenpflege, das wegen der zunehmenden Multimorbidität im hohen Alter auch zunehmend über Qualifikationen in der Krankenpflege und im Überleitungsmanagement verfügen muss. Begleitung und Alltagsunterstützung sowie haushaltsnahe Dienstleistungen werden zunehmend die Kernkompetenz Altenpflege ablösen beziehungsweise ergänzen müssen. Auch in der Krankenpflege erfordert die beträchtlich gesunkene Dauer des Krankenhausaufenthalts durch die Einführung von Fallpauschalen, wobei die Älteren durchschnittlich länger im Krankenhaus verweilen, neue Qualifikationsstandards. In der Krankenpflege werden daher vermehrt Qualifikationen in der Altenpflege und im Überleitungsmanagement notwendig werden.

Zwei Tendenzen prägen die aktuelle Diskussion. Dies ist zum einen die Forderung nach einer stärkeren Akademisierung der Pflegeberufe, zum anderen werden zunehmend Assistenzberufe im Gesundheits- und Sozialbereich gefordert. Zum Teil werden damit auch bildungspolitische Ziele verfolgt. So ist die aktuelle Situation stellenweise unübersichtlich und widersprüchlich: Mancherorts werden Ausbildungszeiten und Fortbildungen für Fachkräfte gekürzt. Andere Qualifikationen ersetzen zunehmend die Ausbildung (insbesondere an der Peripherie der Berufe), was sich in anderen Curricula und in anderen Ausbildungsordnungen ausdrückt. Arbeitsprozessorientierte Ausbildungen ersetzen berufliche Anforderungen. Es gibt keine einheitlichen Abschlüsse: Allein bei der Bundesagentur für Arbeit sind 28 Abschlüsse in der Altenpflege geclustert.

In der Gesundheitsbranche gab es 2007 382 von der Bundesagentur für Arbeit finanzierte Qualifizierungsmaßnahmen unterschiedlichster Art. Ihre Dauer reichte von 30 Stunden bis zu einem Jahr. Ob sie zu beruflichem Erfolg führen werden, ist offen.

Die Politik hat darauf reagiert. Mit Modellprojekten will sie die Schranken zwischen Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege überwinden helfen und die (Teil-) Kompetenzen der einzelnen Berufe in ein neues, breiteres Berufsfeld überführen. Der Übergang von der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege in die Altenpflege – und umgekehrt – wird erleichtert und die beruflichen Möglichkeiten der in der Pflege Beschäftigten werden erweitert. Eine kooperative oder integrierte Form der Pflegeausbildung erfordert in der Ausbildung eine Abkehr von den tradierten Berufen und der Fachlehrerstruktur und eine Öffnung zur Lernfeld- und Handlungsorientierung. Auch in der Finanzierung der Pflegeausbildung wird man zu integrativen oder kooperativen Formen finden müssen.

Um Ausbildungen und Ausbildungsbestandteile anrechenbar und vergleichbar machen zu können, müssen geeignete Module definiert werden. So könnten auch Personen aus den Ausbildungssystemen anderer Länder für die Pflege in Deutschland gewonnen werden. Deutschland würde sich hiermit in den Europäischen Qualifikationsrahmen einpassen. Zudem gibt es immer mehr Bemühungen, die Hochschulen in die Weiterbildung der Pflegeberufe einzubinden. So gibt es in den Gesundheitsberufen mittlerweile 16 Bachelor-Studiengänge, 5 Master-Studiengänge, 1 Diplom-Studiengang und 9 Kooperationsstudiengänge mit ausländischen Hochschulen. Der Deutsche Verein begleitet diese Bemühungen in seiner AG Pflegeausbildung.

Die Gesellschaft des langen Lebens ist eine kommunale Gestaltungsaufgabe

In den Städten und Gemeinden sind die Konsequenzen der demografischen Veränderungen und des sozialen Wandels direkt zu spüren. Die Bürgermeisterbefragung (1.436 Bürgermeister und 648 Antworten) der Bertelsmann-Stiftung im Jahr 2004 zeigt, dass der demografische Wandel als Gestaltungsaufgabe in den Kommunen angekommen ist. Dort, wo die Menschen leben, werden ihre Bedürfnisse und Wünsche an Unterstützung und Hilfe, an Dienste und Einrichtungen konkret. Als Träger der Daseinsvorsorge stehen die Kommunen in der Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte soziale Infrastruktur, die von einer vorausschauenden Kommune generationenübergreifend gestaltet werden sollte. Ein attraktives Lebensumfeld für Jung und Alt zu schaffen heißt auch, als Standort attraktiv zu bleiben. Eine altersfreundliche, also alle Generationen einbeziehende Infrastrukturpolitik ist Standortpolitik!

Dass es dabei kein Patentrezept geben kann, zeigt ein Blick auf die großen regionalen Unterschiede in Deutschland. Diese betreffen die unterschied-

lichen Geburtenhäufigkeiten ebenso wie die Zuwanderung, die in ökonomisch starke Regionen erfolgt, und die Binnenwanderung von strukturschwachen zu starken Regionen.

Eine einfache Ost-/Westunterscheidung ist überholt, sie gilt nicht mehr. Kommunen, die wachsen und wirtschaftlich stark sind, gibt es in den alten und neuen Bundesländern ebenso wie schrumpfende Kommunen, die wirtschaftliche Strukturschwäche mit geringer Bevölkerungsdichte verbinden und wo der Wegzug der Jungen einem steigenden Anteil alter Menschen gegenübersteht.

Insbesondere in ländlichen Gebieten mit wenig, aber sehr alter Bevölkerung wird der Erhalt und Ausbau einer sozialen Infrastruktur und einer lebenswerten Perspektive für die „Zurückgebliebenen“ schwierig.

Es ist wichtig, dass in den Kommunen die Möglichkeiten erkannt werden, die in einer aktiven Einbindung auch der älteren Bevölkerung liegen. Wenn das Potenzial der älteren Menschen in die Planung und Gestaltung der kommunalen Daseinsvorsorge einbezogen wird, dann können sich Kommunen Handlungsspielräume erschließen und erhalten. Dies wird sich auf die Lebensqualität aller Generationen auswirken. Wie dies im Einzelnen geschieht, kann nur in den Kommunen selbst entschieden werden – notwendig und hilfreich ist dabei eine verstärkte und kontinuierliche interkommunale Zusammenarbeit zum Erfahrungs- und Wissenstransfer. Dies gilt im Besonderen für Regionen mit hohem Problemdruck – stark schrumpfender Bevölkerung, hohem Altersquotienten, knapper Kassen.

Demografie ist kein Schicksal

Ich hoffe, meine bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass Demografie nicht Schicksal ist, sondern in ihren Folgen durchaus gestaltet werden kann. Der Anteil alter und hochaltriger Menschen allein trifft noch keine Aussage darüber, wie hoch der Pflegeplatzbedarf sein wird oder wie hoch die Gesundheitskosten klettern.

Die Rahmenbedingungen sollten so gesetzt werden, dass im Alter ein aktives und selbstständiges Leben in vertrauter Umgebung möglich ist und möglichst viele der gewonnenen Jahre so gesund wie möglich verbracht werden können. Dazu gehören eine vorausschauende Sozial- und Gesundheitspolitik, die Vernetzung der verschiedenen Dienste, Angebote und Akteure und die Schaffung einer quartiersnahen verlässlichen sozialen Infrastruktur. Hilfe- und Pflegebedarf so lange wie möglich hinauszuzögern muss vorrangig sein, denn Alter bedeutet nicht automatisch Pflege. Wird aber Hilfe und Unterstützung notwendig, dann sollte eine gute Infrastruktur diese leisten können.

Die Schaffung von verlässlichen sozialen Netzwerken ist ein weiteres Element der Infrastruktur für eine altersfreundliche Kommune – der Singularisierung gerade im Alter muss mit sozialem Kontakt begegnet werden. Diese Räume

der Begegnung zu schaffen – zusammen mit den Älteren und mit Einbeziehung ihres Wunsches nach Engagement und sinnerfüllter Betätigung – ist eine Zukunftsaufgabe kommunaler Altenarbeit. Am ehesten angenommen werden diese Orte, wenn sie mit den Bürgerinnen und Bürgern selbst entwickelt und mit Leben gefüllt werden.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Die Zukunftsaufgaben einer Gesellschaft des langen Lebens können nicht bewältigt werden, wenn im Gesundheits- und Sozialbereich noch länger auf „Akutbehandlung“ gesetzt wird – besser als die beste Pflege ist die Vermeidung oder das Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit. Beispielsweise ist die Sturzprophylaxe eine einfache, preiswerte, aber kaum genutzte Maßnahme, die Pflege aufgrund von Brüchen verhindert. Besser als die beste Versorgung mit sozialen Diensten ist die Erhaltung von körperlicher, geistiger und räumlicher Mobilität. Dazu brauchen wir auch eine stärkere Verzahnung von Sozialpolitik, Altenarbeit, Gesundheitswesen und Bildungspolitik.

Ein aktives und selbstbestimmtes Alter ist eng verknüpft mit sozialen Faktoren wie Einkommen und Bildung. – Die Rentenhöhe und die Lebenserwartung korrelieren eng, wie statistische Auswertungen des Deutschen Zentrums für Altersfragen zeigen. Aber auch der Gesundheitszustand spiegelt Bildungsstatus und materielle Versorgung wider. Eine Politik für eine Gesellschaft des langen Lebens kann daher nur eine ressortübergreifende Querschnittsaufgabe sein, die alle Akteure einbezieht. Dies schließt auch die Verantwortung des Einzelnen für sein Altern ein.

3 Open-Space-Workshops

In sechs parallelen Open-Space-Workshops konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Schwerpunktthemen befassen, die als die aktuellen Brennpunkte innerhalb der Pflege definiert wurden. Nach einem Zeitintervall von 15 Minuten war es den Anwesenden freigestellt, eine andere Diskussionsrunde aufzusuchen. Insgesamt wurden vier solcher Wechsel angeboten.

Folgende Themen wurden zur Diskussion und zum Austausch gestellt:

1. Ausbildung und Nachwuchsgewinnung
2. Image im Berufsfeld der Altenpflege
3. Interkulturelle Pflege
4. Gesund arbeiten bis 67
5. Versorgungskonzepte der Zukunft
6. Kommunikation

Um den Einstieg in die Diskussionen zu erleichtern, hatte das BGW-Projektteam vorab zu jedem Themenstand einige impulsgebende Fragen vermerkt.

Nachfolgend fassen wir die wesentlichen Ergebnisse dieses Austausches zusammen.

3.1 Ausbildung und Nachwuchsgewinnung

Im Zusammenhang der demografischen Entwicklung spielen innerhalb der Pflege die Themen Ausbildung und Nachwuchsgewinnung – und damit eng verzahnt auch die Thematik Image des Berufsbildes (vergleiche Kapitel 3.2) – eine bedeutende Rolle.

Der Geburtenrückgang bedingt ebenfalls einen Rückgang des Pflegepotenzials: Immer weniger Menschen ergreifen den Pflegeberuf. Dieses Dilemma wird sich in den kommenden Jahrzehnten durch den stetigen Anstieg der Pflegebedürftigen (höhere Lebenserwartung, mehr chronische Erkrankungen) weiter verschärfen.

Verstärkt wird dieser Effekt zudem durch die Veränderung der Haushalts- und Familienstrukturen, welche die familiären Pflegepotenziale weiter reduzieren und zu einer Verlagerung der Pflegebedürftigkeit auf ambulante und stationäre Einrichtungen („Heimsogeeffekt“) führen wird.

Diesem Trend steht entgegen, dass immer Frauen erwerbstätig sind. Ihre Arbeitskraft fehlt zwar in der familiären Pflege. Sie könnten diese aber durchaus der professionellen Pflege zur Verfügung stellen, sofern der Beruf an Attraktivität gewinnt.

Jahre	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten – Insgesamt	511.287	561.996	701.686	868.720	1.069.529	1.331.256
Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten – ambulant (Personalquote=0,3)	115.641	142.544	177.975	220.341	271.274	337.658
Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten – stationär (Personalquote=0,6)	395.646	419.452	523.711	648.379	798.255	993.598

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2007).

Entwicklung des Personalbedarfs in der Pflege bis 2050¹²

Derzeit liegt der Anteil der Pflegekräfte an der Gesamtbeschäftigtenzahl bei 2,1 Prozent. Prognosen gehen von einer Steigerung auf 7,6 Prozent bis zum Jahr 2050 aus. Würde die Hälfte der Pflegefälle stationär versorgt werden (Heimsoffeekt), so würden 2050 rund 10 Prozent aller Arbeitnehmer in der Pflege arbeiten.¹³

Es liegt auf der Hand: Um zukünftig ein ausreichendes Pflegeangebot gewährleisten zu können, müssen mehr wirksame Arbeitsanreize für Pflegekräfte geschaffen werden.

Innerhalb der Open-Space-Diskussionen wurden die Schwerpunkte dieser Problematik schnell lokalisiert und formuliert. Junge Menschen haben wenig Interesse am Pflegeberuf, weil dieser nach wie vor von der Gesellschaft wenig anerkannt ist (vergleiche Kapitel 3.2) und weil berufliche Entwicklungsmöglichkeiten fehlen.

Seit Inkrafttreten des Bundesaltenpflegegesetzes 2003 fällt die Altenpflegeausbildung in die Regelungskompetenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die zuvor unterschiedlichen Ausbildungsregelungen auf Länderebene wurden vereinheitlicht, die Altenpflege als Heilberuf anerkannt und die Berufsbezeichnung entsprechend gesetzlich geschützt. Trotz dieser Fortschritte zeichnen sich noch immer die länderspezifischen Strukturen der Ausbildung sowie ihrer Finanzierung ab. Diese Situation bringt für Auszubildende nach wie vor noch Unsicherheiten mit sich.

Die Vereinheitlichung des theoretischen Curriculums muss deshalb weiter vorangetrieben werden. Die Aktivitäten des vom BMFSFJ initiierten „Service-netzwerk Altenpflegeausbildung“¹⁴, mit denen ambulante und stationäre

¹² Quelle: Raffelhüschen 2008c: 3

¹³ Vergleiche ebenda: 10

¹⁴ <http://www.altenpflegeausbildung.net>

Pflegeeinrichtungen in Fragen der Altenpflegeausbildung beraten, wurden ausdrücklich begrüßt.

Die Diskussionsteilnehmer sprachen sich ferner für eine generalisierte Ausbildung aus, die entsprechende Spezialisierungsmöglichkeiten vorsehen sollte. Die praktischen Ausbildungsinhalte sind zu erweitern.

Die Berufsbilder und Qualifikationen sollten in ganz Europa anerkannt werden. Grundlage für die „Europäisierung“ der Pflegeberufe ist die Gestaltung und Annäherung der Ausbildungsmodi auf europäischer Ebene.

Weiterer Diskussionspunkt war die Finanzierungssicherheit der Ausbildung, die ebenfalls einheitlich geregelt sein muss. Die jetzige, heterogene Situation verunsichert potenzielle Auszubildende und erschwert den Zugang zur Ausbildung.

Die Schulkosten werden in der Regel durch das jeweilige Bundesland getragen. Dies gilt aber nicht für private Altenpflegeschulen, deren Zahl weiter steigt. Hier müssen Auszubildende das Schulgeld häufig selbst finanzieren. Das ist von der Ausbildungsvergütung kaum zu bestreiten – für viele Ausbildungswillige ein unüberwindbares Hindernis.

Das Umlageverfahren hat zur Folge, dass viele Pflegeeinrichtungen ihre vorhandenen Ausbildungsplätze nicht finanzieren und damit nicht besetzen können. Dies wiederum wirkt sich nachteilig für die Auszubildenden aus. Um eine Altenpflegeausbildung zu beginnen, müssen sie, so die gesetzliche Vorgabe, neben einem Schulplatz gleichzeitig einen Ausbildungsvertrag einer Pflegeeinrichtung vorweisen. Fehlt dieser, können sie die Ausbildung nicht beginnen. Auch erste drohende Schließungen von Altenpflegeschulen aufgrund der uneinheitlichen und unsicheren Finanzierungsmodalitäten zeigen eindringlich den Handlungsbedarf. Vereinheitlichung und Entbürokratisierung der Finanzierungsmodalitäten wären notwendig. Die Finanzierungssicherheit der theoretischen Ausbildung muss gewährleistet und die Finanzierungsregelung der praktischen Ausbildung „gerecht“ geregelt werden.

Mit mehr Auszubildenden würden sich die beruflichen Entwicklungsperspektiven insgesamt verbessern. Die Möglichkeiten der fachlichen Zusatz-Spezialisierungen, aber auch der akademischen Ausbildung müssen deutlicher vorangetrieben und auch hier mehr Einheitlichkeit geschaffen werden. Hierzu gehört die Etablierung einer „Durchlässigkeit“ zur tertiären Bildungsebene: zu Bachelor-, Diplom- und Masterstudiengängen.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist, dass die Ausübung eines Pflegeberufs als lebenslange Karriere (vergleiche Kapitel 3.4) begriffen werden kann.

Dies alles sind Aufgaben und Handlungsnotwendigkeiten, denen man sich zügig stellen sollte, um den Nachwuchs-Rückgang aufzuhalten und bestenfalls in sein Gegenteil umzukehren.

3.2 Image im Berufsfeld Altenpflege

Die Pflege ist ein Beruf mit Zukunft: Die Altenpflege hat sich in den letzten Jahren zu einem hochkomplexen Gesundheitsfachberuf gewandelt. Der Bedarf an Fachkräften wird zukünftig weiter ansteigen, die Gesundheitsausgaben im Pflegesektor werden sich entsprechend erhöhen. Im Zeitraum zwischen 1995 und 2005 ist der Pflegesektor mit einem Anstieg von 8,7 auf 10,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben der am stärksten gewachsene Teilbereich im Gesundheitswesen.¹⁵ *„Dieses Bild gilt es nach außen zu tragen und in den Köpfen der Menschen festzusetzen, um dem teilweise negativen Berufsbild von Pflegekräften entgegen zu wirken.“*¹⁶

Derzeit ist das Berufsbild der Pflegefachkraft in Deutschland noch immer eher negativ besetzt. Das zeigt sich in der Problematik, Nachwuchs zu gewinnen (vergleiche Kapitel 3.1) ebenso wie der hohen Rate von Berufsabbrechern.

So verwundert es nicht, dass die Akteure des Workshops das derzeitige Image des Berufsbildes Altenpflege als „mittelprächtigt“ einschätzen.

In den Diskussionen wurde deutlich, dass selbst in der eigenen Berufsgruppe ein Imageproblem zu spüren ist. Weil man berufsgruppenintern die eigenen Berufsinteressen schlecht nach außen vertritt, Probleme verdrängt oder gar tabuisiert.

Verstärkt wird diese interne Imageproblematik durch teilweise gering organisierte Berufsverbände, insbesondere aber durch das Fehlen einer stabilen und aktiven Lobby der Pflegeberufe. Zukünftig sollten Pflegefachkräfte in diesem Kontext wesentlicher aktiver werden und Verantwortung übernehmen. So kann jeder Einzelne zu einem besseren Image und mehr gesellschaftlicher Anerkennung seines Berufes beitragen.

Besonders belastend ist die nach wie vor geringe gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs. Sie resultiert aus einer Stigmatisierung der Altenpflege, die sich aus der Art der Pflege (im Unterschied zum Berufsbild der Krankenpflege) als die „letzte“ Pflege vor dem Tod ergibt. Noch immer wird in unserer Gesellschaft der Umgang mit dem Tod deutlich ausgeblendet, anstatt ihn als zum Leben dazugehörig zu begreifen.

Zum geringen Ansehen des Berufsbildes trägt auch die oft einseitig negative Berichterstattung in den Medien sowie eine schlechte Medienvertretung aus.

¹⁵ Augurzky et al. 2007

¹⁶ Raffelhüschen 2008d: 215

Die positiven Seiten des Pflegeberufes, die verantwortungsvolle, Kompetenzen erfordernde soziale Tätigkeit der Pflege und Betreuung wird kaum dargestellt. Um die öffentliche Darstellung erheblich zu verbessern und auch die breite Öffentlichkeit zu erreichen, sind neben den Medien ebenso die Politik, Berufsgenossenschaften und Verbände gefordert, für die Pflege aktiv zu werden. Unter anderem wären umfassende Werbe- und Imagekampagnen notwendig.

Auch die Vergütung beeinflusst das Image des Berufsbildes. Die große Verantwortung und die umfassenden Kompetenzen der Pflegefachkräfte sollten sich deutlicher in ihrer Vergütung widerspiegeln. Eine bessere Entlohnung wäre nicht nur ein spürbares Zeichen der Wertschätzung der Leistungen. Sie hätte ebenfalls einen positiven Effekt auf Arbeitszufriedenheit, Berufsmotivation sowie letztlich auf die gesellschaftliche Anerkennung.

Eine höheres Ansehen des Berufsbildes in der Gesellschaft würde sich letztlich auch positiv auf den Nachwuchs auswirken: Je besser das Image, desto höher die Nachfrage nach Ausbildung.

3.3 Interkulturelle Pflege

Eine weitere Herausforderung für Pflegefachkräfte ist die interkulturelle Pflege. Viele Migrantenfamilien¹⁷ leben bereits seit mehreren Generationen in der Bundesrepublik. Die Zahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund hat deutlich zugenommen und sie sind nunmehr auch in Pflegeeinrichtungen präsent.

Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland, nämlich 15,3 Millionen Menschen, einen Migrationshintergrund hat¹⁸.

Die Altersstruktur der Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich von der übrigen Bevölkerung: Bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind die heute 40-Jährigen der stärkste Geburtsjahrgang, während die Verteilung bei der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund bis zum 40. Lebensjahr nahezu konstant ist. Daraus wird geschlussfolgert: „Der Rückgang der Bevöl-

¹⁷ Migration: lat. migratio = Auswanderung; migrare: wandern, auswandern. Man spricht von Migration, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozialbedeutsame Entfernung verlegt. Vergleiche Elzer/Sciborski 2007: 140

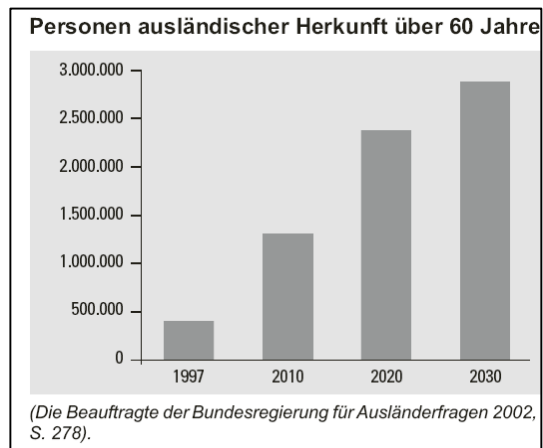
¹⁸ Als Personen mit Migrationshintergrund rechnet das Statistische Bundesamt alle Ausländerinnen und Ausländer, Deutsche, die als Spätaussiedler zugewandert sind sowie eingebürgerte Ausländer und deren Nachkommen. Demnach sind Personen ohne Migrationshintergrund all jene, die nie eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besessen haben und deren Eltern keinen Migrationshintergrund haben. Statistisches Bundesamt 2006a: 73ff.

²⁰ Statistisches Bundesamt 2006a: 79

kerung vollzieht sich ausschließlich bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund.“²⁰

Im gesamten Bundesgebiet hat sich die Zahl älterer Ausländer ab dem 64. Lebensjahr zwischen 1997 und 2002 beinahe verdoppelt, und zwar von 275.000 auf circa 420.000.²¹ Geht man davon aus, dass der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund – wie jener der deutschen Bevölkerung – mehr als 20 Prozent erreichen wird, so wird klar, welche Bedeutung der Migrationsfaktor und damit auch die interkulturelle Pflege insbesondere für die Altenpflege haben wird.

Zwar orientiert sich die Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Wesentlichen an den Qualitätsansprüchen, die auch für deutsche Pflegebedürftige gelten. Für eine individuelle Pflege bestehen jedoch zwei Erschwernisse: die „Kulturfalle“ und die „Gleichbehandlungsfalle“.²²



- **Kulturfalle** bedeutet, dass pflegefachliche oder institutionelle Probleme sowie Konflikte in der Pflegebeziehung als rein kulturelles Problem gedeutet und damit zum Problem der Migranten gemacht werden. Pflegefachliche Probleme können beispielsweise beim Verständnis der Symptomsprache eines Patienten mit Migrationshintergrund auftreten. Institutionelle Probleme können bei der Sicherstellung individueller Pflege entstehen, etwa durch religiöse Sitten wie das Schamgefühl einer Muslimin, welches es nicht erlaubt, von einer männlichen Pflegefachkraft betreut zu werden.
- **Gleichbehandlungsfalle** meint, dass vielfach kulturelle und migrationsbedingte Differenzierungen im Pflegeprozess aus der Sichtweise „gleiche Behandlung für alle“ oder aus dem Interesse heraus, niemanden bevorzugen beziehungsweise diskriminieren zu wollen, ignoriert werden.

Hier ist zu beachten, dass die Migration nicht nur auf der Seite der Pflegebedürftigen, sondern auch aufseiten des Pflegepersonals ein bedeutender Einflussfaktor ist.²³ „Aufgrund der zunehmenden Internationalität der

²¹ BMFSFJ 2005

²² Vergleiche Ertl 2003

²³ Exakte Zahlenangaben zum aktuellen Stand des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund liegen in der Berufsstatistik bisher nicht vor. Vergleiche Friebe 2006: 10. Auf diesen umfangreichen Themenkomplex kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden.

*Unternehmensverbindungen entwickelt sich auch der Pflegesektor zum Global Player“.*²⁴ Eine Internationalisierung, insbesondere der Altenpflege, ist in der Bundesrepublik unumgänglich.²⁵

Dennoch, im Vergleich zu anderen Diskussionsthemen war die interkulturelle Pflege aus Praxissicht für die Anwesenden ein „nicht allzu brennendes Thema“.

Im Berufsalltag gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften mit Migrationshintergrund überwiegend unproblematisch. Einige Schwierigkeiten, insbesondere durch Sprachbarrieren bedingt, seien gelegentlich bei Pflegehilfskräften zu beobachten. So wäre es zukünftig sinnvoll, bereits innerhalb der Ausbildung darauf zu achten, dass Sprachkenntnisse vervollständigt werden.

Die Beachtung und das Wissen um kulturelle und religiöse Unterschiede im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund und eine entsprechend kultursensible, fachgerechte Pflege wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als wichtige Aufgabe eingestuft. Denkbar ist der Einsatz von Pflegediensten, die sich auf die Besonderheiten einer entsprechenden Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund spezialisiert haben. Hierbei kämen jedoch zunächst nur solche Ethnien in Betracht, die relativ stark vertreten sind.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen auch Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer interkulturell-spezialisierten Pflege. Ein Berliner Pflegeheim für türkischstämmige Senioren verzeichnet derzeit nur einen geringen Auslastungsgrad. Einer der genannten Gründe ist, dass das Familienbild türkischstämmiger Mitbürger nach wie vor die Pflege alter Angehöriger in der Familie bevorzugt.

Dennoch sollten die Aspekte einer transkulturellen Kompetenz – dem Bewusstsein für kulturelle Unterschiede und einer kulturellen Sensibilität – in der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund als erweiterte Form der Sozialkompetenz von Pflegefachkräften begriffen und entsprechend in Ausbildung und Weiterbildung vermittelt werden.

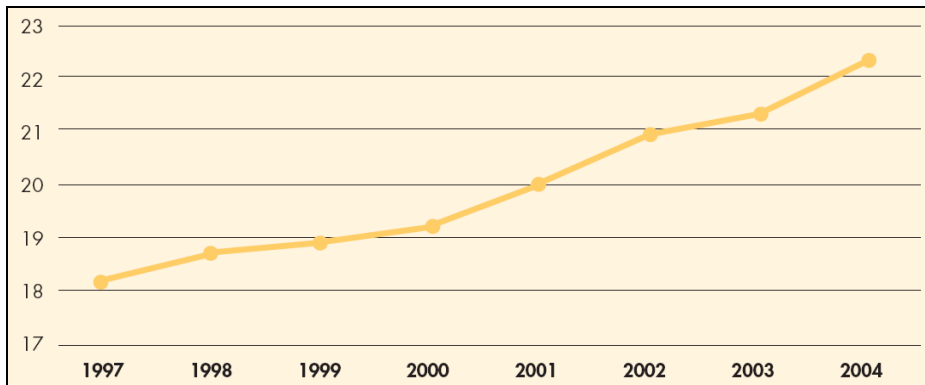
3.4 Gesund arbeiten bis 67

Der Alterungsprozess der Gesellschaft hat zwei Folgen: Die Zahl zukünftiger Pflegebedürftiger wird sich in den nächsten Jahren deutlich erhöhen und das Pflegepotenzial im Sinne von Fachkräften wird sinken. Zunehmend wird sich der demografische Wandel auch in der Altersstruktur der Pflegefachkräfte bemerkbar machen. Der Anteil an über 50-jährigen Beschäftigten wird in der Altenpflege ansteigen (müssen) (vergleiche Abbildung Seite 31).

²⁴ Jana 2004: 1

²⁵ Vergleiche Habermann 2003: 11

Aufgrund hoher physischer und psychischer Arbeitsbelastungen fallen Pflegefachkräfte häufig wegen Krankheit aus. Leider ist auch der Anteil der Pflegekräfte, die wegen Erwerbsunfähigkeit den Beruf aufgeben, deutlich höher als in anderen Gesundheitsberufen. Ebenfalls liegt die Quote der Berufsaussteiger relativ hoch. Hasselhorn et al. (2005) zeigten, dass 18,4 Prozent der Beschäftigten im Pflegesektor regelmäßig über einen Jobausstieg nachdenken.



Der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre in der stationären, teilstationären und ambulanten Altenpflege wird künftig steigen; Angaben in Prozent²⁷

Studien belegen, dass die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in der Altenpflege mit zunehmendem Lebensalter sinkt. Zwar sind Fachkräfte ab 50 Jahren zufriedener mit ihrem Job als jüngere Beschäftigte. Doch häufen sich bei ihnen körperliche Überbeanspruchung und Beschwerden.²⁸

Der Leistungsdruck, der auf älteren Pflegekräften lastet, wird sehr hoch eingeschätzt. Altenpflegeeinrichtungen und Pflegedienste sollten daher umdenken und ältere Mitarbeiter als „förderungswürdigen Aktivposten“ sehen, den es zu hegen und zu erhalten gilt. Denn das Lebensalter, so die Meinung der Teilnehmer, bedeutet nicht „alt“. Es bedeutet vielmehr Reife im Sinne umfangreicher Kompetenzen und Erfahrungswissen. Dieses ist für eine sozial-sensible und emotional stabile Pflege ebenso wichtig und nutzbringend wie für den Teamzusammenhalt und den Unternehmenserfolg.

Diese Tatsachen – auch im Hinblick auf den hohen Nutzen, den Gesellschaft und Pflegeeinrichtungen aus der dauerhaften Beschäftigung Älterer haben können – machen ein Umdenken in der Personal- und Unternehmenspolitik ebenso wichtig wie eine verstärkte präventive Gesundheitsförderung in den Betrieben.

Arbeitgeber und Berufsgenossenschaft sollten Analysen zu den Problemschwerpunkten und den Bedürfnissen älterer Pflegefachkräfte durchführen

²⁷ Quelle: Pflegereport 2007:20; <http://www.gbe-bund.de>

²⁸ Vergleiche unter anderem Pflegereport 2007: 38

und entsprechende Maßnahmen (Arbeitsaufgaben und Präventionen) ableiten.

Nachfolgende Maßnahmen zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung in der Altenpflege²⁹ wurden im Open Space in ihren Grundzügen als notwendig und wirksam eingeschätzt:

Maßnahmen zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung in der Altenpflege	
Handlungsfeld A: Führung und Personalmanagement	
1.	Altersstrukturanalyse
2.	Leistungen älterer Mitarbeiter anerkennen
3.	Ältere Mitarbeiter einarbeiten und wiedereingliedern
4.	Mehr Verantwortung und Abwechslung durch Sonderaufgaben
Handlungsfeld B: Qualifikation	
5.	Bildungsangebote für ältere und lernentwöhnte Mitarbeiter auswählen und begleiten
6.	Mitarbeiter in Bildungsfragen beraten
7.	Wissen und Erfahrungen im Betrieb erhalten und weitergeben
Handlungsfeld C: Gesundheit, funktionelle Kapazität	
8.	Kollegiale Beratung/Fallbesprechung
9.	Die eigene Arbeitsfähigkeit durch Gesundheitsförderung erhalten
10.	Unterstützungsgespräche führen
Handlungsfeld D: Arbeitsorganisation/-gestaltung	
11.	Arbeitsumgebung und -organisation alter(n)sgerecht gestalten
12.	Job-Rotation und Hospitation
13.	Arbeitszeiten flexibel gestalten

Abb. 29, Quelle: Zimmer, Berger⁴

Konsens herrschte darüber, dass die Arbeitsanforderungen in der Altenpflege viel deutlicher den biologischen altersbedingten Veränderungen der Beschäftigten angepasst werden müssen. Weniger Arbeitsstunden (Arbeitsquantität reduzieren) und angepasste Aufgaben (zum Beispiel Heben und Tragen vermeiden) werde ein Mehr an Arbeitsqualität, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit bringen.

Altersgemischte Teams könnten sich bewähren, die eine gegenseitige Unterstützung (Jüngere unterstützen Ältere) und den sinnvollen Austausch von Erfahrungswissen (Ältere geben Wissen an Jüngere) gewährleisten.

²⁹ Quelle: Pflegereport 2007: 43

Daneben bleibt die dem unterschiedlichen Lebensalter der Pflegekräfte angepasste Gesundheitsvorsorge eine zentrale Aufgabe für Arbeitgeber und Berufsgenossenschaften, damit Pflegefachkräfte so lange wie möglich gesund, zufrieden und motiviert in ihrem Beruf arbeiten können. Denn eine gute, professionelle und effiziente Pflege ist nur mit gesunden Pflegekräften möglich.

3.5 Versorgungskonzepte der Zukunft

Mit der Gesundheitsreform 2007, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, sind vier wesentliche Bereiche des deutschen Gesundheitswesens in Bestandteilen neu geordnet worden. Neben der Einführung des Versicherungsschutzes für alle, der Reform der Finanzierungsordnung mit Einrichtung eines Gesundheitsfonds und der Modernisierung gesetzlicher und privater Krankenkassen steht auch die Verbesserung der medizinischen Versorgung im Zentrum der Umgestaltung.³⁰ Starre Versorgungsstrukturen sowie die Abschottung unterschiedlicher Leistungsbereiche sollen durchbrochen und durch eine Vielzahl von Versorgungsmodellen ersetzt werden.

Den zugesicherten Leistungen wie beispielsweise

- der medizinischen, pflegerischen und palliativen Versorgung schwerstkranker Menschen im häuslichen Umfeld,
- dem Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege auch für jene Menschen, die in neuen Wohnformen leben sowie
- der Aufnahme medizinischer sowie geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen in den Katalog der Pflichtleistungen gesetzlicher Kassen (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

kommt dabei eine bedeutende Rolle zu.

Gleichwohl wird ihr Potenzial unterschätzt. Für ihre Implementierung in die neuen Versorgungsnetzwerke (Stichwort Integrierte Versorgung) müssen pflegerische Dienstleistungen aufgewertet, ihre vielseitigen Kompetenzen erkannt und effektiv genutzt werden.³¹

Die Folgen des demografisch-gesellschaftlichen Wandels zeichnen sich bereits ab: familiäre Verbindungen lösen sich auf, es gibt mehr Einpersonenhaushalte, insbesondere Senioren leben als Singles. Der Markt hat sich auf diesen Trend bereits eingestellt. Neben dem betreuten Wohnen in Pflegeheimen oder im Anschluss solche hat sich eine Vielzahl gemeinschaftlicher Wohninitiativen zwischen Senioren-Wohngemeinschaften und Mehrgenera-

³⁰ In diesem Zusammenhang ist auch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zu nennen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil I Nr. 11, ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007: 378 ff.

³¹ Vergleiche BGW, Expertenkommission Pflege: Empfehlungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung unter Einbezug der Pflege. 2007: 6

tionenhäusern herausgebildet. Elemente der pflegerischen Betreuung, die früher dem Heim vorbehalten waren, wandern in das normale Wohnumfeld. Umgekehrt nähern sich die Betreuungskonzepte in den Heimen immer mehr an einen normalen Wohnalltag an. Dies alles trägt zu einer Normalisierung des Wohnens im Alter bei und entspricht dem Wunsch der älteren Menschen, so lange wie möglich ein ganz normales Leben führen zu können. Vor diesem Hintergrund ist abzusehen, dass sich Organisationsformen und Aufgaben für die Pflege ändern werden und dass neue Aufgaben hinzukommen.

Diskutiert wurden insbesondere die Integrierte Versorgung, Pflegestützpunkte sowie alternative Wohnformen im Alter als Versorgungskonzepte der Zukunft. Dabei wurde deutlich, dass der weitere Ausbau und eine umfassendere Umsetzung von Versorgungskonzepten „aus einer Hand“ sowie ein organisiertes Management von Versorgungsnetzwerken Priorität haben.

Auch ist der weitere Ausbau der quartierbezogenen Versorgung zu forcieren. In dieser Versorgung im Wohnumfeld wird eine gute Möglichkeit gesehen, das Image der Pflege zu verbessern, da Pflegetätigkeiten auch für Nicht-Pflegebedürftige des jeweiligen Quartiers sichtbar würden und somit in das alltägliche Leben als selbstverständlicher integriert werden könnten.

In allen Versorgungskonzepten, insbesondere aber in jenen, die von einem möglichst langen Verbleib alter und pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Wohnung und im sozialen Umfeld ausgehen, ist die Bindung ehrenamtlich Aktiver eine bedeutende Aufgabe. Die Erfahrung zeigt, dass die Betreuungsunterstützung durch das Ehrenamt sehr hilfreich und ihre Qualität sehr hoch ist.

Dabei ist es wichtig, die informelle, also nichtprofessionelle ehrenamtliche Pflege nicht als Konkurrenz, sondern als eine wertvolle Ergänzung zur professionellen Pflege zu begreifen und dieses wertvolle Unterstützungs-Potenzial zu nutzen.

Zur Thematik der Pflegestützpunkte äußerten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eher skeptisch. Man vermutet, dass sie wichtige Fachkräfte abziehen und eher weitere Erschwernisse und neue Probleme mit sich bringen, anstatt Erleichterung und Entlastung zu sein, was ja das originäre Ziel ihrer Aktivitäten wäre. Darüber hinaus wurde bezweifelt, dass in der Praxis eine objektive und neutrale Beratung tatsächlich gewährleistet werden kann.

Manche Stimmen innerhalb der Diskussion sprachen auch Bedenken bezüglich der Zukunft vorhandener Beratungsstellen an. Viele Regionen verfügen bereits über Beratungsstellen, die nahezu das Aufgabenfeld zukünftiger Pflegestützpunkte abdecken und lediglich in ihren Strukturen ausgebaut oder gestärkt werden müssten. Die nun durch die Pflegestützpunkte aufkommende Konkurrenzsituation führt zu starken Verunsicherungen bei den vorhandenen

Beratungsstellen. Anstatt eine Durchgängigkeit und Transparenz zu schaffen, würden die Gegebenheiten für Ratsuchende und auch für Beschäftigte immer unübersichtlicher.

Bei den alternativen Wohnformen im Alter gilt es, den Grad staatlicher Regulierung und Kontrollen maßvoll abzuwägen. Generell sollte auch innerhalb der alternativen Wohnformen das privat bleiben, was privat ist. Andererseits bedarf es dennoch Mechanismen, wie beispielsweise einer Anzeigenpflicht oder Qualitätskontrolle der Pflege, um unseriöse Angebote auf Kosten der Pflegebedürftigen zu vermeiden und auch im privaten Umfeld eine optimale Pflege zu gewährleisten.

Eine weitere Aufgabe wird sein, Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in neue Pflegewohnformen zu etablieren.

3.6 Kommunikation

„Jede Pflegehandlung ist Kommunikation oder die Chance zu einer Begegnung von Mensch zu Mensch oder von Subjekt zu Subjekt.“³²

Pflege ist Kommunikation. Der Pflegeberuf ist ein sprechender Beruf. Arbeiten und Aufgaben der Pflegefachkräfte werden niemals „stumm erledigt“.

Umgekehrt suchen Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, Kollegen sowie Beschäftigte anderer Berufsgruppen das Gespräch mit der Pflegekraft. Sie haben Fragen, Wünsche und Interessen und erwarten vom Pflegepersonal ein offenes Ohr.

Im Umgang mit Patienten und Pflegebedürftigen hilft es, miteinander zu reden: Kommunikation kann durchaus das Befinden von Pflegebedürftigen, aber auch von der Pflegekraft selbst (Arbeitszufriedenheit) verbessern – oder aber verschlimmern. In einem Gespräch findet das Gegenüber Beachtung und Zuwendung. Kommunikation im richtigen Ton kann also durchaus Teil der Betreuung sein.

Pflege ist Teamarbeit. In einem Team ist eine kollegiale, offene und kooperative Kommunikation bedeutsam. Hier geht es um den Austausch von Erfahrungen, die Abstimmung in der Zusammenarbeit, die Übermittlung von Informationen und die Durchführung von Leitlinien und Pflegestandards. Sie erfordern spezifische interne Kommunikationsmittel, die nicht nur dafür sorgen, dass die Teamarbeit klappt, sondern auch Orientierung geben und letztlich die Qualität der Tätigkeit sichern.

Darüber hinaus hat die Pflegebranche eine enorme Außenwirkung, etwa durch den Kontakt mit Angehörigen. Ein nicht-kompetenter oder unfreund-

³² Grond 2000: 47

licher Umgang kann durchaus zu einem schlechten Ansehen der Einrichtung in der Öffentlichkeit beitragen.

Daher sollte die Pflegetätigkeit nicht auf den „handwerklichen“ Teil der allgemeinen Pflege sowie den medizinisch-fachlichen Teil der speziellen Pflege reduziert werden. Alle Tätigkeiten (die Pflege, die Arbeit intra- und interpersonell) sollten reflektiert und kommunikativ erklärend durchgeführt werden.

Die Anwesenden beschrieben Pflegefachkräfte als Naturtalente der Kommunikation. Für eine gute Kommunikationskultur müssen jedoch Kommunikationsstrukturen festgelegt sein. Zeitdruck und Zeitmangel erweisen sich hier häufig als Hemmnis: Für zielführende und persönlich sowie beruflich wichtige Gespräche (intraprofessionelle Kommunikation) fehlen häufig schlichtweg Zeit und Raum. Dabei wäre ein abteilungs- und fachübergreifender Austausch ein wichtiger Beitrag zur vernetzten Pflegequalität.

„E-Dienstpläne“ sollten nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zum persönlichen Austausch gesehen werden.

Generell muss das Bewusstsein für die Kommunikation und ihre Qualität bei den Beschäftigten in der Altenpflege gestärkt werden, wenngleich eine Steigerung mit zunehmender Berufserfahrung festzustellen ist. Deutliche Unterschiede bezüglich der kommunikativen Kompetenzen sind, so die Erfahrungen der Anwesenden, auch zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften festzustellen. Vor diesem Hintergrund sollten die Ausbildungsinhalte der Hilfskräfte überprüft und entsprechend erweitert werden.

Fazit: Auf dem Gebiet der Kommunikation besteht ein stetiger Qualifizierungs- und Fortbildungsbedarf auf allen Hierarchieebenen. Ein solches Angebot sollte – ausgerichtet auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter – deutlich erweitert und für alle zugänglich gemacht werden.

Ferner wären mehr Angebote zu präventiven Maßnahmen zum Umgang mit Stress, zur Optimierung des Zeitmanagements, aber auch zu besonderen kommunikativen Anforderungen wie „Sterbebegleitung“ und „Gewalt und Aggression in der Pflege“ wichtig.

3.7 Zusammenfassung der Kernaussagen

Ausbildung und Nachwuchsgewinnung

- Eine generalisierte Ausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten schaffen
- Den Anteil der praktischen Ausbildungsinhalte erhöhen
- Annäherung der Ausbildungsmodi an europäische Standards (Europäisierung) und Anerkennung des Berufsbildes auf europäischer Ebene

- Ausbildungsfinanzierung sichern und vereinheitlichen
- Berufliche Entwicklungsperspektiven ausbauen

Image im Berufsfeld Altenpflege

- Berufsgruppeninternes Image verbessern
- Stärkung der Vertretung von Berufsinteressen nach außen
- Bessere Vernetzung und Stärkung des Organisationsgrads von Berufsverbänden
- Pflegefachkräfte motivieren, ihre Interessen aktiver und mit mehr Verantwortung zu vertreten
- Verbesserung der öffentlichen und medialen Darstellung des Berufsbildes, unter anderem durch Werbe- und Imagekampagnen
- Kompetenzen und Verantwortungen des Pflegeberufs müssen in der Vergütung widerspiegelt werden – bessere Entlohnung als Zeichen der Anerkennung

Interkulturelle Pflege

- Sprachbarrieren beseitigen, insbesondere bei Pflegehilfskräften mit Migrationshintergrund
- Herausbildung einer transkulturellen Kompetenz innerhalb der interkulturellen Pflege

Gesund Arbeiten bis 67

- Erfahrungen und Kompetenzen älterer Pflegefachkräfte besser nutzen
- Bedürfnisse älterer Pflegefachkräfte analysieren
- Maßnahmen zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung etablieren und Arbeitsaufgaben anpassen
- Arbeitsquantität älterer Fachkräfte reduzieren für ein Mehr an Arbeitsqualität
- Altersgemischte Arbeitsteams zur gegenseitigen Unterstützung einführen
- Angepasste Gesundheitsvorsorge und präventive Maßnahmen – Ausbau des Angebots

Versorgungskonzepte der Zukunft

- Ausbau und umfassendere Umsetzung von Versorgungskonzepten aus einer Hand
- Organisiertes Management von Versorgungsnetzwerken einführen
- Ausbau der quartierbezogenen Versorgung
- Bindung des Ehrenamts stärken
- Pflegestützpunkte:
 - Skepsis bezüglich des Nutzwertes und der Gewährleistung der Neutralität der Beratung
 - Abzug von Pflegefachkräften wird befürchtet
 - Vorhandene Beratungsstellen werden nicht integriert
- Wohnformen:

- Gefahr des Wildwuchses
- So wenig staatliche Vorgaben und Kontrollen wie möglich, so viele wie nötig
- Anzeigenpflicht/Qualitätskontrolle
- Arbeits- und Gesundheitsschutz in neuen Pflegewohnformen etablieren

Kommunikation

- Eine Kommunikationskultur und nachfolgend Kommunikationsstrukturen aufbauen
- Mehr Raum und Zeit für zielführende Gespräche
- E-Dienstpläne als Ergänzung, nicht aber als Ersatz persönlicher Gespräche begreifen
- Ausbau von abteilungs- und fachübergreifender Kommunikation
- Bewusstsein für Kommunikation und ihre Qualität Altenpflege stärken
- Ausbau diesbezüglicher Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle Hierarchieebenen
- Mehr präventive Maßnahmen anbieten zum Umgang mit Stress, zum Zeitmanagement und besondere kommunikative Anforderungen wie „Sterbebegleitung“ und „Gewalt und Aggression in der Pflege“

4 Interviews

Als Nachlese sprachen wir mit drei Teilnehmern der Veranstaltung, um individuellen Eindrücken, Erfahrungen und Perspektiven Raum zu geben.

4.1 Oskar Burkert, MdL, CDU

Zur Person: Oskar Burkert

Dipl.-Ing., MdL CDU Nordrhein-Westfalen

- Seit 2005 Abgeordneter der CDU im Landtag Nordrhein-Westfalen
- Seit 1969 Mitglied der CDU
- Maschinenbaustudium, Universität Paderborn
- 1979 bis 1986 Zuliefererindustrie des Bergbaus
- 1987 bis 2003 Tätigkeit in der Mineralölindustrie
- Seit 1991 Vorsitzender des Kreisverbandes Hamm der CDU
- Seit 1987 Mitglied im Vorstand des Bezirksverbandes Ruhr der CDU
- Seit 2000 Vorsitzender des Ortsverbandes Hamm-Heessen der CDU
- Seit 1989 Mitglied des Rates der Stadt Hamm
- 1999 bis 2004 Mitglied des Kommunalverbandes Ruhrgebiet
- Seit 2004 Mitglied des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
- 2004 bis 2005 Bürgermeister der Stadt Hamm



Kontakt: www.oskar-burkert.de

BGW: Herr Burkert, Sie waren Teilnehmer der BGW-Veranstaltung „Sieht die Pflege bald alt aus?“. Was haben Sie für sich persönlich beziehungsweise für ihre Arbeit mitgenommen?

BURKERT: Da ich in diesem Metier nicht zu Hause bin und auf alle Informationen neugierig bin, waren die Bereiche, die ich in den Arbeitsgruppen mitdiskutieren konnte, sehr interessant. Beispielsweise die Erkenntnis, wie es in anderen Bundesländern und in Pflegeheimen aussieht und wie man dort mit Pflege umgeht. Da gibt es doch gravierende Unterschiede. Das geht vom Einsatz des Fachpersonals bis hin zur Strukturierung des Alltags. Das war für meine berufliche Tätigkeit sehr nützlich.

Zudem sind Kontakte entstanden: Wir werden beispielsweise Einblicke in den Tages- und Arbeitsablauf einer Einrichtung nehmen. Wichtig war auch die Thematisierung der Pflege von Menschen mit

Migrationshintergrund. In Nordrhein-Westfalen haben wir das nach meinem Wissen noch nicht, aber es wird demnächst sehr deutlich werden, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund eine auf ihre Kultur und Religion abgestimmte Pflege benötigen. Ich halte es für notwendig und sinnvoll, eigene Einrichtungen zu schaffen. In Berlin gibt es bereits die erste Pflegeeinrichtung dieser Art, die wir uns ebenfalls anschauen werden. Diese Probleme sind in den Ballungsräumen an Rhein und Ruhr auch zu erwarten und wir werden entsprechende Lösungsansätze finden müssen – und zwar nicht nur wir in der Politik, sondern alle Beteiligten.

BGW: Sieht Ihrer Meinung nach die Pflege in Deutschland wirklich bald „alt“ aus?

BURKERT: Nein. Ich sehe sie nicht „alt aussehen“. Wir müssen uns den Gegebenheiten anpassen. Es ist in mehreren Veranstaltungen und Vorträgen deutlich geworden, dass wir selbst im Moment das Problem sind. Wir müssen uns jetzt den Herausforderungen des demografischen Wandels stellen und Lösungsmöglichkeiten finden. Sicher werden wir nicht alle pflegebedürftigen Menschen in vollstrukturierten Heimen unterbringen können, das wird finanziell nicht machbar sein. Also müssen wir andere Lösungen finden. Diese sehe ich beispielsweise in anderen Wohnformen.

BGW: Werden sich Ihrer Meinung nach „alternative Wohnformen“ als Versorgungskonzepte zukünftig durchsetzen können?

BURKERT: Generell ja. Menschen sind nun mal verschieden. Dieser Unterschiedlichkeit muss auch im Alter Rechnung getragen werden. Außerdem ist es wegen der beruflichen Mobilität mittlerweile so, dass die Familien nicht mehr an einem Ort gemeinsam, sondern verteilt über ganz Deutschland oder sogar im Ausland leben. Großfamilien, wie es sie früher gab, sind ein Auslaufmodell. Also muss man jetzt eine andere „Großfamilie“ finden, die diese Aufgaben übernimmt. Diese sehe ich insbesondere in Form von Wohngemeinschaften Gleichaltriger oder anderer Wohnformen.

Sicher wird zukünftig auch die ganztägige Privatbetreuung zunehmen.

Wichtig bei all diesen Heim-alternativen Wohn- und Betreuungsformen ist, dass man so wenig wie möglich staatlich eingreift und dennoch so viel Kontrolle als nötig hat, damit Menschen die optimale Pflege bekommen und nicht ausgenutzt werden. Qualität muss auch hier gewährleistet sein. Hierzu bedarf es entsprechender Steuerungsmechanismen, die ich leider im Moment auch bei den Kontrollen der MDKs oder anderer noch vermisste. Das neue Pflegeweiterentwick-

lungsgesetz schreibt ja bereits Kontrollzeiträume vor – ob diese allerdings ausreichen, muss erst erprobt werden.

Sicher aber werden sich verschiedene Wohn- und Betreuungsformen durchsetzen, denn Menschen sind sehr findig, solange sie noch selbstbestimmt sind. Wichtig wird sein, dass alle Betreuungsformen irgendwie miteinander verbunden sind, eine „durchlässige“ Strecke also, die den individuellen Bedürfnissen gerecht werden kann. Persönlich habe ich so ein „durchlässiges“ Konzept bereits im Demenzzentrum in Nürnberg erleben dürfen, das mich sehr beeindruckt hat. In mehreren miteinander verbundenen Häusern leben hier Demenzzranke in unterschiedlichen Erkrankungsstadien. Das Zentrum bietet die gesamte Betreuung bis hin zum Stadium der Bettlägerigkeit an. Durch dieses Konzept können die Menschen bis zum Schluss in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und gepflegt werden.

Diese Wohnformen, in denen Bewohner sich untereinander unterstützen und sich um einander kümmern, brauchen wir. So fühlen sich Pflegebedürftige nicht allein gelassen und bleiben sozial integriert und rüstige Bewohner fühlen sich in ihrer Unterstützung nützlich und gebraucht.

Ebenso halte ich es für sehr wichtig, dass, wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, der Betroffene in eine stationäre Einrichtung in seinem lokalen Umfeld umziehen kann. Hier ist ein Zusammentreffen mit Menschen, die man von früher kennt, wesentlich wahrscheinlicher als in einer fremden Umgebung. Kommt man in eine solche Einrichtung und begegnet vertrauten Gesichtern, können Ängste deutlich reduziert und das Einleben erheblich erleichtert werden. Ich kenne das aus eigenem Erleben und kann nur Positives berichten. Die Unternehmungslust und Mobilität ist größer, man lebt aktiv in der Gemeinschaft und dies führt zu einem allgemeinen Wohlfühl sowie einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität.

Wichtig wird zukünftig ebenso sein, dass wir bestimmte Normen nicht zu starr handhaben. Da sollten wir umdenken. Damit Menschen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden leben können, müssen wir vielmehr an der Praktikabilität ansetzen. Innerhalb der Vorschriften, die in Heimen eine Rolle spielen, wie beispielsweise Gebäudesicherheit oder Hygienebestimmungen, sollten wir „menschlicher“ werden, damit sich Bewohner in den Einrichtungen wohlfühlen können. Das beginnt mit der Möglichkeit, sein Geschirr selbst zu spülen. Ich habe das in einem Haus erlebt und gesehen, wie positiv sich das auf die Bewohner ausgewirkt hat. Alle saßen beieinander,

man hat erzählt, gelacht und gespült. Die Menschen waren glücklich und zufrieden. Ob das jetzt hygienisch einwandfrei war, war völlig unwichtig. In jedem Verein oder in jeder Gemeinde finden Feste statt, auf denen Lebensmittel angeboten werden. Wollen wir die alle verbieten? Aber in Heimen sagen wir plötzlich: „Das geht nicht mehr!“ Hier muss man Lockerungen möglich machen, damit dort das Leben stattfinden kann und Sterilität vermieden wird.

BGW: Mit welchen Mitteln und Maßnahmen kann dem prognostizierten Pflegekräftemangel Ihrer Meinung nach zukünftig entgegengewirkt werden?

BURKERT: Einen Pflegekräftemangel gibt es in Deutschland zurzeit noch nicht. In „meiner“ Region, dem mittleren Westfalen, haben wir keinen Mangel.

Es kann nicht sein, dass Menschen, die einen physisch und psychisch anstrengenden Beruf hervorragend ausüben, so ein schlechtes Image in der Gesellschaft haben. Wenn ich einen Beruf negativ belaste, dann hat natürlich niemand mehr Lust, diesen zu ergreifen. Meiner Meinung nach muss man die Pflegeberufe besser in der Öffentlichkeit darstellen und transparenter zeigen, was dort alles Tolles geleistet wird. Hierfür wichtig – und das ist auch eine Zielsetzung, die ich mir persönlich gesetzt habe – ist, dass sich die Pflegeheime öffnen. Damit kann gezeigt werden, dass sie keine geschlossene Einrichtung sind, sondern am sozialen Leben ihres Umfelds, in ihrem lokalen Viertel, aktiv teilnehmen. Das bedeutet auch, dass sie sich für Schulen und Praktika öffnen. Jugendliche können sich so mit dem Tages- und Arbeitsablauf vertraut machen und dabei feststellen, dass der Pflegeberuf eine verantwortungsvolle und tolle Tätigkeit ist und sich später dann vielleicht sogar dazu entscheiden, Altenpflegerin oder Altenpfleger zu werden.

Eine weitere wichtige Maßnahme für die in der Pflege arbeitenden Menschen ist sicher auch, die beruflichen Belastungen wahrzunehmen und entsprechend Weiterbildungen und Supervisionen anzubieten, in denen Wege aufgezeigt werden, mit diesen umzugehen und sie zu reduzieren. Beispielsweise können Todesfälle bei einer gewachsenen Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigen zur psychosozialen Belastung werden. Ebenso sollte der Thematik „Gewalt am Arbeitsplatz“ im Rahmen von Weiterbildungen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

BGW: Wie werden sich Ihrer Meinung nach Einsatzgebiete und Anforderungen des Berufsfelds „Pflege“ in den nächsten 20 Jahren verändern?

BURKERT: Das ist eine sehr gute Frage, auf die ich heute noch keine präzise Antwort habe. Sicher wird es Veränderungen geben. Wir werden wahrscheinlich sehr viel mehr Schwerstpflegefälle in den Einrichtungen haben, also Pflegestufe II überwiegend III, die natürlich andere Voraussetzungen mit sich bringen. Die ambulante Pflege wird sich dann vornehmlich der leichteren Fälle annehmen. Aber wie sich das im gesamten Bereich verändert, vermag ich im Moment nicht zu sagen.

BGW: Halten Sie das derzeitige Konzept der Pflegestützpunkte für eine gute Lösung?

BURKERT: Den Gedanken einer wohnortnahen Beratung aus einer Hand finde ich gut. Für Nordrhein-Westfalen kann ich das Konzept der Pflegestützpunkte nicht unterstützen. Wir haben bereits entsprechende Strukturen. Diese müssen intensiver miteinander vernetzt werden. Da, wo sie nicht vorhanden sind, sollte man natürlich Beratungsstellen einrichten, doch dabei auf jeden Fall die vorhandenen nutzen und stärken. Diese leisten bereits seit Langem Beratungen und vermitteln Kontakte, beispielsweise zu Krankenkassen, Wohnberatungsstellen und Pflegediensten. Das ist leider nicht flächendeckend bekannt.

Ich halte also eine Stärkung der vorhandenen Stellen und den Ausbau dort, wo es nötig ist, für sinnvoll. Nicht aber die Etablierung von völlig neuen Stützpunkten, welche die vorhandenen nicht einbezieht. Andernfalls zerstören wir sehr viel Gutes und Gewachsenes und letztlich auch das Ehrenamt.

BGW: Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach die BGW bei der Zukunftsentwicklung der Pflege übernehmen und welche Themenbereiche sollte sie zukünftig bearbeiten/diskutieren?

BURKERT: Zunächst: bitte solche Veranstaltungen wiederholen. Zukünftig vielleicht auch an anderen Orten bundesweit, um für diese Themen mehr Aufmerksamkeit zu erzeugen und auch, um Räume zum Erfahrungsaustausch zu bieten. Das halte ich für äußerst wichtig. Man muss über diese Themen fortlaufend sprechen. Man kann sehr von Erfahrungen profitieren. Problemlagen können, ohne dass man es selbst mitbekommt, bereits in einer bestimmten Einrichtung oder bestimmten Region auftreten. Erfährt man hiervon frühzeitig, kann man sich entsprechend vorbereiten und zeitnah reagieren. Durch einen solchen Erfahrungsaustausch wird man durchaus in die Lage versetzt, sich selbst helfen zu können.

Des Weiteren wäre es sehr begrüßenswert, wenn die BGW ihr Angebot an Weiterbildungen bezüglich der psychischen und

physischen Belastungen der Pflegefachkräfte weiter ausbauen würde. Sie sind in ihrem verantwortungsvollen Beruf immer Belastungen ausgesetzt und benötigen Unterstützung, mit diesen umzugehen. Solche Veranstaltungen sollten auf die Regionen heruntergebrochen werden, damit mehr Fachkräfte erreicht werden.

Neben Bildung und Sicherheit wird die Versorgung älterer Menschen das bestimmende Thema der Zukunft sein.

BGW: Vielen Dank für das Gespräch.

4.2 Michael Musall, Gewerkschaftssekretär

Zur Person: Michael Musall

- Gewerkschaftssekretär, Vereinigte Dienstleistungsgesellschaft, Fachbereich 3: Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen
- Zuständig für Altenhilfe, Gesundheitsberufe und Berufsbildungspolitik im Fachbereich
- Ehrenamtlicher Arbeits- und Sozialrichter
- Mitglied diverser Prüfungsausschüsse der IHK Berlin (KiG, FWSozGes, AEVO)
- Mitglied der zentralen Aufgabenerstellung bei der AKA/IHK Nürnberg im Beruf Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen
- Mitglied der Berufsbildungsausschüsse der Ärztekammer und der Apothekerkammer Berlin
- Stellvertretendes Mitglied der Berufsbildungsausschüsse der Zahnärztle- und Tierärztekammer
- Mitglied im Beirat des Job-Centers Pankow
- Mitglied der Schulkonferenz Gesundheit I in Berlin
- Stellvertretendes Mitglied der VV der BGW und Mitglied eines Rentenausschusses der VBG



Kontakt: <http://berlin.verdi.de>

BGW: Herr Musall, Sie waren Teilnehmer der BGW-Veranstaltung „Sieht die Pflege bald alt aus?“. Was haben Sie für sich persönlich beziehungsweise für ihre Arbeit mitgenommen?

MUSALL: Für mich ging es weniger darum, Neues zu erfahren, als vielmehr darum, Standpunkte darzulegen. Denn aus Arbeitnehmersicht sieht vieles ein wenig anders aus als aus der Perspektive der Arbeitgeber – also Kostenträgern und Berufsverbänden. Das entscheidende Kriterium der Teilnahme war also für mich, Position zu beziehen. Im Bezug auf neue Informationen ist die BGW sowieso vorbildlich, indem sie

vielfältige Broschüren zur Verfügung stellt und durch Pressemitteilungen und ihr Internetangebot alle Interessierten auf dem Laufenden hält.

Natürlich war auch der Austausch sehr wichtig für mich. Allerdings habe ich bedauert – und das habe ich bereits bei unserer Bundesverwaltung kritisch angemerkt – dass von Gewerkschaftsseite die Teilnahme eher gering war. Das sollte sich zukünftig ändern.

BGW: Sieht die Pflege in Deutschland wirklich bald „alt“ aus?

MUSALL: Ja, unbedingt! Das kann ich nur unterstreichen. Leider hat dies die Politik immer noch nicht erkannt. Die schlafen weiterhin ihren Dornröschenschlaf, Aktivitäten sind nur punktuell zu verzeichnen. Ich denke, an den Kernaussagen des aktuellen Buchs von Claus Fussek zum Thema „Pflegemafia“ ist schon viel Wahres dran. So etwas prägt natürlich leider auch das Ansehen des Berufs der Altenpflegerin und des Altenpflegers und schreckt viele junge Menschen, die sehr für diesen Beruf geeignet wären, ab, diesen zu ergreifen.

BGW: Mit welchen Mitteln und Maßnahmen kann dem prognostizierten Pflegekräftemangel Ihrer Meinung nach zukünftig entgegengewirkt werden?

MUSALL: Die Ausbildung muss attraktiver gestaltet und wieder deutlicher in die staatliche Verantwortung geholt werden. Momentan wird diese allzu sehr den Privatschulen überlassen. Ferner müssten Prüfungsausschüsse wie in der Privatwirtschaft auch drittelparitätisch besetzt werden. Das heißt mit Lehrern, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern. Bei der Industrie- und Handelskammer sowie allen anderen Kammern, die zum Berufsbildungsgesetz oder zur Handwerksordnung gehören, ist die Drittelparität gegeben. In Gesundheitsberufen ist dies nicht der Fall. Damit hat das Arbeitnehmerlager keinerlei Einfluss oder Mitwirkungsmöglichkeiten auf die Prüfung und ihre Inhalte.

Das Gleiche gilt für Schulkonferenzen in privaten Gesundheitsschulen. Zwar sind Arbeitnehmervertreter in Konferenzen der Berufsbildungsschulen und staatlichen Gesundheitsschulen zugelassen, nicht aber in Privatschulen. Also haben auch hier die Arbeitnehmer keinerlei Einflussnahme.

Es geht hier nicht darum, zu reglementieren, sondern sich auszutauschen, Erfahrungswerte einzubeziehen und natürlich auch eine Transparenz zu gewährleisten, beispielsweise in Bezug auf Entwicklungen oder der Verwendung von Geldmitteln.

BGW: Herr Musall, wie können Pflegeberufe Ihrer Meinung nach aufgewertet werden?

MUSALL: Also sicher nicht dadurch, dass die Politik sagt: „Wir müssen eine Imagekampagne starten“. Man muss zunächst ganz klar die Ausbildungsqualität verbessern, indem man nicht jedem Hinz und Kunz die Möglichkeit gibt, eine private Altenpflegeschule aufzumachen. In Berlin haben wir keine einzige staatliche Altenpflegeschule mehr. Auch darf sich jede Schule als Akademie bezeichnen.

Man muss sich dringend um die Qualität der Ausbildung an den Altenpflegeschulen kümmern. Ein weiteres Beispiel für diesen Bedarf ist der Einsatz des „Praxisbegleiters“. Dieser verantwortliche Lehrer einer Ausbildungsklasse soll, qua Gesetz, auch in den Ausbildungsbetrieb hineinwirken. Momentan ist eine hitzige Diskussion darüber entbrannt, dass Einrichtungen sagen, ein Praxisanleiter pro auszubildende Einrichtung würde ausreichen. Wir meinen dagegen, dass es ganz wichtig ist, jedem Auszubildenden einen Praxisanleiter zur Seite zu stellen. Denn praktisch anleiten kann man nur, wenn man daneben steht und in der gleichen Schicht mitarbeitet. Leider ist da die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht konkret genug formuliert, sodass dies ein Konfliktfeld in den Betrieben ist und Betriebsräte für einen entsprechenden Einsatz von Anleitern kämpfen müssen. Gibt es keinen Betriebsrat, so agiert der Arbeitgeber, wie er will. Zudem fehlt hier eine staatliche Aufsicht, die die gesetzliche Umsetzung kontrolliert.

Zur Aufwertung der Pflegeberufe gehört im Wesentlichen doch, dass man eine gute, zielgenaue, zeitlich und sachlich vernünftig gegliederte Ausbildung vor Ort garantieren kann. Eine solche Garantie würde dem Berufsbild bei der Nachwuchsgewinnung sicher sehr zuträglich sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist natürlich auch die Bezahlung, damit Auszubildende eine vernünftige Vergütung bekommen. Auch hieraus schöpft man Motivation im Berufsalltag und gewinnt eine gewisse gesellschaftliche Anerkennung.

Sehr problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass viele Privatschulen Schulgeld nehmen und es nicht geregelt ist, dass die Gebühr vom Ausbildungsbetrieb übernommen werden muss. So zahlen viele Auszubildende dieses Schulgeld aus ihrer sowieso sehr kargen Vergütung. In Berlin liegen die Kosten zwischen 150 und 350 Euro pro Monat. Dann muss auch noch das Fahrgeld finanziert werden und vom Rest kann man dann gerade noch „bei Mutti unter die Decke kriechen“.

Das sind wirkliche Steine, die die Politik aus dem Weg räumen müsste, damit junge Menschen wieder sagen können: „Ja, da möchte ich gerne lernen und ausgebildet werden.“ Solange dies nicht der Fall ist, werden wir immer Realschüler bekommen, die den Pflegeberuf als Notlösung erlernen, weil sie in keinem anderen Beruf, den sie sich ursprünglich gewünscht haben, untergekommen sind. Das bestätigen auch die Umfragen zu den Wunschberufen junger Menschen – Altenpfleger/-in rangiert hier nicht mal unter den ersten 30.

In Berlin ist die Situation zurzeit besonders schlecht. Hier wurde den Leistungserbringern erlaubt, für jeden Auszubildenden, der eingestellt wird, eine Drittel-Pflegehelferstelle im Pflegeschlüssel zu streichen. Rückmeldungen aus den Betrieben zeigen, dass Auszubildende somit nicht mehr angeleitet, sondern bei Bedarf als Pflegehelfer eingesetzt werden und Hilfsarbeiten machen. Das führt natürlich nicht zu mehr Auszubildenden, sondern zu noch mehr Frust.

Wir leben scheinbar immer noch in einem Land, in dem die Autopflege den Menschen wichtiger ist als die Altenpflege. Die Politik hat immer noch nicht erkannt, dass sie sich hier stärker kümmern muss und dass es nicht damit getan ist, ein Altenpflegeheim zu besuchen.

BGW: Wie werden sich Ihrer Meinung nach die Einsatzgebiete und Anforderungen des Berufsfelds „Pflege“ in den nächsten 20 Jahren verändern?

MUSALL: Zu befürchten ist, und das wird ja seitens der Krankenhäuser bereits versucht, dass sich die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte weiter ausgedehnt wird. Ärzte werden immer teurer, aber eben auch immer knapper. Man wird also möglicherweise noch mehr Verantwortung auf die Pflegekräfte abladen, was die Attraktivität des Berufs sicher nicht erhöht. Ein Mehr an Verantwortung müsste sich dann zumindest in einer entsprechenden Vergütung widerspiegeln. Von einer entsprechenden Gehaltserhöhung ist aber sehr wahrscheinlich nicht auszugehen, denn schließlich will man durch die Delegation der Verantwortung Arztstellen und damit generell Kosten einsparen.

Daneben werden die Spezialisierungen in Pflegeberufen zunehmen – auch im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten.

Ebenso ist bereits erkennbar, und das begrüßen wir ausdrücklich, dass Pflegeheimbetreiber und auch ambulante Pflegedienste stärker Altenpfleger und Altenpflegerinnen nachfragen und nicht mehr so sehr Krankenpflegekräfte, da diese ja eher die kurative Pflege lernen, während die Altenpfleger vielmehr eine aktivierende Pflege praktizieren. Diese wichtige Hinwendung zur aktivierenden Pflege hat auch der Gesetzgeber in Ansätzen erkannt. In das Pflegeweiterentwick-

lungsgesetz wurde aufgenommen, dass die Pflegeeinrichtungen, die es schaffen, eine Person aus der Pflegestufe III in die Stufe I zurückzubringen und damit genau genommen aber 500 Euro jeden Monat verlieren würden, nunmehr eine ausgleichende Prämie erhalten. Eine sehr wichtige Sache, denn sonst wäre es für Heime kontraproduktiv gewesen, hätte man eine Person reaktiviert und wieder in die Lage versetzt, sich beispielsweise ohne fremde Hilfe anzuziehen oder ähnliche tägliche Arbeiten zu erledigen.

Man feilt an vielen Konzepten – da wird noch viel experimentiert werden in der Altenpflege. Ich denke aber, dass die Altenpflege an sich mehr eine Nischen- oder Spezialistenpflege werden wird. Das klassische Heim, welches nur die reine konventionelle Pflege anbietet, vielleicht noch mit ein paar geriatrischen Nuancen, wird zukünftig eher die Ausnahme sein. Künftig wird man sich auch mehr auf spezielle Gruppen Pflegebedürftiger beziehen. Beispielsweise soll es für die Betreuung von Demenzkranken zusätzliche Planstellen geben. Pro 25 Bewohner einer Einrichtung soll es noch eine zusätzliche Kraft geben, die nicht auf den Pflegeschlüssel angerechnet wird. In Berlin haben wir die ersten Heime, die Appoplexnachsorge anbieten – so etwas wird zukünftig sicher auch in anderen Pflegehäusern stärker angeboten werden.

Auch die Pflege von gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften ist ein neues Arbeitsfeld. Mit der „Multikulti-Pflege“ scheinen wir allerdings zu scheitern. Diese wurde ja hier in Berlin in einem Pflegeheim für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund angeboten. Doch das Familienbild scheint sich selbst in jenen Familien, die bereits in der dritten Generation in Deutschland leben, kaum verändert zu haben. Hier werden nach wie vor Angehörige bis zu ihrem Tod in der Familie gepflegt.

Vieles wird sich ändern. Das, was wir nicht wollen, ist allerdings die reine Akademisierung der Pflege. Es geht nicht so sehr darum, dass man Fachwissen im Kopf hat, sondern dass man Wissen anwenden kann. Hier brauchen wir den praktisch Begabten und nicht so sehr denjenigen, der in der Theorie darüber ein Buch schreiben kann. Dies auch vor dem Hintergrund, dass wir im Jahr 2030 den vierfachen Bedarf an Pflegepersonal haben werden und sich dieser nicht wie heute aus rund 40 Millionen abhängig Beschäftigten speist, sondern aus dann nur noch rund 27 Millionen sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen gefunden und ausgebildet werden muss!

BGW: Halten Sie das derzeitige Konzept der Pflegestützpunkte für eine gute Lösung und können diese dabei mitwirken, gesunde Arbeitsbedingungen in der Pflege zu sichern?

MUSALL: Ja, unbedingt ja. Das ist aber nicht ausdrücklich ver.di-Meinung, muss ich dazusagen. Ich bin ein leidgeprüftes Kind der Berliner Situation. Das in Berlin etablierte Netzwerk „Pflege im Alter“ wird in acht Bezirken von Wohlfahrtsverbänden und Kirchen betrieben – also nicht von den Bezirken selbst. Da kann natürlich eine objektive und neutrale Beratung nicht gewährleistet werden. Die kann eigentlich nur unter staatlicher Hoheit stattfinden. Deswegen halte ich es für richtig, dass man jetzt die Kommunen zwingt, sich damit zu beschäftigen und vor allem, dass die Kosten auch dahin gebucht werden, wo sie hingehören, nämlich in die Pflegeversicherung. Dass Pflegestützpunkte überhaupt notwendig sind, liegt nach meiner Überzeugung übrigens am Beratungsversagen der Pflegekassen.

BGW: Glauben Sie, dass das Konzept der Wohngemeinschaften Zukunft hat? Welche Versorgungskonzepte werden sich zukünftig durchsetzen?

MUSALL: Ein solches Konzept kann durchaus Zukunft haben, wenn es staatlich kontrolliert wird, denn wir stellen bereits Auswüchse fest. Gerade ambulante Pflegedienste haben neue Wohnformen als Geschäftsfeld entdeckt. Sie mieten ein Haus durch Dritte an. Denjenigen, die eine Wohngemeinschaft suchen, werden Wohnungen angeboten. Das können teilweise sogar Menschen mit Behinderung sein, die dann im dritten Stock ohne Fahrstuhl leben – alles schon passiert. Dann wird ihnen eine Gemeinschaftswohnung als Aufenthaltsraum angeboten und hier können sie dann alle weiteren Leistungen kaufen. Das Bekochen kostet dann x Euro am Tag, die Teilnahme an Gesellschaftsveranstaltungen kostet y Euro am Tag und alle weiteren Leistungen wie sauber machen oder Wäsche waschen kosten ebenfalls extra. Das kann so laufen, weil es von niemandem kontrolliert wird.

Es ist dringend erforderlich, dass auch diese Wohnformen in der Reform des Heimgesetzes bedacht werden und der staatlichen Kontrolle unterliegen. Erst dann müssen Betreiber Rechenschaft darüber ablegen, wie sie die vereinnahmten Gelder verwenden und die Bewohner behandeln.

Ebenso ist innerhalb dieser Wohnformen die Qualität der Pflege und damit auch die Qualifikation der Pflegenden zu hinterfragen und zu sichern. Bisher ist gerade der ambulante Pflegebereich noch sehr ungeregelt.

BGW: Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach die BGW bei der Zukunftsentwicklung der Pflege übernehmen und welche Themenbereiche sollte sie zukünftig bearbeiten und diskutieren?

MUSALL: Ich würde mir persönlich wünschen, dass es die BGW in irgendeiner Art und Weise schafft, die ambulanten Pflegedienste dazu zu verpflichten, in ihren Fahrzeugen Fahrtenschreiber einzuführen. Das wäre ein großer Gewinn, um Arbeitszeiten, aber eben auch Ruhe- und Pausenzeiten kontrollieren zu können. Die Landesämter für Arbeitsschutz sind hier überfordert. Wir wissen von Kollegen, die im ambulanten Bereich arbeiten, dass dort 15-Stunden-Schichten, Doppel- und 24-Stunden-Dienste immer wieder gelebt werden (müssen). Solch eine Aktion würde sicher dazu beitragen, dass das Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz deutlicher in den ambulanten Bereich hineingetragen und somit auch von Arbeitgebern stärker berücksichtigt wird.

Ebenso halten wir die Ausweitung von prophylaktischen Schutzimpfungen für wichtig.

Auch sollten Angebote ausgebaut werden, die die Pflegekräfte dabei unterstützen, mit ihren psychosozialen und psychomotorischen Belastungen am Arbeitsplatz umzugehen und diese zu reduzieren. Wichtig wären hier eher dezentrale, einrichtungsnahe Veranstaltungsorte, um möglichst viele zu erreichen und eine möglichst zeit- und kostenreduzierte Teilnahme bei kurzer Anreise zu ermöglichen.

BGW: Vielen Dank für das Gespräch.

4.3 Susanne Otto, Verbandsoberein

Zur Person: Susanne Otto

- Verbandsoberein, Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V.
- Fachwirtin für soziale Dienstleistungen (IHK); Gesundheits- und Krankenschwester
- Lehrerin für Pflegeberufe und Pflegedienstleiterin
- Tätigkeit in verschiedenen Krankenhäusern und in der Altenpflege – unter anderem stellvertretende PDL im Krankenhaus, PDL und Heimleitung in einer großen vollstationären Einrichtung
- Seit 8 Jahren im Verband der Schwesternschaften vom DRK verantwortlich für den Bereich „Pflegewesen“ und „Auslandsarbeit“



Kontakt: www.schwesternschaften.drk.de

BGW: Frau Otto, Sie waren Teilnehmerin der BGW-Veranstaltung „Sieht die Pflege bald alt aus?“ Was haben Sie für sich persönlich beziehungsweise für Ihre Arbeit mitgenommen?

OTTO: Besonders interessant waren für mich die verschiedenen Themen der Open-Space-Workshops, weil sie die derzeit wichtigsten und dringendsten Problematiken widerspiegeln. Aus meiner Sicht waren dies insbesondere die Themen „Ausbildung und Nachwuchsgewinnung“, das „Image der Pflegeberufe“ und „Gesund arbeiten bis 67“.

Wir, das heißt der Verband der Schwesternschaften des DRK, werden diese Aspekte auch auf einer geplanten Tagung im Herbst und bei unserem Bundeskongress im Frühjahr nächsten Jahres thematisieren. Zudem planen wir derzeit ein EU-Projekt zum Thema „Gesund arbeiten bis ins Alter“. Auf der BGW-Veranstaltung konnte ich also für die Veranstaltungsplanung umfangreiche Informationen und Praxiserfahrungen sammeln.

BGW: Sieht Ihrer Meinung nach die Pflege in Deutschland wirklich bald „alt“ aus?

OTTO: Die Frage wurde ja bereits durch den Vortrag von Prof. Raffelhüschen beantwortet. Es gibt dahin gehend also keine Spekulationen und Mutmaßungen mehr. Wir werden an diesen Tatsachen nicht vorbeikommen. Die Anzeichen sind bereits deutlich spürbar. Erstmals gab es in diesem Jahr mehr Lehrstellenangebote als Bewerber.

Die Fakten sind also klar. Wie die weitere Umgangsweise mit den Konsequenzen dieser Entwicklung allerdings genau aussehen wird, ist schwierig zu sagen oder einzuschätzen.

BGW: Mit welchen Mitteln und Maßnahmen kann dem prognostizierten Pflegekräftemangel Ihrer Meinung nach zukünftig entgegengewirkt werden?

OTTO: Das Image der Pflegeberufe muss definitiv verbessert werden. Hierfür müssen mehr öffentliche Diskussionen geführt werden. Die Darstellungen, die es derzeit gibt, zeichnen ein recht einseitiges und negatives Bild. Ich denke da beispielsweise an die Reportage „Die Krankenhausfabrik“, in der der Pflegeberuf doch sehr negativ dargestellt wurde. Leider hat hier im Anschluss eine Ansprache oder Diskussion der positiven Seiten des Berufs gefehlt. Nur die Darstellung problematischer Situationen wird uns nicht helfen, mehr Menschen für Pflegeberufe zu gewinnen.

BGW: Wie können denn Ihrer Meinung nach Pflegeberufe aufgewertet werden?

OTTO: Kurz formuliert gehören hierzu sicher Werbe- und Imagekampagnen sowie die Vergütung und Ausbildung.

Leider wird die Pflegearbeit noch allzu häufig – auch seitens der Politik – als eine relativ anspruchslose Tätigkeit dargestellt. Dabei gehören Pflegeberufe zu den verantwortungsvollsten Berufen überhaupt. Das muss in der gesamten Öffentlichkeit viel deutlicher werden. Neben einer adäquaten Bezahlung spielt, und das zeigen auch Studien, die gesellschaftliche Anerkennung der Kompetenz und Verantwortung der Pflegeberufe eine sehr wichtige Rolle, wenn man Menschen für diesen Beruf gewinnen und darin halten will. Natürlich sind auch berufliche Entwicklungsperspektiven wichtig. Hierzu gehören beispielsweise die Möglichkeiten der Erweiterung von Kompetenzen und des Aufgabenspektrums. Mittlerweile gibt es erste Gutachten zur Aufgabenumverteilung und zur Professionalisierung und auch erste duale Studiengänge. Wir werden rund 10 Prozent Fachkräfte mit akademischer Ausbildung benötigen, die in der Pflege tätig sind. Mit diesen neuen Perspektiven kann man dann auch Personen ansprechen, die für die bisherige Pflegeausbildung nicht zu gewinnen wären.

Also zusammengefasst: öffentliche Darstellung und Vermittlung des Berufsbildes mit all seinen positiven Seiten, die Förderung von unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten, damit einhergehend das Voranbringen der Akademisierung und generell die Erweiterung der Kompetenzen und Aufgaben von Pflegekräften.

BGW: Wie werden sich Ihrer Meinung nach Einsatzgebiete und Anforderungen des Berufsfelds „Pflege“ in den nächsten 20 Jahren verändern?

OTTO: Hier kann ich nur spekulativ antworten. Je mehr sich die Medizintechnik weiter entwickelt und neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren entstehen, verändert sich natürlich auch das Aufgabenfeld der Pflege. Ganz klar sehe ich aber, dass zukünftige Anforderungen auch Experten mit Hochschulniveau erforderlich machen werden. Daneben wird es sicher weitere Spezialisierungen geben, das heißt Pflegefachkräfte mit spezifischen Aufgaben. So wie es ja bereits heute schon Case-Manager, Codierfachkräfte oder Wundmanager gibt. Entsprechend muss es natürlich für diese erforderlichen Spezialkenntnisse auch Aus- und Weiterbildungen geben.

BGW: Halten Sie das derzeitige Konzept der Pflegestützpunkte für eine gute Lösung und können diese dabei mitwirken, gesunde Arbeitsbedingungen in der Pflege zu sichern?

OTTO: Wir halten das für keine gute Lösung. Pflegestützpunkte sind einfach nicht erforderlich. Die bereits vorhandenen Möglichkeiten – die

Beratungsstellen – hätten lediglich erweitert und anders strukturiert werden müssen. Denn im Grunde leisten bereits die heute existierenden Beratungsstellen die Arbeit, die zukünftig die Stützpunkte übernehmen sollen.

BGW: Glauben Sie, dass das Konzept der Wohngemeinschaften Zukunft hat? Welche Versorgungskonzepte werden sich zukünftig durchsetzen?

OTTO: Es wird sicherlich Mischkonzepte geben. Der Anspruch, bis zum Tod zu Hause zu bleiben, wird sich noch deutlicher durchsetzen. Allerdings muss man auch sehen, dass schwerstkranke, multimorbide, sehr alte Menschen oder Demenzkranke vermutlich nicht vollständig zu Hause gepflegt werden können und die Pflege in einer stationären Einrichtung dann doch unumgänglich wird. Das heißt, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen durchaus nicht abgeschafft werden können. Meiner Meinung nach wird es zukünftig mehr gemischte Wohn- und Betreuungsformen mit unterschiedlichen Angeboten geben müssen. Vielleicht werden sich auch Wohngemeinschaften, insbesondere für demenzkranke Senioren, deutlicher durchsetzen.

BGW: Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach die BGW bei der Zukunftsentwicklung der Pflege übernehmen und welche Themenbereiche sollte sie zukünftig bearbeiten und diskutieren?

OTTO: Sehr begrüßenswert, dass sich die BGW nun auch im Rahmen der Kampagne „Aufbruch Pflege“ mit berufspolitischen Themen befasst. Die Veranstaltungen sollten durchaus häufiger, eventuell regional gestreut stattfinden, damit diese Aktivität der BGW öffentlicher wird und auch bei den Betroffenen ankommt.

Eine weitere bedenkenswerte Entwicklung, die thematisiert werden sollte, ist die deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen bei Pflegefachkräften.

Abschließend möchte ich anmerken, dass die bestehende Lobbyarbeit in der Pflege verstärkt werden muss. Daher wäre es sehr zu begrüßen, wenn sich die BGW unterstützend für die Versicherten der Pflegeberufe auf politischer Ebene weiter betätigen würde.

BGW: Vielen Dank für das Gespräch.

4.4 Tabellarischer Überblick der Kernaussagen

Persönlicher Wert der Veranstaltungsteilnahme

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Neue Erkenntnisse • Austausch • Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch • Vertretung von gewerkschaftlichen Standpunkten innerhalb der Diskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Austausch und Diskussion

Sieht die Pflege bald alt aus?

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
Nein. Wir müssen uns den Gegebenheiten anpassen, uns den Herausforderungen stellen und handeln.	Ja. Die Aktivitäten seitens der Politik müssen deutlich erhöht werden.	Die Fakten sind klar, der Umgang mit diesen beziehungsweise die weitere Entwicklung sind schwer einschätzbar.

Maßnahmen gegen Pflegekräftemangel/Aufwertung des Pflegeberufs

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
<ul style="list-style-type: none"> • Transparentere und bessere öffentliche Darstellung der Berufskompetenzen und -leistungen • Öffnung stationärer Einrichtungen: Integration in das lokal-soziale Umfeld, Anbieten von Praktika und ähnliches • Berufsbelastungen deutlicher wahrnehmen und entsprechende Angebote ausbauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität und Attraktivität der Ausbildung steigern • Staatliche Verantwortung für die Ausbildung deutlich erhöhen • Drittelparität in Prüfungsausschüssen und Schulkonferenzen gewährleisten • Ausbildungsfinanzierung (insbesondere bei Privatschulen) einheitlich und für die Auszubildenden fair regeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Darstellung des Berufsbilds in der Öffentlichkeit • Werbe- und Imagekampagnen • Adäquate Vergütung • Berufliche Entwicklungsperspektiven schaffen: Erweiterung der Kompetenzen und Aufgaben, Akademisierung et cetera

Veränderung der Einsatzgebiete der Pflege in den nächsten 20 Jahren

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
Schwer einschätzbar: Konzentration von Schwerstpflegefällen in stationären Einrichtungen, Ausbau der ambulanten Pflege für „leichtere“ Pflegefälle.	Zunahme an Spezialisierungen, zum Beispiel Pflege für spezielle Erkrankungen (wie Demenz) oder Pflege für gleichgeschlechtliche Lebenspartner.	Weitere Spezialisierungen der Pflege.

Sind Pflegestützpunkte eine gute Lösung?

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
Wohnortnahe Beratung aus einer Hand: ja. Pflegestützpunkte für NRW nein. Nutzung und Ausbau vorhandener Stellen wäre sinnvoller.	Ja. Wichtig zur Gewährleistung einer neutralen und objektiven Beratung ist hier die „staatliche Hoheit“. Kommunen sollen in die Verantwortung genommen werden. Die Kosten sollen auf die Pflegeversicherung übertragen werden.	Nein. Vorhandene Beratungsstellen hätten lediglich ausgebaut werden müssen.

Hat das Konzept der Wohngemeinschaften Zukunft?

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
<p>Ja.</p> <p>Steuerungsmechanismen sind allerdings notwendig: so viel wie nötig, so wenig wie möglich, um optimale Pflege zu gewährleisten.</p> <p>Falls unumgänglich, sollte der Umzug in eine stationäre Einrichtung im lokal-sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen ermöglicht werden.</p>	<p>Ja.</p> <p>Wohnformen sollten in der Reform des Heimgesetzes bedacht werden.</p> <p>Staatliche Kontrolle ist zur Gewährleistung einer optimalen Pflege und zur Verhinderung „wilder Auswüchse“ wichtig.</p>	<p>Ja .</p> <p>Es wird zukünftig mehr Mischformen der Betreuung geben, etwa Wohngemeinschaften für Demenzkranke.</p> <p>Vollstationäre Pflege bleibt für schwerst- kranke, multimorbide alte Menschen weiterhin wichtig.</p>

Themen, denen sich die BGW zukünftig widmen sollte

Oskar Burkert	Michael Musall	Susanne Otto
<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholungen von Veranstaltungen dieser Art • Räume für Erfahrungsaustausch schaffen • Angebotserweiterung zu Themen der psychischen und physischen Arbeitsbelastungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau von Arbeits- und Gesundheitsschutz im ambulanten Bereich • Fahrtenschreiber für ambulante Dienste • Ausweitung prophylaktischer Schutzimpfungen • Ausbau der Angebote zu Themen der psychischen und psychomotorischen Arbeitsbelastungen • Veranstaltungsorte auch dezentral und einrichtungsnah anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau berufs- politischer Themen • Angebote auch regional gestreut anbieten • Angebote zu Themen der psychischen Belastungen und Erkrankungen von Pflegekräften • Verstärkung der Lobbyarbeit für die Pflege

5 Literatur und Quellen

Augurzky, B., Krolop, S., Mennicken, R., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkat, S.: Pflegeheim Rating Report 2007, Heft 39, RWI Essen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Expertenkommission Pflege: Empfehlungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung unter Einbezug der Pflege. 2007

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. BGW 2007.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin 2005. (Internet: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=78114.html>)

Ehrentraut, O., Heidler, M.: Demografisches Risiko für die Staatsfinanzen? Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen im Vergleich. Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge Nr. 20, Freiburg, November 2007
(Internet: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwi/publikationen/189.pdf>)

Elzer, M., Sciborski, C.: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Friebe, J.: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn 2006.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil I Nr. 11, ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007: 378–473. (Internet: http://www.bmg.bund.de/nn_603200/SharedDocs/Gesetzestexte/GKV/GKV-WSG,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GKV-WSG.pdf)

Grond, E.: Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspflege. 2. Auflage, Kunz Verlag, Hagen 2000.

Habermann, M.: Interkulturelle Kompetenz – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege und Gesellschaft 1/2003:11–15.

Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M.: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü 15. Dortmund, Berlin, Dresden 2005. (Internet: http://www.baua.de/nn_21676/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15,xv=vt.pdf?)

Jana, M.: Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Juni 2004.
(Internet: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/jana04_01.pdf)

Raffelhüschen, B.: Pflege 2030 – Einflussfaktoren auf die demografische Entwicklung der Pflege. Vortrag im Rahmen des Deutschen Pflegekongress/Hauptstadtkongress, Berlin, 05.06.2008. Dokumentierte Version, Tagungs-CD: 204-217 (2008d)

Raffelhüschen, B.: Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Vortrag im Rahmen des Hauptstadtkongresses/Deutscher Pflegekongress, Berlin, 05.06.2008 (2008c). (Internet: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiil/downloads/aktuelles/pflege.pdf>)

Raffelhüschen, B., Ehrentraut, O.: Vorsorgementalität der Deutschen. Die Verlagerung der sozialen Verantwortung in der Altersvorsorge. Neue Leben Versicherung. 2008 (2008b)
(Internet: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiil/publikationen/182.pdf>)

Raffelhüschen, B., Häcker, J.: Stellungnahme des Forschungszentrums Generationenverträge zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) der Fraktionen CDU/CSU und SPD. Bundestagsdrucksache 16/7439. 23.01.2008 (2008a)

Statistisches Bundesamt: Leben in Deutschland. Wiesbaden 2006.
(Internet: <http://www.destatis.de>)

