

Abschlussbericht

Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege

Förderkennzeichen: IIA5-2511ZPK004

Auftraggeber:

Bundesministerium für Gesundheit

Projektverwaltung:

Bundesverwaltungsamt

50728 Köln

Projektgruppe:

Prof. Dr. Thomas Klie (Gesamtleitung, AGP Freiburg)

Mona Frommelt (Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. München)

AGP im FIVE e.V.

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

info@agp-freiburg.de

Verfasser:

Thomas Klie

Claus Heislbetz

Mona Frommelt

Sabine Behrend

Alexander Dell

Anne Göhner

Christiane Hellbusch

Daniel Purwins

Pablo Rischard

Martina Roes

Birgit Schuhmacher

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Einleitung	17
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	17
1.2 Darstellungsweisen	18
1.3 Differenzierung Care und Cure	19
1.4 Forschungsfragen	29
1.5 Methoden	30
1.5.1 Literaturrecherche	30
1.5.1.1 National	30
1.5.1.2 International	31
1.5.2 Fallstudien im Berufsfeld Care	32
1.5.3 Expertenbefragungen	32
1.5.3.1 Delphi	32
1.5.3.2 Quantifizierung des Arbeitskräftepotenzials	36
1.5.3.3 Zukunftskonferenz	36
1.5.3.4 Innovationswettbewerb	37
1.5.3.5 Fallstudien im Berufsfeld Care	38
1.5.3.6 Experteninterview	38
2 Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfs	39
2.1 Szenarien zu Angebot und Nachfrage von Arbeitskräften in der Pflege	39
2.1.1 Alle Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI	41
2.1.1.1 Szenario Schnabel (2007)	41
2.1.1.2 Szenario Enste/ Pimpertz (2008)	43
2.1.1.3 Szenario Hackmann/ Moog (2008)	45
2.1.1.4 Szenario Pohl (2011)	47
2.1.1.5 Szenario Prognos (2012)	50
2.1.1.6 Szenario Rothgang et al. (2012)	53
2.1.2 Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI	56
2.1.2.1 Szenario Hackmann (2009)	56
2.1.2.2 Szenario Afentakis/ Maier (2010)	58
2.1.2.3 Szenario PWC/ WifOR (2012)	61

2.1.3	Zusammenfassung	63
2.1.4	Metaprognose	67
2.2	Informelle Pflege	69
2.2.1	Entwicklung und gegenwärtige Bedeutung	69
2.2.2	Szenarien der weiteren Entwicklung	71
2.3	Neue Potenziale zwischen formeller und informeller Versorgung.....	75
3	Personalgewinnung, -verbleib und -entwicklung	81
3.1	Literaturrecherche international.....	81
3.1.1	Systematic Review - Fokus Pflegefachpersonal	81
3.1.2	Systematic Review - Fokus auf lizenzierte Pflegehelfer (CNA's), lizenzierte klinische Pflegehelfer (LNPs)persönliche Pflegeassistenten (PCAs) und andere nicht lizenzierte Pflegehelfer	93
3.1.3	Einschränkungen hinsichtlich der Bewertung der Studien.....	102
3.1.4	Schlussfolgerungen.....	103
3.2	Literaturrecherche national	104
3.2.1	Qualität der Daten	104
3.2.2	Die Situation im Handlungsfeld.....	104
3.2.3	Forschungsstand zu Personalfindung und -gewinnung	107
3.2.3.1	Führungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte	107
3.2.3.2	Bürgerschaftliches Engagement.....	109
3.2.4	Forschungsstand zu Personalentwicklung und -bindung	112
3.2.4.1	Personalmarketing in der stationären Altenhilfe.....	112
3.2.4.2	Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern	113
3.2.4.3	Gründe und Hintergründe von Berufsaustritten	113
3.2.4.4	Wirksame Strategien der Mitarbeiterbindung	116
3.2.4.5	Demografiefeste Personalpolitik	117
3.2.4.6	Exkurs: Affektives Commitment	120
3.2.4.7	Modellprojekte mit Wirksamkeitsbezug.....	122
3.2.5	Werkzeuge, Netzwerke, Projekte, Kampagnen und Initiativen.....	125
3.2.5.1	Personalfindung und -gewinnung.....	125
3.2.5.2	Personalentwicklung und -bindung	129
3.2.5.3	Zwischenfazit.....	141
3.3	Fallstudien im Berufsfeld Care	147
3.3.1	Untersuchungsfragen und Vorarbeiten.....	147
3.3.2	Design, Durchführung und Vorgehen bei der Auswertung.....	149

3.3.2.1	Vorüberlegungen	149
3.3.2.2	Planung und Durchführung der Erhebungen	152
3.3.2.3	Vorgehen bei der Auswertung.....	155
3.3.3	Personenprofile.....	155
3.3.3.1	Personenprofile zum (Quer-)Einstieg	155
3.3.3.2	Personenprofile zum Verbleib im Beruf	164
3.3.3.3	Personenprofile zur Qualifizierung.....	172
3.3.4	Kriterien zum (Quer-)Einstieg	180
3.3.4.1	Erste Zugänge	180
3.3.4.2	Entscheidende Motive	182
3.3.4.3	Fremdwahrnehmung und Reaktionen im Umfeld	184
3.3.4.4	Finanzielle Erwartungen.....	186
3.3.4.5	Belastungen während der Ausbildung	187
3.3.4.6	Motive der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund	188
3.3.5	Kriterien für den Verbleib im Beruf	189
3.3.5.1	Bedeutung physischer Belastungen	189
3.3.5.2	Diskrepanzen zwischen Vorstellungen von guter Pflege und der Realität	190
3.3.5.3	Organisatorische Rahmenbedingungen und Belastungen	192
3.3.5.4	Bedeutung des Einkommens	193
3.3.5.5	Gute Zusammenarbeit im Team.....	196
3.3.6	Kriterien zur Qualifizierung	196
3.3.6.1	Motive für und gegen die Qualifizierung.....	196
3.3.6.2	Finanzierung und finanzielle Erwartungen	198
3.3.6.3	Erwartungen an die Weiterbildung „Fachhauswirtschaft“	200
3.3.6.4	Erwartungen an die Weiterbildung „Case Management“	201
3.3.6.5	Erwartungen an die Weiterbildung „Verantwortliche Pflegefachkraft“	202
3.3.7	Empfehlungen und Schlussfolgerungen.....	203
3.3.7.1	(Quer-)Berufseinstieg	203
3.3.7.2	Berufsverbleib	206
3.3.7.3	Qualifizierung	209
3.4	Experteneinschätzung.....	211
3.4.1	Delphi.....	211
3.4.2	Innovationswettbewerb.....	219
3.4.2.1	1. Preis: Victor-Gollancz-Haus, Frankfurt am Main	221
3.4.2.2	2. Preis: St. Gereon Seniorendienste, Hückelhoven	223
3.4.2.3	3. Preis: Diakonie-Sozialstation Metzingen e.V.....	224
3.4.2.4	Zusammenfassung	225

4	Berufsgruppen und deren Design	227
4.1	Berufsgruppenrecherche	227
4.1.1	Methodik der Recherche	228
4.1.2	Hochschulabschlüsse	229
4.1.3	Staatlich geregelte Abschlüsse.....	233
4.1.4	Nichtstaatlich geregelte Abschlüsse	238
4.1.5	Fazit und Ausblick.....	241
4.2	Experteneinschätzungen zur Berufsgruppenentwicklung	246
4.2.1	Rahmenbedingungen und Perspektiven	246
4.2.2	Berufsgruppen und Aufgabenfelder	253
4.2.3	Integrierte versus eigenständige Pflegeausbildung	262
4.2.4	Fazit und Ausblick.....	264
5	Weitere Themenfelder	266
5.1	Veränderungen in der Versorgungslandschaft	266
5.2	Arbeitskräfte für die Langzeitpflege aus Drittstaaten.....	275
5.3	Ambient Assisted Living.....	278
6	Ergebnisse und Empfehlungen	281
6.1	Ergebnisübersicht nach Bereichen und Ebene	281
6.2	Thematische Zusammenfassungen und Empfehlungen.....	287
6.2.1	Offenes Berufsgruppenkonzept für Langzeitversorgung.....	287
6.2.2	Profilierung der professionellen Pflege	288
6.2.3	Das Leistungsrecht der Pflege und Teilhabe öffnen	288
6.2.4	Kampagne Sorgeskultur und Berufe für Menschen	289
6.2.5	Bezahlung von informeller Sorge politisch thematisieren	290
6.2.6	Arbeitsplatzplatzsicherheit und Zuverlässigkeit der Arbeitgeber betonen	291
6.2.7	Körperliche Belastungen werden als Risiko für den Berufsverbleib überbewertet	291
6.2.8	Bereitschaft zur Qualifizierung nutzen, nicht ausnutzen	291
6.2.9	Netzwerk Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft	291
7	Schlussbemerkungen	293
	Literaturverzeichnis	294

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Runden Delphi-Befragung	33
Tab. 2: Beurteilungskriterien	34
Tab. 3: Experten	34
Tab. 4: Rücklauf Delphi-Befragung.....	36
Tab. 5: Szenario Schnabel (2007): Grunddaten der Studie.....	41
Tab. 6: Szenario Schnabel (2007): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenzen (VZÄ).....	42
Tab. 7: Szenario Enste/ Pimpertz (2008): Grunddaten der Studie	43
Tab. 8: Szenario Enste/ Pimpertz (2008): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten.....	44
Tab. 9: Szenario Hackmann/ Moog (2008): Grunddaten der Studie	45
Tab. 10: Szenario Hackmann/ Moog (2008): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	46
Tab. 11: Szenario Pohl (2011): Grunddaten der Studie	47
Tab. 12: Szenario Pohl (2011): Grunddaten der Studie	48
Tab. 13: Szenario Pohl (2011): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	49
Tab. 14: Szenario Prognos (2012): Grunddaten der Studie.....	50
Tab. 15: Szenario Prognos (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten.....	52
Tab. 16: Szenario Prognos (2012): Handlungsfelder zur Senkung der Pflegelücke - Maximumszenario.....	53
Tab. 17: Szenario Prognos (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten - Realistisches Szenario	53
Tab. 18: Szenario Rothgang et al. (2012): Grunddaten der Studie.....	53
Tab. 19: Szenario Rothgang et al. (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	55
Tab. 20: Szenario Hackmann (2009): Grunddaten der Studie.....	56
Tab. 21: Szenario Hackmann (2009): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	58
Tab. 22: Szenario Afentakis/ Maier (2010): Grunddaten der Studie.....	58
Tab. 23: Szenario Afentakis/ Maier (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	60
Tab. 24: Szenario PWC/ WifOR (2012): Grunddaten der Studie.....	61
Tab. 25: Szenario PWC/ WifOR (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten	63
Tab. 26: Pflegebedürftige mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige bis 2030: Szenarien aus Rothgang et al. (2012).....	72

Tab. 27: Modelle <i>Entwicklungspfad</i> I und II zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege durch Fortschreibung des Entwicklungspfades	73
Tab. 28: Modell <i>Altenquotient</i> zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege aus linearer Regression in Abhängigkeit des Altersquotienten 65	74
Tab. 29: Modell <i>Einpersonenhaushalte</i> zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege aus linearer Regression in Abhängigkeit des Altersquotienten 65.....	74
Tab. 30: Szenarien zum Anteil der Angehörigenpflege in Abhängigkeit verschiedener Determinanten.....	75
Tab. 31: Entwicklung der Quoten der Vollzeitbeschäftigten unter allen abhängig Beschäftigten 1997-2011	76
Tab. 32: Entwicklung der Erwerbsquoten 1997-2011	77
Tab. 33: Unterschiedliche Pflegearrangements in Deutschland: Verteilung der Anteile von Pflegebedürftigen mit informeller Versorgung in 412 Landkreisen und kreisfreien Städten..	78
Tab. 34 Konkrete Interventionen innerhalb des nationalen BJBC Programms:	84
Tab. 35 Vier zukunftsweisenden Prinzipien	101
Tab. 36: Unterschiede in der Gewinnung von Pflegehelfern zwischen ländlichen / städtischen Regionen	102
Tab. 37: Überblick Gruppendiskussionen.....	152
Tab. 38: Durchführung der Befragungen und Kodierungen der Befragten	154
Tab. 39: Entscheidende erste Zugänge	180
Tab. 40: Attraktive Faktoren für den Pflegeberuf	212
Tab. 41: Unattraktive Faktoren für den Pflegebereich	214
Tab. 42: Hochschulabschlüsse in Gesundheitsberufen nach Bundesland.....	231
Tab. 43: Hochschulabschlüsse in Sozialberufen nach Bundesland	232
Tab. 44: Hochschulabschlüsse in Hauswirtschaftsberufen nach Bundesland	233
Tab. 45: Ausbildungen in Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsberufen deutschlandweit	235
Tab. 46: Aus- und Weiterbildungsangebote in Gesundheitsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland.....	236
Tab. 47: Aus- und Weiterbildungsangebote in Sozialberufen nach Fachrichtung/ Bundesland .	237
Tab. 48: Aus- und Weiterbildungsangebote in der Hauswirtschaft nach Fachrichtung/ Bundesland.....	238
Tab. 49: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Gesundheitsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland	239
Tab. 50: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Sozialberufen nach Fachrichtung/ Bundesland	240

Tab. 51: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Hauswirtschaftsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland	241
Tab. 52: Berufsbezeichnungen und Aufgabenfelder	253
Tab. 53: Ergebnisübersicht zur <i>Differenzierung von CURE und CARE</i> sowie zum <i>Berufsgruppenkonzept</i>	281
Tab. 54: Ergebnisübersicht zur <i>Personalarbeit</i>	284

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Differenzierung Care und Cure	21
Abb. 2: Arbeitsteilungen von Care und Cure	23
Abb. 3: Rollenpassagen in der Langzeitpflege	25
Abb. 4: Aufgaben in der Langzeitpflege	26
Abb. 5: Darstellung der Szenarien zur Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfs: Legende	41
Abb. 6: Szenario Schnabel (2007)	42
Abb. 7: Szenario Enste/ Pimpertz (2008)	44
Abb. 8: Szenario Hackmann/ Moog (2008)	46
Abb. 9: Basis-Nachfrageszenarien Pohl (2011)	48
Abb. 10: Alternative Nachfrageszenarien Pohl (2011)	49
Abb. 11: Szenario Prognos (2012)	51
Abb. 12: Szenario Rothgang et al. (2012)	55
Abb. 13: Szenario Hackmann (2009)	57
Abb. 14: Szenario Afentakis/ Maier (2012)	60
Abb. 15: Szenario PWC/ WifOR (2012)	62
Abb. 16: Arbeitskräftedefizit in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI 2030: Vergleichende Darstellung für alle Arbeitskräfte aus den gegenwärtig verfügbaren Studien	65
Abb. 17: Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI 2030: Vergleichende Darstellung für alle Pflegekräfte aus den gegenwärtig verfügbaren Studien	67
Abb. 18: Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI: Entwicklung des Angebotsdefizits zwischen 2030 und 2050	68
Abb. 19: Pflegebedürftige mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige 1997 bis 2011	71
Abb. 20: Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 70 Jahre 1970-2050	79
Abb. 21: Faktoren die mit der Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln korrespondieren	82
Abb. 22: Zusammenhang von Arbeitsbeziehungen, Arbeitszufriedenheit und Wechselbereitschaft	82
Abb. 23: Absicht eines Arbeitsplatzwechsels im BJBC Programm	85
Abb. 24: Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	89
Abb. 25: Mentoring von Mitarbeitenden	90

Abb. 26: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T ₀)	93
Abb. 27: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T ₁)	94
Abb. 28: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T ₂)	95
Abb. 29: Gründe für den Wechsel des Arbeitsplatzes	96
Abb. 30: Gründe für den Verbleib am Arbeitsplatz	97
Abb. 31: Zusammenhang zwischen Führungsstil und Wechselbereitschaft	98
Abb. 32: Freiwilligentypologie nach Strasser et al. 2007	111
Abb. 33: Handlungsfelder	119
Abb. 34: Einstieg, Verbleib und Qualifizierung im Care-Bereich: Individuelles Verlaufs- und Entscheidungsmodell	151
Abb. 35: Das Selbstverständnis vieler ausgebildeter Pflegekräfte	212
Abb. 36: Faktoren, die den Pflegeberuf attraktiv machen	213
Abb. 37: Faktoren, die den Pflegebereich unattraktiv machen	215
Abb. 38: Ansprache möglicher Personengruppen zur Deckung des Bedarfs	216
Abb. 39: Geeignete Maßnahmen, um Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern	218
Abb. 40: Studiengänge nach Bundesländern	230
Abb. 41: Staatlich geregelte Ausbildungsmöglichkeiten nach Bundesländern	234
Abb.: 42 Berufsgruppenkonzept mit vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit	244
Abb. 43: Optionen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für Pflegeberufe	247
Abb. 44: Weitere Rahmenbedingungen	248
Abb. 45: Weiterer Bedarf an Assistenzberufen	249
Abb. 46: Spezialisierung vs. Generalisierung der Berufsbilder in der Langzeitpflege	250
Abb. 47: Einsatzbereiche Ehrenamtlicher	251
Abb. 48: Erwartete Veränderungen in der Versorgungslandschaft	267
Abb. 49: Weitere Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige	268
Abb. 50: Faktoren für die erweiterte Nachfrage an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen in der häuslichen Pflege	269
Abb. 51: Koordinationsfunktion neuer Versorgungsstrukturen	270
Abb. 52: Weitere mögliche Koordinationsakteure	270
Abb. 53: Hintergründe für die Entscheidung einer Versorgungsform	271
Abb. 54: Zielgruppen mit steigenden Bedarfen	272
Abb. 55: Zukünftige Schwerpunkte in der stationären Pflege	273

Abb. 56: Zukünftige Schwerpunkte in der ambulanten Pflege	274
Abb. 57: Transnationale Beschäftigte in der häuslichen Pflege	277
Abb. 58: Transnationale Beschäftigte in der stationären Pflege	278
Abb. 59: Einsatz von AAL-Technik	279

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
AARP	American Association of Retired Persons
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AGnES	Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention
al.i.d.a.	Arbeitslogistik in der Altenhilfe
AQ	Altenquotient
AT	Angebotsszenarien
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz AWO Arbeiterwohlfahrt
B A D GmbH	Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege
BÄK	Bundesärztekammer
BE	Bürgerschaftliches Engagement
bgw	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BiG	Bildungsinstitut im Gesundheitswesen in Essen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bsp.	Beispiel
DDN	Demografie Netzwerk
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSG	Deutsche Seniorenstift Gesellschaft
eLiA	eLearning Infrastruktur in der Altenpflege
eLiP	eLearning in der Pflege e.V.
ESF	Europäischer Sozialfonds
f-bb	Forschungsinstitut betriebliche Bildung Nürnberg

fk	Fachkräfte
FK	Führungskräfte
Frauenhofer IAO	Frauenhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation
GAbi	Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim
GeniAl	Generationsmanagement im Arbeitsleben
GESU.PER	Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HWA München	Hans-Weinberger-Akademie München
IEGUS	Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft
InnoGESO	Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen
INQA	Initiative neue Qualität der Arbeit
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
IWAK Frankfurt	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Frankfurt
KH Freiburg	Katholische Hochschule Freiburg
KMK	Kultusministerkonferenz
Lag0	Länger arbeiten in gesunden Organisationen
MA	Mitarbeitende
MAX	Mitarbeiteraktienindex
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MiaA	Menschen in altersgerechter Arbeitskultur
NEXT	Nurses Early Exit Study
NF	Nachfrageszenarien
NFAG	Netzwerk Freiwilligenarbeit in Altenpflegeheimen Göttingen
NRW	Nordrhein-Westfalen
PDL	Pflegedienstleitung
PEDRO	Personalentwicklung demografisch orientiert
PET	Personalentwicklung tut's
PiA	Professionalisierung interaktiver Arbeit
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab	Tabelle
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Vgl	vergleiche
VKJF	Verbands der Katholischen Jugendfürsorge e.V.
VZ	Vollzeit
VZÄ	Vollzeitäquivalenten
WeGebAU	Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen
ZAV	Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (der Bundesagentur für Arbeit)

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Angesichts der steigenden Zahl von auf Pflege angewiesenen Menschen, verbunden mit dem zurückgehenden Pflegepotenzial und der wachsenden Bedeutung beruflicher Unterstützung für Pflegebedürftige, avanciert die Frage des Personalbedarfs in der Langzeitpflege, insbesondere des Fachkräftebedarfs, zu einer der zentralen Herausforderungen für die Sicherung der Langzeitpflege in Deutschland. Die mit dieser Perspektive verknüpften Herausforderungen werden in dem entsprechend benannten Projekt „Herausforderung Pflege“ thematisiert.

Das Projekt „Herausforderung Pflege“ zielt auf die Entwicklung von Lösungsansätzen für die Sicherung des kurz-, mittel- und langfristigen Bedarfs an geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der ambulanten sowie stationären Versorgung in der Langzeitpflege. Die Befassung kennt verschiedene Themenschwerpunkte, die separat bearbeitet werden, um sie im Anschluss aufeinander zu beziehen und engzuführen.

Im Rahmen des Projektes wird erstens eine Quantifizierung des Pflege- und Fachkräftebedarfs vorgenommen. Auf Grundlage vorliegender Daten soll der Frage nachgegangen werden, mit welchem Pflege- und Personalbedarf zukünftig im ambulanten sowie im stationären Bereich zu rechnen ist. Dabei werden Wissensbestände über transnationale Pflegekräfte und migrationsbezogene Wirkungen eingebunden.

Darüber hinaus soll ermittelt werden, welche Strategien der Personalgewinnung und -entwicklung bekannt und wirksam sind, die in der Langzeitpflege im bundesdeutschen Kontext Anwendung finden können. Die Frage nach geeigneten Modellen entwickelt sich entlang der Themenschwerpunkte Rekrutierung, Qualifizierung und Förderung des Berufsverbleibs. Besonderes Augenmerk liegt hier auf Good- und Best Practice-Beispielen. Zudem werden berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen mit reflektiert.

Der Studie liegt ein horizontal und vertikal breit angelegtes und differenziertes Berufsgruppenkonzept zugrunde, das zwischen Care und Cure unterscheidet. Diese Differenzierung wird als Grundgedanke in der gesamte Studie verfolgt, entsprechend erfolgt am Anfang eine Erläuterung und Profilierung. In besonderer Weise ist die Differenzierung von Care und Cure für das Design eines zukunftsorientierten Berufsgruppenkonzeptes von Bedeutung, welches sich über die unterschiedlichen Berufsgruppen und auf verschiedene Qualifikationsniveaus erstreckt und eine entsprechende vertikale wie horizontale Mobilität und Durchlässigkeit kennt. Korrespondierend zu diesem Ansatz werden innerhalb der Recherchen, der Analysen und der Diskussionen mit den Experten auch andere als die „klassischen“ Pflegeberufe einbezogen. Am Rande, aber für die Schlussfolgerungen durchaus bedeutsam, werden erwartbare Veränderungen in der Versorgungslandschaft und die Bedeutung des Technikeinsatzes für die Langzeitpflege in Hinblick auf ihre jeweiligen Auswirkungen auf den Personalbedarf ebenso berücksichtigt wie die den bürgerschaftlich Engagierten zugeordnete Bedeutung in der Langzeitpflege.

Genderaspekte werden als Querschnittsthema im Vorhaben durchgängig berücksichtigt. Ergebnis der Studie sind Empfehlungen für eine auf Nachhaltigkeit angelegte und bedarfsorientierte sowie mit einem wohlfahrtspluralistischen Ansatz verbundene Personalgewinnungsstrategie für die Langzeitpflege.

1.2 Darstellungsweisen

Dem Abschlussbericht vorangestellt ist eine Auseinandersetzung mit der zur Grundlage der Studie gemachten Differenzierung zwischen Care und Cure. Die im deutschsprachigen Bereich noch nicht etablierte aber resonanzfähige Differenzierung bedarf der Erläuterung und kritischen Diskussion. Die Forschungsfragen und das Methodenset, das in der Studie zur Anwendung kommt, werden anschließend vorgestellt. Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich nicht durchgängig an den jeweiligen methodischen Zugängen, sondern versucht dort, wo dies sinnvoll ist, auf Grundlage unterschiedlicher Quellen und methodischer Zugänge gewonnene Erkenntnisse zusammenzuführen und aufeinander zu beziehen. Der Bericht versucht eine sprachliche Gleichbehandlung von Männern und Frauen zu gewährleisten; soweit Begriffe zur Funktionsbeschreibung und nicht als Subjektbeschreibung Verwendung finden, wird für eine bessere Lesbarkeit das generische Maskulinum (z.B. Arbeitgeber, Expertenbefragung, Partnerpflege) verwendet.

Ein erstes umfangreiches Kapitel bezieht sich auf die Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfes. In diesem Kapitel werden die verfügbaren Studien und Szenarien dargestellt und diskutiert. Sowohl die Differenzen als auch insbesondere die Gemeinsamkeiten der Einschätzungen des künftigen Arbeitskräftebedarfes in der Langzeitpflege werden herausgearbeitet.

Ein zweites großes Kapitel widmet sich Fragen der Personalgewinnung, des Verbleibs und der Personalentwicklung. Hier werden sowohl Ergebnisse der nationalen und internationalen Literaturrecherchen vorgestellt als auch die Erkenntnisse, die für eine strategische Ausrichtung der Personalarbeit in der Sozialwirtschaft relevant sind, destilliert. In Fallstudien zum Berufsfeld Care wurden exemplarisch unterschiedliche Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich der Langzeitpflege befragt, um ein differenziertes Bild über Zugänge, Belastung, Motive für und Einflussfaktoren auf den Berufsverbleib zu identifizieren. Die Experteneinschätzungen zu Fragen der Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung wurden im Rahmen einer Delphi-Befragung, eines Innovationswettbewerbes und einer Zukunftskonferenz einbezogen. Auch sie werden in diesem Kapitel gewürdigt.

Ein drittes Schwerpunktthema in dem Bericht bildet das Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care. Hier werden sowohl die auf Landesebene angebotenen Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Studierendenangebote analysiert als auch Experteneinschätzungen ausgewertet.

Bedeutsam aber nicht im Mittelpunkt stehende Themen, die dem Auftraggeber besonders am Herzen lagen, werden in dem Kapitel „weitere Themenfelder“ aufgegriffen. Dabei handelt es sich um die Veränderung in der Versorgungslandschaft, die Diversifizierung der Versorgungsangebote, die Bedeutung von Migration und transnationalen Pflegekräfte zur Deckung des Arbeitskräftebedarfes einschließlich Fragen des Technikeinsatzes.

In einem abschließenden Kapitel werden Ergebnisse und Empfehlungen thesenorientiert vorgestellt und zu konkreten Handlungsempfehlungen kondensiert.

1.3 Differenzierung Care und Cure

In dem Projekt Herausforderung Pflege wird zur Profilierung des Verständnisses von Pflege, von Aufgabenbereichen und Verantwortungsfeldern, aber auch der im Bereich der Langzeitpflege tätigen Berufsgruppen eine Differenzierung in Care und Cure vorgenommen. Diese Differenzierung wird als Leitgedanke und Ordnungsversuch verfolgt. Die Differenzierung ist in der anglo-amerikanischen Sprache eingeführt und verbreitet und kennt im Deutschen bislang keine Entsprechung. Ob die Differenzierung taugt, soll im Rahmen des Projektes getestet werden. Es kann eingewandt werden, dass eine (künstliche) Trennung zwischen und in Care und Cure einem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das sich in den letzten Jahren mühsam etabliert hat, zuwiderläuft. Diesem Einwand läge ein Missverständnis zugrunde, denn die Differenzierung in Care und Cure soll weder ein ganzheitliches Menschenbild noch ein ganzheitliches Verständnis von Pflege und Versorgung infrage stellen. Die Differenzierung knüpft vielmehr an der häuslichen Pflegesituation an. Hier übernehmen die Aufgaben der Sorge, der Fürsorge, der Besorgung, der Versorgung – also Care oder das Caring – in aller Regel die Familienangehörigen, Freunde und zum Teil auch Nachbarn im Sinne eines „Unterhaltsverbandes“. Die Fachpflege hat bei ihrem Tätigwerden zwar die gesamte „Sorgesituation“ im Blick, beschränkt sich aber in ihrem Handeln auf bestimmte Aufgaben, die unter dem Terminus Cure subsumiert werden können. Diese Konzentration auf bestimmte Cure Aufgaben entsteht nicht nur, weil die Fachpflege nicht für alle Aufgaben bezahlt wird, sondern weil die Sorge, also Care, im Kern Aufgabe des „Unterhaltsverbandes“ ist und bleibt.

Für eine Differenzierung dieser Bereiche spricht auch der Blick auf die Entwicklung des Versorgungsbereiches. In den frühen Zeiten der professionellen Pflege haben die seinerseits in der ambulanten Pflege tätigen Gemeindeschwestern nicht die gesamte Versorgung (rund um die Uhr) übernommen, sondern dem Einzelnen und den Familien in verschiedener Weise assistiert: Sie haben die Familie beraten, wie sie in einer schwierigen Lebenssituation infolge von Gesundheitsproblemen zurecht kommen kann. Sie haben, in engen Absprachen mit den Ärzten, einen Behandlungsplan verfolgt und bestimmte medizinisch-pflegerische anspruchsvolle Aufgaben, wie etwa das Setzen einer Injektion, den Katheterwechsel, den Wundverband übernommen. Das handwerkliche pflegerische Handeln war und ist eingebunden in die von fachlicher Aufmerksamkeit geprägte Begleitung des Kranken bzw. des auf persönliche Unterstützung angewiesenen Menschen.

Erweitert auf ein modernes Verständnis von Pflege, die sich in den letzten Jahrzehnten deutlich professionalisiert hat, im Sinne von Cure, übernimmt die in der häuslichen Versorgung tätige Fachpflegekraft ganz wesentlich die Planung, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Auf der Basis einer Anamnese und den daraus abgeleiteten Pflegediagnosen werden Pflegeziele und geeignete Maßnahmen mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen und seinem unterstützenden Umfeld ausgehandelt und vereinbart. Die Erstellung einer Pflegeplanung mit der Aufgabenverteilung im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten, die Anleitung von an der persönlichen

Unterstützung beteiligten Personen, soweit es sich um Pflegehandlungen handelt, sind die weiterführenden Aufgaben der Fachpflegekraft. Des Weiteren sind die kontinuierliche Beobachtung und die regelmäßige Überprüfung, ob die jeweiligen Ziele und Vereinbarungen erreicht wurden oder verändert werden müssen, analysierend, diagnostizierend und erneut aushandelnd vorzunehmen.

Ein solches aus der häuslichen Versorgungssituation entwickeltes Rollenkonzept und Aufgabenprofil der Fachpflege lässt sich weniger auf den klinischen dafür, in jedem Fall auf den Bereich kollektiver Versorgungsformen in Wohngruppen oder Heimen übertragen. Auch hier lässt sich der Kern professionellen Pflegehandelns auf die Steuerung des Pflegeprozesses beziehen und auf die Übernahme von anspruchsvollen handwerklichen Tätigkeiten, die in der pflegewissenschaftlich überkommenen Differenzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege, im Sozialrecht aber eingeführten Begriffen, letzterer zuzuordnen wäre.

Das Caring, im Sinne der Sorge für das Wohlergehen eines Menschen, obliegt im häuslichen Bereich zunächst einmal den Angehörigen und anderen für die betroffene Person bedeutsamen Menschen, die Verantwortung für ihn tragen. Die Verantwortung für das Caring fällt nicht in die Kernkompetenz der Professionellen in der Pflege; bisweilen liegt sie auch in den Händen anderer Professionen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, wenn es im Wesentlichen um die Bearbeitung komplexer Krisensituationen geht.

Die Beschäftigten der Hauswirtschaft oder Dorfhilfe können wiederum in einer zentralen Care-Verantwortung stehen, wenn es um eine Herausforderung in der Bewirtschaftung des Haushaltes und die Gestaltung des Gemeinschaftslebens geht.

Heilerziehungspflege oder Heilpädagogik können eine zentrale Rolle im Caring einnehmen, wenn es um Menschen mit geistiger Behinderung geht oder Fragen der Teilhabegefährdung die Lebenssituation prägen.

Damit wird deutlich, dass Care, die Sorge, und Caring, das Sorgetragen, keinesfalls allein in den Verantwortungsbereich der Pflege gehören. Deutlich wird aber auch, dass gerade in der Langzeitpflege, Cure immer eingebunden ist in die ganze die Person einbeziehende Interaktion und dass Caring, als das Sorgetragen, für das Wohlbefinden eines Menschen in einer schwierigen, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit geprägten Lebenssituation, zentral ist. Der Beruf der Altenpflege ist in besonderer Weise auf die Bedeutung des Carings ausgerichtet.

Angesichts der knappen Ressource der Fachkräfte wird man in der Zukunft – und das ist der Hintergrund der Studie „Herausforderung Pflege“ – auf den aufgaben- und kompetenzbezogenen Einsatz von Fachkräften der Pflege achten müssen. Eine Vorstellung, dass Fachkräfte der Pflege insgesamt, vorrangig oder ausschließlich für die gesamte Sorge der auf Pflege angewiesenen Menschen zuständig sind, zusätzlich zur täglichen Pflege, ist nicht nur unrealistisch und unfinanzierbar: Eine solche Vorstellung entspricht auch nicht einem aufeinander abgestimmten Verständnis von Professionen, die die Sorgefähigkeit des Einzelnen, von Familien, von Lebens- und Wohngemeinschaften in ihrer jeweiligen Lebensweise und Kultur stützen sollen.

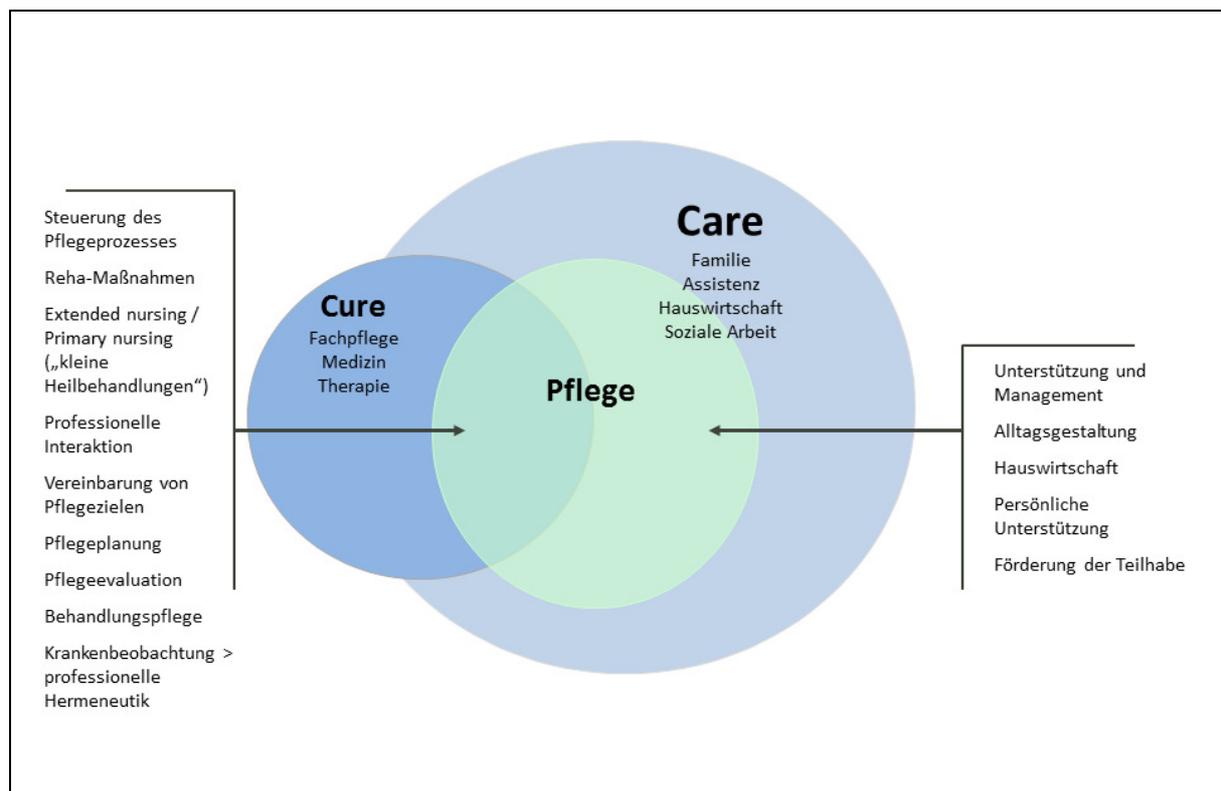
Das Füreinander-Sorgen ist und bleibt eine zentrale Äußerung menschlicher Solidarität in wie auch immer gearteten Formen des Zusammenlebens und Unterhaltsverbänden. Die Differenzierung in Care und Cure leitet sich also zum einen aus einem konsequenten Anknüpfen an häusli-

che Versorgungssituationen von auf Pflege angewiesene Menschen her. Hier haben Fachpflegekräfte regelhaft nur eine Unterstützungsfunktion. Sie leitet sich auch aus dem Respekt vor der Lebenswelt eines Menschen ab, die in ihrer eigenen Wirklichkeit geachtet werden will und in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu stärken ist.

Die Unterscheidung von Care und Cure reflektiert ebenso, inwieweit das Sorgetragen mit und ohne sogenannte Pflegebedürftigkeit in den Aufgabenbereich von Pflegefachkräften fällt; andere Berufsgruppen tragen ebenso dazu bei, wie etwa informelle Helfer und Ehrenamtliche. Schließlich reflektiert die Unterscheidung zwischen Care und Cure die knappe Ressource qualifizierter Fachkräfte der Pflege im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, die Gesundheitsberufe neu zu ordnen und in den ihnen übertragenen Funktionen und zugeordneten Kompetenzen durchlässiger zu machen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2011).

Die aufgegriffene Unterscheidung zwischen Care und Cure wirft eine Reihe von Abgrenzungsfragen auf. Diese Abgrenzungs- und Profilbestimmungsfragen sollen anhand nachfolgender Übersichten erläutert werden.

Abb. 1: Differenzierung Care und Cure



Mithilfe der Abb. 1 wird deutlich gemacht, dass die Pflege sowohl einen Cure- als auch einen Care-Aspekt kennt: Unser heutiges Pflegeverständnis sieht Fragen der Steuerung des Pflegeprozesses und der Übernahme von handwerklich anspruchsvollen Aufgaben als einen Teil der Pflege; den Schwerpunkt zumindest in zeitlicher Hinsicht aber im Bereich von Care, der alltäglichen Unterstützung und Kompensation fehlender Selbstpflegekompetenz, also dem sozialpflegerischen Berufsprofil. Die Unterstützung in den Verrichtungen des täglichen Lebens, wie es im noch geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff heißt, bezieht sich nicht allein auf handwerklich kompli-

zierte Aufgaben, sondern auch auf die Unterstützung in vielfältigen Fragen der alltäglichen personenbezogenen Hilfestellungen, die üblicherweise die Personen selbst an sich vornehmen oder auch pflegende Angehörige übernehmen würden.

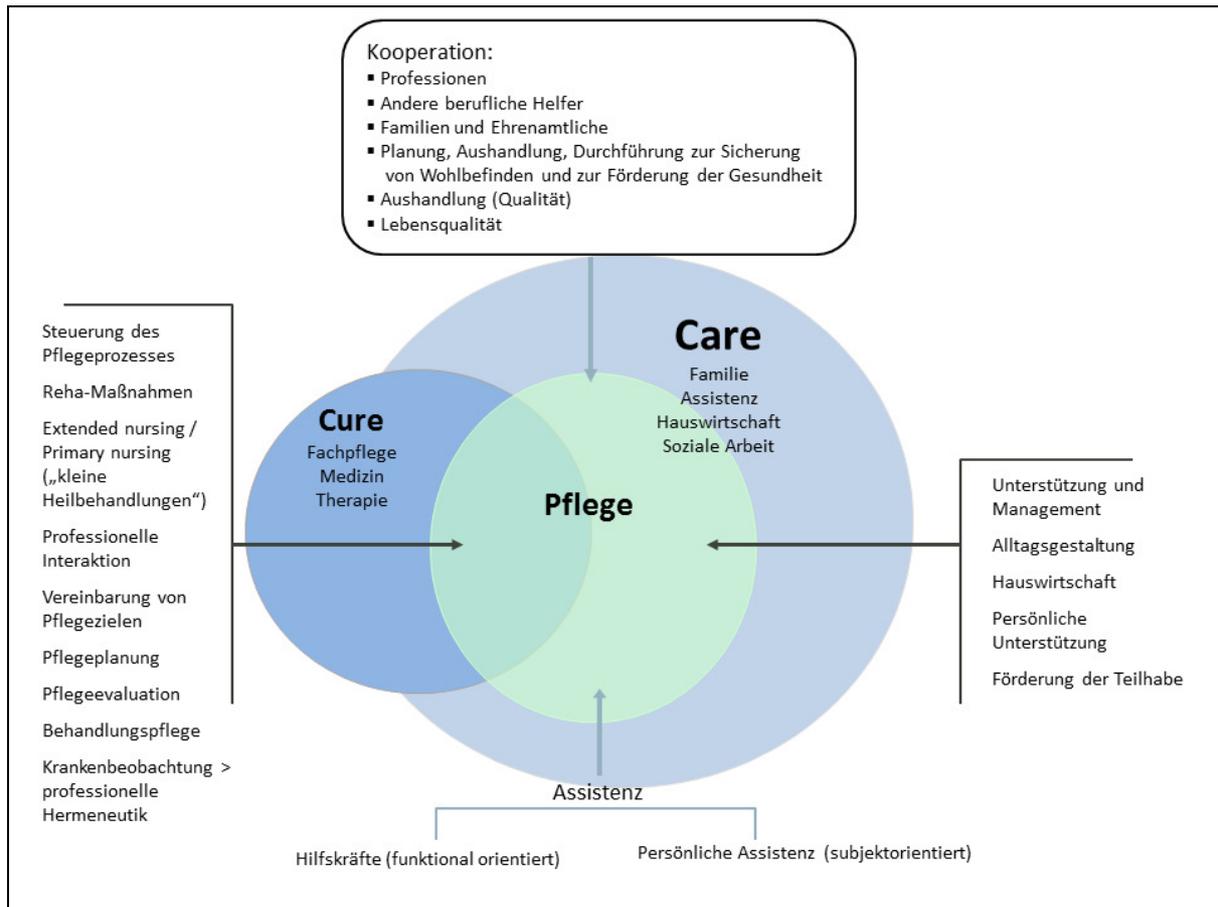
Pflege setzt sich insofern zusammen aus Care und Cure, so zumindest in dem heutigen und verbreiteten Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit. Dabei ist wie im Care-Bereich auch der Cure Bereich einer, in dem auch andere Berufsgruppen und Disziplinen ihre Verantwortungsrollen übernehmen und dies hier, im Gegensatz zum Care Bereich, häufig sogar dominant. Cure, das kurative, heilende oder palliativ Begleitende in einem medizinischen Sinne wird zentral den ärztlichen Berufen zugeordnet – unter Beteiligung von zahlreichen Assistenz – und Therapieberufen.

Und auch im Cure-Bereich sind informelle Helfer in den alltäglichen Zusammenhängen eines auf Pflege angewiesenen Menschen tätig. Sie sind vielfach die Koproduzenten, die Unterstützer von ärztlich geleiteten therapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Sie beteiligen sich ganz konkret an Cure-Aufgaben, wie beispielsweise der Medikamentengabe, der Durchführung von Maßnahmen der Kontrakturenprophylaxe, an Rehabilitationsmaßnahmen oder auch an handwerklich anspruchsvollen Aufgaben, wie das Setzen von Injektionen, soweit die Kompetenz etwa von Familienangehörigen oder Partnern vorhanden ist. § 37 Abs. 3 SGB V reflektiert genau diesen Cure-Anteil der Angehörigen.

Diese Arbeitsteilungen (Abb. 2) sind stets Ergebnis einer Aushandlung, in der geklärt wurde, wer was macht und was der Betroffene selbst präferiert. Da es in Deutschland für die Pflege keine Vorbehaltsaufgaben gibt, ist die Aufgliederung des Tätigkeitsfelds sowohl in Cure- als auch in Care-Maßnahmen – im Rahmen einer insgesamt sichergestellten Qualität – weitgehend eine Frage der Aushandlung.

Versucht man nun den Cure-Aspekt von Pflege in dem Verantwortungsbereich von Pflege inhaltlich zu bestimmen, so steht im Mittelpunkt die Steuerung des Pflegeprozesses mit der Vereinbarung der Pflegeziele, die Übernahme von handwerklich anspruchsvollen Aufgaben – auch im Sinne von extended nursing. Ebenso gehören die Krankenbeobachtung und die professionelle Hermeneutik in der Begleitung der auf Pflege angewiesenen Menschen zu den Cure-Aufgaben von Pflege sowie die professionelle Interaktion mit allen Beteiligten. Nicht zu unterschätzen ist der Anteil der Patienten-Education für die Übernahme von Cure-Aufgaben in die Selbstpflege bzw. die Angehörigenpflegen.

Abb. 2: Arbeitsteilungen von Care und Cure



Im Care-Bereich haben sich für die Pflege Aufgaben der Unterstützung und des Managements der Alltagsgestaltung, der hauswirtschaftlichen Versorgung und Teilhabe herausgebildet. Der gesamte Care-Bereich ist zunächst und regelhaft dem Verantwortungsbereich von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zuzuordnen. Bei komplexer werdenden Bedarfen des Care-Bereichs bzw. bei Überforderung kann professionelle Unterstützung erforderlich werden. Für diese Aufgabe ist u.a. die professionelle Altenpflege kompetent. Die Aufgaben des Care-Bereiches bzw. Anteile daraus können aber auch, je nachdem worin der Schwerpunkt der Aufgabe liegt, vollständig oder ergänzend von anderen Professionen als der Pflege übernommen werden, wie etwa der Fachhauswirtschaft, der Sozialen Arbeit oder der Heilpädagogik. Wen die betroffene Person sich für den Care-Bereich, für die Versorgung hinzuzieht, ist und bleibt ihre Entscheidung. Auch jenseits des professionellen Pools können das auch Nachbarn, Ehrenamtliche oder anderweitig sich verpflichtende Angehörige sein. Auch an Haushaltshilfen oder eine persönliche Assistenz ist zur Unterstützung der Versorgung zu denken.

Präferenzen und Ressourcen der Auftraggeber bezüglich der Gestaltung ihrer Versorgung im Sinne der Care-Bedarfe werden hier zukünftig noch heterogener und kreativer sein als sie sich jetzt schon zeigen. Nimmt die betroffene Person sozialeleistungsrechtliche Hilfen in Anspruch, ist sie dabei, so es sich um Sachleistungen und nicht um ein persönliches Budget handelt, an das Regime des jeweiligen Leistungsrechts gebunden. Dies gilt insbesondere für die Pflegeversicherung mit ihren strengen Vorgaben. Wer sich in welcher Weise an Pflegeaufgaben beteiligt, hängt häufig von der individuellen Konstellation ab. Pflegekräfte übernehmen jedoch weder heute noch

in Zukunft alle pflegerischen Aufgaben. Auch aus ihrer Sicht bedarf es immer der Assistenz bzw. der Ergänzung. Im Bereich der institutionalisierten Pflege sind es (Pflege-)Hilfskräfte, die sich – funktional eingesetzt – an den Pflegeaufgaben der Pflegefachkräfte beteiligen. Im häuslichen Bereich dient die Assistenz nicht so sehr der Pflegefachkraft als Entlastung, sondern der persönlichen und präferenzorientierten Unterstützung des auf Pflege angewiesenen Menschen. Hier orientiert sich Assistenz an dem Assistenzmodell und -verständnis, das aus der Behindertenhilfe bekannt ist.

Das gesamte Versorgungssetting, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen lebt von der Kooperation der Professionen, die ihre Planung abstimmen, gemeinsam mit den Betroffenen die Bedarfe erheben und mit ihnen aushandeln, welche Unterstützungsleistungen wie und von wem erbracht werden. Damit ist die herausragende Bedeutung des Managements des gesamten Pflegearrangements sichtbar, in dessen Mittelpunkt das jeweilige individuelle Wohlergehen steht. Care und Cure entwickeln sich im Prozess und im Ergebnis nur in und durch die Kooperation der Beteiligten, sowohl der Professionellen als auch der informell und ehrenamtlich Agierenden.

Die Kooperation zwischen Care und Cure dient der Förderung der Gesundheit und der Sicherung des Wohlergehens der Betroffenen. Dabei sind unterschiedliche Akteure in unterschiedlichen Rollen beteiligt (Abb. 3). Es gilt zu unterscheiden:

- Professionelle Rollen (in den beteiligten Berufsgruppen)

Im Rahmen unserer Untersuchungen wird dem Begriff Profession ein berufssoziologisches Verständnis zugrunde gelegt, das von der Eigenverantwortlichkeit, der methodischen Reflexion des Handelns, dem Rückgriff auf eigene disziplinäre Wissensbestände geprägt ist. Hier sind im Care und Cure die Pflege, die Hauswirtschaft, die Soziale Arbeit, die Medizin, die Therapie (Physio-, Ergo-, Logotherapie) und die Heilpädagogik zu nennen.

- Berufliche Rollen

Unabhängig von dem Einsatz von Fachkräften, von Professionellen im engeren Sinne, sind vielfältige andere berufliche Akteure in Cure- und Care-Zusammenhänge eingebunden. Dazu gehören die Hilfskräfte in Pflege und Hauswirtschaft, die in einem institutionellen Setting tätig werden. Dazu gehört die persönliche Assistenz des auf Pflege angewiesenen Menschen mit Behinderung, dazu gehören vielfältige Dienstleister und Personen, die ggf. im Rahmen der Nachbarschaftshilfe als Alltagsbegleiter tätig werden.

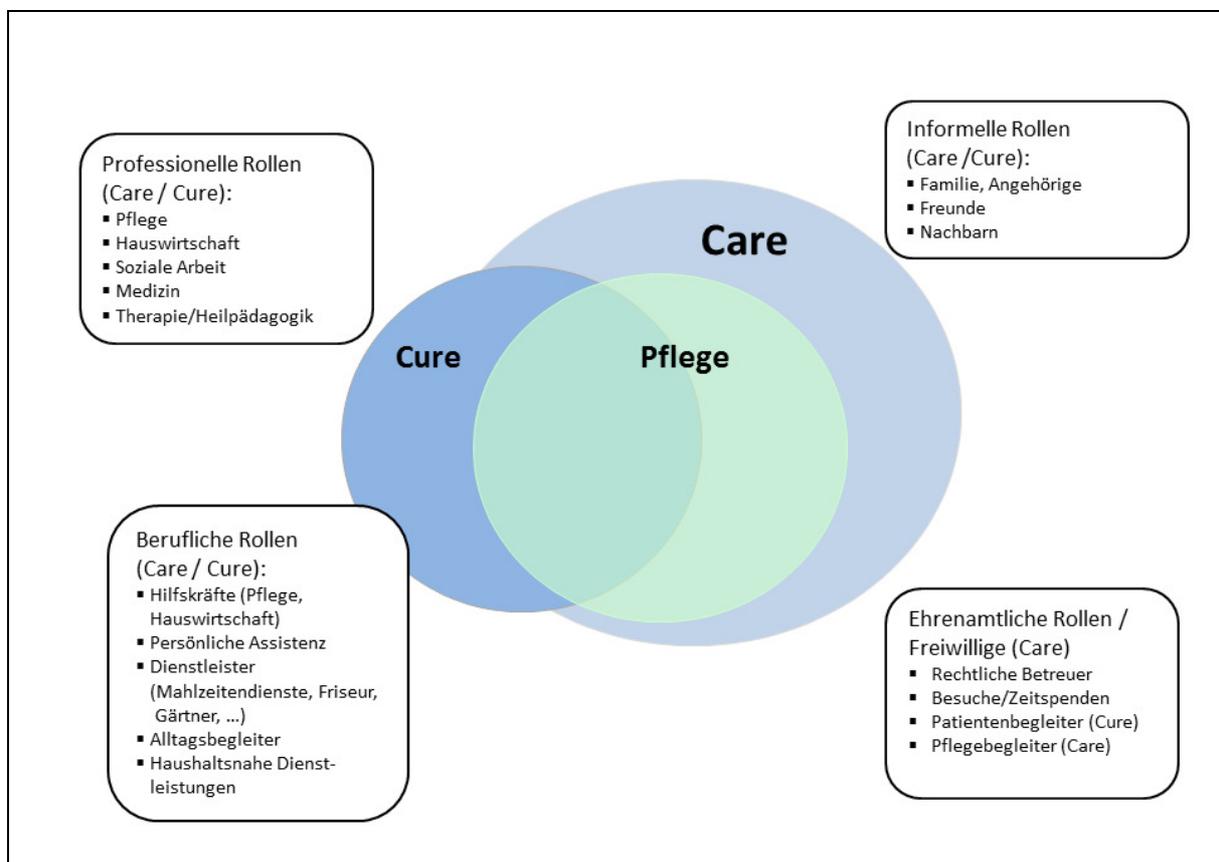
- Informelle Rollen

Die zentrale Aufgabe des Carings für auf Pflege angewiesene Menschen übernehmen heute empirisch betrachtet immer noch Familien. Aber auch Nachbarn und Freunde sind an Pflegeaufgaben beteiligt. Sie verrichten ihre Arbeit weitgehend nicht bezahlt, sondern folgen unterschiedlichen Motiven und Normen, insbesondere der Reziprozitätsnorm, die in Familien wirksam ist und in Nachbarschaften in modifizierter Form gilt.

- Ehrenamtliche Rollen und Rollen von Freiwilligen

Zum klassischen Aufgabenprofil von Ehrenamtlichen gehört die rechtliche Betreuung. Diese wird häufig von Angehörigen übernommen, die als Betreuer in der vom Staat verliehenen Aufgabe der Rechtsfürsorge tätig werden. Eine nicht zu unterschätzende Ressource im Bereich des Care sind die Zeitspenden von Ehrenamtlichen. Dazu gehören Besuche, ehrenamtlich geleitete Betreuungsgruppen, aber auch Beratung durch Ehrenamtliche, sei es als Patienten- oder als Pflegebegleiter. Sie können wichtige Stützen im Pflegearrangement sein. Auf die Förderung freiwilligen Engagements in Pflegekontexten richten sich vielfältige Programme, insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung. Tatsächlich weisen sie viele Schnittstellen zu beruflichen Rollen auf, zumal wenn das Ehrenamt stärker monetarisiert wird.

Abb. 3: Rollenpassagen in der Langzeitpflege



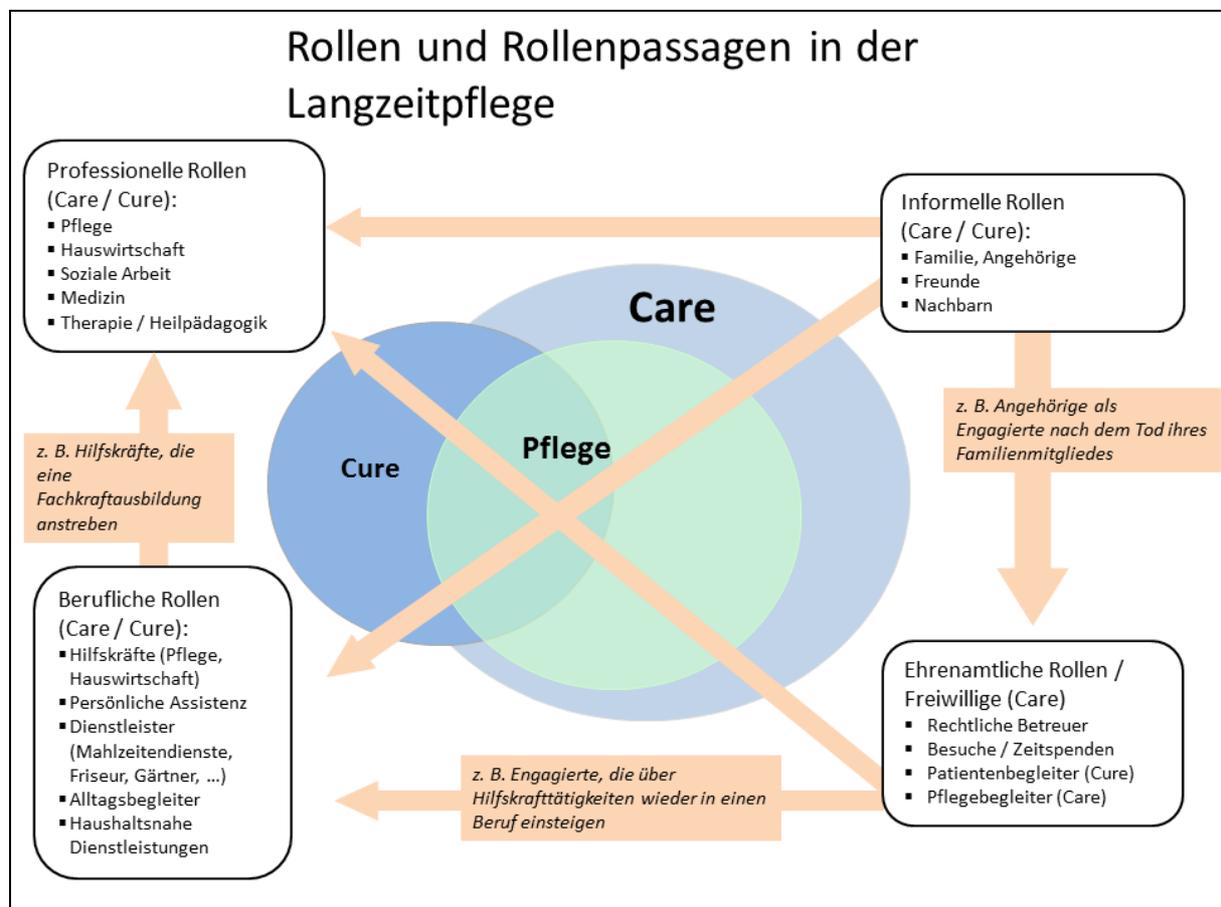
Es ist hoch bedeutsam, dass in der Planung eines Pflegeprozesses oder im Rahmen der Hilfeplanung und Absprachen über die alltägliche Gestaltung des Pflegearrangements die Rollen der Beteiligten klar sind und ihre jeweiligen Qualitäten, ihre Aufgaben und Verantwortungsbereiche geklärt werden. Die Schnittstellen zwischen den Bereichen und Verantwortlichkeiten nahtlos in der Kontinuität des Prozesses und der notwendigen Qualität zu gestalten, ist für das Management von Care und Cure so bedeutsam wie anspruchsvoll.

Es wird auch deutlich, dass es sowohl im Cure- als auch im Care-Bereich professionelle, berufliche, ehrenamtliche und informelle Rollen gibt und geben muss, um die Vielfalt der Aufgaben zu

bewältigen. Und nicht zuletzt gilt für beide Bereiche, Care und Cure, dass sie damit immer eingebunden sind in ein komplexes Feld von Aushandlungen und Abstimmungen.

Gerade im Zusammenhang mit der Gewinnung von Arbeitskräften für den Bereich der Langzeitpflege ist die Differenzierung der unterschiedlichen Rollen in der Langzeitpflege von Bedeutung. Es zeigen sich vielfältige Rollenpassagen, die möglich sind: von der informellen Pflege über die professionelle bis hin zu anderen beruflichen Rollen oder dem Ehrenamt. Auch Ehrenamtliche können Gefallen finden an Aufgaben der Langzeitpflege und zunächst berufliche, dann ggf. auch professionelle Rollen und Funktionen kennenlernen, in diese hineinwachsen oder sie gar mit entsprechenden Aus- und Weiterbildungen wahrnehmen. Gerade im Zusammenhang mit der Fragestellung der Personalgewinnung und -entwicklung sind diese Rollenpassagen in der Langzeitpflege von zentraler Bedeutung. Diese systematisiert und kontinuierlich nachhaltig zu verfolgen, ist wichtige Aufgabe der Unternehmen in der Pflege, bedarf aber auch der politischen Unterstützung wie sie aktuell durch die Bildungs- und Qualifizierungsoffensive begonnen wird.

Abb. 4: Aufgaben in der Langzeitpflege



Für die Gesamtsteuerung des Pflege- und Unterstützungsarrangements ist in komplexen Fallkonstellationen, in denen die übliche Koordination der unterschiedlichen Akteure nicht ausreicht, ein Case Management (Abb. 4) gefragt, das inzwischen sozialleistungsrechtlich an verschiedenen Stellen vorgesehen und zum Rechtsanspruch verdichtet wurde. Dies wird immer dort der Fall sein, wo Betroffene und Angehörige mit der Bewirtschaftung und dem Management ihrer eigenen Versorgung überfordert sind. Case Management soll dann sicherstellen, dass Care und Cure

ineinandergreifen, dass das Pflegearrangement insgesamt im Sinne der betroffenen Person funktioniert und sie in ihrer Lebensführung, in seiner Gesundheit und in ihrem Wohlbefinden unterstützt.

Die Differenzierung in Care und Cure dient, das sollen die Ausführungen zeigen, einer besseren Strukturierung des Aufgaben- und Verantwortungsfeldes der Langzeitpflege, der Gewinnung von Rollenklarheit und Aufgabendifferenzierung zwischen unterschiedlichen Professionen, Berufsgruppen sowie Ehrenamtlichen und informellen Helfern. Der Fachpflege werden in diesem Zusammenhang zentrale Steuerungs- und Verantwortungsaufgaben, insbesondere im Bereich Cure, zugeordnet. Dabei tragen sie Mitverantwortung für das Care, für die Sorge um das Wohlbefinden, für den gelingenden Alltag, die Bewirtschaftung des Lebens. Sie betten ihre pflegfachliche Tätigkeit ein in die gesamte Sorge und unterstützen diese. Wird bei zu komplexen Versorgungsbedarfen bzw. Überforderung im Bereich Care eine professionelle Unterstützung erforderlich, so fällt diese einschließlich der Begleitung (und erforderlichenfalls der Steuerung des Care-Prozesses) in die Kernkompetenz der professionellen Pflege; diese kann sowohl in der Altenpflege aber auch in benachbarten Professionen, wie der Sozialen Arbeit verortet sein. Je nach Fallkonstellation bedarf es dazu ggf. zusätzlicher Qualifizierungen und Profilierungen im Case Management.

In der pflegewissenschaftlichen Literatur heißt es: „The essence of nursing is care“. Dieser Satz ist ein Schlüsselsatz zur Bestimmung des Verhältnisses von Care und Cure (vgl. Leininger 1984).

Nursing im Sinne der beruflichen Pflege zielt auf Caring, wie es auch Leiningers Theorie der kulturspezifischen Fürsorge betont, die allerdings wegen ihres ethnozentrischen Ansatzes auch in der den Diversityansatz proklamierenden Pflegewissenschaft kritisiert wird. Sie gehört zu den in der Pflegewissenschaft im Zusammenhang mit Care besonders rezipierten Theorien (vgl. Leininger 2002, S 189 ff.). Sie beschreibt Care als Kern von Heilung, Gesundung und menschlichem Wachstum, Entwicklung, Überleben und Umgang mit dem Tod. Insofern zielt fachliche Pflege im Sinne Leiningers auch auf Fürsorge in diesem Sinne.

Fürsorge wird pflegetheoretisch zum Kern und Mittelpunkt der Pflege, allerdings nicht unbedingt im Handeln, sondern in ihrer Ausrichtung auf die Wiederherstellung der Selbstpflege bzw. auf die Autonomie des Individuums durch die Unterstützung von Pflege. Orem spricht in diesem Zusammenhang von drei Handlungsdimensionen: edukativ, teilkompensatorisch und vollkompensatorisch (vgl. Orem 1995). An der Handlung selbst, also am sorgenden Tun, werden in vielfältiger Weise auch andere Personen und Rollenträger beteiligt.

Auch Patricia Benner (vgl. Benner 1994) betont den Vorrang der Sorge, des Carings. Sie geht davon aus, dass sich Pflegekompetenz und effektives pflegerisches Handeln als praktische Umsetzung der Sorge darstellt. Dabei fußt dieses Verständnis von Care in der Phänomenologie Martin Heideggers. Für ihn ist Sorge eine Grundverfassung menschlichen Seins und konstituiert das menschliche Sein in der Welt, was wiederum verdeutlicht, dass es ohne Care kein Cure geben kann.

Die Ausrichtung des Nursing auf Care, auf die Fürsorge, ist auch im Zusammenhang mit der Emanzipation der Pflegeberufe aus der (männlich) dominierten Medizin zu sehen. Im Cure-System, gerade bezogen auf die Langzeitpflege, sind die Theorien zum Caring aus der Pflegewis-

senschaft bereichernd und in der Lage, substanzielle Fragen des auf Pflege angewiesenen Menschen besser aufzugreifen, als eine kurative Medizin es kann. Dies ändert aber nichts daran, dass die Fachpflege, mit ihrer Care-Orientierung auf ein bestimmtes Funktions-, Kompetenz- und Rollenkonzept verwiesen ist, dass sie nicht in der alltäglichen Sorge verortet, sondern in der spezifisch pflegerischen Sorge.

Die Differenzierung in Care und Cure berührt auch die Genderdebatte, neben den pflegewissenschaftlichen Diskursen – die jüngst von Moers noch einmal ergänzt wurden, indem er Care als einen Bereich mit hohem Betreuungsanteil und Cure als einen mit hohen Behandlungsroutinen beschreibt und dabei aber auch der Steuerungsfunktion der Profession der Pflege besondere Bedeutung zumisst (vgl. Moers 2013). Die Differenzierung von Care und Cure berührt auch Fragen der Hierarchisierung von Sorgaufgaben und ihre geschlechtsspezifische Verteilung. Das Caring wird zumeist als unbezahlte Sorge organisiert, unsichtbar gemacht und gehalten. Es wird im Wesentlichen der privaten Fürsorglichkeit zugeordnet. Care-Tätigkeiten werden schlechter bezahlt und sind in ihrem Charakter und ihrer Höhe nach vor allem auf die Lebenssituationen von Frauen zugeschnitten (vgl. Brückner 2009, S. 39 ff.). Die Differenzierung in Care und Cure begegnet insofern einerseits den Gefahren unterschiedlicher Wertigkeiten von beruflich hochwertigen der Behandlung und nachgeordneten Aufgaben der Fürsorge, und andererseits Begehrlichkeiten, Berufsgruppen mit einem geringeren Gehaltsniveau im Bereich der Langzeitpflege (zu Lasten der Pflegefachberufe) zu kreieren.

Schließlich begegnet die Differenzierung Care und Cure auch der aktuellen berufspolitischen Diskussion, die sich um den Altenpflegeberuf dreht. Im Rahmen der einheitlichen Pflegeausbildung sieht sich die Altenpflege in ihrer sozialpflegerischen Ausrichtung gefährdet. Sie verbindet in besonderer Weise Care und Cure und sie würde sich um ihre Identität bedroht sehen, wenn sie sich auf Cure im Sinne eines medizinisch pflegerischen Selbstverständnisses reduzieren lassen müsste. Die Unterscheidungsmerkmale zur Kranken- und Kinderkrankenpflege wären damit bedroht. Dabei gilt auch für die professionelle Altenpflege, wie für die gesamte Pflege, dass sie sich in ihrem Aufgaben- und Kompetenzprofil als wertvolle Fachressource erneut zu bestimmen hat. Es gilt weiterhin, dass die Ausrichtung der Altenpflege auf das Sozialpflegerische, auf den Aspekt des Carings und der Fürsorge, Care als „essence von nursing“, in besonderer Weise repräsentiert. Die Differenzierung in Care und Cure hat gerade bei dem vergleichsweise jungen Beruf der Altenpflege viel zu tun mit dem Zurückweisen von Eingriffen in oder Angriffen auf die Domäne der Pflege.

Insbesondere durch die Pflegeversicherung ist die Pflege als Fachpflege zum zentralen Dreh- und Angelpunkt geworden, wenn es um die Sicherung der Qualität in der Pflege geht. Dabei könnte gerade das Konzept der Pflegeversicherung von der Differenzierung in Care und Cure in ihrer vorrangigen Ausrichtung auf die häusliche Pflegesituation profitieren.

1.4 Forschungsfragen

Literaturrecherche international und national

Welche Strategien und Instrumente der Personalfindung, Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung werden im Feld der Altenpflege national und international erprobt und eingesetzt? Welche Erfahrungen in der Praxis lassen sich hinsichtlich des Einsatzes dieser Strategien und Instrumente nachzeichnen und welche wissenschaftliche Evidenz liegt vor?

Berufsgruppenkonzept

Welche Aus- und Weiterbildungen und welche Studiengängen sind in Deutschland relevant für die Sicherung der Pflege alter Menschen (basierend auf einem differenzierten Cure/ Care-Modell)? In welchem Ausmaß sind diese Aus- und Weiterbildungen bzw. Studiengänge aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Hauswirtschaft in den einzelnen Bundesländern verfügbar? Inwiefern können Ressourcen für die Langzeitpflege dadurch geschaffen werden, dass einzelne Berufe neue Rollen und Aufgaben im Feld der Langzeitpflege alter Menschen erhalten?

Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfs

Zu welchen Ergebnissen kommen die aktuell vorliegenden Szenarien zu den Arbeitskräften und zu den Pflegekräften in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI? Wie lassen sich die Prognosen zu Arbeitskräfteangebot und -nachfrage für den Zeitraum 2030 bis 2050 zu einer Metaprognose zusammenfassen? Wie entwickelte sich die informelle Pflege in der Vergangenheit und welche Szenarien lassen sich daraus ableiten? Wie können angesichts der prognostizierten Entwicklung der formellen und der informellen Pflege neue Potenziale zwischen formellen und informellen Beiträgen erschlossen werden?

Fallstudien im Berufsfeld Care

Über welche Zugänge und mit welchen Motiven finden unterschiedliche Personengruppen in die verschiedenen Aufgaben im Berufsfeld Care? Wie unterscheiden sich die Erwartungen von Berufseinsteigenden auf der Hilfskraft- und Fachkräftebene; was zeichnet diesbezüglich die besondere Situation von älteren Quereinsteigenden und von Personen mit Migrationshintergrund aus? Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen, bei unterschiedlichen Beschäftigtengruppen in der Pflege, den Berufsverbleib? Was unterstützt(e) bei Arbeitskräften mit jahrzehntelangen Berufskarrieren in der Pflege den langen Berufsverbleib? Welche Kriterien beeinflussen die Entscheidung für die Qualifizierung im Care-Bereich? Welche Erwartungen haben die teilnehmenden Personen in Weiterbildungen zu Leitungskräften in der Pflege und welche besonderen Beiträge wollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der die Pflege erweiternden Qualifizierungen in Fachhauswirtschaft und des Case Managements machen?

Zukunftskonferenz

Welche Konzepte für eine nachhaltige und auf den zukünftigen Bedarf hin ausgerichtete Personalgewinnung und -entwicklung erweisen sich als tragfähige und zukunftsorientierte Strategien und werden von entscheidenden Stakeholdern und Akteuren im Feld empfohlen?

Mitarbeiterwettbewerb

Zur Einbeziehung der Mitarbeitenden aus der Langzeitpflege als „Experten in eigener Sache“ wurde ein zweistufiger Wettbewerb „Innovativer Arbeitsplatz Pflege – Uns fragt ja (keiner)!“ initiiert. Mithilfe des Wettbewerbes sollte bewusst die Sicht der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen abgefragt werden. Welche innovativen Konzepte oder individuelle Arbeitsplatzlösungen kommen bei den Arbeitnehmern an, welche Programme führen aus Arbeitnehmersicht zu Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit? Welche Vereinbarungen helfen bei einem beruflichen Neu- oder Wiedereinstieg?

1.5 Methoden

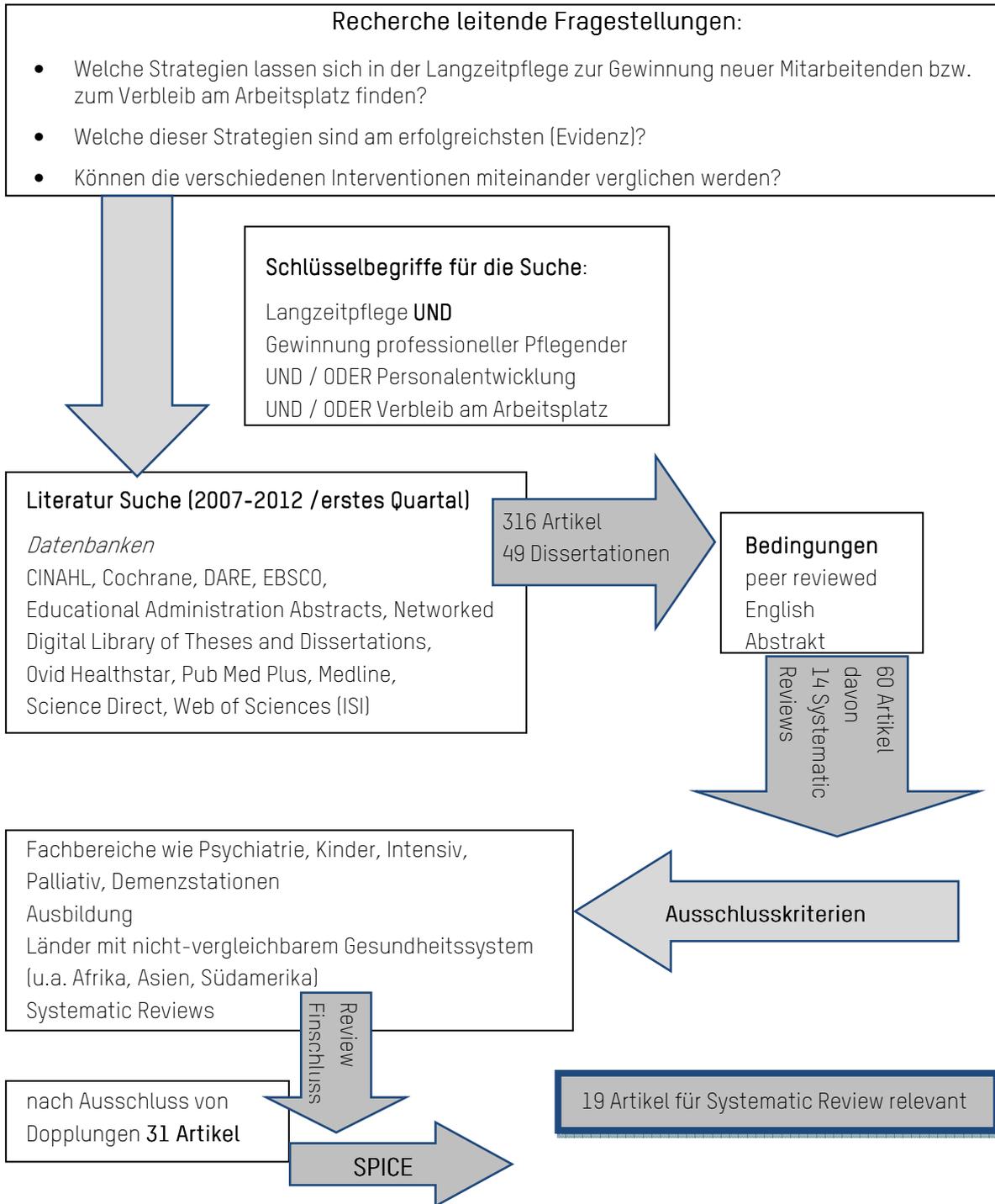
1.5.1 Literaturrecherche

1.5.1.1 National

Um in Deutschland angewandte Modelle und Strategien der Personalgewinnung und -entwicklung in der Altenhilfe systematisch zu erfassen, wurde eine nationale Literaturrecherche durchgeführt. Hierzu wurden die Datenbanken und Kataloge GeroLit, DZISolit, DIMDI (psyndex), WISE, GESIS (Sowiport), Karlsruhe Virtueller Katalog, Genesis-Online und ZBW (Econis) systematisch durchsucht. Die Suche konzentrierte sich auf nationale deutschsprachige Beiträge zur Langzeitpflege alter Menschen (nicht: Kurzzeitpflege, Krankenhaus, Akutversorgung). Es wurden sowohl evidenzbasierte als auch deskriptive oder innovative Konzepte in die Auswertung aufgenommen. Die Suchstrategie orientierte sich am PIKE-Schema, welches Suchwörter in den Bereichen *Ergebnisparameter* (hier: Personalgewinnung, Rekrutierung, Verbleib im Beruf, Verbleib in der Häuslichkeit, Berufseinstieg, Berufswahl, Personalentwicklung, Welfare-Mix, Engagement, Fachkräftemangel, Altenhilfe), *Kontrolle* (hier nicht relevant), *Intervention* (hier ergebnisoffen behandelt) sowie *Population* (Pflegepersonal, Pflegefachkraft, Pflegekraft, Pflegehilfskraft, Präsenzkkräfte, Alltagsbegleiter, Soziale Betreuung, 87b-Kraft, Nachbarschaftshilfe, 24-Stunden-Kräfte, pflegende Angehörige, Ehrenamtliche, bürgerschaftlich Engagierte, Soziale Arbeit, Sozialarbeiter, Hauswirtschaft, haushaltsnahe Dienstleistungen) umfasst (vgl. Anhang 1). So war gewährleistet, dass das breite Spektrum der beteiligten Berufsgruppen systematisch abgefragt wurde. Die Suchwörter wurden trunkiert und unter Verwendung Boolescher Operatoren an die Suchanfrage den jeweiligen Datenbanken und Katalogen angepasst (vgl. Anhang 2). Kriterien hierfür waren deren Schlagwortkataloge sowie die Ergebnisdichte der ersten Suchläufe. Um die aktuellen Diskurse und Schwerpunkte im Handlungsfeld abzubilden, wurde Literatur in die Auswertung aufgenommen, welche innerhalb der letzten fünf Jahre veröffentlicht wurde (2007-2012). Nur in Ausnahmefällen, wenn die Literatur in besonders hohem Maße die Fragestellungen und die Gegenstände im Projekt zu beantworten vermochte, wurden auch ältere Beiträge berücksichtigt. Insgesamt fanden 135 Suchläufe statt. Diese wurden im Anschluss durch kumulative Nachrecherchen (mehrere Zyklen) ergänzt und erweitert. Hierfür wurde die bereits recherchierte Literatur neben einer inhaltlichen Auswertung hinsichtlich weiterführender Hinweise gesichtet. Zusätzlich erfolgte eine Handrecherche in den Zeitschriften *Häusliche Pflege* und *Altenheim*.

1.5.1.2 International

Strategie der Recherche



Die ursprünglich 316 identifizierten Artikel und 49 Dissertationen wurden durch eine erste Überprüfung der Bedingungen (Abstract, englische Sprache, und peer review Beitrag) auf 60 Artikel reduziert, von diesen 60 Artikeln handelte es sich in 14 Fällen um systematic reviews (die eine vergleichende Bewertung verschiedener Publikationen zum gleichen Thema darstellen). Für eine Metaanalyse von systematischen Reviews standen im Kontext dieses Projektes allerdings nicht

ausreichende Zeitressourcen zur Verfügung, so dass diese 14 Artikel ebenfalls ausgeschlossen wurden. In einem weiteren Schritt wurden die noch verbliebenen 46 Artikel daraufhin angesehen, inwiefern inhaltliche Auswahlkriterien (wie z.B. Psychiatrie oder Intensivstationen) in Studien eingeschlossen waren. Am Ende dieses Selektionsschrittes verblieben insgesamt 31 Artikel, die vertiefend analog der SPICE Anforderungen gelesen wurden. SPICE steht für die Bewertung folgender Parameter: Setting, Intervention, Vergleich und Evaluation. SPICE wurde 2006 von Booth entwickelt, mit dem Ziel ein Analyse-Framework zur Bewertung ausgewählter Artikel zu liefern und Antworten auf die eigene Fragestellung zu identifizieren. Die inhaltsanalytische Bearbeitung der Texte erfolgte mit MAXQDA (Vers. 11).

1.5.2 Fallstudien im Berufsfeld Care

Das Kapitel zu den Fallstudien im Berufsfeld Care umfasst einleitend eine ausführliche Herleitung der Forschungsfragen im Einzelnen und der dazu eingesetzten Methoden. Die folgenden Ausführungen beschränken sich daher auf einen kurzen Überblick.

Ziel der Fallstudien ist es, für die drei Themenbereiche Berufseinstieg, Berufsverbleib und Qualifizierung im Beruf aus der Untersuchung von exemplarischen Fällen relevante Kriterien für Beschäftigte verschiedener Bereiche von Care auf unterschiedlicher Ebene darzustellen. Um die Bedeutung regionaler Einflüsse, u.a. aus unterschiedlichen sozioökonomischen Rahmenbedingungen abzubilden, werden die Untersuchungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen durchgeführt. Zu den drei Themenbereichen findet in den drei Ländern eine Befragung von je fünf Personen statt. Die qualitativen Befragungen werden als Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Interviewten können sich so in der Gruppe gegenseitig Stimuli bieten, ähnliche Erfahrungen werden vertieft und Unterschiede besser herausgearbeitet. Die Befragungen werden auf der Grundlage von Leitfäden durchgeführt und mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. Die Auswertungen erfolgen mithilfe des Software-Pakets MAXQDA. Dazu werden alle Befragten mit ihrer Fallgeschichte in einem kondensierten Personenprofil anhand ihrer beruflichen Stationen und Entscheidungen und ihrer Zukunftserwartungen vorgestellt. Anschließend folgen Auswertungen der ermittelten relevanten Kriterien jedes der drei Themenbereiche, die zusammen mit den Personenprofilen Grundlage für abschließenden Empfehlungen und Schlussfolgerungen sind.

1.5.3 Expertenbefragungen

Zur Einbeziehung von Expertenwissen wurde auf verschiedene Methoden zurückgegriffen. Diese werden nachstehend erläutert.

1.5.3.1 Delphi

Die Delphi-Methode „ist ein vergleichsweise stark strukturierter Gruppenkommunikationsprozess, in dessen Verlauf Sachverhalte, über die naturgemäß unsicheres und unvollständiges Wissen existiert, von Experten beurteilt werden“ (Häder, M.; Häder, S.: Delphi und Kognitionspsychologie: Ein Zugang zur theoretischen Fundierung der Delphi-Methode. In: ZUMA-Nachrichten, 19 (1995) 37, S. 12). Ziel einer Delphi-Befragung ist somit, unsicheres Wissen zu strukturieren. Das bedeu-

tet nicht, ausschließlich einen Konsens erreichen zu wollen. Vielmehr ist die Ermittlung bestehender Divergenzen ein erklärtes Ziel. (vgl. Häder, M., 2009).

Es können vier Typen innerhalb der Delphi-Methode differenziert werden, die sich u.a. in ihren Zielen, in der Auswahl der Experten und im Einsatz unterschiedlicher Fragetypen unterscheiden.

Der hier verwendete Typ 3 sieht eine bewusste Auswahl von Experten vor sowie ein qualitatives als auch ein quantitatives Setting. Es ist möglich, offene und geschlossene Fragen einzusetzen. Eine qualitative Runde kann zudem zur Operationalisierung genutzt werden (vgl. Häder, M.: Delphi-Befragungen. Wiesbaden, 2009, S. 36).

In mehreren Wellen werden die Expertenmeinungen für die Problemlösung eingesetzt. Die Delphi-Methode bedient sich dabei eines anonymen Feedbacks.

Vorgehen:

Die Expertenbefragung wurde auf drei Runden angelegt.

Tab. 1: Runden Delphi-Befragung

Runde 1	Qualitativ	Offene Fragen zur Operationalisierung der Problemstellung	
Runde 2	Quantitativ	Standardisierter Fragebogen	Erstellt aus den Ergebnissen von Runde 1
Runde 3	Quantitativ	Standardisierter Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - Neue Fragen aus qualitativen Fragen von Runde 2 - Fragen inkl. aller Ergebnisse von Runde 2 - Fragen zur erneuten Einschätzung, die in Runde 2 ohne klare Tendenz beantwortet wurden

Zunächst erfolgte eine *erste Runde*, in der Experteninnen und Experten zur Beantwortung offener Fragen zum Themenkomplex aufgerufen wurden. Die Antworten dieser qualitativen Befragung dienten als Grundlage, um die Fragebögen für die weiteren Befragungsrunden zu entwickeln.

In der *zweiten Runde* wurden ein umfassender Fragebogen, der vorwiegend quantitative Elemente beinhaltete, bearbeitet. Die Ergebnisse dieser zweiten Runde wurden als Feedback zur Beantwortung in der *dritten Runde* zur Verfügung gestellt. Alle Ergebnisse fanden Erwähnung, die in ihrer Tendenz in der zweiten Runde noch nicht eindeutig waren. Die Experten wurden darum gebeten, die Fragen erneut zu beantworten. Antworten ohne bisherige klare Tendenz konnten damit erneut beurteilt werden.

Tab. 2: Beurteilungskriterien

Kriterien für die Beurteilung:		
sehr klare Tendenz	„trifft völlig zu“/ „trifft eher zu“	≥ 70%
klare Tendenz	„trifft völlig zu“/ „trifft eher zu“	≥ 50%
	wenn gleichzeitig inkl. „trifft teilweise zu“	≥ 80%

Die erneute Beantwortung führte einerseits dazu, dass sich Tendenzen klärten. Andererseits verdeutlichte die zweite Runde, in welchen Themenbereichen weiterhin Unsicherheiten bestehen bzw. für welche Anliegen ein breiteres Meinungsbild existiert. Mithilfe der zweiten Befragungsrunde konnte die Stabilität der Meinungen erhöht werden.

Aufgrund des ausgesprochen umfassenden Fragebogens und des hohen zeitlichen Aufwands der befragten Personen durch die drei Befragungsrunden wurde davon abgesehen, die Fragen mit klaren Tendenzen erneut bewerten zu lassen. Dies wäre sinnvoll gewesen, wenn es bei der Auswertung relevant gewesen wäre, ob einzelne Befragte ihre Meinung zwischen zweiter und dritter Befragungsrunde ändern. Da es in dieser Delphi-Befragung allerdings mehr darum ging, Tendenzen von Einschätzungen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen in der Langzeitpflege zu erfassen, wurde an dieser Stelle von der kompletten Neubewertung der Fragen und damit einhergehenden Mehrbelastung für die befragten Personen abgesehen.

Die Befragung in allen drei Runden wurde mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Die Fragebögen aller drei Runden befinden sich im Anhang 3-5.

Beteiligte Experten

Die Auswahl der Befragungspersonen erfolgte aufgrund deren persönlicher Expertise im untersuchten Themenfeld. Auf eine sowohl inhaltliche als auch regionale Ausgewogenheit wurde geachtet. Zudem wurde durch die Besetzung eines jeden Bereichs mit mindestens zwei Personen die Chance erhöht, dass auch bei nicht vollständigem Rücklauf jeder Bereich vertreten sein würde.

Tab. 3: Experten

Betrieblich	Ambulant	- Leitung einer Sozialstation - Leitung eines Anbieters ambulanter Dienstleistungen
	Stationär	- Leitung einer stationären Einrichtung (privat) - Leitung einer stationären Einrichtung (städtisch)
	Wohlfahrt	- Vorstand eines Wohlfahrtswerkes in einem Bundesland - Vertreter eines diakonischen Anbieters mit europäischen Kooperationen und Netzwerkaktivitäten
	andere wichtige Stakeholder	- Beratung (ambulant und stationär übergreifend) - Vertretung eines Berufsverbandes - Vertretung eines Bundesverbandes - Vertretung eines Kompetenzzentrums für die Fachkräftegewinnung

Grauer Markt	Agenturen	Zwei private Anbieter (einer davon u.a. mit Vermittlung ausländischer Betreuungspersonen)
	Nachbarschaftshilfe	Leitung einer Caritas-Einrichtung
		Leitung eines Vereins
Aufsicht	MDK	Pflegewissenschaftliche Beratung
	MDK	Geschäftsführung
	Heimaufsicht	Behörde im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Schwerpunkt Pflege
		Ministerium im Bereich Gesundheit/ Pflege eines Bundeslandes
	Arbeitsschutz	Berufsgenossenschaft
		Amt für Arbeitsschutz eines Bundeslandes
		Institut im Bereich Arbeit/ Arbeitnehmerkammer eines Bundeslandes
Selbsthilfe/ Teilhabe	Alzheimergesellschaft	Geschäftsführung und Beratung zweier Alzheimergesellschaften in zwei Bundesländern
	Selbstbestimmt Leben	Vorstand eines Landes-Seniorenbeirates eines Bundeslandes
Cure-Sektor	Allgemeinmedizin	- Arzt in Klinik und Privatpraxis sowie Leitung des Lehrbereichs in der Klinik - Praktizierender Arzt in einer Klinik
	Geriatric	- Zwei Chefarzte in geriatrischen Kliniken - Krankenschwester mit geriatrischem Schwerpunkt
	Therapie	Zwei Vorstandsmitglieder zweier therapeutischer Fachverbände
Politik	Bund	Ministerium für Gesundheit eines Bundeslandes/ u.a. Pflegeinfrastruktur
	Land	Ehemalige Leitung eines Gesundheitsministeriums eines Bundeslandes/ Beratung zu Fragen der Gesundheitspolitik
	Kommune/ Case Management	- Leitung einer privaten Pflegeberatung - Fachbereichsleitung einer Hochschule im Bereich Case Management
	Kommune/ Planung	- Geschäftsführung eines Dienstleistungsanbieters für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf - Leitung des Qualitätsmanagement in einem Klinikum/ in einer Bundesarbeitsgemeinschaft

Rücklauf

In Runde zwei und drei konnte eine sehr zufriedenstellende Rücklaufquote von über 75% erreicht werden, in der ersten Runde sogar von über 90%.

Tab. 4: Rücklauf Delphi-Befragung

		Angefragte Experten	Rückmeldung Experten	Rücklauf-Quote
Runde 1	Qualitativ	34	31	91,2%
Runde 2	Quantitativ	37	28	75,7%
Runde 3	Quantitativ	37	29	78,4%

1.5.3.2 Quantifizierung des Arbeitskräftepotenzials

Die Quantifizierung des Arbeitskräftepotenzials und dessen Abgleich mit der erwarteten Nachfrage erfolgt zunächst für den formellen Bereich, indem alle diesbezüglich gegenwärtig verfügbaren Studien synoptisch aufbereitet werden. Die Darstellung und ihre anschließende Zusammenfassung in einer Metaprognose erfolgt separat für alle Arbeits- und für die Pflegekräfte in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI. In der vergleichenden Darstellung werden die Unterschiede in den Datengrundlagen, Annahmen und Vorgehensweisen der verschiedenen Studien beschrieben und diskutiert. Die Metaprognosen liefern Korridore für die erwarteten Angebotsdefizite sowohl für alle Beschäftigten als auch für die Pflegekräfte in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI. Obwohl die Zahlen in diesen Korridoren vor allem bei der Langzeitprognose bis 2050 eine deutliche Bandbreite aufweisen, wird erkennbar, dass spätestens ab 2030 die Nachfrage nach und das Angebot an Arbeitskräften für die Pflege und Versorgung stark auseinandergehen werden.

Ergänzend zu den Daten und Prognosen der formellen Pflege wird anschließend die Entwicklung der informellen Pflege betrachtet. Als Proxy für den Anteil der durch Angehörige erbrachten Pflegeleistungen wird der Empfänger von Pflegegeld verwendet. Grundlage der Szenarien zur Prognose der Angehörigenpflege ist deren Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung. Anhand verschiedener Indikatoren, die in der Vergangenheit stark mit der Entwicklung der Angehörigenpflege korreliert haben, werden Szenarien zur künftigen Entwicklung berechnet und in ihren Ergebnissen vergleichend dargestellt.

Die Daten und Prognosen zum formellen und informellen Arbeitskräfte- und Unterstützungsangebot und ihr Abgleich mit der erwarteten Bedarfsentwicklung zeigen, dass die Pflegearrangements mittel- und langfristig, d.h. spätestens ab 2030, mit dem derzeit verfügbaren Potenzial nicht mehr stabilisiert werden können. Vor diesem Hintergrund gilt es, neue Potenziale zu erschließen, die gesamtgesellschaftlich aufgrund zurückgehender Betreuungsbedarfe in anderen Bereich auch vorhanden sind. Das Kapitel endet mit einem Vorschlag, wie ein zusätzliches Potenzial zwischen formellem und informellem Sektor erschlossen werden kann.

Weitere ausführliche methodische Hinweise finden sich im Kapitel 2.

1.5.3.3 Zukunftskonferenz

Die zu Thesen kondensierten Zwischenergebnisse der Studie wurden im Rahmen einer Zukunftskonferenz am 05. Februar 2013 mit 29 Experten und Expertinnen aus Sozialwirtschaft, Bildung,

Wissenschaft, Personalentwicklung und Ministerien von Bund und Ländern erörtert. Die Auswahl erfolgte in enger Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit (Liste der Teilnehmer und Teilnehmerinnen siehe Anhang 6). Zur Durchführung der Konferenz wurde auf die Metaplan-Moderationsmethode zurückgegriffen. Durch die Methode konnte sichergestellt werden, dass der gesamte Diskussionsprozess schriftlich dokumentiert und dabei Konsens und Dissens sowie weiterführende Argumente festgehalten wurden.

Zur Durchführung der Zukunftskonferenz wurden die Zwischenergebnisse als Thesen formuliert. Die Eingangsthese und 16 weitere Thesen wurden im Plenum vorgestellt und diskutiert. Von den Teilnehmenden als besonders wichtig identifizierte Thesen wurden in Arbeitsgruppen vertieft diskutiert und die jeweiligen Gesprächsergebnisse wiederum im Plenum zusammenfassend referiert und in einer weiteren plenaren Diskussionsrunde erörtert. Die Arbeitsergebnisse aus der Zukunftskonferenz sind in die abschließende Bewertung der Recherche und Studienergebnisse eingeflossen und wurden an geeigneter Stelle im Bericht aufgeführt.

1.5.3.4 Innovationswettbewerb

Ziel des Innovationswettbewerbs ist es, Programme und Initiativen zu identifizieren, die aus Sicht der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege dazu dienen, die Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit zu erhöhen, eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen oder den Neu- oder Wiedereinstieg in den Pflegesektor zu erleichtern. Mithilfe von Pressemitteilungen und redaktionellen Beiträgen in Fachzeitschriften, Foren und Mitarbeiterzeitschriften, wurden Mitarbeitende und Arbeitgeber über den zweistufigen Wettbewerb informiert. Insgesamt wurde mit über 80 Medien- oder Redaktionsvertretungen Kontakt aufgenommen. Der Wettbewerb richtete sich an alle Beschäftigten der häuslichen und stationären Langzeitpflege. Über ein Online-Portal konnten vom 15.06.2012 bis zum 24.08.2012 (Verlängerung bis 21.09.2012) in einem ersten Schritt durch die Mitarbeitenden die Angebote, Regelungen oder Vereinbarungen gemeldet werden, die durch einzelne oder Gruppen von Mitarbeitenden als innovativ oder besonders hilfreich angesehen wurden. Einschränkungen fanden die Meldungen nur dahingehend, dass sich die Innovation in der praktischen Anwendung befinden musste und nicht bereits durch einen anderen Wettbewerb prämiert wurde. Im genannten Zeitraum wurden 16 Ideen eingereicht, wobei einige Meldungen mehrere Initiativen oder Regelungen gleichzeitig anführten. Die eingereichten Ideen wurden formal geprüft. Es wurden 14 eingereichte Ideen in die zweite Runde aufgenommen. Am 13.12.2013 wurden die Mitarbeitenden aufgefordert gemeinsam mit ihrem Arbeitgeber ein standardisiertes Antragsformular auszufüllen (Anhang 7) Die Zweistufigkeit diente zum einen dazu, die Hemmschwelle und den Arbeitsaufwand für eine erste Meldung niedrig zu halten. Durch die zweite Runde und die Einbeziehung der Arbeitgeber sollten sowohl die Legitimation für die Wettbewerbsteilnahme sowie fundierte Informationen zur Bewertung der Innovation eingeholt werden. Die Fragen erstreckten sich sowohl auf Größe und Art des Unternehmens, Informationen über die Innovation, den Zeit- und Finanzierungsaufwand für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie auf die beobachteten Auswirkungen der eingesetzten Maßnahmen. Zum Stichtag (11.01.2013) sind zehn Meldungen eingegangen. Die eingereichten Unterlagen wurden durch eine dreiköpfige Jury hinsichtlich Innovationsgrad, Konzeptausarbeitung, Wirtschaftlichkeit, dem Verhältnis der möglichen Mitarbeiterteilnahme zur Gesamtmitarbeiterzahl, der Imagefähigkeit sowohl für das einzelne Unternehmen als auch für die Langzeitpflege im Allgemeinen, der Verste-

tigung der Maßnahme im Unternehmen und der möglichen Übertragbarkeit beurteilt (Anhang 8 Bewertungsbogen). Prämiiert wurden die Unternehmen mit den drei höchsten Punktzahlen.

1.5.3.5 Fallstudien im Berufsfeld Care

Das Kapitel zu den Fallstudien im Berufsfeld Care umfasst einleitend eine ausführliche Herleitung der Forschungsfragen im Einzelnen und der dafür eingesetzten Methoden. Die folgenden Ausführungen beschränken sich daher auf einen kurzen Überblick.

Ziel der Fallstudien ist es, für die drei Themenbereiche Berufseinstieg, Berufsverbleib und Qualifizierung im Beruf aus der Untersuchung von exemplarischen Fällen relevante Kriterien für Beschäftigte verschiedener Bereiche von Care auf unterschiedlicher Ebene darzustellen. Um die Bedeutung regionaler Einflüsse u.a. aus unterschiedlichen sozioökonomischen Rahmenbedingungen abzubilden, werden die Untersuchungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen durchgeführt. Zu den drei Themenbereichen findet in den drei Ländern eine Befragung von je fünf Personen statt. Die qualitativen Befragungen werden als Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Interviewten können sich so in der Gruppe gegenseitig Stimuli bieten, ähnliche Erfahrungen werden vertieft und Unterschiede besser herausgearbeitet. Die Befragungen werden auf der Grundlage von Leitfäden durchgeführt und mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. Die Auswertungen erfolgen mithilfe des Software-Pakets MAXQDA. Dazu werden alle Befragten mit ihrer Fallgeschichte in einem kondensierten Personenprofil anhand ihrer beruflichen Stationen und Entscheidungen und ihrer Zukunftserwartungen vorgestellt. Anschließend folgen Auswertungen der ermittelten relevanten Kriterien jedes der drei Themenbereiche, die zusammen mit den Personenprofilen Grundlage für die abschließenden Empfehlungen und Schlussfolgerungen sind.

1.5.3.6 Experteninterview

Experteninterviews bzw. Expertengespräche als Methode der empirischen Sozialforschung dienen dazu, einen konzentrierten Einblick in Wissensbestände zu erhalten, die nicht oder nicht vollständig publiziert vorliegen und daher durch eine Dokumentenrecherche bzw. -analyse nicht zugänglich sind. Darüber hinaus kann mit Experteninterviews sog. Betriebs- und Netzwerkwissen (vgl. Meuser, Nagel 2005, S. 75) exploriert werden.

Das Expertengespräch mit Frau Professor Annette Riedel, Hochschule Esslingen, wurde am 09.03.2013 in Freiburg von Thomas Klie durchgeführt und die Ergebnisse vom Interviewer inhaltlich zusammengefasst.

Frau Riedel war es aus Zeitgründen nicht möglich, an den Beratungen im Projekt teilzunehmen bzw. an der Zukunftskonferenz mitzuwirken. Als Expertin für die Thematik „Herausforderung Pflege“ wurde sie aufgrund ihrer Expertise im Bereich der integrierten Ausbildung benannt. So war sie mitverantwortlich für deren experimentelle Erprobung im Rahmen eines Projektes der Robert Bosch Stiftung.

2 Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfs

Zu den zentralen Fragestellungen der Studie „Herausforderung Pflege“, zählt die nach der Einschätzung des Arbeitskräftebedarfes in der Langzeitpflege und zwar nicht nur bezogen auf die Fachkräfte in der Pflege, sondern auf alle in dem Bereich beruflich Tätigen. Insofern kommen relevante Berufsgruppen aus dem Bereich Care und Cure mit in den Blick. Die Ausführungen beruhen nicht auf eigenen qualitativen Erhebungen, sondern es wurden die umfangreich vorliegenden Studien systematisch ausgewertet und zusammengefasst

Unter der Überschrift „Warnung vor den Panikmachern“ kritisierte Bernd Reuschenbach von der Katholischen Stiftungsfachhochschule München im Januar 2012 in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung die aktuelle Diskussion um eine erwartete Überalterung der Gesellschaft und deren Folgen als „alarmistische Phase“. Die Tatsache, dass die in den Medien wiedergegebenen Prognosen für die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2050 zwischen vier und fünf Millionen Menschen schwankten, bezeichnet er als einen „Markt an Zahlen“ und vermutet dahinter eine „Lizenz für Forderungen insbesondere aus dem gesundheitspolitischen Bereich“, mit der Ärzte und andere Personen aus der Gesundheitswirtschaft mehr Geld in die medizinische Versorgung fließen lassen wollten. Er selbst sehe die Situation deutlich gelassener, schließlich würden die Menschen ja nicht nur älter, sondern blieben auch länger gesund. Es brauche zwar auch aus seiner Sicht mehr Pflegekräfte, wichtiger als die Quantität sei es aber, die Qualifizierung der Pflegekräfte zu verbessern (Reuschenbach 2012a). In einem anderen Beitrag begründet Reuschenbach seine Gelassenheit gegenüber dem bevorstehenden demografischen Wandel mit dem Hinweis, dass es auch in vergangenen Jahrzehnten immer einen solchen Wandel gegeben habe (2012b).

Etwas mehr als ein Jahr zuvor, sah Reuschenbach die Zukunft noch deutlich weniger gelassen. In einem Interview mit einem Informationsportal im Internet vom November 2011 wird er wie folgt zitiert:

„Was die Pflege älterer Menschen angeht, steuert ein Tsunami auf uns zu: Zunächst werden die Fachkräfte weniger und dann rollt auch eine Welle an Pflegebedürftigen auf uns zu. Gleichzeitig sinkt die Anzahl an Personen, die in der Pflege arbeiten wollen. Wir brauchen also dringend neue Versorgungskonzepte“ (Reuschenbach 2011).

Diese Thesen zwischen Verharmlosung und Dramatisierung verdeutlichen, wie wichtig es ist, die Prognosen zum Arbeits- und Fachkräftemangel genauer zu betrachten. In den folgenden Abschnitten findet sich dazu eine Synopse aller aktuellen Szenarien. Diese werden in Abschnitt 2.1.2 in einer Metaprognose zusammengefasst, die zeigt, dass die Zahlen im Einzelnen zwar auseinandergehen, die Kernaussagen aber durchaus ähnliche Schlussfolgerungen begründen.

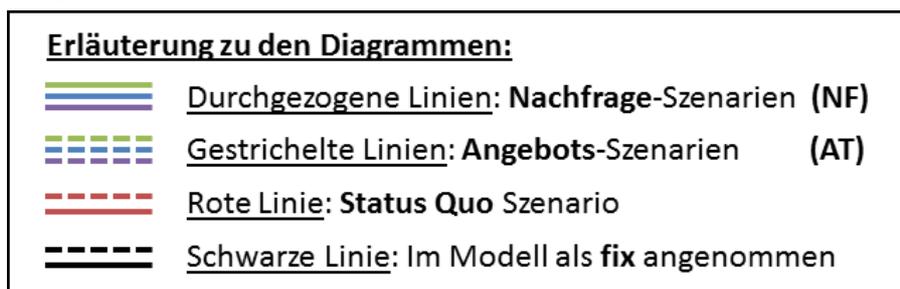
2.1 Szenarien zu Angebot und Nachfrage von Arbeitskräften in der Pflege

Die folgende Synopse stellt eine Übersicht der aktuellen Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege dar. Dabei konzentriert sich die Darstellung auf Arbeiten, die den Bereich der Altenpflege

im Sinne des SGB XI untersucht haben. Allein die Studie von Afentakis und Maier (Afentakis und Maier 2010) betrachtet die Alten- und Krankenpflege gemeinsam und bezieht sich daher nur teilweise auf den hier fokussierten Untersuchungsgegenstand. Da die Studie allerdings eine der wesentlich beachteten Studien zum Fachkräftemangel in der Pflege darstellt, wurde sie dennoch in diese Übersicht aufgenommen. Ihre Sonderstellung muss allerdings betont werden und die absoluten Zahlen differieren im Vergleich mit den anderen Studien sehr stark. Auch die anderen Studien unterscheiden sich teilweise deutlich in den ihnen zugrunde gelegten Annahmen. So fasst der Großteil der Studien unter den Begriff „Fachkräfte“ das gesamte in der Pflegestatistik aufgeführte Personal unabhängig von der Art der Tätigkeit oder der Ausbildung zusammen (vgl. [Statistisches Bundesamt 2011, S. 21 f.]). Dies schließt alle Arbeitsbereiche in ambulanten und stationären Einrichtungen mit ein, wie z.B. Hauswirtschaft, Administration, soziale Betreuung etc. sowie alle Qualifikationsebenen, also auch Hilfskräfte oder Personen ohne Ausbildung. Im nachfolgenden Abschnitt 2.1.1 werden zunächst alle Studien vorgestellt, die diesen breiten Arbeitskräftebegriff zugrunde legen. Nur drei Studien beziehen sich bei ihren Prognosen zum Personalbedarf allein auf pflegerisch tätige Angestellte, also Pflegekräfte im engeren Sinne. Diese Studien werden in Abschnitt 2.1.2 vorgestellt. Um die unterschiedlichen Designs der Studien adäquat und vergleichbar abzubilden, wird jeweils ein identisches Raster in der Darstellung der einzelnen Studien verwendet:

Eine Überblickstabelle beschreibt die jeweilige Studie zunächst anhand ihrer Grunddaten. Dazu wird u.a. zusammengefasst, ob die Studie auch Berechnungen des Arbeitskräftebedarfs umfasst und wenn ja, wie viele Nachfrageszenarien (in Grafiken auch „NF“ abgekürzt) berechnet werden. Auch zu den prognostizierten verfügbaren Arbeitskräften wird die Zahl der ermittelten Angebotsszenarien (in Grafiken mit „AT“ bezeichnet) wiedergegeben. Ferner wird dargestellt, wie weit in die Zukunft die Prognosen reichen und auf welcher Datengrundlage das Modell basiert. Ebenso wird kurz erläutert, wie der Begriff ‚Arbeits- bzw. Fachkräfte‘ in der Studie verstanden wird. Im Anschluss werden in einer textlichen Zusammenfassung die Grundannahmen des Modells sowie diejenigen der einzelnen Szenarien erläutert. Sofern vorhanden, werden hierbei auch die durch die Autoren vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reduzierung des Arbeitskräftemangels wiedergegeben. Abschließend werden die rechnerischen Ergebnisse der Studie zur Entwicklung von Nachfrage und ggf. Angebot an Arbeitskräften grafisch und tabellarisch dargestellt. Die Darstellung in den Diagrammen folgt folgender Systematik:

Abb. 5: Darstellung der Szenarien zur Quantifizierung des Arbeitskräftebedarfs: Legende



2.1.1 Alle Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI

2.1.1.1 Szenario Schnabel (2007)

Tab. 5: Szenario Schnabel (2007): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Schnabel, Reinhold
Titel:	Zukunft der Pflege
Veröffentlichungsjahr:	2007
Institut, Herausgeber:	Universität Duisburg-Essen, ZEW, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft
Nachfrageszenarien (NF):	✓ [2 Szenarien, mit und ohne „Heimsoffeekt“, s.u.]
Angebotsszenarien (AT):	–
Prognosehorizont (Jahr):	2050
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2005
Datengrundlage Angebot:	–
Datengrundlage Prognose:	11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2006
Personal- / Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (wie in der Pflegestatistik ausgewiesen)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

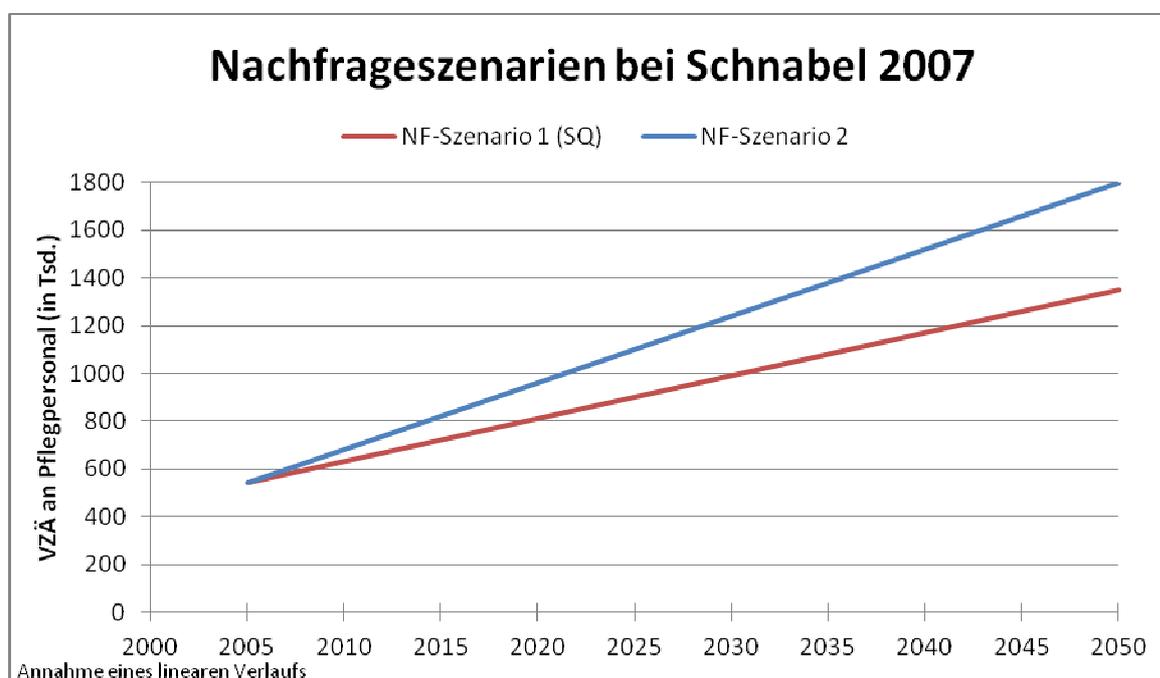
Modellgrundlagen: Schnabel hat eine der ersten Studien zum Arbeitskräftebedarf vorgelegt. Er rechnet in seiner Studie anhand der aus der Pflegestatistik 2005 ablesbaren Verteilung der Pflegearrangements das zukünftig benötigte Personal in der Pflege hoch. Er übernimmt dabei als Berechnungsbasis die geschätzten Vollzeitäquivalente des gesamten Personals in Pflegeeinrichtungen, wie sie in der Pflegestatistik aufgeführt sind. Somit ist der häufig verwendete Begriff „Fachkräfte“ bei Schnabel uneindeutig. Schnabel berechnet zwei mögliche Szenarien für den Arbeitskräftebedarf und betrachtet keine Angebotsszenarien.

NF-Szenario 1: In Schnabels Status-Quo-Szenario wird das Verhältnis der Pflegearrangements von 2005 abhängig vom Alter und der Pflegestufe in die Zukunft fortgeschrieben. Aufgrund der demografisch bedingten Zunahme insbesondere der hochbetagten Altersgruppen findet auch im Status-Quo Szenario bereits eine leichte Zunahme der formellen und insbesondere der stationären Pflege statt.

NF-Szenario 2: Szenario 2 stützt sich weitgehend auf Modellberechnungen von Häcker und Raffelhüschen (2006), und zwar des Szenarios 4, Variante B aus dieser Veröffentlichung. Im Szenario

4 wird von einem Rückgang der informellen Pflege durch erstens einen demografischen Effekt, zweitens die abnehmende Wahrscheinlichkeit des Zusammenlebens sowie drittens eine steigende Frauenerwerbsquote ausgegangen. Variante B nimmt dabei an, dass sich der über die drei genannten Faktoren modellierte Rückgang der informellen Pflege in gleichem Maße auf ambulante und stationäre Pflege verteilt (vgl. ebd.: S. 13 f.). Der Anteil der Angehörigenpflege reduziert sich in dem Szenario sukzessive auf 23% bis im Jahr 2050, sodass schließlich 48% der Pflegebedürftigen stationär und 29% ambulant versorgt werden. Damit wird eine Verschiebung in Richtung stationärer Versorgung unterstellt, weshalb die Annahme in diesem Szenario als „Heimsog“ oder „Hospitalisierung“ bezeichnet wird. Durch den Trend zur personalintensiveren stationären Pflege ergibt sich im Vergleich zum Status-Quo-Szenario eine deutlich erhöhte Nachfrage nach Personal in der Pflege.

Abb. 6: Szenario Schnabel (2007)



Tab. 6: Szenario Schnabel (2007): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenzen (VZÄ)

Nachfrageszenarien	2005 (in VZÄ)	2050 (in VZÄ)
NF-Szenario 1: Status quo	545.000	1.350.000
NF-Szenario 2: mit „Heimsogeffekt“	545.000	1.800.000

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Konkrete Lösungsvorschläge werden in der Studie von Schnabel nur in Ansätzen benannt. So werden kurz die Anwerbung von ausländischem Fachpersonal sowie die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen im Ausland thematisiert. In seinem Ausblick beschäftigt sich Schnabel hingegen intensiver mit den finanziellen Auswirkungen des demografischen Wandels im Pflegewesen und wie dem zu erwartenden Kostenanstieg in der Pflege begegnet werden kann. Als wirksame Maßnahme schlägt er insbesondere die Einführung einer privaten Pflegeversicherung vor.

2.1.1.2 Szenario Enste/ Pimpertz (2008)

Tab. 7: Szenario Enste/ Pimpertz (2008): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Enste, Dominik H.; Pimpertz, Jochen
Titel:	Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050
Veröffentlichungsjahr:	2008
Institut, Herausgeber:	Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (2 Szenarien, mit und ohne Produktivitätsfortschritt)
Angebotsszenarien (AT):	–
Prognosehorizont (Jahr):	2050
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2007
Datengrundlage Angebot:	–
Datengrundlage Prognose:	11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2006, Variante 1
Personal-/ Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (wie in der Pflegestatistik ausgewiesen)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

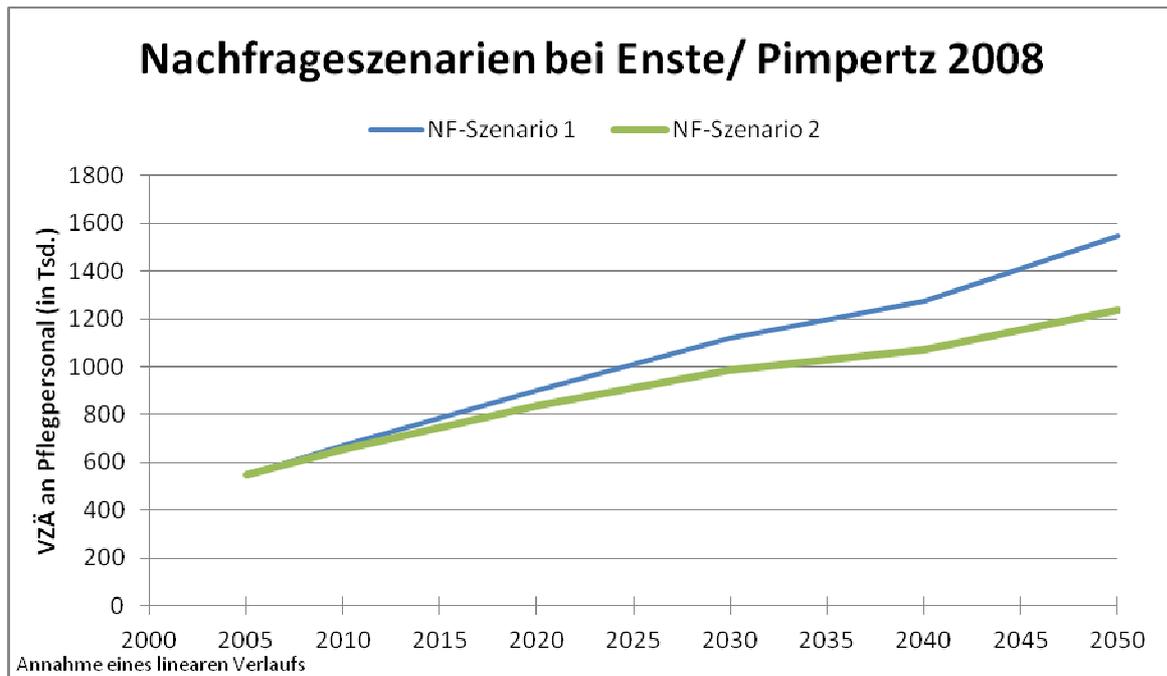
Modellgrundlagen: Die steigende Nachfrage nach Pflegepersonal steht inhaltlich nicht im Fokus der Studie von Enste und Pimpertz bzw. wird nicht weiter problematisiert. Stattdessen wird die Berechnung des Bedarfs eher als Beschreibung des „Beschäftigungspotenzials“ in der Branche gesehen (Enste/ Pimpertz 2008, S. 11). Im Mittelpunkt der Überlegungen dieses Artikels steht die Pflegebranche als Wirtschaftssektor („Pflegemarkt“), dem aufgrund des demografischen Wandels ein starkes Wachstumspotenzial zugesprochen wird. Angebotsszenarien werden entsprechend nicht berücksichtigt.

NF-Szenario 1: Enste und Pimpertz orientieren sich zur Berechnung des Bedarfs an Arbeitskräften für die Pflege an den Anteilen von Pflegearrangements aus der Pflegestatistik 2005. Hieraus wird die Schätzung der vollzeitäquivalenten Stellen aller Beschäftigten in ambulanten und stationären Einrichtungen als Basis der Hochrechnungen gewählt. Auch bei Enste und Pimpertz wird nicht thematisiert, welche Berufs- und Tätigkeitsgruppen der berechnete Personalbedarf beinhaltet. Für die Fortschreibung wird die 11. Bevölkerungsvorausberechnung verwendet, um zunächst die Zahl der zukünftigen Pflegebedürftigen zu berechnen und davon abgeleitet den Personalbedarf. In den Grundlagen gehen Enste und Pimpertz somit den gleichen Weg wie Schnabel, allerdings nehmen sie bereits, ebenfalls in Anlehnung an Häcker und Raffelhüschen (2006), die Annahmen sinkender Quoten informeller Versorgung in ihr Basisszenario auf. Sie nehmen an, dass sich der Anteil der informellen Pflege bis 2050 prozentual halbieren wird. Den sich ergebenden zusätzlichen Bedarf an formeller Unterstützung teilen sie zu gleichen Teilen auf den ambulanten und stationären Sektor auf.

NF-Szenario 2: Szenario 2 rechnet zusätzlich zu den obigen Annahmen einen Produktivitätsfortschritt von 0,5% pro Jahr in das Modell mit ein. Enste und Pimpertz gehen also davon aus, dass auch in der Pflege durch Innovationen und Rationalisierungen etc. die Produktivität jedes Jahr steigt und somit mehr Pflegebedürftige durch das gleiche Personal betreut werden können. Den Produktivitätsfortschritt setzen sie aufgrund der Personalintensität der Pflege explizit nied-

riger an als in der Gesamtwirtschaft. Dennoch bedeutet dies insgesamt über 45 Jahre (2005-2050) eine deutliche Absenkung der Personalintensität pro Pflegebedürftigem. 2005 wurden pro pflegebedürftiger Person 0,3 vollzeitäquivalente Stellen im ambulanten und 0,6 VZÄ-Stellen im stationären Bereich benötigt (jeweils gerechnet auf das gesamte Personal, s.o.). Dieses Verhältnis würde bei 0,5% Produktivitätsfortschritt auf 0,24 in der ambulanten und 0,48 in der stationären Versorgung sinken.

Abb. 7: Szenario Enste/ Pimpertz (2008)



Tab. 8: Szenario Enste/ Pimpertz (2008): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrageszenarien	2005 (in VZÄ)	2010 (in VZÄ)	2020 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)	2040 (in VZÄ)	2050 (in VZÄ)
NF-Szenario 1: Basisszenario	549.282	670.716	899.499	1.118.880	1.277.640	1.549.800
NF-Szenario 2: mit Produktivitätsfortschritt	549.282	653.904	834.255	986.940	1.072.355	1.236.842

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Im Ausblick dieser Studie steht die steigende Bedeutung des Pflegemarktes für die gesamte Wirtschaft im Vordergrund. Die Problematik des Arbeitskräfte-Angebots wird nicht behandelt. Den Berechnungen von Enste und Pimpertz zufolge könnte das Marktvolumen der Altenpflege von 29 Milliarden Euro 2005 auf bis zu 85 Milliarden Euro 2050 ansteigen. Problematisiert wird in diesem Zusammenhang der hohe Anteil von Schwarzarbeit durch ausländische 24-Stunden-Kräfte in der häuslichen Pflege. So sei der Anteil der Schwarzarbeit in der Pflege 3,5-mal so hoch wie in der Wirtschaft insgesamt. Dies werde insbesondere durch den zentralen, aber teuren Faktor Arbeit in der Pflege hervorgerufen. Lösungsansätze hierfür werden jedoch nicht diskutiert.

2.1.1.3 Szenario Hackmann/ Moog (2008)

Tab. 9: Szenario Hackmann/ Moog (2008): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Hackmann, Tobias; Moog, Stefan
Titel:	Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage
Veröffentlichungsjahr:	2008
Institut, Herausgeber:	Forschungszentrum Generationenverträge der Universität Freiburg
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (3 Szenarien, abhängig vom Verhältnis ambulant zu stationär)
Angebotsszenarien (AT):	–
Prognosehorizont (Jahr):	2050
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2005, statistischer und finanzieller Bericht zur Pflegeversicherung 2003 und 2004
Datengrundlage Angebot:	–
Datengrundlage Prognose:	11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2006, IAB-Arbeitszeitrechnung 1991-2004, BIB Projektion zur Zusammenlebendwahrscheinlichkeiten im Zeitraum 2002 bis 2030
Personal- / Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (wie in der Pflegestatistik ausgewiesen)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

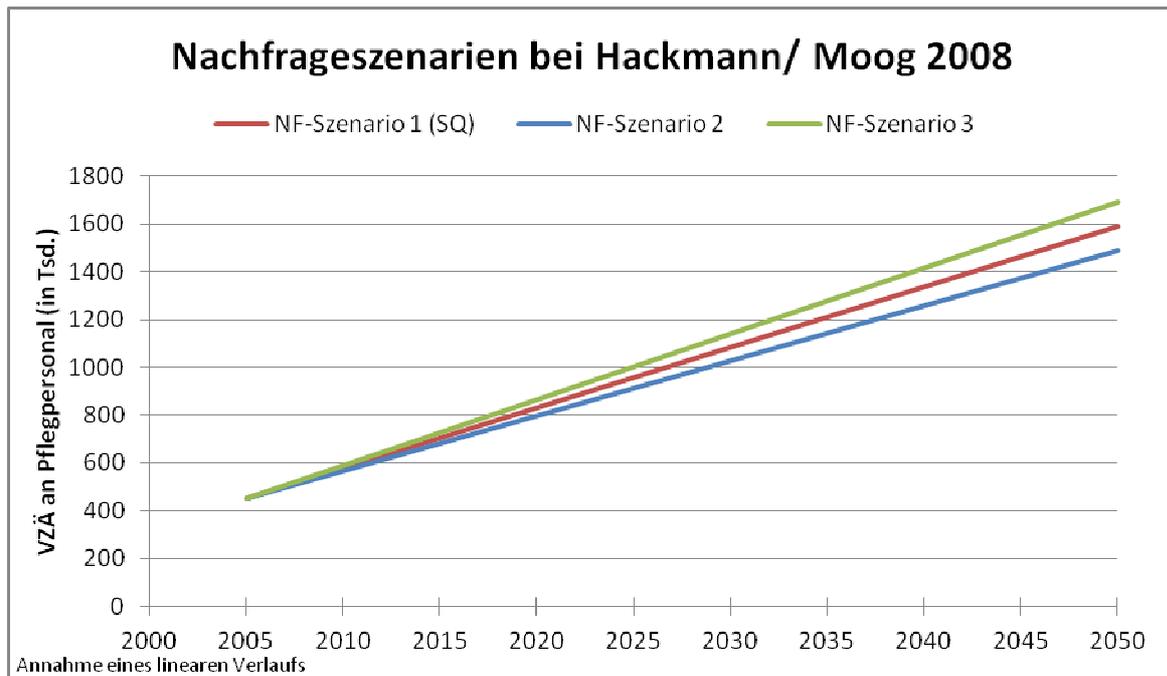
Modellgrundlagen: Hackmann und Moog (2008) entwerfen ein ähnliches Modell wie Häcker und Raffelhüschen (2006) bezüglich der Entwicklung von informeller und formeller Pflege und weiten dieses auf den Personalbedarf aus. In ihrem Modell berechnen sie die zukünftige Nachfrageentwicklung nach professioneller Pflege in Abhängigkeit von der Entwicklung der informellen Pflege. Eine Angebotsrechnung wird nicht erstellt. Zur Bestimmung der zukünftigen informellen Pflege entwerfen sie ein mathematisches Modell, mit dem die Wahrscheinlichkeit berechnet wird, dass informelle Pflegesettings zustande kommen. Als informell Pflegenden werden dabei im Modell ausschließlich Kinder und Ehegatten betrachtet. Die Wahrscheinlichkeit der familiären Pflege wird abhängig von verschiedenen Parametern zu Haushaltszusammensetzung und zum Erwerbsverhalten errechnet. Auf diese Weise können Annahmen zu Veränderungen der Parameter quantitativ ins Modell eingebunden werden (z.B. höhere Frauenerwerbsquote, mehr alleinstehende Ältere). Im Gegensatz zu dem Modell von Häcker und Raffelhüschen kommen Hackmann und Moog zu dem Ergebnis, dass der Anteil informell Pflegenden nicht ganz so stark sinken wird. Absolut gehen sie sogar von einem nachfragebedingten Anstieg von ca. 1 Mio. im Jahr 2005 auf ca. 1,2 Mio. informell Pflegenden im Jahr 2050 aus. Für die Modellierung des Angebots an informeller Pflege nehmen sie an, dass die errechnete Zahl der informell Pflegenden der Anzahl der Pflegegeld empfangenden Personen entspricht. Das Residuum der über die Bevölkerungsvorausberechnung errechneten Pflegebedürftigen erhält im Modell ambulante oder stationäre Pflege. Wie sich die Anteile innerhalb der professionellen Pflege wiederum verteilen, wird in drei Szenarien betrachtet.

NF-Szenario 1: In Szenario 1 wird im Sinne des Status quo ein konstantes Verhältnis der stationären Pflegefälle zu ambulanten Sachleistungsempfängern von 0,6 zu 0,4 unterstellt (wie im Zeitraum 1996-2006 beobachtet).

NF-Szenario 2: Szenario 2 unterstellt ein Verhältnis von 0,5 zu 0,5 zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sodass die professionelle Pflege stärker dem Postulat „ambulant vor stationär“ entspricht. Dieses Szenario wird als „Untergrenze“ bezeichnet.

NF-Szenario 3: Zuletzt wird ein Szenario der stärkeren Inanspruchnahme stationärer Pflege berechnet (Obergrenze). Das Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wird dabei mit 0,7 zu 0,3 angenommen.

Abb. 8: Szenario Hackmann/ Moog (2008)



Tab. 10: Szenario Hackmann/ Moog (2008): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrageszenarien	2005 (in VZÄ)	2050 (in VZÄ)
NF-Szenario 1 (Status quo):	450.000	1.590.000
NF-Szenario 2 (ambulant steigt):	450.000	1.490.000
NF-Szenario 3 (stationär steigt):	450.000	1.690.000

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Dem Modell von Hackmann und Moog zufolge werden in Zukunft häufiger erwerbstätige Männer die Pflege ihrer Eltern übernehmen, während die Partnerpflege abnehmen wird. Das Problem des „Pflegenotstandes“ wird angeschnitten und darauf verwiesen, dass manche Pflegeformen womöglich durch ungeschultes kostengünstiges Personal oder ausländische Fachkräfte übernommen werden könnten. Weiterführende Lösungsmöglichkeiten werden nicht diskutiert.

2.1.1.4 Szenario Pohl (2011)

Tab. 11: Szenario Pohl (2011): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Pohl, Carsten
Titel:	Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt in Deutschland. Modellrechnungen bis zum Jahr 2030
Veröffentlichungsjahr:	2011
Institut, Herausgeber:	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (8 Szenarien, siehe Tabelle unten)
Angebotsszenarien (AT):	–
Prognosehorizont (Jahr):	2030
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2009, SVR Gesundheit Sondergutachten 2009
Datengrundlage Angebot:	–
Datengrundlage Prognose:	12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009
Personal-/ Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (wie in der Pflegestatistik ausgewiesen)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen im Basisszenario: Die Studie von Pohl (2011) untersucht die mögliche Bandbreite zukünftiger Nachfrage nach Pflegeleistungen bzw. nach Pflegepersonal anhand dreier Faktoren (Pflegearrangements, Produktivitätsfortschritt und Pflegeprävalenzen). Im Basisszenario stützt sich Pohl auf die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen aus dem Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Grundlegend unterscheidet Pohl zwischen vier Basisszenarien mit einem gleichbleibenden Anteil der informellen Pflege einerseits und vier äquivalenten Alternativszenarien mit „Heimsogeeffekt“ andererseits. Im Alternativszenario mit „Heimsogeeffekt“ geht Pohl davon aus, dass sich der Anteil der informellen Pflege in Zukunft aufgrund verschiedener Faktoren absenken wird. Er nimmt deshalb an, dass ab 2010 die absolute Zahl der informellen Pflege bis 2030 stagniert und somit prozentual an Bedeutung verliert. Dies führt zu einem größeren Bedarf an professioneller Pflege. Die vier Szenarien im Basis- und Alternativmodell fußen bis auf die Unterscheidung mit bzw. ohne Heimsogeeffekt jeweils auf äquivalenten Annahmen:

Basis- und Alternativszenario 1 (NF): Bezogen auf die Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht gehen die beiden Szenarien vom „Status quo“, also von konstanten Prävalenzzahlen in der Pflege aus. Zudem wird in diesen Szenarien kein Produktivitätsfortschritt berücksichtigt.

Basis- und Alternativszenario 2 (NF): Die beiden Szenarien 2 sind ebenfalls ohne Produktivitätsfortschritt gerechnet, weichen aber durch die Annahme von Szenario 1 ab, sodass sich die Pflegeprävalenz in spätere Altersgruppen verschiebt, ältere Menschen also länger gesund sind (sog. „Morbiditykompressionsthese“). Die Kompressionsthese geht davon aus, dass sich der durchschnittliche Gesundheitszustand im Alter weiter verbessert und Pflegebedürftigkeit somit später auftritt.

Basis- und Alternativszenario 3 (NF): Basis- und Alternativszenario 3 beziehen jeweils einen durchschnittlichen Produktivitätsfortschritt von 0,25% pro Jahr ein, durch den die Personalinten-

sität in der professionellen Pflege sinkt. Ansonsten stützt sich Szenario 3 auf die Status-Quo-Annahme im Bereich der Prävalenzzahlen.

Basis- und Alternativszenario 4 (NF): Die Szenarien 4 schließlich rechnen sowohl die Kompressionstheorie als auch den Produktivitätsfortschritt aus Szenario 3 mit ein, was jeweils zur stärksten Dämpfung des Personalbedarfs beiträgt.

Tab. 12: Szenario Pohl (2011): Grunddaten der Studie

Szenarien	Annahmen in den Szenarien				
	Absolute Stagnierung der informellen Pflege („Heimsogefekt“)	Produktivitätsfortschritt		Pflegeprävalenzen	
		ohne	mit	Status quo	Kompressionstheorie
NF-Basiszenario 1		X		x	
NF-Basiszenario 2		X			x
NF-Basiszenario 3			x	x	
NF-Basiszenario 4			x		x
NF-Alternativszenario 1	X	X		x	
NF-Alternativszenario 2	X	X			x
NF-Alternativszenario 3	X		x	x	
NF-Alternativszenario 4	X		x		x

Abb. 9: Basis-Nachfrageszenarien Pohl (2011)

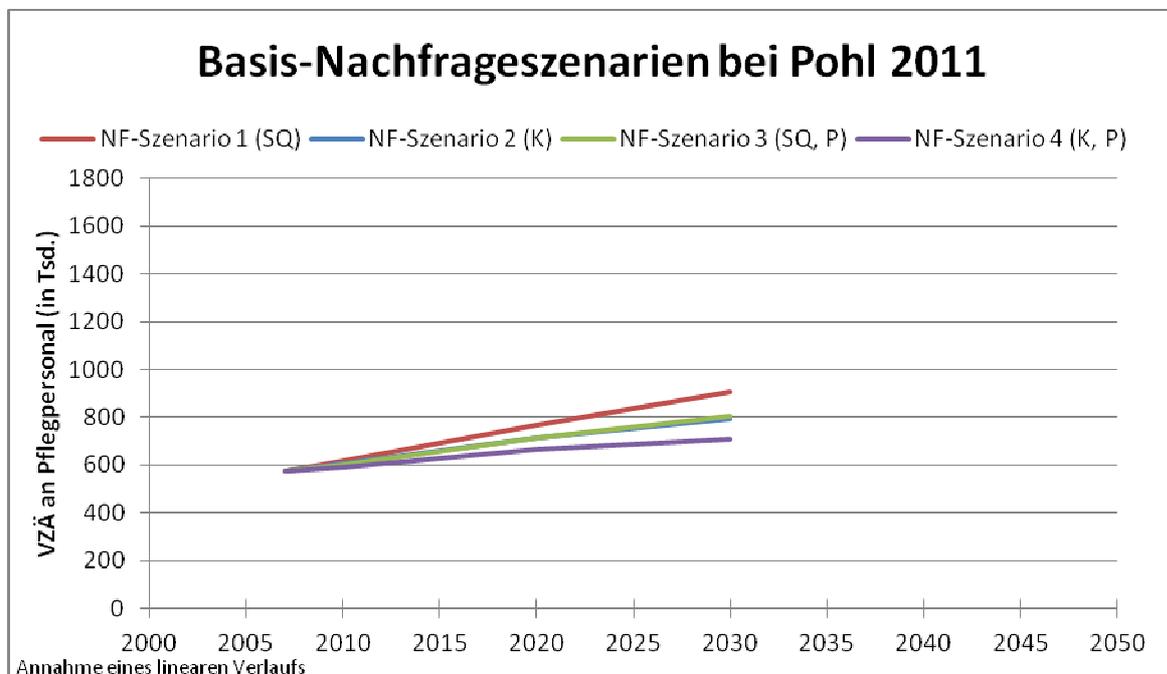
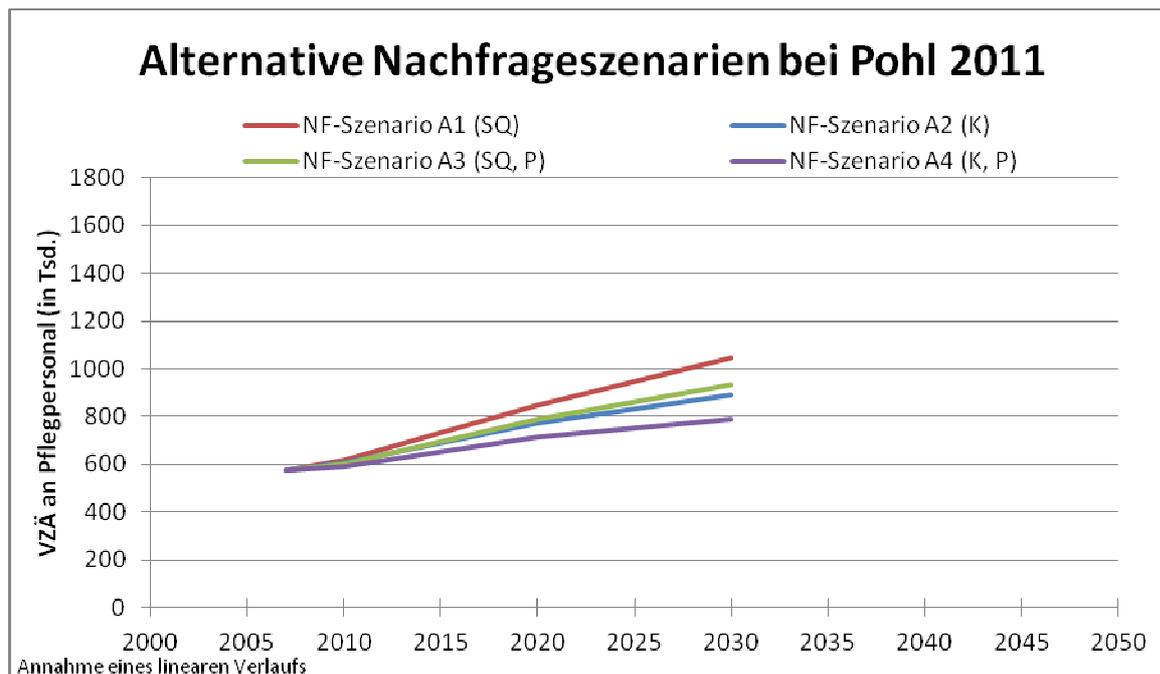


Abb. 10: Alternative Nachfrageszenarien Pohl (2011)



Tab. 13: Szenario Pohl (2011): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrage-Szenario	2007 (in VZÄ)	2010 (in VZÄ)	2020 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
NF-Basisszenario 1	576.000	617.000	769.000	907.000
NF-Basisszenario 2	576.000	607.000	714.000	796.000
NF-Basisszenario 3	576.000	599.000	715.000	806.000
NF-Basisszenario 4	576.000	589.000	665.000	708.000
NF-Alternativszenario 1	576.000	617.000	846.000	1.047.000
NF-Alternativszenario 2	576.000	607.000	770.000	888.000
NF-Alternativszenario 3	576.000	599.000	787.000	931.000
NF-Alternativszenario 4	576.000	589.000	715.000	788.000

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Konkrete Lösungsvorschläge stehen bei Pohl nicht im Vordergrund; die Entwicklung wird primär als positiver Beschäftigungseffekt interpretiert. Problematisiert wird im Fazit lediglich, dass einerseits die Pflege nicht zu teuer werden dürfe, damit die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen sich diese auch leisten könnten. Andererseits müsse es eine ausreichend hohe Entlohnung in der Pflegebranche geben, damit sich ausreichend viele Erwerbspersonen für diesen Berufszweig entscheiden und kein Arbeitskräftemangel entstehe.

2.1.1.5 Szenario Prognos (2012)

Tab. 14: Szenario Prognos (2012): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Hackmann, Tobias et al.
Titel:	Pflegelandschaft 2030
Veröffentlichungsjahr:	2012
Institut, Herausgeber:	Prognos AG Basel, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (2 Szenarien, mit und ohne Abnahme informeller Pflege)
Angebotsszenarien (AT):	✓ (1 Szenario + 5 Handlungsfelder)
Prognosehorizont (Jahr):	2030
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2009
Datengrundlage Angebot:	Pflegestatistik 2009, Mikrozensus 2009
Datengrundlage Prognose:	12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009
Personal- / Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (Teilprognosen nach Bereichen, wie in der Pflegestatistik 2009 aufgeschlüsselt)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen: Die von Hackmann und anderen erstellte Studie Prognos (2012) zum Arbeitskräftemangel in der Pflege ist eine gesonderte Branchenuntersuchung im Nachlauf zur Untersuchung des Instituts zum allgemeinen Fachkräftemangel in Deutschland (Prognos 2008). Die hier vorgenommene Modellierung von Angebot und Nachfrage in der Pflegelandschaft wird als Kombination aus Trendanalyse und Prognose beschrieben. Im Zentrum der Untersuchung steht die Angebotsseite. Hierfür werden konkrete Handlungsfelder identifiziert, für die die Studie entsprechende Maßnahmen vorschlägt und deren Auswirkungen auf das Fachkräfteangebot evaluiert werden. Eine Grundannahme des Modells ist, dass in Zukunft die Zuwanderung nach Deutschland deutlich ansteigen wird. So steigt im Modell die Zuwanderung von nahezu Null im Ausgangsjahr auf etwa 300.000 Personen im Prognosejahr 2030 an.

Die Nachfrage nach Pflege wird in der Studie von einem Status-Quo-Szenario der Zahl der Pflegebedürftigen abgeleitet. Zwar werden auch kurz alternative Szenarien, basierend auf der Medikalisierung- (höhere Pflegeprävalenzen) bzw. der Kompressionsthese (geringere Pflegeprävalenzen) vorgestellt, jedoch nicht weiter rechnerisch ausgeführt. In der Fortschreibung der Pflegebedürftigen wird ausschließlich auf das Status-Quo-Szenario (konstante Pflegeprävalenzen) zurückgegriffen, da dieses als Mittelweg zwischen den beiden alternativen Szenarien betrachtet wird. In der Veröffentlichung wird zwar zumeist das gesamte Personal von Einrichtungen und Diensten der Altenpflege als „Fachkräfte“ bezeichnet, es gibt jedoch auch eine tabellarische Aufschlüsselung mit einer Prognose zu den Teilbereichen.

NF-Szenario 1: Im Nachfrageszenario 1 wird der Anteil der ambulanten und stationären Pflege im Sinne des Status quo unverändert bei 24% bzw. 30% gehalten, wie im Ausgangsjahr 2009 beobachtet.

NF-Szenario 2: In diesem Szenario wird eine wahrscheinliche Abnahme der informellen Pflege modelliert, die zu steigender Nachfrage nach professioneller Pflege führt. In dem Modell von

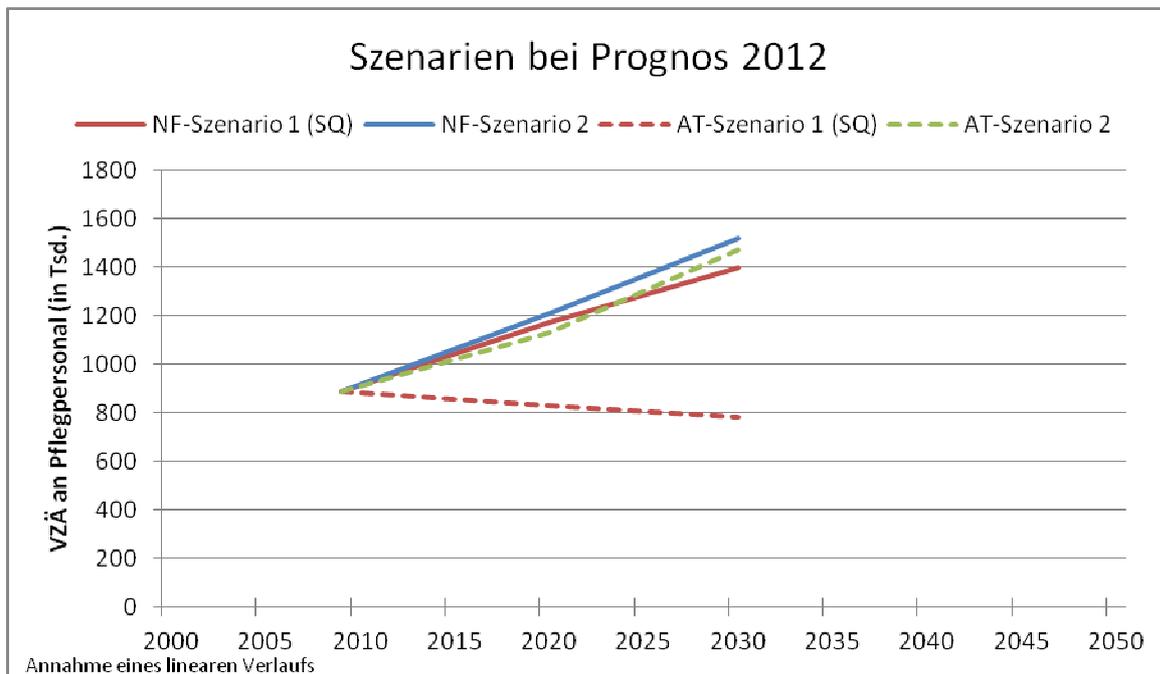
Prognos wurde aus demografischen und erwerbsbedingten Faktoren eine Zunahme des Personalbedarfs um 36% bis ins Jahr 2020 und nochmals 26% bis ins Jahr 2030 errechnet.

AT-Szenario 1: Für die Angebotsseite wird zunächst analysiert, wie sich die Beschäftigungsstruktur im ambulanten bzw. stationären Bereich in den Jahren 1999 bis 2009 entwickelt hat. Dabei werden die Beschäftigten in der Pflege nach ihrer Berufsausbildung aufgeschlüsselt. Dieses Personalverhältnis wird in die Zukunft fortgeschrieben (Status-Quo-Annahme).

AT-Szenario 2: In Kapitel 6 der Studie werden in fünf Handlungsfeldern Maßnahmen vorgeschlagen, die unter ein Angebots-Szenario 2 gefasst werden können. Diese Maßnahmen sollen den Fachkräftemangel auffangen und werden zunächst unter einem maximalen und damit „realitätsfernen“ Blickwinkel durchgespielt. Die Ergebnisse werden nur mit dem Nachfrage-Szenario 2 verglichen und werden, abweichend von der sonstigen Verwendung von VZÄ-Stellen in dieser Studie, in „absoluten“ Fachkraftzahlen gerechnet.

AT-Szenario 3: Als Angebots-Szenario 3 sollen in dieser Übersicht die Auswirkungen von „realistischen“ Veränderungen in den fünf Handlungsfeldern bezeichnet werden, die in Kapitel 7 beschrieben werden. Sie basieren auf den zuvor genannten Handlungsfeldern, allerdings werden sie mit dem Status-Quo-Nachfrage-Szenario 1 verglichen und die Auswirkungen der Maßnahmen hier wiederum in VZÄ-Stellen beziffert. Ein Vergleich der beiden Maßnahmenkataloge ist somit nicht möglich. Die 5 Maßnahmenfelder werden im Folgenden kurz unter „Lösungsvorschläge“ beschrieben und sind weiter unten in einer Tabelle zusammengefasst.

Abb. 11: Szenario Prognos (2012)



Tab. 15: Szenario Prognos (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrage-Szenarien	2009	2020	2030
NF-Szenario 1: Status quo	890.282	1.169.550	1.396.011
NF-Szenario 2: inkl. Verschiebung aus informeller Pflege	890.282 (630.000 VZÄ)	1.209.549 (858.000 VZÄ)	1.521.009 (1.070.000 VZÄ)
Angebots-Szenarien	2009	2020	2030
AT-Szenario 1	890.000 (630.000 VZÄ)	831.000 (590.000 VZÄ)	784.000 (550.000 VZÄ)
AT-Szenario 2 (5 Handlungsfelder – MaximumSzenario)	890.000	1.128.000	1.474.000
AT-Szenario 3 (5 Handlungsfelder – realistisches Szenario)	630.000 VZÄ		
Differenz von Nachfrage und Angebot	2009	2020	2030
Mangel bei NF-Szenario 1/ AT-Szenario 1		-338.550	-612.011
Mangel bei NF-Szenario 2/ AT-Szenario 1		-378.549 (-268.000 VZÄ)	-737.009 (-520.000 VZÄ)

Lösungsvorschläge/ Ausblick: In den fünf Handlungsfeldern der Prognos-Studie werden verschiedene Veränderungen von Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf den Arbeitskräftemangel berechnet. Zunächst wird angenommen, dass mehr Hilfskräfte in der Pflege angeworben werden könnten, z.B. Arbeitslose oder Personen aus Branchen mit einem Überangebot an Arbeitskräften. Zudem wird eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung bei den Pflegekräften berechnet. Die dritte diskutierte Maßnahme betrifft die Verlängerung der Wochenarbeitszeit, und viertens werden die möglichen positiven Effekte einer breit angelegten Ausbildungskampagne eingeschätzt. In Kapitel 6 wird dabei zunächst beschrieben, wie diese Maßnahmen maximal wirken könnten und geschlussfolgert, dass somit der „Pflegetotstand“ rein rechnerisch vermeidbar sei. Im nachfolgenden Kapitel werden die Maßnahmen einem Machbarkeits- und Realitätscheck unterzogen und in ihrem Ausmaß deutlich abgeschwächt. So werden beispielsweise für das Ausbildungs-Handlungsfeld im Angebots-Szenario 2 die nötigen Absolventenzahlen zur Schließung der Arbeitskräftelücke berechnet. Diese müssten sich demnach bis 2030 verdoppeln, was laut Prognos angesichts des demografischen Wandels und damit einer sinkenden Bevölkerung im Ausbildungsalter nicht zu erwarten sei. So reduziert Prognos diese Zahl in Szenario 2 um gut 15%. So würden bis 2030 47.000 zusätzliche Fachkräfte ausgebildet. Im „realistischen“ Szenario 3 wird hingegen lediglich damit gerechnet, dass die Zahl der Ausbildungsabsolventen auf dem aktuellen Niveau gehalten werden kann. In Szenario 2 wird zudem mit einem Anstieg der informellen Pflege durch Angehörige gerechnet, während in Szenario 3 stattdessen Effizienzsteigerungen einberechnet werden. Abschließend wird der verbleibende Mangel laut Prognos in beiden Szenarien durch die Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland zu decken sein. In Szenario 2 wären dies -47.000 Arbeitskräfte (nicht VZÄ-Stellen) und in Szenario 3 -280.000 VZÄ-Stellen.

Tab. 16: Szenario Prognos (2012): Handlungsfelder zur Senkung der Pflegelücke - Maximumszenario

	Maximal 2020	Maximal 2030
1: Beschäftigungschancen verbessern (Hilfskräfte anwerben, z.B. Arbeitslose oder Personen aus Branchen mit Überangebot an Arbeitskräften)	35.000	80.000
2: Erwerbsbeteiligung erhöhen (Erwerbsquoten erhöhen sich alle 5 Jahre um 5%, max. 98%)	115.000	220.000
3: Arbeitszeit verlängern (Wochenarbeitszeit erhöht sich alle 5 Jahre um 1h, max. 40h)	90.000	180.000
4: Bildungsoffensive (Steigerung des Anteils an Auszubildenden im Bereich Altenpflege)	47.000	178.000
5: Informelle Arbeitszeit (additive informelle Pflege von Professionellen mit Pflegefall in der Familie zusätzlich zur Arbeit)	10.000	32.000
Verbleibende Lücke zum NF-Szenario 2 (Vorschlag: durch Zuwanderung schließen)	-81.000	-47.000

Tab. 17: Szenario Prognos (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten - Realistisches Szenario

	2030 (in VZÄ)
1: Beschäftigungschancen verbessern (Hilfskräfte anwerben, z.B. Arbeitslose oder Personen aus Branchen mit Überangebot an Arbeitskräften)	80.000 VZÄ
2: Erwerbsbeteiligung erhöhen (Verweildauer im Beruf erhöht sich um 1 Jahr)	66.000 VZÄ
3: Arbeitszeit verlängern (Wochenarbeitszeit erhöht sich um 1h)	65.000 VZÄ
4: Bildungsoffensive (Anzahl der Auszubildenden im Bereich Altenpflege konstant halten)	+ / - 0 VZÄ
5: Effizienzsteigerungen (Entlastung der Pflegefachkräfte um 1h pro Woche)	30.000 VZÄ
Verbleibende Lücke zum NF-Szenario 2 (Vorschlag: durch Zuwanderung schließen)	-280.000 VZÄ

2.1.1.6 Szenario Rothgang et al. (2012)

Tab. 18: Szenario Rothgang et al. (2012): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer
Titel:	Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?
Veröffentlichungsjahr:	2012
Institut, Herausgeber:	Universität Bremen/ ZeS, Bertelsmann Stiftung
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (3 Szenarien abhängig von Verschiebungen in den Versorgungsarten)
Angebotsszenarien (AT):	✓ (1 Szenario)
Prognosehorizont (Jahr):	2030
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2009
Datengrundlage Angebot:	Pflegestatistik 2009, Mikrozensus 2008
Datengrundlage Prognose:	12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009
Personal- / Fachkraftbegriff:	Gesamtes Personal (wie in der Pflegestatistik ausgewiesen)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen: Die Studie von Rothgang, Müller und Unger (Rothgang et al. 2012) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung berücksichtigt u.a. die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Zahl der Pflegebedürftigen und die Arbeitskräfte auf der kleinräumigen Ebene der Landkreise und Städte. Als Grundlage für die Fortschreibung der Pflegebedürftigen dienen die Pflegeprävalenzen nach Geschlecht und Altersgruppe aus der Pflegestatistik 2009. Dies wird damit begründet, dass seit dem Jahr 2000 konstante altersspezifische Pflegeprävalenzen zu beobachten seien und diese Annahme somit derzeit wahrscheinlicher erscheint als die sinkender Pflegequoten. Die optimistische Annahme einer zwar älter, zugleich aber auch immer gesünder werdenden Bevölkerung, wird hier nicht geteilt. Basis der Prognose sind die regionalisierten Daten der Bevölkerungsvorausberechnung 2009.

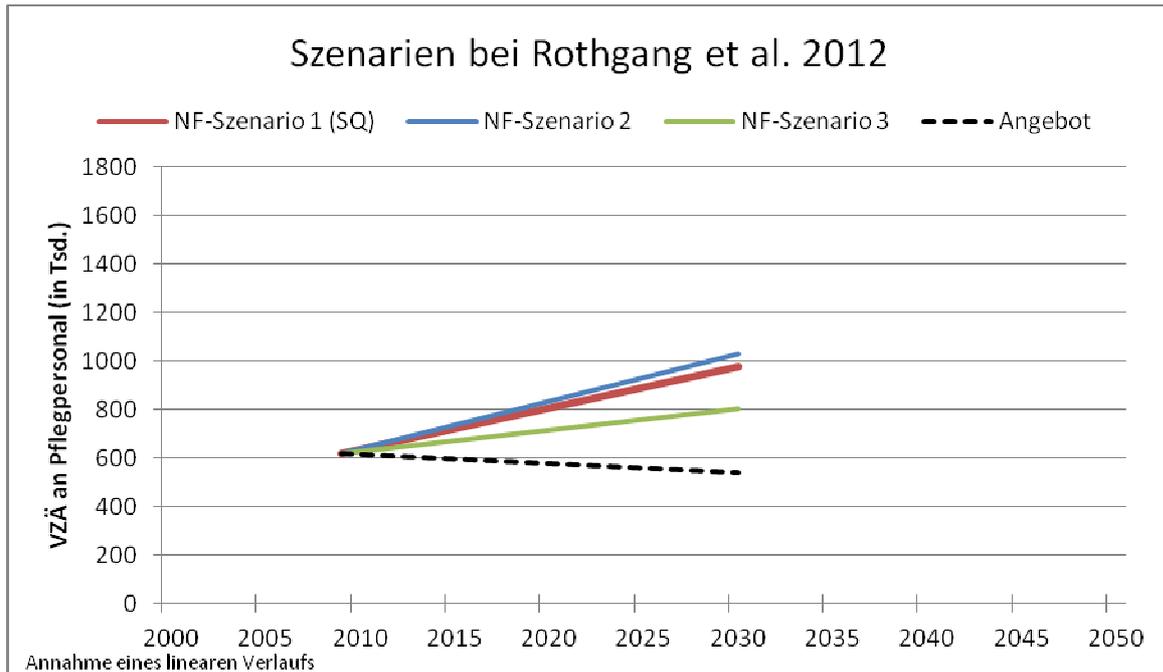
NF-Szenario 1: Das Status-Quo-Szenario geht davon aus, dass der Anteil der Versorgungsarten in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter konstant bleibt. Auf diese Weise kommt es durch die Alterung der Bevölkerung zu Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

NF-Szenario 2: In diesem Szenario wird eine Fortsetzung der in den letzten zehn Jahren beobachteten Verschiebung in Richtung formelle Pflege unterstellt. Dabei beobachten die Autoren, dass sich seit 1999 die Angehörigenpflege im Schnitt um 1% pro Jahr reduziert hat. Dieser Anteil wird für die Projektion fortgeschrieben (eine ausführliche Diskussion dieser Annahme und eigene Berechnungen dazu finden sich unter 2.2) und der Mehrbedarf an professioneller Hilfe wird gleichmäßig auf ambulante und stationäre Pflege verteilt.

NF-Szenario 3: Das Szenario 3 wird als „Wunschscenario“ bezeichnet, in dem der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umgesetzt wird. Dazu wird die absolute Zahl der stationären Plätze auf dem aktuellen Stand festgeschrieben und zusätzlicher Bedarf an formeller Pflege ausschließlich durch ambulante Pflege befriedigt. Der Personalbedarf in der Pflege ist entsprechend niedrig, da die ambulante Pflege deutlich weniger personalintensiv ist.

AT-Szenario: Das Angebotsszenario wird aus der Quote der Vollzeitäquivalente in der ambulanten und stationären Pflege bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren errechnet. Dabei wird das Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor für die Zukunft äquivalent zum gesamten prognostizierten Arbeitsangebot fortgeschrieben.

Abb. 12: Szenario Rothgang et al. (2012)



Tab. 19: Szenario Rothgang et al. (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrage-Szenarien	2009 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
NF-Szenario 1: „Status quo“. Der Anteil der Versorgungsarten bleibt abhängig von Geschlecht und Alter konstant.	617.000	975.027
NF-Szenario 2: Die in den letzten 10 Jahren beobachtete Verschiebung in Richtung formelle Pflege setzt sich fort.	617.000	1.032.273
NF-Szenario 3: „Wunschscenario“. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird durchgesetzt und die absolute Zahl der stationären Plätze bleibt gleich.	617.000	803.444
Angebots-Szenarien	2009 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
AT-Szenario: Angebot an Fachkräften:	617.000	540.000
Differenz von Nachfrage und Angebot	2009 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
Fachkräftemangel Szenario 1:		-435.027
Fachkräftemangel Szenario 2:		-492.273
Fachkräftemangel Szenario 3:		-263.444

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Die Autoren beschreiben sehr ausführlich mögliche Lösungsansätze für den konstatierten Fachkräftemangel. Als Strategie empfehlen sie das Szenario 3 zum Anlass zu nehmen und die zum einen von der Bevölkerung mehrheitlich gewünschte und zum anderen auch weniger personalintensive ambulante Pflege deutlich auszubauen und entschieden zu fördern. Denn die Untersuchung macht deutlich, wie stark der Arbeitskräftemangel auch von den Versorgungssettings abhängig ist (immerhin halbiert sich der Fachkräftemangel 2030 im Wunschscenario beinahe auf -260.000) und dass diese durchaus auch beeinflussbar seien. Zur Identifizierung von förderlichen Faktoren für den Ausbau ambulanter Pflege werden Studien analysiert, die sich mit der Stabilisierung häuslicher Pflegesettings beschäftigen. Diese zeigen nachweisbar positive Wirkungen bei folgenden Maßnahmen: Der Beratung und Entlastung pfle-

gender Angehöriger, der Einführung von Leistungsveränderungen, z.B. durch persönliche Budgets, dem Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung sowie der Verbesserung von Schnittstellen zwischen Ärzten, Krankenhäusern etc. Darüber hinaus werden weitere vielversprechende, aber noch nicht in ihrer Wirkung validierte Konzepte und Modellprojekte vorgestellt. Auch wenn die Studie somit nur an einer Stellschraube ansetzt, werden die Vorschläge sehr konkret und könnten, wie die Studie zeigt, den Fachkräftemangel deutlich verringern.

2.1.2 Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI

2.1.2.1 Szenario Hackmann (2009)

Tab. 20: Szenario Hackmann (2009): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Hackmann, Tobias
Titel:	Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer
Veröffentlichungsjahr:	2009
Institut, Herausgeber:	Forschungszentrum Generationenverträge an der Universität Freiburg
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (1 Szenario)
Angebotsszenarien (AT):	✓ (3 Szenarien abhängig von der Berufsverweildauer)
Prognosehorizont (Jahr):	2050
Datengrundlage Nachfrage:	Mikrozensus 2007, Pflegestatistik 2007
Datengrundlage Angebot:	Pflegestatistik 2003, IAB Stichprobe 1975-2004
Datengrundlage Prognose:	11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2006, Variante 2
Personal- / Fachkraftbegriff:	„wirkliche Altenpflegekräfte“ mit primär pflegerischer Tätigkeit

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen: Hackmann schätzt in seinem Zeitreihenmodell (2009) nicht nur die Entwicklung der Nachfrage von Pflegefachkräften, sondern berechnet auch unterschiedliche Szenarien für das Angebot. Er hat in seinem Modell insbesondere den Faktor der Berufsverweildauer als mögliche Einflussgröße identifiziert und berechnet hierfür verschiedene Angebotsszenarien. In seiner Studie konzentriert er sich allein auf die „wirklichen Altenpflegekräfte“ (ebd., S. 5), das sind seiner Auskunft nach Personen, deren tatsächliche Tätigkeit bei einem ambulanten Dienst oder in einer stationären Einrichtung primär pflegerischer Art ist. Die Anzahl dieser Personen berechnet Hackmann aus dem Mikrozensus und rechnet sie in Vollzeitäquivalente auf Bundesebene um. Durch die Konzentration allein auf pflegerisch Tätige liegen seine Zahlen deutlich unter denen der Modelle in Abschnitt 2.1.1, die alle Arbeitskräfte betrachten.

NF-Szenario: Das Nachfrageszenario ist in Hackmanns Modell ein fixes Status-Quo-Szenario und berücksichtigt keine weiteren Szenarien. Es wird das Verhältnis der stationär versorgten zu ambulant versorgten Pflegebedürftigen aus der Pflegestatistik 2007 von 1,5:1 bis ins Jahr 2050 festgeschrieben. Mithilfe der Bevölkerungsvorausberechnung und Pflegeprävalenzen nach Altersgruppen aus der Pflegestatistik wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in die Zukunft projiziert.

ziert. Die resultierende Nachfrage nach den pflegerisch tätigen Fachkräften wird daraus in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) errechnet.

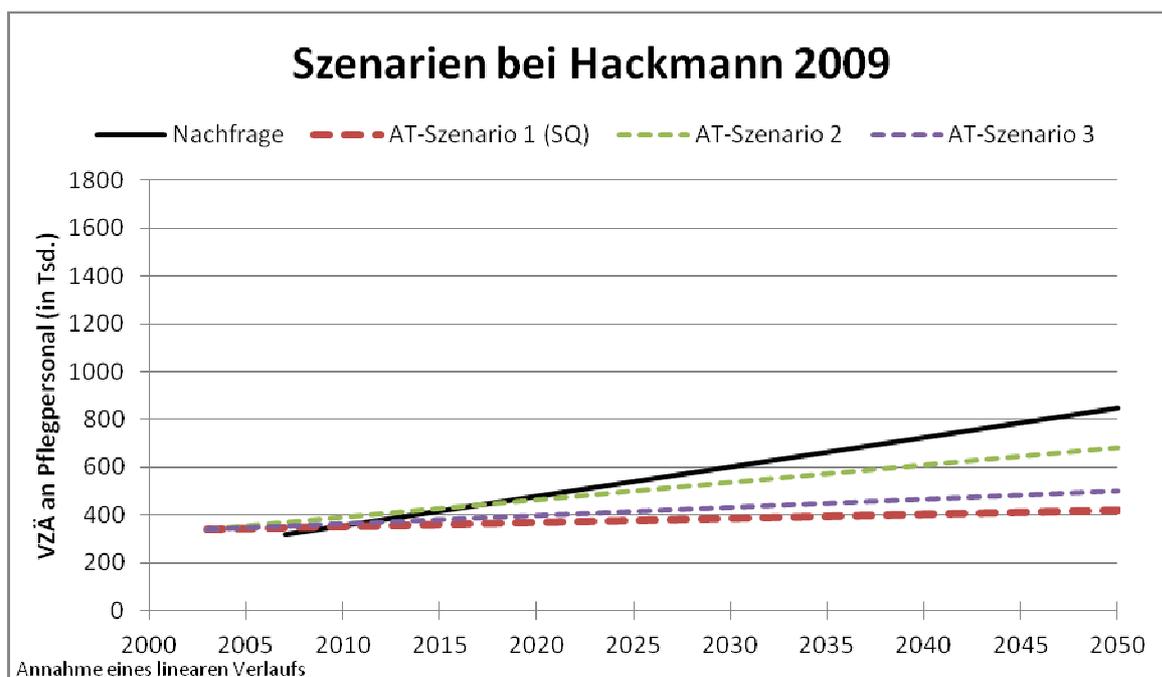
AT-Szenarien: Mit der Begründung, dass mit etwa 86% der überwiegende Teil der Pflegekräfte in Deutschland Frauen sind, wird das Angebot in Hackmanns Modell allein aus Determinanten zu weiblichen Erwerbspersonen modelliert (Anteil weiblicher Erwerbspersonen zwischen 35 und 55, Reallohn weiblicher Pflegekräfte, Frauenarbeitslosigkeit). Damit nimmt Hackmann implizit an, dass sich die geschlechterspezifische Wahl für den Pflegeberuf in den nächsten 45 Jahren kaum verändern wird. Die Zahl der zukünftigen weiblichen Erwerbspersonen wird aus der Bevölkerungsvorausberechnung hochgerechnet.

AT-Szenario 1: Das Basisszenario des Zeitreihenmodells ergibt eine eindeutige Kluft zwischen Nachfrage und Angebot. Ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage stellt sich im Modell nur ein, wenn das Betreuungsverhältnis von Pflegevollzeitkräften zu Pflegefällen stark absinken würde (von 0,28 Vollzeitkräften pro pflegebedürftiger Person auf 0,13 VZÄ-Stellen).

AT-Szenario 2: In diesem Szenario wird die Berufsverweildauer bei Krankenschwestern (13,7 Jahre) anstelle der Verweildauer bei allen Altenpflegekräften (8,4 Jahre) im Modell verwendet. Hackmann nennt dieses Szenario die Obergrenze künftiger Steigerungen der Berufsverweildauer.

AT-Szenario 3: Hier wird die Berufsverweildauer nur von solchen Pflegekräften (Krankenpflege vs. Altenpflege) verglichen, die mindestens über eine einjährige Ausbildung verfügen. Hierbei fällt der Unterschied von Krankenschwestern (15,2 Jahre) und examinierten Altenpflegekräften (12,7 Jahre) sehr viel geringer aus als in Szenario 2. Die Steigerung des Fachkräfteangebots ist dementsprechend ebenfalls deutlich niedriger.

Abb. 13: Szenario Hackmann (2009)



Tab. 21: Szenario Hackmann (2009): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrage-Szenarien	2007 (in VZÄ)	2050 (in VZÄ)
Nachfrage nach Fachkräften:	316.000	850.000
Angebots-Szenarien	2003 (in VZÄ)	2050 (in VZÄ)
<u>AT-Szenario 1:</u> Status quo bei der Berufsverweildauer	ca. 340.000	420.000
<u>AT-Szenario 2:</u> Berufsverweildauer von allen Pflegekräften wie bei Krankenschwestern (Obergrenze):	ca. 340.000	680.000
<u>AT-Szenario 3:</u> Berufsverweildauer von Personen mit mind. 1 Jahr Ausbildung:	ca. 340.000	500.000
Differenz von Nachfrage und Angebot		2050 (in VZÄ)
AT-Szenario 1:		-430.000
AT-Szenario 2:		-170.000
AT-Szenario 3:		-350.000

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Der Mangel an Fachkräften wird bei Hackmann für das Jahr 2050 mit -430.000 VZÄ-Stellen beziffert, wenn sich an der Berufsverweildauer nichts ändere. Als Lösungsvorschlag für eine Reduzierung des Fachkräftemangels wird im Sinne der Angebots-Szenarien 2 und 3 insbesondere eine allgemeine Verbesserung der Verweildauer im Pflegeberuf als vielversprechendes Ziel zur Abmilderung des Fachkräftemangels thematisiert. Konkrete Wege oder Maßnahmen um dies zu erreichen werden allerdings nicht aufgezeigt. Ebenso wenig werden Vorschläge für die Schließung der weiterhin existenten Lücke zwischen Angebot und Nachfrage auch bei Realisierung der Angebotsszenarien 2 bzw. 3 thematisiert.

2.1.2.2 Szenario Afentakis/ Maier (2010)

Tab. 22: Szenario Afentakis/ Maier (2010): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Afentakis, Anja; Maier, Tobias
Titel:	Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025
Veröffentlichungsjahr:	2010
Institut, Herausgeber:	Statistisches Bundesamt, Bundesinstitut für Berufsbildung
Nachfrageszenarien (NF):	✓ [2 Szenarien: „Status quo“ und „sinkende Behandlungsquoten“]
Angebotsszenarien (AT):	✓ [3 Szenarien abhängig von der Beschäftigungsstruktur]
Prognosehorizont (Jahr):	2025
Datengrundlage Nachfrage:	Vorausberechnungen Statistisches Bundesamt: Demograf. Wandel in Deutschland, Heft 2/ 2010
Datengrundlage Angebot:	Mikrozensus 2005, Gesundheitspersonalrechnung 2005, BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufshauptfeldprojektionen 2010
Datengrundlage Prognose:	12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009
Personal- / Fachkraftbegriff:	Grundlage: Gesundheitsberufe ohne Approbation aus dem Berufsfeld 48 der BIBB-Klassifikation 1992, davon als Pflegeberufe gewertet: Gesundheits- und Krankenpflege (BO 853), Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (BO 854) und Altenpflege (BO 864).

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen: Afentakis und Maier (2010) stellen der Analyse ihres zentralen Untersuchungsgegenstandes, der Entwicklung von Angebot und Nachfrage bei Pflegeberufen, zunächst eine gesamtwirtschaftliche und eine feldspezifische (alle Gesundheitsberufe ohne Approbation) Arbeitsmarktprojektion voran. Diese Voruntersuchungen zeigen allgemeine Trends auf und ermöglichen den Vergleich mit den speziellen Ergebnissen für den Pflegebereich. Unter dem Bereich Pflege wird bei Afentakis und Maier die Krankenhaus- und Altenpflege gemeinsam gefasst. Sie verwenden dabei durch den Einbezug der Klassifikation der Berufe (Statistisches Bundesamt 1992) einen klar abgegrenzten Fachkraftbegriff für die Pflegeberufe. Ein Artefakt verbleibt jedoch auch in dieser Berechnung, da die KdB 1992 Hebammen mit zu der Gesundheits- und Krankenpflege zählt. Insgesamt ist hier der Fachkräftebegriff jedoch so deutlich spezifiziert, wie in keiner anderen Studie.

Als Grundlage für die Nachfrage im Bereich der Pflegeberufe dient Afentakis und Maier die Vorausberechnung von Krankenhaus- und Pflegefällen des Statistischen Bundesamtes, die zwei denkbare Szenarien beinhaltet. Das Angebot wird auf Basis der Gesundheitspersonalrechnung und mithilfe des Mikrozensus für das Ausgangsjahr 2005 errechnet. Tobias Maier vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) überträgt die Projektionen seines Instituts aus dem Jahr 2010 für 54 Berufsfelder (Helmrich & Zika 2010) auf die Fortschreibungen im Bereich der Pflegeberufe. Zunächst rechnen Afentakis und Maier eine Projektionsreihe aller Szenarien ohne berufliche Flexibilität, um dann diese Annahme aufzuheben und sich dem realistischeren Szenario mit beruflicher Flexibilität zu widmen. Die Berechnung mit beruflicher Flexibilität beinhaltet auch un- oder angelernte Pflegekräfte und bezieht sich auf eine konstant in die Zukunft fortgeschriebene Situation wie im Ausgangsjahr. Diese Zahlen werden hier wiedergegeben.

NF-Szenario 1: Basierend auf dem ersten Prognoseszenario des Statistischen Bundesamts geht das Status-Quo-Szenario davon aus, dass sich die Behandlungsquoten und Pflegeprävalenzen in den Altersgruppen zukünftig nicht verändern. Sie werden mithilfe der Bevölkerungsvorausberechnung in die Zukunft fortgeschrieben.

NF-Szenario 2: Im Szenario 2 werden sinkende Behandlungsquoten entsprechend der bei Pohl bereits verwendeten Kompressionsthese unterstellt (vgl. unter 2.1.1.4). Es wird also insgesamt von einem späteren Eintreten von Pflegebedürftigkeit und weniger Krankenhausaufenthalten ausgegangen.

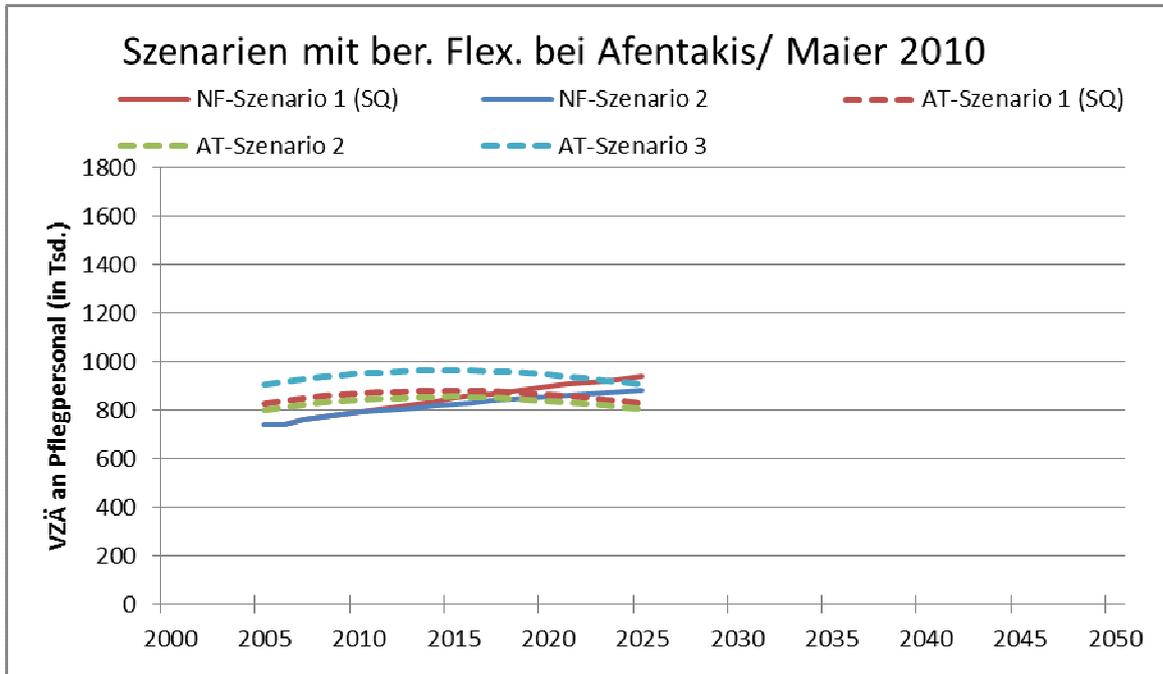
AT-Szenario 1: Im Angebots-Szenario 1 wird die derzeitige Beschäftigungsstruktur, also die Teilzeitquote und die Stellenanteile bei Teilzeit, wie im Durchschnitt des gesamten Bundesgebietes 2005 fortgeschrieben.

AT-Szenario 2: Äquivalent zum vorigen Szenario wird in Szenario 3 die ostdeutsche Beschäftigungsstruktur auf das gesamte Bundesgebiet übertragen. In Ostdeutschland liegen die Vollzeitquoten und Stellenanteile bei Teilzeit deutlich höher.

AT-Szenario 3: Für das Szenario 2 wird eine Beschäftigungsstruktur wie im alten Bundesgebiet auf ganz Deutschland übertragen, wodurch sich sinkende Vollzeitquoten und Stellenanteile bei Teilzeit ergeben.

Mit beruflicher Flexibilität (auch Pflegehilfskräfte)

Abb. 14: Szenario Afentakis/ Maier (2012)



Tab. 23: Szenario Afentakis/ Maier (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrage-Szenarien	2005 (in VZÄ)	2025 (in VZÄ)		
NF-Szenario 1: Status quo	738.000	940.000		
NF-Szenario 2: sinkende Behandlungsquoten	738.000	883.000		
Angebots-Szenarien	2005 (in VZÄ)	2025 (in VZÄ)		
AT-Szenario 1: Status quo	827.000	828.000		
AT-Szenario 2: Beschäftigungsstruktur „West“	803.000	804.000		
AT-Szenario 3: Beschäftigungsstruktur „Ost“	905.000	907.000		
Differenz von Nachfrage und Angebot	2005 (in VZÄ)	2025 (in VZÄ)	2025 (in VZÄ)	2025 (in VZÄ)
			NF-Szenario 1	NF-Szenario 2
Fachkräftemangel AT-Szenario 1:	89.000 (Überangebot!)	-112.000		-55.000
Fachkräftemangel AT-Szenario 2:	65.000 (Überangebot!)	-136.000		-79.000
Fachkräftemangel AT-Szenario 3:	167.000 (Überangebot!)	-33.000		24.000 (Überangebot!)

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Wie den Angebots-Szenarien zu entnehmen ist, wird bei Afentakis und Maier insbesondere die Beschäftigungsstruktur in Westdeutschland mit der vergleichsweise geringen Vollzeitquote problematisiert. Beim Status quo, also bei unverändert niedrigen Beschäftigungsquoten im Westen und bei gleichbleibenden Behandlungsquoten, beziffern Afentakis und Maier den Bedarf an Fachkräften in den Bereichen Kranken- und Altenpflege auf -112.000 Personen im Jahr 2025. Dem Mikrozensus entnehmen die Autoren, dass Frauen in Westdeutschland angeben, dass familiäre Verpflichtungen der primäre Grund für Teilzeitarbeit sei. Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie könnte deshalb dazu beitragen das Fachkraftproblem zu

reduzieren. Ebenso gehen Afentakis und Maier als Lösungsansatz auf den Aspekt der beruflichen Flexibilität ein. Sie fordern, dass die Attraktivität des Pflegeberufes entsprechend hoch sein müsse, damit ausgebildete Pflegekräfte auch tatsächlich in ihrem erlernten Beruf arbeiten, und un- und angelernte Pflegekräfte gewonnen werden können.

2.1.2.3 Szenario PWC/ WifOR (2012)

Tab. 24: Szenario PWC/ WifOR (2012): Grunddaten der Studie

Autor/ en:	Burkhart, Michael; Ostwald, Dennis A., Ehrhard, Tobias
Titel:	112 - und niemand hilft
Veröffentlichungsjahr:	2012
Institut, Herausgeber:	PricewaterhouseCoopers AG, Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR
Nachfrageszenarien (NF):	✓ (4 Szenarien)
Angebotsszenarien (AT):	✓ (4 Szenarien)
Prognosehorizont (Jahr):	2030
Datengrundlage Nachfrage:	Pflegestatistik 2009, Krankheitskostenrechnung, „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2009
Datengrundlage Angebot:	Gesundheitspersonalrechnung 2009, Daten der KBV/ BÄK 2005 zum Ärztemangel, Prognosen der Kulturministerkonferenz 2005 und 2007 zu Absolventen in relevanten Berufen
Datengrundlage Prognose:	Bevölkerungsprognosen auf Länderebene 2007-2011
Personal- / Fachkraftbegriff:	Pflegepersonal (aus der Gesundheitspersonalrechnung 2012)

Modellgrundlagen/ Szenarien/ Lösungsvorschläge

Modellgrundlagen: In der zweiten Studie von PWC/ WifOR zum Thema Fachkräftemangel (PWC/ WifOR 2012) werden im Gegensatz zur ersten Ausgabe (PWC/ WifOR 2010) die Daten auf Länderebene ausgewertet und entsprechend regionalisierte Prognoserechnungen durchgeführt. Zudem ist nun eine Aufteilung der Kranken- und Altenpflege vorgenommen worden. Die Daten zur Angebotsseite wurden der Gesundheitspersonalrechnung sowie Daten der Bundesärztekammer (BÄK) entnommen. Für die Fortschreibung des Fachkräfteangebots wurden zudem Daten zu Studien- und Ausbildungsabsolventen einbezogen. Als Basis für die Modellierung der Nachfrageseite diente im Bereich der Altenpflege die Pflegestatistik 2009. Mittels der Bevölkerungsvorausrechnungen der einzelnen Länder, der länderspezifischen Pflegeschlüssel, der Pflegequoten 2009 in den einzelnen Altersgruppen und der Verteilung der Pflegestufen auf die **Pflegearrangements** wurde die Nachfrageseite modelliert. Unterschiedliche Nachfrageszenarien, z.B. basierend auf unterschiedlichen Pflegeprävalenzen, gibt es im Modell von PWC/ WifOR nicht. Allein durch eine längere Wochenarbeitszeit, die eigentlich der Angebotsseite zuzuordnen ist, wird die „Workload“ pro VZÄ-Stellen angehoben und im Ergebnis sinkt die Nachfrage nach VZÄ-Stellen. Insgesamt wurden vier Angebotsszenarien entworfen mit dazugehörigem Nachfrage-szenario, das immer auf dem gleichen Basisszenario beruht.

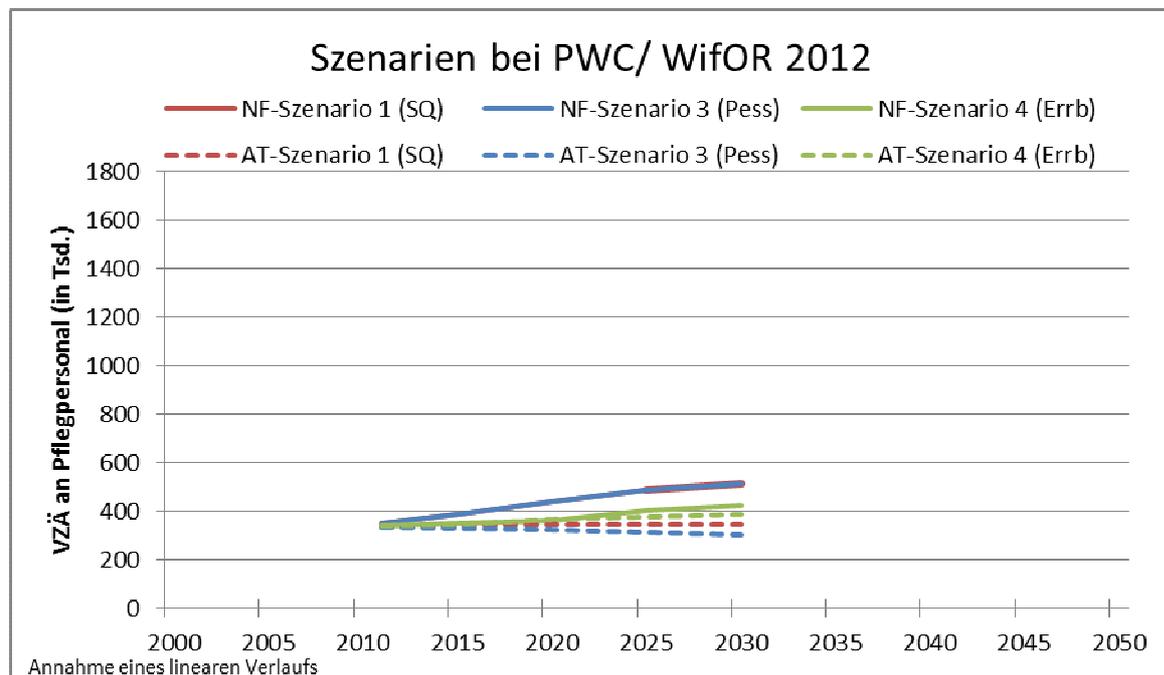
Szenario 1 (NF & AT): Im Status-Quo-Szenario wurden die aktuellen Bedingungen im Bereich der Teilzeitquoten, des Renteneintrittsalters und die Jahresarbeitszeit unverändert fortgeschrieben.

Szenario 2 (NF & AT): Das optimistische Szenario wurde soweit angepasst, dass im Jahr 2030 kein Fachkräftemangel entsteht. Hierfür wurde angenommen, dass die Berufsteilnahme- und Vollzeitquote pauschal um 10% steigt, das Renteneintrittsalter sich um 2 Jahre erhöht und die Nettoarbeitszeit im Pflegewesen um 20% ansteigt, was einer Wochenarbeitszeit von 49 Stunden entspräche. Dieses Szenario ist in der folgenden Grafik nicht gesondert abgebildet, da Nachfrage und Angebot äquivalent sind und aufgrund der gleichen Annahme zur Wochenarbeitszeit der niedrigen Nachfragekurve aus Szenario 4 entsprechen.

Szenario 3 (NF & AT): Das pessimistische Szenario unterstellt weiter fallende Teilnahme- und Vollzeitquoten, insgesamt um 10% bis 2030. Das Renteneintrittsalter und die Nettoarbeitszeit bleiben hingegen auf dem Niveau von 2011. Entsprechend überschneidet sich das Nachfrage-szenario mit dem aus Szenario 1.

Szenario 4 (NF & AT): Abschließend wird in dem „erreichbaren Szenario“ eine abgeschwächte Variante des optimistischen Szenarios beschrieben. Auch hier soll die Arbeitszeit auf 49 Wochenarbeitsstunden ansteigen. Zudem solle auch die Steigerung der Berufsteilnahme- und Vollzeitquote um 10% erreicht werden. Im Vergleich zum optimistischen Szenario, zu dessen Maßnahmen PWC/ WifOR schreiben, dass „nicht zu erwarten [ist], dass die hier vorausgesetzten Annahmen auch tatsächlich umgesetzt werden können“ (PWC/ WifOR 2012, S. 18), fällt also lediglich das erhöhte Renteneintrittsalter aus dem Maßnahmenkatalog heraus.

Abb. 15: Szenario PWC/ WifOR (2012)



Tab. 25: Szenario PWC/ WifOR (2012): Absolutzahlen in Vollzeitäquivalenten

Nachfrageszenarien	2011 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
NF-Szenario 1: Status Quo	348.000	511.000
NF-Szenario 3: Pessimistisches Szenario	348.000	511.000
NF-Szenario 4: Erreichbares Szenario	341.000	423.000
Angebotsszenarien	2011 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
AT-Szenario 1: Status quo	336.000	343.000
AT-Szenario 3: Pessimistisches Szenario	334.000	300.000
AT-Szenario 4: Erreichbares Szenario	339.000	386.000
Differenz von Nachfrage und Angebot	2011 (in VZÄ)	2030 (in VZÄ)
Szenario 1: Status quo	-12.000	-168.000
Szenario 3: Pessimistisches Szenario	-14.000	-211.000
Szenario 4: Erreichbares Szenario	-2.000	-37.000

Lösungsvorschläge/ Ausblick: Die Studie von PWC/ WifOR widmet sich in einem Kapitel den Handlungsempfehlungen, deren Auswirkungen im optimistischen Szenario berechnet wurden. In diesem Fall, so die Berechnungen, würden statt -168.000 fehlenden Fachkräften im Status quo nur -37.000 Fachkräfte fehlen. Ein Grund für den Fachkräftemangel sehen die Autoren dabei darin, dass nur 82% aller ausgebildeten im Beruf in ihrem erlernten Beruf arbeiten. Um diese Quote zu steigern werden Entlastungen körperlicher und psychischer Art vorgeschlagen sowie alternative Karrierewege und eine erhöhte Vereinbarkeit von Beruf und Familie gefordert. Ähnliche Vorschläge werden zur Erhöhung der Vollzeitquote unterbreitet. Darüber hinaus wird eine gezielte Zuwanderung von Arbeitskräften aus dem Ausland empfohlen sowie eine stärkere Bemühung um Personen, die länger aus dem Beruf ausgeschieden waren, aber zum Teil über entsprechende Ausbildungen verfügen. Abschließend werden verschiedene organisatorische Effizienzverbesserungen vorgeschlagen, wie z.B. die Entlastung von Fachkräften von Tätigkeiten außerhalb ihrer Kernkompetenz oder die Einführung der elektronischen Patientenakte. Trotz dieser konkreten Vorschläge bleiben die Empfehlungen etwas losgelöst von den eher theoretischen Szenarien. Denn auch das „erreichbare Szenario“ nimmt Maßnahmen an, die entgegen der Empfehlungen keine Entlastung, sondern stattdessen eine starke Erhöhung der Arbeitsbelastung bedeuten, wie die Erhöhung der Wochenarbeitszeit auf 49 Stunden.

2.1.3 Zusammenfassung

Die älteste der hier berücksichtigten Studien von Schnabel stammt aus dem Jahr 2007 und bezieht sich in ihrem zweiten Szenario bereits des komplexen Modells von Häcker und Raffelhüschen zur zukünftigen Entwicklung des Pflegebedarfs. So wird in diesem Szenario der Rückgang informeller Pflege mitbedacht und die Annahme getroffen, dass diese Entwicklung zu einem „Heimsogeeffekt“ führen könne. Allerdings umfasst die Prognose von Schnabel wenig differenziert das gesamte Personal ambulanter Dienste und stationärer Einrichtungen und beschränkt sich allein auf die Nachfrageseite. Eine Problematisierung fehlender Arbeitskräfte in der Pflege und

mögliche Lösungsvorschläge werden entsprechend nicht thematisiert. Schnabel kommt im Szenario mit Heimsogeeffekt auf einen Personalbedarf von 1,8 Mio. VZÄ-Stellen im Jahr 2050.

Bei Enste und Pimpertz findet ebenfalls das Modell von Häcker und Raffelhüschen Anwendung und wird darüber hinaus mit der Annahme eines konstanten Produktivitätsfortschrittes von 0,5% kombiniert, der den Fachkräftebedarf auf lange Sicht deutlich reduzieren könnte. Auch wenn ein konstanter Wert von 0,5% vergleichsweise hoch erscheint (bis 2050 akkumuliert sich der Produktivitätsfortschritt so auf 25%), ist dieser Gedanke angesichts derzeit sich stetig weiterentwickelnden technischen Möglichkeiten im Bereich der Altenpflege (Stichwort *Ambient Assisted Living - AAL*) durchaus zu bedenken. So wären mit Produktivitätsfortschritt in diesem Modell im Jahr 2050 mehr als 300.000 VZÄ-Stellen weniger zu besetzen um die Nachfrage nach formeller Pflege zu erfüllen. Bei Enste und Pimpertz liegt die gesamte Nachfrage 2050 schließlich bei etwas über 1,2 Mio. Vollzeitstellen, ebenfalls bezogen auf das Gesamtpersonal in den Pflegediensten und -einrichtungen. Das verfügbare Angebot an Arbeitskräften wird im Modell nicht berücksichtigt.

Hackmann und Moog konzipieren in ihrer Studie ein Modell, das sich dem zukünftigen Personalbedarf aus der Perspektive der sich ändernden Rahmenbedingungen im Bereich der informellen Pflege nähert. Angesichts der starken Präferenz der Angehörigenpflege in Deutschland und den zunehmenden Veränderungen in der Sozialstruktur ist dies ein plausibler Ansatz. Wie in den beiden vorangehenden Modellen wird auch hier der gesamte Personalbedarf pauschal aus der Pflegestatistik übernommen und eine Gegenüberstellung mit dem Personalangebot nicht vorgenommen. Abhängig vom Verhältnis ambulanter zu stationärer Versorgung bewegt sich nach Hackmann und Moog der Bedarf an VZÄ-Stellen im Jahr 2050 in den errechneten Szenarien zwischen 1,5 Mio. und 1,7 Mio.

In der Studie von Pohl werden die Auswirkungen verschiedener Kombinationen der drei Prognosebereiche (jeweils mit bzw. ohne Heimsogeeffekt, Produktivitätsfortschritt und Kompressionsthese) modelliert. Mit der Kompressionsthese wird dabei keine fixe Entwicklung der Pflegebedürftigen als gegeben vorausgesetzt, sondern es werden zwei mögliche Entwicklungen berücksichtigt, die den Fachkräftebedarf deutlich beeinflussen. Pohl rechnet, wie Enste und Pimpertz, mit einem Produktivitätsfortschritt in der Pflege, setzt diesen jedoch mit 0,25% nur halb so hoch an. Im Übrigen berechnet Pohl erneut nur ein Nachfragemodell und wählt den breiten Fachkraftbegriff aus der Pflegestatistik. Mit der breiten Palette an Szenarien berechnet er einen Fachkraftbedarf im Prognosejahr 2030 zwischen 0,7 Mio. (kein Heimsogeeffekt, mit Produktivitätsfortschritt und Kompression der Pflegebedürftigkeit) und etwas über 1,0 Mio. (mit Heimsogeeffekt, ohne Produktivitätsfortschritt und ohne Kompression bei Pflegebedürftigkeit).

Die Studie von Prognos sieht für den Fall, dass keine entgegensteuernden Maßnahmen getroffen würden, einen Arbeitskräftemangel von -737.000 Personen bzw. -520.000 VZÄ-Stellen im Jahr 2030. Dabei handelt es sich um alle Personen, die in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten tätig sind. Kern der Studie ist die intensive Beschäftigung mit der Suche nach Lösungen für den prognostizierten Fachkraftmangel. Dabei werden in einem „Maximumszenario“ ambitionierte Ziele in fünf identifizierten Handlungsfeldern formuliert, die größtenteils nicht tatsächlich erreichbar sind. Im „realistischen“ Szenario werden diese Maßnahmen abgeschwächt. Positiv hervorzuheben ist, dass in den einzelnen Handlungsfeldern konkrete Maßnahmen und Zielideen

benannt sind, die als politische und brancheninterne Agenda zur Reduzierung des Fachkräftemangels beitragen könnten. Leider ist eine direkte Vergleichbarkeit der Daten aus den beiden Handlungsfeld-Szenarien aufgrund unterschiedlicher Angaben, einmal absolute Fachkräfte einerseits und einmal VZÄ-Stellen andererseits, nicht möglich.

Rothgang et al. haben Ende 2012 die letzte verfügbare Prognose zum Fachkräftemangel in der Pflege vorgelegt. In dieser Studie wird zum einen erstmals eine regionalisierte Prognose auf Kreisebene angeboten und zum anderen liegt der Fokus der Studie stark auf dem sogenannten „Wunschscenario“, in dem die ambulante Pflege in Zukunft stark an Bedeutung gewinnt. In diesem Fall läge der Arbeitskräftemangel im Jahr 2030 bei etwa -260.000 Personen. Sollte sich hingegen die Verschiebung in Richtung stationärer Pflege fortsetzen, wäre aufgrund des höheren Personalbedarfs ein Mangel von fast -500.000 Fachkräften abzusehen. Fazit der Szenarienanalyse von Rothgang et al. ist, dass im Bereich des Personals die Optimierungsmöglichkeiten begrenzt sind. So seien z.B. 80% des Arbeitskräftemangels 2030 durch demografische Veränderungen auf der Nachfrageseite hervorgerufen und nur 20% durch das Arbeitsangebot. Dieser Weg wird auch in der Suche nach Lösungsmöglichkeiten verfolgt. So gibt es eine ausführliche Literaturrecherche zum Themenkomplex ambulante Pflege, in der nachweisbar positive Ansätze und Maßnahmen aus der wissenschaftlichen Literatur beschrieben werden, um einen möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Genannt werden z.B. Beratungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige oder die Flexibilisierung von Leistungen in Form eines persönlichen Budgets.

Abb. 16: Arbeitskräftedefizit in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI 2030: Vergleichende Darstellung für alle Arbeitskräfte aus den gegenwärtig verfügbaren Studien

Was passiert, wenn sich nichts ändert?			
Alle Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI			
Studie	Nachfrage 2030	Angebot 2030	Differenz 2030
Schnabel 2007	990.000 bis 1.250.000	550.000*	- 440.000 bis - 700.000
Enste & Pimpertz 2008	985.000 bis 1.120.000	550.000*	- 435.000 bis - 570.000
Hackmann & Moog 2008	1.025.000 bis 1.140.000	550.000*	- 475.000 bis - 590.000
Pohl 2011	708.000 bis 1.047.000	550.000*	- 158.000 bis - 497.000
Prognos 2012	1.070.000	550.000	bis - 520.000
Rothgang, Müller & Unger 2012	803.000 bis 1.032.000	540.000	- 263.000 bis - 492.000

* Keine eigne Angebotsrechnung; der Abgleich erfolgte mit Zahlen von Prognos 2012 (550.000 VZÄ-Stellen).
Die Zahlen für 2030 sind, soweit vorhanden, den Veröffentlichungen entnommen oder wurden mit Annahme eines linearen Verlaufs geschätzt und auf 5.000 gerundet. Alle Zahlen sind in VZÄ-Stellen angegeben.

Tobias Hackmann hat sich nach seiner ersten Studie 2008 gemeinsam mit Stefan Moog im Jahr 2009 mit einem weiterentwickelten Ansatz erneut dem Fachkräftemangel gewidmet. In diesem

Modell berechnet er erstmals den Arbeitskräftebedarf für die tatsächlich pflegerisch tätigen Personen. Zudem bildet er neben der Nachfrage- auch die Angebotsseite des Fachkräftemarktes ab und kann somit die zukünftige Fachkräftelücke prognostizieren. In seinem Modell wird dabei die Nachfrageseite als fix angenommen und lediglich die Angebotsseite in Szenarien durchgespielt, abhängig von der Berufsverweildauer im Pflegesektor. Als realistisches Szenario für eine Minderung des Arbeitskräftemangels kann Szenario 3 gelten, das von einem leichten Anstieg der Berufsverweildauer von Altenpflegekräften auf den Wert der aktuellen Verweildauer von Krankenpflegern ausgeht. Könnte dieses umgesetzt werden, würde sich die Personallücke im Jahr 2050 laut Hackmann um fast 20% (80.000 VZÄ-Stellen) verringern. Dennoch bliebe eine große Lücke zwischen Nachfrage (850.000 VZÄ-Stellen) und Angebot (500.000 VZÄ-Stellen).

Die Studie von Afentakis und Maier ist zwar aufgrund der gemeinsamen Betrachtung von Alten- und Krankenpflege nicht direkt vergleichbar mit den anderen hier vorliegenden Studien. Dennoch bietet sie durch ihre Orientierung an der Klassifikation der Berufe den Vorteil eines sehr klaren Arbeitskräftebegriffs, den die meisten anderen Studien vermissen lassen. Zugleich gibt es in der Kranken- und Altenpflege auch einen vergleichsweise hohen Anteil an Fachkräften, die im jeweils anderen Pflegebereich arbeiten, was für eine gemeinsame Betrachtung des Arbeitskräftemangels in beiden Branchen spricht. In den Ergebnissen zeigt die Studie insbesondere auf, dass in der Beschäftigungsstruktur im Pflegewesen noch viel Arbeitskräftepotenzial steckt. Die deutlich niedrigeren Beschäftigungsanteile von Frauen in den alten Bundesländern im Vergleich zu Frauen in den neuen Bundesländern sind evident. Die Studie von Afentakis und Maier zeigt bis zum Prognosehorizont 2025 in der Kombination der beiden Status-Quo-Szenarien (Beschäftigungsstruktur und Pflegeprävalenzen bleiben gleich) einen Arbeitskraftmangel von -112.000 Beschäftigten der Kranken- und Altenpflege auf. Reduzieren könnte sich dieser Mangel auf -55.000 Arbeitskräfte unter der Annahme sinkender Behandlungsquoten. Zur Auswirkung von Veränderungen in den Beschäftigungsanteilen von Frauen zeigt das Szenario 3, dass bei einer deutschlandweit angenommenen Beschäftigungsstruktur wie in Ostdeutschland und bei sinkenden Behandlungsquoten bis 2025 sogar noch ein Überangebot an Arbeitskräften bestehen könnte. Insgesamt weisen die Prognosen von Afentakis und Maier, obwohl sie für die Kranken- und Altenpflege gemeinsam gelten, ungewöhnlich niedrige Werte im Vergleich mit den anderen Studien aus. Beispielsweise prognostiziert Hackmann für das Jahr 2030 allein im Bereich der Altenpflege eine Nachfrage in VZÄ-Stellen von 600.000 und eine Lücke von -215.000 VZÄ-Stellen. Die -112.000 fehlenden VZÄ-Stellen bei Afentakis und Maier im Jahr 2025 fallen im Vergleich dazu sehr niedrig aus. Den Gesamtbedarf für Alten- und Krankenpflege beziffern sie mit 940.000 VZÄ-Stellen. Ihr Prognosehorizont liegt zwar fünf Jahre vor dem von Hackmann, aber die Prognosen deuten nicht auf einen rapiden Anstieg in diesem Zeitraum hin, der diesen hohen Unterschied erklärbar machen würde. Der Unterschied liegt vielmehr in der Datengrundlage. Afentakis und Maier gehen im Ausgangsjahr 2005 von einem Überangebot von 89.000 VZÄ-Stellen aus. Das ist ein Überhang von 12% aller laut Afentakis und Maier im Jahr 2005 benötigten VZÄ-Stellen. Dieser Überhang kommt einerseits durch den Einbezug aller erwerbslosen ausgebildeten Pflegekräfte in das Angebot sowie andererseits durch den Einbezug „beruflicher Flexibilität“, die nach den Berechnungen eine Nettozuwanderung in die Pflegeberufe durch Fachfremde nach sich zieht, zustande. Auch wenn der pauschalisierte Einbezug aller erwerbslosen Fachkräfte in die Berechnungen keine

realistische Annahme ist, zeigt die Studie doch auf, dass in diesem Bereich noch Potenzial für die Abmilderung des Fachkräftebedarfs besteht.

Die erste Studie von PWC/ WifOR aus dem Jahr 2010 hatte eine hohe mediale Resonanz für das Thema hervorgerufen. Sie fasste dabei noch alle Zahlen zum Bereich der Alten- und Krankenpflege zusammen. Den Spezifika der einzelnen Bereiche wird nun erst die neue Studie gerechter. So wurden verschiedene Szenarien berechnet und Lösungsansätze für die einzelnen Bereiche vorgeschlagen. In den von PWC/ WifOR durchgerechnete Szenarien beinhaltet das „optimistische Szenario“ ähnliche, aber noch drastischere Maßnahmen als die Studie von Prognos. Bei der Beschreibung des „erreichbaren Szenarios“ wird zwar beschrieben, dass das optimistische Szenario kaum umsetzbar sei. Dennoch werden die hohen Steigerungsraten auch in diesem „erreichbaren Szenario“ unterstellt. So bleibt beispielsweise die Forderung nach der Wochenarbeitszeit von 49 Stunden bestehen. Ob mit diesem negativen Anreiz zugleich die Erhöhung der Berufsteilnahme- und Vollzeitquote um 10% erreicht werden könnte, ist fraglich.

Abb. 17: Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI 2030: Vergleichende Darstellung für alle Pflegekräfte aus den gegenwärtig verfügbaren Studien

Was passiert, wenn sich nichts ändert? **Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI**

Studie	Nachfrage 2030 bzw. 2025	Angebot 2030 bzw. 2025	Differenz 2030 bzw. 2025
Hackmann 2009	600.000	385.000	- 215.000
Afentakis & Maier 2010	940.000 (Jahr 2025)	828.000* (Jahr 2025)	- 112.000 (Jahr 2025)
PWC & WifOR 2012	511.000	300.000 bis 343.000	- 168.000 bis - 211.000

* Das Angebot bei Afentakis & Maier ist durch den Einbezug aller erwerbslosen Fachkräfte eher hoch angesetzt (siehe Zusammenfassung) und die Personallücke dürfte dementsprechend höher liegen.

Die Zahlen für 2030 sind, soweit vorhanden, den Veröffentlichungen entnommen oder wurden mit Annahme eines linearen Verlaufs geschätzt und auf 5.000 gerundet. Alle Zahlen sind in VZÄ-Stellen angegeben.

2.1.4 Metaprognose

Im Folgenden werden die untersuchten Studien in einer Metaprognose vereint. In der ersten Grafik werden die Studien zusammengefasst, die alle Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI mitberücksichtigen. Bei Studien mit mehreren Szenarien wird jeweils das mittlere Szenario verwendet. Das heißt, bei Studien, die zwei oder mehr nach dem heutigen Wissensstand als ‚realistisch‘ zu betrachtende Szenarien beinhalten, wird gegebenenfalls der Mittelwert aus diesen Szenarien gebildet.

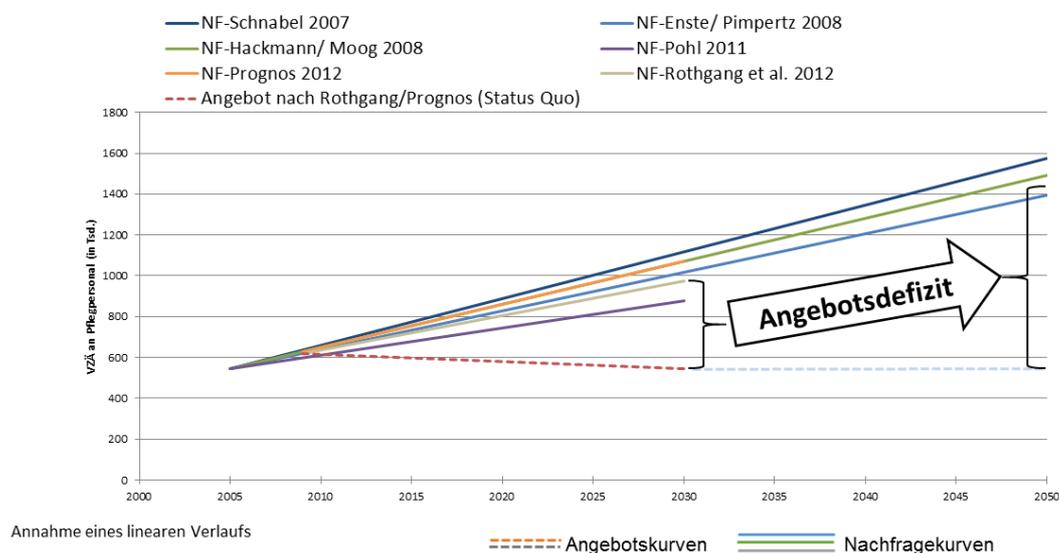
Im Einzelnen heißt das, dass bei Schnabel (2007) der Mittelwert aus dem Status-Quo- und dem Heimsog-Szenario gebildet wird. Bei Enste und Pimpertz (2008) wird der Mittelwert aus dem Sta-

tus-Quo-Szenario und dem Szenario mit 0,5% Produktivitätsfortschritt errechnet. Sowohl bei der Studie von Hackmann und Moog (2008) als auch bei der von Rothgang et al. (2012) wird jeweils auf das Status-Quo-Szenario zurückgegriffen, das in beiden Studien bei den Bedarfszahlen genau zwischen den anderen behandelten Szenarien liegt. Für die Studie von Pohl (2011) wird ein Mittelwert aus dem Szenario mit dem niedrigsten und dem höchsten Fachkräftebedarf gebildet (Basisszenario 4 und Alternativszenario 1). Der Prognose des Arbeitskräfteangebots im Metaszenario liegen die gemittelten Werte der Angebotsrechnungen von Rothgang et al. (2012) und Prognos (2012) zugrunde, die ohnehin nah beieinander liegen.

Abb. 18: Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI: Entwicklung des Angebotsdefizits zwischen 2030 und 2050

Metaprognose: Verschärfung des Problems spätestens ab 2030

Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI



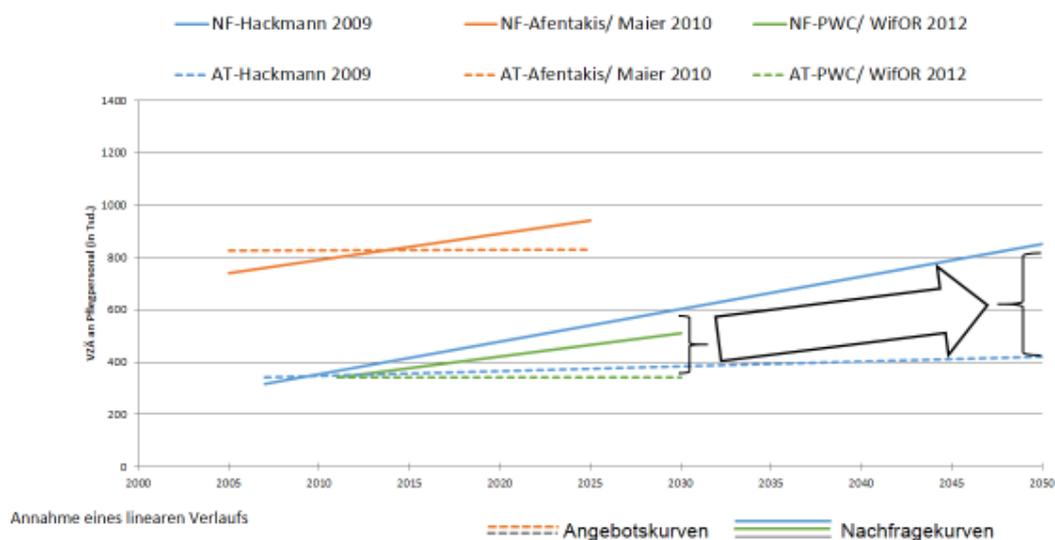
Der Grafik zufolge wird für alle Arbeitskräfte in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI in den beiden Jahrzehnten ab 2030 eine deutliche Verschärfung des Angebotsdefizits erwartet. Je nach Studie wird erwartet, dass im Jahr 2030 etwa 400.000 bis 500.000 Vollzeitstellen in den Pflegeeinrichtungen und -diensten nicht mit Arbeitskräften besetzt werden können (vgl. Abb. 16, S. 65). Die weiter gehenden Prognosen lassen erwarten, dass sich dieser Wert von 2030 und 2050 nochmals mindestens verdoppeln wird. Es ist festzustellen, dass die älteren Studien, die auch größtenteils den Bedarf bis 2050 prognostizieren, den Pflegebedarf in der Zukunft etwas höher einschätzen als die jüngeren Prognosen. Bei den neueren Studien dürfte neben einer aktuelleren Datenlage der geringere errechnete Bedarf auch damit zusammenhängen, dass neuere Studien häufig mehrere Faktoren mit in die Untersuchungen einbeziehen, die sich positiv auf die Entwicklung des Pflegebedarfs auswirken, z.B. die Annahme sinkender Behandlungsquoten. Dennoch ist die aufklaffende Schere zwischen Nachfrage und Status-Quo-Angebotsszenario evident.

Die Zusammenschau der Prognosen bei ausschließlicher Betrachtung der Pflegekräfte in den Einrichtungen und Diensten nach dem SGB XI folgt demselben Aufbau wie die obige Grafik. Auch

hier wurden nur solche Szenarien berücksichtigt, die den Status quo in die Zukunft fortschreiben. Grafisch wurde im Vergleich zur vorigen Darstellung die Ordinatenachse leicht angepasst, um die Prognosen etwas höher aufgelöst zeigen zu können. Es wird erkennbar, dass die beiden Szenarien von Hackmann und PWC/ WifOR relativ nah beieinanderliegen, während das Szenario von Afentakis und Maier aus den bereits erörterten Gründen deutlich davon abweicht. Das stetig steigende Angebotsdefizit, spätestens ab 2030, ist auch hier festzustellen. Es zeichnet sich ebenfalls bei den Pflegekräften in etwa eine Verdoppelung der fehlenden Arbeitskräfte zwischen 2030 und 2050 ab.

Metaprognose: Verschärfung des Problems spätestens ab 2030

Pflegekräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI



2.2 Informelle Pflege

Um die vorliegenden Studien und Prognosen zum Arbeitskräfteangebot und -bedarf angemessen einordnen zu können, bedarf es neben der Betrachtung der formell erbrachten Leistungen der Pflege und Versorgung für ältere Menschen zusätzlich einer Berücksichtigung der informell erbrachten Hilfen. Dazu geben die beiden folgenden Abschnitte einen Überblick zur Entwicklung und gegenwärtigen Bedeutung sowie einen Ausblick auf mögliche Szenarien zur zukünftigen Entwicklung.

2.2.1 Entwicklung und gegenwärtige Bedeutung

Als Annäherung an die Zahl der Personen, die informell, meist durch Angehörige¹, pflegerisch versorgt werden, wird in der Regel die Zahl der Personen herangezogen, deren Pflege im häuslichen Bereich nach SGB XI ausschließlich über den Bezug von Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI erfolgt. Insgesamt wurden zum Jahresende 2009 1,62 Millionen (69%) der insgesamt 2,34 Millionen

¹ Da die informelle Pflege meist durch Angehörige erbracht wird, werden in diesem Abschnitt die Bezeichnungen „informelle Pflege“ und „Angehörigenpflege“ synonym verwendet.

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich versorgt (Statistisches Bundesamt 2011a)². Es ist offensichtlich, dass es sich bei diesen Zahlen nur um eine Annäherung an die Gesamtzahl der Empfangenden von informeller Pflege handeln kann. Nicht erfasst werden informell erbrachte Versorgungsleistungen für Personen,

- die nicht in den Kreis der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung fallen,
- die informelle Unterstützung erhalten, die durch die Pflegeversicherung nicht abgedeckt ist (z.B. soziale Betreuung oder Hilfe bei der Haushaltsführung) oder
- die auf Pflegegeld verzichten (z.B. aus Unwissenheit).

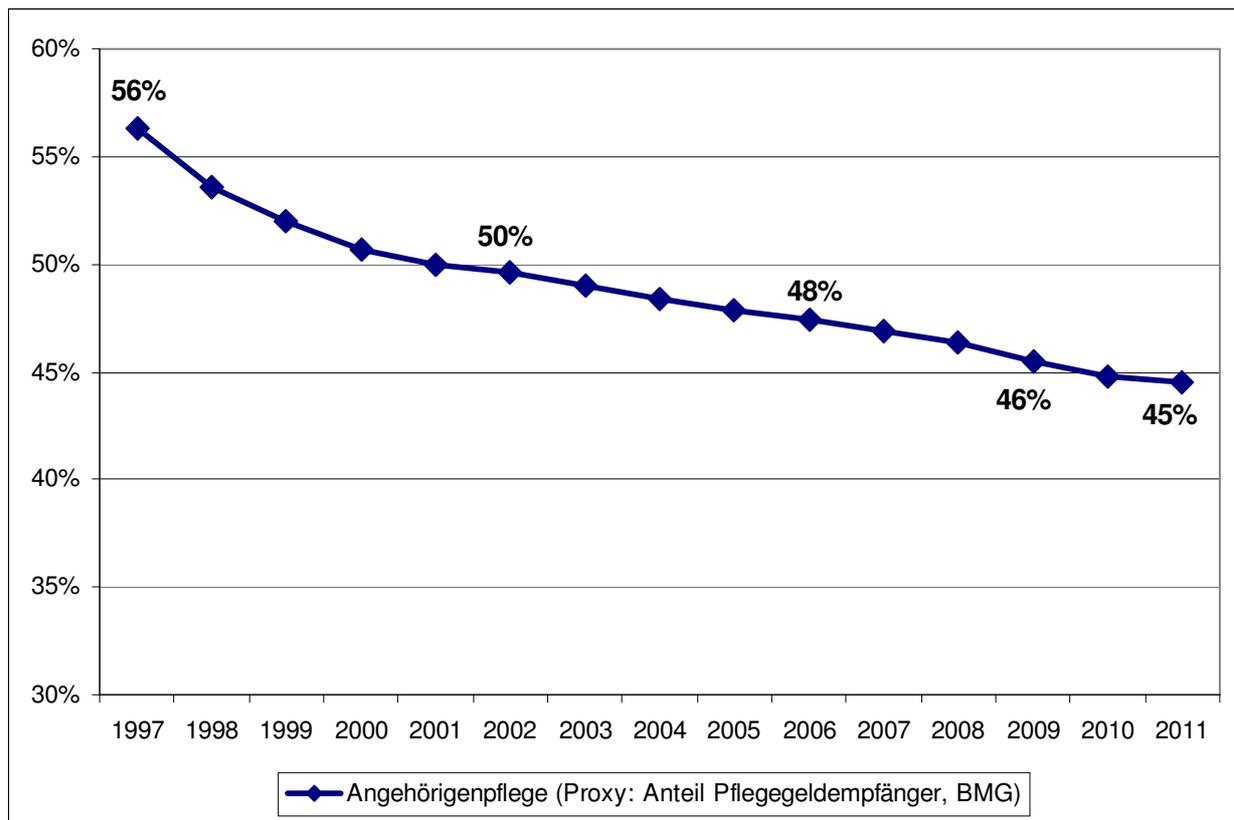
Andererseits können Leistungen, die über Pflegegeld finanziert werden, zumindest teilweise verberuflichten Charakter haben, etwa wenn sie von osteuropäischen Pflegekräften erbracht werden oder wenn das Pflegegeld Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dazu veranlasst, auf eine anderweitige berufliche Tätigkeit zu verzichten.

Die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts weist für 2009 einen Anteil von 45,6% der Pflegebedürftigen aus, die ausschließlich durch Angehörige (über den Bezug von Pflegegeld) zu Hause versorgt werden. Dieser Anteil ging in den letzten Jahren langsam aber kontinuierlich zurück. 1999 lag er noch bei 51,0% (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 23 f.).

Da die Zahl des Statistischen Bundesamtes für 2011 aus den in Fußnote 2 genannten Gründen nicht mit den Vorjahren vergleichbar ist, wird nachfolgend die Entwicklung der Angehörigenpflege anhand der Zahlen wiedergegeben, die das Bundesministerium für Gesundheit für die Jahre 1997 bis 2011 zur Verfügung stellt (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Die Zahlen wurden aus Leistungstagen errechnet und weisen bis 2009 eine parallele Entwicklung auf. Sie unterscheiden sich aufgrund der anderen Erfassung aber in den Details (Anteil der Pflegegeldempfänger 1999: 52,0%, 2009: 45,5%).

² Die Zahlen der Pflegestatistik 2011 liegen mittlerweile zwar vor, sind aber wegen unplausibler Daten durch die Pflegekassen nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 7 + 25).

Abb. 19: Pflegebedürftige mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige 1997 bis 2011



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2012)

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, ging der Anteil der ausschließlich durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen während der vergangenen eineinhalb Jahrzehnte stetig zurück. Dennoch macht diese Versorgungsform noch immer fast die Hälfte aller Pflegearrangements aus und kann daher weiterhin als „Rückgrat der Langzeitpflege“ (Rothgang et al. 2012, S. 16) bezeichnet werden.

2.2.2 Szenarien der weiteren Entwicklung

Die Szenarien von Rothgang et al. (2012) (vgl. Abschnitt 2.1.1.6) zu Arbeitskräfteangebot und -nachfrage umfassen auch drei mögliche Entwicklungen zur weiteren Entwicklung des Potenzials der Familienpflege. Der Anteil wird sich demnach bis zum Jahr 2030 wie folgt verschieben:

Tab. 26: Pflegebedürftige mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige bis 2030: Szenarien aus Rothgang et al. (2012)

	Anteil Angehörigenpflege
2009 (gem. Pflegestatistik)	45,6%
2030: Szenario 1 <i>Status quo</i>	42,0%
2030: Szenario 2 <i>Formelle Pflege nimmt zu</i>	37,3%
2030: Szenario 3 <i>Häusliche Pflege wird gestärkt</i>	46,0%

Quelle: Rothgang et al. 2012, S. 37

In Szenario 1 unterstellen die Autoren, dass die nach Geschlecht und Alterskategorie differenzierten Anteilswerte der Versorgungsarten konstant bleiben. Der demografische Wandel bewirkt dann einen leichten Rückgang des Anteils der Angehörigenpflege bis 2030 auf 42,0%. In Szenario 2 fällt dieser Rückgang deutlich stärker aus (auf 37,3%). Hier legen die Autoren die Annahme einer fortgesetzten Verschiebung von informeller hin zu formeller Pflege zugrunde. Sie unterstellen dazu, dass der Anteil der Angehörigenpflege auch in den Jahren bis 2030 konstant jährlich um rund 1% bezogen auf den Anteilswert des Vorjahres zurückgeht. Diese jährliche Abnahme entspricht dem mittleren Rückgang des Anteils pro Jahr zwischen 1999 und 2009. Szenario 3 bezeichnen Rothgang et al. als „Wunschscenario“ einer Stärkung der häuslichen Pflege. Hierzu wird die Fallzahl der im Heim gepflegten Personen als konstant unterstellt. Die Bedeutung von formeller und informeller Pflege in der eigenen Häuslichkeit steigt somit (Letztere auf 46,0%). Wie in Abschnitt 2.1.1.6 dargestellt, haben diese Szenarien zur Angehörigenpflege auch unmittelbare Folgen für den bis zum Jahr 2030 zu erwartenden Mangel an Arbeitskräften in der formellen Pflege: So ergibt sich bei Szenario 2 im Jahr 2030 ein Angebotsdefizit auf dem Arbeitsmarkt im Umfang von annähernd 500.000 Vollzeitstellen. Bei Szenario 1 fiel dieses Defizit um etwa 60.000 Vollzeitstellen geringer aus. Könnte hingegen Szenario 3 realisiert werden, so bliebe das Defizit auf ca. 260.000 Vollzeitstellen begrenzt.

Zur Prognose des künftigen Anteils der Angehörigenpflege wird infrage gestellt, ob die Determinanten, die mit deren Entwicklung in der Vergangenheit einhergingen und die den Anteil beeinflussen könnten, auch in Zukunft relevant sein werden (Rothgang et al. 2012, S. 25 f.). Anhand von drei Variablen, die sich in der Vergangenheit als sehr gute Prädiktoren für die Entwicklung der Angehörigenpflege erwiesen haben, werden im Folgenden Szenarien für die Zukunft dieses Anteils berechnet. Dies erfolgt ohne Wissen, ob die Determinanten aus der Vergangenheit auch in der Zukunft bedeutsam sein werden. Die Variablen standen aber in den letzten eineinhalb Jahrzehnten in einem derart engen Zusammenhang mit dem Anteil der Angehörigenpflege, dass es einem deutlichen Strukturbruch gleichkäme, wenn sie in der Zukunft nicht mehr bedeutsam sein sollten. Die Szenarien liefern damit auch insofern Erkenntnisse, als sie zeigen, dass es etwa ab dem Jahr 2030 tatsächlich zu einem Strukturbruch kommen *muss*, da die zurückgehende Angehörigenpflege und der beschriebene Arbeitskräftemangel des formellen Bereichs dann dazu führen werden, dass die bisherigen Pflegearrangements nicht mehr stabilisiert werden können. Wie in der anschließenden Diskussion dargelegt werden wird, steuern die bisherigen Pflegearrangements angesichts des demografischen Wandels unweigerlich auf systematische Umwälzungen ihrer Bedingungsgefüge zu.

Die erste der drei Variablen, die den Anteil der Angehörigenpflege in der Vergangenheit sehr zuverlässig vorhersagen ließ, ist deren eigener Entwicklungspfad aus den Vorjahren.³ Seit der Einführung der Pflegeversicherung nimmt dieser Anteil recht konstant linear ab. Eine lineare Regression über die Jahre 1997-2011 führt zu einem Bestimmtheitsmaß von $R^2 =,93$ (Zahlengrundlage: Bundesministerium für Gesundheit 2012). Die Schätzung der künftigen Entwicklung auf der Grundlage des bisherigen Entwicklungspfades soll hier aber analog zum Vorgehen von Rothgang et al. nicht auf der Grundlage einer extrapolierten linearen Regression erfolgen, sondern anhand der Fortschreibung der bisherigen Veränderung, gemessen mit dem geometrischen Mittel der jährlichen prozentualen Abnahme. Zugrunde gelegt werden dazu wieder die verwendeten Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums. Rothgang et al. berechnen mit den Zahlen der Pflegestatistik für die Jahre 1999 bis 2009 eine jährliche Verringerung des Anteils der Pflegegeldempfänger um rund 1% vom Vorjahr (2012: S. 26). Aus den Zahlen des Gesundheitsministeriums errechnet sich für die Zeit zwischen 1997 und 2011 eine deutlichere Abnahme der Anteilswerte von durchschnittlich 1,45% vom jeweiligen Vorjahreswert. Dies liegt am etwas stärkeren Rückgang der Anteile in den ersten beiden Jahren des Beobachtungszeitraums. Da es sich hier möglicherweise um besonders hohe Ausreißerwerte handeln könnte, die noch auf die einmaligen Effekte der Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen sein könnten, wird die Berechnung in einem Modell II zusätzlich auch mit der geringeren mittleren Abnahme von 1,0% durchgeführt. Basiswert ist jeweils der Anteilswert des Bundesgesundheitsministeriums für 2011 (44,5%), weshalb das Ergebnis für 2030 leicht von dem des Szenarios 2 in Tab. 26 (S. 72) abweicht. Folgende Tabelle enthält eine Zusammenfassung des Modells. Die Modellergebnisse finden sich zusammengefasst mit den Ergebnissen der anderen Szenarien in Tab. 30 (S. 75).

Tab. 27: Modelle *Entwicklungspfad*I und II zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege durch Fortschreibung des Entwicklungspfades

	Modell <i>Entwicklungspfad</i>I	Modell <i>Entwicklungspfad</i>II
Datengrundlage Stützbereich	Anteil der Pflegebedürftigen mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige 1997-2011 (Bundesministerium für Gesundheit 2012)	Anteil der Pflegebedürftigen mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige 1999-2009 (Rothgang, Müller, Unger 2012 auf der Datengrundlage der Pflegestatistik)
Jährliche Änderung des Anteilswerts	- 1,45%	- 1,0%
Modell I (Grundlage):	$y_{Jahr} = 0,445 \cdot (1 - 0,0145)^{Jahr-2011}$	$y_{Jahr} = 0,445 \cdot (1 - 0,01)^{Jahr-2011}$

Als mögliche weitere Determinante der zurückgehenden Angehörigenpflege wird die Alterung der Bevölkerung und „damit allein demografisch bedingt ein sinkendes, (Schwieger-)Töchterpotential“ (Rothgang et al. 2012, S. 25) angeführt. Dessen mögliche Auswirkungen werden im Folgenden anhand des Anteils der Menschen ab einem Alter von 65 Jahren an der

³ Zuvor gab es hier tatsächlich einen Strukturbruch, nämlich in der Folge der neu eingeführten Pflegeversicherung. Dies zeigt, dass politische Weichenstellungen durchaus Strukturbrüche in der Genese der Pflegearrangements evozieren können und diese damit beeinflussen bzw. steuern können.

Gesamtbevölkerung (Altenquotient AQ 65) modelliert. Das Modell dazu lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Tab. 28: Modell *Altenquotient* zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege aus linearer Regression in Abhängigkeit des Altersquotienten 65

	Modell <i>Altenquotient</i>
Datengrundlage Stützbereich	<u>Unabhängige Variable:</u> Altenquotient 65 (Statistisches Bundesamt 2013b) <u>Abhängige Variable:</u> Anteil der Pflegebedürftigen mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige (Bundesministerium für Gesundheit 2012)
<i>n</i>	15
<i>R</i> ²	,89
Modell	$y_{Jahr} = 0,767 - 0,923 \cdot x_{Jahr}$
Datengrundlage Prognose	Altenquotient 65 gemäß Variante 1-W2 „mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2009)

Eine andere plausible Determinante des zurückgehenden Anteils der Angehörigenpflege ist der Anstieg der Einpersonenhaushalte, u.a. bedingt durch verstärkte berufliche Mobilität, häufigere Kinderlosigkeit und weniger feste Partnerschaften. Folgendes Modell fasst zusammen, wie sich das so abnehmende „Pflegepotential im eigenen Haushalt“ (Rothgang et al. 2012, S. 25) auswirkt. Die Modellierung erfolgt wiederum mittels einer Einfachregression. Eine multiple Regression zusammen mit der unabhängigen Variable des Altersquotienten 65 ist wegen auftretender Multikollinearität nicht möglich.

Tab. 29: Modell *Einpersonenhaushalte* zur Extrapolation des Anteils der Angehörigenpflege aus linearer Regression in Abhängigkeit des Altersquotienten 65

	Modell <i>Einpersonenhaushalte</i>
Datengrundlage Stützbereich	<u>Unabhängige Variable:</u> Entwicklung der Einpersonenhaushalte 1997-2011 (Statistisches Bundesamt 2012a) <u>Abhängige Variable:</u> Anteil der Pflegebedürftigen mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige (Bundesministerium für Gesundheit 2012)
<i>n</i>	15
<i>R</i> ²	,87
Modell	$y_{Jahr} = 1,148 - 1,751 \cdot x_{Jahr}$
Datengrundlage Prognose	Entwicklung der Privathaushalte bis 2030 gemäß Haushaltsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2011b)

Eine Zusammenfassung aller berechneten Modellergebnisse bis 2050 kann Tab. 30 entnommen werden. Die Zahlen zeigen, dass eine Fortschreibung der Entwicklung der vergangenen ein- und einhalb Jahrzehnte – ohne Strukturbruch – auf lange Sicht einen deutlichen Rückgang des informellen Pflegepotenzials bedeuten wird. Während gegenwärtig noch fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich von Familienangehörigen versorgt wird, ginge dieser Wert bis 2030 auf etwa ein Drittel aller Fälle und bis 2050 auf etwa ein Viertel zurück.

Tab. 30: Szenarien zum Anteil der Angehörigenpflege in Abhängigkeit verschiedener Determinanten

	Modell <i>Entwicklungspfad I</i>	Modell <i>Entwicklungspfad II</i>	Modell <i>Altenquotient</i>	Modell <i>Einpersonen-</i> <i>haushalte</i>
2011	44,5%	44,5%	44,5%	44,5%
2020	39,0%	40,7%	43,7%	41,8%
2030	33,7%	36,8%	29,3%	38,8%
2040	29,1%	33,2%	22,2%	---*
2050	25,2%	30,1%	20,8%	---*

*) Die Daten der Prognose reichen nur bis 2030. Der Anteil der Einpersonenhaushalte stieg zwischen 1997 und 2011 von 35,4% auf 40,4%. In dem Modell steigt er gemäß dem Szenario des Statistischen Bundesamts (2011b) bis 2030 auf 43,3%. Würde er danach weiter auf fiktive Werte von 45% oder sogar 50% steigen, so bedeutete dies in dem Modell einen weiteren Rückgang des Anteils der Angehörigenpflege auf 36% bzw. 27%.

2.3 Neue Potenziale zwischen formeller und informeller Versorgung

Die Szenarien zur informellen Versorgung Pflegebedürftiger im vorangegangenen Abschnitt zeigen, dass sich die bisherigen Arrangements der Pflege und Versorgung für ältere Menschen mittel- und langfristig nicht mehr, wie in der Vergangenheit, durch Verschiebungen im Ausgleich zwischen formeller und informeller Pflege stabilisiert werden können (vgl. dazu auch die im unten stehenden Kasten wiedergegebene Diskussion dieser These bei der Zukunftskonferenz). Bei einer Fortsetzung der Entwicklung würde es bereits ab 2030 gleichzeitig zu einem Angebotsdefizit auf dem Arbeitsmarkt für formelle Pflege und zu einer Reduzierung der durch Angehörige informell Gepflegten von knapp der Hälfte der Fälle auf ein Drittel kommen. In der langfristigen Perspektive der folgenden beiden Jahrzehnte bis 2050 würde sich die Situation nochmals deutlich verschärfen. Wie spätestens ab dem Jahr 2030 ein Paradigmenwechsel in den Arrangements der Versorgungsformen eintreten muss, zeigt der Vergleich der berechneten Modelle zur informellen Versorgung mit den Szenarien von Rothgang et al.: Deren pessimistischstes Szenario 2 „Formelle Pflege nimmt zu“ erwartet für 2030 einen Beitrag durch die Angehörigenpflege in einem Umfang, der bei einer Fortschreibung der bisherigen Entwicklung gerade noch erreicht werden könnte. Demgegenüber geht das Szenario 3 *Häusliche Pflege wird gestärkt* („Wunschscenario“) sogar von einem Anstieg des Anteils der informellen Pflege aus, mit dem einerseits der Wunsch der Bevölkerung nach einem Ausbau der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit Rechnung getragen wird und andererseits der zu erwartende Arbeitskräftemangel zumindest teilweise beherrschbar bleiben soll. Gemäß Szenario 3 würde dann ‚nur‘ noch Pflegepersonal im Umfang von 263.444 Vollzeitstellen fehlen.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Die bisherigen Arrangements der Pflege und Versorgung für ältere Menschen können mittel- und langfristig mit dem verfügbaren Arbeitskräfteangebot nicht stabilisiert werden.“

Diese Aussage wurde den Expertinnen und Experten bei der Zukunftskonferenz als Eingangsthese vorgelegt und als solche nicht ausführlicher diskutiert. Die Teilnehmenden wurden jedoch gebeten, ihre Zustimmung oder Ablehnung auf einem Kontinuum zwischen *stimme stark zu* bis *lehne völlig ab* zum Ausdruck zu bringen. In den meisten Fällen führte diese Abfrage zu einer starken oder einfachen Zustimmung. Lediglich einzelne Expertinnen bzw. Experten äußerten sich unentschieden oder leicht ablehnend.

Eine Möglichkeit, um sich einem solchen Szenario anzunähern und dies möglichst auch langfristig stabilisieren zu können, könnte in der Stärkung des Pflegpotenzials zwischen formeller und informeller Versorgung liegen – im Weiteren als *semi-formelle Versorgung* bezeichnet. Der Vorschlag dazu geht von folgenden Prämissen aus:

Prämisse 1: Abnehmende Vollzeitbeschäftigungsquoten sowohl bei Frauen als auch bei Männern zeigen, dass sich – außer in Fällen unfreiwilliger Teilzeitarbeit – eine bedeutsame Bevölkerungsgruppe nicht am Leitbild einer Vollzeitbeschäftigung orientiert und nicht dazu bereit ist, ein geringeres Einkommen in Kauf zu nehmen.

Tab. 31: Entwicklung der Quoten der Vollzeitbeschäftigung unter allen abhängig Beschäftigten 1997-2011

	Frauen	Männer	Gesamt
1997	64,6%	96,1%	82,3%
1998	63,6%	95,7%	81,5%
1999	62,2%	95,4%	80,5%
2000	61,7%	95,2%	80,2%
2001	60,4%	94,8%	79,2%
2002	59,8%	94,5%	78,6%
2003	58,6%	94,0%	77,6%
2004	57,9%	93,8%	77,2%
2005	55,7%	92,6%	75,5%
2006	54,0%	91,2%	73,8%
2007	53,8%	91,1%	73,7%
2008	54,0%	91,0%	73,7%
2009	54,2%	90,8%	73,5%
2010	54,1%	90,7%	73,3%
2011	54,0%	90,3%	73,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012b)

Prämisse 2: Die Quote der Erwerbsbeteiligung nimmt bei Frauen zu und verharrt bei Männern auf hohem Niveau. Jedoch verbleibt nicht nur bei den Frauen, sondern auch bei den Männern auch hier eine bedeutsame Bevölkerungsgruppe, die keine klassische Erwerbsbeteiligung sucht. Geht man davon aus, dass eine häufige Motivation für die Nichterwerbsbeteiligung dieser Gruppe die

Betreuung von Kindern ist, so ergeben sich mit den zurückgehenden Kinderzahlen diesbezüglich sinkende Aufwände bzw. Potenziale für andere Unterstützungsleistungen.

Tab. 32: Entwicklung der Erwerbsquoten 1997-2011

	Frauen	Männer	Gesamt
1997	62,8%	80,3%	71,7%
1998	63,0%	80,2%	71,7%
1999	63,8%	80,3%	72,2%
2000	64,0%	79,9%	72,1%
2001	64,9%	80,1%	72,6%
2002	65,3%	80,1%	72,8%
2003	66,1%	80,3%	73,3%
2004	66,1%	80,3%	73,3%
2005	66,8%	80,4%	73,7%
2006	68,4%	81,1%	74,8%
2007	69,2%	81,6%	75,5%
2008	69,6%	81,8%	75,8%
2009	70,3%	82,0%	76,2%
2010	70,7%	82,1%	76,5%
2011	71,6%	82,2%	77,0%

Berechnung der Erwerbsquote: Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose)/ Bevölkerung [jeweils im Alter von 15 bis unter 65 Jahren]; Quelle: Statistisches Bundesamt (2012c)

Prämisse 3: Eine regelmäßige und mehr als punktuelle informelle Beteiligung von Nicht-Verwandten an der Pflege und Versorgung, die über das Maß traditioneller Ehrenamtlichkeit hinausgeht (z.B. in Besuchsdiensten), scheidet bislang meist an der fehlenden Bereitschaft, eine verbindliche Verpflichtung einzugehen (vgl. hierzu die nachfolgend zu dieser Prämisse wiedergegebene Diskussion bei der Zukunftskonferenz). Personen die Pflegegeld beziehen sind in der Regel Angehörige. Mit einer neuartigen Begleitung durch professionelle Anbieter von Care bei einer differenzierten Gewährung von Vergütung, die besser als das Pflegegeld mit den Lebenslagen der potenziellen Empfänger abgestimmt ist⁴, kann es gelingen, den Kreis potenzieller Erbringer semi-formeller Versorgung auch über Verwandtschaftsbeziehungen hinaus zu erweitern.

Ein erster Hinweis, wie groß dieses Potenzial sein könnte, liegt mit dem großen Interesse vor, mit dem der neu eingerichtete Bundesfreiwilligendienst angenommen wird. Dass der Bezug einer Vergütung für semi-formell erbrachte Pflegeleistungen bereits jetzt für viele Angehörige von Pflegebedürftigen auch eine wichtige Einkommensquelle darstellt, zeigt eine repräsentative Erhebung von 2010, in der 22% der Befragten mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld als einen Grund hierfür angeben, dass das Geld für den laufenden Lebensunterhalt benötigt wird. Bei Haushalten mit Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bejahen diesen Grund sogar 36% (TNS Infratest Sozialforschung 2011).

In der Breite der Bevölkerung spielt die pflegerische Unterstützung von Verwandten oder Nicht-Verwandten als alternative Erwerbsarbeit bislang jedoch noch kaum eine Rolle. Dies zeigt sich an

⁴ So kann ein Anreiz auch darin bestehen, anstelle einer Vergütung Vorteile bei einer späteren Rente zu gewähren.

der Tatsache, dass ein Zusammenhang zwischen der regionalen Verbreitung des Pflegearrangements *Informelle Pflege mit Bezug von Pflegegeld* und der örtlichen Arbeitslosenquoten nur teilweise erkennbar ist: Dazu ist zunächst festzustellen, dass die Anteile der Personen die Pflegeleistungen erhalten und ausschließlich informell versorgt werden, regional deutlich voneinander abweichen. Dazu gibt die folgende Tabelle die Verteilung des Pflegearrangements *Informelle Pflege mit Bezug von Pflegegeld* unter 412 Landkreisen und kreisfreien Städten wieder, zu denen dazu zum Jahresende 2009 Daten vorliegen.

Tab. 33: Unterschiedliche Pflegearrangements in Deutschland: Verteilung der Anteile von Pflegebedürftigen mit informeller Versorgung in 412 Landkreisen und kreisfreien Städten

	Häufigkeit	Prozent
Unter 30%	2	0,5%
30% bis unter 40%	88	21,4%
40% bis unter 50%	218	52,9%
50% bis unter 60%	97	23,5%
60% und mehr	7	1,7%
GESAMT	412	100%

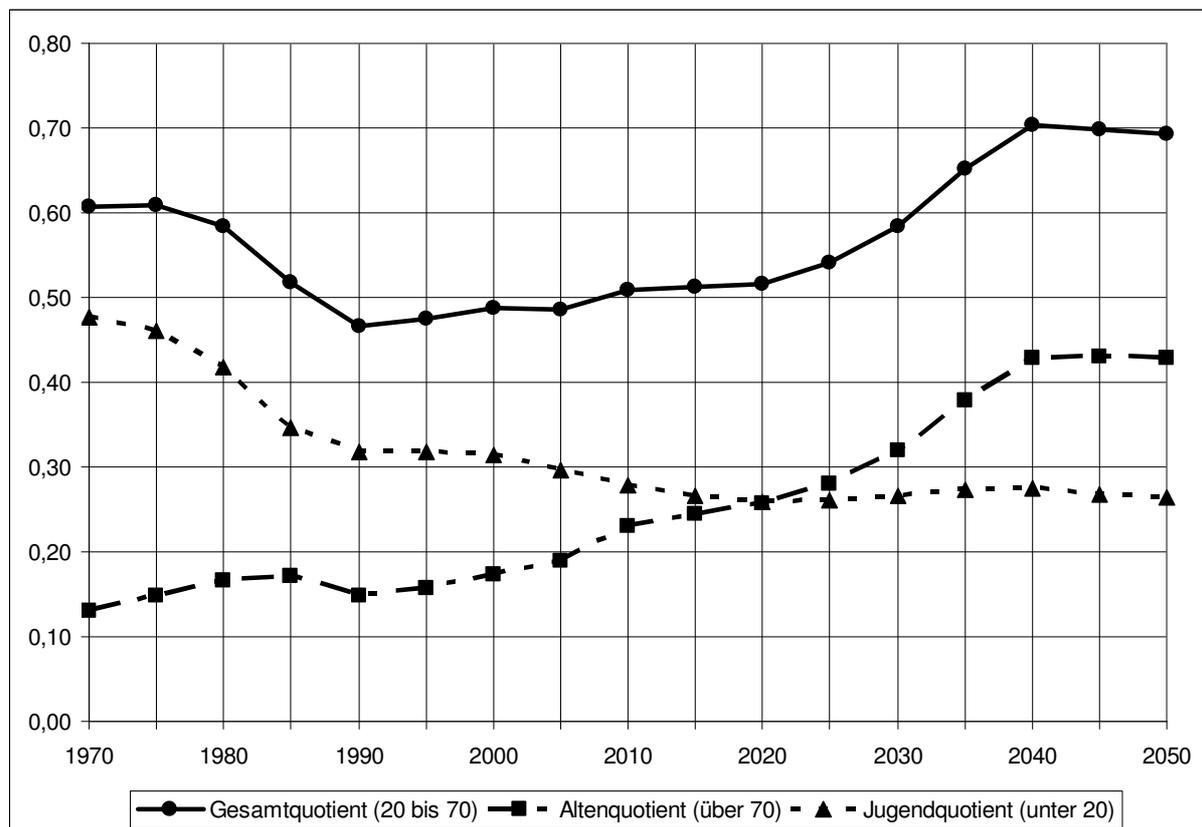
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2013a.

Die Bandbreite der regional unterschiedlichen Versorgungsarrangements liegt zwischen einem Anteil von 27,5% der Leistungsempfänger mit informeller Versorgung in der Stadt Landshut und 69,2% im Landkreis Südwestpfalz. Auch die Arbeitslosenquoten schwanken regional deutlich; sie liegen zwischen 2,2% und 18,3% ($n = 411$, Zahlen für 2009 auf der Grundlage der Arbeitsmarktstatistik der Bundesanstalt für Arbeit: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2013b). Statt eines erwarteten positiven Zusammenhangs zwischen der Arbeitslosigkeit und der regionalen Häufigkeit des Arrangements informeller Versorgung, stellt sich jedoch mit $r = -0,13$ eine insgesamt leicht negative Beziehung zwischen den beiden Variablen heraus ($n = 410$). Bei der Frage, welche Pflegearrangements realisiert werden, gibt es aber traditionell starke Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Der Zusammenhang zwischen dem Anteil der Empfänger von Pflegegeld und der regionalen Arbeitslosenquote wird daher auch separat für die kreisfreien Städte und die Landkreise berechnet. Für die $n = 110$ kreisfreien Städte ergibt sich dann ein positiver Zusammenhang mit $r = 0,21$. Bei den $n = 300$ Landkreisen ist die Beziehung weiter leicht negativ mit $r = -0,07$. Es gibt somit zumindest in den größeren Städten Anzeichen dafür, dass hier Personen, die Schwierigkeiten haben, eine klassische Erwerbstätigkeit zu finden, die Pflege von Angehörigen und den Bezug von Pflegegeld als eine alternative Einkommensquelle in Erwägung ziehen. Unter den Bedingungen neuartiger Organisationsformen unter Einbeziehung professioneller ambulanter Dienste und neuer Finanzierungsformen könnte dies auf ein Potenzial für zusätzliche semi-formelle Pflege auch außerhalb familiärer Zusammenhänge hinweisen.

Prämisse 4: Die demografische Veränderung wird in den nächsten Jahren zwar zu einem stetigen Anstieg der Gruppe der Älteren und damit auch der Pflegebedürftigen führen, in einer gesellschaftlichen Betrachtung des Gesamtaufwands für notwendige Unterstützungsleistungen müssen dieser Entwicklung aber die zurückgehenden Aufwände für die Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegenübergestellt werden. Dieser Aufwand geht seit einigen Jahrzehnten zurück und wird auch in Zukunft weiter zurückgehen bzw. auf niedrigem Niveau

verharren. Wenn es möglich wird, freiwerdende Zeitbudgets, die bislang innerhalb der Familie für die Erziehung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung standen, für die Versorgung Älterer nutzbar zu machen, so können die zurückgehenden Potenziale der herkömmlichen formellen und informellen Versorgung zumindest teilweise ausgeglichen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass es gelingt, das Engagement über die Grenzen der Familie hinaus umzulenken (vgl. Prämisse 3).

Abb. 20: Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 70 Jahre 1970-2050



Quellen: Daten 1970-2010: Statistisches Bundesamt (2013b); Prognosedaten 2015-2050: Variante 1-W2 „mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2009)

Abb. 20 gibt dazu für die Jahre seit 1970 und in der Prognose bis 2050 den Alten-, Jugend- und Gesamtquotienten wieder. Dazu werden die Altersgrenzen 20 und 70 Jahre gewählt. Das heißt, der Jugendquotient wird definiert als Verhältnis der Bevölkerungsgruppe im Alter bis einschließlich 19 Jahren zur Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 69 Jahren. Der Altenquotient wird definiert als Verhältnis der Menschen ab 70 Jahren zur Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 69 Jahren. Mit 70 Jahren wird die Altersgrenze für den Altenquotienten bewusst höher gelegt als bei vergleichbaren Darstellungen, bei denen die gesellschaftlichen Lasten durch Renten- und Unterhaltszahlungen im Mittelpunkt stehen. Bei der Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 20 und 69 Jahren wird unterstellt, dass sie einerseits nicht mehr selbst der Versorgung als Jugendliche bzw. Heranwachsende bedarf und andererseits noch selten unterstützungsbedürftig hinsichtlich Pflege und Versorgung ist. Diese Bevölkerungsgruppe steht somit näherungsweise für das gesellschaftliche Gesamtpotenzial für formell und informell erbrachte Pflege und Betreuung für junge und alte Menschen.

Betrachtet man den Gesamtquotienten, bei dem die Bevölkerungsgruppe der nachwachsenden Generation und der der älteren Menschen gemeinsam ins Verhältnis zu den 20- bis 69-Jährigen gestellt wird, so erkennt man eine besonders hohe Gesamtbelastung der mittleren Altersgruppe bis 1975, ausgedrückt durch ein Verhältnis über 0,6. Bedingt durch einen stark sinkenden Jugendquotienten und dem langsamer steigenden Altenquotienten sank der Gesamtquotient in den Folgejahren bis etwa 1990 auf einen Wert von unter 0,5. Der hohe Ausgangswert aus den 1970er Jahren des letzten Jahrhunderts wird erst ab 2030 wieder erreicht werden, dann jedoch bis 2040 auf den höchsten Wert im Betrachtungszeitraum von etwa 0,7 ansteigen. In der Betrachtung des gesamten Sorgeaufwands für Kinder, Jugendliche, Heranwachsende und Ältere bedeutet dies bezogen auf die Situation von vor 1980, eine geringere Belastung bis 2030. Dies setzt aber eine gesamtgesellschaftliche Umverteilung von Ressourcen für Betreuung, Versorgung und Pflege voraus, und zwar nicht nur in zeitlicher Hinsicht, sondern auch über die Grenzen der Familienzusammenhänge hinaus.

Schlussfolgerung: Aus der Prognose der formellen und informellen Pflegepotentiale sowie deren Abgleich mit den erwarteten Bedarfen stand am Anfang dieses Abschnitts die Erkenntnis, dass die Pflege und Versorgung älterer Menschen mit den herkömmlichen Versorgungsarrangements spätestens ab 2030 nicht mehr stabilisiert werden können. Auch umfassende Anstrengungen unter den Rahmenbedingungen der bisherigen Versorgungsstrukturen werden dann nicht mehr ausreichen; alle Beteiligten, bei den Trägern der Altenhilfe, bei den Bildungsträgern und der Pflegepolitik aber auch die betroffenen Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und alle, die bereit sind, sich formell und informell an der Versorgung Älterer zu beteiligen, werden bereit sein müssen, sich auf neuartige Lösungen einzulassen.

Die vier Prämissen dieses Abschnitts zeigen, dass eine dieser neuartigen Lösungen in der Etablierung bzw. Stärkung der *semi-formellen Versorgung* liegen kann. Wie in Prämisse 3 dargelegt, wird der Bezug von Pflegegeld bereits jetzt teilweise als alternative Beschäftigungsform wahrgenommen, wenngleich weitgehend im Familienkontext. Dazu zeigt aber das Beispiel des Bundesfreiwilligendienstes, dass es in der Bevölkerung durchaus ein Potenzial gibt, sich verbindlich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu verpflichten, auch wenn diese außerhalb der Familie, aber dennoch nicht herkömmlich beruflich erbracht werden. Das Potenzial für eine solche *semi-formelle Versorgung* liegt vor, da auch mittel- und langfristige davon auszugehen ist, dass es eine Bevölkerungsgruppe geben wird, die sich nicht ausschließlich am Leitbild einer klassischen Vollzeitberufstätigkeit orientieren wird. Voraussetzung für das Funktionieren einer solchen dritten Säule neben der formellen und informellen Versorgung ist vor allem ein niedrighwelliger Einstieg insbesondere hinsichtlich der Qualifizierungsanforderungen – für ein Beispiel, wie ein solcher einfacher Einstieg möglich gemacht werden kann, kann auf den Zugang einer Tätigkeit als zusätzliche Betreuungskräfte gem. § 87b SGB XI verwiesen werden (vgl. dazu auch die Fallstudien zum Einstieg von Personen mit türkischem Migrationshintergrund in eine Tätigkeit der Pflege und Betreuung im Abschnitt „Fallstudien im Berufsfeld Care“ 3.3. Ferner bedarf es erweiterter Konstrukte der verbindlichen bzw. vertraglichen Festlegung, wobei es weniger um höhere finanzielle Mittel als beim Pflegegeld gehen dürfte, sondern um eine gesicherte Entlastung durch eine Einbindung der *semi-formellen Versorgung* unter der Gesamtverantwortung von ambulanten Diensten von Care.

3 Personalgewinnung, -verbleib und -entwicklung

Das Besondere an der Studie „Herausforderung Pflege“ und den mit ihr verbundenen Auftrag war die Verbindung der Fragen der Personalarbeit mit dem Thema des quantitativen Fachkräftebedarfs. Damit gelangen nicht nur Ausbildungs- sondern vor allem Personalentwicklungsstrategien in den Mittelpunkt des Interesses. Systematisiertes Wissen über Fragen der Personalarbeit in der Langzeitpflege und in der Sozialwirtschaft liegt trotz vielfältiger Einzelstudien nicht vor. Dieses Desiderat wird in folgendem Kapitel mit unterschiedlichen Methodischen Zugänge aufgegriffen.

3.1 Literaturrecherche international

Nach der SPICE Analyse (vgl. Methoden der Literaturrecherche International 1.5.1.2) verblieben 19 Artikel, die für das Systematic Review von Relevanz waren. Ausgehend von diesen 19 Artikeln werden im Folgenden besonders signifikante Kernaussagen ausgewählter Studien (insgesamt 15 Studien) vorgestellt. Zu beachten ist, dass der Studie von Brannon et al. (2007) zwei zusätzliche Artikel vorgeschaltet wurden, damit die Ergebnisse nachvollziehbar bleiben. Diese beiden Artikel sind allerdings nicht Gegenstand des Reviews, sondern dienen lediglich dem besseren Verständnis des für dieses Review relevanten Artikels von Brannon et al.

Zu beachten ist auch, dass es sich in den wenigsten Fällen um Interventionsstudien handelt, zu einem größeren Anteil werden Sekundäranalysen vorgestellt, die sich mit Fragen befassen, die für dieses systematische Review von Relevanz sind. Immer dann, wenn es sich um Interventionsstudien handelt, wird die Intervention kurz skizziert.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt auf zwei Gliederungsebenen:

1. Ebene: Qualifikationslevel (a) Pflegefachkräfte und (b) Pflegehelfer;
2. Ebene: (a) Gewinnung von Personal sowie (b) Verbleib von Personal.

3.1.1 Systematic Review - Fokus Pflegefachpersonal

Studie: *Tourangeau, A., Cranley, L., Laschinger, H.K.S., Pachis, J. (2010) Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care, Kanada*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Analyse von Arbeitsbeziehungen und deren Impact auf Arbeitszufriedenheit und Wechselbereitschaft (gemessen mit 10 verschiedenen Skalen, u.a. Maslach Burnout Scal, Work Group Cohesiveness Scale, Psychological Empowerment Scale etc.)

Setting: 26 Alten-/Pflegeheime

Zielgruppe: Pflegefachkräfte, lizenzierte Pflegehelfer (CNAs), Pflegeassistenten, Manager (N = 675)

Wesentliche Ergebnisse

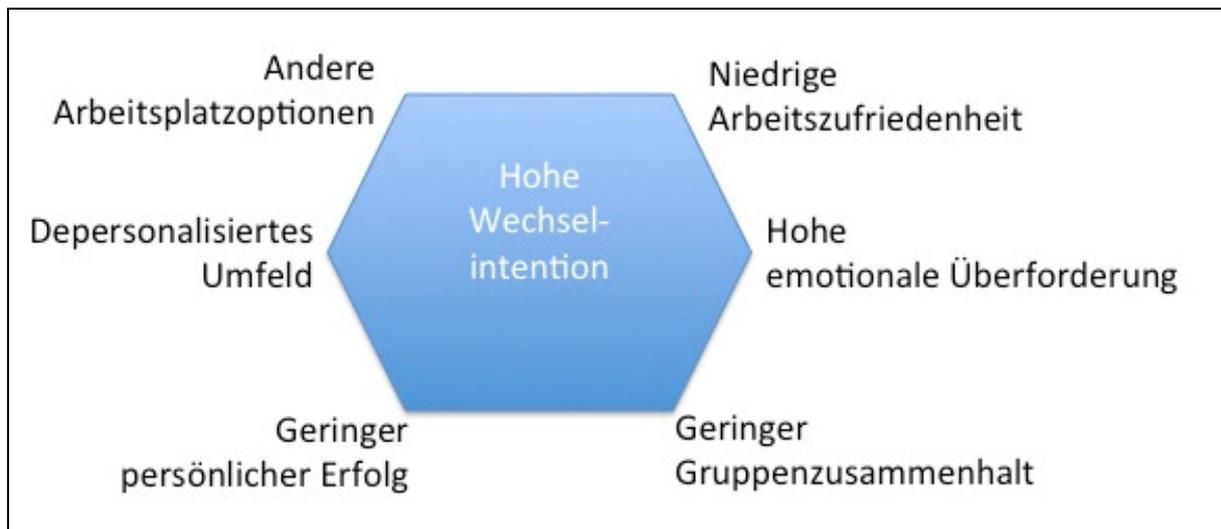
Die Untersuchung beschreibt, welche Faktoren mit der Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln korrespondieren (Abb. 21). Interessanterweise handelt es sich bei diesen Faktoren um dieselben, mit denen allgemeine Arbeitszufriedenheit erläutert werden kann.

Abb. 21: Faktoren die mit der Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln korrespondieren



Eine höhere Wechselbereitschaft korrespondiert signifikant insbesondere mit folgenden Ausprägungen (Abb. 22):

Abb. 22: Zusammenhang von Arbeitsbeziehungen, Arbeitszufriedenheit und Wechselbereitschaft



Tourangeau et al. (2010) fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Leadership und Arbeitszufriedenheit sowie einer erhöhten Bereitschaft von Beschäftigten den Arbeitsplatz zu wechseln. Auffällig war, dass starke, interne Arbeitsgruppenbeziehungen, die Selbstwahrnehmung des eigenen Beitrags zum Pflegeerfolg sowie eine geringe emotionale Belastung einen direkten Effekt auf niedrige Wechselbereitschaft und Zufriedenheit haben. Ein stabiles Arbeits-

umfeld, welches dazu beiträgt gemeinsam die Ziele der Einrichtung zu erreichen, trägt zur Reduktion der Wechselbereitschaft bei.

Tourangeau et al. schließen, dass Aktivitäten zur Optimierung der Arbeitsplatzzufriedenheit somit (in)direkt auf die Wechselbereitschaft wirken. Sie empfehlen, mehr Aufmerksamkeit zu richten auf den Zusammenhalt innerhalb des Teams (hier auf Wohnbereichsebene), die Anerkennung erreichter Ziele und Erfolge sowie die Reduzierung von Burnout (insbesondere: emotionale Belastung, de-personalisiertes Umfeld sowie persönlicher Beitrag zu den Erfolgen im Wohnbereich).

Studie: *Stone, R. and Dawson, S.L. (2008) Better Jobs Better Care Demonstrations, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Programm „Bessere Jobs, bessere Pflege“ (BJBC⁵)

Setting: 50 Skilled Nursing Facilities, 40 betreute Wohnformen, 39 ambulante Pflegedienste, 10 Tages-Einrichtungen

Zielgruppe: Pflegende alle Qualifikation

Wesentliche Ergebnisse:

Fünf Anforderungen korrespondieren mit dem nationalen BJBC Programm:

- 1) Bundesstaatsweite Demonstrationen, vor allem vor dem Hintergrund formaler Rahmenbedingungen und Variationen zwischen den verschiedenen Bundesstaaten.
- 2) Engagement von Schlüsselpersonen auf Trägerebene, professionell Tätige und Leistungsempfänger (mind. drei Vertreter/innen pro Bundesstaat), politische Vertreter/innen wurden explizit ausgeschlossen.
- 3) Erfolgreicher Leadership auf Träger- und Einrichtungsebene, ausgehend davon, dass dies die Umsetzung des Programms positiv beeinflusst.
- 4) Proaktive Einbindung der Mitarbeitenden hinsichtlich der Umsetzung des Programms auf Einrichtungsebene.
- 5) Multilevel-Interventionen, d.h. sowohl auf Ebene der Praxis (die direkte Pflege betreffend) als auch auf politischer Ebene (insbesondere allgemeine Fragen der Finanzierung der Langzeitpflege oder der Qualifikation der professionell Tätigen).
- 6) Multiple Settings, d.h. die gesamte Bandbreite der Langzeitpflege ist einzubinden.

⁵ Bei dem BJBC handelt es sich um ein von der Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) und der Atlantic Philanthropies gefördertes Projekt im Umfang von \$ 15.5. Mio, mit dem Ziel der Analyse, Implementierung und Dissemination von Strategien zur Verbesserung der Gewinnung neuer Mitarbeiter/innen sowie der Förderung des Verbleibs in der Langzeitpflege. Realisiert wurde das Projekt in fünf Bundesstaaten.



Studie: *Kemper, P., Brannon, D., Barry, T. Stoot, A., Heier, B. (2008) Implementation of the Better Jobs Better Care Demonstrations: Lessons for Long-Term-Care Workforce Initiatives, USA*

Thema: Programm „Bessere Jobs, bessere Pflege“ (BJBC)

Setting: 50 Skilled Nursing Facilities, 40 betreute Wohnformen, 39 ambulante Pflegedienste, 10 Tages-Einrichtungen

Zielgruppe: Pflegendе alle Qualifikation

Wesentliche Ergebnisse:

Tab. 34 Konkrete Interventionen innerhalb des nationalen BJBC Programms:

Intervention	Bundes- staat 1	Bundes- staat 2	Bundes- staat 3	Bundes- staat 4	Bundes- staat 5
Training des Top-Management	Ja			ja	
Training von Mentoren / verantwortlichen Pflegefachkräften ohne Leitungsfunktion		Ja	Ja	Ja	
Teamentwicklung	Ja		Ja	Ja	
Monitoring zwischen Peers	Ja	Ja	Ja		Ja
Fertigkeitentraining		Ja			Ja
Trägerspezifische Projekte	Ja	Ja	Ja	Ja	ja



Studie: Brannon, D. Barry, T., Kremper, P., Schreiner, A., Vasey, J. (2007) *Job Perceptions and Intent to Leave Among Direct Care Workers: Evidence From the Better Jobs Better Care Demonstrations*, USA

Thema: Analyse von Effekten wie Belohnungen und Probleme von in der direkten Pflege Tätigen auf die Bereitschaft, den Arbeitsplatz zu wechseln, bezogen auf Träger die aktiv am Programm „Bessere Jobs, bessere Pflege“ (BJBC) teilnehmen (Vergleich).

Setting: 50 Skilled Nursing Facilities, 40 betreute Wohnformen, 39 ambulante Pflegedienste, 10 Tages-Einrichtungen (N = 3039)

Zielgruppe: Pflegefachkräfte (u.a. Job Content Questionnaire)

Wesentliche deskriptive Ergebnisse:

Ergibt sich die Kombination aus Arbeitsüberlastung und damit, dass keine Optionen zur Beförderung innerhalb der Einrichtung gesehen werden, erhöht sich die Bereitschaft, den Arbeitsplatz zu wechseln (logistische Regression). Von allen Befragten gaben 57,1% an, dass sie nicht beabsichtigen, innerhalb des Folgejahres den Arbeitsplatz zu wechseln, gleichzeitig formulierten 13,2% eine hohe Wechselintention. Interessant für die Autor/innen war, dass eine Wertschätzung der direkten Pflege für die Befragten eine hohe Relevanz hat und in Zusammenhang mit einer Wechselbereitschaft steht (signifikanter Zusammenhang).

Abb. 23: Absicht eines Arbeitsplatzwechsels im BJBC Programm



Unterschiede seitens der Träger konnten vor allem hinsichtlich des Sektors (ambulante oder stationäre Pflege) festgestellt werden:

- z.B. Direkt in der Pflege Tätige, die kontinuierlich eine hohe Arbeitsbelastung erlebten, waren in weniger stabilen Teams (signifikant) und zeigten Wechselbereitschaft. Dies gilt nicht für die ambulante Pflege. D.h. eine hohe Arbeitsbelastung war in der ambulanten Pflege kein Prädiktor für hohe oder niedrige Wechselbereitschaft, wohl aber für die stationäre Pflege.
- z.B. waren in Alten-/Pflegeheimen relative stabile Teams erkennbar, deren Stabilität jedoch um 50 % reduziert wurden, wenn proportional auf einer 4-Punkte Skala die Arbeitsbelastung um 1 Punkt stieg. Mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsbelastung stieg auch die Wechselbereitschaft bzw. trat ein tatsächlicher Wechsel ein.
- z.B. Arbeitsplatzunsicherheit oder Gesundheit waren nicht signifikant korreliert mit Wechselbereitschaft (in beiden Sektoren, d.h. ambulant, wie stationär gleich).

- z. B. Positive Anerkennung der direkten Pflege korrespondiert mit der Stabilität des Teams und der Wechselbereitschaft, d.h. je höher die Anerkennung desto stabiler das Team, desto geringer die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsplatzwechsels.
- z.B. Wahrnehmung der Leistung und/oder Entscheidungsfreiräume haben sich nicht als signifikante Prädiktoren hinsichtlich der Wechselbereitschaft erwiesen.
- z.B. Wahrnehmung der Leistung und/oder Entscheidungsfreiräume haben sich im Setting „betreute Wohnformen“ als signifikante Prädiktoren hinsichtlich der Wechselbereitschaft erwiesen, wenn gleichzeitig die Befragten ihre Effektivität (bezogen auf die Ausübung ihrer Fertigkeiten) niedrig einschätzten.

Als abschließendes Fazit, kann festgehalten werden, dass hinsichtlich signifikant ausgeprägter Wechselbereitschaft zwei Herausforderungen generalisiert werden können: Zum einen die Wahrnehmung, dass keine Verbesserungen der eigenen Arbeitsposition /-funktion realistisch sind und zum anderen eine kontinuierlich hohe Arbeitsbelastung. Dies gilt explizit für Alten-/Pflegeheime sowie die ambulante Pflege.

Studie: *Parker, V.A. and Geron, S.M. (2007) Cultural Competence in Nursing Homes: Issues and Implications for Education, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Erweiterung kultureller Kompetenzen -> Interventionsprojekt ohne Kontrollstudie.

Setting: 10 Alten-/Pflegeeinrichtungen

Zielgruppe: 325 Teilnehmer (davon 72 Teilnehmer aus dem Management und 253 Pflegefachkräfte) verteilt auf 56 Fokusgruppen sowie pro Einrichtung eine Fokusgruppe mit Familienangehörigen

Interventionen:

- Assessment kultureller Kompetenzen, darauf aufbauend Abstimmung des weiteren Programms (ausgeführt durch Projektteam)
- Kontinuierliche Feedback Meetings mit Schlüsselpersonen aus dem Management
- Projektteam stimmt mit jeder Einrichtung deren individuellen Aktionsplan ab, welcher die Bedarfe der Einrichtung berücksichtigt. Vier Kategorien sind von Relevanz: (a) Differenzen seitens der Bewohner; (b) Kommunikation, (c) Generalisierung, (d) diskriminierendes Verhalten (siehe Baseline Ergebnisse)

Wesentliche Ergebnisse:

Fünf Kategorien konnten aus den qualitativen Daten abgeleitet werden. Sie beziehen sich sowohl auf die individuelle als auch organisationale Ebene.

1. Es besteht eine Varianz in der Wahrnehmung kultureller Differenzen der betreuten Bewohner.

2. Es bestehen Bedarfe hinsichtlich Herausforderungen verbaler und non-verbaler Kommunikation (u.a. Akzent, Notwendigkeit der Zweitsprache etc.).
3. Es kommt zur Minimalisierung und Generalisierung wahrgenommener Differenzen.
4. Es kommt zu diskriminierendem Verhalten und Kommentaren seitens des Personals, der Bewohner oder deren Angehörigen.
5. Inadäquate organisationale Reaktionen auf Punkt 4.

Die Gewinnung von Pflegenden mit Migrationshintergrund fördert nicht den Verbleib am Arbeitsplatz bzw. erhöht nicht die Arbeitszufriedenheit, wenn es nicht gelingt - zeitgleich - „die kulturellen Differenzen seitens der Bewohner“ und „ethnozentristische Wahrnehmung der Pflegenden“ im gesamten Team anzusprechen und gemeinsam zu bearbeiten.

Parker und Geron schlussfolgern, dass multiple Interventionsstrategien gefordert sind, die sich an alle Mitarbeitergruppen richten und nicht nur an die Minoritätsgruppen.

Die Studie bezieht Strategien zur Verbesserung kultureller Kompetenzen mit ein und fordert eine Einbindung in Routineprozesse, u.a. Qualitätsmanagement, Pflegeprozess etc.

Effekte treten nicht kurzfristig auf, sondern bedürfen einer langfristigen strategischen Perspektive.

Studie: Stanly, D. (2010) *Multigenerational workforce issues and their implications for leadership in nursing*, Australia

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Analyse der Wirkung von multigenerationalen Arbeitsbedingungen auf Gewinnung und Verbleib von Mitarbeitenden

Setting: Literaturrecherche

Wichtige Ergebnisse:

Der Autor unterscheidet vier Generationen, d.h. Veterans (Kriegsgeneration), Baby Boomers („Leben um zu Arbeiten“), Generation X („Arbeiten um zu Leben“) and Generation Y („Millennials“).

Er geht davon aus, dass mit einem Multigenerationen Ansatz diverse der momentan bestehenden Probleme am Arbeitsplatz gelöst werden können; gleichwohl generationsübergreifende Konflikte evident sind und in Missverständnisse münden können.

Mögliche **Lösungsansätze**, um diesen Konflikten vorzubeugen:

- Konsistente Erwartungen an die Arbeitnehmer hinsichtlich organisationaler Ziele und Prozeduren
- Offener, transparenter Dialog mit allen Arbeitnehmern, insbesondere den jüngeren Generationen
- Eine flexible, offene und niedrigschwellige Art und Weise den verschiedenen multigenerationalen Herausforderungen zu begegnen.

- Top fünf der Bedarfe „aller“ Mitarbeitenden, unabhängig von deren Zuordnung zu einer Generation:
 - Die Möglichkeit, sich zusammen mit der Organisation zu entwickeln
 - Work-Life-Balance
 - Nachhaltige (finanzielle) Benefits
 - Zugang zu Angeboten des lebenslangen Lernens
 - Möglichkeiten alle Generationen zu trainieren, zu coachen und zu motivieren.

Von zentraler Bedeutung für die Zukunft wird sein zu verstehen, welche Motivation der verschiedenen Generationen sich hinter der Gewinnung für einen und dem Verbleib am Arbeitsplatz verbergen. Der Autor geht davon aus, dass Führungskräfte, denen es gelingt, die Beschäftigten jeder Generation und generationenübergreifend einzubinden, aktuelle Probleme der Gewinnung und Fluktuation lösen können.

Studie: *Barlow, K.M., Zangaro, G.A. (2010) Meta-analysis of the reliability and validity of the Anticipated Turnover Scale across studies of registered nurses in the US, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Nachweis der Evidenz (Konstruktvalidität) der Anticipated Turnover Scale (ATS) scores -> auf der Grundlage einer Meta-Analyse von 12 Studien

Wesentliche Ergebnisse

- ATS zeigte exzellente Werte hinsichtlich Reliabilität ($P < 0.0001$) und Konstruktvalidität ($Q = 85.197$, d.f. = 11, $P < 0.0001$) und Sensitivitätsanalysen ($Q = 38.55$, d.f. = 1, $P < 0.0001$).
- Eine erwartete negative Beziehung konnte zwischen Arbeitszufriedenheit und Wechselbereitschaft festgestellt werden, d.h. eine negative Beziehung weist darauf hin, dass bei einer fallenden Arbeitszufriedenheit die Wechselbereitschaft steigt und umgekehrt.
- ATS sollte regelmäßig zum Einsatz kommen, somit Steigerung zur Verfügung stehender Daten und verbesserte Analyse- und Auswertungsoptionen.
- Weitere Forschung unter Einbindung der ATS, insbesondere hinsichtlich Wirkung präventiver Maßnahmen, welche die Wechselintention beeinflussen.
- Notwendigkeit der Testung der Validität in anderen Ländern.

Studie: Aaron, C.A. (2011) *The Positive Impact of Preceptors on Recruitment and Retention of RNs in Long-Term Care: A Pilot Project*, USA

Fragestellung: Gewinnung und Verbleib von Personal

Thema: Pilotierung eines Einarbeitungs-/ Mentorenkonzepts, um die Gewinnung von Mitarbeitenden und deren Verbleib in der Langzeitpflege zu optimieren

Setting: 4 Alten-/Pflegeheime, Ausbildungsstätten

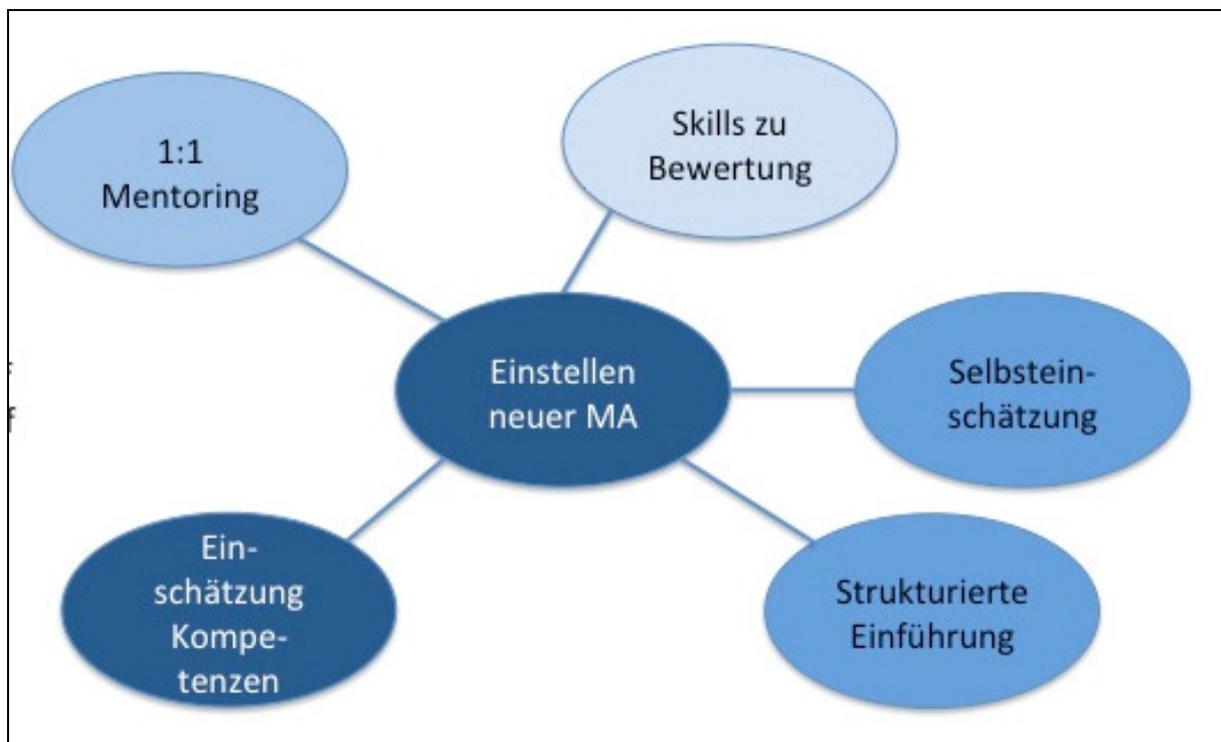
Zielgruppe: 12 Pflegenden, davon 8 Pflegefachkräfte, Management (Leitung und Stellvertretung), Administration -> Fokusgruppen und Hospital Competency Care of Adult 65years+

Intervention:

Grundlage war ein klinisches Rollenmodell mit Fokus auf sieben zu erwerbende Kernkompetenzen: (1) helfende Rolle, (2) Edukation und Coaching, (3) Diagnostik und Monitoring, (4) effektives Managen sich rasch ändernder Situationen, (5) Administration und Monitoring therapeutischer Maßnahmen, (6) Sicherstellung der Qualität sowie (6) Selbstorganisation sowie (7) Benners Modell „vom Novizen zum Experten“.

Demnach handelt es sich bei der Intervention um ein evidenz-basiertes Einarbeitungskonzept, um neue Beschäftigte durch erfahrene Pflegeexperten zu trainieren und zu begleiten. Dabei wird explizit die Vermittlung gerontologischer Inhalte priorisiert.

Abb. 24: Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

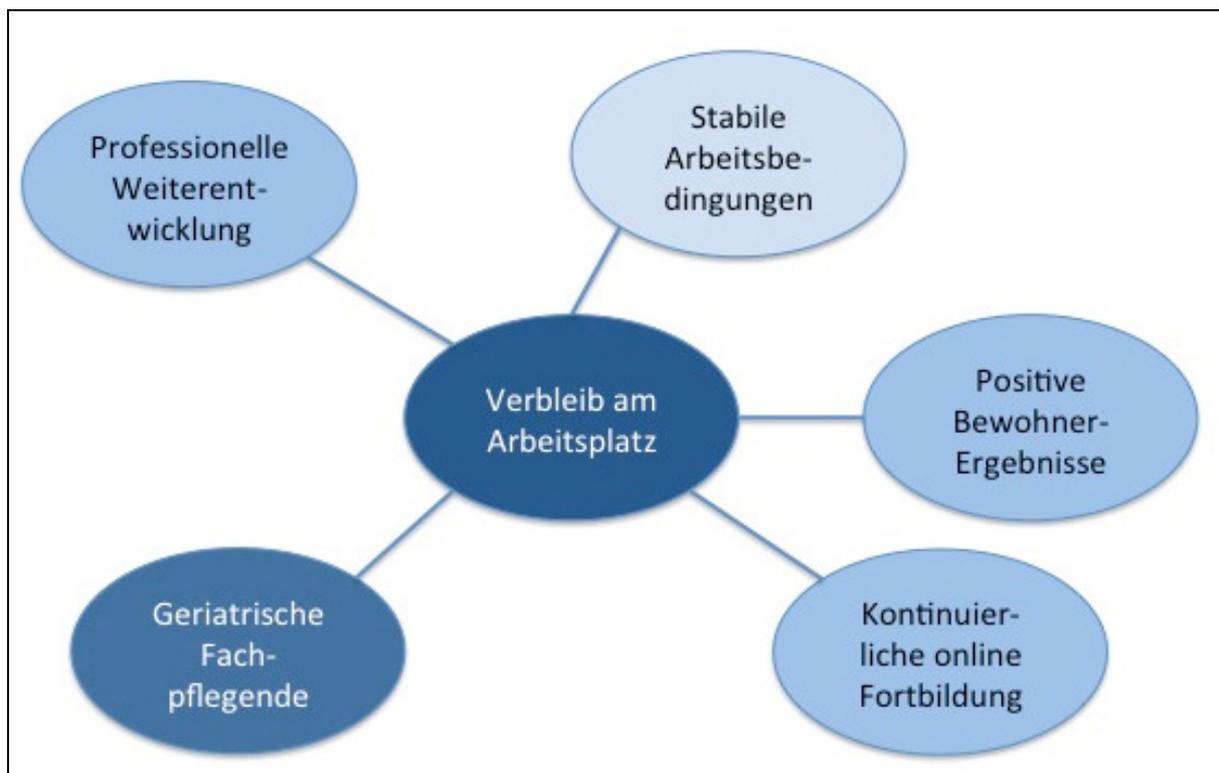


Die Einarbeitung (Abb. 24) neuer Mitarbeitenden inkludiert eine Vorabbewertung spezifischer Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie allgemeiner Kompetenzen, die von Relevanz sind für die neue Tätigkeit, flankierend wird über den Zeitraum von zwei Wochen ein 1:1 Mentoring angeboten,

welches eine strukturierte Einarbeitung ermöglicht sowie den Entwicklungsprozess „vom Anfänger zum Experten“ im Blick hat.

Daraus ableitend – so die Idee – ergibt sich eine Mentoringsituation für Mitarbeitende (Abb. 25) mit dem Ziel, den Verbleib am Arbeitsplatz zu verstärken. Mit dem Mentoring (welches defacto mit Beginn des Arbeitsverhältnisses startet) werden folgende Faktoren berücksichtigt: kontinuierliche Online-Fortbildungsangebote verstanden als Beitrag zur weiteren Professionalisierung, Sichtbarkeit positiver Outcome Ergebnisse. Darüber hinaus findet ein intensiver Austausch mit gerontologischen Pflegefachkräften statt, verstanden als Beitrag zur Wissenszirkulation bzw. zum Entwicklungsprozess „vom Anfänger zum Experten“.

Abb. 25: Mentoring von Mitarbeitenden



Wesentliche Ergebnisse

Das Programm ermöglicht eine gute Orientierung für neu eingestellte Pflegende durch die 1:1 Betreuung und der Orientierung an den Vorerfahrungen der neuen Beschäftigten (diese werden erfasst mit einem standardisierten und validierten Instrument). In einem Zeitraum von sechs Monaten konnten in den vier beteiligten Einrichtungen 10 Pflegende eingestellt und gleichzeitig die Einbindung von externen Pflegenden (via Agentur) reduziert werden. Neun Monate nach Start des Projektes konnte auf die Akquise externer Pflegenden verzichtet und parallel Überstunden abgebaut werden. Von den neuen Beschäftigten wurden insbesondere folgende Unterstützungsangebote positiv bewertet: Mentoring in unerwarteten Situationen hinsichtlich Priorisierung und Entscheidungen treffen, flankierende Maßnahmen hinsichtlich der Befähigung, kritische Situationen zu managen sowie Hinführung zu den spezifischen Anforderungen der Altenpflege.

Für die Einrichtung entstanden geringere finanzielle Belastungen vor allem bedingt durch die Reduktion externer Pflegenden (u.a. ergaben sich Einsparpotentiale von \$150000). Darüber hinaus

hat sich das bewohnerbezogene Outcome verbessert (MDS Data). Dies wurde vor allem auf eine höhere Kontinuität in Pflege und Betreuung zurückgeführt.

Studie: *Grealish, L., Bail, K., Ranse, K. (2010) „Investing in the future“: residential aged care staff experiences of working with nursing students in a community of practice, Australia*

Fragestellung: Gewinnung von Personal

Thema: Implementierung eines Modells „Schulstation für Auszubildende“ inkl. Klinischem Unterricht sowie das Erleben der Praxis als Lernort.

Setting: 4 Seniorenheime, Ausbildungsstätten

Zielgruppe: 24 Pflegendende -> Gruppendiskussion

Intervention:

Schulstation, bestehend aus drei Komponenten: (1) Aktivitäten die eine aktive Einbindung der Schüler erfordert; (2) Aufgaben orientiert am Kompetenzlevel der Schüler bei gleichzeitiger Herausforderung, Neues zu lernen.; (3) Gestaltung kontinuierlicher Lernsituationen im Sinne der Wissenszirkulation und des Sammeln von Praxiserfahrungen über den Zeitraum eines Semesters (5 Monate).

Wesentliche Ergebnisse

Zwei Kategorien reflektieren die Ergebnisse:

- a) lokales Investment bezieht sich auf die Balance zwischen „Arbeit erledigen“ und „Lernen“ sowie als Nebeneffekt, eine intensive Interaktion mit den Bewohnern und daran gekoppelt, den Einfluss auf deren Wohlbefinden. Kontinuierliches Mentoring war förderlich hinsichtlich der Qualität der Handlung unabhängig davon, ob die Schüler sich vorstellen können, perspektivisch in der Langzeitpflege tätig zu sein. Schulstation wurde wahrgenommen als „personalisierte Lernumgebung“.
- b) Investment in die Zukunft wirkte sich vor allem positiv auf die Wahrnehmung der Altenpflege aus und auf die eigene Verortung in diesem Berufsfeld, verstärkt durch die lange Zusammenarbeit auf der Schulstation. Pflegefachkräfte waren besonders dann zufrieden, wenn sie die Entwicklung bzw. Transformation von Schülern in Kollegen beobachten konnten. Pflegefachkräfte profitierten u.a. von den regelmäßigen Besuchen der Lehrenden sowie der Schulstation allgemein inkl. der Notwendigkeit „Alltag als Lernalltag zu gestalten“. Seitens der Schüler konnte ein besseres Verständnis hinsichtlich der Komplexität des sozialpolitischen Kontext erreicht werden.

Grealish et al. schlussfolgern, dass die Etablierung einer Schulstation einem Investment in die Zukunft gleichkommt und die Zufriedenheit der Pflegefachkräfte mit dem Lernzuwachs der Auszubildenden korrespondiert und sich aus der Zuversicht, einen „zukünftigen Kollegen“ auszubilden, speist.

Studie: *Kulig, J.C., Stewart, N., Penz, K., Forbes, D., Morgan, D. Emerson, P. (2009) Work Setting, Community Attachment, and Satisfaction Among Rural and Remote Nurses, Kanada*

Fragestellung: Gewinnung von Personal

Thema: Vergleich der Zufriedenheit von Pflegenden in akuten und Langzeitpflegeeinrichtungen (u.a. home community satisfaction scale und overall job satisfaction)

Zielgruppe: Pflegefachkräfte in der Akutpflege sowie in der ambulanten und stationären Pflege oder auch bei Hausärzten (N = 3331); 80% lebten in Orten mit 10000 oder weniger Einwohner. 64,4% wuchsen in ländlichen Gebieten auf.

Wesentliche Ergebnisse der Untersuchung:

- Pflegende, die in der häuslichen Pflege beschäftigt sind,
 - waren signifikant zufriedener als Pflegende in akutklinischen Settings; dies wirkt sich auf die Arbeitszufriedenheit aus.
 - kommen häufiger aus ländlichen Regionen.
 - und in einer ländlichen Region arbeiten die 10.000 oder mehr Einwohner aufwies, sind signifikant zufrieden mit der eigenen Gemeinde (F1, 3160), $p < .001$)
 - und aus einer Stadt auf das Land gezogen sind, adaptierten im Verlauf ihrer Beschäftigung die Werte und Routine des ländlichen Alltags.
 - in Gemeinden mit 10.000 oder mehr Einwohnern tätig sind, waren signifikant zufriedener (F1, 3202) 53.94, $p < .01$) als die in kleineren Gemeinden
- Zwei Themenschwerpunkte ergaben sich aus den qualitativen Daten:
 - Emotionale Bindung zur Gemeinde, die sich unterscheiden lässt in "nach Hause gehen" oder "ein zu Hause werden".
 - Zufriedenheit mit der Gemeinde, die sich ebenfalls unterscheidet in "ländlich aufgewachsen" oder "neues ländliches Leben"

Kulig et. al. schlussfolgern, dass dem Verhältnis von Arbeitszufriedenheit und emotionaler Bindung und Zufriedenheit mit der Gemeinde (Leben und Arbeiten) mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte und sich hierin ggf. Hinweise auf erfolgreiche Strategien zur Gewinnung neuer sowie zum Verbleib von Beschäftigten finden lassen.

Sie empfehlen deshalb, dass zukünftig eine identitätsstiftende Verankerung in der Gemeinde mit in Verbleibe-Strategien aufzunehmen sind. Insofern könnte es – insbesondere für ländliche ambulanten Pflegedienste – hilfreich sein, das Marketing nicht nur auf die Vorzüge des eigenen Betriebes, sondern auch auf deren Verankerung (und Wirkung) auf die Gemeinde beinhalten. Angeboten würde dann nicht nur ein Arbeitsplatz, sondern ein Platz in der Gemeinde.

3.1.2 Systematic Review - Fokus auf lizenzierte Pflegehelfer (CNA's), lizenzierte klinische Pflegehelfer (LNPs) persönliche Pflegeassistenten (PCAs) und andere nicht lizenzierte Pflegehelfer

Studie: Rosen, J., Stiehl, E.M., Mittal, V., Leana, C.R. (2011) *Stayers, Leavers, and Switchers Among Certified Nursing Assistants in Nursing Homes: A Longitudinal Investigation of Turnover, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Longitudinal Studie (Baseline T_0 plus 1 Jahr T_1 und T_2), Analyse von Faktoren die mit dem Verbleib am Arbeitsplatz bzw. dem Wechsel eines Arbeitsplatzes beeinflussen sowie den Blick über den Wechsel hinaus (vergleichende Analyse)

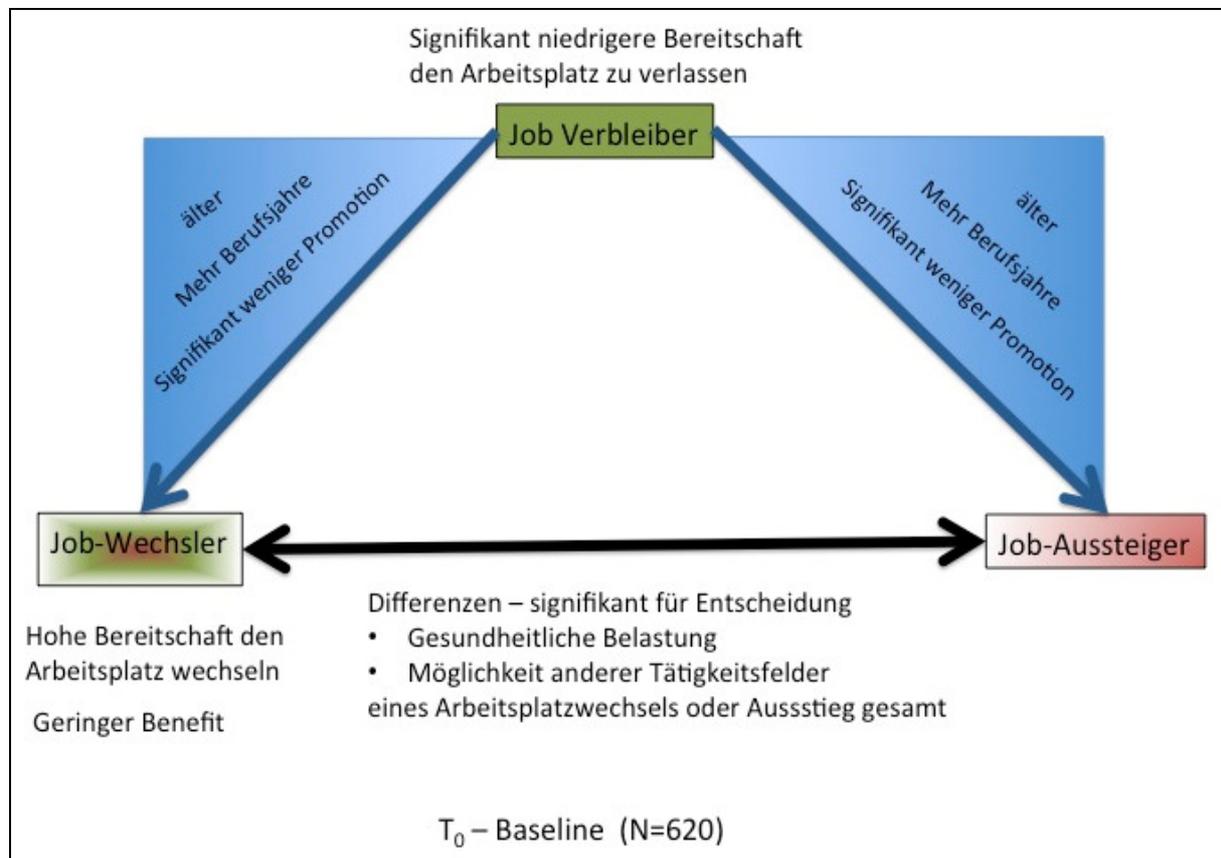
Setting: Alten-/Pflegeheime

Zielgruppe: lizenzierte Pflegehelfer (CNAs), Pflegeassistenten (N = 620), Fokusgruppen und je zwei Telefoninterviews pro Teilnehmenden

Wesentliche Ergebnisse:

Die Untersuchung gliedert sich analog des jeweiligen Erhebungszeitpunktes: T_0 (Baseline), T_1 und T_2 . In (Abb. 26) sind Zusammenhänge derjenigen Faktoren dargestellt, die zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung auffielen.

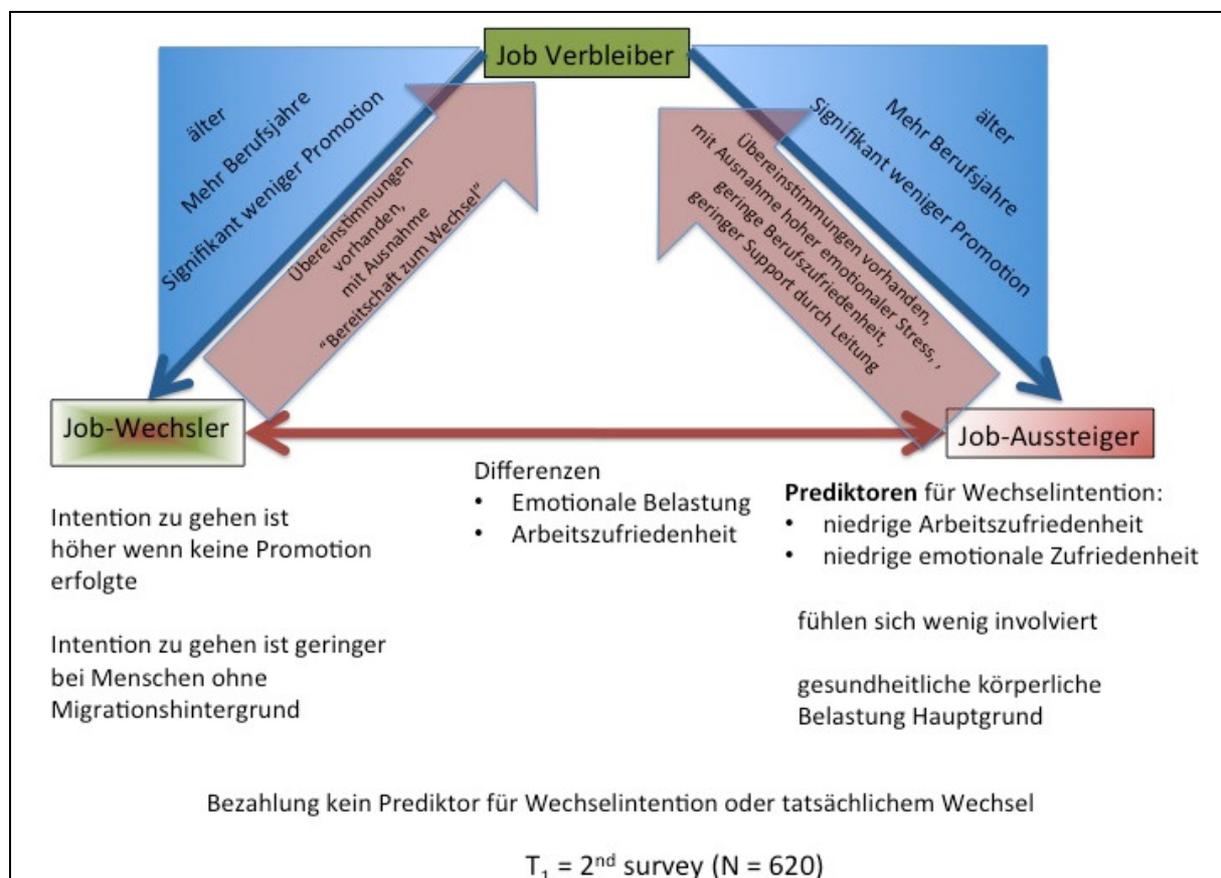
Abb. 26: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T_0)



Sichtbar sind inhaltliche Bezügen zwischen Wechselbereitschaft, am Arbeitsplatz Verbleibenden bzw. Aussteigern. Dabei fällt auf, dass sich am Arbeitsplatzverbleibende von den anderen beiden Gruppen dadurch unterscheiden, dass sie älter sind, viele Berufsjahre vorweisen können und innerhalb der Einrichtungshierarchie gefördert wurden. Gründe für einen Ausstieg bzw. einen Arbeitsplatzwechsel liegen vor allem in der subjektiven Einschätzung hinsichtlich gesundheitlicher Belastung und realer Optionen auf einen anderen Berufszweig. Von den 620 befragten Teilnehmer/innen gaben 85.8% an, dass sie ihren Arbeitsplatz innerhalb des letzten Jahres nicht gewechselt haben.

Sechs Monate nach der ersten Erhebung fand eine zweite Befragung statt (Abb. Yx). Ausgehend von N = 620 gaben 14,2% an, dass sie nicht mehr an dem Arbeitsplatz von T₀ beschäftigt sind. Von diesen 88 Befragten gaben 59% an, dass sie ihren Arbeitsplatz gewechselt und 41% dass sie den Beruf verlassen haben oder arbeitslos waren.

Abb. 27: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T₁)

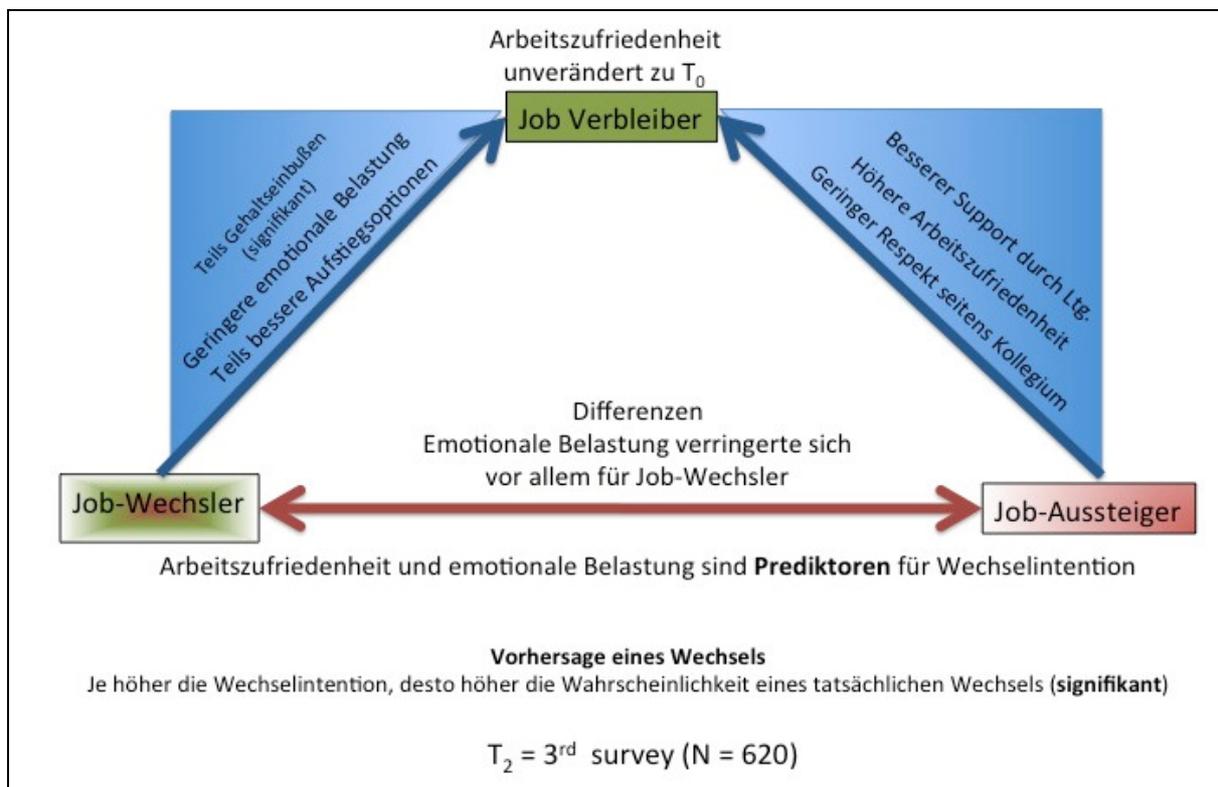


Erkennbar ist, dass sich hinsichtlich des Profils (Verbleibende, Wechselbereite, Aussteiger) keine grundsätzlichen Änderungen ergeben haben; dennoch gibt es Unterschiede, d.h. die Wechselbereitschaft erhöhte sich insbesondere dann, wenn sich keine (weiteren) Fördermöglichkeiten innerhalb der Einrichtung ergaben. Für die Autor/innen überraschend war der Fakt, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine deutliche höhere Wechselbereitschaft zeigten, als diejenigen ohne Migrationshintergrund. Es war unklar, wie dies zu interpretieren ist; insofern wurde hier weiterer Forschungsbedarf definiert. Als Ausstiegsgrund wurde am häufigsten eine gesundheitliche Überlastung genannt. Als Prädiktoren (signifikant) für einen Ausstieg konnten Faktoren wie

Arbeits- und emotionale Zufriedenheit identifiziert werden, wohingegen die Bezahlung sich nicht als signifikanter Prädiktor darstellen ließ.

Ein Jahr nach T₀ wurde eine dritte Befragung realisiert (Abb. 28). Merkmale zwischen am Arbeitsplatz Verbleibenden und Wechselbereiten bzw. Aussteigern sind nun etwas unterschiedlich, d.h. Wechsler sind bereit, Gehaltseinbußen zu akzeptieren, wenn sie einen Arbeitsplatz in Aussicht haben mit geringerer emotionaler Belastung und Aufstiegsmöglichkeiten. Die Befragung der Aussteiger hat ergeben, dass sie in einem anderen Tätigkeitsfeld eine höhere Arbeitszufriedenheit erreichten und sich besser durch das Management unterstützt fühlen. Interessant hier war das Ergebnis, dass sie den Eindruck hatten, dass ihre neuen Kolleg/innen ihnen weniger Respekt entgegenbrachten.

Abb. 28: Einflussfaktoren auf Verbleib, Wechsel oder Ausstieg (T₂)



Je höher die eingeschätzte Wechselintention, desto höher die Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Wechsels. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen emotionalem Belastungserleben und tatsächlichem Wechsel. Gleichzeitig bestand ein negativer Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Wechsels. Als signifikante Prädiktoren haben sich Faktoren wie Arbeits- und emotionale Zufriedenheit für die Vorhersage eines Ausstiegs bestätigt.

Im Rahmen der Studie wurden keine einrichtungsbezogenen Daten erfasst. Sie hoffen jedoch, dass ihre Erkenntnisse Einblicke in die Motivation der Professionellen liefern, den Arbeitsplatz (nicht) zu verlassen.

Studie: *Mittal, V., Rosen, J., Leana, C. (2009) A Dual-Driver Model of Retention and Turnover in the Direct Care Workforce, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Analyse von Faktoren, die sich auf die Wechselbereitschaft bzw. den Verbleib von in der direkten Pflege tätigen Professionellen auswirken

Zielgruppe: lizenzierte Pflegehelfer (CNAs), persönliche Pflegeassistenten (PCAs) in der stationären Pflege (N = 47)

Fokusgruppen:

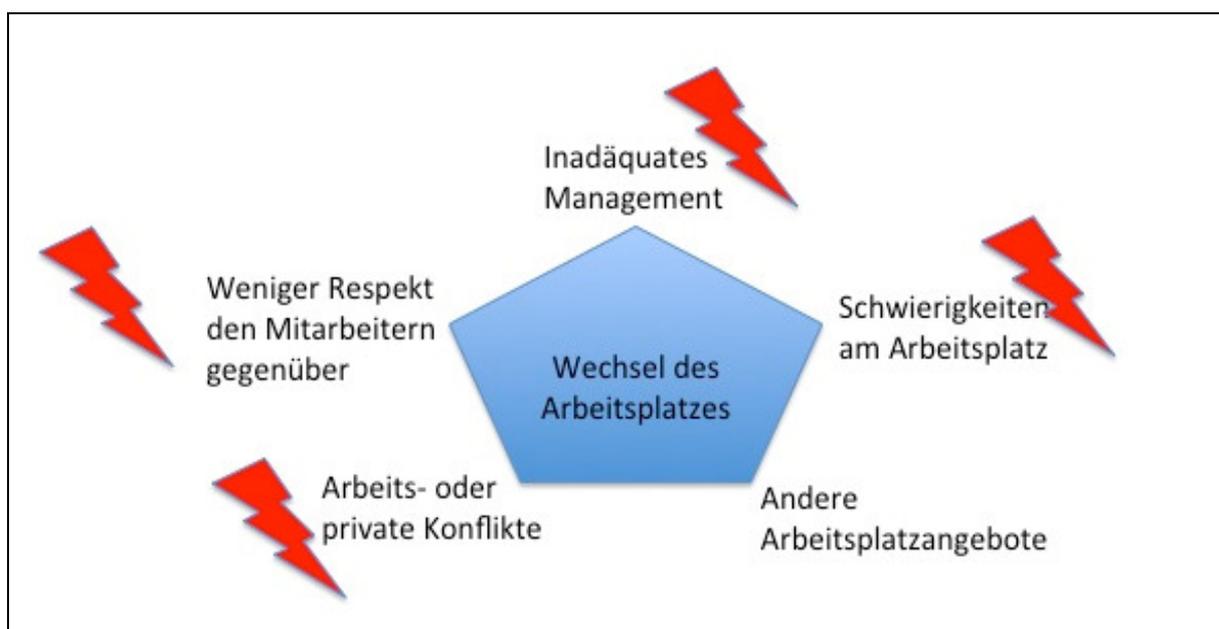
- chronische Wechsler mit 5 Teilnehmenden (TN), d.h. > 2 Wechsel in den letzten 3 Jahren
- ab und zu Wechsler (15 TN), d.h. 1-2 Wechsel in den letzten 3 Jahren
- am Arbeitsplatz Verbleibende (17 TN), d.h. am gleichen Arbeitsplatz in den letzten 3 Jahren
- im ländlichen Gebiet tätig (3 TN), mit niedriger bis hoher Wechselbereitschaft
- Teilzeitbeschäftigte (7 TN),

Mittal et al. legten ihrer Studie das „Dual Driver Model“ zugrunde, welches davon ausgeht, dass sowohl interne (direkt mit dem Arbeitsplatz korrespondierende) und externe Kontextfaktoren sich auf die Wechselbereitschaft bzw. den Verbleib auswirken. In den Fokusgruppen wurden zwei Fragen diskutiert: Warum verlassen direkt in der Pflege tätige ihren Arbeitsplatz bzw. Warum verbleiben sie am Arbeitsplatz?

Wesentliche Ergebnisse:

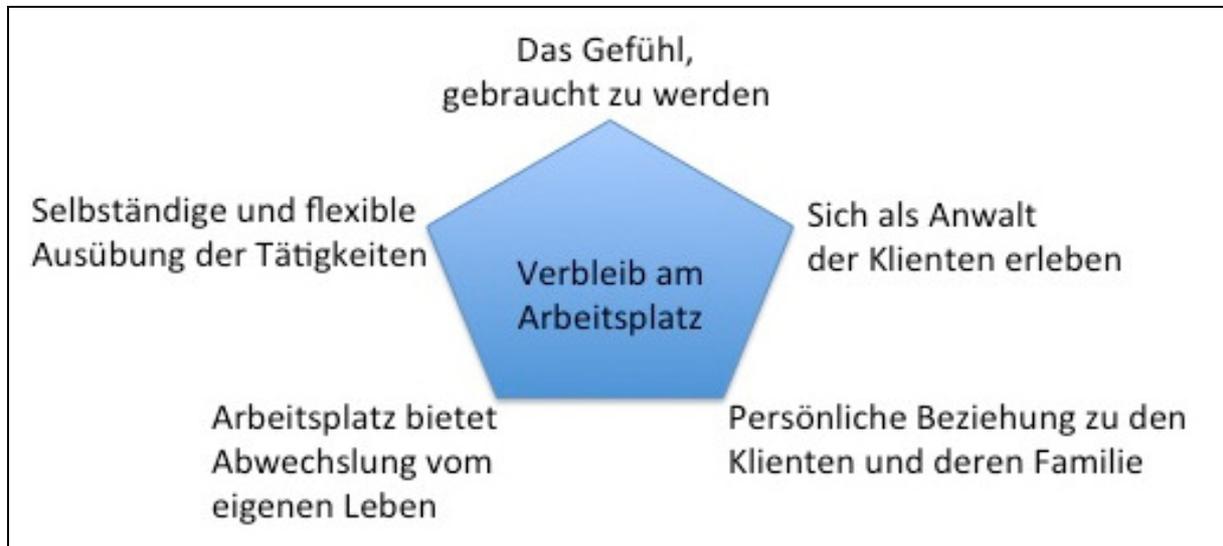
Welche Faktoren mit der Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln bzw. zu verbleiben korrespondieren, waren folgende (Abb. 29).

Abb. 29: Gründe für den Wechsel des Arbeitsplatzes



Interessanterweise wurden keine Unterschiede in der Argumentation „für/gegen“ einen Wechsel des Arbeitsplatzes angegeben. Die häufigsten Nennungen sind durch rote Blitze gekennzeichnet. Mittal et al. beschreiben, dass die Gründe für einen Verbleib am Arbeitsplatz andere sind, als die, welche für einen Arbeitsplatzwechsel genannt werden (Abb. 30).

Abb. 30: Gründe für den Verbleib am Arbeitsplatz



Kritik wird von Mittal et al. dahingehend geäußert, dass im Versuch des Haltens von Beschäftigten deren Identifikation mit der „direkten Pflege“ oft unterschätzt wird und andere Angebote (Benefit, Gehalt) kaum wirksam sind. Angebote, welche die Identifikation mit der direkten Pflege beeinflussen, werden kaum gemacht. Insbesondere wird vernachlässigt, dass direkt in der Pflege tätige einen hohen Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben, der sich einerseits unmittelbar aus dem pflegerischen Aufgabenbiet ergibt und andererseits sich auf die zwischenmenschliche Kommunikation (u.a. im Team), Respekt sowohl der Beschäftigten als auch den Pflegebedürftigen gegenüber ergibt.

Abschließend wird geäußert, dass die aktuellen Entwicklungen hin zu einem personenzentrierten Ansatz der Pflege dazu führen wird, dass Pflegende „empowerment“ erfahren und daraus ableitend eine Qualitätsverbesserung erwartbar ist. Letzteres hängt wiederum mit der erlebten Arbeitszufriedenheit zusammen, die den Verbleib bzw. Wechsel mit beeinflusst. Gerade die Bedeutung einer stabilen Arbeitsumgebung bei gleichzeitigem kulturellem Wandel hin zu einer Personenzentrierung in der Altenpflege ist nicht zu unterschätzen.

Sie empfehlen weitere Studien, insbesondere mit Fokus auf die Relevanz der direkten Pflege im Kontext einer personenzentrierten Pflege sowie deren Einflussnahme auf den Verbleib am Arbeitsplatz. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass das Modell „work-for-pay“ alleine nicht mehr identitätsstiftend ist und daraus ableitend, Aktivitäten zum Verbleib am Arbeitsplatz darüber hinaus gehen müssen.

Studie: Donoghue, C. and Castle, N.G. (2009) *Leadership Styles of Nursing Home Administrators and Their Association with Staff Turnover, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Analyse des Zusammenhangs zwischen Leadership-Stil und Wechselbereitschaft

Zielgruppe: Pflegefachkräfte (RNs), lizenzierte klinisch tätige Pflegende (LPNs), Pflegehelfer (NAs) in der stationären Pflege (N = 2900)

Wesentliche Ergebnisse

Mit dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, in welchem Zusammenhang der Führungsstil mit der Wechselbereitschaft von Beschäftigten steht (Abb. 31). Das zugrundeliegende Analysemodell geht davon aus, dass folgende Faktoren sich auf die Wechselbereitschaft auswirken: persönliche Charakteristika, auf die Rolle bezogene Charakteristika, Umgebungsfaktoren der Einrichtung sowie andere Arbeitsplatzoptionen. Diese Faktoren und der Führungsstil wirken sich auf die Arbeitszufriedenheit und die Wechselbereitschaft aus.

Abb. 31: Zusammenhang zwischen Führungsstil und Wechselbereitschaft



Bei einem autoritären Führungsstil ist die Wechselbereitschaft der Pflegefachkräfte deutlich höher ausgeprägt.

Konsensusorientierte Manager setzen auf die Kompetenz der Mitarbeitenden und befähigen diese, Probleme die in der direkten Pflege auftreten, selbst lösen zu können. Orientiert an der Komplexität des Problems sind diese Beschäftigten dann in der Lage, je nach Bedarf, das Management einzubinden. Daran gekoppelt ist die Wahrnehmung, dass die Mitarbeitenden sich gestärkt im Sinne des Empowerments fühlen, Entscheidungskompetenz besitzen sowie flexible Lösungsoptionen anwenden können. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass ein konsensusorientierter Führungsstil die beste Wahl für Alten-/Pflegeheime darstellt.

Studie: Pillemer, K., Meador, R., Henderson, C., Robinson, J., Hegeman, C., Graham, E., Schultz, L. (2008) *A Facility Specialist Model for Improving Retention of Nursing Home Staff: Results From a Randomized, Controlled Study, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Erprobung eines speziellen „Verbleibe-Trainings“ (RCT) über 1 Jahr: Baseline (14 Tage vor Beginn der Intervention); erster Post-Test (6 Monate nach Baseline und zweiter Post-Test (12 Monate nach Baseline)

Zielgruppe: lizenzierte Pflegehelfer (CNAs) in der stationären Pflege (N = 762)

Setting: 30 Alten-/Pflegeheime

Intervention:

- a) Spezifisches Verbleibe-Training über 3 Tage
 - o Den Verbleib am Arbeitsplatz beeinflussende Faktoren
 - o Vorstellung verschiedener Maßnahmen, u.a. Respekt und Anerkennung; Managementpraxis, strukturierte Karriereentwicklung, Mentoring, spezifische Angebote zur individuellen Kompetenzförderung sowie Work-Life-Balance
 - o Vorstellung von drei Maßnahmen, die mittleren Evidenzlevel aufwiesen: Kommunikationsstrategien; Karriereplanung für lizenzierte Pflegehelfer sowie Peer Mentoring.
- b) Kontinuierliche technische Unterstützung der Pflegefachkräfte, um auf weitere für das Thema „Arbeitsplatzverbleib“ relevante Texte zugreifen zu können
- c) Nutzung kommunaler Ressourcen, vor allem vor dem Hintergrund des Support einer „Work-Life-Balance“.

Wesentliche Ergebnisse:

Zwischen dem sechsten und 12ten Monat nach Start des Projektes konnte in den Interventions-einrichtungen eine signifikante Reduktion in der Fluktuation von 10.54% ($p = < .045$) erreicht werden (von T_0 zu T_2). In den Kontrollgruppen wurde eine Reduktion von 2.65% erreicht. Die Größe der Einrichtung, die Region oder der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung stellen keine Einflussgröße dar.

Effekte den Arbeitsplatz tatsächlich zu verlassen waren in der Interventionsgruppe stabil in der zweiten Hälfte des Projektes (6-12 Monate), erhöhten sie sich leicht in der Kontrollgruppe, gleichzeitig war dieses Ergebnis signifikant.

Hinsichtlich der Vorhersage einer Reduktion der Fluktuation über die 12 Monate konnte ein geringer (statistisch insignifikanter) Effekt in der Interventionsgruppe festgestellt werden, gleichzeitig erhöhte sich die Wechselquote in der Kontrollgruppe.

Durch die Interventionen konnten keine signifikanten Änderungen in der Arbeitszufriedenheit oder im Stressempfinden festgestellt werden.

Studie: *Bishop, C.E., Weinberg, D.B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S.G., Zincavage, R.M. (2008) Nursing Assistant's Job Commitment: Effect of Nursing Home Organizational Factors and Impact on Resident Well-Being, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Analyse folgender Aspekte: (a) identifizieren sich lizenzierte Pflegehelfer stärker mit ihrem Job, wenn sie dies mit einer Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes verbinden und (b) beeinflusst dies die Zufriedenheit der Klienten

Zielgruppe: lizenzierte Pflegehelfer (CNAs) in der stationären Pflege (N = 255) sowie 105 Bewohner von 23 Wohnbereichen

Setting: 15 Alten-/Pflegeheime

Wesentliche Ergebnisse:

Die Arbeitsplatzzufriedenheit der zertifizierten Pflegehelfer – bezogen auf (a) Bezahlung, Benefits und (b) Arbeitsplatzgestaltung – war am höchsten, wenn (c) eine gute und kontinuierliche Begleitung im Sinne eines Monitorings / Feedbacks durch verantwortliche Pflegefachkraft gewährleistet war.

Diese Kombination hatte die größte signifikante Wirkung auf den Verbleib am Arbeitsplatz (Regressionsanalyse), wenn zugleich Variablen wie Alter > 45 Jahre, Migrationshintergrund und Schulabschluss (höher als Hauptschule) mit einbezogen wurden.

Erlebten lizenzierte Pflegehelfer ihre verantwortliche Pflegefachkraft ihnen gegenüber als „respektvoll, unterstützend und reflexiv“, identifizierten sie sich eher mit ihrem Arbeitsplatz und Tätigkeitsfeld als andere Pflegende. Dies wiederum wirkte sich indirekt auf die Wechselbereitschaft aus. Mentoring kam in diesem Prozess eine besondere Bedeutung zu.

Eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes wirkte sich nicht signifikant auf den Verbleib am Arbeitsplatz aus.

Fragen zur Lebensqualität aus Sicht der Bewohner: Insgesamt betrachtet erhöhte sich die Lebensqualität in denjenigen Wohnbereichen signifikant (general linear model), die einen hohen Anteil lizenzierter Pflegehelfer beschäftigten, die sich mit ihrem Tätigkeitsfeld identifizierten und keine Wechselabsichten zeigten. Je höher die Identifikation (Koeffizient von .65 auf .77) desto höher die Zufriedenheit der Bewohner (QOL-14 von .61 auf .77).

Als Schlussfolgerung wird festgehalten, dass eine Steigerung der Identifikation und der Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz nicht alleine durch die Implementierung eines personen-zentrierten Pflegekonzeptes und damit einhergehende Anforderungen erreichen wird. Sie vermuten, dass das Management ein vertiefendes Training, hinsichtlich der vielfältigen Herausforderungen und für den Support in der Unterstützung Pflegehelfer benötigt. Sie verweisen auf den Wirkzusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit (einhergehend mit Benefit) und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung. Daraus ableitend plädieren sie für eine Erhöhung der Bezahlung und Erweiterung der Tätigkeitsprofile (horizontal und vertical).

Studie: Stone, R and Harahan. MF. (2010) *Improving the Long-Term-Care Workforce Serving Older Adults, USA*

Fragestellung: Verbleib von Personal

Thema: Literaturanalyse und Entwicklung von vier zukunftsweisenden Prinzipien für die Langzeitpflege, die in vier Aktionen münden.

Zielgruppe: mit älteren Menschen arbeitende professionell tätige Personen

Wesentliche Ergebnisse

Tab. 35 Vier zukunftsweisenden Prinzipien

Vier Prinzipien	Vier Aktivitäten
Der Fachkräftemangel kann nicht mit traditionellen Theorien bewältigt werden	Blick über traditionelle 'Angebot-Nachfrage' Theorien hinaus
Die Hervorhebung der besonderen Charakteristiken der Langzeitpflege ist von Relevanz, um konkurrenzfähig hinsichtlich zu anderen Sektoren zu sein	Anerkennung der Spezifika der Langzeitpflege und deren Arbeitsbedingungen
Die Gestaltung des Arbeitsumfeldes und der Verantwortlichkeiten sind auf die komplexer werdenden Bedarfe der Klienten auszurichten	Aktives reagieren auf neue 'care' Philosophien und innovative 'care' Modelle
Verändertes Kompetenzprofil in die Praxis implementieren, bevor die 'neuen, komplexen Klienten' in der Einrichtung ankommen	Definition neu erforderlicher Kompetenzen

Stone und Harahan empfehlen folgende unmittelbar zu initiiierende Aktionen:

- Investment in die Akquise von Menschen, die an der Langzeitpflege interessiert sind, u.a. Zwischenschritte einbauen bevor eine formalisierte Ausbildung startet oder auch Praktika Möglichkeiten für am Management interessierten Pflegefachkräften.
- Investment in die Ausbildung sowie lebenslanges Lernen. Das bisherige System der Bildungsangebote ist auf die tatsächlichen Bedarfe der Langzeitpflege anzupassen (u.a. formalisierte Qualifizierungen, Evaluation der Curricula und der Schulen, die für die Langzeitpflege Bildungsangebote bereithalten, Qualifizierung der Lehrenden in Gerontologie/Geriatrie, Managementqualifikationen optimieren).
- Arbeitsplätze in der Langzeitpflege stehen in Konkurrenz zu anderen Sektoren, deshalb ist Attraktivität der Langzeitpflege auf gleichem Niveau anzusiedeln, so dass sie konkurrenzfähig sind.

Studie: Probst, J.C., Beak, J.-D., Laditka, S.B. (2009) *Characteristics and Recruitment Paths of Certified Nursing Assistants in Rural and Urban Nursing Homes, USA*

Fragestellung: Gewinnung von Personal

Thema: Vergleichende Analyse von Strategien lizenzierte Pflegehelfer für eine Tätigkeit in Pflegeheimen zu gewinnen; verglichen werden ländliche mit städtischen Regionen

Zielgruppe: lizenzierte Pflegehelfer (CNAs) in der stationären Pflege (N = 2897)

Wesentliche Ergebnisse der Untersuchung, warum Menschen sich dazu entscheiden, zukünftig als lizenzierten Pflegehelfer zu arbeiten.

Einerseits spielt eine Rolle, dass ein potentieller Arbeitsplatz nahe am Wohnort liegt, wenn die Person ländlich wohnt (70.8%, nur 43.6% wenn in Stadt lebend, $P < .001$). Andererseits übten 52.2% vorher einen anderen Beruf aus (davon 17,5 % nachdem die Erziehungsphase – d.h. Kinder erwachsen – abgeschlossen war. Diese zweite Option korreliert mit einer hohen Motivation, sich in der direkten Pflege zu engagieren.

Nahezu 46% erfuhren über freie Stellen durch Familienangehörige bzw. Freunde, lediglich 23% bewarben sich auf eine öffentliche Stellenausschreibung.

Tab. 36: Unterschiede in der Gewinnung von Pflegehelfern zwischen ländlichen / städtischen Regionen

Warum CNA (analog zertifizierte Pflegeassistenten) werden?				
Gründe	Stadt (%)	Land (%)	Am wichtigsten	
Anderen Menschen helfen	98.0	96.5-97.9	61.7	57.5-66.7
Im Gesundheitswesen arbeiten wollen	89.7	88.0-88.4	8.5	6.0-8.8
Arbeitsplatzsicherheit	68.0	75.0-77.3	4.2	4.5
Arbeitsplatzzeiten	58.5	61.7		
Arbeitsoption	56.8	68.4-73.0	4.3	5.3-8.9
Arbeitsplatz nah an Wohnort	46.3	66.3-70.8	4.3	5.3-8.9
Familienmitglied/Freunde sind zertifizierte Pflegeassistenten	29.0	30.0-30.6		

Land (%) wird nochmals untergliedert in "unmittelbarer Stadtnähe" oder "Ländlich"

3.1.3 Einschränkungen hinsichtlich der Bewertung der Studien

Zu Beginn der Literaturrecherche wurde noch davon ausgegangen, dass es möglich sei, mit Hilfe eines Systematic Reviews eine vergleichende Analyse der verschiedenen Interventionen zu realisieren, welche die Gewinnung bzw. den Verbleib von Mitarbeitenden im Arbeitsalltag fördern. Allerdings stellte sich im Verlauf der SPICE Analyse rasch heraus, dass die Studienlage sehr

heterogen, die Maßnahmenpakete und Zielgruppen unterschiedlich sind und de facto keine Studien gefunden wurden, in denen dieselbe Maßnahme mehrfach erprobt und getestet wurde.

Auffällig war, dass durch die Suche nach evidenzbasierten Maßnahmen, kaum Studien im Review verblieben, die sich mit Fragen der Personalgewinnung oder Personalentwicklung befassen. Der größte Teil der Studien bezog sich auf Fragen des Verbleibs bzw. der Identifikation von Prädiktoren, um Wechselabsichten besser einschätzen zu können. Aussagen zur Evidenz beziehen sich deshalb ausschließlich auf einmalig durchgeführte Interventionsprojekte, ein Vergleich der Studienergebnisse ist insofern nur bedingt möglich.

Etwas besser könnte die Evidenz hinsichtlich Verbleib bzw. Wechselabsicht eingeschätzt werden, da viele verschiedene Instrumente existieren. Nachteilig für dieses „systematic Review“ ist allerdings, dass innerhalb der relevanten 19 Studien keine Überlappungen identifiziert werden konnten, so dass auch hier kein echter Vergleich der Ergebnisse möglich ist.

Erschwerend kommt noch hinzu, dass teils widersprüchliche Ergebnisse festgestellt wurden, vor allem bezogen auf die Bedeutung des Managements bzw. des Führungsstils auf die Verbleibe- bzw. Wechselintention.

3.1.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse lassen eine Tendenz dahingehend erkennen, als dass konventionelle Maßnahmen angesichts immer komplexer werdender Anforderungen nicht mehr ausreichen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Verbleib zu motivieren. Insbesondere Arbeitszufriedenheit und emotionales bzw. gesundheitliches Belastungsempfinden korrespondierten in allen Studien mit der Arbeitsbelastung und bestätigten (in unterschiedlicher Stärke) ihre Wirkung auf die Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln.

Hinsichtlich organisationaler Rahmenbedingungen sind insbesondere die Rolle des Managements bzw. der Führungsstil (mit unterschiedlicher Ausprägung) mitverantwortlich für eine Wechselabsicht bzw. einen realen Arbeitsplatzwechsel.

Auch konnte gezeigt werden, dass die Motivation zu bleiben bzw. den Arbeitsplatz zu wechseln, unterschiedlich sind. Insofern bedarf es – orientiert an der Motivlage – der Initiierung verschiedener Maßnahmenbündel. So variiert beispielsweise das Belastungserleben bezogen auf den Einsatzort, auffällig vor allem in der Differenz zwischen ambulanter und stationärer Pflege, und damit korrespondierender Einschätzung seitens der Pflegenden.

Der Identifikation und der Verbundenheit mit dem Tätigkeitsfeld kommt nach wie vor eine hohe Bedeutung zu. In verschiedenen Studien wurden Hinweise gefunden, dass sich Maßnahmen zur Personalgewinnung/-entwicklung bzw. der Vermeidung eines Arbeitsplatzwechsels kaum damit befassen, welche Bedeutung der direkten Pflege seitens der Pflegenden zugewiesen wird. Inhaltlich daran anknüpfend sind diejenigen Studien, die gezeigt haben, dass eine wertschätzende Haltung der Führungskräfte sich auf die Bereitschaft zu bleiben bzw. zu wechseln auswirkt.

3.2 Literaturrecherche national

3.2.1 Qualität der Daten

Im Verlauf der Recherche wurde deutlich, dass insbesondere in Fachzeitschriften der Altenpflege kontinuierlich neue Kampagnen, Initiativen und Konzepte der Mitarbeiterfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung veröffentlicht werden. Dies zeigt zum einen die hohe Aktualität der Thematik, zum anderen hat es zur Folge, dass aufgrund der großen Vielfalt und hohen Aktualität der Beiträge kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Vielmehr werden anhand von zum Zeitpunkt der Recherche veröffentlichten, exemplarischen Beiträgen dominierende Strömungen, Diskurse und Forschungsergebnisse in ihrer Vielfalt dargestellt und reflektiert.

Die Auswertung der recherchierten Literatur verdeutlichte zudem, dass es inzwischen eine große Zahl unterschiedlicher Studien, Kampagnen, Initiativen, Netzwerke, Projekte, Konzepte und Werkzeuge für die Praxis der Altenhilfe gibt. Die Problematik des Fachkräftemangels hat nicht nur Eingang in aktuelle Fachdiskurse gefunden; vielmehr hat sich auf Bundes-, Landes-, Verbands- bzw. Träger- sowie Einrichtungsebene ein großes Themenspektrum von Kampagnen, Initiativen, Konzepten und Projekten zu Personalfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung herausgebildet.

Während einige umfassende Studien Kontextfaktoren, Ursachen und Wirksamkeiten untersuchten, wurde das Praxisfeld in der Vergangenheit von verschiedenen, individuellen Ansätzen geprägt. Erst in den letzten Jahren etablierten sich Studien und Modellprojekte, die sich konkret mit der Wirksamkeit implementierter Konzepte und Strategien der Mitarbeiterfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung auseinandersetzten. Entsprechende Ergebnisse stehen in einigen Fällen zum Zeitpunkt der Recherche noch aus. Aus diesem Grund variiert die Qualität der Daten in hohem Maße. Teils können fundierte Ergebnisse von Studien, Kampagnen oder Projekten vorgestellt werden, teils muss auf rudimentär dokumentierte Projekte, Konzepte o.Ä. zurückgegriffen werden, die trotz ihrer unzureichenden Datenlage einen hohen innovativen Nutzen vermuten lassen. Aufgrund des geringen Anteils evidenzbasierter Beiträge aus dem Feld der Langzeitpflege alter Menschen wurde auch auf Beiträge zurückgegriffen, die die Themen im Kontext Krankenhaus aufgreifen. Inwiefern deren Ergebnisse auf die ambulante oder stationäre Langzeitpflege übertragbar sind, gilt es im Einzelfall zu überprüfen.

3.2.2 Die Situation im Handlungsfeld

Der Fachkräftemangel ist aktuell ein wesentlicher Bestandteil der Diskurse in der Altenhilfe und hat über Maßnahmen auf Bundes-, Landes-, Verbands-, Träger- und Einrichtungsebene Berücksichtigung gefunden. Das ermittelte Spektrum der im Fachdiskurs und im Praxisfeld herrschenden Diskursstränge und Strategien umfasst unterschiedliche Managementstrategien und -instrumente, Marketingstrategien sowie organisations- bzw. motivationspsychologische Ansätze. Während auf Einrichtungsebene primär Konzepte und Modellprojekte umgesetzt werden, lässt sich auf bundes-, landes- und verbandspolitischen Ebenen eine Forcierung von Kampagnen und Initiativen sowie die gezielte Förderung von Projekten gegen den Fachkräftemangel erkennen.

Als Besonderheiten im Diskurs konnten die Migration als potenzielle Lösung für den Fachkräftemangel und die Etablierung einer demografiefesten Personalpolitik in der Langzeitpflege identifiziert werden.

Zentrale Initiatoren von Kampagnen und Initiativen auf unterschiedlichen Ebenen sind u.a. das BMFSFJ, das BMAS, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Deutsche Verein, der Arbeitgeberverband Pflege, der Paritätische Gesamtverband sowie das Augustinum der Diakonie.

So veröffentlichte der Deutsche Verein im März 2012 seine „Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege“ (vgl. Deutscher Verein 2012, 1). Um mehr und besser qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen, seien attraktive Rahmenbedingungen *„wie bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung, Angebote zur Nachqualifizierung und Aufstiegschancen, gute Arbeitsbedingungen, die den Altenpflegeberuf und den Verbleib im Beruf attraktiver machen sowie der Abbau von Vereinbarkeitshürden“* notwendig (Deutscher Verein 2012, 1). Altenpflege werde zukünftig *„vielfältiger, flexibler und individueller organisiert sein“* (Deutscher Verein 2012, 1).

Ebenfalls mit dem Ziel, die Fachkräftebasis in der Altenpflege zu sichern, haben sich unter Federführung des BMFSFJ Bund, Länder und Verbände zur „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ zusammengeschlossen (Umsetzung: 2012-2014) (vgl. Kultusministerkonferenz 2012a, 2). Gemeinsam wurden in zehn Handlungsfeldern konkrete Maßnahmen *„zur Steigerung der Aus- und Weiterbildungsleistung sowie zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes in der Altenpflege“* (Kultusministerkonferenz 2012a, 2) erarbeitet und im Februar in einem Textentwurf für eine gemeinsame Vereinbarung veröffentlicht (vgl. Kultusministerkonferenz 2012a, 2). Die Vereinbarungen beinhalten konkrete und verpflichtende Maßnahmenbündel (vgl. Kultusministerkonferenz 2012b, 51).

Bereits im Juni 2011 gründeten der Arbeitgeberverband Pflege, der Paritätische Gesamtverband und das Augustinum der Diakonie das „Bündnis gegen Fachkräftemangel“ (vgl. CareInvest 2011, o.S.). Seit dem Jahr 2002 setzte und setzt sich die branchenübergreifende „Initiative neue Qualität der Arbeit (INQA)“ für *„sichere, gesunde und zugleich wettbewerbsfähige Arbeitsplätze“* ein (Klein et al. 2005, 2). Mehrere verschiedene Initiativkreise haben hierzu spezialisierte Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit einzelnen Schwerpunktthemen auseinandersetzen. So entwickelte auch der Arbeitskreis zur Pflege Aktivitäten und setzte diese entsprechend um (vgl. BAUA 2010, 3; Klein et al. 2005, 2). Ziel war es, das gewonnene Wissen in die Praxis zu transferieren (vgl. Klein et al. 2005, 2). Zusätzlich wurden im Rahmen von INQA Handlungshilfen für die Pflegepraxis zu den Themenbereichen *„Zeitdruck in der Pflege“*, *„Führung“*, *„Kommunikation und Interaktion“*, *„Vereinbarkeit von Familie und Beruf“*, *„Pflege demenzkranker Personen“* und *„Entbürokratisierung in der Pflege“* erstellt sowie Beispiele guter Praxis aus Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten eruiert (vgl. BAUA 2010, 3; Müller 2005,3, Müller 2008).

Seit 2007 und noch bis Ende 2014 läuft das von BMAS und der BAGFW entwickelte und durch Mittel des ESF geförderte Programm *„rückenwind – für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“*. Ziel ist, die Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft zu fördern (vgl. BAGFW 2011, 2, BAGFW 2010, o.S.). Das Programm richtet sich an alle freigemeinnützigen Träger, die einem der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege e.V. angehören und an deren Beschäftigte (vgl.

Rückenwind 2012, 1, BAGFW 2011, 2). Im Fokus stehen die Gleichstellung von Männern und Frauen, Nachhaltigkeit und der demografische Wandel (vgl. Rückenwind 2012, 4).

Trotz dieses breiten Spektrums von Diskursen, Kampagnen und Initiativen auf nationaler Ebene konnten nur wenige wissenschaftliche Studien oder Projekte, die Strategien der Mitarbeiterfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersuchen, recherchiert werden. Die große Mehrheit der Beiträge thematisiert vielmehr Hintergründe und Kontexte des Fachkräftemangels – wie z.B. die Optimierung des Berufseinstiegs oder Gründe von Berufsaustritten – und leitet auf dieser Grundlage spezifische Lösungsmöglichkeiten ab. Eine tatsächliche Überprüfung der in dieser Weise entwickelten Maßnahmen und Konzepte scheint bisher wenig stattgefunden zu haben. Um trotz dieses Forschungsdesiderats einen Einblick in die aktuellen Diskurs- und Forschungslandschaft zu erhalten, wurden jene Beiträge, welche zwar nicht konkret die Wirksamkeit einer Strategie untersuchen, aber fundierte Ergebnisse zu Hintergründen und Kontexten von Personalfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung liefern, ebenfalls in diese Auswertung aufgenommen.

Die tatsächliche Wirksamkeit implementierter Konzepte haben Klein et al. 2005 („Selbstbewertung als Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege“, Kapitel 3.2.4.7.1) sowie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (GESU.PER – Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung) untersucht. Durch das Modellprojekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege“ (Kapitel 3.2.4.7.4) und das Projekt „Regionale Netzwerke >Pflege< und neue Wege des Wissenstransfers“ (Kapitel 3.2.4.7.2) wurden weitere Wirksamkeitsprüfungen ersichtlich. Zudem konnten zwei noch nicht abgeschlossene Projekte zur Implementierung einer demografiefesten Personalpolitik recherchiert werden: das Projekt „Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen“ von der Katholischen Hochschule Freiburg und deren Kooperationspartner (Kapitel 3.2.4.5) sowie das Projekt „Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären und ambulanten Altenpflege – Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen“ des Instituts für Public Health und Pflegeforschung IPP (Kapitel 3.2.4.5).

Evidenzbasierte Ergebnisse zu Hintergründen und Kontexten liefern Beiträge von

- a) Von ALTENHEIM/ conQuaesso, welche sich mit der Ist-Situation genutzter Personalmarketingstrategien im Feld der stationären Altenhilfe auseinandersetzt (Kapitel 3.2.3.1/ 3.2.4.1).
- b) vom Norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege, das Möglichkeiten der Berufseinstiegsoptimierung suchte (Kapitel 3.2.3.1).
- c) vom HWA München, vom Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung und vom Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt Bayern, welche sich mit Ansatzpunkten zur Optimierung der professionellen Sozialisation im Berufseinstieg beschäftigten (Kapitel 3.2.3.1).
- d) vom Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen, wo Erkenntnisse über Möglichkeiten der besseren Ausschöpfung und nachhaltigen Stärkung bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der niederschweligen Betreuung dementiell Erkrankter gewonnen wurden (Kapitel 3.2.3.2).

- e) vom IWAK Frankfurt und der Goethe-Universität Frankfurt am Main, welche Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern untersuchten (Kapitel 3.2.4.2/ 3.2.4.4).
- f) der Nurses Early Exit Study, welche für Deutschland Umstände und Gründe vorzeitiger Berufsaustritte in der Altenhilfe differenziert untersuchte (Kapitel 3.2.4.3).
- g) vom Forschungsinstitut Betriebliche Bildung und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, deren Konzepte für Beschäftigte eine demografiefeste Personalpolitik entwickelten (Kapitel 3.2.4.5).

Die Studien und ihre Ergebnisse werden im Folgenden ausführlicher dargestellt und diskutiert.

3.2.3 Forschungsstand zu Personalfindung und -gewinnung

Insgesamt vier der recherchierten Beiträge thematisieren Hintergründe von Personalfindung und -gewinnung mit evidenzbasierten Daten. Drei fokussieren dabei Führungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte (vgl. Görres 2010, Heislbetz 2012, Müller et al. 2010); einer rückt die Gewinnung bürgerschaftlich Engagierter in den Vordergrund (vgl. Strasser et al. 2007)

3.2.3.1 Führungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte

Auf Grundlage der Ergebnisse der explorativen Studie „Altenhilfe in der Personalkrise“, erstellt von ALTENHEIM und conQuaesso®, bildeten Müller et al. im Jahr 2010 die Ist-Situation genutzter Personalmarketingstrategien im Feld der stationären Altenhilfe ab (vgl. Müller et al. 2010, 9). Befragt wurden per online-basierter Fragebogen 580 Führungs-⁶ und Fachkräfte⁷ der stationären Altenhilfe (vgl. Müller et al. 2009, 14 f., Müller et al. 2010, 22). Um ein Bild der aktuellen Situation im Feld der stationären Pflege zu erhalten, werden im Folgenden die für diese Ausarbeitung relevanten Studienergebnisse kurz skizziert.⁸

Die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen nutzte die Agentur für Arbeit als Ansprechpartner bei der Gewinnung von *Fachkräften* (n=425). Es folgten „Stellenanzeigen in Printmedien“ (n=414), „Empfehlungen“ (n=339) und „Stellenanzeigen auf eigener Homepage“ (n=333) (vgl. Müller et al. 2010, 58). Auf den letzten Rängen fanden sich Stellenanzeigen in Hochschulpublikationen (n=6) externe Personalberater (n=33), Kontakte zu Hochschulen (n=38), Jobmessen/ Jobbörsen (n=59) und die Nutzung von Netzwerken (n=131) (vgl. Müller et al. 2010, 58). Bei der *Führungskraftgewinnung* werden primär „Stellenanzeigen in Printmedien“ (n=329), „Stellenanzeigen auf der eigenen Homepage“ (n=245), „Stellenanzeigen in Internet-Jobbörsen“ (n=206), „Empfehlungen“ (n=203) und „Stellenanzeigen in (Fach-)Zeitschriften“ (n=202) verwendet (vgl. Müller et al. 2010, 58). Wenig genutzt wurden in diesem Zusammenhang Stellenanzeigen in Hochschulpublikationen (n=24), Jobmessen/ Jobbörsen (n=37), von externen Personalberatern (n=52), Kontakten zu Hochschulen (n=67) und Bewerberpools (n=88) (vgl. Müller et al. 2010, 58).

⁶ Heim- und Pflegedienstleitungen

⁷ Examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte, Wohnbereichsleitungen

⁸ Eine entsprechende Analyse des ambulanten Bereichs konnte nicht recherchiert werden.

Über 60% der Einrichtungen planen den Personalbedarf für die Personalgruppe der Fachkräfte nur für einen Zeitraum von einem halben Jahr oder weniger, 7% verfügen über keinerlei Personalbedarfsplanung. Die häufigste Antwort im Führungskräftebereich war mit 33% „keine Angabe“, gefolgt von „keine Personalbedarfsplanung“ (13%) und „2 Jahre und länger“ (12%) (vgl. Müller et al. 2010, 61 f.). Nur 8 bzw. 9% der Befragten gaben an, die Fach- und Führungskraftsuche über eine Personalabteilung organisieren zu lassen (vgl. Müller et al. 2010, 63). Insgesamt 93% der Befragten hatte examinierte Pflegefachkräfte als Zielgruppe von Personalmarketing. Es folgen examinierte Krankenpflegekräfte (70%), Wohnbereichsleitungen (55%), Pflegehilfskräfte (37%) und Pflegedienstleitungen (33%) (vgl. Müller et al. 2010, 63).

Mit einem anderen Schwerpunkt nähern sich Görres 2010 und Heislbetz 2012 der Thematik der Personalgewinnung und -findung: Beide setzen sich mit Möglichkeiten der Berufseinstiegsoptimierung auseinander.

Im Auftrag des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege wurden von Juli bis September 2009 die Sichtweisen mehrerer Zielgruppen (Schulleitungen/ Lehrkräfte, Schülerschaft allgemeinbildender Schulen, Eltern der befragten Schülerschaft, Arbeitsagenturen/ Berufsberater, Pflegeauszubildende im 1. Lehrjahr; n=848) erhoben und ausgewertet (vgl. Görres 2010, 7-10). Ziel war es, „auf der Basis empirisch gesicherter Daten Empfehlungen für eine Imagekampagne der Pflegeberufe zur Akquirierung von weiblichen und männlichen Schulabgängern zu erstellen“ (Görres 2010, 4). Die schriftliche und mündliche Befragung ergab, dass Pflegeberufe sowohl für Schüler als auch für deren Eltern ein negatives Image haben. Dementsprechend gering sei die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes (vgl. Görres 2010, 4, 9). Zentrale Hilfe für die Jugendlichen bei der Berufswahl stellten das Absolvieren eines Praktikums und die Beratung mit Eltern und Lehrkräften dar (vgl. Görres 2010, 4). Zentrale Faktoren für die Berufswahl waren des Weiteren die *„Einkommenschancen, die Nachhaltigkeit und Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Qualität der Arbeit (interessant und sinnvoll) sowie die Aufstiegsmöglichkeiten“* (Görres 2010, 4).

Zwei Ergebnisse erscheinen hierbei besonders interessant: Zum einen, dass der frühzeitige Zugang zu zielgruppenspezifischen Informationen und Werbematerialien, eine verstärkte Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus und die Möglichkeit, ein Praktikum zu absolvieren, die Attraktivität des Pflegeberufs positiv beeinflussen (vgl. Görres 2010, 4). Wichtig sei hierbei eine *„realistische und differenzierte Darstellung der Aufgabenfelder von Pflegeberufen (...), die das Potenzial zu Selbstständigkeit, Vielseitigkeit, hohe Arbeitsplatzsicherheit und das Soziale des Berufes hervorheben“* (Görres 2010, 4). Zum anderen ist von Interesse, dass insbesondere für männliche Schüler *„die Attraktivität des Pflegeberufes vor allem durch die Hervorhebung des Spaßfaktors, der Weiterbildungs- und Aufstiegschancen sowie des zukünftigen Technikbezugs erreicht werden“* kann (Görres 2010, 4).

Mit dem Ziel, *„mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung der professionellen Sozialisation im Berufseinstieg zu erkennen“* (Heislbetz 2012, 155) näherten sich das Forschungsprojekt „PiA-Professionalisierung interaktiver Arbeit“ unter Mitarbeit des HWA München, des Instituts für Sozialwissenschaftliche Forschung und des Bezirksverbands der Arbeiterwohlfahrt Bayern der Thematik. Sie zeichnen den Orientierungsprozess von Schülerinnen und Schülern der Altenpflege in der Ausbildung nach (vgl. Heislbetz 2012, 153 ff.). Grundlage der Auswertung sind zwei qualita-

tive Gruppendiskussionen mit insgesamt sieben Auszubildenden des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres sowie drei Gruppendiskussionen mit zwei Pflegelehrerinnen und Mitarbeitern mit Praxisanleitungsfunktion. Die befragten Auszubildenden und Praxisanleiter gehören zwei ausgesuchten stationären Pflegeeinrichtungen an, die befragten Pflegelehrerinnen der Altenpflegeschule der Schüler und Schülerinnen (vgl. Heislbetz 2012, 155). Die für diese Ausarbeitung relevant erscheinenden Teilergebnisse sind die Folgenden:

Im Ergebnis zeigt sich, dass Jugendliche, die sich für die Altenpflegeausbildung entscheiden „häufig unrealistische Erwartungen an ihre künftige Tätigkeit“ haben (Heislbetz 2012, 162).

Als besonders bedeutsam für die Berufsentscheidung zur Altenpflege erwiesen sich Praxiskontakte mit dem Berufsfeld durch z.B. ein Freiwilliges Soziales Jahr, der Zugang über Bekannte oder Verwandte, welche in der Altenpflege tätig sind sowie der Kontakt zu Klienten der Altenpflege (vgl. Heislbetz 2012, 156). Es zeigte sich, dass die Schüler im Freundeskreis und in der Öffentlichkeit mit einem negativen Image der Altenpflege konfrontiert worden sind. Heislbetz schlussfolgert, dass Kampagnen zur Werbung von Fachkräftenachwuchs dieses negative öffentliche Image aufgreifen und „potenziellen Interessentinnen alternative, positive Selbstbilder anbieten [müssen], die von diesen auch gegenüber kritischen Gleichaltrigen als attraktiv und positiv vertreten werden können“ (Heislbetz 2012, 162).

Ein gelungener Berufseinstieg erfordere die Unterstützung „beim Umgang mit engen Zeitvorgaben im Pflegealltag, in besonders verunsichernden Situationen etwa im Umgang mit Menschen mit Demenz aber auch bei Konflikten mit Kolleginnen bzw. bei der Integration ins Pflegeteam“ (Heislbetz 2012, 162). Als zentrales Ausbildungsziel ermittelte Heislbetz, dass die Pflegeschüler zum einen nach dem aktuellen fachlichen Erkenntnisstand handeln wollen und zum anderen den Selbstanspruch mitbringen, trotz knapper Ressourcen und hoher Anforderungen mit einer wertschätzenden, ruhigen und souveränen Art zu pflegen (vgl. Heislbetz 2012, 162). Als weiteres wichtiges Element für einen gelingenden Berufseinstieg – so Heislbetz weiter – konnte die Orientierung an anderen Mitarbeitenden und die Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten ermittelt werden (vgl. Heislbetz 2012, 162). Zentral sei hierbei die Existenz einer Vertrauensperson im Ausbildungsbetrieb sowie Raum für eine innerbetriebliche Praxisanleitung in einem ausreichenden zeitlichen Umfang (vgl. Heislbetz 2012, 162). Vonseiten der Praxisanleiter bestehe zudem der Wunsch nach einer Definition des Aufgabenspektrums als Praxisanleiter in Stellenbeschreibungen, einer angemessenen Freistellung im Arbeitsalltag und einer angemessenen Vergütung (vgl. Heislbetz 2012, 163).

3.2.3.2 Bürgerschaftliches Engagement

Während die evidenzbasierten Beiträge im Bereich der Führungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte recht breit gestreut sind, konnte nur *eine* Untersuchung zur Gewinnung bürgerschaftlich Engagierter eruiert werden. Diese präsentiert jedoch sehr interessante Ergebnisse:

Strasser et al. 2007 initiierten zur Förderung des freiwilligen Engagements das Projekt „Bürgerschaftliches Engagement und Altersdemenz: Auf dem Weg zu einer neuen ‚Pflegekultur‘? Eine vergleichende Analyse“. Vor dem Hintergrund, dass „das Potenzial an Unterstützungsleistungen von Freiwilligen noch nicht annähernd ausgeschöpft ist“ (Strasser et al. 2007, 3 nach Infratest Sozialforschung 2003), war das Ziel des Projekts des Instituts für Soziologie der Universität Duis-

burg-Essen, Erkenntnisse über Möglichkeiten der besseren Ausschöpfung und nachhaltigen Stärkung bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der niederschweligen Betreuung demenziell Erkrankter zu gewinnen (vgl. Strasser et al. 2007, 1 ff.). Untersucht wurden sieben Einrichtungen mit niederschweligen Entlastungsangeboten (drei ambulante und vier stationäre), die in der Betreuung demenziell Erkrankter Freiwillige einsetzten (vgl. Strasser et al. 2007, 3 f.). Anhand teilstrukturierter Interviews, Dokumentenanalysen und teilnehmenden Beobachtungen wurden Perspektiven zur nachhaltigen Förderung des bürgerschaftlichen Engagements analysiert (vgl. Strasser et al. 2007, 4). Die relevanten Perspektiven und ihre Ergebnisse werden im Folgenden kurz skizziert.

Zum einen konnte veranschaulicht werden, dass die Rahmenbedingungen der Einrichtungen die Freiwilligenarbeit stark beeinflussen (z.B. ambulante/ stationäre Strukturen) (vgl. Strasser et al. 2007, 10). Insgesamt seien die Möglichkeiten, *„viele Freiwillige zu gewinnen, die viele Angebote machen, und zugleich vielfältige Kontakte aller Beteiligten untereinander und nach außen zu nutzen, dann besonders gut, wenn die Einrichtung*

- *ländlich/ kleinstädtisch gelegen ist,*
- *es dort überschaubare und funktionierende lokale Strukturen gibt,*
- *der Anteil der bürgerlichen Mittelschicht hoch ist und*
- *ein ausgeprägtes kirchliches Milieu vorhanden ist“* (Strasser et al. 2007, 10).

Freiwilliges Engagement in Betreuungsangeboten für demenziell Erkrankte sei *„hauptsächlich durch die enge Bindung der Engagierten an die Angebotsträger bzw. das kirchliche Umfeld geprägt“* (Strasser et al. 2007, 13). Die Rekrutierung einer anderen Klientel sei bisher kaum gelungen und dürfte – so die Autoren weiter – auch zukünftig schwierig sein (vgl. Strasser et al. 2007, 10). Daraus folgt, dass Einrichtungen aufgrund ihrer strukturellen Beschaffenheit weniger günstige Voraussetzungen mitbringen können (vgl. Strasser et al. 2007, 11). Diese erschwerte Ausgangssituation könne, so ein weiteres Ergebnis der Untersuchung, durch folgende Faktoren teilweise kompensiert werden:

- Persönliche Anbindung von Freiwilligen an die Einrichtung (insbesondere (ehemalige) Angehörige von Bewohnern)
- Bindung bzw. Identifikation von Einwohnern mit ihrem Stadtteil
- Zentrale Lage der Einrichtung
- Überschaubare Größe/ familiäre Atmosphäre der Einrichtung
- „Freiwilligenpolitik“ der Einrichtungsleitung/ der verantwortlichen Koordinatoren

Nur durch die Berücksichtigung dieser Faktoren können Einrichtungsleitungen – so schließen die Autoren – die Freiwilligenarbeit in ihren Einrichtungen verbessern (vgl. Strasser et al. 2007, 11).

Zum anderen wurde ein Zusammenhang zwischen den Motiven, Tätigkeiten und Ansprüchen der Freiwilligen deutlich (vgl. Strasser et al. 2007, 4). Vor dem Hintergrund, dass der zweite Freiwilligenurvey erstmals aus den im Survey erhobenen Daten eine allgemeine Typisierung der Erwartungen von Freiwilligen aufstellte, entwickelten Strasser et al. Engagementstypen (vgl. Strasser et al. 2007, 12). Grundlage waren neben den drei Erwartungstypen des Freiwilligenurveys (Gesellig-

keitsorientierte/ Gemeinwohlorientierte/ Interessenorientierte⁹) die empirische Auswertung von 47 Interviews (vgl. Strasser et al. 2007, 12).

Um zukünftig neue Freiwillige für Betreuungsleistungen zu gewinnen, sei es notwendig, diese ermittelten Engagementtypen mit ihren verschiedenen Erwartungen verstärkt zu berücksichtigen (vgl. Abb. 32; vgl. Strasser et al. 2007, 17).

Abb. 32: Freiwilligentypologie nach Strasser et al. 2007

<i>Freiwilligentyp</i>	<i>Verhältnis zu Pflegekräften</i>	<i>Beurteilung von Aus- und Weiterbildung</i>	<i>Engagementbeurteilung</i>
<i>Interne Freiwilligentypen in der Dementenbetreuung:</i>			
<i>Dankbare Angehörige</i>	Kontakte durch frühere Pflegesituation	„Menschenverstand und Güte“ statt Kompetenzerwerb	Engagement aus Verpflichtung und Dankbarkeit
<i>Professionelle Fortsetzer</i>	Symbiose zwischen Berufs- und Engagementsphäre	Austausch mit Freiwilligen als Ergänzung der Pflegetätigkeit	Engagement als „ganzheitliche Pflegetätigkeit“
<i>Ehrenamtliche Fortsetzer</i>	Engagement durch Netzwerke zu Pflegekräften	„Menschenverstand und Güte“ statt Kompetenzerwerb	Engagementkontinuität im Mittelpunkt
<i>Externe Freiwilligentypen in der Dementenbetreuung:</i>			
<i>Neuorientierer</i>	Kaum Austausch / Eigenes Engagement im Vordergrund	Engagement als persönliche Weiterbildung	Engagement als persönliche Herausforderung
<i>Einzelkämpfer</i>	Teilweise gezielte Kontaktsuche	1. „Learning-by-Doing“ 2. Kompetenzerwerb	Engagement als Selbsterfahrung

Abb. 1: Freiwilligentypologie

Quelle: Strasser et al. 2007, 17

Auch hinsichtlich der Familien- und Erwerbsprofile sowie der Einstiegsmotivation der Freiwilligen ergaben sich Auffälligkeiten: So war *„der durchschnittliche Freiwillige im Demenzumfeld weiblich, lebt in klassischen Familienverhältnissen und befindet sich in einer späten Lebensphase“* (Strasser et al. 2007, 27). Zudem lebten bürgerschaftlich Engagierte in diesem Feld primär in traditionellen und wirtschaftlich abgesicherten Verhältnissen (vgl. Strasser et al. 2007, 27). Vor dem Hintergrund sich verändernder Erwerbs- und Familienbiografien seien deshalb Veränderungen bei diesem „speziellen Klientel“ zu erwarten (vgl. Strasser et al. 2007, 27). Wenn Frauen *„seltener die informelle Arbeit als Hausfrau als ihren Lebensschwerpunkt wählen werden, (...) erhöht sich wiederum die Wahrscheinlichkeit, dass der prägende Personentyp im Demenzbetreuungsfeld verschwinden wird“* (Strasser et al. 2007, 27). Es gelte daher, *„den Wandel auf dem Arbeitsmarkt genauer zu untersuchen, um einerseits die Bedingungen der formellen Arbeit zu erkennen und andererseits auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchung arbeits- und sozialpolitische Regelungen vorschlagen zu können, die es ermöglichen, dass sich auch Gruppen jenseits der*

⁹ Erwartungstyp 1: *„Geselligkeitsorientierte“*: Der Kontakt zu anderen Menschen ist hier die wesentliche Motivation; Erwartungstyp 2: *„Gemeinwohlorientierte“*: Das Wohl der Gesellschaft und der Anspruch der Mitgestaltung ist für diese Personengruppe wesentlich; Erwartungstyp 3: *„Interessenorientierte“*: Bei dieser Personengruppe herrscht i.d.R. ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen dem Wunsch nach gesellschaftlicher Mitgestaltung und Geselligkeit (vgl. Strasser et al. 2007: 12 nach BMFSFJ 2006: 89).

klassischen Klientel zur Deckung des bürgerschaftlichen Betreuungsbedarfs engagieren“ (Strasser et al. 2007, 27).

3.2.4 Forschungsstand zu Personalentwicklung und -bindung

Die recherchierten evidenzbasierten Beiträge zum Themenfeld Personalentwicklung und -bindung erstrecken sich von im Feld verwendeten Personalmarketingstrategien, über die Untersuchung von Berufsverläufen von Beschäftigten in der Altenpflege, Gründe und Hintergründe für Berufsaustritte sowie Wirksamkeit von Strategien der Mitarbeiterbindung bis hin zur Erforschung demografiefester Personalkonzepte. Die einzelnen Beiträge und ihre Ergebnisse werden im Folgenden kurz skizziert.

3.2.4.1 Personalmarketing in der stationären Altenhilfe

Im Rahmen der Studie „Altenhilfe in der Personalkrise“ (conQuaesso, Altenheim) wurden neben der Situation im Praxisfeld zu Personalmarketingstrategien auch Hintergründe von Personalbindungsstrategien in der Altenhilfe thematisiert. Hierbei differenzierten die Autoren zwischen Instrumenten des Personalmarketings und der Personalbindung (vgl. Müller et al. 2010, 168, Müller et al. 2009, 14 f.). Die erhobenen Daten ermöglichen einen differenzierten Einblick in das im Praxisfeld herrschende Verständnis und sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

Die befragten Fach- und Führungskräfte haben hohe Erwartungen an Personalmarketingstrategien, worunter die Mehrheit der Befragten das „Binden aktueller Mitarbeiter“ (518) und das „Finden neuer Mitarbeiter“ verstehen (vgl. Müller et al. 2010, 168). Ziele des Personalmarketings sehen die Befragten sowohl auf der Ebene der Fachkräfte (fk) als auch auf der Ebene der Führungskräfte (FK). Diese sind auf den ersten drei Rängen die Kontinuität der Stellenbesetzung (FK:223, fk:272), die Mitarbeiterzufriedenheit (FK:178, fk:274) und die Mitarbeiterbindung (FK:175, fk:242) (vgl. Müller et al. 2010, 169). Als Instrumente des Personalmarketings werden auf der Ebene der Mitarbeitenden primär Mitarbeitergespräche (523), Internetauftritte (378), Sozialeleistungen (345), Kontaktpflege zu (Hoch-)Schulen (290), Teilnahme an Fachmessen und Kongressen (287) sowie die Pflege regionaler Netzwerke (280) eingesetzt (vgl. Müller et al. 2010, 170). Selten genutzt werden Diplomandenprogramme (9), die Teilnahme an Arbeitgeberwettbewerben (40), Traineeprogramme (48) sowie die Integration ausländischer Pflegekräfte (66) (vgl. Müller et al. 2010, 170).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich hinsichtlich der Führungskräfte ab: Die Mehrheit der Befragten gab auch hier Mitarbeitergespräche (363) als eingesetztes Instrument an; es folgen die Teilnahme an Fachmessen und Kongressen (279), Sozialeleistungen (261), Internetauftritte (256), die Pflege regionaler Netzwerke (243) sowie die Kontaktpflege zu (Hoch-)Schulen (186) (vgl. Müller et al. 2010, 170). Auch hier werden die Integration ausländischer Pflegekräfte (19), Diplomandenprogramme (23), die Teilnahme an Arbeitgeberwettbewerben (42) sowie Traineeprogramme (66) am seltensten eingesetzt (vgl. Müller et al. 2010, 171).

Als Instrumente der Personalbindung werden auf der Fachkraftebene primär Weiterbildungsprogramme (533), Einarbeitungsprogramme für neue Mitarbeiter (498), Mitarbeitergespräche (475) sowie Gesundheitsförderung und Prävention (332) benannt. Auf den hinteren Rängen finden sich „attraktive Vergütung“ (194), „hohe Freiheitsgrade“ (164) und „Karrieremöglichkeiten“ (241) (vgl. Müller et al. 2010, 171). Auch bei den Führungskräften sind Weiterbildungsmöglichkeiten (394),

Mitarbeitergespräche (305), Einarbeitungsprogramme für neue Mitarbeiter (277) sowie Gesundheitsförderung und Prävention (227) häufig genannte Instrumente. „Attraktive Vergütung“ (129), „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ (161) und „Karrieremöglichkeiten“ wurden hingegen auch hier selten genannt (vgl. Müller et al. 2010, 171).

3.2.4.2 Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern

Die Studie „Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern“ des IWAK Frankfurt und der Goethe-Universität Frankfurt am Main (Laufzeit: Dezember 2007 bis Mai 2009) hatte zum Ziel, die Annahme zu überprüfen, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach wenigen Jahren den Beruf verlassen. Es sollten erstmals repräsentative Ergebnisse generiert und Ansatzpunkte entwickelt werden, die die Verweildauer erhöhen (vgl. Schmid et al. 2009, 3, 15). Die Studie basierte zum einen auf der „*statistischen Auswertung von Prozessdaten der Sozialversicherung aus der Beschäftigungsstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*“ (Schmid 2009, 3) hinsichtlich der Dauer der Berufsverläufe, der Beschäftigungszeiten und der Unterbrechungszeiten (n=879, Stichtag 31.12.2004, 5 Ausbildungsabschlusskohorten: KH1: Berufseinstieg vor 25-29 Jahren – KH5: Berufseinstieg vor 5-9 Jahren). Zum anderen beruhte sie auf einer vertiefenden Befragung von Beschäftigten in der Altenpflege (face-to-face und telefonisch) sowie Workshops und Befragungen von Vertretern angrenzender Fachbereiche (Einrichtungs- und Bildungsträger, Berufsverbände, Arbeitsvermittlung, Führungskräfte von Altenhilfeeinrichtungen) (vgl. Schmid 2009, 3,6).

Die Studie verdeutlichte, dass die Berufsverläufe von Beschäftigten in der Altenpflege zum einen deutlich länger sind als bisher angenommen (z.B. Kohorte 1: Berufseinstieg vor 25-29 Jahren, Berufsverlauf \bar{x} 19,47 Jahre, kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen). Zum anderen wurde deutlich, dass ein relevanter Anteil der Berufsverläufe Unterbrechungszeiten beinhaltet (z.B. Kohorte 1: Berufseinstieg vor 25-29 Jahren, Unterbrechungszeit \bar{x} 7,78 Jahre), die aber überwiegend nicht zum Ausstieg aus dem Beruf führten (vgl. Schmid 2009, 4, 8, 11 f.). Der prozentuale Anteil an Unterbrechungszeiten lag in allen fünf Kohorten zwischen 29 und 40%, wobei mit zunehmender Länge des Berufsverlaufs auch die Anteile der Unterbrechungszeiten zunahm (vgl. Schmid 2009, 9). Parallel dazu zeigte sich eine hohe Berufsbindung: Fünf Jahre nach dem Ende der Ausbildung waren 77% der Ausbildungsabschlusskohorten noch im Beruf, nach 15 Jahren waren es immer noch 63% (vgl. Schmid 2009, 10).

3.2.4.3 Gründe und Hintergründe von Berufsaustritten

Die europaweite Studie Nurses Early Exit Study (NEXT) näherte sich dem Thema anhand einer Analyse der Hintergründe. Die deutsche Teilstudie wurde vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke und dem Fachgebiet „Arbeitssicherheit und Ergonomie“ der Bergischen Universität Wuppertal durchgeführt (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 136). Es nahmen nach zwei Rekrutierungsläufen bundesweit insgesamt 75 Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Dienste an der Befragung teil (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 136). 3.565 Fragebögen wurden ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 55,0% entsprach (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 137). Das Pflegepersonal in Krankenhäusern war in der Studie überrepräsentiert (74,9% vs. 40%), während das Personal von Pflegeheimen (15,2 vs. 40%) und ambulanten Diensten (9,9% vs. 20%) unterrepräsentiert war (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 136).

Die Studie ergab, dass 8,45% der Befragten mehrfach wöchentlich oder häufiger daran denken, die Pflege zu verlassen, weitere 10% erwogen dies „mehrfach monatlich“ (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 138).

Betrachtet man die Ergebnisse näher, so zeigen sich z.T. erhebliche Unterschiede:

1. Alter: *„Das Alter der Befragten war deutlich mit der Absicht, den Beruf zu verlassen, assoziiert (...), allerdings nicht linear. Jüngeres Pflegepersonal – vor allem in den Altersgruppen von 25–29 Jahren – erwog diesen Schritt häufiger. (...) In Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege dachten Jüngere seltener und Ältere deutlich häufiger an den Berufsausstieg als ihre Kollegen und Kolleginnen in den Krankenhäusern“* (Hasselhorn et al. 2005, 139).
2. Geschlecht: *„Männliche Teilnehmer erwogen den Ausstieg aus der Pflege etwas häufiger als Frauen (...). Allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant“* (Hasselhorn et al. 2005, 139).
3. Art der Einrichtung: *„Pflegepersonal in Krankenhäusern erwog den Berufsausstieg häufiger (19,1% erwogen dies „oft“) als die Kollegen/ innen in Pflegeheimen (15,6%) und ambulanten Pflegediensten (10,8%). Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen nicht signifikant“* (Hasselhorn et al. 2005, 140). Bei einer einrichtungsbezogenen Analyse zeigte sich, dass der Anteil derer, die an einen Berufsausstieg dachten, zwischen den Einrichtungen variierte (0-50%, Median 16,7). Jene Einrichtungen mit niedrigem Anteil an Ausstiegswilligen hatten u.a. günstigere Mittelwerte bei der Arbeitszufriedenheit ($r=.51$), Führungsqualität ($r=.45$) sowie der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen ($r=.44$) (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 140).
4. Qualifikationsniveau: *„Der Wunsch, die Pflege zu verlassen, war am größten bei examiniertem Pflegepersonal mit und ohne Zusatzausbildung (...). Diese Beobachtung war in allen Altersgruppen identisch“* (Hasselhorn et al. 2005, 140).
5. Berufsdauer: *„Der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, scheint bereits zu Beginn der Berufstätigkeit ausgeprägt zu sein (...). Allerdings war er – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – am stärksten im zweiten und vierten Jahr (ohne Ausbildungszeiten), danach nahm er stetig ab. (...) Personen mit längerer Verweildauer dachten seltener daran, als diejenigen mit einer kürzeren Betriebszugehörigkeit“* (Hasselhorn et al. 2005, 141).
6. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit: *„Sowohl Indikatoren für Gesundheit (...) als auch für Arbeitsfähigkeit waren in erwarteter Richtung mit dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, assoziiert (...). Dies war bei Frauen und Männern der Fall“* (Hasselhorn et al. 2005, 142).
7. Erschöpfung: *„Burnout als Indikator für psychische Erschöpfung war bei Männern und Frauen deutlich mit der Absicht des Berufsausstiegs assoziiert (...). Dieser Zusammenhang war bei examiniertem Pflegepersonal deutlicher ausgeprägt als bei Personal mit niedriger oder fehlender Ausbildung. (...) Die Assoziation von Burnout und der Absicht, die Pflege zu verlassen, war in allen Einrichtungstypen vorhanden, am stärksten war sie allerdings bei Beschäftigten in Pflegeheimen“* (Hasselhorn 2005, 143).

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der überwiegende Teil des Pflegepersonals zwar an seiner Berufstätigkeit hängt; der Anteil, der intensiv einen Berufsausstieg erwog, war mit 18,4% jedoch bemerkenswert hoch (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 144). Bei den Betroffenen unterschied-

den sie zwei Gruppen: „die motivierten (jung und gut ausgebildet) und die resignierten Aussteiger (schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitsfähigkeit, erschöpft)“ (Hasselhorn et al. 2005, 144). Aus Sicht der Einrichtungen im Gesundheitsdienst seien demnach „vor allem die motivierten Aussteiger eine wichtige Zielgruppe“ (Hasselhorn et al. 2005, 144).

Bei der weiteren Auswertung der im Rahmen der NEXT-Studie erhobenen Daten wurden u.a. Gründe für das Verlassen einer Einrichtung sowie der Entscheidungsprozess ausstiegswilliger Pfleger untersucht (vgl. Borchart et al. 2011, 1; Dichter et al. 2010, 1; Galatsch et al. 2010, 1; Galatsch et al. 2011, 1). Ausgewählte Ergebnisse werden im Folgenden skizziert.

Gründe für das Verlassen einer Einrichtung

Aus Freitextantworten (Fragebogen) von 157 befragten Pflegenden, die im Verlauf der Studie ihre Einrichtung verlassen haben, konnten neun übergreifende Kategorien identifiziert werden:

1. die „Arbeitsbelastung“ (21%, n=64) – davon am häufigsten: psychische und physische Belastung durch Über- und Unterforderung bei der Arbeit (n=31); Personalmangel (n=18); Zeitmangel bei der Versorgung der Bewohner (n=16)
2. „Private Gründe“ (21%, n=63) – davon am häufigsten: Veränderungen persönlicher Umstände, z.B. Schwangerschaft, Umzug, etc. (n=37)
3. „Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten“ (16%, n=47) – davon am häufigsten: Mangel an Karrieremöglichkeiten (n=15), Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen im Pflegeberuf (n=14)
4. Die „Führung“ (13%, N=38) – hier am häufigsten: Konflikte mit der Führungskraft (n=17), unzureichende Anleitungs- und Organisationskompetenz (n=12), Mangel an Unterstützung und Verständnis durch die Führungsebene (n=9)
5. Die „Arbeitszeit“ (10%, n=29)
6. Das „Soziale Arbeitsumfeld“ (8%, n=25)
7. Die „Gesundheit“ (6%, n=17)
8. Die „Vergütung“ (5%, n=15)
9. Die „Anerkennung der Profession“ (1%, n=2)

Die Autoren schlussfolgern, dass die überwiegend im Bereich der direkten Arbeit bzw. dem Arbeitsumfeld liegenden Gründe des Verlassens einer Einrichtung direkte Ansatzpunkte für das Pflegemanagement bieten (vgl. Borchart et al. 2011, 1)

Entscheidungsprozess ausstiegswilliger Pfleger

Auf der Grundlage von Fragebögen 100 deutscher Pfleger, die während des Studienverlaufs ihre Einrichtung verließen, wurde die Dauer von der Entscheidungsfindung bis zum tatsächlichen Verlassen der Einrichtung untersucht (vgl. Dichter et al. 2010, 1). Im Ergebnis zeigte sich, dass die personenabhängigen Schwankungen bei der Entscheidungsfindung stark variieren. Die Hälfte der Pflegenden habe den ersten Gedanken an das Verlassen der Einrichtung bereits sechs Monate vor der tatsächlichen Realisierung gefasst, die Hälfte der Pflegenden traf die endgültige Entscheidung während der letzten drei Monate vor dem Weggang (vgl. Dichter et al. 2010, 1). Die Autoren schließen, dass die Hälfte der Pflegenden ca. fünf Monate von den ersten Überlegungen bis zur endgültigen Entscheidung bedürfen. Diese Zeitspanne, so Dichter et al. weiter, bleibe dem Personalmanagement zur Bindung ausstiegswilliger Pfleger (vgl. Dichter et al. 2010, 1).

3.2.4.4 Wirksame Strategien der Mitarbeiterbindung

Im Rahmen der Studie „Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern“ des IWAK Frankfurt und der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden neben den bereits dargestellten Ergebnissen zu Berufsverläufen von Altenpflegerinnen und Altenpflegern auch wirksame Strategien der Berufsbindung eruiert. Hierzu wurde eine vertiefende Befragung bei dieser Berufsgruppe durchgeführt, mit folgenden Ergebnissen. Für die Berufsbindung sind primär zwei Faktoren wichtig. Die hohe Identifikation mit dem Beruf und die damit verbundene Erwartung, die hohen Ansprüche an die eigene Arbeit im Alltag umsetzen zu können und flexible Arbeitszeitstrukturen, die „vielfach diskontinuierliche weibliche Biografien“ integriert (vgl. Schmid 2009, 13). Insbesondere durch mitarbeiterorientierte Managementmaßnahmen konnten Unterbrechungszeiten verkürzt werden. Als besonders wirksam erwiesen sich „Maßnahmen zur besseren zeitlichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ (Verkürzung der Unterbrechungszeiten), die „Veränderung der Arbeitsbedingungen“ (Vermeidung oder Reduzierung der Unterbrechungszeiten), die „stärkere Partizipation der Altenpfleger an Entscheidungen“ sowie die „Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Arbeitsalltag“ (vgl. Schmid 2009, 4, 13). Als unabdingbar für die adäquate Umsetzung mitarbeiterorientierter Managementmaßnahmen wurde die Ebene der Führungskräfte und deren Handeln identifiziert: Durch die Qualifizierung von Führungskräften könne die Anwendung von Konzepten zur Mitarbeiterbindung unterstützt werden (vgl. Schmid 2009, 4). Wesentlich für die Mobilisierung von „stillen Reserven“ ausgebildeter Altenpflegerinnen und Altenpfleger seien kommunal organisierte Beratungsstrukturen (vgl. Schmid 2009, 4).

In den Interviews und Workshops mit Fachvertretern angrenzender Bereiche wurden zudem praxisorientierte Handlungsansätze eruiert *„die geeignet sind, die Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern zu verlängern, Unterbrechungen zu verhindern oder zu verkürzen und den Wiedereinstieg in der Beruf zu unterstützen“* (Schmid 2009, 13). Hierzu gehören: Eine ausgeprägte Mitarbeiterorientierung in den Einrichtungen, spezifische Qualifizierung von Führungskräften, stärkere Integration betriebswirtschaftlicher Inhalte in die Altenpflegeausbildung als Voraussetzung zur Partizipation an Entscheidungsprozessen sowie die Einbeziehung der Beschäftigten im Sinne einer lernenden Organisation. Des Weiteren sei die Vernetzung von Akteuren auf kommunaler Ebene (z.B. Einrichtungen der Altenhilfe, kommunale Verwaltungen, „Akteure der Arbeitsförderung“) zum Finden gemeinsamer Lösungen (Mobilisierung stille Reserve, Kinderbetreuung) von Bedeutung (vgl. Schmid 2009, 14). Durch die Einrichtung einer kleinräumig organisierten Beratungsstruktur könnten zudem Informationen gebündelt und Qualifizierungsmöglichkeiten sowie Wiedereinstiege erleichtert werden (vgl. Schmid 2009, 14).

In diesem Zusammenhang soll ebenfalls ein Beitrag von Loffing erwähnt werden, der „wichtige Einflussbereiche und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung anhand der Auswertung von Good-Practice-Beispielen¹⁰ ableitet.

- *„Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur entwickeln“*: Good-Practice-Beispiele zu Transparenz und Informationspolitik: regelmäßige interne Kurz-Newsletter, Weitergabe

¹⁰ Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen, Ambulante Dienste Gelsenkirchen; Pflegedienst Lilienthal und Sozial-Holding Mönchengladbach

von Informationen übers Intranet, jährliche Mitarbeiterversammlung zum Thema „Wirtschaftlichkeit im Unternehmen“ (vgl. Loffing 2010, 34)

- *„Attraktivität als Arbeitgeber hervorheben“*: spezieller Bereich für potenzielle Beschäftigte auf der Homepage, regionales (z.B. soziales) Engagement, Teilnahme an Arbeitgeber-Wettbewerben (vgl. Loffing 2010, 34)
- *„Passende Mitarbeiter auswählen und integrieren“*: Assessment-Center mit geschulten Führungskräften/ externer Beratung, Welcome-Paket für neue Beschäftigte, Mentorenprogramme (vgl. Loffing 2010, 34).
- *„Die tägliche Mitarbeiter-Pflege einführen“*: Einzel- und Team-Coaching, Verbesserung in Team-Sitzungen, psychosoziale Beratung (vgl. Loffing 2010, 34 f.)
- *„Zielgerichtete, individuelle Förderung“*: regelmäßige, standardisierte Beurteilungs- und Fördergespräche, Checkliste zur Gesprächsvorbereitung für Mitarbeitende, Trainee-Programme (vgl. Loffing 2010, 35)
- *„Eine wertschätzende Führung etablieren“*: Ehrung der Mitarbeitenden zu Geburtstagen, Dienstjubiläen, abgeschlossene Weiterbildungen etc., regelmäßiges Feedback, Coaching für die Führungskräfte/ Führungskräfteentwicklung (vgl. Loffing 2010, 35)
- *„Ansprechende Anreizsysteme schaffen“*: Kooperationen mit regionalen Kinderbetreuungsstätten, Sport- und Wellness-Clubs etc., Vergünstigungen für unternehmenseigene Dienstleistungen, zusätzliche Urlaubstage für besonderes Engagement (vgl. Loffing 2010, 35).

3.2.4.5 Demografiefeste Personalpolitik

Im Rahmen der Auswertung der recherchierten Beiträge kristallisierte sich als weiterer Themenschwerpunkt die Gestaltung einer demografiefesten Personalpolitik in der Altenpflege als aktueller Diskursstrang heraus. Insgesamt konnten drei Studien und Projekte recherchiert werden. Zwei der Projekte sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen, weswegen keine abschließenden Ergebnisse dargestellt werden können. Um die aktuelle Entwicklung im Forschungs- und Praxisfeld dennoch abzubilden, werden deren zentralen Inhalte kurz umrissen.

Seit April 2012 läuft das vom BMBF geförderte Projekt „Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen“ (InnoGESO). Über einen Zeitraum von drei Jahren untersuchen die Katholische Hochschule Freiburg in Kooperation mit der Universität Witten/ Herdecke und der Universität Heidelberg Möglichkeiten der Entwicklung eines *„ganzheitlichen Konzepts zum Erhalt und zur Steigerung der Innovationskompetenz älterer Mitarbeitender in Gesundheits- und Sozialberufen“* (KH Freiburg 2012, o.S.). Im weiteren Projektverlauf werden Pflegekräfte und Mitarbeitende der Sozialen Arbeit befragt. Die Auswertung der erhobenen empirischen Daten erfolgt aus einer individuellen biografischen Perspektive (vgl. KH Freiburg 2012, o.S.). Ziel ist, *„verschiedene Interessen innerhalb des demografischen Wandels zu erkennen und auszubalancieren“* (KH Freiburg 2012, o.S.). Im Anschluss sollen praxisnahe Konzepte entwickelt werden, *„durch die in Einrichtungen eine Struktur geschaffen wird, die ihre Mitarbeiter(innen) und deren Innovationsfähigkeit stärken kann“* (KH Freiburg 2012, o.S.). Geplant ist zudem, dass die entwickelten Konzepte durch die teilnehmenden Projektpartner umgesetzt und abschließend evaluiert werden (vgl. KH Freiburg 2012, o.S.). Ergebnisse stehen noch aus.

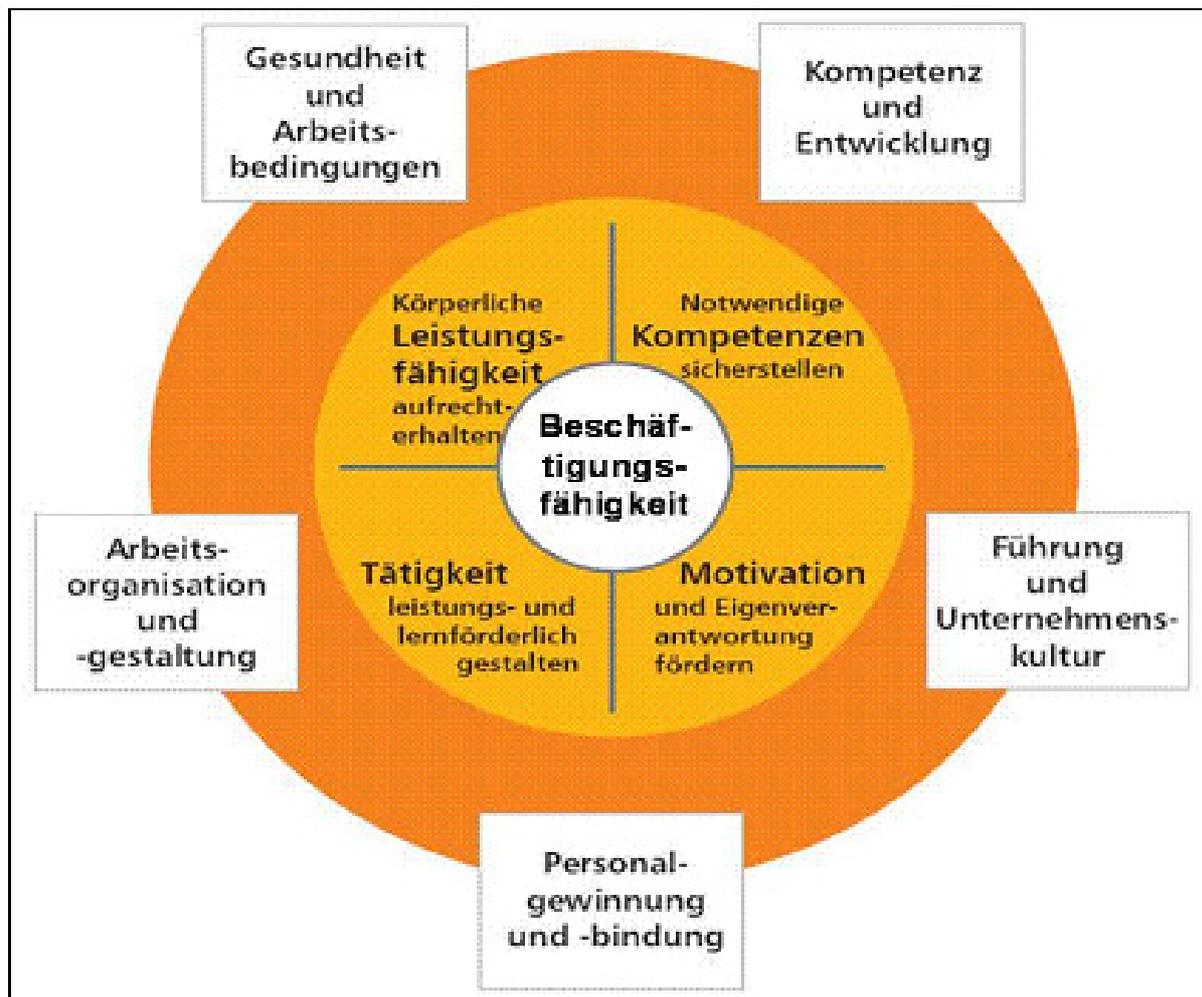
Mit dem Fokus, *„zielgruppenbezogene mobile Fortbildungsmaßnahmen für ältere Mitarbeiter in der Pflege zu entwickeln und zu evaluieren“*, führen die Stiftung katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim und das Institut für Public Health und Pflegeforschung das Projekt *„Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären und ambulanten Altenpflege – Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen“* durch (vgl. IPP 2011, 5). Ziele sind *„die Erhöhung der Verbleibsdauer im Beruf, die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sowie eine langfristige Personalbindung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung bzw. -verbesserung für die Zu-Pflegenden“* (IPP 2011, 5). Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und erstreckt sich von Oktober 2010 bis September 2013. Es umfasst eine Fortbildungsbedarfsermittlung, die Entwicklung von Schulungskonzepten, die Programmdurchführung und die Programmevaluation/ Wirksamkeitsprüfung (vgl. IPP 2011, 5). Die Ergebnisse der im Rahmen der Programmevaluation durchgeführten Vorher-Erhebungen (t_0) zu Gesundheitszustand, Arbeitsbelastungen und Belastungsgrenzen sowie dem Anspruch der Befragten an die Schulungsmaßnahmen liegen vor (vgl. IPP 2011) – abschließende Ergebnisse über die hier relevante Wirksamkeit der Schulungen (t_1) stehen jedoch noch aus.

Die abgeschlossene bundesweite Studie *„Älter werden in der Krankenhauspflege“*, ein Kooperationsprojekt des Forschungsinstituts Betriebliche Bildung (f-bb), Nürnberg und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw) (Laufzeit: 10.2008-09.2010), hatte zum Ziel, Konzepte einer demografiefesten Personalpolitik zu entwickeln, *„die die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des Pflegepersonals langfristig sichern helfen“* (Freiling 2010, 2). Mittels 200 per Zufallsquote ausgewählten und telefonisch befragten Pflegedienstleitungen von Krankenhäusern und Kliniken wurden die Themenblöcke *„Betroffenheit von demografischem Wandel“*, *„Berufsspezifische Belastungen in der Krankenhauspflege“*, *„Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen“*, *„Leitbild und Führung in Form einer offenen Frage zum zentralen Handlungsbedarf“* und *„Unternehmensdaten für die statistische Auswertung“* erfragt (vgl. Freiling 2010, 3). Im Ergebnis zeigte sich, dass 61% der befragten Pflegedienstleitungen in der Rekrutierung von erfahrenen Fachkräften *„eine der größten Herausforderungen des demografischen Wandel[s]“* sehen (vgl. Freiling 2010, 3); 59% befürchten aufgrund alternder Pflegekräfte *„zunehmende Leistungseinschränkungen und Fehltag“* (Freiling 2010, 3). Als eine der wesentlichen Erkenntnisse dieser Studie soll an dieser Stelle herausgestellt werden, dass der personalpolitische Umgang mit der täglichen Arbeitsbelastung nach den verschiedenen Lebensaltern differenziert stattfinden muss (vgl. Freiling 2010, 4). Während bei Jüngeren primär die Faktoren *„Unvereinbarkeit von Familie und Beruf“* sowie *„begrenzte Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten“* als sehr belastend eingeschätzt wurden, waren es bei Älteren primär *„Nacht-/ Schichtarbeit“* sowie *„körperlich belastende Arbeitsbedingungen“* (vgl. Freiling 2010, 5).

Das Projekt basiert auf einem Konzept, das *„die Erfahrungen und Erkenntnisse aufgreift, die im Rahmen des Modells „Haus der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit“ gesammelt und entwickelt wurden (vgl. Ilmarinen/ Tempel 2002) und ergänzt diese um Elemente des Konzeptes zur Beschäftigungsfähigkeit in einem integrierten Ansatz“* (Freiling 2010, 6). Als Handlungsfelder einer demografiefesten Personalpolitik wurden fünf Felder identifiziert (vgl. Abb. 33).

Abb. 33: Handlungsfelder

Quelle: Freiling 2010, 6



Für die einzelnen Handlungsfelder wurden Handlungsmöglichkeiten entlang vorgegebener Dimensionen erfragt. Im Handlungsfeld „Kompetenz und Entwicklung“ fand sich mit 94% die größte Zustimmung bei „Angeboten zur Weiterqualifizierung“. Es folgen mit je 93% „Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Älteren und Jüngeren“ (93%) sowie „Maßnahmen zur Entwicklungsplanung“ (vgl. Freiling 2010, 7). Für das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung“ haben die größte Bedeutung „Gesundheitsvorsorge, Gesundheitschecks, Langzeitprävention“ (91%), „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (90%) sowie „Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung und Ergonomie“ (89%) (vgl. Freiling 2010, 7). Für eine langfristige Personalbindung und -gewinnung werden die „Erzeugung eines positiven Image als Arbeitgeber in der Region“ (98%), „Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ (97%) sowie die „Etablierung einer Kultur der Wertschätzung von Berufs- und Lebenserfahrung“ (95%) als wesentliche Handlungsaspekte genannt (vgl. Freiling 2010, 7). Im Handlungsfeld „Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung“ sehen die Pflegedienstleitungen vor allem die Bereiche „Bildungsaltersgemischter Arbeitsteams“ (89%), „Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Fachkräftegruppen“ (88%) sowie die „Gestaltung von Erholungsphasen“ (83%) als ausgesprochen notwendig für die betriebliche Praxis an (vgl. Freiling 2010, 7).

Unter Bezugnahme auf Naegele/ Walker 2007 und Morschhäuser et al. 2008 weist Freiling 2010 darauf hin, dass *„die Realisierung von Aktivitäten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern nicht als eindimensionales Erfolgsrezept verstanden [werden darf]“* (Freiling 2010, 7). Vielmehr sei es Erfolg versprechend, ein *„umfassendes, auf die jeweilige Bedarfslage im Unternehmen angepasstes Portfolio von Maßnahmen zu planen und langfristig durchzuführen“* (Freiling 2010, 7). Als zentral für die Umsetzung der aufgeführten Handlungsmöglichkeiten benennt Freiling 2010 die Führungskräfte eines Unternehmens. Hierfür sei eine systematische Sensibilisierung und Qualifizierung notwendig (vgl. Freiling 2010, 8).

3.2.4.6 Exkurs: Affektives Commitment

Schuhmacher (2012) stellt in seinem Beitrag den Forschungsstand zu erfolgreichen Strategien der Gewinnung und Bindung leistungsstarker Beschäftigter auf der Ebene der Pflegeeinrichtungen vor (vgl. Schuhmacher 2012, 333). Als zentrale Elemente identifiziert er das so genannte Affektive Commitment und die Identifikation mit dem Unternehmen. Als möglicher Ansatzpunkt bei der konkreten Entwicklung von Mitarbeiterbindungskonzepten sollen dessen Hintergründe im Folgenden umrissen werden:

Das *affektive Commitment* bezeichnet die *„emotionale Bindung einer Person an eine Organisation“* (Schuhmacher 2012, 335). Sie bietet im Gegensatz zum *Kalkulativen Commitment*, das den Verbleib in einer Organisation aufgrund *„fehlender oder kostspieliger Alternativen“* (Schuhmacher 2012, 335) bezeichnet, positive Effekte auf Arbeitsleistung, Anstrengungsbereitschaft, freiwilliges Arbeitsengagement, Veränderungsbereitschaft, Wechselabsicht, Wohlbefinden sowie Gesundheit und führt zu einem Fürsprechen des Unternehmens (vgl. Schuhmacher 2012, 336 nach van Dick 2004). Zudem zeigte eine Studie des International Survey Research (Befragung von insgesamt 362.950 Angestellten über einen Zeitraum von drei Jahren), dass Unternehmen mit Mitarbeitenden, welche sich in hohem Maße emotional verbunden fühlen, Umsatzrendite und Gewinn steigern konnten, während Unternehmen mit einer geringen emotionalen Verbundenheit der Mitarbeitenden Einbußen hinnehmen mussten (vgl. Schuhmacher 2012, 337, ISR 2002, 2). Studienergebnisse zum *Anteil* affektiv gebundener Mitarbeitenden führen uneinheitliche Ergebnisse zwischen ca. 50% und unter 20% auf – abhängig von den jeweils gewählten Messkriterien. Die affektive Bindung von Führungskräften ist höher ausgeprägt als bei anderen Beschäftigten. Eine bundesweite Befragung bei Führungskräften der AWO ergab einen Anteil von ca. 2/3 hoch oder sehr hoch affektiv gebundenen Personen (vgl. Schuhmacher 2012, 342 nach Felde 2008).

Die *Identifikation mit der Organisation* als zentrales Element der Mitarbeiterbindung fokussiert einen ähnlichen Ansatzpunkt: Empirische Studien haben bewiesen, dass *„Mitarbeiter sich vornehmlich mit ihrem Unternehmen identifizieren, wenn dieses in ihren Augen ein hohes Ansehen genießt“* (Schuhmacher 2012, 338 nach van Dick 2004). Erläuternd führt Schuhmacher auf, dass die Identifikation mit einer Organisation dazu führt, dass die Unternehmenszugehörigkeit Teil des eigenen Selbstverständnisses wird. Aufgrund der damit verbundenen erhöhten Bedeutung für den eigenen Selbstwert wird – um den eigenen Selbstwert zu steigern – die Mitgliedschaft in hoch angesehenen Organisationen angestrebt (vgl. Schuhmacher 2012, 338).

Als zentrale Einflussfaktoren für die affektive Bindung und Identifikation mit Unternehmen identifiziert Schuhmacher auf Grundlage verschiedener Studien und Beiträge (vgl. Felde 2008, Schuhmacher 2007, van Dick 2004) Faktoren auf der Organisationsebene. Hierzu gehören das Prestige

der Organisation, die Identifikation mit dem Produkt bzw. der Dienstleistung sowie die organisationale Unterstützung. Auf der Führungsebene identifizieren sie die transformationale Führung, Anerkennung und Feedback. Auf der Arbeitsebene werden eine autonome und herausfordernde Tätigkeit, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, eine bedeutsame Tätigkeit sowie ein positives Lernklima erkennbar (vgl. Schuhmacher 2012, 339).

Schuhmacher empfiehlt ein „diagnosegeleitetes Vorgehen“ welches die Punkte Bestimmung der Ist-Situation (hier: fundierte Mitarbeiterbefragung) sowie die „Identifikation von Handlungsbedarfen und Stellschrauben auf Grundlage der Ergebnisse der bestimmten Ist-Situation beinhaltet. Er betont dabei den engen Zusammenhang zwischen Mitarbeiterbindung und -gewinnung: Die Etablierung einer Arbeitgebermarke sowie die langfristige Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden könne nur gelingen, wenn die Organisation für die vorhandenen Beschäftigten attraktiv ist (vgl. Schuhmacher 2012, 343).

Ähnlich wie Schuhmacher 2012 setzen Müller et al. 2010 den Begriff der Mitarbeiterbindung in einen direkten Bezug zum Begriff des Commitments (vgl. Müller et al. 2010, 146). Die Ausführungen zum affektiven Commitment stimmen weitestgehend überein (vgl. Müller et al. 148 f.). Müller et al. 2010 ergänzen die Bindungsformen anders als Schuhmacher 2012 durch das sogenannte Normative Commitment (angelehnt an Felfe 2008): Moralische Wertvorstellung, Opferbereitschaft, Treue und Loyalität gegenüber dem Unternehmen, dem Team und den Klienten werden für die Bindung an das Unternehmen als ausschlaggebend betrachtet (vgl. Müller et al. 2010, 148). Die verschiedenen Commitment-Typen – so Müller et al. 2010 weiter – lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Insbesondere Affektives und Normatives Commitment korrelieren miteinander, was mit der gemeinsamen intrinsischen Grundmotivation erklärt werden könne (vgl. Müller et al. 2010, 150). Zudem weist Felfe 2008 darauf hin, *„dass sich Qualifizierungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen positiv auf das affektive Commitment gegenüber Beruf und Organisation auswirken. Ebenfalls von Bedeutung in diesem Zusammenhang sind die technische und räumliche Ausstattung“*(Müller et al. 2010, 213 nach Felfe 2008).

Müller et al. 2010 gehen des Weiteren auf die Arbeitszufriedenheit als Faktor für die Personalbindung ein. Es geht um die Auseinandersetzung mit (positiven) Gefühlen und Einstellungen gegenüber der Arbeitstätigkeit (vgl. Müller et al. 2010, 150). Müller et al. 2010 folgend der Zwei-Faktoren-Theorie Herzbergs, welcher zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit unterscheidet. Um Arbeitszufriedenheit zu erreichen, müsse die Dimension der Bedürfnisse (Motivatoren) angesprochen werden. Die Erfüllung der Motivatoren (z.B. gefordert sein, Anerkennung finden) führe zu tatsächlicher Arbeitszufriedenheit, die Nichterfüllung nicht direkt zu Unzufriedenheit kommen aber zu geringerer Motivation (vgl. Müller et al. 2010, 151 nach Weinert 2004).

Als ebenfalls zentrales Element von Mitarbeiterbindungsprogrammen identifizieren Müller et al. 2010 nach Knoblauch 2004 die Entwicklung einer Unternehmens- bzw. Organisationskultur. Demnach haben Unternehmen nur dann Bindungserfolge, *„wenn es gelingt, eine Kultur zu entwickeln, die [...] auch immaterielle Leistungen wie Kreativität, Vertrauen, Ehrlichkeit, Leistungsbeurteilung und Flexibilität in den Vordergrund stellt“* (Müller et al. 2010, 155 nach Knoblauch 2004, 114). Mitarbeiterbindung basiere demnach auf den fünf Faktoren Unternehmenskultur/ Unternehmensimage, Betriebsklima, Führung, Job und Honorierung/ Vergütung (vgl. Müller et al. 2010, 155 nach Knoblauch 2004, 114).

3.2.4.7 Modellprojekte mit Wirksamkeitsbezug

Es werden im Folgenden praxisorientierte Projekte vorgestellt, die durch ihre wissenschaftliche Begleitung bzw. Evaluierung die Wirksamkeit implementierter Konzepte überprüfen. Von Interesse sind hier zum einen die inhaltlichen Ergebnisse, zum anderen aber auch die Identifizierung von Schwierigkeiten bei der Implementierung neuer Konzepte in die Praxis.

3.2.4.7.1 Selbstbewertung als Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege

In Kooperation mit der B·A·D GmbH, der Unfallkasse Baden-Württemberg und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege führte das Fraunhofer IAO das Modellprojekt „Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege“ durch (vgl. Klein et al. 2005, 12). Hierzu wurde das Selbstbewertungssystem des Fraunhofer IAO für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe aus dem Jahr 2004 auf gesundheitsrelevante Fragestellungen übertragen, weiterentwickelt und anschließend in Einrichtungen der stationären Altenhilfe eingesetzt (vgl. Klein et al. 2005, 14, 24). Ziel war es, *„den stationären Einrichtungen der Altenhilfe ein Instrument an die Hand zu geben, mit dem sie schnell und mit geringem Aufwand eine Qualitätsdiagnose der gesundheitsrelevanten Bereiche durchführen und Verbesserungen einleiten und vornehmen können“* (Klein et al. 2005, 24). In sieben Einrichtungen nahmen insgesamt 301 Beschäftigte an Selbstbewertungsworkshops (n=88), Qualitätsplantrainings (n=34) und Mitarbeiterbefragungen der wissenschaftlichen Begleitforschung (n=179, davon: bgw-Betriebsbarometer n=111; Projektevaluation n=68) teil (vgl. Klein et al. 2005, 28). Als Erfolg des Projektes werten die Autoren die Ergebnisse des Teilbereichs „Information und Zusammenarbeit“ – dort lag das größte Verbesserungspotenzial: Während sich die Zusammenarbeit mit den Führungskräften und die Mitgestaltung bei Veränderungsprozessen in den Mitarbeiterbefragungen (bgw-Betriebsbarometer) als besonders schwierig herausstellte, sah ca. ein Drittel der Befragten bereits zum Ende des Projektes Verbesserungen im Betriebsklima und in der Zusammenarbeit mit den Führungskräften. Zudem konnten Informations- und Kommunikationslücken für 40% der Befragten geschlossen werden (vgl. Klein et al. 2005, 58). Trotz positiver Ergebnisse in vielen erfragten Einzelbereichen – so die Autoren weiter – gebe der Großteil der Mitarbeitenden an, dass sich weder ihre Arbeitssituation insgesamt, noch ihre Stresssituation verändert haben. Hinsichtlich dieser Diskrepanz bedürfe es weiterer Forschung (vgl. Klein et al. 2005, 58). Parallel zur Implementierung und Evaluation des Selbstbewertungssystems wurde ein Netzwerk angeregt, welches den fachlichen Austausch fördern, Best-Practice verbreiten und *„Benchmarks für die professionelle Weiterentwicklung“* durchführen soll (Klein et al. 2005, 14).

3.2.4.7.2 Reduzierung der Arbeitsbelastung durch Fehlermanagementsysteme

Bei dem folgenden Modellprojekt erfolgte zwar keine systematische Überprüfung der Wirksamkeit. Da es aber dennoch Auswirkungen und Umsetzungsprobleme verdeutlicht, soll es trotzdem aufgeführt werden.

Mit dem Ziel, Stress und Belastungen verursachende Schnittstellenproblematiken in der alltäglichen Arbeit Pflegenden zu reduzieren, wurde das Modellprojekt „Reduzierung der Arbeitsbelas-

tion in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme“ in zwei stationären Pflegeheimen durchgeführt (vgl. Blass 2005, 8 f.). Zunächst wurde durch Experteninterviews das Themenfeld erschlossen und ein sensibilisierender Eingangsworkshop mit den Beschäftigten der beteiligten Einrichtungen durchgeführt (vgl. Blass 2005, 9). Mit dem Ziel, Indikatoren zur Erhebung der Arbeitsbelastungen an den Schnittstellen zu erlangen, wurden anschließend teilstandardisierte Beschäftigtenbefragungen durchgeführt. Die Diskussion der Ergebnisse fand in einem Workshop statt (vgl. Blass 2005, 9). Nachfolgend wurden in einem Gestaltungszirkel konkrete Maßnahmen für eine Reduktion der Arbeitsbelastung entwickelt und in der Einrichtungspraxis erprobt (vgl. Blass 2005, 9). Im Ergebnis zeigte sich, dass die von den Beschäftigten entwickelten Maßnahmen *„entsprechend der je spezifischen einrichtungsinternen Problemlagen, an sehr unterschiedlichen Belastungskonstellationen an[setzen]“* (Blass 2005, 62). Insbesondere hinsichtlich geplanter Arbeitszeitflexibilisierungen wurde deutlich, dass individuelle Präferenzen bei der Maßnahmenentwicklung berücksichtigt werden müssen: *„Eventuell sind in einer Einrichtung sogar unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zum Einsatz zu bringen“* (Blass 2005, 64). Eine weitere Erkenntnis ist, dass *„die Umsetzung der Maßnahmen (...) immer auch [durch] die Schnittstelle Pflege – Management [tangiert wird]“* (Blass 2005, 65). *„Da sonst eine tragfähige Einbindung der übrigen entwickelten Maßnahmen in die Arbeitsorganisation der ganzen Einrichtung nicht gelingen kann“* (Blass 2005, 65), müssten an dieser Schnittstelle bestehende Belastungskonstellationen zuerst bearbeitet werden.

Der an der *Schnittstelle Pflege – Kunden* wesentlich belastende Faktor ist der *„gestiegene und vor allem auch unplanbare Hilfebedarf der Bewohner/innen“* (Blass 2005, 62). Eine mögliche Maßnahme stellt die Einführung eines Beschwerdeformulars für das Beschwerdemanagement dar. So können Beschwerdeart und Beschwerdebearbeitung systematisch erfasst und analysiert werden, mit dem Ziel Beschwerdeformen zu typisieren und im Vorfeld zu vermeiden (vgl. Blass 2005, 62). Die primäre Belastungskonstellation an der *Schnittstelle Pflege – Funktionsbereiche* ist die *„Auslagerung der Funktionsbereiche und die damit verbundenen Reibungsverluste bei der Synchronisierung der Arbeitsabläufe zwischen Pflegeheim und externem Dienstleister“* (Blass 2005, 62). Hier wurden drei mögliche Maßnahmen identifiziert:

- 1) Konkrete Benennung, Abgrenzung und Terminierung der Arbeitsaufgaben des Dienstleisters/ des Personals bzw. der Einrichtungsmitarbeitenden.
- 2) Dokumentation der Verfahrensabläufe und deren einsehbare Hinterlegung.
- 3) Regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Führungskräften.

An der *„Schnittstelle Arbeitssichten/ Aufgabenverteilung“* bestanden die Beschäftigten beider Zirkel darauf, dass es *„selbstverständlich sei, wenn alle auch einfache (hauswirtschaftliche) Tätigkeiten übernehmen“* (Blass 2005, 63). Dennoch konnte zum Projektende für die Wohnbereiche *„gerade im Hinblick auf eine stärkere Arbeitsteilung ein kleines ›Maßnahmenpaket‹ [zusammengestellt werden]“* (Blass 2005, 63). Diese waren:

- 1) Abstellung eines Mitarbeitenden des Wohnbereichs für den Küchenbereich.
- 2) Einsatz einer Altenpflegehelferin oder eines Altenpflegehelfers für den Wohnbereich als „Pflegenachhut“, welche von 10:00 bis 12:00 Uhr alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in den Bewohnerzimmern übernimmt.
- 3) Einführung von Sonderdiensten für Wohnbereichsleitungen, sodass sie ihre spezifischen Tätigkeiten erledigen können.

- 4) Optimierung der Personaleinsatzplanung:
 - a. Versetzter Schichtbeginn und Verlängerung des Dienstes am Wochenende. Ziel: Verringerung der Wochenendarbeit.
 - b. Varianz der Schichtlängen. Ziel: Erwirtschaftung zusätzlicher freier Tage im Monat
→ hier zeigte sich, dass aus der Perspektive der Beschäftigten erst dann eine Arbeitsentlastung eintritt, wenn ganze freie Tage entstehen.
- 5) Einführung von Gesprächen zwischen Wohnbereichsleitung und Beschäftigte (vgl. Blass 2005, 63 f.).

Keiner der beiden Zirkel wählte ein der *Schnittstelle Pflege – Management* zugehöriges Arbeitsfeld aus (vgl. Blass 2005, 65). Dennoch sind folgende Problemlagen deutlich geworden:

- 1) Missverhältnis zwischen einer übermäßigen Kontrolle und dem Gewähren von Handlungsspielräumen
- 2) mangelnde Würdigung der Arbeitsleistung
- 3) *„eine nach Auffassung der Belegschaft unzureichende Kenntnis des Managements darüber, welchen Anforderungen die Pflegekräfte bei ihrer alltäglichen Arbeit ausgesetzt sind“* (Blass 2005, 65).

Die Autoren betonen, dass sich die genannten Problemlagen belastend auf die Zirkelarbeit ausgewirkt haben, *„indem zuerst die Auswahl der Arbeitsfelder kritisiert, dann eine nachträgliche einseitige Problemdefinition in Bezug auf die Arbeitsanforderungen der Pflegebelegschaft vorgenommen wurde und schließlich die in einem gewährten Gestaltungsfreiraum entwickelten Maßnahmen fast keine Umsetzungschancen hatten“* (Blass 2005, 65). Es konnten keine konkreten Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. Blass 2005, 65).

3.2.4.7.3 „Regionale Netzwerke >Pflege< und neue Wege des Wissenstransfers“

Ziel des Modellprojekts „Regionale Netzwerke >Pflege<: Anpassung und exemplarische Erprobung neuer Wege und Medien des Wissenstransfers“ war die Nutzung der Synergieeffekte eines regionalen Netzwerks (Region Aachen) sowie die Entwicklung neuer Wege und Medien beim Wissenstransfer (vgl. Pauli et al. 2008, 8). Hierzu wurden zum einen Beschäftigte zehn stationärer Altenheime (Heimleiter, Geschäftsführer, Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen, examinierte Pflegefachkräfte, Pflegeassistenten; n=34) zu ihrer Alltagspraxis befragt, zum anderen wurden Interviews mit regionalen Experten (Heimaufsicht, Pflegekassen, MDK) zu neuen Wegen und Formen des Wissenstransfers in Einrichtungen der stationären Pflege interviewt (vgl. Pauli et al. 2008, 8, 25, 37). Die Befragung der Beschäftigten ergab, dass – unabhängig von der hierarchischen Ebene – in der Alltagspraxis turnusmäßige und anlassbezogene Besprechungsstrukturen, Fort- und Weiterbildungen sowie der informelle Austausch im Kollegium zentral für den Wissenstransfer sind (vgl. Pauli et al. 2008, 26). Die Autoren heben hervor, dass lediglich Interviewte aus drei Einrichtungen Fort- und Weiterbildungen als motivationalen Anreiz thematisieren – wobei sich eben diese drei Einrichtungen *„durch minimale Fluktuation und einen unterdurchschnittlichen Krankenstand aus[zeichnen]“* (Pauli et al. 2008, 31 f). In diesen Einrichtungen *„werden Mitarbeiter auch für längerfristige Weiterbildungen freigestellt und die Teilnahmegebühren werden vom Träger übernommen, selbst wenn die Mitarbeiter nicht die jeweilige Position/ Funktion, die die Weiterbildung als Zielgruppe anspricht, innehaben oder dafür vorgesehen sind“* (Pauli et al. 2008, 31). Im Verhältnis zu entstehenden Investitionskosten überwiegen für die Einrichtungs-

leitungen die positiven Effekte auf Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung (vgl. Pauli et al. 2008, 32). Interessant scheint zudem, dass *die „Reflexion über den Wissensbedarf und dessen Deckung (...) weniger auf einer Meta-Ebene statt[findet], sondern (...) sich am alltäglichen Handeln und dem sich ergebenden Bedarf [orientiert]“* (Pauli et al. 2008, 34). Zudem wurden Veränderungen von der Mitarbeiter-Ebene *„nicht als proaktiver gestalterischer Prozess angesehen, sondern als reagieren auf sich veränderte Anforderungen. Die Leitungsebene sieht dies differenzierter“* (Pauli et al. 2008, 34). Der Aspekt Vernetzung wurde eher kritisch kommentiert: Obwohl auf der Leitungsebene Kooperationen üblich sind, werden diese kritisch gesehen. Auf Wohnbereichs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfteebene lagen keine systematischen Netzwerkerfahrungen vor (vgl. Pauli et al. 2008, 35).

Die Experteninterviews zeigen, dass insgesamt eine deutlich positive Entwicklung in den Einrichtungen der Altenhilfe zu verzeichnen ist, *„die maßgeblich durch den Aufbau des Qualitätsmanagements gefördert wurde“* (Pauli et al. 2008, 36). Entscheidend dabei sei, *„dass sich das Qualitätsmanagement aus dem eigenen Antrieb heraus in den Einrichtungen entwickelt und nicht von außen >aufgestülpt< wird. Grundvoraussetzung für die langfristige Umsetzung qualitativer Prozesse sind: Ein klares Konzept und klare Rahmenbedingungen durch den Träger“* (Pauli et al. 2008, 36) sowie die ausreichende räumliche Ausstattung und personelle Besetzung.

3.2.4.7.4 GESU.PER – Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung

GESU.PER ist ein mitarbeiterorientiertes Qualifizierungsprogramm der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur betrieblichen Gesundheitsförderung und -prävention. Ziel ist, durch die Erweiterung der individuellen Handlungskompetenzen psychische Belastungen zu reduzieren. Das Training wird von speziell weitergebildeten Multiplikatoren durchgeführt und greift realitätsnahe Erlebnisse und Stresssituationen aus der Praxis auf. Es wurde bereits in einigen Einrichtungen der Altenhilfe eingeführt, u.a. in einer ambulanten Pflegestation der Sozialstation Saarlouis. Unter Berücksichtigung der Bedarfe der Beschäftigten (mittels Befragung) wurden über zwei Jahre insgesamt neun Trainingsbausteine angeboten (Berufsverständnis, Kommunikation, Konfliktverhalten, selbstorganisiertes Arbeiten (2x), Entspannungstraining, Umgang mit verwirrten Patienten und deren Angehörigen, Gestalten und Reflektieren der Arbeit beim Patienten, Stressimmunisierung). Zudem konnten die Beschäftigten Supervision in Anspruch nehmen. Nach drei Jahren war der Gesundheitszustand der um 40% verbessert und deren Krankenstand verringert (Krankenstand pro Mitarbeitendem 2005: 7,6; 2006: 6,1) (vgl. IEGUS et al. 2012, 30 f.; BGW 2011).

3.2.5 Werkzeuge, Netzwerke, Projekte, Kampagnen und Initiativen

3.2.5.1 Personalfindung und -gewinnung

3.2.5.1.1 Wettbewerbe und Qualifizierungsprogramme zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität

Im Kontext der Literaturrecherche wurden Angebote eruiert, welche die öffentlichkeitswirksame Steigerung der Attraktivität eines Arbeitgebers zum Ziel haben. Hierzu gehören:

- <http://www.greatplacetowork.de/>. Hierbei handelt es sich um eine Benchmarkstudie mit angegliedertem Arbeitgeberwettbewerb. Grundlage ist eine Mitarbeiterbefragung mit Maßnahmenanalyse in den teilnehmenden Einrichtungen, Benchmarking, entsprechende Weiterentwicklung der Einrichtung sowie deren Auszeichnung als „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ (vgl. Great Place to Work o.J., 5).
- <http://www.attraktiver-arbeitgeber-pflege.de>. Dies ist ein Branchenprüfsystem. Grundlage ist die Befragung der eigenen Mitarbeitenden. Es folgt ein Ergebnisbericht mit Benchmarks sowie das Zertifikat „Geprüfter Arbeitgeber“ (vgl. AAP 2012a, o.S.). Sind zudem definierte Mindestkriterien erfüllt, wird eine Auszeichnung verliehen (vgl. AAP 2012b, o.S.).
- <http://www.top-arbeitgeber.com> Dies ist ein branchenübergreifendes Zertifizierungssystem. Grundlage ist auch hier die Befragung der Beschäftigten und der Personalverantwortlichen. Die Auszeichnung „Top Job“ erhalten jene Unternehmen, die *„ein stimmiges qualitatives Gesamtkonzept, das langfristig ausgerichtet ist und den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens mit den Interessen der Arbeitnehmer“* vereinen (Compamedia o.J., 1).

3.2.5.1.2 Netzwerkbildung als Möglichkeit zur Mitarbeiterfindung und -gewinnung

- Care4future ist ein regionales Netzwerk sozialer und pflegerischer Einrichtungen, dessen Ziel die Gewinnung junger Menschen für den Pflegeberuf ist. Hierfür kommen Pflegeauszubildende zu Haupt- und Realschülern in den Unterricht und vermitteln diesen pflegerische Aufgaben und den Praxisalltag. Zudem können die Haupt- und Realschüler Praktika in den Pflegeeinrichtungen machen (vgl. IEGUS et al. 2012, 11).
- Servicehelfer ist ein Modellprojekt der Robert Bosch Stiftung. Ziel ist, „schwachen“ Hauptschulabsolventen durch die Qualifizierung zu Servicehelfern im Sozial- und Gesundheitswesen den Einstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen (vgl. Teigeler 2009, 1). Hierzu wird den Jugendlichen ermöglicht, in Kooperationseinrichtungen eine einjährige Ausbildung zu absolvieren. Ihnen wird garantiert, nach der Abschlussprüfung für mindestens ein Jahr übernommen zu werden (vgl. Teigeler 2009, 2). Die Abbruchquote war mit neun von 22 Teilnehmenden relativ hoch, 13 Hauptschulabsolventen schlossen die Abschlussprüfung erfolgreich ab (vgl. Teigeler 2009, 3).
- sentiso ist eine für Unternehmen kostenpflichtige Internetplattform, auf der sie sich mit Fachkräften im Ruhestand vernetzen können. So können „stille Reserven“ aktiviert werden. Die Plattform ist branchenübergreifend und hat bisher keinen Bezug zur Altenhilfe. Sie könnte in der Zukunft genutzt werden (vgl. IEGUS et al. 2012, 12).
- Das Demografie Netzwerk (DDN) ist ein Netzwerk von Unternehmen, die sich intern mit der Thematik „Demografie“ auseinandersetzen (wollen). Eine Internetplattform dient dabei als Informationsquelle. DDN stellt regelmäßig neueste Erkenntnisse und Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung und initiiert entsprechende Veranstaltungen (vgl. IEGUS et al. 2012, 14).
- Pflege- und Sozialberufe die begeistern ist ein lokales Netzwerk zur Personalgewinnung in Papenburg, das beim niedersächsischen Ideenwettbewerb „Pflege“ ausgezeichnet wurde. Die Berufsfachschule Altenpflege, zwei Haupt- und Realschulen sowie kooperierende Pflegeeinrichtungen haben sich zusammengeschlossen, um u.a. das Interesse Ju-

gendlicher an Sozialberufen zu wecken, das Image der Altenpflege zu verbessern und um damit zukünftige Fachkräfte zu gewinnen (vgl. NMSFFGI 2012, o.S.; Berufsfachschule Altenpflege 2010, 4 ff.). In den Lehrplan der Haupt- und Realschulen wurde der neue Wahlpflichtkurs „Pflege, Soziales und Gesundheit“ implementiert. Zusätzlich wurden unter Beteiligung von Schülern der Berufsfachschule für Altenpflege zwei externe Veranstaltungen von je 5 bis 6 Unterrichtsstunden integriert, in denen die Schülerinnen und Schüler der Haupt- und Realschulen Lernstationen durchliefen. In der ersten Veranstaltung standen die Interessen und die Meinungsbildung im Vordergrund, bei der zweiten Veranstaltung die praxisorientierte Vorbereitung auf potenzielle Praktika (vgl. Berufsfachschule Altenpflege 2010, 7). Die Evaluation der beiden Veranstaltungen ergab, dass der Beruf der Altenpflege von den Jugendlichen nach dem Durchlaufen der Lernstationen positiver und vielschichtiger wahrgenommen wurde und der Bezug zum Berufsfeld gestiegen war (vgl. Berufsfachschule Altenpflege 2010, 14). Die kooperierenden Pflegeeinrichtungen berichteten von einem Anstieg der Praktika durch Haupt- und Realschüler (vgl. Berufsfachschule Altenpflege 2010, 15).

- Netzwerk Freiwilligenarbeit in Altenpflegeheimen Göttingen (N FAG) ist ein seit 2006 bestehendes trägerübergreifendes Freiwilligennetzwerk von 12 Pflegeeinrichtungen und drei Mitgliedern (ebenfalls Einrichtungen) einer koordinierenden Steuerungsgruppe. Ziel des beim Ideenwettbewerb „Pflege“ des Landes Niedersachsen ausgezeichneten Netzwerks ist die Gewinnung Ehrenamtlicher (vgl. Hönig 2010, 2, 5 ff., NMSFFGI 2012, o.S.). Im Fokus steht, dass die Freiwilligen nicht nur etwas „geben“, sondern auch „etwas davon haben“. Aus diesem Grund bietet das Netzwerk Begleitungs- und Qualifizierungsangebote an (vgl. Hönig 2010, 7). Gleichzeitig sind die Beteiligten im Netzwerk offen für Ideen der Freiwilligen und bieten hauptamtliche Personen als Ansprechpartner in ihren Häusern (Freiwilligenbeauftragte) (vgl. Hönig 2010, 7 f.). Die Vermittlung der Ehrenamtlichen erfolgt durch ein sog. BONUS-Freiwilligenzentrum, einer Erstkontaktstelle für alle Interessierten. Dort werden zum einen potenzielle, individuell passende Aufgabengebiete besprochen, zum anderen der Kontakt zu geeigneten Einrichtungen hergestellt. Für diese bestehende Vermittlung werden regelmäßig Bedarfe in den beteiligten Altenpflegeheimen erfasst (vgl. Hönig 2010, 10). Alle zwei Jahre findet zudem eine Anerkennungsveranstaltung für die im Netzwerk tätigen Freiwilligen statt (vgl. Hönig 2010, 11). Koordiniert wird das Netzwerk durch eine Steuerungsgruppe, die sich alle zwei Monate trifft, eine Heimleitungs- und Steuerungsgruppe, welche sich zwei- bis dreimal im Jahr trifft, und eine Koordinierungsstelle für Altenheimseelsorge (vgl. Hönig 2010, 09 ff.). Vom Beginn des Netzwerks im Jahr 2006 bis zum Jahr 2010 konnte die Zahl der freiwillig Engagierten auf rund 100 erwachsene Freiwillige verschiedener Altersgruppen verdoppelt werden (vgl. Hönig 2010, 8).

3.2.5.1.3 Einrichtungsberatung als Möglichkeit der Mitarbeiterfindung und -gewinnung

- Servicenetzenwerk Altenpflege ist ein abgeschlossenes Projekt des BMFSFJ mit einer Laufzeit von drei Jahren (2007 bis 2010). Ziel war es, wirksam auf den steigenden Fachkräftebedarf in der Altenpflege zu reagieren. Hierfür wurden bundesweit sechs kostenlose Beratungsstellen eingerichtet, die als Ansprechpartner für auszubildende und ausbildungsinteressierte Einrichtungen zur Verfügung standen (vgl. Hartmann 2010, 36 f.).

- Forum Seniorenarbeit NRW ist ein im Oktober und November 2009 durchgeführter internetgestützter Workshop für haupt- und ehrenamtliche Akteure in der Seniorenarbeit. Ziel ist die Gewinnung neuer Ehrenamtlicher. Grundlage ist die Reflexion der eigenen Strategien und deren Neuausrichtung auf der Basis von kollegialer Beratung und Arbeitsmaterialien. Durch den Workshop konnten neue Strukturen in der Praxis etabliert werden (z.B. Kooperationen mit lokalen Medien) (vgl. Hoffmann 2009, 9 ff.).

3.2.5.1.4 Öffentlichkeitswirksame Kampagnen und Initiativen als Weg der Mitarbeiterfindung und -gewinnung

- Berufsfeld: Moderne Altenpflege ist eine im Jahr 2009 abgeschlossene Fachkampagne des BMFSFJ, die zum Ziel hatte, der Öffentlichkeit ein realistisches Bild der Altenpflege zu vermitteln (vgl. BMFSFJ 2008, 2). Im Mittelpunkt der Kampagne standen Pflegekräfte und Auszubildende, die mit einem Wettbewerb dazu aufgerufen wurden, „*ihr Bild von moderner Altenpflege zu zeigen und so ihr Berufsfeld mitzugestalten*“ (BMFSFJ 2008, 4).
- www.soziale-berufe.com ist eine im Rahmen des EFS-Programms „Rückenwind“ geförderte Informationsplattform der Diakonie (vgl. Diakonie Deutschland o.J., o.S.). Ziel ist die Gewinnung junger Menschen für soziale und pflegerische Berufe. Die Onlinepräsenz umfasst rund 20 Berufe und Studiengänge, wobei jeder Beruf/ Studiengang mit einer Video- und einer Textreportage von den Auszubildenden und Studierenden selbst vorgestellt wird (vgl. Altenpflege Magazin 2012, 12).
- Außen Flower, innen Power ist eine vom „Niedersächsischen Ideenwettbewerb Pflege“ ausgezeichnete Personalgewinnungs-Kampagne der Deutschen Seniorenstift Gesellschaft (DSG). Parallel zur Kampagne wurden mithilfe einer Online-Plattform eine Struktur implementiert, die es potenziellen Beschäftigten ermöglicht, sich ohne großen Aufwand (maximaler Zeitaufwand: 5 Minuten) zu bewerben (vgl. Weiß 2010, 8, 11; NMSFFGI 2012, o.S.). Zentrale Angaben waren neben Adressdaten die Berufserfahrung, der Berufswunsch und der gewünschte Einsatzort. Die eingehenden Bewerbungsmails wurden im Anschluss von der Personalabteilung des DSG an die gewünschten Einsatzorte weitergeleitet (vgl. Weiß 2010, 8). Nach der Freischaltung des Portals wurde die Kampagne über Zeitungen, Edgarcards in Gastronomiebetrieben, Großflächenplakaten und Spots im Fahrgastfernsehen der öffentlichen Verkehrsmittel beworben (vgl. Weiß 2010, 9). Zusätzlich wurden in umliegenden Abschlussklassen der Realschulen eine eigens erstellte Präsentation zu den Vorteilen des Berufs des Altenpflegers vorgeführt (vgl. Weiß 2010, 10). Vier Monate nach Kampagnenbeginn bewarben sich monatlich ca. 50 Personen als Pflegefachkräfte oder Pflegehelfer bzw. Pflegehelfer über das Onlineportal, alle 20 Ausbildungsplätze konnten besetzt werden. (vgl. Weiß 2010, 10). Um die Mitarbeiterzufriedenheit weiter und nachhaltig zu steigern, finden einmal jährlich Mitarbeiterbefragungen statt (vgl. Weiß 2010, 10).
- Heartbreaker ist eine Ausbildungskampagne der Cura Unternehmensgruppe. Von 2011 bis 2012 werden 100 zusätzliche Ausbildungsplätze angeboten und durch standortweite Plakate, Citycards in gastronomischen Szeneeinrichtungen, einen separaten Internetauftritt sowie zusätzliche Anzeigen im Online-Netzwerk Facebook beworben. Ziele sind der Abbau von Vorbehalten gegenüber dem Pflegeberuf und die Gewinnung neuer Auszubildender. Hierzu sollen die Jugendlichen direkt angesprochen werden. Zentrales Motiv der Kampagne

ne sind Kontaktanzeigen junger Menschen, die bereits in der Altenpflege arbeiten. Wiedererkennungsmerkmal sind zwei verbundene Herzen (vgl. Maternus 2011, o.S.).

- Pfleg mich! ist eine Initiative für Pflegeberufe der Unternehmensgruppe Phönix. Der Auftakt der Kampagne fand bei der Altenpflege-Messe in Hannover im März 2012 statt. Ziel ist, „mit einem Schmunzeln“ für den Pflegeberuf zu werben und damit junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Hierzu wird die Individualität der pflegebedürftigen Menschen humorvoll auf Werbeplakaten, Postkarten, Buttons, Aufklebern und einer eigens eingerichteten Website abgebildet. Einen zusätzlichen Aspekt stellt das Online-Gewinnspiel „Pflegeheld“ dar. Parallel zur humorvollen Darstellung werden die Jugendlichen über Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Vergütung informiert (vgl. Phönix 2012, o.S.).

3.2.5.1.5 Umfassende Konzepte

- Fit für Pflege – Netzwerk Praxisanleitung ist ein Personalentwicklungsprojekt im Rahmen des ESF-Programms „Rückenwind“. Ziele des Projekts (Laufzeit 11.2011 bis 10.2014) sind die Verbesserung der Strukturen der Ausbildung, die Unterstützung ausbildender Betriebe und die Verbesserung des Images der Altenhilfe. Auf dieser Grundlage werden 50 Kooperationseinrichtungen dazu befähigt, die Handlungskonzepte anzuwenden (vgl. Sept 2012, 1). Dies geschieht u.a. in Form von aufsuchender Beratung und Informationsveranstaltungen, der Bereitstellung von Instrumenten zu Fragen der Ausbildung und dem Aufbau von Ausbildungsverbänden (vgl. Sept 2012, 1 f.).

3.2.5.2 Personalentwicklung und -bindung

3.2.5.2.1 Toolboxes

- BGW – Unterstützungsangebote demografischer Wandel ist eine Toolbox der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum Thema „demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege“. Hierzu werden Instrumente für die Praxis (z.B. Altersstrukturcheck), Ergebnisse von Projekten und konkrete Handlungsleitfäden zur Verfügung gestellt. Unternehmen können so erste Schritte der Umsetzung einer demografiefesten Arbeitsgestaltung planen und machen. Für interessierte Unternehmen besteht zudem die Möglichkeit, ihre Erfahrungen regelmäßig bei Netzwerktreffen auszutauschen (vgl. IEGUS et al. 2012, 35).
- www.toolbox-personalarbeit.de ist eine Toolbox für Unternehmen der Sozialwirtschaft. Sie umfasst die Themen „Unternehmensführung“, „Arbeitsbedingungen und Gesundheit“, „Wissen und Weiterbildung“ und „Fachkräftegewinnung und -bindung“ (vgl. IEGUS et al. 2012, 49). Die Themenschwerpunkte enthalten jeweils Hinweise für die Praxis, Checklisten sowie Verweise auf Beratungs- und Weiterbildungsangebote. Zudem besteht die Möglichkeit, sich einen Aufsteller für den Bürotisch zusenden zu lassen (vgl. IEGUS et al. 2012, 49).

Neben den spezifisch auf die Sozial- oder Pflegebranche zugeschnittenen Werkzeugen stellen IEGUS et al. 2012 branchenfremde oder -übergreifende Toolboxes vor:

- GRAziL verfolgt das Ziel, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Leiharbeitnehmern aus dem Produktions- und Dienstleistungssektor zu fördern. Hierzu wurden in den Entleihunternehmen konkrete Gestaltungsmöglichkeiten entwickelt und erprobt. Vier Themenfelder beinhalten Instrumente zur Gleichstellung von Stamm- und Leihbelegschaft (vgl. IEGUS et al. 2012, 37). Obwohl die Toolbox nicht auf die Pflegebranche zugeschnitten ist, kommen IEGUS et al. 2012 zu dem Schluss, dass „spezifische Maßnahmen für Leiharbeiter aufgrund der zunehmenden Zahl zeitlich befristeter Anstellungsverhältnisse auch in der Pflege zielführend“ sind (IEGUS et al. 2012, 37).
- www.fachkraefte-toolbox.de ist eine branchenunspezifische Toolbox zur Fachkräftegewinnung und -bindung. Durch verschiedene Instrumente können kleine und mittlere Unternehmen ihren Umgang mit den Themen Fachkräftefindung, -gewinnung, -bindung, -entwicklung sowie mit alternden Belegschaften überprüfen. Obwohl die Toolplattform nicht pflegespezifisch ist, kommen IEGUS et al. 2012 zu dem Schluss, dass sie gut auf die Pflegebranche übertragbar wäre – unter dem Vorbehalt, dass einzelne Instrumente noch auf die spezifischen Belange der Pflege modifiziert werden (vgl. IEGUS et al. 2012, 19).
- www.demowerkzeuge.de ist eine Toolbox zur Bewältigung des demografischen Wandels. Auf der Online-Plattform „Demografischer Wandel – (k)ein Problem“ sind 20 Vorgehensweisen, Verfahren und Instrumente, die sich in der Praxis bewährt haben, frei verfügbar (vgl. IEGUS et al. 2012., 39).
- Lag0 – Länger arbeiten in gesunden Organisationen ist eine Toolbox zur betrieblichen Gesundheitsförderung und -prävention. Im Fokus stehen hierbei ältere Beschäftigte, deren Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit gefördert werden soll. Gemeinsam mit Unternehmen aus öffentlichem Dienst, Industrie und Handel wurden in einem wissenschaftlich begleiteten Projekt konkrete Analyseinstrumente sowie Praxisleitfäden entwickelt und unter aktiver Begleitung erprobt (vgl. IEGUS et al. 2012, 27).

3.2.5.2.2 Selbstbewertungsinstrumente

- MAX Mitarbeiteraktienindex ist ein kostenpflichtiges Werkzeug zur Erfassung, Analyse und Bewertung der Stärken und Schwächen von Beschäftigten. Sie geben die Daten zu Indikatoren, die von Belegschaft und Führung vereinbart werden, selbst in das Programm ein. Angelehnt an Aktienkurse der Börse steigt oder fällt der Kurswert der Beschäftigten oder definierter Teams. Anhand der so entstehenden Kurvenverläufe kann die Leistung in einem bestimmten Erfassungszeitraum reflektiert werden (vgl. IEGUS et al. 2012, 47).
- Gesund Pflege Online ist ein Selbstbewertungsinstrument zur betrieblichen Gesundheitsförderung und -prävention in der Pflegebranche. Anhand eines Fragenkatalogs können Unternehmen ihre aktuelle Situation analysieren und bewerten. Entsprechend des Analyseergebnisses erhalten sie dann gezielte Unterstützungsangebote (vgl. IEGUS et al. 2012, 28).

Auch bei den Selbstbewertungsinstrumenten greifen IEGUS et al. 2012 auf branchenübergreifende Werkzeuge zurück.

- AGE CERT ist ein Selbstbewertungsinstrument zur altersgerechten Personalentwicklung in Unternehmen. Das webbasierte Befragungstool ist in fünf Handlungsfelder gegliedert: Ar-

beitsgestaltung, Gesundheitsverhalten, Laufbahngestaltung, Gratifikation und Weiterbildung/ Qualifizierung. So können Unternehmen vorliegende Stärken und Verbesserungspotenziale bei der Gestaltung altersgerechter Strukturen erkennen. (vgl. IEGUS et al. 2012, 20). Zusätzlich können sich Unternehmen über AGE CERT mit einem Qualitätssiegel „Altersgerechte Personalentwicklung“ zertifizieren lassen.

- demoBIB ist ein branchenunspezifisches, softwarebasiertes Instrument zur Erfassung der Beschäftigungsfähigkeit alternder Belegschaften, das sich sowohl an Arbeitgeber und Betriebsräte als auch an Beschäftigte richtet. Es enthält einen „Kompass zur Erfassung von Ist- und Prognosedaten“, ein „Stressprofil-Check“, ein „Selbst-Check zur Beschäftigungsfähigkeit“ und ein „Unternehmens-Check zur Beschäftigungsfähigkeit“ (vgl. IEGUS et al. 2012, 36).
- Quick Check Innovation ist ein branchenunabhängiges, umfassendes Selbstbewertungsinstrument mit Werkzeugkoffer. Anhand eines Schnelltests und eines angegliederten vertiefenden Fragebogens wird ein Überblick über Stärken und Schwächen eines Unternehmens gewonnen. Kernthemen sind dabei die „Informationserhebung“, die „interne Kommunikation und Konkretisierung“ sowie die „Informationsreaktion“ (vgl. IEGUS et al. 2012, 41). IEGUS et al. 2012 bewerten einige der Instrumente als nicht für die Pflege relevant; diese könnten jedoch angepasst werden (vgl. IEGUS et al. 2012, 41).

3.2.5.2.3 Online-Learning

- eLiP – eLearning in der Pflege e.V. ist ein aus dem Projekt „eLearning Infrastruktur in der Altenpflege (eLiA)“ entstandener Verein zur Fortführung der im Projekt entwickelten, trägerübergreifenden E-Learning-Strukturen mit 90 ausgebildeten Teletutoren. Zielgruppen sind interessierte Einrichtungen, Altenpflegeschulen und Weiterbildungseinrichtungen, die Unterstützung bei der Einführung von E-Learning wünschen. Diese werden bei der Erstellung und Erprobung eigener oder bei der Nutzung externer elektronisch gestützter Bildungsangebote begleitet. Ab 2012 sollen aus den individuell in den Einrichtungen entwickelten Lernansätzen Bildungsmaßnahmen zu spezifischen Themen von Pflege konzipiert und erprobt werden (vgl. IEGUS et al. 2012, 22).
- GAbi – Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim ist ein ausführliches Selbstanalyse- und E-Learning-Tool (CD-Rom). Es hat den Abbau von Defiziten der Arbeitsorganisation (hoher Krankenstand, hohe Fehlzeiten, hohe Fluktuation, Unzufriedenheit bei den Beschäftigten bzw. Patienten, häufige Fehler im Arbeitsablauf) zum Ziel. Das Tool zielt dabei nicht auf eine Bewertung des Verhaltens oder der Leistung der Beschäftigten, sondern auf die Aufdeckung struktureller Schwächen in der Arbeitsorganisation und deren Verbesserung durch die Entwicklung erprobter Maßnahmen (vgl. IEGUS et al. 2012, 34).

Auch hier führen IEGUS et al. 2012 branchenübergreifende Werkzeuge als vielversprechende Möglichkeiten für die Altenpflege auf:

- PET – Personalentwicklung tut's verfolgt das Ziel, Schlüsselpersonen in Einrichtungen der Sozialwirtschaft hinsichtlich Bildungsbedarfsanalysen, Bildungsplanung und Bildungsberatung zu qualifizieren. Gemeinsam mit elf am Projekt teilnehmenden Betrieben werden

insbesondere einrichtungsübergreifende Lösungen entwickelt und erprobt. Hierzu wird Personalverantwortlichen und Führungskräften im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen und betrieblichen Praxisprojekten das entsprechende Wissen vermittelt (vgl. IEGUS et al. 2012, 21).

- MiaA – Menschen in altersgerechter Arbeitskultur stellt ein Online-Trainingsmodul zur Verbreitung einer „alter(n)sgerechten Arbeitskultur in Unternehmen“ sowie zur Steigerung der Berufsverweildauer älterer Beschäftigter zur Verfügung. Interessierte Unternehmen erhalten einen Handlungsleitfaden zur umfassenden Analysen der Ist-Situation im Unternehmen, sowie Methoden und Instrumente zur Definition von Handlungsfeldern (vgl. IEGUS et al. 2012, 51). Der Methodenmix von Analysen, Online-Training, Workshop und Reflexionsgesprächen ist sehr praxisorientiert; IEGUS et al. 2012 sehen jedoch „*Herausforderungen (...) bei der Adaption des Vorgehens an den individuellen Unternehmenskontext sowie der Integration des Verfahrens in den Kontext von KMUs*“ (IEGUS et al. 2012, 51).

3.2.5.2.4 Qualifizierungsprogramme zur Steigerung der Attraktivität

- audit berufundfamilie ist ein externes, kostenpflichtiges, branchenunspezifisches Auditierungsprogramm der berufundfamilie GmbH mit Hilfen zur Implementierung familienfreundlicher Maßnahmen in Unternehmen. Interessierte Betriebe werden von externen, unabhängigen Beratern begleitet und bei der Entwicklung und Umsetzung strategischer und individueller Lösungen unterstützt (vgl. IEGUS et al. 2012, 50). Die Handlungsfelder des Auditierungsprogramms sind: Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Arbeitsort, Information und Kommunikation, Führung, Personalentwicklung, Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen sowie Service für Familien. Im Auditierungsprozess wird zunächst der Status quo ermittelt, dann erfolgen ein Strategieworkshop und ein Auditierungsworkshop, in dem die gemeinsame Zielsetzung, der Rahmen und spezifische Handlungsansätze entwickelt werden. Es folgt die Zielvereinbarung und die Erteilung eines Zertifikats. Nach drei Jahren erfolgt die Re-Auditierung, in der die Zielerreichung überprüft wird und neue Ziele formuliert werden. Ist dies erfolgt, wird das Zertifikat bestätigt (vgl. berufundfamilie 2010, 8 f.). Aktuell nutzen ca. 1000 Unternehmen, Institutionen und Hochschulen das Instrument (vgl. IEGUS et al. 2012, 50).

3.2.5.2.5 Externe Beratung

- al.i.d.a – Arbeitslogistik in der Altenhilfe ist ein externes, kostenpflichtiges Beratungskonzept der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zur Vermeidung von Belastungsspitzen im Pflegealltag. Es richtet sich an Einrichtungen der stationären Pflege ab 30 Beschäftigten. Der Beratungsprozess erstreckt sich über 18 Monate und wird entweder gemeinsam mit anderen Einrichtungen oder als Einzelberatung durchgeführt. Ziel ist die Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten, die Verringerung der körperlichen Belastung und die Vermeidung von Stress und Zeitdruck. Die Methoden zur Organisationsentwicklung umfassen Moderationstrainings, Projektmanagementschulungen, Mitarbeiterbefragungen, Zeitleistungsanalysen, Interviews, regelmäßige Workshops zu den Themen Personalreorganisation und Dienstplangestaltung und Workshops zur Optimierung der Schnittstellen zu anderen Fachbereichen (vgl. IEGUS et al. 2012, 38).

IEGUS et al. 2012 sprechen dem *Konzept „[große] Potenziale optimierter Arbeitsorganisation, hoher Mitarbeiterzufriedenheit und starker Mitarbeiterbindung“* zu (IEGUS et al. 2012, 38).

- GeniAL – Generationsmanagement im Arbeitsleben ist ein kostenloses, sensibilisierendes Beratungsangebot der Deutschen Rentenversicherung. Es wird bundesweit in ausgesuchten Beratungsstellen angeboten und beinhaltet folgende Themenkomplexe: regionale demografische Entwicklung, betriebliche Analyseinstrumente, Personalpolitik sowie weiterführende Unterstützungsangebote in der Region (vgl. IEGUS et al. 2012, 43). Interessierte kleine und mittelständische Unternehmen erhalten so allgemeines und betriebsbezogenes Informationsmaterial zum demografischen Wandel sowie wissenschaftlich evaluierte Analyseinstrumente (GeniALchek, IMPULS Test, Altersstrukturanalyse, Arbeitsbewältigungsindex, Gesundheitszirkel) (vgl. IEGUS et al. 2012, 43).

3.2.5.2.6 *Netzwerkbildung als Möglichkeit der Personalentwicklung und -bindung*

- Netzwerk KMU-Kompetenz ist ein branchenübergreifendes Netzwerk für kleine und mittelständische Unternehmen. Ziel ist *„die gegenseitige Vermittlung von Handlungskompetenzen zur Steigerung der Gesundheit, des Mitarbeitermanagements und der Arbeitsqualität in den kooperierenden Betrieben“* (IEGUS et al. 2012, 52). Angeboten bzw. koordiniert werden u.a. Fragebögen zur Situationsanalyse, ein betriebliches Gesundheitsmanagementprojekt, ein mehrmonatiges, begleitetes Stress- und Diversity-Management, Klärung von Fragen zum demografischen Wandel, Netzwerkkonferenzen, Arbeitskreise, Fortbildungsangebote, Seminare, Workshops und interne Treffen (vgl. IEGUS et al. 2012, 52). Aktuell beteiligen sich knapp 90 Unternehmen am Netzwerk. IEGUS et al. 2012 beurteilen es für die Pflegebranche hinsichtlich Fragen der Personalrekrutierung und -bindung als nützlich – pflegespezifische Netzwerke ließen sich dadurch jedoch nicht ersetzen (vgl. IEGUS et al. 2012, 52).

3.2.5.2.7 *Betriebliches Gesundheitsmanagement*

- Weil sie es uns wert sind! – Wege zu gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen ist ein im Rahmen des ESF-Programms *„rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“* gefördertes Projekt des Verbands der Katholischen Jugendfürsorge e.V. mit einer Laufzeit vom 01.11.2010 bis 31.10.2013 (vgl. VKJF o.J., 1). Ziel ist, die Arbeitsbedingungen für die ca. 9000 Beschäftigte des VKJF *„so zu gestalten, dass es seinen Mitarbeitern auch in Zukunft möglich ist, ihre Tätigkeit gesund, motiviert und erfolgreich erfüllen zu können“* (VKJF o.J., 2). Die Zufriedenheit der Beschäftigten soll durch die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen vor Ort erreicht werden. Im Zentrum steht dabei eine gezielte Sensibilisierung der Führungskräfte. Der Projektprozess umfasst dabei eine Ist- und Bedarfsanalyse auf Grundlage einer Mitarbeiterbefragung, die Sensibilisierung vor Ort durch Veranstaltungen und kontinuierliche Information, die Entwicklung eines bedarfsgerechten Konzepts, Grundlagenworkshops für 250 Führungskräfte, die Bewertung, Reflexion und Weiterentwicklung der implementierten Maßnahmen sowie die abschließende Verankerung des Konzepts in den Leitlinien. Das Projekt wird durch die Universität Bamberg wissenschaftlich begleitet, Ergebnisse stehen aus (vgl. VKJF o.J., 2).

- CareWell – Starke Mitarbeiter für eine gute Pflege ist ein Projekt des Caritasverbandes der Stadt Köln und des Rhein-Erft-Kreises mit einer Laufzeit vom 01.06.2010 bis zum 31.05.2013. Ziel ist die Entwicklung eines ganzheitlichen, präventiven Gesundheitskonzeptes für insgesamt 980 Beschäftigte (davon 600 Pflegekräfte) von sieben Altenzentren, zwei Hospizen und neun ambulanten Pflegediensten (vgl. Stinner-Meißner o.J., 3). Die Beschäftigten sollen insbesondere durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Verbesserung der belastenden Arbeitsbedingungen gebunden werden (vgl. Stinner-Meißner o.J., 4). Hierzu wird in einer ersten Phase die gesundheitliche Situation der Beschäftigten und Führungskräfte systematisch erfasst, anschließend erfolgt die Planung, Durchführung und Prüfung der Maßnahmen. Abschließend werden in einer dritten Phase alle durchgeführten Maßnahmen ausgewertet und ein nachhaltiges Konzept erstellt (vgl. Stinner-Meißner o.J., 5, 10). Phase drei umfasst eine Fragebogenerhebung, eine Gesamtauswertung, die Entwicklung von Umsetzungsstrategien für alle Einrichtungen, deren Verankerung im Qualitätsmanagementsystem, Veröffentlichungen sowie die Vernetzung und Weiterqualifizierung der teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Stinner-Meißner o.J., 11). Abschließende Ergebnisse stehen aus.
- Team Gesundheit ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – für die Beschäftigten der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt der Alexianer Münster GmbH zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BAGFW o.J.-b, o.S.). Ziel ist die Ermöglichung eines gesunden „Älterwerdens“ für alle Beschäftigten des Standortes der Alexianer in Münster; eine Hauptzielgruppe stellen Beschäftigte des Pflege- und Betreuungsdiensts dar. Zudem sollen diese beim Erhalt ihrer physischen und psychischen Gesundheit sowie ihrer Arbeitsfähigkeit unterstützt werden (vgl. BAGFW o.J.-b, o.S.). Projektbestandteile sind dabei Einzel- und Gruppenangebote, Beratungen, Vorträgen und Workshops. Themenschwerpunkte sind Ernährung, Stressbewältigung, Suchtberatung, Führungsverhalten, Sozialcoaching, körperliche Belastung, klientenspezifische Belastungssituationen, drei Gesundheitstage zu den Themenbereichen Bewegung, Stress und Ernährung (vgl. BAGFW o.J.-b, o.S.).
- Pflege bewegt ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten der Sozialwirtschaft“ gefördertes Arbeitsfähigkeitsmodell des Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Thüringen e.V. zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege (vgl. BAGFW o.J.-c, o.S.). Das Projekt läuft vom 01.10.2011 bis zum 30.09.2014. Ziel ist die Förderung bzw. der Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in der Pflege und die Entwicklung eines Arbeitsfähigkeitsmodells spezifisch für die Altenpflege. Zentraler Projektbestandteil ist die Schulung von Führungsverantwortlichen hinsichtlich der Reduzierung psychischer und physischer Arbeitsbelastungen, des Erhalts bzw. der Förderung der Mitarbeitergesundheit, der Reduzierung von Krankheitstagen sowie einer langfristige Bindung von Beschäftigten (vgl. BAGFW o.J.-c, o.S.). In 12 ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Thüringen werden repräsentative Daten zur Arbeitsfähigkeit erhoben, um anschließend bedarfsgerechte Personalentwicklungsinstrumente zu entwickeln. Konkret soll ein Methodenkoffer mit Instrumenten zur Optimierung der Arbeitsfähigkeit erstellt werden, welcher dann in den Einrichtungen implementiert und evaluiert, so-

wie anschließend als Altenpflegespezifisches Arbeitsfähigkeitsmodell verbreitet werden soll (vgl. BAGFW o.J.-c, o.S.). Ergebnisse liegen noch nicht vor.

- Gesund in der Pflege ist ein im Rahmen des Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt des DRK-Landesverbands Schleswig-Holstein e.V. zur „Förderung der Verweildauer im Pflegeberuf unter Berücksichtigung des demografischen Wandels“ (vgl. BAGFW o.J.-d, o.S.). Laufzeit ist vom 01.10.2011 bis zum 30.09.2014, die Zielgruppen sind Pflege- und Führungskräfte der stationären und ambulanten Pflege. Ziel ist der Erhalt bzw. die Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Beschäftigten in der Pflegebranche, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Lebensqualität der Beschäftigten sowie der Erhalt der Verweildauer im Beruf (vgl. BAGFW o.J.-d, o.S.). In zehn Modellbetrieben werden unter Einbezug der Beschäftigten und der Führungskräfte durch Gespräche und Workshops Maßnahmenpakete entwickelt, anschließend auf die Kooperationsbetriebe transferiert und dort weiterentwickelt werden (vgl. BAGFW o.J.-d, o.S.). Ergebnisse stehen aus.
- Handlungshilfen für eine gesunde Pflegepraxis ist eine kostenfreie Sammelmappe mit thematischen Handlungshilfen für die betriebliche Gesundheitsförderung und -prävention. Sie wurden gemeinsam mit Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt, erprobt und regelmäßig aktualisiert. Die enthaltenen Hilfen zum Vorgehen (Checklisten, Anleitungen) und Leitfäden erstrecken sich u.a. auf folgende Themen des Personalmanagements: Beurteilung psychosozialer Belastungen, Arbeitsorganisation und Personalbindung. Des Weiteren sind konkrete Beispiele für die berufliche Praxis enthalten (vgl. IEGUS et al. 2012, 29).

3.2.5.2.8 Umfassende Konzepte zur Personalfindung, -gewinnung, -entwicklung und -bindung

- Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen (Gender-Med-AC) ist ein Projekt mit einer Laufzeit vom Januar 2012 bis Januar 2015 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., der Stadt Aachen, der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen und sieben kooperierenden Praxiseinrichtungen. Ziel ist,
 - o die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern,
 - o Karrierechancen für Frauen zu erhöhen,
 - o die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen,
 - o Berufsunterbrechungszeiten zu reduzieren,
 - o Berufsabbrüche zu verhindern,
 - o ältere Beschäftigte zu unterstützen,
 - o die Verweildauer von erfahrenem Personal im Beruf zu verlängern,
 - o Nachwuchs zu fördern und zu gewinnen sowie
 - o das Image der Berufe und die Attraktivität der Einrichtungen als Arbeitgeber zu verbessern (vgl. Geesnich o.J. 3, 5).

So sollen Praxisunternehmen der Gesundheitswirtschaft hinsichtlich ihrer Wettbewerbsfähigkeit gefördert werden (vgl. Gender-Med-AC 2012, o.S.). Ausgangspunkt ist eine regionale Analyse vorhandener Daten zur Situation der Alten- und Krankenpflege in der Gesundheitsregion Aachen (vgl. DIP 2012, 4). Auf Grundlage dieser Ergebnisse sollen im An-

schluss gezielt mitarbeiterfreundliche Arbeitsstrukturen entwickelt werden (DIP 2012, 4). Die einleitende Regionalanalyse liegt zum Recherchezeitpunkt vor (vgl. DIP 2012, 4), weitere Ergebnisse stehen noch aus.

- PEDRO – Personalentwicklung demografisch orientiert ist ein demografieorientiertes Personalentwicklungsprojekt der Diakonie Neuendettelsau mit einer Laufzeit vom 01.06.2011 bis 31.05.2012 (vgl. BAGFW o.J.-a, o.S.). Themenfelder sind die Erhaltung der Arbeitsleistung und Gesundheit einer älteren Belegschaft, die Schaffung einer lern- und gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation, die Implementierung einer dialogorientierten Führungskultur, eine Personalentwicklung unter Berücksichtigung demografischer Faktoren, die Gewinnung und Bindung von Nachwuchskräften sowie die Schaffung eines besseren Zugangs für Frauen zu Führungspositionen (vgl. BAGFW o.J.-a, o.S.). Die Umsetzung erfolgt beispielhaft in vier Einrichtungen der Pflege und Behindertenarbeit. Die konkrete Durchführung hat zum Ziel, in den Einrichtungen Transparenz bezüglich der demografischen Situation und Herausforderungen zu schaffen, zentrale Akteure bzw. Führungskräfte themenspezifisch zu qualifizieren, pilothafte Gestaltungsprojekte zu initiieren sowie relevante Multiplikatoren zu sensibilisieren und zu vernetzen. Das Projekt wird in Kooperation mit der Evangelischen Hochschule Nürnberg realisiert und wissenschaftlich begleitet vom International Dialogue College (vgl. BAGFW o.J.-a, o.S.).
- Haus der Pflege ist ein durch das ESF-Programm „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt der Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. in Kooperation mit der AWO Ennepe-Ruhr. Die Laufzeit erstreckt sich vom 03.12.2010 bis 02.12.2013. Ziele sind die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, die Senkung der Mitarbeiterfluktuation, die Erprobung von Gesundheitsförderungsstrategien, die Organisation der Gewinnung neuer Mitarbeitergruppen sowie die Erleichterung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. BAGFW o.J., o.S.). Zielgruppe sind ca. 400 Beschäftigte und deren Leitungskräfte. Das Konzept umfasst eine Mitarbeiterbefragung, die Ausbildung betrieblicher Mentoren und deren praktische Erprobung. Zusätzlich zielt das Projekt auf die Installierung eines Mitarbeiterpools, die Strukturierung von Qualifizierungsmaßnahmen, das Angebot von Kinderbetreuungsmöglichkeiten (z.B. durch sogenannte „Pflegernester“), die Durchführung einer Imagekampagne sowie den Aufbau eines Assessment-Centers (vgl. BAGFW o.J., o.S.). Zum Recherchezeitpunkt liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Initiative „weiter bilden“ – Personalentwicklung in der Altenpflege ist eine vom BMAS und dem ESF geförderte Initiative der Altenheim GmbH der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, der Städtischen Altenpflegeheime Wuppertal und des BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen in Essen. Sie hat zum Ziel *„die Anpassungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu stärken und die Beschäftigten beim Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen“* (Ver.di 2011, o.S.). Hierfür sollen die Personalentwicklung und die Fort- und Weiterbildungsangebote bei beiden Trägern verbessert werden (vgl. Ver.di 2011, o.S.). Das Projekt wird über eine Laufzeit von drei Jahren durchgeführt und endet im Jahr 2014 (vgl. BiG 2008, o.S.). Die Initiative umfasst
 - o die Erstellung von Kompetenzprofilen auf Einrichtungs- und Abteilungsebene,

- die Weiterentwicklung der Kompetenzen zur Personalentwicklung auf der unteren und mittleren Führungsebene,
- die Durchführung von Qualifizierungsbedarfsanalysen,
- die Entwicklung und Durchführung arbeitsplatznaher Fort- und Weiterbildungsangebote sowie
- die Evaluation und Verstetigung der Personalentwicklung.

Ergebnisse liegen zum Recherchezeitpunkt noch nicht vor.

- Stress lass nach! ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt der AWO Kreisverband Bielefeld e.V. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Strunk o.J., 1). Das Projekt wird vor dem Hintergrund realisiert, dass die AWO im Kreisverband Bielefeld im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Krankenstände, eine hohe Mitarbeiterfluktuation mit einhergehendem Fachkräftemangel sowie eine steigende Mitarbeiterunzufriedenheit als Problemfelder aufweist (vgl. Strunk o.J., 2). Hauptziele sind die Stärkung des Human- und Sozialkapitals sowie die Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten. So sollen die Mitarbeiterfluktuation abgebaut, Fehlzeiten reduziert, dadurch die dauerhafte Beschäftigungsfähigkeit erhöht, die Arbeitseffizienz gesteigert, die Dienstleistungsqualität verbessert und die Wettbewerbsfähigkeit gesteigert werden (vgl. Strunk o.J., 4). Grundlage einer einleitenden Diagnose- und Analysephase ist eine Mitarbeiterbefragung sowie Daten- und Dokumentenanalysen. Es folgt eine Entwicklungs- und Planungsphase von zukünftigen Interventionen, die durch eine Koordinierungs- und Steuerungsgruppe geplant werden. In der anschließenden Durchführungs- und Interventionsphase werden die bedarfsspezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmen in sechs arbeits- und geschlechtsspezifischen Aktionsfeldern systematisch umgesetzt (Führung, Unternehmenskultur, Betriebsklima, soziale Kompetenz, Arbeitssysteme, gesundheitsbewusstes Verhalten). Abschließend soll evaluiert werden, inwieweit Belastungen reduziert, das Wohlbefinden sowie das individuelle Gesundheitsverhalten verbessert wurden (vgl. Strunk o.J., 5 ff.). Ergebnisse liegen noch nicht vor.
- Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH ist eine mehrfach prämierte Tochtergesellschaft der Stadt Mönchengladbach, die im Jahr 1996 gegründet wurde, um den Herausforderungen im sozialen Bereich flexibel und unbürokratisch zu begegnen. U.a. wurde sie von Care Invest als Altenheimbetreiber des Jahres 2012 ausgezeichnet, erhielt mehrfach das Gütesiegel ARBEIT PLUS der Evangelischen Kirche und eine Auszeichnung der American Association of Retired Persons (AARP) für ihre altersgerechte Beschäftigungspolitik (vgl. Sozial Holding o.J., 1, 2012, o.S., 2012a, o.S., 2010, o.S.). Als überdurchschnittlich oder vorbildlich bewertete die Evangelische Kirche die Beteiligungschancen und die Sozialkultur der Sozial-Holding, die Lebenschancen (Integration von Schwerbehinderten, Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen), die Einstellung älterer Arbeitnehmer, das Engagement für Auszubildende, die Anwendung von Qualitätssicherungssystemen, das Angebot an Fort- und Weiterbildungen auch im niedrig qualifizierten Bereich sowie den Zugang zu Führungspositionen für Frauen und Männer (vgl. Arbeit Plus 2012, o.S.). Mit ihrer modernen Organisations- und Unternehmensstruktur und unter dem Leitmotiv „Sozial handeln – Wirtschaftlich arbeiten“ stehen für die Sozial Holding sowohl die Menschen im Mit-

telpunkt, die die Dienstleistungen in Anspruch nehmen, als auch diejenigen, die diese erbringen. Sie ist sich darüber bewusst, dass die Beschäftigten das Fundament des Unternehmens sind. Ideen und vielfältige Fähigkeiten der Mitarbeitenden werden aktiv eingebunden. Dieses Herangehen ist Teil der Unternehmenskultur, die von den Führungskräften transportiert wird und sich in zahlreichen Kampagnen widerspiegelt (vgl. Loffing 2010, S. 200 ff).

Als Schlüsselemente der Mitarbeiterbindung und der strategischen Planung werden folgende betrachtet (vgl. Loffing 2010, S. 201ff.):

- Betriebliche Gesundheitsförderung
 - Qualifizierung
 - Transparente und leistungsorientierte Gehaltsstrukturen
 - Flexible Arbeitszeitmodelle
 - Unterstützungsangebote, wie etwa (Team-)Supervisionen oder Coachings für Beschäftigte und Führungskräfte
- Arbeitgebermarke Stiftung St. Franziskus Heiligenbronn ist ein Personalentwicklungskonzept zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität mit dem Ziel, Beschäftigte zu gewinnen und zu halten (vgl. Müller et al. 2011, 14). Inhaltlich basiert das Personalentwicklungskonzept auf dem sogenannten „Markenhaus“. Das Fundament des Markenhauses bilden ein Personalentwicklungskonzept sowie Maßnahmen zur Gewinnung, Auswahl und zur langfristigen Bindung qualifizierter Beschäftigter. Die Säulen des Konzeptes bilden unterschiedliche Ansätze mit den Themenschwerpunkten räumliche Gestaltung, Wohngruppen, Bezugspflege, Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, Zusammenarbeit mit Angehörigen sowie Ehrenamtlichen, Seelsorge, Sterbebegleitung und Kommunikation. Das Dach besteht aus den Paradigmen Individualität und Selbstbestimmung (vgl. Müller et al. 2011, 13). Wesentliche Bereiche des Personalentwicklungskonzeptes sind:
1. Kommunikation: regelmäßige Strategietage, regelmäßiges teamorientiertes Besprechungswesen, stiftungsweite und einrichtungsbezogene Mitarbeiterzeitschriften, Schwarze Bretter, Stiftungskalender, klar strukturierte Homepage zur Gewinnung potenzieller Bewerber
 2. Kooperationen mit Hochschulen, Universitäten, Berufsfachschulen für Altenpflege; systematische Zusammenarbeit bei Praktikumsstellen, Abschlussarbeiten, Trainee-Programmen und Dozenturen
 3. Karriere- und Nachfolgeplanung mit dem Ziel, interne Führungskräfte zu erkennen und heranzubilden; enge Verknüpfung mit jährlichen Zielvereinbarungs- und Meilensteingesprächen
 4. Stellenanzeigen und Stellenausschreibungen: einheitliches Design, klare Gliederung, aussagekräftige/ übersichtliche/ ansprechende Gestaltung; Schwerpunkt: Attraktivität und Angebote für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber
 5. Prozessbeschreibung: Prägung Corporate Design durch Mustervorlagen für Stellenausschreibungen
 6. Die Teilnahme an „Audit Beruf und Familie“, um die Attraktivität für Fach- und Führungskräfte zu erhöhen; Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Stärkung eines familienbewussten Image (vgl. Müller et al. 2011, 13 f.)

Das Personalmarketingsystem der Stiftung zeigt Erfolge, beispielsweise hinsichtlich der Anzahl und Qualität der Bewerbungen auf dem internen und externen Arbeitsmarkt (vgl. Müller et al. 2011, 14).

- Pflegedienst „Ambulante Dienste Gelsenkirchen gGmbH“ hat ein Personalentwicklungskonzept zur Bindung qualifizierter und zur Gewinnung neuer Beschäftigter entwickelt (vgl. Jahndorf 2010, 30). Das Konzept umfasst die Bereiche strategische Personalentwicklung, eingebundene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie Beurteilungs- und Fördergespräche (vgl. Jahndorf 2010, 30). Es basiert auf einem definierten Plan, welcher einmal jährlich von einer verantwortlichen Qualitätsmanagerin durchgeführt wird. So wird zur strategischen Personalentwicklung einmal jährlich der Fortbildungsbedarf abgefragt, ein Fortbildungsplan erstellt und die strategische Ausrichtung durch das Leitungsteam besprochen. Zudem werden, zur höheren Mitarbeiterbindung und -motivation durch Weiterbildung, jedes Jahr zwei Beschäftigte als Pflegedienstleitungen ausgebildet sowie Weiterbildungen zu Wundmanagern, Hygienefachkräften und Qualitätsmanagementbeauftragten angeboten (vgl. Jahndorf 2010, 30 ff.). Angebote zur Gesundheitsprävention sind im Fortbildungsplan fest verankert („Grünen Reihe“). Die Kurse sind freiwillig, sie ergeben jedoch Punkte, die in einem Bonusheft gesammelt werden können. Die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder die regelmäßige Fahrt mit dem Fahrrad zur Arbeit geben zusätzliche Punkte. Ab einer bestimmten Punktzahl können die Beschäftigten an einer internen Verlosung teilnehmen (vgl. Jahndorf 2010, 31). Der Bereich der Beurteilungs- und Fördergespräche beinhaltet ein mindestens einmal im Jahr stattfindendes strukturiertes Mitarbeitergespräch (Leitfaden, standardisierter Beurteilungsbogen) mit allen Beschäftigten (vgl. Jahndorf 2010, 31). Alle Berichte werden durch den Leiter des Pflegedienstes gelesen, zusätzlich werden bei Bedarf klärende Gespräche mit einzelnen Abteilungen geführt (vgl. Jahndorf 2010, 32). Die Umsetzung verläuft „reibungsfrei“ (Jahndorf 2010, 32). Überwachungsaudits ergaben, dass das Vorgehen durch alle Beschäftigte mitgetragen wird. Seit der Einführung des Konzepts kann eine Senkung des Krankenstandes und eine „bei Null“ liegende Fluktuation verzeichnet werden. Auch eine Kundenbefragung ergab ein gutes Feedback (vgl. Jahndorf 2010, 32).
- Pflegedienst Lilienthal GmbH ist der Gewinner des „Häusliche Pflege Innovationspreises 2009“ (vgl. Eyer 2010, 20). Der Pflegedienst wendet ein dreigliedriges Mitarbeiterbeteiligungskonzept zur Mitarbeiterbindung an. Die Beschäftigten werden in folgenden Dimensionen beteiligt:
 1. Informationsbeteiligung (I/ PEP): Es handelt sich um eine Intranetlösung, die aus dem Wunsch der Beschäftigten nach einer verbesserten und zeitnahen internen Kommunikation entstand.
 2. Erfolgsbeteiligung: Jahressonderzahlungen wie beispielsweise Weihnachtsgeld in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Ergebnis des Geschäftsjahres.
 3. Kapitalbeteiligung in der Beteiligungsgesellschaft MITWinn: Die Idee der Beteiligungsgesellschaft wurde von der Geschäftsführung entwickelt und mit der Mitarbeitervertretung, mit Beschäftigten und einem Berater weiterentwickelt. Die Anteile der Beteiligungsgesellschaft wurden zu einem symbolischen Preis verkauft. Insgesamt 95% der Beschäftigten beteiligen sich als Mit-Unternehmer (vgl. Eyer 2010, 21-24).

- „fit for care“ – Optimierte Personalentwicklung von und durch Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Personalentwicklungs-Projekt des Diakonischen Werks Hamburg (Laufzeit: 01.06.2011 bis 31.05.2014). Die Ziele des Projektes sind die Optimierung von Organisationsbedingungen für Führungskräfte in der Pflege, die nachhaltige Stärkung und Qualifizierung von Führungskräften für Leitungsaufgaben (ein besonderer Fokus liegt dabei auf Frauen in Führungspositionen) sowie die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Führungskräften und ihren Beschäftigten (vgl. BAGFW o.J.-e, o.S.). Das Projekt umfasst zwei Handlungsbereiche: Organisationsberatung und Praxisbegleitung. Im Rahmen des Projektes werden 20 Einrichtungsleitungen der ambulanten und stationären Pflege nach einer Organisations- und Führungsstrukturanalyse zu internen Veränderungsprojekten beraten. Zudem werden in denselben Einrichtungen 40 Führungskräfte in ihrer Leitungsrolle durch Gruppen- und Einzelcoachings unterstützt. Inhaltlich orientieren sich die Leitungsweiterbildungen an den Themen Kommunikation, Konflikte und Gestaltung von Veränderungsprozessen (vgl. BAGFW o.J.-e, o.S.).
- ZUPF – Zukunft Pflegen: Kompetenzerweiterung schafft Personalentwicklung ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt des Caritasverbands für die Diözese Münster e.V. (vgl. BAGFW o.J.-f, o.S.). Das Projekt wurde am 01.01.2012 gestartet und endet zum 30.04.2014. Ziel ist, innovative Personalstrategien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu implementieren. Hierzu werden Führungskräfte in Strategien des Diversity-Managements und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements („Work-Life-Balance“; „Age-Management“) qualifiziert (vgl. BAGFW o.J.-f, o.S.). Um den Transfer in die Einrichtungen zu gewährleisten, werden weiterführende Einzelprojekte durchgeführt und implementiert. Kompetenzerweiterungsmaßnahme sollen dauerhaft etabliert werden, um durch Multiplikatoreffekte innerhalb der nächsten zehn Jahre bis zu 300 Führungskräfte zu erreichen (vgl. BAGFW o.J.-f, o.S.).
- Stark und motiviert in ein modernes Pflegekonzept ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt der AWO Bezirksverband Baden e.V. zur Personalentwicklung in der Altenhilfe (vgl. BAGFW o.J.-g, o.S.). Das Projekt läuft vom 01.10.2011 bis zum 30.04.2013. Projektziel ist die modellhafte Entwicklung von Karrieremöglichkeiten für Beschäftigte der AWO Baden durch eine berufsbegleitende und personenorientierte Qualifizierungsmaßnahme. Die Beschäftigungsfähigkeit qualifizierter Fachkräfte der Altenhilfe soll verbessert werden. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Beschäftigungsfähigkeit Älterer (55+) und auf Beschäftigten mit Migrationshintergrund ohne anerkannte Qualifizierung bzw. ohne Berufsabschluss (vgl. BAGFW o.J.-g, o.S.). Durch eine neu konzipierte Schulung werden (zunächst) 80 Beschäftigte der AWO Baden durch einen externen Bildungsträger berufsbegleitend qualifiziert.
- Der „Gemeinschaftspartner“ ist ein im Rahmen des ESF-Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ gefördertes Projekt der AWO Sachsen Soziale Dienste gemeinnützige GmbH. Ziel des Projektes mit einer Laufzeit vom 01.01.2012 bis 31.12.2014 ist die Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung in Altenpflegeheimen

durch Entlastung der Mitarbeitenden bei gleichzeitiger qualitativer Verbesserung der Versorgungssituation (vgl. BAGFW o.J.-h, o.S. Zumpe 2012, 4). Zielgruppe sind Beschäftigte aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und soziale Betreuung. Angestrebt wird eine dreistufige Qualifizierung der Beschäftigten zu multiprofessionellen Gemeinschaftspartnern. Hierzu werden Soll- und Ist-Profile der Beschäftigten erstellt und abgeglichen. Aus den Ergebnissen wird der individuelle Schulungsbedarf erfasst und ein modulares Schulungskonzept erarbeitet (vgl. Zumpe 2012, 6). Die anschließende Qualifizierung von 175 Beschäftigten erfolgt in drei gemischten Gruppen und beinhaltet Theorie und begleitete Praxistage (vgl. Zumpe 2012, 7). Jeder Beschäftigte erhält eine individuelle Zielvereinbarung zu weiterführenden Ausbildungsmöglichkeiten und es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Schulungsmodulare anerkannt werden. So sollen interne Fachkräfte gewonnen werden (vgl. Zumpe 2012, 9). Gleichzeitig wird für jede Modelleinrichtung in Zusammenarbeit mit den Hausleitungen ein an Strukturanalyse und Potenzialermittlung orientiertes individuelles Konzept der Mitarbeiterschulung entwickelt. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert (vgl. Zumpe 2012, 10 f.).

3.2.5.3 Zwischenfazit

Nationale Forschungsvorhaben und -ergebnisse zur Überprüfung der Wirksamkeit von Strategien der Mitarbeiterbindung im Bereich der Langzeitpflege scheinen eher selten. Die große Mehrheit der recherchierten Beiträge setzt sich vielmehr mit Hintergründen und Kontexten auseinander (z.B. Borchart et al. 2011, Dichter et al. 2010, Görres 2010, Hasselhorn et al. 2005, Heislbetz 2012). Die Autoren der Studien entwerfen auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse ein fundiertes Spektrum an Maßnahmen und Möglichkeiten zur Mitarbeiterfindung, -gewinnung, -bindung und -entwicklung. Systematische Wirksamkeitsprüfungen dieser Konzepte, Empfehlungen und Interventionsmöglichkeiten wurden jedoch nicht realisiert.

Betrachtet man die wissenschaftlichen Beiträge, die in die vorliegende Recherche einbezogen wurden, näher, wird deutlich, dass die Mehrheit der Beiträge sich entweder auf die stationäre Pflege (vgl. Heislbetz 2012, Müller et al. 2009, 2010, Blass 2005, Klein et al. 2005, Pauli et al. 2008) oder auf die stationäre und ambulante Pflege (vgl. Hasselhorn et al. 2005, IPP 2011, Loffing 2010, Strasser et al. 2007) bezieht. Bei drei Beiträgen findet keine klare Differenzierung zwischen stationärer und ambulanter Pflege statt. Dies begründet sich teils darin, dass die Projekte zum Recherchezeitpunkt noch nicht abgeschlossen sind und erst der Abschluss auf eine Differenzierung hoffen lässt (Görres 2010, KH Freiburg 2012, Schmid et al. 2009). Nur ein Beitrag kennt ausschließlich die ambulante Pflege als Untersuchungsgegenstand (vgl. IEGUS 2012). Insbesondere bei den vier recherchierten Modellprojekten mit Wirksamkeitsbezug – also dem wissenschaftlich begleiteten Transfer von Konzepten und Strategien in die Langzeitpflege – liegt der Schwerpunkt auf stationären Settings (vgl. Blass 2005, Klein et al. 2005, Pauli et al. 2008).

Das Modellprojekt „Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege“ hatte das Ziel, stationären Altenhilfeeinrichtungen ein Instrument an die Hand zu geben, das sie dazu befähigt, mit geringem Aufwand eine Qualitätsdiagnose der gesundheitsrelevanten Bereiche durchzuführen und entsprechende Verbesserungen einzuleiten (vgl. Klein et al. 2005). Es wurden sowohl Selbstbewertungs-

workshops als auch Qualitätstrainings durchgeführt. Die größten Verbesserungspotenziale wurden in den Bereichen Betriebsklima sowie Information und Kommunikation identifiziert. Schwerer gestaltete sich u.a. die Mitgestaltung bei Veränderungsprozessen. Nach Einschätzung eines Großteils der befragten Beschäftigten habe sich, trotz positiver Ergebnisse, weder ihre Arbeitssituation insgesamt noch ihre Stresssituation verändert.

Durch das Modellprojekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme“ wurden die Probleme und Auswirkungen der Umsetzung deutlich. Ziel war, Stress und Belastungen im Alltag zu verringern. Durch Experteninterviews, Workshops mit den Beschäftigten, teilstandardisierte Beschäftigtenbefragungen und weitere Workshops wurde versucht, Indikatoren dieser Schnittstellenproblematik zu ermitteln. Im Rahmen eines Gestaltungszirkels wurden abschließend Maßnahmen entwickelt, die die Themen Arbeitsaufgaben der Dienstleiter und des Personals sowie die Dokumentation von Abläufen und Austausch zwischen den Führungskräften beinhaltete. Es konnten jedoch keine der genannten Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. Blass, 2005).

Neue Wege des Wissenstransfers waren Bestandteil des Modellprojekts „Regionale Netzwerke ‚Pflege‘: Anpassung und exemplarische Erprobung neuer Wege und Medien des Wissenstransfers“. Ziel war, die Synergieeffekte eines regionalen Netzwerks zu nutzen sowie neue Wege und Medien beim Wissenstransfer zu entwickeln. Die Befragungen zeigten, dass für den Wissenstransfer turnusmäßige und anlassbezogene Besprechungskulturen im Alltag, Fort- und Weiterbildungen sowie der informelle Austausch mit Kollegen bedeutsam sind. Des Weiteren kommt den Fort- und Weiterbildungen eine motivierende Funktion zu. Die positiven Effekte auf Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung übertreffen nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen die Investitionskosten (vgl. Pauli et al. 2008).

Der Aspekt Vernetzung wurde durch die Leitungsebene durchaus kritisch kommentiert. Probleme wie schlechte Erfahrungen mit offener Kommunikation, viel Input -wenig Output und die Schwierigkeit, eine gemeinsame Linie zu finden, dominierten.

Die Experteninterviews zeigten, dass deutlich positive Entwicklungen durch den Aufbau des Qualitätsmanagements gefördert wurden. Entscheidend dabei sei, dass dieses aus eigenem Antrieb heraus entwickelt wird, ein klares Konzept und klare Rahmenbedingungen durch den Träger vorliegen sowie eine ausreichende räumliche Ausstattung und genügend personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Große Verantwortung kommt der Führungsebene im Hinblick auf Motivation und Strukturen zu; ferner hat sich die Zusammenarbeit mit Schulen und Einrichtungen der Fort- und Weiterbildung haben sich verbessert. Bei der Wissensvermittlung erfolgreich seien insbesondere einrichtungsbezogene, vom Träger durch langfristige Praxisbegleitung, einem Audit und eventuellen Nachschulungen unterstützte Schulungen. Ein Mangel an medizinischem Fachwissen konnte insbesondere bei dienstälteren Beschäftigten festgestellt werden.

Weiterentwicklungen gab es während des Projektverlaufs vornehmlich im Einsatz elektronischer Medien (Entwicklung bzw. Weiterentwicklung regionaler Pflegeportale/ Pflegeforen, Newsletter) (vgl. Pauli et al. 2008).

Die betriebliche Gesundheitsförderung und -prävention wird in dem mitarbeiterorientierten Qualifizierungsprogramm GESU.PER der BGW näher betrachtet. Durch die Erweiterung der individuellen Handlungskompetenzen sollen psychische Belastungen reduziert werden. Mittels einer Mitarbeiterbefragung wurden die Bedarfe erhoben und innerhalb von zwei Jahren entsprechende Trainingseinheiten durchgeführt, welche die realitätsnahen Erlebnisse und Stresssituationen aufgreifen. Des Weiteren konnten Supervisionen in Anspruch genommen werden. Nach drei Jahren zeigte sich eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine Verringerung des Krankenstandes (vgl. IEGUS et al. 2012).

Der nationale Diskurs zur *Personalfindung* setzt primär auf Einrichtungsebene an. Er ist geprägt von Ideen eines verbesserten Bewerber- und Bewerbungs-Managements sowie von Netzwerkbildung und Öffentlichkeitsarbeit als Möglichkeiten der verbesserten Rekrutierung. Der Bereich der *Personalgewinnung* erstreckt sich von der Öffentlichkeitsarbeit auf Einrichtungsebene bis hin zu Kampagnen und Initiativen auf Bundesebene. Einen sich zunehmend etablierenden Teilbereich stellen dabei die Arbeitgeberwettbewerbe dar. Der Diskurs zur *Personalbindung* wird durch den Gedanken des Employer Branding dominiert: Konkret zeigt sich diese in einer Vielzahl von Personalbindungskonzepten auf Einrichtungsebene sowie weiter gefassten „Werkzeugen“ der Mitarbeiterbindung (z.B. betriebliche Gesundheitsförderung). Beiträge zur *Personalentwicklung* fokussieren primär die Einrichtungsebene: Zentral sind zum einen klassische Personalentwicklungskonzepte, zum anderen die Etablierung von strategischen Personalbedarfsplanungen und dafür geeigneter „Werkzeuge“. Hier findet sich in vielen Beiträgen die Forderung nach einer Qualifizierung und Sensibilisierung der Führungsebene.

Auffällig ist, dass trotz einer bewusst breit ausgelegten Recherche eine große Mehrheit der recherchierten Studien, Projekte, Kampagnen und Initiativen (potenzielle) Pflegefachkräfte als primäre Zielgruppe haben. Insbesondere die Gewinnung Ausbildungswilliger (sowohl Berufsanfänger als auch -umsteiger) und die Weiterqualifizierung von Hilfskräften stehen dabei im Mittelpunkt. Der Fachkräftemangel als umfassenderes Problem, welches z.B. ebenfalls die Rekrutierung von Hilfs-, hauswirtschaftlichen und ehrenamtlichen Kräften beinhaltet, wird kaum thematisiert.

Als für die Berufsbindung zentral identifiziert Schmid 2009 auf Grundlage einer vertieften Befragung von Altenpflegern zwei Faktoren: die hohe Identifikation mit dem Beruf (Erwartung, die hohen Ansprüche an die eigene Arbeit im Alltag umsetzen zu können) sowie flexible Arbeitszeitstrukturen (Integration vielfach diskontinuierlicher weiblicher Berufsbiografien). Insbesondere durch mitarbeiterorientierte Managementmaßnahmen konnten Unterbrechungszeiten verkürzt werden. Als besonders wirksam erwiesen sich Maßnahmen zur besseren zeitlichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Verkürzung der Unterbrechungszeiten), die Veränderung der Arbeitsbedingungen (Vermeidung oder Reduzierung der Unterbrechungszeiten), die stärkere Partizipation der Altenpflegerinnen und Altenpfleger an Entscheidungen sowie die Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Arbeitsalltag. Als unabdingbar für die adäquate Umsetzung mitarbeiterorientierter Managementmaßnahmen wurde die Ebene der Führungskräfte und deren Handeln identifiziert: Durch die Qualifizierung von Führungskräften kann die Anwendung von Konzepten zur Mitarbeiterbindung unterstützt werden (vgl. Schmid 2009). Im Rahmen eines Expertenworkshops wurden des Weiteren zentrale Elemente der Mitarbeiterbindung eruiert: eine ausgeprägte Mitar-

beiterorientierung, die spezifische Qualifizierung von Führungskräften, die stärkere Integration betriebswirtschaftlicher Inhalte in die Altenpflegeausbildung, die Einbeziehung der Beschäftigten bei Entscheidungsprozessen, der Aufbau von Akteursnetzwerken sowie die Einrichtung kleinräumiger Beratungsstrukturen. Eine Überprüfung dieser Ergebnisse durch eine Implementierung und Evaluierung entsprechender Strategien fand nicht statt (vgl. Schmid 2009). Auch Loffing 2010 setzte sich mit Faktoren einer wirksamen Mitarbeiterbindung auseinander. Sie wertete Good-Practice-Beispiele aus. Erfolg versprechend sind demnach die Entwicklung einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur, die Hervorhebung der Attraktivität als Arbeitgeber, die Auswahl und Integration von passenden Beschäftigten, die Einführung einer täglichen Mitarbeiterpflege, eine zielgerichtete und individuelle Förderung, die Etablierung einer wertschätzenden Führung sowie die Schaffung ansprechender Anreizsysteme.

Auch die weiteren Untersuchungsergebnisse lassen interessante Anhaltspunkte erkennen:

Eine Erhebung der Ist-Situation der stationären Pflegepraxis hatte zum Ergebnis, dass In der praktischen Altenpflege Tätige unter Personalmarketingstrategien das Binden aktueller sowie das Finden neuer Beschäftigter verstehen. Die Umsetzung auf Fach- und Führungskräfteebene konzentriert sich primär auf Mitarbeitergespräche. Es folgen Internetauftritte, Sozialeleistungen, der Kontakt zu Hochschulen, die Teilnahme an Fachmessen und Kongressen sowie die Pflege regionaler Netzwerke. Bisher selten Anwendung finden Studienförderprogramme, Arbeitgeberwettbewerbe, Trainee-Programme sowie der Import ausländischer Pflegekräfte. Die häufigsten Instrumente zur Personalbindung im Feld sind Weiterbildungsprogramme für Mitarbeitende, Einarbeitungsprogramme für neue Beschäftigte, Mitarbeitergespräche sowie Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme. Weniger im Fokus stehen eine attraktive Vergütung, hohe Freiheitsgrade, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Karrieremöglichkeiten (vgl. Müller et al. 2009, 2010). Innovative Strategien des Personalmarketings haben demnach nur in eingeschränktem Maße Eingang in die Alltagspraxis der Unternehmen gefunden. Die Untersuchung zeigte zudem, dass bei der Gewinnung von Führungs- und Fachkräften auch innovativere und zeitaufwendigere Instrumente zur Personalentwicklung, wie z.B. Netzwerke oder Kontakte zu Hochschulen, (noch) nicht verbreitet genutzt zu werden. Eine langfristige, nachhaltige Personalbedarfsplanung sowie die Einrichtung einer Personalabteilung scheinen bisher ebenfalls wenig verbreitet. Primäre Zielgruppe von Personalmarketing in der stationären Altenpflege sind Fach- und Führungskräfte (vgl. Müller et al. 2009, 2010). Eine entsprechende Untersuchung für die Pflegepraxis in ambulanten Einrichtungen liegt nicht vor. Vor diesem Hintergrund scheint es notwendig, neben der Förderung von Modellprojekten insbesondere die langfristige und breite Implementierung von Konzepten in das Feld der Langzeitpflege zu fokussieren.

Auch das negative Image der Pflegeberufe bietet einen Ansatzpunkt: Pflegeberufe scheinen bei Schülern und Eltern eher negativ belegt zu sein, die Attraktivität des Pflegeberufes könnte durch einen frühzeitigen Zugang zu zielgruppenspezifischen Informationen, eine verstärkte Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus sowie die Möglichkeit, Praktika zu absolvieren, positiv beeinflusst werden (vgl. Heislbetz 2012, Görres 2010). Heislbetz schlussfolgert, dass Kampagnen zur Werbung von Fachkräftenachwuchs eben dieses negative Image aufgreifen müssen. Als zentrale Faktoren für die Berufswahl identifiziert Görres die Einkommenschancen, die Nachhaltigkeit und Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Qualität der Arbeit (interessant und sinnvoll) sowie die

Aufstiegsmöglichkeiten. Ebenfalls bedeutsam für die Berufsentscheidung sind erste Praxiskontakte, wie z.B. im Freiwilligen Sozialen Jahr (vgl. Görres 2010). Kritisch erscheint insbesondere das Ergebnis, dass Jugendliche, die eine Altenpflegeausbildung beginnen, häufig unrealistische Erwartungen an ihre zukünftige Tätigkeit haben (vgl. Heislbetz 2012). Die Vermittlung eines realistischen Berufsbildes erscheint aus diesem Grund sehr wichtig.

Zentrale Gründe für das Verlassen einer Einrichtung untersuchten Borchart et al. 2011. Beachtenswert erscheint in diesem Kontext die Untersuchung von Schmid et al. 2009. Sie zeigten, dass die Berufsverläufe von Altenpflegern länger sind als bisher angenommen. Kennzeichnend seien teils jedoch lange Unterbrechungszeiten (vgl. Schmid et al. 2009). Gründe für das finale Verlassen der Einrichtung sind nach Borchart die Arbeitsbelastung, private Gründe, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, die Führung, die Arbeitszeiten, das soziale Arbeitsumfeld, die Gesundheit, die Vergütung und die Anerkennung der Profession. Möglichkeiten der Intervention für das Pflegemanagement sind dementsprechend überwiegend im Bereich der direkten Arbeit bzw. dem Arbeitsumfeld umzusiedeln (vgl. Borchart et al. 2011). Die Hälfte der Pflegenden, so ein Ergebnis von Dichter et al. 2010, braucht für die Entscheidung, eine Einrichtung zu verlassen ca. fünf Monate. Eben diese Zeit bleibt dem Personalmanagement zur Bindung ausstiegswilliger Pflegenden (vgl. Dichter et al. 2010).

In der Pflege Tätige hängen an ihrem Beruf – der Anteil jener, welche intensiv über einen Berufsausstieg nachdenken, ist aber bemerkenswert hoch. Zum Teil handelt es sich dabei um „resignierte Aussteiger“ mit einer schlechten Gesundheit, einer niedrigen Arbeitsfähigkeit und allgemeiner Erschöpfung. Zum anderen gibt es „motivierte Aussteiger“, die jung und gut ausgebildet sind und die es im Beruf zu halten gilt. Der Wunsch nach einem Berufsaustritt ist bei examiniertem Pflegepersonal am höchsten, Personen mit längerer Zugehörigkeit dachten seltener daran, als diejenigen mit einer kürzeren Betriebszugehörigkeit (vgl. Hasselhorn et al. 2005).

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass die affektive Bindung an das Unternehmen sowie die Identifikation mit ihm damit zentral für die Mitarbeiterbindung sind, empfiehlt Schuhmacher ein „diagnosegeleitetes Vorgehen“ welches die „Bestimmung der Ist-Situation“ (Mitarbeiterbefragung) sowie die „Identifikation von Handlungsbedarfen und Stellschrauben auf Grundlage der Ergebnisse der bestimmten Ist-Situation“ beinhaltet. Zentrale Einflussfaktoren für die affektive Bindung und Identifikation mit Unternehmen sind demnach Faktoren auf der Organisations-, Führungs- und Arbeitsebene. Faktoren auf der Organisationsebene sind das Prestige der Organisation, die Identifikation mit dem Produkt/ der Dienstleistung sowie die organisationale Unterstützung; auf der Führungsebene zentral sind eine transformationale Führung, Anerkennung und Feedback. Auf der Arbeitsebene bestimmend sind eine autonome und herausfordernde Tätigkeit, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, eine bedeutsame Tätigkeit sowie ein positives Lernklima (vgl. Schuhmacher 2012).

Als mit entscheidend für die Personalbindung sieht Müller et al. 2010 die Arbeitszufriedenheit an. Arbeitszufriedenheit sei dann zu erreichen, wenn die Dimensionen der Bedürfnisse (Motivatoren) angesprochen würden. Die Erfüllung der Motivatoren (z.B. gefordert sein, Anerkennung) führe zu tatsächlicher Arbeitszufriedenheit, die Nichterfüllung nicht direkt zu Unzufriedenheit, aber zu geringer Motivation (vgl. Müller et al. 2010).

Freiling et al. 2010 kommen zu dem Schluss, dass für die langfristige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit im Krankenhaus der personalpolitische Umgang mit der täglichen Arbeitsbelas-

tung nach den verschiedenen Lebensaltern differenziert stattfinden muss. Während bei Jüngeren primär die Faktoren Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie begrenzte Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten als sehr belastend eingeschätzt wurden, sind es bei Älteren primär Nacht- / Schichtarbeit sowie körperlich belastende Arbeitsbedingungen. Zentral für die Umsetzung seien die systematische Sensibilisierung und Qualifizierung der Führungskräfte sowie die Umsetzung eines an die individuelle Bedarfslage der Unternehmen angepassten Portfolios von Maßnahmen (vgl. Freiling et al. 2010).

Evidenzbasierte Ergebnisse zur Gewinnung und Bindung ehrenamtlich Engagierter gibt es kaum. Strasser et al. 2007 zeigten, dass die Rahmenbedingungen der Einrichtungen die Freiwilligenarbeit stark beeinflussen; jene Einrichtungen, welche ländlich oder kleinstädtisch gelegen sind, überschaubare und funktionierende lokale Strukturen, einen große bürgerlichen Mitte sowie ein ausgeprägtes kirchliches Milieu in ihrer Umgebung, auch gute Chancen für die Gewinnung ehrenamtlichen Engagements haben. Strukturell benachteiligte Einrichtungen können dies teils damit kompensieren, dass sie Freiwillige persönlich in die Einrichtung einbinden, die Identifikation der Bewohner mit ihrem Stadtteil nutzen, zentral liegen, für eine familiäre Atmosphäre sorgen sowie eine entsprechende „Freiwilligenpolitik“ etablieren (vgl. Strasser et al. 2012). Strasser et al. 2012 identifizieren verschiedene Freiwilligentypen mit unterschiedlichen Erwartungen und Wünschen. Eben dies könnte bei der Ansprache und inhaltlichen Ausgestaltung des individuellen Engagements stärker berücksichtigt werden. Der „typische“ freiwillig Engagierte in der Betreuung demenziell Erkrankter ist demnach zudem weiblich, lebt in klassischen, traditionellen und wirtschaftlich abgesicherten Familienverhältnissen und befindet sich in einer späten Lebensphase. Aufgrund der veränderten Erwerbs- und Familienbiografien ist zu erwarten, dass eben dieser Personentyp zukünftig seltener wird. Es ist notwendig, Voraussetzungen zu schaffen, die auch andere Personengruppen dazu motivieren, sich bürgerschaftlich zu engagieren (vgl. Strasser et al. 2012).

3.3 Fallstudien im Berufsfeld Care

Aus dem Forschungsauftrag ergeben sich drei Themenschwerpunkte der zu erstellenden Fallstudien im Berufsfeld Care:

1. Rekrutierung von (Quer-)Einsteigerinnen aller Altersgruppen in verschiedene Tätigkeiten von Pflege und Versorgung
2. Qualifizierung von beruflich Tätigen in verschiedenen Bereichen von Pflege und Versorgung
3. Förderung des Berufsverbleibs von Beschäftigten in verschiedenen Bereichen von Pflege und Versorgung

Zu den drei Themenschwerpunkten sollen die Motive und daran anknüpfend Ansatzpunkte für Strategien untersucht werden.

3.3.1 Untersuchungsfragen und Vorarbeiten

Gemäß dem im Projekt zugrunde gelegten Berufsgruppenkonzept geht es bei den Fallstudien nicht nur um die (Alten-)Pflege im engeren Sinne, sondern, subsumiert unter dem Begriff Care, um verschiedene Professionen der Versorgung, Pflege und Cure für ältere Menschen. Neben dieser horizontalen Unterscheidung sollen aber auch vertikal differenziert die verschiedenen Ebenen von der Helfer-, über die Fachkraft- bis hin zur Leitungs- und Führungsebene in den Blick genommen werden.

Grundlage der Erhebungen sind u.a. Vorarbeiten in einem Teilprojekt zum Forschungsprojekt *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit*, an dem die Hans-Weinberger-Akademie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung und dem Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt Oberbayern beteiligt war (Schindele et al. 2012; Heislbetz 2012). Ziel dieser Untersuchung war es, mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung der professionellen Sozialisation im Berufseinstieg zu erkennen. Dazu wurden zum einen die Auszubildenden von zwei stationären Pflegeeinrichtungen befragt. Diese Befragungen wurden als qualitative Gruppendiskussionen mit Schülerinnen und Schülern aller drei Ausbildungsjahre durchgeführt. Um die Perspektive der Auszubildenden zu ergänzen, wurden anschließend in weiteren Gruppendiskussionen deren Pflegelehrerinnen an der Altenpflegeschule und Beschäftigte mit Praxisanleitungsfunktion in den Pflegeeinrichtungen befragt.

Im Mittelpunkt der Befragungen standen folgende Fragen:

1. Inwieweit erwerben Altenpflegeschülerinnen und -schüler während ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule und in den Praxiseinrichtungen Professions- und Dienstleistungsverständnis, in dessen Mittelpunkt die Pflegebedürftigen mit ihren Angehörigen stehen, deren Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten als Ausdruck ihrer Souveränität im professionellen Handeln der Pflege oberste Priorität haben?
2. Welche fördernden und hindernden Faktoren hinsichtlich des Erwerbs des gewünschten professionellen Selbstverständnisses lassen sich erkennen – und zwar in Bezug auf den theoretischen und fachpraktischen Unterricht beim Bildungsträger sowie auf die Praxisanleitung, die Integration und den Transfer in den Pflegealltag der kooperierenden Pflegeeinrichtungen?

3. Allgemein: Welche Stärken erkennen auszubildende, Praxisanleitungen und Lehrkräfte bei der Altenpflegeausbildung in den Ausbildungsbetrieben und an der Berufsfachschule? Wo bestehen Ansätze zur Verbesserung?

Aus dem geschilderten Erleben der Auszubildenden und den Berichten der Praxisanleitungen und der Lehrkräfte lassen sich verschiedene Erkenntnisse zusammenfassen, die für eine gelingende Gestaltung der Ausbildung Relevanz haben:

Jugendliche, die sich für einen altentelegerischen Beruf entscheiden, haben häufig unrealistische *Erwartungen* an ihre künftige Tätigkeit. Zugleich sind sie damit konfrontiert, dass die Altenpflege unter Gleichaltrigen und in der weiteren Öffentlichkeit ein eher negatives Image hat. Kampagnen zur Werbung von Fachkräftenachwuchs unter Jugendlichen müssen dieses negative öffentliche Image der Altenpflege berücksichtigen. Sie müssen den potenziellen Interessentinnen und Interessenten alternative, positive Selbstbilder anbieten, die von diesen auch gegenüber kritischen Gleichaltrigen als attraktiv und positiv vertreten werden können. Um *vor* der endgültigen Entscheidung für einen Beruf in der Altenpflege, diesen besser kennenzulernen, und um den Einstieg in die Ausbildung zu erleichtern, haben sich verschiedene Angebote von Praktika bewährt. Für einen anschließend gelingenden Berufseinstieg muss die Gestaltung solcher Praktika aber ein realistisches Bild von der späteren Arbeit ermöglichen, einschließlich der dazugehörigen Belastungen.

Je jünger Auszubildende der Altenpflege sind, desto größer ist ihr *Unterstützungsbedarf beim Berufseinstieg*. Unterstützung benötigen diese dabei nicht nur in fachlicher Hinsicht. Ein gelingender Berufseinstieg erfordert vielmehr Unterstützung der Jugendlichen beim Umgang mit engen Zeitvorgaben im Pflegealltag, in besonders verunsichernden Situationen, etwa im Umgang mit Menschen mit Demenz, aber auch bei Konflikten in Kollegium bzw. bei der Integration ins Pflgeteam. Als zentrales Ziel ihrer Ausbildung streben die Auszubildenden die Kompetenz an, fachlich nach dem Stand der Erkenntnisse, mit einer wertschätzenden Haltung und trotz aller knappen Ressourcen und großen Herausforderungen ruhig und souverän zu pflegen. Um diese Kompetenz zu erwerben, benötigen die Auszubildenden ausreichend Zeit und geschützte Lernräume, aber auch Begleitung, Vorbilder und Anleitung.

Zentrale Bedeutung für einen gelingenden Berufseinstieg in die Altenpflege hat die *Orientierung* an Kolleginnen und Kollegen sowie die Anleitung und die anderweitige Unterstützung, aber auch die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die diese leisten. Dabei übernehmen unterschiedliche Personen (weitergebildete Personen als Praxisanleitung, Mentoren ohne Weiterbildung, Wohnbereichsleitungen, erfahrene Kollegen und Kolleginnen, Lehrkräfte etc.) in verschiedenen Rollen unterschiedliche Aufgaben. Unabhängig von deren Qualifikation benötigen die Auszubildenden in der Praxiseinrichtung (eine) Person(en), zu der (denen) sie besonderes Vertrauen haben können. Das kann, muss aber nicht, die Praxisanleitung sein. Die Praxisanleitung hat für die Auszubildenden einen hohen Stellenwert. Sie bietet eine besondere Möglichkeit, Erfahrenes zu besprechen und Gelerntes zu erproben. Die Auszubildenden wünschen sich dafür mehr Zeit, auch zusammen mit ihren Praxisanleitungen. Diese sehen sich einem breiten Spektrum von Funktionen und Aufgaben gegenüber, das eine Erziehungs- und Vorbildfunktion, regelmäßige Gespräche mit den Schülerinnen über gemachte Erfahrungen, die Aufarbeitung besonders schwieriger Themen sowie Beurteilungen und Kritik ebenso umfasst, wie die Übernahme der

Schnittstelle zwischen Schule und Ausbildungsbetrieb. Sie wünschen sich, dass diese Aufgaben in Stellenbeschreibungen definiert und zu angemessenen Freistellungen führen bzw. in der Vergütung anerkannt werden.

Diese Untersuchungen im Rahmen des Forschungsprojekts PiA überschneiden sich somit insbesondere hinsichtlich von Fragen zur Rekrutierung von Einsteigerinnen und Einsteigern in einen Pflegeberuf mit den Untersuchungsfragen des Projekts Herausforderung Pflege. Da im Projekt PiA vor allem der Berufseinstieg Jüngerer im Mittelpunkt stand und die Ergebnisse auch für das gegenständliche Projekt nutzbar gemacht werden, wird im Rahmen des Projekts Herausforderung Pflege zum Themenschwerpunkt Rekrutierung ein besonderer Fokus auf den (Quer-)Einstieg von Älteren und von Personen mit Migrationshintergrund gelegt.

3.3.2 Design, Durchführung und Vorgehen bei der Auswertung

3.3.2.1 Vorüberlegungen

Der Durchführung und Auswertung der Befragungen wird ein Modell zugrunde gelegt, mit dem sich die individuellen Entscheidungen zum Berufseinstieg, Berufsverbleib sowie zu (Weiter-)Qualifizierungen systematisieren lassen.

Dieses Entscheidungsmodell geht von einer Reihe von Annahmen aus:

- Das Bündel von Alternativen, aus denen ein Individuum in einer bestimmten Lebenssituation wählt, ist immer auch von der sozialen Herkunft, dem bisherigen Berufsverlauf, Zufällen etc. beeinflusst.
- Es gibt keine singuläre Entscheidung.
- Eine Entscheidung ist aber nötig, aber eher im Sinne einer Annahme einer möglichen Alternative (evtl. auch ohne besondere Überzeugung von der Alternative).
- Entscheidungen werden aufgrund von Erwartungen an die Zukunft getroffen.
- Es geht um einen fortlaufenden Annahmeprozess, in dem sich die Beschäftigten für (oder gegen) die Möglichkeiten entscheiden, die sich ihnen im Care-Bereich bieten. Dabei suchen die Beschäftigten nicht nach der einzig ökonomisch maximal Nutzen stiftenden Lösung, sondern sie entscheiden sich für die Alternative, die sie zufrieden stellt. Diese wird gegebenenfalls erst gesucht – innerhalb oder auch außerhalb des Care-Bereichs

Diese Annahmen orientieren sich am Entscheidungsmodell von Herbert Simon. Er interpretiert Entscheidungen als pragmatisches Vorgehen einer „*tastenden Entscheidungsfindung im informatorischen Halbdunkel*“ und stellt auf der Basis kognitionspsychologischer Überlegungen das Paradigma der Nutzenmaximierung des *homo oeconomicus* infrage. Er geht dabei davon aus, dass ein Akteur grundsätzlich nicht in der Lage ist, alle verfügbaren Handlungsalternativen zu (er-)kennen, sie bezüglich ihres Nutzens zu bewerten und in eine ordinale Präferenzordnung zu bringen (Simon 1981, S. 116-119).¹¹ Für Simon kann das individuelle Handeln daher nur begrenzt

¹¹ Mit durchaus ironischem Unterton formuliert Simon: „*Der homo oeconomicus hat ein vollständiges und konsistentes Präferenzsystem, das es ihm immer erlaubt, aus den ihm verfügbaren Alternativen zu wählen; er ist sich immer vollständig bewußt, welche diese Alternativen sind; es gibt keine Grenzen für die Komplexität der Berechnungen, die er durchführen kann, um zu bestimmen, welche Alternativen die*

rational sein.¹² Statt nach dem maximal möglichen Nutzen zu streben, genügt dem Akteur das Erreichen eines zufriedenstellenden Nutzenniveaus:

„[...] economic man is a *satisficing* animal whose problem solving is based on search activity to meet certain aspiration levels rather than a *maximising* animal whose problem solving involves finding the best alternatives in terms of specified criteria“ (Simon 1959, S. 277; Hervorhebung im Original).

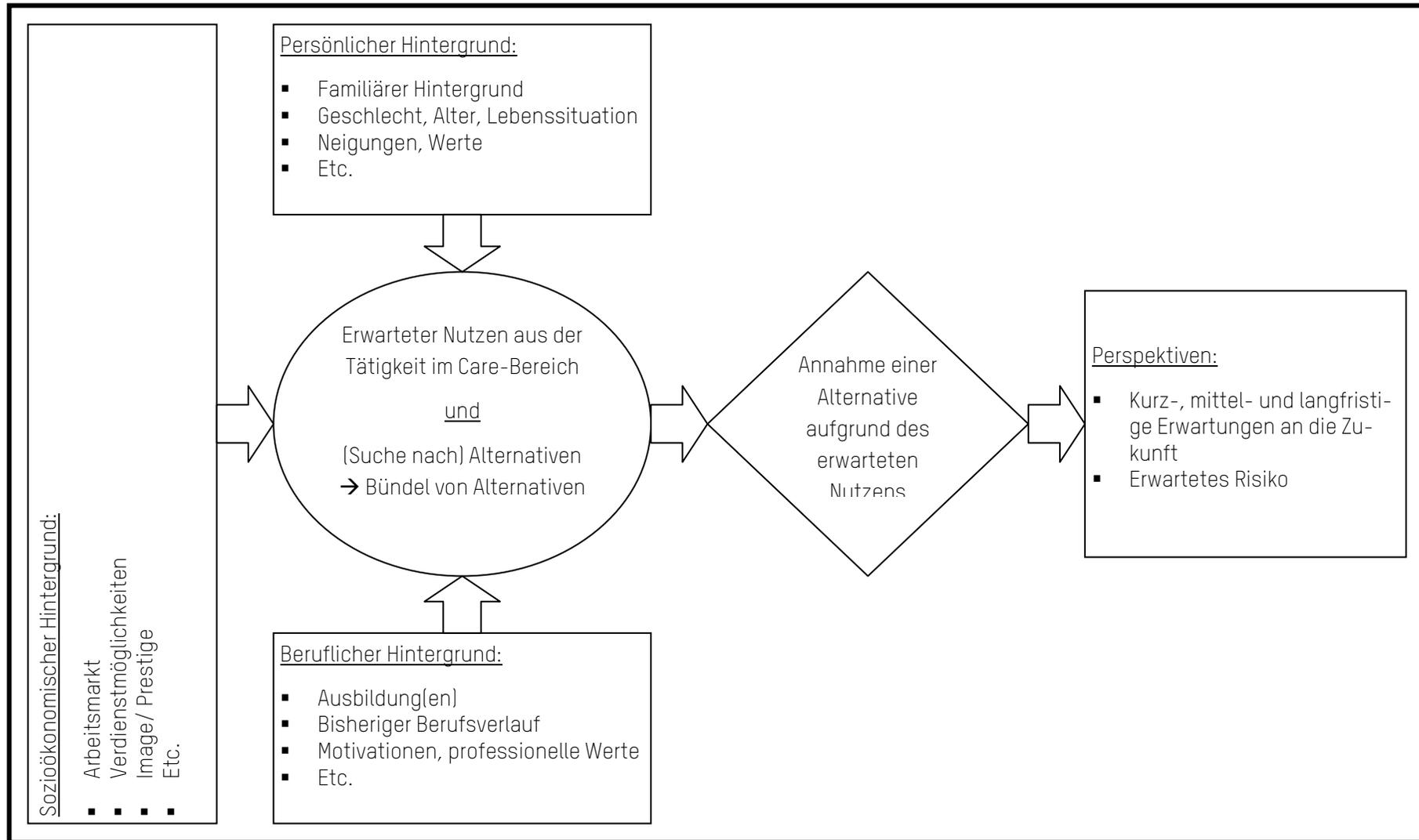
Dabei orientiert sich das Individuum an Handlungsroutinen, deren Ausgangspunkt das Anspruchsniveau eines zufriedenstellenden Handlungsergebnisses ist. Sodann werden die erkennbaren Handlungsalternativen (eine Handlungsalternative ist dabei auch die Beibehaltung der erreichten Situation) mit dem angestrebten Ergebnis verglichen. Erreicht genau eine Alternative das Anspruchsniveau, so entscheidet sich das Individuum für diese. Bieten mehrere Handlungsmöglichkeiten ein Ergebnis über dem zufriedenstellenden Niveau, so wird dieses Niveau so lange angehoben, bis nur noch eine Handlungsalternative übrig bleibt. Erreicht keine der Alternativen das Anspruchsniveau, wird die Suche nach weiteren Alternativen ausgeweitet, bis mindestens eine zufriedenstellende Alternative gefunden wird oder (wenn die weitere Suche nicht mehr aussichtsreich erscheint) das Anspruchsniveau gesenkt. Langfristig kann Letzteres zu Apathie oder Aggression führen (Simon 1955, S. 100-113; 1956; 1959, S. 262ff.; vgl. dazu auch die Darstellung in Erlei et al. 1999, S. 9-16).

In Hinblick auf die Untersuchungsfragen lässt sich dieses Modell im Sinne wie folgt formulieren und darstellen:

besten sind; Wahrscheinlichkeitsberechnungen sind für ihn weder ängstigend noch rätselhaft“ (Simon 1981, S. 29).

¹² Simons Kritik am Modell eines unbegrenzt rationalen Akteurs gibt weitere Anknüpfungsmöglichkeiten, das Potential des *homo oeconomicus* als Grundlage für die Untersuchung des (ökonomischen) Verhaltens gänzlich infrage zu stellen. Beispielsweise weist Selten (1990, S. 651ff.) auf motivationale Grenzen rationalen Verhaltens hin, die dazu führen können, dass sich Menschen trotz der perfekten Kenntnis der nutzenmaximalen Handlungsalternative nicht für diese entscheiden.

Abb. 34: Einstieg, Verbleib und Qualifizierung im Care-Bereich: Individuelles Verlaufs- und Entscheidungsmodell



3.3.2.2 Planung und Durchführung der Erhebungen

Als Grundlage für die Fallstudien werden für die drei Themenschwerpunkte je drei Gruppendiskussionen durchgeführt, jeweils eine in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Die Befragten gehören unterschiedlichen Beteiligengruppen von Care (horizontale Differenzierung) und verschiedenen Ebenen (vertikale Differenzierung) an. Folgende Tabelle gibt einen Überblick der inhaltlichen Schwerpunkte und Zielgruppen der neun Gruppendiskussionen. Angestrebt waren Gruppengrößen von jeweils fünf Befragten. Wie in der Tabelle wiedergegeben, wurde diese Zahl in je einer Befragung unter- bzw. überschritten.

Tab. 37: Überblick Gruppendiskussionen

	Bayern	NRW	Sachsen
Themenschwerpunkt: Einstieg	Helferebene Pflege Ambulante und stationäre Versorgung Ältere Berufseinsteigerinnen, Quereinstieg <u>Befragte:</u> Fünf Schülerinnen der Altenpflegehilfe der Altersgruppe 45+ in städtischem Umfeld; Befragung an einer Berufsfachschule für Altenpflegehilfe	Helfer- und Fachkräftebene Pflege/ Soziale Betreuung Ambulante und stationäre Versorgung Berufseinsteigerinnen mit Migrationshintergrund <u>Befragte:</u> Sechs Personen mit türkischem Migrationshintergrund in einer Großstadt mit hoher Arbeitslosigkeit; Befragung bei kommunaler Projektstelle	Fachkräftebene Pflege Ambulante und stationäre Versorgung Jüngere Berufseinsteigende <u>Befragte:</u> Fünf Schüler und Schülerinnen der Altenpflege in einer Großstadt; Befragung bei Berufsfachschule für Altenpflege
Themenschwerpunkt: Verbleib	Fachkräftebene Pflege Ambulante Versorgung Ältere Mitarbeiterinnen <u>Befragte:</u> Vier Mitarbeiterinnen ambulanten Altenpflegedienste der Altersgruppe 60+ in ländlichem Umfeld; Befragungen bei zwei Wohlfahrtsverbänden	Fachkräftebene Pflege Stationäre Versorgung Ältere Mitarbeiterinnen <u>Befragte:</u> Fünf Mitarbeiterinnen der stationären Pflege der Altersgruppe 60+ in einer Großstadt; Befragung bei Wohlfahrtsverband	Helferebene Pflege Stationäre Versorgung Unterschiedliche Altersgruppen <u>Befragte:</u> Fünf Altenpflegehelferinnen in einer Großstadt; Befragung bei Wohlfahrtsverband
Themenschwerpunkt: Qualifizierung	Fachkräftebene in Fachweiterbildung Hauswirtschaftlicher Bereich Stationäre und ambulante Versorgung Altersgruppengemischt in ländlichem Umfeld <u>Befragte:</u> Fünf Teilnehmerinnen an der Weiterbildung zur Fachhauswirtschaftlerin; Befragung bei Bildungsträger	Fachkräftebene in Fachweiterbildung Unterschiedliche Herkunftsberufe bzw. Tätigkeiten Ambulante und stationäre Versorgung Altersgruppengemischt <u>Befragte:</u> Fünf Teilnehmende an und Absolventen bzw. Absolventinnen der Weiterbildung Case Management; Befragung bei Bildungsträger	Fachkräftebene in Leitungsw Weiterbildung Pflege Ambulante und stationäre Versorgung Altersgruppengemischt <u>Befragte:</u> Fünf Teilnehmende an der Weiterbildung Verantwortliche Pflegefachkraft; Befragung bei Bildungsträger

Als vorteilhaft an der Durchführung der Befragungen in der Gruppe erweist sich, dass sich die Befragten in den Diskussionen gegenseitig Stimuli bieten. Ähnliche Erfahrungen können gemeinsam vertieft, abweichende Erfahrungen schärfer herausgearbeitet werden (vgl. hierzu Bohnsack 2007). Außerdem fühlen sich die Befragten in der Gruppe sicherer. Anfänglich teilweise vorhandene Hemmungen angesichts der Befragungssituation können so meist schnell überwunden werden.

Grundlage für die Entwicklung der Leitfäden zur Befragung ist das in Abschnitt 3.3.2.1 beschriebene Modell zur Entscheidung zum Einstieg, Verbleib und zur Qualifizierung im Berufsfeld Care. Wie in Abb. 34 (S. 151) dargestellt, wird bei diesem Modell davon ausgegangen, dass entscheidungsrelevant sowohl die aktuelle Situation und die sich bietende/ n Alternative/ n sind als auch die persönlichen und sozialen Hintergründe der Person, die die Bewertung der Alternativen beeinflussen. Aus diesem Grund nehmen beispielsweise in allen Befragungsleitfäden die (anfängliche) Motivation für eine Tätigkeit im Bereich Care und die Vorstellung von guter Pflege einen besonderen Raum ein. Wie die Ergebnisse der Befragungen bestätigen, wurde bei der Erstellung der Leitfäden zu Recht unterstellt, dass diese auch dann noch Orientierung bieten, wenn sie bereits vor vielen Jahren beim Berufseinstieg geprägt wurden.

Die Gruppendiskussionen werden mit einem Zeitaufwand von zwei Stunden geplant. Teile der Leitfäden zur Befragung beruhen auf den Vorarbeiten im Forschungsprojekt *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit* (vgl. unter 3.3.1). Die Leitfäden sind im Aufbau und in den Kernthemen ähnlich, sie sind jedoch auf die spezifischen Themen und Fragestellungen der einzelnen Befragengruppen angepasst. Alle neun eingesetzten Leitfäden sind im Materialband zu diesem Bericht aufgenommen. Themen und zentrale Fragestellungen der Leitfäden sind:

- Biografischer Hintergrund, schulischer und beruflicher Werdegang
- Identitätsfindung im Berufsfeld Pflege und Care
- Sozioökonomischer Hintergrund und Erwartungen
- Entscheidung für das Arbeitsfeld Pflege und Versorgung alter Menschen
- Entscheidung für die Qualifizierung (Befragungen zur Qualifizierung)
- Erfahrungen während der Ausbildung (Befragungen zum Berufseinstieg)
- Erfahrungen während der Weiterbildung (Befragungen zur Qualifizierung)
- Professionelle Erwartungen
- Pflege und Migration (Befragung Berufseinstieg in NRW)
- Verbleib im Beruf und beim Arbeitgeber und diesbezügliche Empfehlungen
- Erwartungen und Wünsche an die künftige Pflegepraxis
- Persönliche Erwartungen

Die Befragungen werden bei verschiedenen Aus- und Weiterbildungsträgern und bei nichtkirchlichen und kirchlichen Wohlfahrtsverbänden durchgeführt. In den drei Bundesländern werden die Wirkungen verschiedener regionaler Bedingungen untersucht. Die regionale Situation der Befragengruppen unterscheidet sich hinsichtlich der wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Stadt/ Land, Ost/ West) aber auch hinsichtlich spezifischer gesetzlicher Grundlagen zur Altenpflege. So wird beispielsweise die Befragung zum Berufsverbleib in Sachsen mit Personen der Helferebene durchgeführt, um deren besondere Situation in einem Land ohne spezifische Ausbildung auf dieser Ebene zu betrachten. Unter der Maßgabe möglichst heterogener Befragengruppen erfolgt deren Zusammenstellung schließlich als bewusste Auswahl gemeinsam mit den Kooperationspartnern, bei denen die Befragungen durchgeführt werden. Aus organisatorischen Gründen können in zwei Fällen die Zielgruppen der Befragung nicht

gemeinsam befragt werden. Dies ist bei der Befragung zum Berufsverbleib in Bayern der Fall. Hier sollen Personen der ambulanten Pflege der Altersgruppe 60+ in einer ländlichen Region befragt werden. Dazu müssen die Befragungen bei zwei Wohlfahrtsverbänden stattfinden, wobei beim ersten Wohlfahrtsverband drei Personen in der Gruppe befragt werden und beim zweiten Wohlfahrtsverband eine Einzelbefragung durchgeführt wird. Auch die Befragung zur Qualifizierung im Case Management in Nordrhein-Westfalen wird getrennt mit zwei Teilnehmende und drei Absolventinnen dieser Weiterbildung durchgeführt.

Alle Befragungen werden im Zeitraum zwischen April und September 2012 durchgeführt. Sie werden mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und transkribiert. Folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den Befragungen und zu den im Folgenden verwendeten Kodierungen der befragten Personen:

Tab. 38: Durchführung der Befragungen und Kodierungen der Befragten

	Bayern	NRW	Sachsen
Themenschwerpunkt Berufseinstieg			
Befragte	Schülerinnen der Altenpflegehilfe der Altersgruppe 45+	Personen mit türkischem Migrationshintergrund	Schüler und Schülerinnen der Altenpflege
Dauer der Befragung	1 Std., 57 Min.	2 Std., 4 Min.	2 Std., 11 Min.
Textumfang der Transkription	30 S., 745 Absätze	27 S., 596 Absätze	34 S., 634 Absätze
Kodierung der Befragung	EIN_By	EIN_NRW	EIN_Sa
Kodierung der Befragten	EIN_By_A, ..., EIN_By_E	EIN_NRW_A, ..., EIN_NRW_F	EIN_Sa_A, ..., EIN_Sa_E
Themenschwerpunkt Berufsverbleib			
Befragte	Mitarbeiterinnen ambulanter Altenpflegedienste der Altersgruppe 60+ (Befragung 1 und 2)	Mitarbeiterinnen der stationären Pflege der Altersgruppe 60+	Altenpflegehelferinnen
Dauer der Befragung	Befr. 1: 1 Std., 56 Min.; Befr. 2: 1 Std., 34 Min.	2 Std., 9 Min.	1 Std., 51 Min.
Textumfang der Transkription	Befr. 1: 33 S., 842 Absätze; Befr. 2: 19 S., 369 Absätze	30 S., 552 Absätze	30 S., 929 Absätze
Kodierung der Befragung	Befr. 1: VERB1_By; Befr. 2: VERB2_By	VERB_NRW	VERB_Sa
Kodierung der Befragten	Befr. 1: VERB1_By_A, ..., VERB1_By_C; Befr. 2: VERB2_By_D	VERB_NRW_A, ..., VERB_NRW_E	VERB_Sa_A, ..., VERB_Sa_E
Themenschwerpunkt Qualifizierung			
Befragte	Teilnehmerinnen an der Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin	Teilnehmende (TN) an und Absolventen bzw. Absolventinnen (Absolv.) der Weiterbildung Case Management	Teilnehmende an der Weiterbildung Verantwortliche Pflegefachkraft
Dauer der Befragung	1 Std., 58 Min.	1 Std., 45 Min. (TN); 1 Std. 43 Min. (Absolv.)	1 Std., 42 Min.
Textumfang der Transkription	27 S., 574 Absätze	23 S., 564 Absätze (TN); 27 S., 373 Absätze (Absolv.)	25 S., 563 Absätze
Kodierung der Befragung	QUAL_By	QUAL_NRW1 (TN); QUAL_NRW 2 (Absolv.)	QUAL_Sa
Kodierung der Befragten	QUAL_By_A, ..., QUAL_By_E	QUAL_NRW1_A, QUAL_NRW1_B (TN); QUAL_NRW2_C, ..., QUAL_NRW2_E (Absolv.)	QUAL_Sa_A, ..., QUAL_Sa_E

3.3.2.3 Vorgehen bei der Auswertung

Die Auswertungen erfolgen getrennt für die drei Themenbereiche der Untersuchung, den (Quer-) Einstieg in den sowie der Verbleib und die Qualifizierung im Beruf. Für jeden Themenbereich werden zunächst die Befragten anhand ihrer Personenprofile vorgestellt. In diesen Kurzbiografien wird jeder Fall separat gewürdigt. Die kondensierte Darstellung zeigt, wie eine Vielzahl relevanter Faktoren in unterschiedlichen Wirkungszusammenhängen zu sehr unterschiedlichen Fallkonstellationen führen. Die Fallgeschichten geben nicht nur die Komplexität und Einmaligkeit jeder Biografie wieder, sie illustrieren auch die Heterogenität von Berufsverläufen, die die Pflege in besonderer Weise auszeichnet.

An die Personenprofile anschließend, folgen Auswertungen zu den ermittelten relevanten Kriterien jedes der drei Themenbereiche.¹³ Die Kriterien wurden aus den transkribierten Interviews mittels einer kategorialen Inhaltsanalyse unter Einsatz des Softwarepakets MAXQDA 10 ermittelt, und zwar in einer Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen. Diese Verbindung von fall- und themenorientierter Auswertung folgt der zentralen Forderung an Fallstudien: Bei Fallstudien geht es nicht um eine bloße „Reproduktion“. Ziel ist vielmehr „interpretierend und typisierend [eine ...] wissenschaftliche Reproduktion von Handlungsmustern auf der Grundlage von alltagsweltlichen, realen Handlungsfiguren“ (Lamnek 2005, S. 328) vorzunehmen.

Die Benennung der Befragungen und der befragten Personen folgt der Kodierung in Tabelle Tab. 38 (S. 154). Verweise auf Fundstellen in den Transkriptionen beziehen sich auf die durchnummerierten Absätze.

3.3.3 Personenprofile

3.3.3.1 Personenprofile zum (Quer-)Einstieg

(1) Berufserfahrene als Pflegefachhelferin (Bayern)

EIN_By_A	
Regionale Zuordnung ¹⁴	Bayern: städtisch geprägte Region mit geringer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe ¹⁵	45-49
Berufe (auch frühere)	Restaurantfachfrau, Geschäftsführerin einer Videothek
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegehelferin
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: EIN_By_A hat einen Realschulabschluss und hat eine Ausbildung zur Restaurantfachfrau absolviert. Sie hat zwei Kinder und hat, nachdem diese etwas älter waren, für ca.

¹³ Die Kriterien werden grundsätzlich dem Themenbereich zugeordnet, zu dem sie inhaltlich gehören, auch wenn sie mittels der Befragung zu einem anderen Themenbereich ermittelt werden.

¹⁴ Bei der Beschreibung der Personenprofile wird von einer niedrigen regionalen Arbeitslosigkeit gesprochen, wenn diese am Wohnort (falls dieser unbekannt ist, am Arbeitsort) gemäß der Statistik der Bundesagentur für Arbeit unter 5% liegt. Eine Arbeitslosigkeit über 5% und unter 10% wird als mittlere Arbeitslosigkeit bezeichnet und eine Arbeitslosigkeit über 10% als hohe Arbeitslosigkeit eingestuft.

¹⁵ Aus Gründen der Anonymisierung wird das Alter bei den Personenprofilen kategorisiert angegeben.

15 Jahre die Leitung einer Videothek übernommen. Als die Umsätze sanken, musste sie die Videothek schließen und sich neu orientieren. Die Befragte absolviert aktuell ihre Ausbildung zur Altenpflegehelferin und orientiert sich noch an den daraus möglich werdenden Einsatzmöglichkeiten (stationäre Pflege, Demenzbereich, ambulante Pflege) (EIN_By, 10-19; 110; 729).

Zukunftsperspektive: EIN_BY_A weiß noch nicht, was sie nach der Ausbildung machen wird („dafür hab ich ein einfach noch viel zu wenig gesehen“). Sie möchte zunächst Erfahrungen sammeln, langfristig kann sie sich eine Tätigkeit im Betreuungsbereich vorstellen. „Irgendeine Tür öffnet sich immer, nicht?“ (EIN_By, 727-734).

EIN_By_B	
Regionale Zuordnung	Bayern: städtisch geprägte Region mit geringer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Industriekauffrau
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegehelferin
Familiensituation	Geschieden, lebt mit Partner in einer Lebensgemeinschaft, drei Kinder

Berufliche Stationen: EIN_By_B hat Abitur gemacht. Ursprünglich strebte sie den Beruf ‚Ärztin‘ an, entschied sich aufgrund ihres schlechten Notendurchschnitts aber für eine Ausbildung als Industriekauffrau. Im Anschluss daran arbeitete sie viele Jahre in diesem Beruf, zuletzt im kaufmännischen Bereich. Sie orientierte sich innerhalb des letzten Jahres um und entschied sich für den Pflegebereich. Sie bewarb sich sowohl im Krankenhaus als auch in der Altenpflege. Aktuell absolviert sie eine Ausbildung zur Altenpflegehelferin in der stationären Pflege. (EIN_By, 20-29; 696 f.)

Zukunftsperspektive: Aufgrund einer Zusage für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Examen wechselt EIN_By_B im kommenden Jahr zur Krankenpflege; langfristig sieht sie sich aber in der Altenpflege. Wenn sie die finanziellen Mittel hätte und jünger wäre, würde sie noch Medizin studieren (EIN_By, 29; 692-699; 710-712).

EIN_By_C	
Regionale Zuordnung	Bayern: städtisch geprägte Region mit geringer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Flugbegleiterin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegehelferin
Familiensituation	Geschieden, drei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: EIN_By_C studierte nach dem Abitur zunächst Kunstgeschichte. Nach dem Abbruch des Studiums arbeitete sie mehrere Jahre als Flugbegleiterin am Boden (z.B. Betreuung/ Begleitung von Kindern und Alten). Aufgrund der weiten und zeitaufwendigen Anfahrt orientierte sie sich um. Nach einem achtwöchigen Schwesternhelferinnenkurs, arbeitete sie zehn Jahre in der ambulanten Pflege und interessierte sich für ein berufsbegleitendes Pflegestudium, welches

sie ohne Examen jedoch nicht aufnehmen konnte. Aktuell absolviert sie eine Ausbildung zur Altenpflegehelferin im ambulanten Bereich. Ihre durch WeGebAU geförderte Ausbildung wurde aus Kostengründen vom Arbeitgeber gekündigt; die Ausbildungskosten trägt jetzt die Arbeitsagentur (EIN_By, 36-62; 155-159; 325-335).

Zukunftsperspektive: EIN_By_C ist noch unentschlossen, ob sie die weiterführende Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin anschließen wird. Aus gesundheitlichen Gründen möchte sie nicht unbedingt bis zur Rente nur in der Pflege arbeiten, sieht sich aber langfristig in neuen Tätigkeitsbereichen der Pflege und Betreuung von älteren Menschen, z.B. umweltbewusstes Arbeiten in der Pflege, Yogakurse für Senioren (EIN_By, 330-335; 709).

EIN_By_D	
Regionale Zuordnung	Bayern: städtisch geprägte Region mit geringer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Kinderpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegehelferin sowie Aushilfstätigkeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Geschieden, drei jugendliche/ erwachsene Kinder; lebt zusammen mit ihren Kindern

Berufliche Stationen: EIN_By_D absolvierte nach der Realschule eine Ausbildung zur Kinderpflegerin, hat aber nie in diesem Beruf gearbeitet. Zu dieser Zeit lernte sie ihren zukünftigen Ehemann kennen und gründete mit ihm eine eigene Firma im kaufmännischen Bereich. Sie bekamen drei gemeinsame Kinder, welche sie großzog, während sie parallel in kleinem Rahmen in der Firma aushalf. Ihr primärer Aufgabenbereich war das Verfassen der Steuererklärung. Nach der Trennung von ihrem Ehemann versuchte sie zunächst als Selbständige Fuß zu fassen, was ihr aber u.a. aufgrund ihrer mangelnden Berufserfahrung nicht gelang. Im Rahmen eines Umorientierungsprozesses kam sie in Kontakt mit der Altenpflege. Inzwischen ist sie seit etwa acht Jahren im pflegerischen Bereich tätig, davon arbeitete sie vier Jahren auf einer Demenzstation. Aktuell absolviert sie eine Ausbildung zur Altenpflegehelferin und arbeitet parallel in einem Pflegeheim (EIN_By, 63-79; 92-97; 267; 433).

Zukunftsperspektive: EIN_By_D möchte die weiterführende Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin anschließen. Wenn dies gelingt, kann sie sich eine Tätigkeit als Wohnbereichsleiterin vorstellen. Sollte sie körperlich nicht mehr in der Lage sein in der praktischen Pflege zu arbeiten, sieht sie ihre Perspektive in einer Weiterbildung im Personalmanagement, in der Praxisanleitung oder in der Palliativpflege (EIN_By, 65 ff.; 667-669).

EIN_By_E	
Regionale Zuordnung	Bayern: städtisch geprägte Region mit geringer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Gelernte Bürogehilfin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegehelferin
Familiensituation	Geschieden; Lebenspartner; lebt mit Kind im Jugendalter

Berufliche Stationen: EIN_By_E hat einen Hauptschulabschluss. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Bürogehilfin und arbeitete anschließend in einem Steuerbüro. Nach der Heirat und der Geburt des Kindes arbeitete sie in geringfügigem Umfang. Nach der Trennung von ihrem Mann vor vier Jahren musste sie sich zur finanziellen Sicherung umorientieren. Zu dieser Zeit wurde in ihrer Nähe ein Altenpflegeheim gebaut, bei dem sie sich spontan bewarb. Sie wurde eingestellt und arbeitete als Wohnungsleitung in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft. Vor ca. zwei Jahren wechselte sie in ein anderes Altenpflegeheim, wo sie aktuell auch ihre Ausbildung zur Altenpflegehelferin absolviert (EIN_By, 81-107).

Zukunftsperspektive: EIN_By_E möchte die weitere Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin anschließen. Im Anschluss kann sie sich vorstellen, eine selbständige, ambulante Tätigkeit als freiberufliche Springerin aufzunehmen (EIN_By, 714-727).

(2) Personen mit Migrationshintergrund in verschiedenen Bereiche (NRW)

EIN_NRW_A	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Friseurin; interkulturelle Gesundheitsmediatorin; Übungsleiterschein; Seniorensicherheitsberaterin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ehrenamtliche Seniorenberaterin; Seniorensicherheitsberaterin; Betreuung geistig und körperlich behinderter Personen; Weiterbildung zur Betreuungsassistentin
Familiensituation	Verheiratet, ein Kind im Jugendalter
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: EIN_NRW_A hat eine Lehre zur Friseurin abgeschlossen. Im Anschluss heiratete sie, bekam ein Kind und blieb zunächst für etwa zehn Jahre zu Hause. Als ihr Kind alt genug war, begann sie das Seminar ‚interkulturelle Gesundheitsmediatorin‘ zu besuchen. Über die damit verbundene Tätigkeit kam sie in Kontakt mit ihrem heutigen Arbeitgeber. Dort bildete sie sich zur Seniorensicherheitsberaterin weiter und hält bis heute ehrenamtliche Vorträge zu Sicherheitsthemen – insbesondere für Personen mit Migrationshintergrund. Im Rahmen eines Projekts qualifizierte sie sich zur Seniorenberaterin und unterstützt seit etwa vier Jahren ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu den Themen Gesundheit, Krankenversicherung, Renten etc. Seit einem Jahr betreut sie zudem geistig und körperlich behinderte Personen in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens (EIN_NRW, 14-51; 104-107).

Zukunftsperspektive: EIN_NRW_A sieht sich in zehn bis 15 Jahren in einer hauptamtlichen Vollzeitstelle, z.B. als Leiterin eines Pflegedienstes. „Ganz oben auf jeden Fall. So weit es geht“ (EIN_NRW, 529-537).

EIN_NRW_B	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	40-44
Berufe (auch frühere)	Bildungsmediatorin; Übungsleiterin; Lesepatin; Seniorenberaterin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Honorartätigkeit als Bildungsmediatorin beim Jugendamt; ehrenamtliche Tätigkeit; Weiterbildung zur Betreuungsassistentin
Familiensituation	Verheiratet, Mutter von fünf Kindern im Grundschul- bzw. Jugendalter
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: EIN_NRW_B kam mit 13 Jahren nach Deutschland; ihre Eltern und Geschwister wohnen in derselben Region. Nach der Schulzeit absolvierte sie keine Ausbildung; sie heiratete und bekam fünf Kinder. Nachdem ihre Kinder groß genug waren, beschloss sie, etwas für sich zu machen. Sie ließ sich zur Bildungsmediatorin, Übungsleiterin, Lesepatin und Seniorenberaterin ausbilden. Sie arbeitet als Bildungsmediatorin beim Jugendamt, wo sie eine Familie z.B. durch Kinderbetreuung unterstützt. EIN_NRW_B befindet sich aktuell in der Weiterbildung zur Seniorenberaterin und arbeitet ehrenamtlich für Senioren (EIN_NRW, 58; 77-84; 185-216).

Zukunftsperspektive: EIN_NRW_B möchte nicht in der Betreuungsassistenz arbeiten (was mit dem SIM-Zertifikat möglich wäre), kann sich aber vorstellen, dort ab und zu ehrenamtlich zu arbeiten (EIN_NRW, 108 f.)

EIN_NRW_C	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Friseurin; Seniorenberaterin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ehrenamtliche Seniorenberaterin in der Unterstützung älterer Menschen mit Migrationshintergrund; Weiterbildung zur Betreuungsassistentin
Familiensituation	Verheiratet, ein erwachsenes Kind
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: EIN_NRW_C hat einen Hauptschulabschluss. Sie hat eine Ausbildung zur Friseurin gemacht und etwa fünf Jahre in dem Beruf gearbeitet. Dann bekam sie ein Kind und blieb längere Zeit zu Hause, bevor sie ehrenamtlich als Seniorenberaterin für Menschen mit Migrationshintergrund zu arbeiten begann (EIN_NRW, 66-84; 110-114).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren möchte sich EIN_NRW_D weiterhin in der ehrenamtlichen Beratung oder Pflege engagieren, am liebsten in der stationären Betreuung demenziell Erkrankter. Um ihre Eltern versorgen zu können, schließt sie eine hauptamtliche Vollzeitbeschäftigung derzeit aus (EIN_NRW, 538-548).

EIN_NRW_D	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Krankenschwester; Praxisanleiterin und Stationsleitung; Palliativfachkraft; Wundexpertin und Pflegeexpertin für Begutachtungen
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Leitung eines Pflegedienstes; Weiterbildung im Bereich Psycho-Onkologie
Familiensituation	Verheiratet, Mutter von zwei Kindern im Grundschulalter
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: EIN_NRW_D kam mit sieben Jahren nach Deutschland. Sie hat Abitur. Nach dem Schulabschluss absolvierte sie eine Ausbildung zur Krankenschwester.¹⁶ Gegen Ende der Ausbildung heiratete sie; sie qualifizierte sich als Praxisanleiterin und Stationsleiterin. Nach stationären Tätigkeiten und zwischenzeitlicher Scheidung leitete sie zweieinhalb Jahre einen ambulanten Pflegedienst und bekam zwei Kinder. Nachdem sie ihren neuen Lebensgefährten heiratete kam es vor etwa sieben Jahren zum Zerwürfnis mit ihrem damaligen Vorgesetzten und sie machte sich mit einem eigenen Pflegedienst selbständig. Ihr Pflegedienst ist insoweit spezialisiert, als er u.a. türkischsprachige Patienten durch türkischsprachiges Personal versorgt. Sie hat Weiterbildungen als Palliativfachkraft, Wund- und Pflegeexpertin für Begutachtungen und vor Kurzem ein Studium im Pflegebereich abgeschlossen. Aktuell macht sie eine Weiterbildung im Bereich Psycho-Onkologie. Parallel zu ihrer Leitungsfunktion arbeitet sie ehrenamtlich in der Sensibilisierung und Aufklärung von Personen mit Migrationshintergrund (EIN_NRW, 217-244; 283-285; 363).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich EIN_NRW_D nach wie vor als Leiterin des Pflegedienstes und damit weiterhin als „Bosporusbrücke zwischen zwei Gesellschaften“ (EIN_NRW, 566; 591-593).

EIN_NRW_E	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Damenschneiderin; Reinigungskraft; Pflegehilfskraft
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Honoratätigkeit als interkulturelle Elternbegleiterin; ehrenamtliche Tätigkeit für Senioren mit Migrationshintergrund; Weiterbildung zur Betreuungsassistentin
Familiensituation	Verheiratet, zwei Kinder im Grundschul- bzw. Jugendalter
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

¹⁶ Der Berufseinstieg von EIN_NRW_D liegt bereits einige Zeit zurück. Da sie aber in der Gruppendiskussion der Berufseinsteigerinnen mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen ebenfalls befragt wurde, wird ihr Fall auch zusammen mit den anderen Befragten dieser Gruppe dargestellt.

Berufliche Stationen: EIN_NRW_E kam mit drei Jahren mit ihrer Mutter zum Vater nach Deutschland. Die Schule schloss sie mit dem Realschulabschluss ab. Nach einem zweieinhalb jährigen Kurs in islamischer Religion war sie etwa zwei Jahre zu Hause. Danach arbeitete sie im OP-Bereich eines Krankenhauses als Reinigungskraft und als Pflegehelferin. Zu dieser Zeit heiratete sie und bekam ihr erstes Kind. Sie blieb vier Jahre zu Hause, bis ihre Tochter sie ansprach, warum sie nicht arbeiten ginge, „alle anderen Mütter würden arbeiten“. Durch diese Anregung ließ sie sich zur Lesepatin ausbilden und zertifizieren. Es folgten Ausbildungen und Zertifikate als interkulturelle Elternbegleiterin und eine Honorartätigkeit in dieser Funktion. Heute arbeitet sie neben dieser Tätigkeit ehrenamtlich als Seniorenberaterin (EIN_NRW, 117-147).

Zukunftsperspektive: EIN_NRW_E ist noch unentschieden, ob sie langfristig in der Altenhilfe oder Elementarpädagogik tätig sein will. Sie möchte sich aber weiterqualifizieren. Sie kann sich vorstellen, als Betreuungsassistentin zu arbeiten oder eine ein- oder dreijährige Altenpflegeausbildung zu machen. Da sie zunächst ihre Kinder großziehen möchte, will sie sich jetzt noch nicht entscheiden. In zehn bis 15 Jahren möchte sie eine hauptamtliche Vollzeitstelle besetzen, um finanziell auf eigenen Füßen zu stehen (EIN_NRW, 574; 586-591).

EIN_NRW_F	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	40-44
Berufe (auch frühere)	Ausbildung als Konditoreifachverkäuferin (abgebrochen); Gesundheitskrankenpflegeassistentin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Tätigkeit als Gesundheitskrankenpflegeassistentin in einer Demenz-WG
Familiensituation	Geschieden, alleinerziehend; zwei Kinder (im Jugendalter bzw. erwachsen)
Migrationshintergrund	Türkischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: EIN_NRW_F ist mit knapp zwei Jahren nach Deutschland gekommen. Sie hat einen Hauptschulabschluss. Nach der Schulzeit begann sie eine Ausbildung als Konditoreifachverkäuferin, brach diese aber ab. In der Zeit danach heiratete sie und verließ ihre Geburtsstadt. Ca. 20 Jahre später folgte die Scheidung und sie zog zurück in ihren ursprünglichen Wohnort, wo auch ihre Familie lebt. Nach der Scheidung blieb sie für ein Jahr zu Hause, dann begann sie die einjährige Ausbildung zur Gesundheitskrankenpflegeassistentin. Seit einem Jahr ist die Ausbildung beendet und EIN_NRW_F arbeitet mittlerweile in einer Demenz-WG. Vor Kurzem nahm sie an einer Fortbildung zum Thema Demenz teil, da sie sich für den Umgang mit demenziell erkrankten Personen im Rahmen der Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet fühlte (EIN_NRW, 150-170-184).

Zukunftsperspektive: EIN_NRW_F möchte sich in der Alten- und Krankenpflege weiterbilden und eventuell noch die dreijährige Ausbildung machen. In zehn bis 15 Jahren sieht sie sich in einer hauptberuflichen Tätigkeit im Krankenhaus, wo sie sich bessere Weiterbildungs- und Aufstiegschancen als in der Altenpflege verspricht (EIN_NRW, 559-586).

(3) Jüngere als Pflegefachkraft (Sachsen)

EIN_Sa_A	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Versicherungskauffrau; Maklerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegefachkraft
Familiensituation	Ledig, alleinerziehend; Kind im Kleinkindalter

Berufliche Stationen: EIN_Sa_A hat das Gymnasium abgebrochen und die Schule mit einem Realschulabschluss abgeschlossen. Sie hat Versicherungskauffrau im Außendienst gelernt und acht Jahre in dem Beruf gearbeitet. Anschließend war sie im Finanzbereich selbstständig, dann bekam sie ein Kind. Aufgrund des Drucks und der Entwicklungen auf dem Finanzmarkt war sie mit ihrer Arbeit nicht mehr zufrieden und orientierte sich neu (EIN_Sa, 9; 17; 84).

Zukunftsperspektive: EIN_Sa_A strebt an, nach dem Examen pädagogisch zu arbeiten. Eventuell kommt auch eine Gutachtertätigkeit in der Pflege infrage. Sie möchte dabei aber nicht den Bezug zur Praxis verlieren. „Mein Ziel ist nur eine gewisse Zufriedenheit und Glücksempfinden für mich. Ob das in der Pflege ist oder irgendwo anders ist, schon auch Pflege ja. Soweit denk ich gar nicht, kann ich nicht denken, will ich nicht denken“ (EIN_Sa, 460-464; 634-601).

EIN_Sa_B	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Männlich
Altersgruppe	40-44
Berufe (auch frühere)	Offsetdrucker; Werbefachwirt
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegefachkraft
Familiensituation	Ledig, keine Kinder

Berufliche Stationen: EIN_Sa_B hat einen Realschulabschluss. Er machte eine Ausbildung zum Offsetdrucker und arbeitete kurzzeitig im Beruf. Noch vor der Wende floh er nach Baden-Württemberg und absolvierte ein zweijähriges Studium zum Werbefachwirt. Nach seinem Abschluss wurde er zum Zivildienst einberufen. Um vor Ort bleiben zu können, entschied er sich für eine Stelle bei einem Wohlfahrtsverband, wo er ein sehr breites Aufgabenspektrum hatte (Betreuung von Schwerstbehinderten und schwererziehbaren Kindern, Kleinkinderbetreuung). Anschließend arbeitete er elf Jahre als Werber, zunächst selbstständig. Dann sah er in Baden-Württemberg keine Perspektive mehr und ging nach Jena, Berlin und Leipzig. Zuletzt leitete er eine Digitaldruckerei und war in der grafischen Bearbeitung von Aufträgen und Texten tätig. Hierfür pendelte er fünf Jahre täglich zwischen Leipzig und Berlin. Aufgrund psychischer Erschöpfung überdachte er seine Situation und stellte fest, dass er in seinem Beruf am oberen Ende der Karrieremöglichkeiten angekommen war. Trotz der Möglichkeit einer weiteren Beschäftigung in seinem angestammten Berufsfeld entschied er sich für eine Ausbildung zum examinierten Altenpfleger (EIN_Sa, 21-42; 85-89, 148-163, 612-614).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich EIN_Sa_B „noch mit der Pflege verbunden“, möchte sein Tätigkeitsfeld aber nicht weiter eingrenzen. Er kann sich vorstellen beim MDK zu arbeiten, über pflegespezifische Themen zu publizieren oder sich neben der journalistischen Tätigkeit auch politisch zu engagieren (EIN_Sa, 632).

EIN_Sa_C	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	20-24
Berufe (auch frühere)	Keine
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegefachkraft
Familiensituation	Ledig, keine Kinder

Berufliche Stationen: EIN_Sa_C hat Abitur und bemühte sich zunächst vergeblich um einen Ausbildungsplatz als Fotografin. Um das Jahr bis zum nächsten Ausbildungsbeginn zu überbrücken, bewarb sie sich zunächst auf Aushilfsjobs. Über eine Bekannte erfuhr sie von der Möglichkeit eines Freiwilligen Sozialen Jahres im Demenzbereich eines städtischen Seniorenheims und entschied sich dafür. Zunächst arbeitete sie in der Küche und in kleinem Rahmen in der Betreuung der älteren Menschen. Sie fühlte sich rasch unterfordert und bat um eine Erweiterung ihres Aufgabenbereichs in den Bereich der Pflege, welcher ihr gestattet wurde. Sie merkte, dass die Arbeit „genau ihr Ding“ war und entschied sich für eine Ausbildung zur Altenpflegerin in der ihr aus dem FSJ vertrauten Einrichtung. Auf eigenen Wunsch blieb sie im Demenzbereich (EIN_Sa, 50-69; 110 ff.; 182).

Zukunftsperspektive: EIN_Sa_C möchte nach ihrer Ausbildung bald die Weiterbildung zur Praxisanleiterin anschließen. In zehn bis 15 Jahren möchte sie in der praktischen Altenhilfeausbildung arbeiten und eine Familie gegründet haben (EIN_Sa, 433-443, 629).

EIN_Sa_D	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Hauswirtschafterin, Aushilfe in der Altenpflege, Spielhallenaufsicht
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegefachkraft
Familiensituation	Alleinerziehende Mutter eines Kindes im Jugendalter mit besonderem Betreuungsbedarf

Berufliche Stationen: EIN_Sa_D hat einen Hauptschulabschluss. Im Anschluss begann sie eine Ausbildung zur Hauswirtschafterin und schloss diese ab. Währenddessen bekam sie ein Kind. Im Anschluss an ihre Ausbildung hatte sie Schwierigkeiten eine mit dem Betreuungsaufwand zu vereinbarende Stelle als Hauswirtschafterin zu finden. Aus diesem Grund arbeitete sie mit Unterbrechungen in verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe, zunächst im Büro. „Zur Überbrückung“ absolvierte sie eine kaufmännische Ausbildung und jobbte weiterhin in der Altenpflege aber auch als Spielhallenaufsicht. Sie ging mit dem konkreten Wunsch einer Ausbildung im Altenhilfebe-

reich zur Arbeitsagentur und begann im Rahmen eines Bildungsgutscheins die Ausbildung. Aufgrund des besonderen Betreuungsbedarfes ihres Kindes, das eine besondere Schule besucht, war sie auf die Tätigkeit in einer Altenpflegehochschule in ihrer Nähe angewiesen, die sie auch fand (EIN_Sa, 70-82; 199 ff.).

Zukunftsperspektive: EIN_Sa_D sieht sich längerfristig in der Pflege tätig, in zehn bis 15 Jahren möchte sie sich evtl. eine einjährige Auszeit im Ausland nehmen. Sie möchte sich in der Altenhilfe weiterbilden um, „nicht stehen zu bleiben“ und um ihre „Möglichkeiten auszuschöpfen“ (EIN_Sa, 424-427; 628).

EIN_Sa_E	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Männlich
Altersgruppe	20-24
Berufe (auch frühere)	Tischler
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Ausbildung zur Altenpflegefachkraft
Familiensituation	Ledig, keine Kinder

Berufliche Stationen: EIN_Sa_E hat einen Hauptschulabschluss. Im Anschluss machte er eine Ausbildung zum Tischler. Aufgrund einer schweren Erkrankung seiner damaligen Lebensgefährtin entschied er seinen ursprünglichen Plan auf, als Jachtenbauer in der Schweiz zu arbeiten (der Arbeitsmarkt für Tischler vor Ort war schwierig). Ein_Sa_E absolvierte den Zivildienst aufgrund der räumlichen Nähe in einem Altenpflegeheim. So kam er in Kontakt mit der Altenpflege und stellte fest, dass ihm diese „Spaß macht“. Aus diesem Grund bewarb er sich als ungelernter Helfer in der stationären Altenhilfe und bekam sehr rasch eine Zusage. Bereits zu diesem Zeitpunkt beabsichtigte er für diese Tätigkeit einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Dies gelang bereits ein halbes Jahr später (EIN_Sa, 90-108; 427).

Zukunftsperspektive: EIN_Sa_E möchte in zehn bis 15 Jahren ein bodenständiges Leben führen und eine Tätigkeit haben, die sein Leben finanziert. Er denkt, dass dies die Pflege sein wird. „Wir haben einfach so viele Türen offen, ich kanns nicht genau sagen.“ (EIN_Sa, 600; 623-627).

3.3.3.2 Personenprofile zum Verbleib im Beruf

(1) Ältere Arbeitnehmer in der ambulanten Pflege (Bayern)

VERB_By1_A	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	65-69
Berufe (auch frühere)	Friseurin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	5-6 Wochenstunden als Pflegehelferin in der ambulanten Pflege
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder, zwei Enkelkinder

Berufliche Stationen: VERB_By1_A arbeitete nach einer Ausbildung zur Friseurin zunächst sieben Jahre im erlernten Beruf. Nach ihrer Heirat und der Geburt ihrer Kinder blieb sie einige Jahre zu Hause und arbeitete dann aushilfsweise am Wochenende in einem Friseursalon. Über die Mitarbeiterabschlussberichterstattung Herausforderung Pflege AGP Freiburg, HWA München

beiterin eines Pflegedienstes, die sie durch die jahrelange Pflege ihrer Mutter kannte, erhielt sie immer wieder Aufträge, bettlägerigen Patienten die Haare zu schneiden. Durch diese Erfahrung motiviert, absolvierte sie kurze Zeit später eine Ausbildung zur Pflegehelferin. Nachdem die Mutter verstorben war und die Kinder das Haus verlassen hatten, suchte sich VERB_By1_A eine neue Aufgabe. Sie fand diese in der ambulanten Pflege und war später in der Demenzbetreuung tätig. Diese Tätigkeit übte sie während der letzten ca. 20 Jahre mit einem Stellenumfang einer geringfügig Beschäftigten aus. Vor Kurzem reduzierte sie ihre Arbeitszeit nochmals aufgrund des bevorstehenden Ruhestandes auf 5-6 Wochenstunden. Da sie lediglich in ihren ersten sieben Berufsjahren als Friseurin ein Vollzeitstelle hatte, wird ihre Rente gering ausfallen (VERB_By1, 7-76).

VERB_By1_B	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64
Berufe (auch frühere)	Kinderpflegerin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	15 Wochenstunden als Pflegehelferin in der ambulanten Pflege
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder, vier Enkelkinder

Berufliche Stationen: VERB_By1_B arbeitete nach einer Ausbildung zur Kinderpflegerin elf Jahre in einem Kindergarten. Für die Betreuung ihrer beiden Kinder setzte sie ihre Berufstätigkeit vorübergehend aus. Anschließend ging sie etwa zehn Jahre unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten nach. Seit rund 20 Jahren ist sie bei demselben Wohlfahrtsverband beschäftigt. Kurz nach ihrer Anstellung als Pflegehelferin besuchte sie mit knapp 40 Jahren einen Pflegekurs. Sie war zunächst in der Kurzzeitpflege, anschließend zusätzlich in der ambulanten Pflege (30 Wochenstunden) und später nur noch in der ambulanten Pflege (20 Wochenstunden) tätig. Nach dem Tod ihrer Mutter wollte sie vor sechs Jahren ihren Arbeitsvertrag kündigen, wurde jedoch von ihrer Vorgesetzten überzeugt zu bleiben und reduzierte lediglich ihren Stundenumfang auf 15 Wochenstunden. Neben ihrer Berufstätigkeit betreut sie jeden Nachmittag ihre Enkelkinder, um ihrer Tochter die Berufstätigkeit zu ermöglichen (VERB_By1, 78-123).

Zukunftsperspektive: VERB_By1_B möchte in den nächsten Jahren in Rente gehen (VERB_By1, 155).

VERB_By1_C	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	70-74 Jahre
Berufe (auch frühere)	Verkäuferin, Kranken- und Altenpflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Steht für die Demenzbetreuung auf Abruf zur Verfügung, hat aktuell keinen Klienten
Familiensituation	Verheiratet, vier erwachsene Kinder, sechs Enkelkinder

Berufliche Stationen: VERB_By1_C erlernte zunächst den Beruf der Verkäuferin. Nachdem sie nach einer schweren Operation die Pflege als Patientin erlebt hatte und von der Leistung der

Pflegekräfte beeindruckt war, stieg sie mit Anfang 20 in die Krankenpflege ein. Nach dem Besuch eines Krankenpflegekurses arbeitete sie bis zu ihrer Heirat sieben Jahre als Vollzeitkraft im Krankenhaus. Trotz der Geburt von vier Kindern war sie nur vier Jahre nicht berufstätig. Da sie von ihrer Mutter bei der Kinderbetreuung unterstützt wurde, konnte sie schon bald wieder im Umfang einer halben Stelle im Krankenhaus arbeiten. Nach 16 Jahren in der Akutpflege wechselte sie den Arbeitgeber und hatte dann eine 50%-Stelle als Pflegehelferin in der ambulanten Pflege eines Wohlfahrtsverbandes inne. Mit 63 Jahren ging sie in Ruhestand, arbeitete aber wenige Stunden weiter. Mit 65 Jahren erhöhte sie die Arbeitszeit wieder auf acht Wochenstunden. Mit knapp 70 stieg sie aus der Altenpflege aus, steht aber noch für die Demenzbetreuung zur Verfügung. Derzeit hat sie allerdings keinen Klienten (VERB_By1, 169-195; 247-266).

VERB_By2_D	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64 Jahre
Berufe (auch frühere)	Krankenschwester
Aktuelle Beschäftigungssituation	15 Wochenstunden als Fachkraft in der ambulanten Altenpflege
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: VERB_By2_D arbeitete nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester zwei Jahre im Krankenhaus. Nach der Geburt des ersten Kindes versuchte sie vergeblich im Krankenhaus eine Teilzeitstelle zu bekommen. Sie nahm daher im Anschluss an den Mutterschutz eine Stelle als Betriebskrankenschwester in einem großen Unternehmen an, mit der sie die Kinderbetreuung vereinbaren konnte. Nach der Geburt ihres zweiten Kindes beendete sie diese Tätigkeit und erhielt von einem Wohlfahrtsverband ein Stellenangebot. Sie nahm das Angebot an und arbeitete etwa zehn Jahre in geringfügigem Stundenumfang in der ambulanten Altenpflege. Vor rund 20 Jahren erhöhte sie ihren Stellenumfang auf 15 Wochenstunden, um zumindest sozialversicherungspflichtig beschäftigt zu sein. Eine Vollzeitstelle wäre für sie u.a. aus familiären und gesundheitlichen Gründen nicht infrage gekommen (VERB_By2, 5-50).

(2) Ältere Arbeitnehmer in der stationären Pflege (NRW)

VERB_NRW_A	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64
Berufe (auch frühere)	Friseurin, Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Altenpflegerin (50%-Stelle in der ambulanten Pflege, regelmäßig etwa 30 Mehrarbeitsstunden pro Monat)
Familiensituation	Verheiratet, vier erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: VERB_NRW_A absolvierte zunächst eine Ausbildung zur Friseurin. Nach Abschluss der Lehre heiratete sie und bekam vier Kinder. Während die Kinder noch klein waren, arbeitete sie in geringfügigem Umfang und betreute privat ältere Menschen. Sie kam so mit der Altenpflege in Berührung und entschied sich mit etwas über 40 Jahren für eine dreijährige be-

rufsbegleitende Ausbildung zur Altenpflegerin. Parallel dazu arbeitete sie in Teilzeit als Pflegehelferin in einer Sozialstation. Zeiten, in denen sie aufgrund von Praktika und Unterrichtseinheiten nicht arbeiten konnte, musste sie vor- bzw. nacharbeiten. Die Hälfte der Ausbildungskosten übernahm das Arbeitsamt. Bei ihrem jetzigen Arbeitgeber, einem Wohlfahrtsverband, ist sie mittlerweile seit fast 20 Jahren beschäftigt. Acht Jahre wurde sie in einer Sozialstation, danach war sie Nachtwache eingesetzt. Vor drei Jahren reduzierte sie ihren Stellenumfang auf 50% und arbeitet nun in der ambulanten Pflege. Sie leistet monatlich rund 30 Stunden Mehrarbeit (VERB_NRW, 9-50).

Zukunftsperspektive: VERB_NRW_A würde gerne stufenweise aus dem Arbeitsleben aussteigen und mit 63 Jahren in den Ruhestand gehen (VERB_NRW, 9).

VERB_NRW_B	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64
Schulabschluss	Hochschulreife
Berufe (auch frühere)	Bachelor of Science in Pflege (Philippinen), Hebamme
Aktuelle Beschäftigungssituation	Fachkraft und Palliativbeauftragte in Vollzeit in der stationären Altenpflege
Familiensituation	Verheiratet, ein erwachsenes Kind, ein erwachsenes Stiefkind
Migrationshintergrund	Philippinischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: VERB_NRW_B absolvierte auf den Philippinen ein Pflegestudium, das sie mit einem Bachelor of Science abschloss. Anschließend absolvierte sie das Hebammen-Examen und arbeitete danach ein Jahr in ihrem Beruf als Krankenpflegerin. Aus familiären Gründen wanderte sie nach Deutschland aus und arbeitete hier zunächst ein Jahr in einem Krankenhaus im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe sowie vier Jahre als stellvertretende Leiterin einer Intensivstation. Zu dieser Zeit bekam sie ein Kind. Ihr Mann blieb zu Hause, da er weniger verdiente. Später absolvierte sie eine Weiterbildung zur Aids-Krankenschwester und baute eine Aids-Ambulanz mit auf. Nach einer schweren Erkrankung erwog sie das Arbeitsfeld Krankenhaus zu verlassen und arbeitete zunächst vier Jahre in der stationären Altenpflege. Es folgten zwölf Jahre als Hausfrau, davon neun Jahre auf den Philippinen. Als deutsche Staatsangehörige wurde ihr eine Arbeitsaufnahme auf den Philippinen verwehrt, sodass sie vor vier Jahren mit ihrem Mann nach Deutschland zurückkehrte. In Deutschland war zwischenzeitlich aber ihre Anerkennung als Fachkraft erloschen – diese Vorschrift war ihr zuvor nicht bekannt gewesen. Sie beantragte die Anerkennung neu und musste dafür Kosten, ein dreimonatiges unbezahltes Praktikum sowie Prüfungen auf sich nehmen. Von der Arbeitsagentur wurde sie nicht gefördert, da sie ja weiterhin als Pflegehelferin hätte arbeiten können. Unterstützung erhielt sie in dieser Zeit von dem Wohlfahrtsverband, bei dem sie inzwischen beschäftigt ist. Als Fachkraft arbeitete VERB_NRW_B dann zunächst bei einer Zeitarbeitsfirma um verschiedene Pflegeeinrichtungen kennenzulernen. Sie wechselte schließlich in die stationäre Altenpflegeeinrichtung, in der sie bis heute tätig ist. Hier arbeitet sie als Fachkraft und Palliativbeauftragte in Vollzeit (VERB_NRW, 54-105).

VERB_NRW_C	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64
Berufe (auch frühere)	Weißnäherin/ Wäscheschneiderin, Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Altenpflegerin mit 90%-Stelle in der stationären Pflege
Familiensituation	Geschieden/ alleinstehend, ein erwachsenes Kind

Berufliche Stationen: VERB_NRW_C absolvierte zunächst eine Ausbildung als Weißnäherin/ Wäscheschneiderin und arbeitete fünf Jahre in diesem Beruf. Nach der Heirat und der Geburt des Kindes war sie geringfügig im Verkauf beschäftigt. Eine Rückkehr in den erlernten Beruf war nicht möglich, da in dieser Branche immer mehr Betriebe ins Ausland abwanderten. Nach der Scheidung vor etwa 20 Jahren begann VERB_NRW_C mit Unterstützung durch die Agentur für Arbeit die dreijährige Altenpflegeausbildung. Nach dem Examen arbeitete sie überwiegend in Vollzeit. Derzeit arbeitet sie mit einem Stellenanteil von 90% (VERB_NRW, 107-128).

Zukunftsperspektive: VERB_NRW_C möchte bis zum regulären Renteneintritt arbeiten (VERB_NRW, 393).

VERB_NRW_D	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	55-59
Berufe (auch frühere)	Kinderkrankenschwester, Hygienefachkraft, Palliativbeauftragte, Qualitätsmanagementbeauftragte
Aktuelle Beschäftigungssituation	Fachkraft arbeitet mit einer 80%-Stelle in der stationären Pflege, hiervon 40% Hygienefachkraft, 20% Palliativbeauftragte, 20% Qualitätsmanagementbeauftragte
Familiensituation	Geschieden/ alleinstehend, zwei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: NRW_VERB_D arbeitete nach einer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester 18 Jahre in diesem Beruf, darunter 16 Jahre in einer Kinder-Intensivstation. Nach der Geburt ihres ersten Kindes reduzierte sie ihren Stellenumfang auf 50%. Aufgrund des geringen Altersunterschiedes ihrer beiden Kinder sowie der Tatsache, dass ihr Mann in seiner Branche nur schwer Erziehungszeit nehmen konnte, blieb sie, trotz ihres Wunsches weiterzuarbeiten, nach der Geburt des zweiten Kindes zunächst zu Hause. Sie arbeitete aber stundenweise in einer Näherei. Später wollte sie wieder in die Intensivpflege einsteigen, fand aber keine Stelle und nahm daher ein Angebot in der ambulanten Altenpflege an. Um wieder in einem Team arbeiten zu können, wechselte sie nach drei Jahren in die stationäre Pflege und arbeitete als Fachkraft für Gerontopsychiatrie und stellvertretende Teamleiterin bei einem Wohlfahrtsverband. Durch den Besuch von Weiterbildungen zur Demenz-Expertin, Palliativ-Fachkraft, Hygiene-Fachkraft und zur Qualitätsmanagement-Beauftragten qualifizierte sie sich weiter und bekam zusätzliche Aufgabenbereiche. Sie ist daher heute nicht mehr in der direkten Pflege tätig, sondern hat eine Stabsstelle als Palliativ-, Qualitätsmanagement- und Hygienebeauftragte inne. Grund für die Weiterbildungen und die Reduktion des Arbeitsanteils in der Pflege waren die körperlichen Belastungen, denen sie sich nicht länger aussetzen wollte (VERB_NRW, 132 ff.).

VERB_NRW_E	
Regionale Zuordnung	Nordrhein-Westfalen: Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	60-64
Schulabschluss	Hochschulreife
Berufe (auch frühere)	Physik- und Mathematiklehrerin (Russland), Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Stellv. Pflegedienstleitung und Fachkraft für Altenpflege mit 50% Stellenumfang
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder, zwei Enkelkinder
Migrationshintergrund	Russischer Migrationshintergrund

Berufliche Stationen: VERB_NRW_E wuchs in Sibirien auf, absolvierte ein Lehramtsstudium als Physik- und Mathematiklehrerin und arbeitete zunächst in diesem Beruf. Nach der Geburt ihrer beiden Kinder kam sie vor etwa 20 Jahren nach Deutschland. Da sie hier nicht als Lehrerin arbeiten konnte, bekam sie von der Arbeitsagentur zwei Ausbildungsangebote: Sie hatte die Wahl zwischen einer Ausbildung zur Floristin oder zur Altenpflegerin. Nach dem Besuch eines Sprachkurses entschied sie sich für die Altenpflege, weil sie in diesem Beruf viel mit Menschen zu tun hat und er ihr zukunftsweisend erschien. Nach einer etwa zwölfjährigen Tätigkeit in der Pflege übernahm sie die stellvertretende Teamleitung. Aufgrund einer schweren Erkrankung wechselte sie dann aber innerhalb der Einrichtung und reduzierte den Stellenumfang auf 50%. Sie arbeitete parallel in den Bereichen Pflege und Teamleitung. Berufsbegleitend besuchte sie über einen Zeitraum von fünf Jahren verschiedene Weiterbildungen, u.a. einen Teamleitungskurs. Seit fünf Jahren übt sie die Funktion der stellvertretenden Pflegedienstleitung aus (VERB_NRW, 222 ff.; 243-269).

(3) Ungelernte in der stationären Pflege (Sachsen)

VERB_Sa_A	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	55-59
Berufe (auch frühere)	Krippenerzieherin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Pflegehelferin in Vollzeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Verheiratet, zwei erwachsene Kinder, mehrere Enkelkinder

Berufliche Stationen: VERB_Sa_A arbeitete nach ihrer Ausbildung zur Krippenerzieherin 15 Jahre in einer Kinderkrippe bis diese in der Folge des Geburtenrückgangs nach der Wende geschlossen wurde. Unmittelbar danach fing sie vor rund 20 Jahren in einer stationären Pflegeeinrichtung als Pflegehelferin an, arbeitet dort noch heute und möchte bis zum Renteneintritt dort bleiben (VERB_Sa, 17-60).

Zukunftsperspektive: VERB_Sa_A möchte mit 63 Jahren in Rente gehen und ist bereit, dafür auch Einbußen in Kauf zu nehmen. Sie freut sich darauf, mehr Zeit mit ihren Enkeln verbringen zu können. Falls sie im Ruhestand noch eine zusätzliche Beschäftigung brauchen sollte, würde sie Zeitungen austragen (VERB_Sa, 819-837).

VERB_Sa_B	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägt mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Zerspannungsfacharbeiterin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Pflegehelferin in Vollzeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Verheiratet, drei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: VERB_Sa_B arbeitete nach ihrer Ausbildung als Zerspannungsfacharbeiterin mehrere Jahre in diesem Beruf. Nach der Geburt ihrer Kinder wollte ihr Arbeitgeber sie wegen von ihm erwarteter Fehlzeiten nicht weiterbeschäftigen. Zudem war ihr ein Drei-Schichtbetrieb nicht mehr möglich. Während der Wendezeit war sie vorübergehend als Werkstattschreiberin in einem anderen Produktionsbetrieb beschäftigt, bevor sie vor etwas mehr als 20 Jahren das Arbeitsfeld wechselte. Seither arbeitet sie in einer stationären Pflegeeinrichtung als Stationshelferin bzw. inzwischen als ungelernete Pflegehelferin (VERB_Sa, 62-90).

Zukunftsperspektive: Sofern es ihr gesundheitlich möglich ist, möchte VERB_Sa_B bis zum regulären Renteneintrittsalter bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt bleiben und auch im Ruhestand weiterhin in der Einrichtung tätig sein, um mit den Bewohnern gemeinsam die Freizeit zu gestalten (VERB_Sa, 844-851).

VERB_Sa_C	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägt, mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Kellnerin, Verkäuferin, Speditionskauffrau, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Pflegehelferin in Vollzeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Geschieden/ alleinstehend, zwei erwachsene Kinder, davon eines mit geistiger Behinderung

Berufliche Stationen: VERB_Sa_C arbeitete nach einer zweijährigen Ausbildung zur Kellnerin ein Jahr im erlernten Beruf. Anschließend absolvierte sie eine zweieinhalbjährige Ausbildung zur Verkäuferin und arbeitete in einem Schuhgeschäft. Danach war sie in einer Spedition tätig und schrieb Frachtpapiere. Nach der Wende folgten sechs Jahre als Angestellte für die Gewährung von Kriegsopferversorgung, bis ihr befristeter Vertrag dort auslief. Mit Förderung durch das Arbeitsamt, machte sie danach eine Umschulung zur Speditionskauffrau und arbeitete ein Jahr in diesem Beruf bis zur Insolvenz ihres Arbeitgebers. Das nächste Angebot des Arbeitsamts war eine Tätigkeit als Pflegehelferin in einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie begann nach einigen Schnuppertagen zunächst mit einem befristeten Vertrag bei einem Wohlfahrtsverband. Um genügend Geld zu verdienen, hatte sie noch einen Zweitjob bei einem Messeanbieter und arbeitete sieben Tage die Woche. Später wechselte sie auf eine unbefristete Stelle in einer anderen Einrichtung desselben Trägers. Seit fünf Jahren ist sie nun in dieser stationären Pflegeeinrichtung als ungelernete Pflegehelferin tätig (VERB_Sa, 104-185).

Zukunftsperspektive: VERB_Sa_C möchte bis zu ihrer Rente bei ihrem jetzigen Arbeitgeber bleiben und erwartet, dass sie sich auch im Ruhestand noch eine Beschäftigung suchen wird, da sie immer eine Aufgabe haben möchte (VERB_Sa, 874-895).

VERB_Sa_D	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägt, mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	25-29
Berufe (auch frühere)	Hauswirtschafterin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Pflegehelferin in Vollzeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Lebt in Lebenspartnerschaft, ein Kind im Kindergartenalter

Berufliche Stationen: VERB_Sa_D hat zunächst an einem Berufsvorbereitungsjahr und an einer überbetrieblichen Arbeitsgruppe teilgenommen. Anschließend plante sie eine Ausbildung in der Gastronomie zu machen. Mit den Bewerbungen hatte sie sich jedoch zu viel Zeit gelassen, so dass sie nur noch einen Ausbildungsplatz zur Hauswirtschafterin fand. Im Rahmen dieser Ausbildung absolvierte sie auch diverse Praktika. Ein Praktikum fand in einer Psychiatrie statt, wo ihr die Aufgabe übertragen wurde, ein belegtes Bett zu desinfizieren. Dies war ihr erster Kontakt mit dem Bereich Pflege. Nach Abschluss ihrer Ausbildung wollte sie nicht weiter als Hauswirtschafterin arbeiten und fand eine Stelle in einem Call-Center, die sie nach der Geburt ihrer Tochter wieder aufgab. Sie kam später durch Zufall an eine Arbeitsstelle in der Pflege: Bei einem Spaziergang in der Nachbarschaft fiel ihr die Pflegeeinrichtung auf, in der sie heute arbeitet. Nach ihrer Bewerbung wurde sie dort als ungelernete Pflegehelferin eingestellt (VERB_Sa, 187-240).

Zukunftsperspektive: VERB_Sa_D erwartet, dass sie auch mittel- und langfristig weiterhin bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber bleiben wird, da sie einen unbefristeten Vertrag erhalten hat (VERB_Sa, 905-912).

VERB_Sa_E	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägt, mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Zierpflanzengärtnerin, Pflegehelferin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Pflegehelferin in Vollzeit in der stationären Pflege
Familiensituation	Ledig, keine Kinder

Berufliche Stationen: VERB_Sa_E arbeitete nach ihrer dreijährigen Ausbildung zur Zierpflanzengärtnerin zunächst bis zur Insolvenz ihres Ausbildungsbetriebs. Da sie den Wohnort nicht wechseln wollte, nahm Sie eine befristete Stelle bei einem Dienst für betreutes Wohnen an, wo sie für die Senioren Einkäufe erledigte oder Wohnungen reinigte. Vor vier Jahren trat sie schließlich ihre derzeitige Beschäftigung als ungelernete Pflegehelferin an (VERB_Sa, 243-265).

Zukunftsperspektive: Für ihre berufliche und private Zukunft hat sie keine konkreten Pläne und macht sich darüber wenig Gedanken, geht aber davon aus, dass sie mit ihrer jetzigen Tätigkeit ihr

Berufsziel erreicht hat, auch wenn sie sich nicht vorstellen kann, angesichts der körperlichen Belastungen diesem Beruf bis zum 67. Lebensjahr zu arbeiten (VERB_Sa, 265; 315; 925).

3.3.3.3 Personenprofile zur Qualifizierung

(1) Weiterbildung Fachhauswirtschaft (Bayern)

QUAL_By_A	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Ländliche Hauswirtschafterin/ Bäuerin,
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Geringfügig beschäftigt in der Betreuung und als Altenpflegehelferin bei einem ambulanten Dienst; Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin
Familiensituation	Verheiratet, drei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: QUAL_By_A übernahm nach der Ausbildung zur ländlichen Hauswirtschafterin/ Bäuerin entgegen dem ursprünglichen Plan nicht den elterlichen Bauernhof, sondern heiratete in eine Spedition ein. In diesem Betrieb arbeitete sie vor allem bis zur Geburt der drei Kinder intensiv mit, wobei sie neben Bürotätigkeiten auch für die Angestellten kochte. Aktuell arbeitet QUAL_By_A mit einem geringfügigem bzw. etwas über der 400 Euro-Grenze liegenden Beschäftigungsumfang bei einem ambulanten Dienst in der Betreuung und als Altenpflegehelferin (QUAL_By, 11-42).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_By_A in einer Tätigkeit im ländlichen Raum („Die ländliche Bevölkerung draußen, die ältere Generation, das ist eigentlich mein Thema“). Konkret kann sie sich beispielsweise eine selbständige Tätigkeit als Hauswirtschafterin oder als Vertretungskraft vorstellen (QUAL_By, 42; 538).

QUAL_By_B	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Hotelfachangestellte
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Beschäftigung bei einem ambulanten Altenpflagedienst (Pflegehilfe und Hauswirtschaft); Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin
Familiensituation	In Lebenspartnerschaft, ein Kind im Grundschulalter mit krankheitsbedingt erhöhtem Betreuungsaufwand

Berufliche Stationen: QUAL_By_B arbeitete nach ihrer Ausbildung als Hotelfachangestellte an der Rezeption im Hotel der Eltern. Anschließend versuchte sie sich kurz erfolglos in einer Selbständigkeit. Um nicht arbeitslos zu werden und obwohl sie mit ihrem chronisch kranken Kind von der Arbeitsagentur als nicht vermittelbar eingestuft wurde, nahm sie vor drei Jahren eine Stelle in einem Pflegeheim an. Dort war sie ursprünglich für die Hauswirtschaft eingestellt worden, arbeitete dann aber meist als Springerin auch in der Pflege mit. Vor Kurzem wechselte sie den Arbeitsplatz und ist nun bei einem ambulanten Altenpflagedienst als Pflegehelferin und Hauswirtschafterin beschäftigt (QUAL_By, 43-65; 77-82).

Zukunftsperspektive: Nach all den Wechseln, die sie in den letzten Jahren erlebt hat, möchte QUAL_By_B derzeit keine Pläne für ihre längerfristige Zukunft machen: „Ich lass’ alles auf mich zukommen. Es kommt immer anders, als man denkt, ich hätte auch nie gedacht, dass ich so was mal mache, vor fünf Jahren, muss ich ehrlich sagen“ (QUAL_By, 537).

QUAL_By_C	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Hauswirtschafterin, Betriebsleiterin, Beschäftigungen in geringfügigem Umfang im Verkauf, Büro u.a.
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Hilfstätigkeit in einem Büro; Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin
Familiensituation	Drei erwachsene bzw. fast erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: QUAL_By_C hat ihre Ausbildung in der städtischen Hauswirtschaft absolviert, den Beruf dann aber nicht ausgeübt. Das Vorhaben, Lehrerin zu werden, ließ sich wegen der Kinder nicht umsetzen. Stattdessen war QUAL_By_C ab der Geburt des ersten Kindes mehr als 20 Jahre in lang verschiedenen Berufsfeldern in geringfügigem Umfang beschäftigt, darunter u.a. Bürotätigkeiten und im Verkauf (QUAL_By, 66-76).

Zukunftsperspektive: QUAL_By_C ist es wichtig, auch in Zukunft eine Tätigkeit zu finden, in der sie „mit Leuten umgehen“ kann (QUAL_By, 71). Konkretere Angaben macht sie nicht.

QUAL_By_D	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	55-59
Berufe (auch frühere)	Altenpflegehelferin, Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Beschäftigung in der Schwerstpflegestation in der stationären Altenpflege; Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin
Familiensituation	Geschieden, vier Kinder im Erwachsenenalter

Berufliche Stationen: QUAL_By_D kommt aus dem nur wenige Kilometer entfernten Österreich, hat aber schon ihre Ausbildung zur Altenpflegerin in Bayern absolviert. Ihre Ausbildung begann mit Mitte 40, nach einer kurzen Tätigkeit als Altenpflegehelferin und nachdem ihr jüngstes Kind das Grundschulalter hinter sich hatte. Sie hat erlebt, dass „man in diesem Beruf auch in dem Alter noch gute Chancen hat“. Nach der Ausbildung absolvierte sie mit Unterstützung ihres Arbeitgebers die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft. Ihre Arbeit in der stationären Schwerstpflege fällt ihr mit dem Alter zunehmend schwerer, weshalb sie sich für die Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin entschieden hat, mit der sie vom „Pflegerischen zum Alltagsgestalterischen“ kommen möchte (QUAL_By, 83-120).

Zukunftsperspektive: QUAL_By_D möchte sich nach ihrer Weiterbildung als Fachhauswirtschafterin selbständig machen und Privathaushalte betreuen. Falls sie davon (gleich) nicht leben kann, will sie weiterhin parallel in der stationären Pflege arbeiten (QUAL_By, 92 ff.; 529-534).

QUAL_By_E	
Regionale Zuordnung	Bayern: ländlich geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Postangestellte; Pflegehilfskraft
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Pflegehilfskraft in der stationären Pflege; Weiterbildung zur Fachhauswirtschaftlerin
Familiensituation	Verwitwet, zwei erwachsene Kinder

Berufliche Stationen: QUAL_By_E arbeitete in Nachtschichten bei der Post und mit einem geringfügigen Stellenumfang als Hilfskraft in der stationären Pflege. Nach dem Tod ihres Ehemanns begann sie eine Ausbildung zur Altenpflegefachkraft, die sie jedoch kurz vor dem Abschluss wegen des Betreuungsaufwands für ihre chronisch gehirnkranken Tochter, die sich zu diesem Zeitpunkt einer schweren Operation unterziehen musste, abbrechen musste. Seit etwa zehn Jahren arbeitet QUAL_By_E nun ausschließlich als Pflegehilfskraft in sozialtherapeutischen bzw. beschützenden Wohnbereichen der Altenpflege (QUAL_By, 121-140).

Zukunftsperspektive: Nach dem Abschluss der Weiterbildung möchte QUAL_By_E weiter in derselben Pflegeeinrichtung arbeiten, allerdings mit einem ihrer neuen Qualifikation entsprechenden Stellenprofil. Diese Tätigkeit möchte sie aber nicht in Vollzeit ausüben, da sonst ihre Witwenrente gekürzt würde. Stattdessen möchte sie sich eine zusätzliche ehrenamtliche Tätigkeit in ihrer Gemeinde suchen, z.B. bei einer Tafel, einem Wohlfahrtsverband oder in einem Laden für gebrauchte Kleidung (QUAL_By, 521-528).

(2) Weiterbildung Case Management (NRW)

Die beiden Fälle QUAL_NRW1_A und QUAL_NRW1_B absolvieren derzeit die Weiterbildung Case Management. Bei den Fällen QUAL_NRW2_C, QUAL_NRW2_D und QUAL_NRW2_E liegt der Abschluss dieser Weiterbildung bereits etwas ein bis 3 Jahre zurück.

QUAL_NRW1_A	
Regionale Zuordnung	NRW: städtisch geprägte Region mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Krankenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Arbeit als Krankenpflegerin auf einer Intensivstation mit einem Stellenumfang von 75%; Weiterbildung zur Case Managerin
Familiensituation	Keine Kinder, feste Partnerschaft

Berufliche Stationen: QUAL_NRW1_A arbeitete nach ihrem Examen als Krankenpflegerin in verschiedenen Krankenhausstationen (u.a. Innere Medizin, Geriatrie). Nach einem zwischenzeitlichen Wechsel in ein anderes Bundesland arbeitet sie nun seit fünf Jahren in der Intensivpflege. Da ihr die Arbeit in Vollzeit „zu anstrengend war“, arbeitet sie seitdem mit einem Stundenumfang von 75% einer Vollzeitstelle. Die Weiterbildung zur Case Managerin absolviert sie in ihrer Freizeit (QUAL_NRW1, 7-30).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_NRW1_A als Case Managerin in einem Krankenhaus arbeiten. Wichtig ist ihr dabei aber, dass bei diesem Case Management der Adressat im Vordergrund steht, für den eine optimale Versorgung gestaltet werden soll. Sie grenzt sich damit von einem Verständnis des Case Managements im Krankenhausbereich ab, der dessen Aufgabe vor allem in der finanziellen Effizienzsteigerung sieht (QUAL_NRW1, 415-427, 521-530).

QUAL_NRW1_B	
Regionale Zuordnung	NRW: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Männlich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Handwerksberuf, Ergotherapeut, Sozialpädagoge
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Beschäftigung bei einem Altenhilfeträger mit einer halben Stelle als Ergotherapeut in der Tagespflege und einer weiteren halben Stelle im Sozialdienst der stationären Pflege; Weiterbildung zum Case Manager
Familiensituation	Verheiratet, ein schulpflichtiges Kind

Berufliche Stationen: QUAL_NRW1_B sammelte während des Zivildiensts erste Erfahrungen in der stationären Altenpflege. Anschließend erlernte er zunächst einen Handwerksberuf und absolvierte danach eine Ausbildung zum Ergotherapeuten. Nach Abschluss dieser Ausbildung nahm er eine Stelle als Ergotherapeut in der Tagespflege eines Altenhilfeträgers an, für den er bis heute tätig ist. Er arbeitete zunächst einige Jahre in Vollzeit und reduzierte dann seinen Stellenumfang um 50%, um berufsbegleitend Sozialpädagogik zu studieren. Dieses Studium schloss er vor etwas mehr als zehn Jahren mit dem Diplom ab. Seither ist er bei dem Altenhilfeträger mit je einer halben Stelle als Ergotherapeut in der Tagespflege und im Sozialdienst der stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt. Die Arbeit im Sozialdienst umfasst neben der Einzel- und Gruppenbetreuung auch das Heimaufnahme-Management einschließlich der Beratung von Angehörigen vor und während der Suche nach einem stationären Pflegeplatz (QUAL_NRW1, 31-76).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_NRW1_B weiterhin in einer Tätigkeit in der Altenhilfe. Er macht sich aber auch bewusst, dass er dann älter als manche Bewohner sein wird und findet diese Vorstellung einerseits schwierig, andererseits erwartet er sich durch das eigene Alter eine besondere Glaubwürdigkeit, z.B. im Aufnahmeverfahren. Bei einer weiteren Einschränkung der finanziellen Ressourcen oder der personellen Ausstattung stellt er seine Tätigkeit in der Altenhilfe bis zum Rentenalter infrage (QUAL_NRW1, 531-564).

QUAL_NRW2_C	
Regionale Zuordnung	NRW: (klein-)städtisch geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	50-54
Berufe (auch frühere)	Krankenpflegerin, Pflégewirtin
Aktuelle Beschäftigungssituation	Leiterin eines eigenen ambulanten Dienstes in der Altenhilfe
Familiensituation	Verheiratet, zwei Kinder

Berufliche Stationen: QUAL_NRW2_C arbeitet im Pflegebereich, seitdem sie vor etwa 30 Jahren ihre Ausbildung als Krankenpflegerin abschloss. Sie war zunächst in einem Krankenhaus ange-

stellt, bevor sie sich nach ca. zehn Jahren mit einem eigenen ambulanten Dienst selbständig machte. Neben dieser selbständigen Tätigkeit absolvierte sie ein Pflegemanagement-Studium, das sie vor vier Jahren mit dem Diplom als Pflegewirtin abschloss. Im Anschluss an das Studium besuchte sie die Weiterbildung Case Management (QUAL_NRW2, 8-38).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_NRW2_C in einem beratenden Tätigkeitsfeld, möglicherweise als Beraterin für Pflegekräfte. Sie könnte sich auch vorstellen, ihre Erfahrungen als Fachautorin weiterzugeben (QUAL_NRW2, 363 ff.)

QUAL_NRW2_D	
Regionale Zuordnung	NRW: städtisch geprägte Region mit hoher Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	45-49
Berufe (auch frühere)	Kinderkrankenpflegerin, Pflegewirtin
Aktuelle Beschäftigungssituation	(Sozial-)Beraterin für Pflegekräfte in einem Krankenhaus (Beschäftigungsumfang 60%), freiberufliche Referentin in der Altenhilfe, Beraterin und Gutachterin für einen Rehabilitationsdienst
Familiensituation	k.A.

Berufliche Stationen: QUAL_NRW2_D arbeitete nach ihrer Ausbildung zur Kinderkrankenpflegerin zunächst zehn Jahre in einer Kinderklinik, bevor sie in die Erwachsenenpflege im Krankenhaus wechselte. Vor ca. zehn Jahren reduzierte sie ihren Stellenumfang auf eine halbe Stelle, um ein Pflegemanagement-Studium aufzunehmen, das sie mit dem Diplom als Pflegewirtin abschloss. Parallel zum Studium arbeitete sie außerdem für ein Forschungsprojekt an der Hochschule und unterrichtete als freie Referentin im Altenpflegebereich. Sie absolvierte dann Weiterbildungen als Personal-Coach und als Case Managerin. Parallel dazu arbeitete sie in einem Modellprojekt zur Implementierung von Case Management für Familien mit behinderten und pflegebedürftigen Kindern. Seit dem Auslaufen des Modellprojekts arbeitet sie mit einem Stellenumfang von 60% als (Sozial-)Beraterin für Pflegekräfte in einem Krankenhaus, als freiberufliche Referentin in der Altenhilfe sowie als Beraterin und Gutachterin für einen Rehabilitationsdienst (QUAL_NRW2, 40-85).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_NRW2_D als eine wissenschaftliche Autorin für pflegefachliche Themen (QUAL_NRW2, 358-362).

QUAL_NRW2_E	
Regionale Zuordnung	NRW: (klein-)städtisch geprägte Region mit niedriger Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Männlich
Altersgruppe	40-44
Berufe (auch frühere)	Sozialpädagoge
Aktuelle Beschäftigungssituation	Sozialpädagoge bei einem Altenhilfeträger der freien Wohlfahrtspflege mit einem Tätigkeitsschwerpunkt in der Pflegeberatung
Familiensituation	k.A.

Berufliche Stationen: QUAL_NRW2_E war nach seinem Studium der Sozialpädagogik Anfang der 1990er Jahre zunächst in der beruflichen Rehabilitation tätig, danach für einige Jahre als Berufsbetreuer bei einem Betreuungsverein. Seit etwas mehr als zehn Jahren arbeitet er nun als Berater

bei einem Wohlfahrtsverband. Nach einer Zeit in der Beratung von Menschen mit Behinderung leitet er seit einigen Jahren die Seniorenberatung des Trägers. Zusätzlich hat er die stellvertretende Leitung des ambulant betreuten Wohnens desselben Trägers übernommen. Schwerpunkt seiner Tätigkeit ist die Beratung von alten oder pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen zu allen Fragen der Pflegebedürftigkeit und der pflegerischen Versorgung (QUAL_NRW2, 87-110).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_NRW2_E als Leiter eines Dienstes oder einer Einrichtung in der (Pflege-)Beratung bzw. Betreuung (QUAL_NRW2, 367).

(3) Weiterbildung Verantwortliche Pflegefachkraft (Sachsen)

QUAL_Sa_A	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Männlich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Altenpfleger
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Altenpfleger bei einem ambulanten Altenpflegedienst der Freien Wohlfahrtspflege; Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft
Familiensituation	Verheiratet, ein Kind

Berufliche Stationen: QUAL_Sa_A studierte nach dem Abitur ein Jahr lang Soziologie, bevor er sich für die Ausbildung als Altenpfleger entschied. Da ihm die stationäre Pflege während der Ausbildung nicht zusagte, wechselte er im Anschluss in den ambulanten Bereich, in dem er seither tätig ist. Nach vier Jahren wechselte er den Arbeitgeber. Beim jetzigen Arbeitgeber der Freien Wohlfahrtspflege ist er seit drei Jahren beschäftigt. Dieser regte den Besuch der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft an, um eine zusätzliche Stelle als stellvertretende Pflegedienstleitung besetzen zu können. Diese Anregung traf auf einen Qualifizierungswunsch, den der Befragte bereits hegte (QUAL_Sa, 9-41).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_Sa_A in der Funktion einer Pflegedienstleitung eines ambulanten Altenpflegedienstes (QUAL_Sa, 517-520).

QUAL_Sa_B	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Krankenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Kommissarische Pflegedienstleitung bei einem ambulanten Altenpflegedienst in privater Trägerschaft; Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft
Familiensituation	Alleinerziehende Mutter eines Kindes im Vorschulalter

Berufliche Stationen: QUAL_Sa_B absolvierte nach ihrem Abitur im Jahr 2000 eine Ausbildung zur Krankenpflegerin. Im Anschluss daran wechselte sie zu einem ambulanten Altenpflegedienst mit betreutem Alterswohnen in privater Trägerschaft, bei dem sie bis heute beschäftigt ist. Der Wechsel von der Kranken- in die Altenpflege erfolgte, nachdem sie im Krankenhausbereich keine

Stelle fand. Die Befragte arbeitet bereits seit vier Jahren kommissarisch als Pflegedienstleitung. Als Dienstälteste übernahm sie diese Funktion, nachdem die Stelle 2008 kurzfristig vakant wurde. Wegen der Geburt ihres Kindes begann sie die Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft erst mit ein paar Jahren Verzögerung (QUAL_Sa, 43-51). QUAL_Sa_B bezeichnet sich als „vollkommen zufrieden“ mit der Arbeit als Altenpflegerin, würde aber bei einem entsprechenden Stellenangebot auch gerne wieder ins Krankenhaus zurückgehen (QUAL_Sa, 80-91).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_Sa_B in der Funktion einer stellvertretenden Pflegedienstleitung eines ambulanten Altenpflegedienstes mit einem Tätigkeitsfeld im betreuten Wohnen (QUAL_Sa, 522-529).

QUAL_Sa_C	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	35-39
Berufe (auch frühere)	Landwirtin, Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Wohnbereichsleiterin in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in der Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege; Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft
Familiensituation	Mutter eines Kindes im Jugendalter

Berufliche Stationen: QUAL_Sa_C absolvierte nach dem Realschulabschluss zunächst eine Ausbildung als Landwirtin. In der Nachwendezeit war dies 1990 der einzige Ausbildungsplatz, den sie bekommen konnte. In diesem Beruf arbeitete sie zwei Jahre bis zur Geburt ihres Kindes. Nach einem Jahr Elternzeit fand sie danach in der Landwirtschaft keine Perspektive mehr und begann nach einem Eignungstest eine Ausbildung zur Altenpflegerin. Nach dem Abschluss 2002 begann sie als Altenpflegerin in der stationären Altenpflege bei einem Träger der Freien Wohlfahrtspflege, bei dem sie bis heute beschäftigt ist. 2004 übernahm sie in dem Heim die Funktion einer stellvertretenden Wohnbereichsleitung und 2007 die Stelle einer Wohnbereichsleitung. Sie absolviert derzeit nach vierjähriger Tätigkeit als Wohnbereichsleitung die Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft, da diese gesetzlich gefordert ist und obwohl sie zuvor Bedenken hatte, wieder auf die „Schulbank“ zurückzukehren (QUAL_Sa, 53-79).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_Sa_C weiterhin in der Funktion einer Wohnbereichsleitung in der stationären Altenpflege (QUAL_Sa, 530).

QUAL_Sa_D	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	20-24
Berufe (auch frühere)	Altenpflegerin
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Altenpflegerin bei einem ambulanten Dienst mit einem Beschäftigungsumfang von 30 Wochenstunden während der Qualifizierung; Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft
Familiensituation	k.A.

Berufliche Stationen: QUAL_Sa_D kam nach dem Realschulabschluss durch ein Freiwilliges Soziales Jahr zur Altenpflege. Nach der Ausbildung in diesem Beruf arbeitete sie zunächst in der stationären Pflege, bevor sie vor einem Jahr zu einem ambulanten Altenpflegedienst wechselte. Der Grund für den Wechsel des Arbeitgebers war der Wunsch der Befragten sich weiterzuqualifizieren. Ihr vorheriger Arbeitgeber bot ihr diesbezüglich lediglich eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft an, die sie vor ihrem Wechsel auch absolvierte. Um sich die Aufstiegsmöglichkeit zur Pflegedienstleitung zu erschließen, wechselte sie anschließend aber an ihren derzeitigen Arbeitsplatz, an dem sie gegenwärtig als Altenpflegefachkraft arbeitet, mit der Perspektive, nach dem Abschluss der Weiterbildung, die Stelle einer Verantwortlichen Pflegefachkraft zu übernehmen (QUAL_Sa, 93-101, 110-113).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_Sa_D in der Funktion einer Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes, wobei ihr wichtig ist, dass sie in dieser Funktion im ambulanten Bereich auch noch vereinzelt Touren übernimmt und so mehr Kontakt zu den Patienten hat, als eine Pflegedienstleitung in der stationären Pflege (QUAL_Sa, 533 ff.).

QUAL_Sa_E	
Regionale Zuordnung	Sachsen: städtisch geprägte Region mit mittlerer Arbeitslosigkeit
Geschlecht	Weiblich
Altersgruppe	30-34
Berufe (auch frühere)	Kinderkrankenschwester
Aktuelle Beschäftigungssituation/ Qualifizierung	Wohnbereichsleiterin und Pflegedienstleiterin in einer Einrichtung für chronische Mehrfachabhängige; Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft
Familiensituation	Verheiratet, zwei Kinder

Berufliche Stationen: QUAL_Sa_E begann nach dem Realschulabschluss und einem Freiwilligen Sozialen Jahr ihre Ausbildung als Kinderkrankenschwester. Danach arbeitete sie eineinhalb Jahre auf einer Intensivstation einer Kinderklinik. Diese Arbeit belastete sie sehr, sodass sie in die Altenpflege wechselte, zunächst in den stationären Bereich, dann in einen ambulanten Dienst. Anschließend wechselte QUAL_Sa_E zu ihrem jetzigen Arbeitgeber, einer Einrichtung für chronisch Mehrfachabhängige, wo sie seit dreieinhalb Jahren als Wohnbereichsleitung bzw. Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung arbeitet. Ihre Arbeit mit chronischen Mehrfachabhängigen verschiedener Altersgruppen unterscheidet sich von der Tätigkeit in der Altenpflege insoweit, als dass dort mehr die Betreuung und weniger die Pflege im Mittelpunkt steht (QUAL_Sa, 114-138).

Zukunftsperspektive: In zehn bis 15 Jahren sieht sich QUAL_Sa_E weiterhin als Pflegedienstleiterin in der Arbeit mit chronisch schwer Abhängigen, wobei ihr wichtig ist, neben der Büroarbeit auch noch mit der direkten Pflege befasst zu sein (QUAL_Sa, 532, 536).

3.3.4 Kriterien zum (Quer-)Einstieg

3.3.4.1 Erste Zugänge

Persönliche Erfahrungen mit Menschen mit Pflegebedarfen in Familie, Nachbarschaft oder Freundeskreis und das Erleben von gelingender Hilfe, Versorgung und Betreuung sind die zentralen Voraussetzungen, sich für eine Tätigkeit in der Pflege älterer Menschen zu öffnen.

Wie sind die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen zum ersten Mal in Kontakt mit ihrem zukünftigen Tätigkeitsfeld gekommen und welche Bedeutung hatten die Erlebnisse und Erfahrungen dabei für ihre spätere Entscheidung? Die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen berichten von unterschiedlichen Zugängen zur Altenpflege. Einen zentralen Zugang stellen Erkrankungen oder Todesfälle im familiären oder nahen Umfeld dar. Dadurch kamen die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen in unterschiedlicher Intensität in persönlichen Kontakt mit der häuslichen oder stationären Pflege und setzten sich mit den Themen Krankheit, Tod und/ oder Pflege auseinander (z.B. EIN_NRW, 134 f., 217 f., 263, 268 f.; EIN_Sa, 11, 50 f., 174-177, 182 ff., 144, 178; EIN_By, 20, 132). Ebenfalls einen Zugang stellen (Schnupper-)Praktika dar. So berichtet EIN_By_A, dass sie ihr Schnupperpraktikum darin bestätigt habe, „dass das mein Job ist und dass ich darin wirklich glücklich werden kann“ (EIN_By, 12). Die Praktika wurden teils durch Eigeninitiative aufgenommen, teils durch Externe (z.B. Arbeitsamt) angeregt (vgl. EIN_NRW, 172 ff., EIN_By, 12; 118, 130 ff.). Im Rahmen der Gruppendiskussion jüngerer Schülerinnen und Schüler der Altenpflege in Sachsen wurde insbesondere auch das Absolvieren eines Zivildienstes oder eines Freiwilligen Sozialen Jahres als erstes positives und die Berufsfindung prägendes Erlebnis beschrieben. Der Zugang zu den sozialen Diensten bzw. das Wissen um diese Möglichkeit erfolgte hierbei teils über Bekannte (vgl. EIN_Sa, 29 ff., 153, 166; 52 f., 56, 91 f., 182). Auch der Kontakt zu alten Menschen in der Kindheit und das damit verbundene positive Altersbild stellt für eine der Befragten ein eindrückliches Erlebnis dar (vgl. EIN_Sa, 209-213).

Tab. 39: Entscheidende erste Zugänge

Person	Entscheidende erste Zugänge	Berufswahl
EIN_NRW_B	Unterstützung der Eltern (EIN_NRW, 268-269)	Seniorenberaterin
EIN_NRW_D	Tod des Bruders (EIN_NRW, 217-219)	Krankenschwester
EIN_NRW_E	Pflege der Mutter (EIN_NRW, 134-135, 263)	Pflegehilfskraft
EIN_NRW_F	Schnupperpraktikum (EIN_NRW, 172-174)	Krankenpflegeassistentin
EIN_Sa_A	Pflege/ Tod der Großmutter (EIN_Sa, 11, 174-177)	Altenpflegefachkraft
EIN_Sa_B	Zivildienst (EIN_Sa, 29-31,153,166)	Altenpflegefachkraft
EIN_Sa_C	Altersprozess/ Pflege der Urgroßeltern (EIN_Sa, 52-54, 56, 182-184, 187)	Altenpflegefachkraft
EIN_Sa_D	Kontakt zu älterer Nachbarin (EIN_Sa, 209-213)	Altenpflegefachkraft
EIN_Sa_E	Zivildienst, Erkrankungen im nahen Umfeld (EIN_Sa, 91-92, 144-178)	Altenpflegefachkraft
EIN_By_A	Schnupperpraktikum (EIN_By, 12)	Altenpflegehelferin
EIN_By_B	Erkrankung/ Pflege des Vaters (EIN_By, 20, 118, 130, 132)	Altenpflegehelferin
EIN_By_D	Bekannte (EIN_By, 63)	Altenpflegehelferin

Zentrale Zitate:

Als ausschlaggebend für ihre Berufswahl beschreibt EIN_By_B ihren erkrankten Vater, welcher „seit 10 Jahren nach einem Apoplex im Rollstuhl sitzt und auch gepflegt werden muss und ich das unheimlich interessant ge-

funden hab“ (EIN_By_B, 20). „Ja, das war so der ausschlaggebende Punkt, wo ich dann eigentlich gesagt hab, wenn die Pflege besser ist, kann man halt viel gutes verrichten“ (EIN_By_B, 132).

Da EIN_NRW_F im Rahmen ihrer Arbeitslosigkeit vom Arbeitsamt angesprochen wurde, ob sie sich eine pflegerische Tätigkeit vorstellen könne, absolvierte sie ein zweiwöchiges Praktikum im Krankenhaus, um zu schauen, „...ob das passt, man hat ja gehört, das ist ja nicht einfach, pflegen, und das war doch mein Bereich“ (EIN_NRW, 174).

Durch die häusliche und stationäre Pflege der Großmütter von EIN_Sa_C erlebte diese, „was Pflege bedeutet“ (EIN_Sa, 182). Die Pflegesituation im Heim schockierte die Befragte und sie kam zu dem Schluss, „das muss irgendwie anders gehen“ (EIN_Sa, 184).

EIN_Sa_C, „[Ich] hab gemerkt, das ist voll mein Ding, was ich nie gedacht hätte, weil es ja auch eine komplett andere Richtung ist, was ich eigentlich machen wollte und hab mich dann entschlossen, nach einem halben Jahr im FSJ die Ausbildung dann anzuschließen, zur Altenpflegerin“ (EIN_Sa, 54).

EIN_Sa_D, „Ich war alleine, sie [die ältere Nachbarin] war alleine und wir haben uns gegenseitig betreut“. Damals habe es angefangen, „dass ich mir, und das hab ich auch ein bisschen, jetzt wo ich drüber nachgedacht hab, weil öfters die Frage schon kommt, warum Altenpflege, dass es schon da angefangen hat, dass es auch mit älteren Leuten gut ging“ (EIN_Sa, 209 ff.).

Neben der persönlichen Erfahrung mit Menschen mit Pflegebedarfen ist aber auch das Erleben *gelingender* Versorgung wichtig für die spätere Berufsentscheidung:

„Meine Großmutter hat Bauchspeicheldrüse Krebs gehabt, und ich hab halt wirklich von Anfang an bis zum Ende das alles mitverfolgen können, mit Metastasen etc. und wirklich diesen Verfall. Und ich hatte immer so das Hauptproblem, ich hatte extreme Angst vorm Tod, ich konnte damit, ich konnte nicht daran denken, ich konnte das nicht verarbeiten, ich wollte auch nicht wirklich darüber nachdenken, das war so ein Angstthema immer. Nun kam dann natürlich irgendwann der Zeitpunkt, wo sie auf der Palliativstation lag, dann kam so eine Schwester zu mir und ich bin immer da rein und ich dachte, das ist alles prima und hatte da so Vorstellungen, die meinte dann irgendwann zu mir, denken Sie drüber nach, Ihre Großmutter setzt sich grad mit dem Tod auseinander, steht grad an der Schwelle. Und das war so eine Situation, da hab ich dann erst mal so gesehen, und dann hab ich auch gesehen, wie sich die Leute um sie gekümmert haben [...]“ (EIN_Sa, 176 f.).

Die Bedeutung von (Schnupper-)Praktika, Zivildienst, Freiwilligem Sozialem Jahr etc. als erste Berührungspunkte mit der Altenpflege sind bereits aus dem Projekt *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit* bekannt. Hier zeigte sich aber auch, dass die dabei gemachten Erfahrungen teilweise nicht besonders realistisch sind. Die Auszubildenden berichten dann, dass sie vor Beginn der Ausbildung zwar eine gute Vorstellung von den pflegebedürftigen Menschen hatten, nicht aber von den zeitlichen Restriktionen im Pflegealltag (vgl. dazu Heislbetz 2012). Eine Praxisanleiterin schildert dies so:

„Also viele denken, dass man dann tatsächlich nicht 9 bis 12 Leute zu versorgen hat, sondern dass man da für drei, vier Leute zuständig ist und die betüdeln kann und verwöhnen und schminken und Haare eindrehen und weiß ich nicht, was alles – und Beschäftigung machen kann. Dass man sich gut organisieren muss, dass man durch diesen Tag kommt, das wird dann immer ein bisschen verwechselt“ (Befragte Praxisanleiterin im Projekt *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit*).

Hinter so einem unrealistischen Bild steht vermutlich der gut gemeinte Versuch, den Praktikanten zuerst einmal von den Belastungen des Pflegealltags fernzuhalten.

3.3.4.2 Entscheidende Motive

Um ein tieferes Verständnis für mögliche Anknüpfungspunkte bei der Gewinnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege zu gewinnen, wurden die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen gezielt hinsichtlich ihrer Motivationsfaktoren befragt. Bei der Auswertung kristallisierten sich acht zentrale Schwerpunkte der persönlichen Motivation für den Berufseinstieg heraus, die häufig auch bereits wichtige Anhaltspunkte für den anschließenden Berufsverbleib enthalten: Die Ebene der persönlichen Beziehung, die persönliche Weiterentwicklung, der Spaß an der Arbeit, der Wunsch, etwas Nützliches zu tun, der Wunsch, etwas zu verändern, das spezifische Tätigkeitsprofil der Altenpflege sowie der Wunsch nach finanzieller Sicherheit. Bei den Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund wurde zudem als zentrales Motiv der Wunsch, die Elterngeneration zu unterstützen, genannt. Im Folgenden werden die einzelnen Schwerpunkte kurz skizziert (das Motiv Wunsch nach finanzieller Sicherheit und die Motive der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund werden in den separaten Abschnitten 3.3.4.4 und 3.3.4.6 beschrieben).

(1) Beziehungsebene

Eine in verschiedenen Facetten auftretende Motivation stellt für die Teilnehmenden der Gruppendiskussion die Beziehungsebene zwischen Pflegenden und Gepflegten dar. Wichtig ist hierbei, dass die Altenpflege von den Befragten – anders als die Krankenhauspflege – wesentlich ganzheitlicher gesehen wird, einschließlich der psychosozialen Versorgung. So äußert EIN_By_B: „Im Krankenhaus ist Behandlungspflege, die Altenpflege ist Direktpflege, das ist die seelische Ebene“ (EIN_By, 703). Es lassen sich vier Aspekte differenzieren:

- *Etwas zurückbekommen*: Die Befragten beschreiben mit unterschiedlichen Schwerpunkten den großen Einfluss der direkten Reaktion der Gepflegten auf ihre persönliche Arbeitszufriedenheit. Mehrfach wird auf die Wichtigkeit der „menschlichen Seite“ verwiesen und betont dass „viel zurückbekommt“ (EIN_NRW, 250 ff., 267; EIN_Sa, 239, 490; EIN_By, 144, 520, 540 f.).
- *Freude bereiten*: Insbesondere das Auslösen von Freude bei den Gepflegten wird als motivierend beschrieben. EIN_NRW_D äußert, dass sie das Gefühl hat, „alles richtig gemacht“ zu haben, wenn sie Freude bei ihrem Gegenüber auslöst oder sie jemanden aufheitern kann (EIN_NRW, 254) (EIN_NRW, 252, 259; EIN_Sa, 183 ff.; EIN_By, 522, 526).
- *Gegenseitige Teilhabe*: Mehrere Teilnehmende der Gruppendiskussionen heben den persönlichen Kontakt sowie die gegenseitige Teilnahme bzw. die Teilhabe am Leben der Gepflegten oder das Interesse der Gepflegten am eigenen Leben hervor (EIN_NRW, 252, EIN_Sa, 15, 241, 492).
- *Gebraucht werden*: Ein weiteres Motiv stellt das „Gebraucht-Werden“ bzw. die damit eng verknüpfte Dankbarkeit und Wertschätzung der Gepflegten gegenüber dem Geleisteten dar (EIN_By, 519, 520 ff., 527 f.; EIN_Sa, 146 f., 183, EIN_NRW, 260).

(2) Persönliche Weiterentwicklung

Insbesondere bei den älteren Befragten (Quereinsteiger) werden der Wunsch nach Veränderung oder der Wunsch, etwas für sich zu machen, als wesentliche Faktoren geäußert. Die Auslöser für

diese Entscheidung finden sich zum einen in familiären Umbruchsphasen, zum anderen auch in beruflichen Neuorientierungsphasen. EIN_NRW_B und EIN_By_C entschieden sich, als die Kinder im höheren Schulalter bzw. im Ablöseprozess waren, sich im sozialen Bereich zu engagieren bzw. eine Ausbildung zur Altenpflegehelferin zu machen (EIN_NRW, 187; EIN_By, 382 ff.). EIN_Sa_A wollte nicht mehr „nur für andere [funktionieren]“ und gab seinen bisherigen Beruf auf (EIN_Sa, 18). Auch EIN_Sa_B entschied sich die restlichen 25 Arbeitsjahre bis zum regulären Renteneintrittsalter mit einem „völlig anderen“ Beruf zu füllen (EIN_Sa, 137).

EIN_By_C: „...mir [kommt] das [die zeitintensive schulische Altenpflegeausbildung] sogar gelegen. Weil ich denk mir, wenn ich nur halbtags arbeiten würde oder so, mir würde grad mal so in der Abschieds-, in der Trennungsphase die Decke auf den Kopf gefallen sein. Ich war das immer so gewöhnt, dass die Kinder da waren, das ist zwar Stress, und plötzlich sind sie doch in kurzer Zeit alle fortgegangen und ich bin froh, dass ich jetzt wieder eine neue Gruppe, eine neue Gemeinschaft getroffen hab. (...) es ist einfach momentan ein guter Zeitpunkt, sagen wir so, für mich, um ein neues Leben zu beginnen“ (EIN_By, 382-384).

(3) Der Spaß an der Arbeit

Mehrere Befragte beschreiben, dass ihnen ihre Tätigkeit viel Spaß bereite (EIN_By, 75, 83, 132; EIN_Sa, 387). EIN_Sa_B betont in Bezug auf den Spaß an der Arbeit die Austauschbeziehung zwischen Altruismus und Egoismus. Diese müssen sich „nicht unbedingt im Weg oder gegenüber [stehen], sondern man kann beides irgendwie verbinden. Man wächst selber in dem Beruf noch, bildet sein Ego weiter, oder seinen Horizont weiter“ (EIN_Sa, 390). EIN_Sa_D ergänzt: „Wenn man da sieht, man hat es richtig gemacht, jemand strahlt übers ganze Gesicht, dann ist man doch natürlich auch glücklich und denkt, hui, du bist ein toller Mensch, hast das super hingekriegt“ (EIN_Sa, 391).

(4) Der Wunsch, etwas Nützliches zu tun

In allen Gruppendiskussionen finden sich dahingehend Aussagen, dass die Pflgetätigkeit als etwas Sinnvolles, Gutes oder Nützliches empfunden wird. Zentrale Aspekte sind dabei der unmittelbare Einfluss auf das Wohlbefinden alter Menschen sowie der gesellschaftliche Beitrag (EIN_NRW, 99-103; EIN_Sa, 166, 177; EIN_By, 132, 276):

EIN_Sa_B: „...Einfluss nehmen kann, auf das Wohlbefinden, auf das Lebensgefühl von jemanden“ (EIN_Sa, 166).

Nachdem EIN_NRW_A ihre Eltern unterstützte, „wollte ich das professionell machen und damit in einem bestimmten Bereich nützlich sein“ (EIN_NRW, 99-103).

EIN_Sa_A: „... das war dann so der ausschlaggebende Punkt, dass du den Leuten wirklich, wie soll ich das erklären, an letzter Stelle irgendwo, das noch so schön wie möglich machen kannst, dass sie nicht ewig leiden oder dahinvegetieren oder dass man sich mit ihnen überhaupt beschäftigt und sie wahrnimmt, ganz einfach. Und das war eigentlich so meine Hauptaufgabe, die ich so in der ganzen Situation sehe, und als Herausforderung, der Umgang mit Tod, weil ja die Problematik der Gesellschaft ja auch die ist, das wird totgeschwiegen und es wird nicht gestorben, es wird geboren, es wird gelebt, aber nicht gestorben.“ (EIN_Sa, 177).

(5) Der Wunsch, etwas zu verändern

Insbesondere in der Diskussion mit jüngeren Schülern der Altenhilfe (Sachsen) wird der Wunsch nach einer Veränderung der Pflegepraxis und der Gesellschaft als Motiv für die Berufswahl geäu-

Bert (EIN_Sa, 11 f., 183, 383 f., 408-412; EIN_By, 132). EIN_Sa_A und EIN_Sa_C erlebten z.B. die Pflege ihrer Großmutter/ Urgroßmutter bis zum Tod mit. Durch Beispiele negativer Pflege fühlen sich beide motiviert, selbst aktiv zu werden und bessere Pflege zu praktizieren (EIN_Sa, 11 f., 183). Gefragt, welche Motivation man für die Altenpflege mitbringen müsse antwortet EIN_Sa_A, Die „Motivation, etwas zu verändern. Weil, ich geh mit der Motivation dorthin, irgendetwas besser zu machen ...“ (EIN_Sa, 383). Veränderungen würden im Kleinen anfangen, z.B. bei einer erfolgreichen Wundversorgung. EIN_Sa_D wirft ein, dass „das ein Kampf gegen Windmühlen“ sein könne (EIN_Sa, 384). Ein_Sa_B und EIN_Sa_D äußern in einem Dialog, dass man zwar nicht den Regenwald retten könnte, aber dadurch, dass man Einfluss auf die Lebensqualität einzelner habe „die Welt im Kleinen“ retten könne (EIN_Sa, 408-412).

EIN_Sa_C: „... und ich dachte immer so, grade weil ich es bei meiner Uroma erlebt hatte im Heim, (...) das willst anders machen. Weil das kann irgendwo nicht sein, dass solche Altenheime noch existieren, wo so eine Pflege herrscht“ (EIN_Sa, 183).

(6) Spezifisches Tätigkeitsprofil der Altenpflege

Als positiv an der Altenhilfe werden von den Interviewten u.a. deren nicht leistungsorientiertes Tätigkeitsprofil (EIN_Sa, 395), die Möglichkeit zur Flucht vor einer „profitgeilen“ und von Machtkämpfen geprägten Gesellschaft hin zu einer authentischen, persönlichen Tätigkeit (EIN_Sa, 237 f.), die Möglichkeit selbständig zu arbeiten (EIN_By, 528), eine abwechslungsreiche Tätigkeit (EIN_By, 545-548) sowie die Möglichkeit, zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigung wechseln zu können (EIN_By, 336 f.) betrachtet.

EIN_Sa_D: „Das ist ja auch ein Job, der nicht leistungsorientiert ist. Schon nach dem Leistungskatalog, aber der nicht nach Leistung, du hast jetzt 100 Dosen zu füllen oder so, sondern der wirklich Personen orientiert ist. Ich denke, das ist eine große Motivation“ (EIN_Sa, 395).

EIN_Sa_A: „Ich seh es für mich auch sehr als Gewinn, muss ich sagen. Also mit den alten Menschen zu arbeiten. Wie soll ich denn das am besten erklären, du bist in der Gesellschaft, die eigentlich hauptsächlich aus Ellenbogen, aus Profitgeilheit, aus Machtkämpfen, aus solchen Aspekten besteht. Und wenn du in der Altenpflege bist, [...] die Menschen nehmen dich so wahr, wie du bist. Da musst du dich nicht verstellen, da musst du kein Jackett anziehen. Da hast du eine reine weiße Kleidung an, ob du dick bist, ob du dünn bist, die haben keinerlei Vorurteile, es gibt vielleicht welche, die das haben, aber die nehmen dich so als Menschen wahr, wie du bist“ (EIN_Sa, 237-238).

EIN_By_C: „Das ist an der Mobilpflege auch ganz toll, dass man sich dann auch, dass man organisieren kann, managen kann, dass man relativ unabhängig arbeitet (EIN_By, 528).

EIN_By_C: „Es ist ja nie das gleiche“ (EIN_By, 547)

3.3.4.3 Fremdwahrnehmung und Reaktionen im Umfeld

In allen Gruppendiskussionen wurde über die Fremdwahrnehmung des Berufsfeldes Altenpflege im persönlichen Umfeld und dessen Relevanz für die Berufswahl diskutiert. Hierbei fällt auf, dass die Teilnehmenden der Diskussionen in Sachsen und Bayern von einer stark negativ geprägten Fremdwahrnehmung berichten, während die Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund (NRW) eine positive Fremdwahrnehmung ihrer Tätigkeit schildern.

Das Negativimage basiert zum einen auf einer abwertenden Haltung gegenüber der Arbeit in der Altenpflege, die auf Ausscheidungen und Sterben reduziert wird (EIN_Sa, 241-247, 439-497; Abschlussbericht Herausforderung Pflege
AGP Freiburg, HWA München

EIN_By, 172-184), zum anderen auf einer abwertenden Haltung gegenüber der institutionalisierten Hilfe an sich (z.B. „Geld verdienen mit totem Material“) (EIN_Sa, 249, 252). Als ursächlich für die im Gegensatz dazu sehr positive Wahrnehmung wird die anerkennende Haltung der türkischen Gesellschaft gegenüber einem respektvollen und helfenden Umgang mit alten Menschen genannt (EIN_NRW, 452-476). So sei die Unterstützung alter Menschen ein „Pluspunkt für das Leben nach dem Tod“ (EIN_NRW, 461). Obwohl die Institution Altenhilfe ebenfalls kritisch betrachtet werde, seien dort Arbeitenden sehr anerkannt (EIN_NRW, 474). Dennoch gäbe es auch in der türkischen Gesellschaft Vorbehalte gegenüber einer pflegerischen Tätigkeit. So schildert EIN_NRW_D einen ihr bekannten Fall, in dem eine junge türkische Frau gerne eine Ausbildung zur Altenpflegerin aufgenommen hätte, diese ihr aber von ihrem Vater und Verlobten untersagt wurde. Neben dem Vorbehalt, dass die junge Frau nicht alleine von Wohnung zu Wohnung gehen solle, sei auch der Wunsch, dass die Tochter einer „sauberen Arbeit“ nachgehen solle (EIN_NRW, 475).

Die Reaktionen des Umfelds auf die Berufswahl der Befragten aus Bayern und Sachsen waren unterschiedlich. Teils rieten Freunde oder Familienangehörige von der Aufnahme einer Altenpflegeausbildung ab oder zeigten Unverständnis hinsichtlich des gewählten Berufs (EIN_By, 164, 167-171). Einige der Befragten beschreiben ein inzwischen aktives und aufklärendes Verhalten gegenüber dem Negativimage in ihrem Umfeld (EIN_By, 164, 166-171; EIN_Sa, 256). Eine Befragte erhielt positiven Zuspruch – von einer familiär verbundenen Krankenschwester (EIN_By, 164).

Die Teilnehmer mit türkischem Migrationshintergrund berichten ebenfalls von unterschiedlichen Reaktionen ihres persönlichen Umfeldes. EIN_NRW_D berichtet, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund stolz darauf seien, dass *eine von ihnen* Karriere macht, während deutsche Frauen sie als Rabenmutter bezeichnen würden (EIN_NRW, 363). Es gäbe immer weniger Männer mit türkischem Migrationshintergrund, die ein Berufsleben wie EIN_NRW_D es habe, nicht mitmachen würden. Diese Aussage trifft in der Gruppe auf Zustimmung (EIN_NRW, 363-374). Hinsichtlich der Reaktion der Eltern wird geäußert, dass diese auch eine Tätigkeit in der stationären Pflege akzeptieren würden und stolz auf die Berufstätigkeit ihrer Töchter seien (EIN_NRW, 375, 411-418). Unverständnis hat EIN_NRW_A aufgrund ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit erfahren – aufgrund der geringen Entlohnung (EIN_NRW, 513). EIN_NRW_E und EIN_NRW_D wurden von ihrem familiären Umfeld (Eltern, Kind) angestoßen, eine Ausbildung zu machen bzw. arbeiten zu gehen (EIN_NRW, 123, 375-381).

Zentrale Zitate:

„Da verdient man ja nichts“ (EIN_By_C). „Da verdient man nichts, da macht man sich den Rücken kaputt und was im Prinzip ist es ja nur den Popo putzen, aber es ist mehr wie den Popo putzen“ (EIN_By_E). „Genau“ (EIN_By_A). „Das steht glaub ich an erster Stelle, diese Aussage“ (EIN_By_D). „Ja“ (EIN_By_C). „Ja“ (EIN_By_E, EIN_By, 173-179).

EIN_Sa_A: „Die Menschlichkeit [...]. Weil das hat unsere Gesellschaft verloren, die sehen die Menschen nicht mehr. Die sehen nur das tote Material, ich sag's mal ganz krass, wo andere du noch Geld mit verdienen kannst“ (EIN_Sa, 252).

„Dann hab ich aber im Familienkreis eine Krankenschwester [...] Und die haben beide gesagt, [...] mach' das, das ist auf jeden Fall was für dich und ganz toll, mach am besten gleich die 3-jährige“ (EIN_By, 164).

„Im Islam ist es auch sehr wichtig, älteren Menschen respektvoll ...“ (EIN_NRW_D), „ja“ (EIN_NRW_F), „würdevoll“ (EIN_NRW_D), „...und denen wirklich in ihrer Not zu helfen, das ist im Grunde der größte Pluspunkt für das Leben nach dem Tod, egal auf welche Weise. Ich denke schon, dass zum Beispiel im Gegensatz in der deutschen Ge-

sellschaft in der türkischen Gesellschaft das eine hohe Anerkennung hat ...“ (EIN_NRW_D), „genau“ (EIN_NRW_B), „... wenn man in solchen Einrichtungen arbeitet, wo man alten Menschen dient“ (EIN_NRW_D, EIN_NRW, 457-463).

„Mein Vater [...] hat er gesagt, nein. Meine Kinder, meine Töchter machen erst eine Ausbildung. Das ist dieser, was Türken immer gerne sagen, das ist der imaginäre goldene Armreif, weil wir ja immer viele Armreife zur Hochzeit geschenkt kriegen. Das ist ja eher materiell gesehen. Aber dieser imaginäre Armreif schützt uns davor, wenn unser Mann eben nicht mehr da ist und für uns sorgen kann, dass wir für uns selber sorgen. Und das ist eine Berufsausbildung und das war ihm sehr wichtig“ (EIN_NRW, 375).

„Man will selber nicht hin, aber der, der dort arbeitet, und solche Arbeiten macht, ist wirklich mit hohem Ansehen, also nicht, wie in der deutschen Gesellschaft, da bist du ja nur ein Arschputzer“ (EIN_NRW_D, EIN_NRW, 474).

3.3.4.4 Finanzielle Erwartungen

Weitgehende Einigkeit besteht bei allen Befragten, die sich dazu äußern, dass sie sich mit der Altenpflege für einen eher niedrig entlohnten Beruf entschieden haben. Bereits im vorangegangenen Abschnitt wurde beschrieben, wie sich die Berufseinsteigenden mit einer verbreiteten Wahrnehmung des Berufsfelds als Branche mit niedriger Bezahlung auseinandersetzen müssen. Dies bleibt von ihnen im Unterschied zu den anderen (Ab-)Wertungen des Berufs in Bezug auf die Höhe des erwarteten Gehalts unwidersprochen. Die Befragten stellen dieser Einschätzung zwei Argumente gegenüber: Die Erwartung einer interessanten und vielseitigen Tätigkeit mit vielfältigen Spezialisierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Arbeitsplatzsicherheit.

So berichten die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen zunächst mehrfach, dass für sie bei der Wahl des Berufs die Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit wichtiger gewesen sei, als ein hoher Verdienst (EIN_Sa, 508, 510 ff., 518 f.):

„Geldmäßig spielte das keine Rolle, das ist ja undiskutabel. Dass man sich aus einem finanziellen Aspekt heraus entscheidet, Altenpfleger zu werden, das hat viel mit Einstellungssache zu tun und mit Herz denk ich und Gefühl“ (EIN_Sa, 13).

„Geld ist nicht das Maß der Dinge“ (EIN_Sa, 517)

Demgegenüber betonen besonders die älteren (Quer-)Einsteigerinnen, aber nicht nur sie, wie wichtig für sie die Erwartung einer langfristig sicheren Beschäftigung und Entlohnung ist. Besonders die Befragten mit ungeraden Lebensläufen lassen sich von der Arbeitsplatzsicherheit bei einem zuverlässigen Arbeitgeber ansprechen. Ihnen ist das sichere Gehalt wichtiger als dessen Höhe. Manche Befragte, die bereits Erfahrungen mit der Arbeitslosigkeit gesammelt haben, bezeichnen die Sicherheit der Beschäftigung sogar als entscheidend für ihre Berufswahl. Andere Befragte verbinden mit der langfristigen Beschäftigungsgarantie in der Altenpflege mehr die Vielseitigkeit der künftig möglichen Einsatzfelder (EIN_By, 12, 225 f., 238 ff., 251-265, 268; EIN_Sa, 414; EIN_NRW, 589 f.):

„Letztendlich unterm Strich ganz ehrlich das Geld. Also, dass du wirklich sagst, da wirst du immer einen Job haben, da wirst du nicht arbeitslos, da hast du so viele Möglichkeiten, weit gefächert, du kannst ins Heim gehen, du kannst in die Mobile gehen, OK, wenn du sagst, du willst nur mal ein paar Stunden oder so, suchst du dir jemand, der zuhause gepflegt werden möchte, du hast so viele Möglichkeiten. Nun weiß ich jetzt auch, selbst wenn du jetzt mit 100% einsteigst, kannst du immer noch sagen, im Moment ist mir das zu viel, ich geh mal runter auf 75 oder auf 50%, die Möglichkeit hat man sonst in keinem anderen Job“ (EIN_By, 225-226).

„Und es gibt auch Sicherheit, denke ich, sobald du weißt, dass das grad ein Markt ist, wo man immer Arbeit findet, egal, wie und wo und wann. Also, das ist schon vielleicht jetzt als Alleinerziehende ein wichtiger Aspekt“ (EIN_By, 268).

„Und dass [ich] definitiv für die Zukunft bis zur Rente was zu tun hab, wo ich wirklich weiß, das kann mich wirklich ernähren, egal, was jetzt noch kommt. Ich kann mich ja weiterbilden, ich kann ja Wohnbereichsleitung machen, das ist definitiv was, was mein Leben mit finanzieren kann. Ich bin auch nicht so eingestellt, dass ich unbedingt einen Porsche vor der Tür brauch oder so“ (EIN_Sa, 414).

„Also nichts ist schlimmer, als wenn man über 40 ist und einen Haufen Bewerbungen rausschickt ins Kaufmännische und dann eine Absage nach der anderen bekommt“ (Ein_By, 266).

Mit diesen Äußerungen verbindet sich eine mögliche Verführung für Arbeitgeber, die Arbeitskräfte in der Pflege seien in Bezug auf ihren Verdienst anspruchslos. Dazu finden sich jedoch auch Äußerungen der Befragten, die bereits während der Ausbildung den Marktwert ihrer Tätigkeit erkennen und von ihren künftigen Arbeitgebern eine angemessene Kompensation für die besondere Verantwortung und Arbeitsbelastung erwarten.

Drei Befragte unter den jüngeren Einsteigerinnen in Sachsen diskutieren dazu: „Nicht gleich mit dem ersten Arbeitsvertrag zufrieden sein, den man vorgelegt bekommt.“ „... Ansprüche stellen.“ „Ich möchte schon ein gewisses Grundgehalt haben, wenn ich fertig bin, auf jeden Fall.“ „Ja“ (EIN_Sa, 428-431).

3.3.4.5 Belastungen während der Ausbildung

Keiner der befragten Berufseinsteigenden bereut die Entscheidung für die Altenpflege. Dennoch beschreiben die Befragten auch besondere Belastungen, mit denen sie während ihrer Ausbildung konfrontiert sind. Diese stehen zum einen im Zusammenhang mit der besonderen Situation in der Praxis, in der die Befragten einerseits Auszubildende sind, andererseits aber auch Arbeitskraft. Zum anderen schildern einige der Befragten kritisch die Arbeitsbedingungen, die alle Beschäftigten der Einrichtung betreffen.

(1) Schwierigkeiten in der Rolle als Auszubildende

Von den Befragten wird u.a. kritisiert, dass sie teilweise Aufgaben mit sehr hoher Verantwortung (z.B. Verbandwechsel) ohne ausreichende Vorbereitung übernehmen müssen, es zu wenig fest eingeplanten, direkten Lernkontakt zum Kollegium gibt und auch der Kontakt zur Praxisanleitung unzureichend ist. Als ursächlich werden die Personalknappheit und die straffen Zeitvorgaben genannt (EIN_By, 152-162, 633-653). Die Befragten sehen sich in der „Hohlschuld“:

„Ich hab überhaupt keinen Schülerstatus, im Gegenteil, wir hatten die zwei Wochen, wo ich da gearbeitet hab, da hab ich teilweise Schichtleitung gehabt mit einem Schüler, der im dritten Ausbildungsjahr ist, weil Not am Mann war, also Schüler, das ist da auch überhaupt nicht“ (EIN_By_D). „Es muss halt einfach funktionieren, das ist was leider so ist. Solange nichts passiert, was gravierendes, wird das alles toleriert“ (EIN_By_E, EIN_By, 644-645).

„Habt ihr keinen Praxisanleiter?“ (EIN_By_D). „Ja, aber entweder Bürotag oder grade frei oder grade eine andere Schicht oder Urlaub“ (EIN_By_A, EIN_By, 653).

(2) Kritische Arbeitsbedingungen

Schwierigkeiten bereiten den Befragten der „Zeitdruck“ und der „Stress“ im Arbeitsalltag (EIN_Sa, 544-546, 571-574) sowie die Arbeitszeiten bzw. -strukturen (z.B. kein Feiertag, kein Wochenende, Abrufbereitschaft, Teildienst, schlechte oder keine Pausenregelungen) (EIN_Sa, 539, 548-551, 553-558, 569). Als besonders kritisch soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass mehrere Abschlussbericht Herausforderung Pflege
AGP Freiburg, HWA München

Befragte davon berichten, dass ihnen oder ihnen bekannten Personen notwendige Krankmeldungen verweigert wurden oder aktiv versucht wurde, eine Krankmeldung zu verhindern oder zu verkürzen (EIN_Sa, 590, 593, 594-595). Zudem wurde von einem „schlechtes Gewissen“ bei Krankmeldungen und vom freiwilligen Verzicht auf eine eigentlich notwendige Krankschreibung berichtet (EIN_Sa, 586-589, 594 f.).

„Die zweite Woche [...] und ich war nur am Röcheln und bin wirklich nur durchgerannt, ja, und [...] das haut eben auch von den Zeiten so nicht wirklich hin, das haut alles nicht hin und ich war da völlig am Ende und war da 20 Minuten bei jedem Patienten drin, und dann kommt mir ein PDL entgegen und sagt, das muss deutlich schneller werden. Ich war so, das kann irgendwie nicht sein“ (EIN_Sa, 571 f.).

„Wo ich auch eine Problematik sehe, wenn du mal krank bist, was ja durchaus passieren kann, wie zum Beispiel Magen/ Darm etc., du bist eigentlich wirklich mal krank und gibst diesen Krankenschein ab und musst dich teilweise noch dafür entschuldigen, dass du krank bist, obwohl du wirklich das ganze Jahr über Einsatz gezeigt hast, musst du dich dafür entschuldigen, dass du jetzt eine Magen/ Darmgrippe hast“ (EIN_Sa, 586 f.).

(3) Besondere Belastungen bei den älteren Quereinsteigerinnen

Die älteren Quereinsteigerinnen in die Altenpflegehilfe schildern anhand verschiedener Situationen, wie es ihnen zum Antritt der Ausbildung schwerfiel, sich wieder in der Rolle einer Schülerin zu sehen. Neben der Sorge, ob es ihnen gelingen würde, nach so langer Zeit in der Schule nicht mithalten zu können, befürchteten sie, Außenseiterinnen unter vorwiegend Jugendlichen zu bleiben. Eine Befragte war kurz davor, wegen dieser Befürchtungen die Ausbildung nicht anzutreten. Während die Befürchtung, ausschließlich mit Teenagern in einer Klasse zu sein, sich schnell als unbegründet herausstellte, bestätigten sich die besonderen Belastungen, die die älteren Auszubildenden aus ihrer Doppelverantwortung für den eigenen Schulerfolg und für ihre Familie erwarteten. Hilfreich erwies sich hier die besondere Betreuung und individuelle Ermutigung durch die Schule und den Ausbildungsbetrieb (EIN_By, 367-395). Eine der befragten Quereinsteigerinnen drückt die Doppelbelastung durch Ausbildung und Erwerbsarbeit wie folgt sehr anschaulich aus:

„Das Berufliche, das steck ich eigentlich weg, ist aber körperlich natürlich für mich schon auch anstrengender, aber wenn ich kontinuierlich, weil das ja sich ständig mischt mit Schule und Beruf, wenn ich kontinuierlich arbeite, auch in diesen Ferien, die ja die Schule hat und ich nicht, gleich dann im Anschluss wieder in die Schule ohne Pause, ohne wenn und aber, Urlaub, das hatt' ich letztes Jahr irgendwann mal, kurz bevor die Schule begonnen hat, und das ist definitiv sehr anstrengend. Weil die, wie gesagt, die Arbeitgeber sehen das so, ich krieg mein volles Gehalt, ich hab voll zu arbeiten, und von wegen Urlaub, steht mir jetzt grad mal überhaupt gar nicht zu, so kommt mir's momentan halt vor. [...] jetzt hab ich für die Prüfung extra zwei Wochen mir da so rausgenommen, ich bin gespannt, ob ich ihn genehmigt krieg. Aber ich könnt definitiv die Prüfung, da könnt ich nicht antreten, ich brauch ...“ (EIN_By, 618).

3.3.4.6 Motive der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund

Wie in Abschnitt 3.3.4.2 bereits angedeutet, weichen die Motive der befragten Teilnehmerinnen mit türkischem Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen teilweise von denen der anderen Befragten ab. Die Verpflichtung gegenüber der Elterngeneration, ist für sie zentrales Motiv für ihre zum Teil ehrenamtlich geleistete Arbeit in der Altenhilfe (EIN_NRW, 34, 131 ff., 225 ff., 232, 258, 509). Dahinter steht einerseits ein besonderer Respekt vor dem Alter, zu dem die Befragten erzogen wurden (und den sie sie selbst bei vielen inzwischen Jüngeren vermissen):

„[...] für meine Eltern war das selbstverständlich und wir sind noch anders erzogen worden, wie die dritte oder vierte Generation. Also, wenn wir da einen alten Menschen mit Tüten um die Ecke kamen sehen, von der Nachbarschaft, da sind wir als Kinder hingerannt und denen erst mal die Tüte aus der Hand gerissen, dass der ältere, der einfach älter ist als wir, da natürlich seine Unterstützung bekommt und nicht der Nachbar dann hinterher sagt, mein Gott, ist die respektlos, hat den Alten da kommen sehen, egal, ob das ein Deutscher oder ein Türke war. Unabhängig davon“ (EIN_NRW, 480).

Andererseits rekurren die Befragten aber auch auf die spezielle Situation ihrer Eltern- und Großelterngeneration, die als Einwanderer nach Deutschland kamen und für ein besseres Leben ihrer Kinder in vielerlei Hinsicht Belastungen auf sich nahmen. Davon möchten sie nun den Älteren zurückgeben, wenn diese wegen der teilweise noch vorhandenen Sprachbarrieren (EIN_NRW, 131 ff.) oder im Umgang mit Behörden oder der Pflegekasse (EIN_NRW, 232 f.) der besonderen Unterstützung bedürfen:

„Weil, dank diesen Menschen sind wir hier und müssen dann, denk ich und da red ich hoffentlich für uns alle, ja auch ein Stückchen wieder zurückgeben. Wir können nicht nur nehmen. Tauschen auf einer anderen Ebene“ (EIN_NRW, 509).

Der andere kulturelle Hintergrund zeigt sich auch in der praktischen Arbeit. Eine der Befragten leitet einen ambulanten Pflegedienst und beschäftigt sowohl türkisch- als auch deutschstämmige Pflegekräfte. Inwiefern sich deren Praxis unterscheidet, beschreibt sie wie folgt:

„Also, ich kann das wirklich unterstreichen, ich hab deutsche Kunden, die gezielt fragen, schicken Sie mir bitte die türkische Schwester, weil sie herzlicher, liebevoller ist, bei uns gibt es diese Armlänge nicht, sondern der alte Mensch wird einfach mal feste gedrückt, mal einen Schmatzer auf die Backe gedrückt, wo sie einfach eine andere Nähe erfahren, eben bei der deutschen Schwester, die wirklich da, ich kann keinen meiner Mitarbeiter dazu zwingen, jeder soll bitte so individuell bleiben wie möglich, aber diesen Wunsch hab ich oft bei meinen Kunden. Dass die dann sagen, die türkische Schwester ist viel herzlicher. Ja“ (EIN_NRW, 497).

3.3.5 Kriterien für den Verbleib im Beruf

3.3.5.1 Bedeutung physischer Belastungen

Die in der Öffentlichkeit häufig anzutreffende Annahme, dass gesundheitliche Einschränkungen, etwa Rückenschäden infolge schwerer Pflegearbeiten, zu den maßgeblichen Einflussfaktoren gehören, die den Verbleib von Pflegekräften in ihrem Beruf gefährden, wird auch von jüngeren Beschäftigten in der Pflege häufig stereotyp übernommen. So äußern befragte jüngere Berufseinsteiger in Sachsen, dass sie sich aufgrund der körperlichen Belastung nicht vorstellen können, in ihrem Beruf bis zu einer Rente mit 67 zu arbeiten (z.B. EIN_Sa, 316, 419). Vor dem Hintergrund der Gruppendiskussionen mit den älteren Pflegekräften der Altersgruppe 60+ erscheint die Bedeutung der physischen Belastungsfaktoren für den Berufsverbleib jedoch überbewertet.

Die körperlichen Belastungen der Arbeit in der Altenpflege sind auch in den Befragungen mit den älteren Beschäftigten ein wichtiges Thema. Als körperlich belastend erleben die älteren Befragten vor allem das Heben und Lagern in der ambulanten Pflege, bei der man mit den Patienten alleine sei. Sie betonen aber auch, dass die Arbeit aufgrund der besseren Ausstattung mit Hilfsmitteln heute insgesamt weniger belastend sei, als zur Zeit ihres Berufseinstiegs, wobei jüngere Beschäftigte zuweilen auf Hilfsmittel verzichten würden, um Zeit zu sparen (z.B. VERB_By1, 321-341, VERB_By2, 92).

Physische Belastungen waren für mehrere der älteren Befragten ein Grund, sich innerhalb des Berufsfelds neu zu orientieren, nicht jedoch aus diesem auszusteigen.¹⁷ Beispielsweise berichtet VERB_NRW_D, wie sie zunächst befürchten musste, aufgrund der körperlichen Belastungen aus dem Pflegeberuf aussteigen zu müssen:

„Ich habe eigentlich die letzten paar Jahre gar nicht mehr gewusst, dass ich noch lebe. Ich bin nach Hause gekrochen und da war ich dann irgendwo in irgendeiner Ecke. Und jetzt seitdem ich merke, diese körperliche Belastung ist natürlich deutlich weniger, ich fange wieder an zu leben“ (VERB_VRW, 174).

VERB_NRW_D arbeitet mittlerweile als Hygienefachkraft, Palliativbeauftragte und Qualitätsmanagementbeauftragte in der stationären Pflege.

Insgesamt nahmen die körperlichen Belastungen in den Befragungen der älteren Pflegekräfte einen deutlich kleineren Raum ein als Belastungen, die sich insbesondere aus erlebten Diskrepanzen zwischen den eigenen Vorstellungen von guter Pflege und der Realität oder aus den Rahmenbedingungen und der Organisation ergeben.

3.3.5.2 Diskrepanzen zwischen Vorstellungen von guter Pflege und der Realität

Sowohl die Befragten der Hilfskraft- wie auch der Fachkraftebene beschreiben anschaulich und differenziert ihre Motivationen, mit denen sie sich für einen Pflegeberuf entschieden haben. Die Vorstellungen von guter Pflege folgen dabei dem Leitbild einer umfassenden bedürfnisorientierten Versorgung, die sich neben der physisch/ funktionalen Dimension vor allem auch auf die physischen und sozialen Aspekte bezieht. So sind beispielweise eine gute soziale Betreuung der Pflegebedürftigen und das individuelle Eingehen auf Wünsche oder Gewohnheiten der Klienten für sie wesentliches Kennzeichen der pflegerischen Versorgung (z.B. VERB_NRW 115, 144-149).

Vor diesem Hintergrund führt zunächst die begrenzte Pflegezeit (von den Befragten meist als „Zeitdruck“ bezeichnet) zu psychosozialen Belastungen, da das eigene Handeln im Alltag fortwährend als defizitär erlebt wird. Um hier einen Ausgleich zu schaffen, berichtet eine der älteren Pflegehilfskräfte, in der ambulanten Pflege in Bayern tätig ist, wie sie die Besuche bei einer allein lebenden Patientin, für die sie wichtige Ansprechpartnerin ist, immer so plant, dass sie mit ihr länger sprechen kann. Diese Zeit rechnet sie dann teilweise auch nicht als Arbeitszeit ab. Die Patientin verzichtet dafür auf grundpflegerische Leistungen. Ihre Kollegin, die ebenfalls an der Gruppendiskussion teilnimmt, bekräftigt, wie ihr das „Gefühl“ bestätigt, dass eine solche Lösung letztlich richtig ist (VERB_By1, 241-244). Alle älteren Befragten der ambulanten Pflege, sowohl der Hilfs- als auch der Fachkraftebene, äußern, dass der Zeitdruck früher nicht so groß war. Die befragte Pflegefachkraft VERB_By2_D sagt:

„Ja, dass halt da einfach, ich find, man bräuchte mehr Zeit [...]. Für die älteren Leute. Das ist es, was ich beanstande, weil das geht ja heute alles auf Minuten und man kann einen alten Menschen nicht auf Minuten pflegen

¹⁷ Dazu ist methodisch anzumerken, dass in den Gruppendiskussionen explizit Pflegekräfte der Altersgruppe 60+ gefragt wurden, was bei ihnen zu einem gelungenen Berufsverbleib beigetragen hat oder was diesen möglicherweise gefährdet hat. Wenn die Befragten nun angeben, dass es weniger die gesundheitlichen Probleme waren, die für ihren Verbleib wichtig waren, so kann es durchaus sein, dass andere, ehemalige Pflegekräfte derselben Generation berichtet hätten, dass sie wegen gesundheitlicher Probleme aus dem Beruf ausgestiegen wären. Die Erkenntnis aus den qualitativen Untersuchungen, ist aber eine andere: Es gab bei den Befragten, die allesamt nicht ausgestiegen sind, zwar auch gesundheitliche Probleme; diese waren aber lösbar.

oder, die möchten ja auch mal ratschen, die warten ja schon, bis jemand kommt. Und dann, nicht dass Sie so quasi sagen, dann hab ich keine Zeit so lang zum ratschen oder so. Da gehört halt eine Verbesserung, aber das werden wir nicht erwarten können. Und das ist halt schade, das war ja früher anders, wie ich angefangen hab, da hat man mehr Zeit gehabt. In dem Sinn. Da hast du dich auch mal hinsetzen können und hast ratschen können und das ist ja das, was eigentlich die Altenpflege, mein ich, ausmachen sollte, dass man Zeit hat für die Patienten“ (VERB_By2, 106 f.).

Wie sehr die Befragten die Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch und den begrenzten Zeitressourcen belastet, kommt auch zum Ausdruck, wenn sie es als „Geburtsfehler“ ihrer Arbeitsweise bezeichnen, „nicht Nein sagen“ zu können (VERB_By1, 378-383) ähnlich äußern sich auch Befragte unter den älteren Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen (VERB_NRW, 467-480). Eine der älteren Befragten in Nordrhein-Westfalen bezeichnet sich bzw. ihre Arbeitsweise in Situationen mit besonderem Zeitdruck als „Pflegetaschine“ (VERB_NRW, 151). Ihre Kollegin stimmt ihr zu und beschreibt, wie dies nicht nur für die Pflegekräfte eine Belastung ist, sondern sich auch negativ auf die Pflege- und Lebensqualität der Klienten auswirkt. Entlastend erlebt sie dabei die Unterstützung durch die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI:

„Das Problem ist natürlich auch, Menschen, um die man sich wenig kümmert, für die man wenig Zeit hat, die werden auch verhaltensauffälliger. Das heißt so dann, dass die Pflege auch wieder schwieriger wird. Die sind unzufrieden, wenn ich unausgeglichen und unzufrieden bin und die Leute nur an mir vorbeirauschen, dann können die mich gerne haben, dann hab ich keine Lust, mich von denen betreuen zu lassen. Und ich finde, das merkt man immer ganz deutlich. Wenn so Phasen sind, wo wirklich sehr, sehr wenig Zeit für die oder für die soziale Betreuung, die wird ja nun mittlerweile wirklich auch ganz ausgeprägt und wirklich, ich find gut, von den Betreuungsassistenten [...] und Alltagsbegleitern [...] übernommen, das ist wirklich auch eine Riesenentlastung find ich“ (VERB_NRW, 144 ff.).

Diese Entlastung wird im Sinne der Bewohner zwar begrüßt, vor dem Hintergrund des eigenen Ideals einer ganzheitlichen Pflege aber auch kritisch gesehen. Der nachfolgend wiedergegebene Dialog dazu zeigt, welche Bedeutung für die Befragten die Vorstellungen von guter Pflege hat:

VERB_NRW_D: „Ich find es für die Bewohner, es ist für unsere Bewohner gut, die soziale Betreuung, die vorher wirklich auf der Strecke blieb, ist ausgeprägt da, aber es ist, so zerrissen find' ich das Ganze. Die einen sind für dieses da [...]“.

VERB_NRW_D: „Ja, ich find, persönlich, das ist meine persönliche Meinung, finde es gewinnbringender, wenn das wirklich in einer Hand bliebe und dafür mehr Hände da wären.“

VERB_NRW_B: „Ganzheitspflege [...]“

VERB_NRW_D: „Ja. So wie wir es gelernt haben.“

VERB_NRW_B: „So wie wir es gelernt haben. Von psychischer Betreuung, bis körperlich-medizinische Betreuung, komplette Ganzheitsbetreuung.“

VERB_NRW_D: „Man kennt die Bewohner kaum noch. Man geht wirklich, man kennt wirklich nur noch den Körper, weil der Rest, dafür hat man keine Zeit, das ist dann die soziale Begleitung, die das übernehmen und das fehlt. Dem Pflegenden fehlt's.“

VERB_NRW_C: „Die psychosoziale Begleitung bleibt auf der Strecke“ (VERB_NRW, 155-162).

Bemerkenswert ist, dass nicht nur die langjährig in der Pflege Beschäftigten die Diskrepanz zwischen der eigenen Fachlichkeit und dem in der Praxis Möglichen erleben, sondern auch schon die Berufseinsteigenden. Sie äußern, dass es teils nicht möglich ist, die gepflegten Personen entsprechend dem eigenen Anspruch zu versorgen und sich daher ein „gewisses Frustrationspotenzial aufbaut“ (EIN_Sa, 527). Dies sei belastend, besonders wenn es um die Begleitung sterbender Pflegebedürftiger gehe (EIN_Sa, 527-530). Eine Beschäftigte der Helferebene in Sachsen kritisiert, dass für die Fachkräfte in der Praxis oft der Computer an erster Stelle stehe und die Arbeit mit den Bewohnern erst später komme (VERB_Sa, 690 ff., 702).

Belastungen erleben die Befragten aber nicht nur durch den Zeitdruck, sondern auch durch die Aufgabenfülle jenseits der direkten Pflege, vor allem der Pflegedokumentation. Für VERB_NRW_A hat die damit verbundene Aufgabenfülle derart überhandgenommen, dass sie betonen muss, den Fokus ihrer Arbeit in der Arbeit mit Menschen zu sehen:

„Und wenn ich mir irgendwas wünschen könnte, in der Pflege [...], dann würd' ich mir wünschen, dass wir irgendwie ein bisschen von dem ganzen Papierkram mal abkommen, also das ist, das nimmt so überhand. Wir haben so viele Sachen, die wir dann so nebenbei noch erledigen müssen, was einfach mit der Pflege fast nur indirekt zu tun hat. Ganz weit. Also, dass wir da in der Beziehung mal ein bisschen entlastet würden. Für unsere eigene Arbeit mal Zeit haben. Wissen Sie, ich sag mir immer, ich bin ein Mensch und arbeite mit Menschen. Und da hab ich wirklich manchmal meine Schwierigkeiten mit. Mit dem ganzen Bürokratismus“ (VERB_NRW, 47).

3.3.5.3 Organisatorische Rahmenbedingungen und Belastungen

Bereits bei der Diskussion der Frage, wie wichtig den Berufseinsteigenden ihre künftigen Verdienstmöglichkeiten in der Pflege sind, wurde deutlich, wie sehr diese ihre diesbezüglichen Erwartungen relativieren und stattdessen Wert auf einen verlässlichen Arbeitgeber legen (vgl. 3.3.4.4). Auch in den Gruppendiskussionen zum Berufsverbleib betonen die Befragten die besonderen organisatorischen Belastungen und schwierigen Rahmenbedingungen im Pflegealltag. Mit ihnen verbindet sich für die Arbeitgeber eine Reihe von Einflussmöglichkeiten zur Förderung des Berufsverbleibs. Im Vordergrund stehen dabei die Dienstplangestaltung, die Kooperation mit den Klienten und Angehörigen sowie mit anderen Berufsgruppen.

(1) Dienstplangestaltung

Handlungsansatz ist zunächst die Dienstplangestaltung, zu der einige Befragte schildern, wie sehr deren (vorhandene oder fehlende) Verlässlichkeit die Bewertung ihres Arbeitgebers bestimmt. Dabei akzeptieren die Befragten durchaus, dass ihr Beruf unregelmäßige Dienste und Schichtarbeit erforderlich macht. „Beziehungsfeindlich“ wird die Arbeit für sie jedoch, wenn Überstunden oder das Einspringen in der eigentlich freien Zeit zur Regel werden, etwa weil über längere Zeiträume die Arbeit von dauerkranken Kollegen und Kolleginnen mit übernommen werden muss (VERB_NRW, 407 ff.). So berichtet eine Befragte aus Nordrhein-Westfalen, dass sie regelmäßig 30 Stunden Mehrarbeit pro Monat verrichten muss und eine andere Befragte aus dieser Gruppendiskussion betont, wie schwierig die fehlende Planbarkeit der Arbeitseinsätze vor allem für ihre jüngeren Kolleginnen¹⁸ ist:

„Die jungen Leute, ich seh' das ja schon, wenn ich unsere Mädchen dann höre, ja, die wollen rausgehen, und da ist der Freund, der hat am Wochenende frei und wenn dann das Telefon geht und die muss dann wieder einspringen, dann kriegt die erst mal Stress mit ihrem Freund. Ja, ist so. Wollen wir mal ganz ehrlich sein. Und das ist wirklich für junge Leute ein bisschen belastend dann“ (VERB_NRW, 416).

Ein Beispiel aus Sachsen aus den Befragungen zum Berufseinstieg zeigt einerseits, dass die Dienstplangestaltung auch besser gelingen kann und andererseits, wie wichtig das den Befragten ist:

¹⁸ Bemerkenswert ist, dass auch die von den älteren Befragten der bayerischen Gruppendiskussionen vermutete wird, dass die Belastungen durch Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit eher bei den jüngeren Kolleg/innen zu Konflikten mit ihren Familien führt, während sie selbst und ihre Partner sich damit arrangiert hätten (VERB_By1: 524-528).

„[...] ich kann planen. Wir haben unseren festen Rhythmus, unser Dienstplan wird nicht jeden Monat wieder umgemodelt, wir haben wirklich immer zwar einen Zehn-Tages-Rhythmus, bei mir ist es so von Montag bis darauffolgenden Mittwoch, aber dafür dann Donnerstag bis Sonntag frei. Immer. Es ist immer derselbe Rhythmus und der ändert sich auch nie. Und das find´ ich, ist mir ganz ganz wichtig. So kann ich auch ein bisschen vorausschauend planen und muss nicht gucken, wie sieht es nächsten Monat aus“ (EIN_Sa, 541 f.).

(2) Kooperation mit Angehörigen

Die älteren Befragten der ambulanten Dienste sehen sich mehr als früher von einer gestiegenen Anspruchshaltung der Patienten und ihren Angehörigen gefordert. Als ursächlich dafür sehen sie die Einführung der Pflegeversicherung. Davor sei es möglich gewesen, die Touren so zu planen, dass sich ein sinnvoller Ablauf ergibt. Heute fänden die Kundenwünsche, wie z.B. späteres Umkleiden, um ins Bett zu gehen, Berücksichtigung, sodass zusätzliche Fahrten erforderlich würden, die den zeitlichen Druck auf die Pflegekräfte erhöhen (VERB_By1, 215-233; VERB_By2, 221). Immer wieder komme es auch vor, dass Angehörige eifersüchtig auf die Pflegekräfte reagieren (VERB_By1, 273-284).

(3) Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Pflege ist in besonderer Weise auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen externen und internen Berufsgruppen angewiesen. Hinsichtlich der externen Kooperationspartner erweist sich dabei die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten als besonders problematisch. Häufig bekämen die Befragten zu spüren, dass Altenheime für die Arztpraxen „ein lästiger Faktor“ seien: *„Und man wird auch von den Arztpraxen, von den Mitarbeiter oft auch dementsprechend behandelt, so nach dem Motto, was wollen Sie denn schon wieder, die ist alt, was soll ich Ihnen denn da noch sagen, so in der Art“* (VERB_NRW, 231). Doch auch die interne Kooperation mit den anderen Berufsgruppen kann belasten, wenn keine tragfähige Grundlage der Zusammenarbeit besteht. So berichten die Befragten der Altenpflegehilfe in Sachsen, von fortwährenden Auseinandersetzungen um Kompetenz bzw. Zuständigkeiten mit der Hauswirtschaft (VERB_Sa, 406 ff.); die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hauswirtschaft wird teilweise auch von den befragten Teilnehmerinnen der Fachhauswirtschaft problematisiert.

3.3.5.4 Bedeutung des Einkommens

In Abschnitt 3.3.4.4 zum Berufseinstieg wurde deutlich, dass für die Befragten finanzielle Erwartungen als Motiv für einen Einstieg in die Pflege eher in Bezug auf das erwartete sichere Gehalt, als hinsichtlich dessen Höhe relevant sind. Wie stellt sich dies langfristig dar und welche Bedeutung hat das Einkommen für den Berufsverbleib? Bei der Antwort auf diese Frage zeigen sich grundsätzliche Unterschiede zwischen der Helfer- und Fachkräfteebene sowie zwischen den Befragten der Altersgruppe 60+ und jenen der jüngeren bzw. mittleren Altersgruppe. Die Ergebnisdarstellung erfolgt daher separat für diese Gruppen.

(1) Befragte der Hilfskräfteebene der jüngeren und mittleren Altersgruppe in Sachsen

Im Interview mit den Hilfskräften der jüngeren und mittleren Altersgruppe in Sachsen fallen zunächst die Aussagen mehrerer Befragter auf, die sich grundsätzlich relativ zufrieden mit der

Höhe des Gehalts zeigen. Diesen Aussagen widerspricht keiner der an der Gruppendiskussion Beteiligten (VERB_Sa, 774-792). Insgesamt sei die Bezahlung jedoch schon niedrig. VERB_Sa_E berichtet, dass sie vor Kurzem in eine Ein-Zimmer-Wohnung umgezogen sei, um pro Monat 150 Euro mehr Geld zur Verfügung zu haben und zwar sowohl absolut betrachtet als auch bezogen auf die Anforderungen und Belastungen im Beruf und wegen unterbliebener Gehaltserhöhungen in den letzten Jahren:

VERB_Sa_C: „Es könnte mehr sein. Also für die Arbeit, die ist ja nun sehr schwer, körperlich wie psychisch. Könnte man mehr erwarten.“

VERB_Sa_B: „Das Problem, das einen ein bisschen unzufrieden macht, dass wir eigentlich schon seit 10 Jahren keine überhaupt nicht, gestiegen sind.“

VERB_Sa_C: „Genau. Man könnte mehr erwarten, das ist wirklich ein bisschen unzufrieden“ (VERB_Sa, 651 ff.).

Die Befragten stellen dieser Kritik aber die Vorteile gegenüber, die für sie die Beschäftigung bei einem Wohlfahrtsverband mit sich bringen. Alle gehen davon aus, dass die Bezahlung hier höher sei, als bei privaten Trägern, zum Teil haben sie diesbezüglich auch Erkundigungen eingeholt. Vorteilhaft an einem Wohlfahrtsverband als Arbeitgeber sei wiederum die Sicherheit des Gehalts: „Wir haben unser Geld pünktlich auf dem Konto, was wollen wir mehr“ (VERB_Sa, 556); eine Berufseinsteigerin in Sachsen betont dazu, wie wichtig für sie ist, wenn ihr Arbeitgeber zuverlässig Weihnachts- und Urlaubsgeld zahlt (EIN_Sa, 537). Ein höheres Einkommen sei für sie somit nur durch einen Umzug in die alten Bundesländer möglich, der aber auch mit höheren Lebenshaltungskosten verbunden wäre (VERB_Sa, 656-664) oder durch die Nachqualifizierung zur Fachkraft (VERB_Sa, 679 ff.). Der Mehrverdienst würde dann bei gleichem Alter und gleicher Betriebszugehörigkeit zwischen 400 und 500 Euro betragen (Recherche von Alexander Dell in Dell 2012; zu den Gründen, die für die Befragten gegen eine Nachqualifizierung als Altenpflegerin sprechen, vgl. unter 3.3.6.1).

(2) Befragte der Altersgruppe 60+ in Bayern

Die Aussagen der Befragten der Altersgruppe 60+ zur Bedeutung des Einkommens für ihren Berufsverbleib sind bei allen von der Rolle als Zuverdienerin geprägt. Bei alle vier Interviewten war bzw. ist der Ehemann Hauptverdiener und das Einkommen der Ehefrau aus der Altenpflege Zuverdienst. Alle Befragten waren nach der Familienzeit nicht darauf angewiesen, wieder in Vollzeit einzusteigen und arbeiteten nur im Umfang einer geringfügigen Beschäftigung oder einer 50%-Stelle.

VERB_By1_A betont vor diesem Hintergrund, wie wichtig für sie sei, dass ihr die Arbeit Spaß mache. Sie möchte damit zufrieden sein und nicht nur „Katzenwäsche“ machen. Dafür würde sie, wenn nötig, auch ihre Freizeit einsetzen. Wichtiger sei ihr, dass die Menschen zufrieden sind (VERB_By1, 480-495). Auch VERB_By1_B betont die Bedeutung der Zufriedenheit und bezieht dies ebenfalls nicht auf die Höhe des Einkommens, sondern auf den Inhalt der Tätigkeit und die Vereinbarkeit mit der übrigen Lebensführung. „Geld ist nicht alles“, stellt sie fest; Zufriedenheit zähle und dafür sei ihr die Vereinbarkeit der Berufstätigkeit mit den Aufgaben in der Familie wichtig. Sie folgt hier einem traditionellen Familienbild und meint, dass ohne finanzielle Notwendigkeit nicht beide Eltern in Vollzeit arbeiten sollten, da andernfalls der Kontakt zu den Kindern schlechter würde, wenn diese groß seien (VERB_By1, 499-503).

Alle drei Teilnehmerinnen in der Gruppendiskussion VERB_By1 sind sich einig, dass mehr Geld nicht mehr Menschen in die Pflege locken könne (VERB_By1, 508-518), können sich aber vorstellen, dass Jüngere dies anders sehen könnten, bei denen der Verdienst eine größere Rolle spielt, als das bei ihnen der Fall sei (VERB_By1, 529-535). Auch VERB_By2_D äußert sich grundsätzlich zufrieden mit dem Einkommen, das sie in der Vergangenheit in der Altenpflege erzielen konnte. Sie bezieht dies aber ausdrücklich auf ihre Familiensituation und schränkt mithin ein, dass ihre Einschätzung für die nachfolgenden Generationen von Beschäftigten in der Pflege eher nicht gilt:

„Ja. Als Betriebsschwester da hat man mehr verdient. Das ist damals schon so gewesen. Aber es hat sich halt dann mit den Kindern [...] anders ergeben, aber da dürften sie schon was machen, dass sie da eigentlich ein bisschen mehr zahlen. Aber da wird gespart. [...]

Ja, ich glaub auch, der Verdienst alleine ist es auch nicht. Schon, aber man hat halt am Wochenende Dienst, Feiertage, Weihnachten, oder Silvester, da arbeitet man dann durch und das, die Jungen, die wollen dann da oft weg oder halt, Wochenende haben die dann, wenn sie heute in einen Betrieb wie Siemens arbeiten, dann haben sie halt frei oder ein einem Büro wenn sie arbeiten, so was, da haben sie halt frei und bei uns ist, es gibt ja oft schon, dass wir drei Wochenenden hintereinander gearbeitet haben. Dann, da langt's dir dann schon. Aber es hat sich halt nicht anders ergeben. Wenn die Leute krank sind, oder was dazwischen, dann muss man da einfach flexibel sein.

[...] ich muss sagen, weil ich bin halt verheiratet, ich bin nicht Alleinverdiener, das macht vielleicht auch was aus. Weil heute doch viele Single, das, wenn du heute alleine da verdienst, du musst Miete zahlen, dann ist das schon, da zerreißt du dann nicht mehr viel“ (VERB_By2, 206-210).

(3) Befragte der Altersgruppe 60+ in Nordrhein-Westfalen

Auch die Befragten der Gruppendiskussion der Altersgruppe 60+ in Nordrhein-Westfalen erkennen einen Unterschied in der Bedeutung des Einkommens zwischen sich und den nachfolgenden Generationen von Beschäftigten in der Altenpflege. Für sie selbst sei ihr Beruf eher Berufung gewesen als Verdienstmöglichkeit. Jüngere würden das aber nicht mehr so sehen – so bekomme man den Satz: „Altenpflege ist mein Traumberuf“ inzwischen immer seltener zu hören. VERB_NRW_A meint, sie brauche die Haltung, dass Altenpflege Berufung sei, um die vielen Belastungen des Berufs auf Dauer aushalten zu können. Als Belastungen sieht sie dabei aber die schwierigen Arbeitsbedingungen und nicht das geringe Gehalt (VERB_NRW, 271-279, 459).

In der Gruppe der Befragten in Nordrhein-Westfalen sind mehrere Interviewte, für die das Einkommen zumindest zeitweise das alleinige Haushaltseinkommen war bzw. ist. Entsprechend kritischer fallen die Einschätzungen zur Gehaltshöhe in der Altenpflege aus, nicht nur in Bezug auf die nachfolgenden Generationen und deren möglichen Einstieg in den Beruf, sondern auch in Bezug auf den Männeranteil. Dazu ist VERB_NRW_C überzeugt, das niedrige Gehalt „[...] bremst auch wirklich viele Männer aus, die vielleicht diesen Beruf auch ergreifen würden“, da man mit dem Gehalt keine Familie ernähren könne. Man könne sich, bedingt durch die Schicht- und Wochenenddienste, auch keinen Nebenjob suchen. Das Gehalt sei wichtig für den Berufsverbleib und ihrer Einschätzung nach würden bei einem höheren Gehalt auch mehr Personen den Beruf wählen. Eine angemessene Bezahlung würde zu einer höheren Bereitschaft führen, die Belastungen und Herausforderungen anzunehmen (VERB_NRW, 515-520).

3.3.5.5 Gute Zusammenarbeit im Team

Die Zusammenarbeit im Pflgeteam ist gleichermaßen zentrale Voraussetzung für einen gelingenden Verbleib beim Arbeitgeber und in der Pflege wie auch – im Falle einer schlechten Kooperation im Team – eine mögliche Gefahr für diesen. Insbesondere die langjährig beschäftigten Befragten der Altersgruppe 60+ schildern, wie sie im Team eine Kompensation des belastenden Pflegealltags erleben. VERB_By2_D beschreibt, wie der Austausch im Team für sie und ihre Kolleginnen eine psychische Entlastung schafft, sodass die Beschäftigten dafür sogar bereit sind, ihre Freizeit mit einzubringen:

„Wir kommen ja in der Früh zusammen, um halb sieben, da wird bei uns halt Kaffee getrunken, und da wird alles ausgeratscht und das ist sehr gut. Dann kommst du Mittag, dann lassen wir einfach jeder seinen Frust raus. Das nimmt man dann nicht mit Heim. Weil daheim, das lässt dir ja oft keine Ruhe, das geht ja so schon oft, das gib'ts ja auch, dass man mal was vergisst, dann wirst in der Nacht wach, Herrgott, jetzt hast das vergessen. Das geht mir schon so, da hab ich dann keine Ruhe, da kann ich dann nicht mehr einschlafen. [...]

Wir schreiben das eigentlich nicht auf, die halbe Stunde, weil wir fangen ja erst um sieben an. Weil da trinken wir ja Kaffee, obwohl wir da auch die Touren schreiben, Schlüssel herrichten, Tabletten mitnehmen. Aber das haben wir noch nie aufgeschrieben“ (VERB_By2, 255-265).

Die Bedeutung der Arbeitsatmosphäre und die Bereitschaft von Arbeitgebern, diesbezüglich zu investieren, wird bereits von den Berufseinsteigenden betont, die angeben, dies zu einem Kriterium für die Wahl einer Arbeitsstelle nach der Ausbildung zu machen:

„Mir bringt das jetzt auch nichts, das ist meine Überlegung [...], in irgendein Heim zu gehen, wo ich jetzt zum Beispiel [...] 1600 netto oder irgendwas verdiene, das Team schlecht ist, ich kurz vorm Burn-out stehe, ich völlig fertig bin. Was nützt mir denn das ganze Geld, wenn ich schlussendlich beim Psychologen auf der Couch liege, weil ich wir keine Supervision haben, weil wir keine Psychologen haben, weil wir keiner mit uns redet, dann bringt mir das beste Geld nichts. Ich würde mich dann doch eher, falls ich in der Richtung bleibe, für ein Team entscheiden, wo ich mich wohl fühle, wo ich vielleicht ein bisschen weniger Geld bekomme, [...] das bringt mir ja schlussendlich mehr“ (EIN_Sa, 506 ff.).

Die befragten älteren Beschäftigten in Bayern zeigen auch, wie sehr sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber von einer guten Teamatmosphäre profitieren. Alle Interviewten sind bereits viele Jahre beim selben Arbeitgeber beschäftigt, zum Teil mehrere Jahrzehnte. Sie haben während dieser langen Betriebszugehörigkeit eine derart hohe Bindung an den Arbeitgeber entwickelt, dass ein Arbeitsplatzwechsel für sie schon aus diesem Grund nicht infrage gekommen wäre. So hat die Bindung an den Arbeitgeber und das Vertrauen in die Vorgesetzte die Befragte VERB_By1_B dazu bewegen können, einen schon beschlossenen Ausstieg aus der Pflege und einen Übergang in den vorgezogenen Ruhestand nicht umzusetzen, sondern lediglich den Beschäftigungsumfang zu reduzieren (vgl. unter 3.3.3.2).

3.3.6 Kriterien zur Qualifizierung

3.3.6.1 Motive für und gegen die Qualifizierung

Die Befragten in den Gruppendiskussionen zur Qualifizierung beschreiben ein breites Bündel von Motiven, die sie zu diesem Schritt veranlassten. Von diesen werden nachfolgend die allgemeinen Motive wiedergegeben. Die spezifischen Motive werden zusammen mit den Erwartungen an die

künftige Tätigkeit für die betrachteten Weiterbildungen in den Abschnitten 3.3.6.3, 3.3.6.4 und 3.3.6.5 wiedergegeben.

Obwohl in allen Gruppendiskussionen danach gefragt wurde, äußern die Interviewten kaum Gründe, die für sie gegen die Qualifizierung gesprochen hat. Dazu liegen aber interessante Aussagen der unter dem Aspekt des Berufsverbleibs in Sachsen befragten Pflegehilfskräfte vor, die begründen, warum sie das Angebot ihres Arbeitgebers, sich zur Fachkraft nachzuqualifizieren nicht annehmen. Diese Gründe werden am Ende dieses Abschnitts wiedergegeben. In Abschnitt 3.3.6.2 folgt, wiederum separat, eine Darstellung der finanziellen Motive der Teilnehmenden an den Weiterbildungen Verantwortliche Pflegefachkraft, Case Management und Fachhauswirtschaft.

(1) Allgemeine Motive für die Qualifizierung

Mehrere Teilnehmende aller drei betrachteten Weiterbildungen wurden durch ihre Arbeitgeber zu der Qualifizierung aufgefordert, entweder weil sich diese bei den Weiterbildungen Fachhauswirtschaft und Case Management davon eine Erweiterung ihres Produktportfolios versprochen oder der Vorschlag der Arbeitgeber erfolgte bei der Qualifizierung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft aus Gründen der Personalplanung zur Besetzung von Fach- bzw. Führungspositionen (z.B. QUAL_By, 428 f; QUAL_NRW1, 359; QUAL_Sa, 13, 227-230, 258-263). Insbesondere mehreren Teilnehmende der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft wurde so von ihren Arbeitgebern die Entscheidung weitgehend abgenommen:

„Bei mir wurde das letzten Endes auch alles hingelegt, ich soll das machen, ich hab gesagt, ja, ich mach das und dann wurde gesagt, hier ist die Schule und dann hab ich drei Zettel gekriegt, wo der Plan und alles draufstand und den hab ich dann durchgelesen, aber ansonsten [...] musst ich mich nicht kümmern“ (QUAL_Sa, 259 ff.).

Vier der fünf Teilnehmenden der Qualifizierung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft üben diese Funktion bereits kommissarisch bzw. als Stellvertretung aus, die Befragte QUAL_Sa_C sogar schon seit vier Jahren (QUAL_Sa, 43, 53, 72-87, 113-309). Im Unterschied dazu verfolgte die QUAL_Sa_D den Qualifizierungswunsch zur Verantwortlichen Pflegefachkraft zunächst im Alleingang: Ihr früherer Arbeitgeber im stationären Bereich war zwar bereit, sie zur Hygienebeauftragten zu qualifizieren, unterstützte aber ihren Weiterbildungswunsch für die Übernahme einer Leitungstätigkeit nicht. Sie wechselte daher den Arbeitgeber und arbeitet jetzt bei einem ambulanten Dienst, der sie künftig als Pflegedienstleitung einsetzen will (QUAL_Sa, 96 f., 110-13).

Mehrfach äußern die Befragten, insbesondere in den Weiterbildungen zur Fachhauswirtschaftlerin und zum Case Manager, eine generelle Neugierde auf neue Wissensbestände und erweiterte Kompetenzen als Motiv, eine Weiterbildung zu planen, etwa aus dem Interesse heraus, sich nach einer längeren Zeit im Beruf zu verändern bzw. weiterzuentwickeln (z.B. QUAL_NRW1, 288 f., 293-297). Die Teilnehmenden an der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft bringen ein starkes Interesse an den neuen Gestaltungsmöglichkeiten zum Ausdruck. Ihre Aussagen werden unter dem Aspekt der erwarteten Veränderungen ihrer Tätigkeit in Abschnitt 3.3.6.5 wiedergegeben.

(2) Gründe, die gegen die Qualifizierung sprechen

Die befragten Teilnehmenden, die sich aktuell in Qualifizierungen befinden oder diese abgeschlossen haben, äußern nur wenige oder keine Gründe, die für sie vor Antritt der Weiterbildung gegen diese Entscheidung gesprochen hätten. Interessante Aussagen machen hierzu aber die Teilnehmerinnen der Hilfskräfteebene an der Gruppendiskussion zum Berufsverbleib in Sachsen. Allen Befragten in dieser Gruppe wurde vom Arbeitgeber das Angebot gemacht, sich zur Altenpflegerin nachzuqualifizieren. Dieses Angebot wird von allen Befragten (vorläufig) abgelehnt. Als wichtigster Grund wird dafür zunächst die höhere Verantwortung genannt, die man als Fachkraft trage. VERB_Sa_E meint dazu zwar zunächst, dass sie als Pflegehelferin die gleiche Verantwortung habe, da sie ja die gleichen Tätigkeiten ausüben würde. Sie relativiert diese Aussage aber an einer anderen Stelle, indem sie feststellt, dass die Fachkraft immer die letztendliche Verantwortung trage, was für sie insbesondere dann relevant sei, wenn es um die Verantwortung für Pflegefehler gehe (VERB_Sa, 684-688). Die Befragten äußern sich insgesamt sehr zufrieden mit ihrer Position als Pflegehelferin und betonen, dass sie sehr gerne Zuarbeit für die Fachkräfte leisten würden (VERB_Sa, 692-702). Als weiteren Grund, sich gegen die Nachqualifizierung zur Altenpflegerin zu entscheiden, führen die Befragten die „Schreibarbeit“ und die Arbeit am Computer für die Dokumentation an. Sie kritisieren, dass für die Fachkräfte oft der Computer an erster Stelle stehe und die Arbeit mit den Bewohnern erst danach komme (VERB_Sa, 678-702; vgl. dazu die ähnliche Argumentation zur Diskrepanz zwischen den eigenen Vorstellungen von guter Pflege und deren Realisierbarkeit in der beruflichen Praxis als Kriterium für bzw. gegen den Berufsverbleib unter 3.3.5.2).

Die weiteren Gründe, die die Befragten für eine Entscheidung gegen die Nachqualifizierung anführen, weisen Parallelen zu den Befürchtungen bzw. erlebten Belastungen auf, die die älteren Quereinsteigerinnen aus Bayern äußern, die sich in der Ausbildung zur Altenpflegehelferin befinden (wiedergegeben unter 3.3.4.5). Ähnlich wie diese, befürchten die Befragten der Altenpflegehilfe in Sachsen, nicht die nötige Kraft und Konzentrationsfähigkeit nicht zu haben, die sie für einen nochmaligen Schulbesuch bräuchten (VERB_Sa, 720-724, 747). Hinzu kämen die Doppel- bzw. Mehrbelastung durch Ausbildung, Beruf und Familie und die Erwartung, während der Ausbildungszeit zu wenig Erholungszeit zu haben. Eine Interviewte äußert die Befürchtung, ihre Familienplanung könne möglicherweise zu einem Abbruch der Ausbildung führen (VERB_Sa, 696, 739-743).

Die Gründe gegen eine Nachqualifizierung zur Fachkraft wiegen schwer für die Betroffenen: Eine Befragte gibt sogar an, ganz aus der Altenpflege auszusteigen und wieder in ihren Erstberuf zurückzukehren, wenn sie etwa aufgrund einer Erhöhung der Fachkraftquote gezwungen würde, die Ausbildung nachzuholen (VERB_Sa, 658, 736 f.).

3.3.6.2 Finanzierung und finanzielle Erwartungen

Die Weiterbildung Fachhauswirtschaft wird durch Mittel des Europäischen Sozialfonds teilfinanziert; weitere Kosten übernehmen die Arbeitsagenturen oder werden von den Teilnehmerinnen selbst getragen (QUAL_By, 479-495). Die Weiterbildung führt zu einem Meisterabschluss, weshalb die Teilnehmerinnen an dieser Qualifizierung für sich eine entsprechend höhere Entlohnung erwarten, als in ihren bisherigen Tätigkeiten, die zum Teil auf der Helferebene angesiedelt sind (QUAL_By, 421 f.). Andere Befragte wollen sich selbständig machen und es „Gutbetuchten“ durch

hauswirtschaftliche Unterstützung ermöglichen, trotz körperlicher Einschränkungen weiterhin zuhause zu bleiben (QUAL_By, 504-518).

Bei QUAL_NRW1_B werden die Weiterbildungskosten weitgehend vom Arbeitgeber finanziert. Er verpflichtet sich im Gegenzug zu einem Verbleib bei diesem (QUAL_NRW1, 358 ff.). Bezogen auf ihr Einkommen erwarten QUAL_NRW1_A und QUAL_NRW1_B keine Vorteile aus dem Abschluss der Weiterbildung. Diese sei zwar eine Zusatzqualifikation und es wäre „schön“, wenn sie „entsprechend auch honoriert“ würde, eine Gehaltserhöhung sei aber nicht realistisch. QUAL_NRW1_A finanziert die Weiterbildung weitgehend selbst. Ihr Arbeitgeber beteiligt sich nur insofern, als er mit der Dienstplangestaltung auf ihren Stundenplan Rücksicht nimmt (QUAL_NRW1, 377-390). Trotzdem geht QUAL_NRW1_A davon aus, mit ihrer Tätigkeit als Case Managerin sogar weniger zu verdienen als bislang, da sie anders eingruppiert werde und Schichtzulagen wegfallen würden (QUAL_NRW1, 496-504). Von den Befragten, die die Weiterbildung bereits abgeschlossen haben, erwartet sich QUAL_NRW2_C, die einen eigenen ambulanten Pflegedienst leitet, mit ihrem Abschluss als Case Managerin „zukünftig auch mal an Kostenträger heranzutreten und [zu] sagen, die Weichen, die wir [...] mit einer fundierten Weiterbildung [...] hier so stellen, möchten wir irgendwann auch vergütet haben“ (QUAL_NRW_2, 8).

Zu den finanziellen Erwartungen aus der Entscheidung für die Qualifizierung gehören auch Überlegungen der Befragten, mit der Weiterbildung ihr Einsatzspektrum zu erweitern. QUAL_NRW1_B möchte sich so gegenüber Umstrukturierungen absichern, die seinen bisherigen Arbeitsplatz gefährden können (QUAL_NRW1, 273). Demgegenüber möchte QUAL_Sa_B mit der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft ihr mögliches Tätigkeitsspektrum in der Pflege erweitern. Explizit vor dem Hintergrund, bis zu einem regulären Renteneintrittsalter von 67 Jahren arbeiten zu müssen, hat sie sich dazu entschlossen, eine Weiterbildung zu absolvieren, die ihr eine überwiegende Bürotätigkeit ermöglicht, falls sie körperlich nicht mehr in der Lage sein sollte, in der direkten Pflege zu arbeiten. Sie will sich so ein sicheres Einkommen bis zum regulären Renteneintritt sichern (QUAL_Sa, 240).

Als bemerkenswert unspezifisch können die finanziellen Erwartungen der Teilnehmenden im Rahmen der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft bezeichnet werden, nicht zuletzt weil es sich um eine Leitungsweiterbildung handelt und fast alle Befragten diese Funktion bereits stellvertretend oder kommissarisch ausüben. So gibt QUAL_Sa_A an, auf jeden Fall die Besetzung einer Stelle als Pflegedienstleiter anzustreben. Wenn sich dies bei seinem derzeitigen Arbeitgeber nicht realisieren lassen sollte, werde er sich eine andere Stelle suchen. Befragt nach seinen Erwartungen, wie sich seine wirtschaftliche Situation dadurch ändern wird, antwortet er: „Also, ich denke schon, dass man da, normalerweise kriegt man dann doch ein bisschen mehr Geld“ (QUAL_Sa, 461 ff.).

QUAL_Sa_D wechselte eigens ihren Arbeitgeber, da der vorherige ihren Weiterbildungswunsch nicht unterstützte. Um die Weiterbildung besuchen zu können, hat sie ihren Beschäftigungsumfang vorläufig auf 30 Stunden reduziert. Ihr neuer Arbeitgeber möchte sie künftig als stellvertretende Pflegedienstleitung und später als Pflegedienstleitung einsetzen. Die Weiterbildung finanziert sie selbst mithilfe eines Bildungskredits; sie erhält dafür auch keine Freistellung (QUAL_Sa, 273-2788). Auf die Frage, wie sie durch ihre Weiterqualifizierung finanziell profitieren wird, sagt sie: „Da steht noch gar nichts fest, das ist alles noch in den Sternen“ (QUAL_Sa, 453-456).

Diese Aussagen können leicht darüber hinwegtäuschen, dass die Befragten nicht die Erwartung haben, dass ihre zusätzliche Verantwortung auch besser bezahlt wird. Das folgende Zitat von QUAL_Sa_B zeigt jedoch, dass dieser Eindruck täuscht. Die Erwartungen werden zwar nicht geäußert, sie sind aber durchaus vorhanden.

„Ich bin jetzt schon die Stellvertretung bzw. die richtige Leitung und krieg´ 50 Cent pro Stunde mehr als vorher. Ich weiß nicht, ob das jetzt dementsprechend ist, was ich wirklich für eine Leistung bringe. Andererseits sag´ ich mir, okay, meine Chefin bezahlt mir die Weiterbildung. Ich musste mich zwar dafür verpflichten, aber trotzdem bezahlt sie sie mir, von daher hab ich da jetzt auch nicht mehr Ansprüche erhoben [... Hervorh. durch den Verf.].

Ich hätte sicherlich auch höher pokern können, aber ich hätte mich da gar nicht erkundigt, das war so eher unerwartet. [...]

Ich denke, dass wenn man wirklich richtig Pflegedienstleitung ist, wenn man richtig den Posten hat, weil man hat schon einen Haufen Verantwortung, ich denke, gut, ich meine, ich will jetzt nicht sagen, dass eine Fachkraft keine Verantwortung hat, aber ich denke schon, dass dann dementsprechend auch das Geld bezahlt werden sollte. Ob das gemacht wird, ist dann eine andere Seite. Aber man sollte schon wirtschaftlich zumindest was davon haben“ (QUAL_Sa, 445-448).

3.3.6.3 Erwartungen an die Weiterbildung „Fachhauswirtschaft“

Alle befragten Teilnehmerinnen an der Weiterbildung zur Fachhauswirtschafterin sehen sich in ihrer künftigen Tätigkeit für ältere Menschen in einer breiten Verantwortung für eine gelingende Alltagsgestaltung mit allem, „was halt zum Leben dazu dazugehört“. Indem sie in den Haushalten oder in der stationären Versorgung zu einem längeren „Ineingreifen der Abläufe“ beitragen, wollen sie einen längeren gelingenden Verbleib zuhause fördern, den „die nächste Generation einfach verlangen wird“, oder „Normalität“ ins Heim bringen. Dazu benötigten sie einerseits ein sehr breites Spektrum von Kenntnissen und Fähigkeiten, andererseits aber auch Spezialwissen, etwa zu religiösen oder kulturellen Themen aber auch zur ärztlichen Versorgung oder zur Organisation von Wohnung, Haus und Garten oder zu Besorgungen. Je nach Bedarfssituation der älteren Menschen käme es mehr auf diese oder jene Kompetenz an, zentral sei aber die Bandbreite des Aufgabenspektrums (QUAL_By, 92, 75 f., 398-419). Die Befragten grenzen ihr künftiges Aufgabenprofil damit explizit von der Pflege ab. QUAL_By_A ist im Grundberuf Hauswirtschafterin, arbeitet derzeit aber als Pflegehelferin. Ihre Kompetenzen Fachhauswirtschafterin möchte sie in einem umfassenderen Sinne in bzw. für die Betreuung älterer Menschen im ländlichen Bereich einsetzen (QUAL_By, 40 ff.). QUAL_By_B sieht die Aufgabe der Fachhauswirtschaft im Erstellen eines „Gesamtpakets“ für ältere Menschen:

„[...] weil ich der Ansicht bin, dass die Fachhauswirtschaft ein Beruf mit Zukunft ist, der immer mehr gefragt sein wird, was viele einsehen werden in der Zukunft halt, und deswegen hab´ ich mich dafür entschieden. Weil es einfach, wir machen nicht nur Pflege, wir machen nicht nur Hauswirtschaft, es ist einfach ein Gesamtpaket, was wir den Patienten anbieten können und das hat einfach Zukunft. Weil immer weniger in Heime gehen wollen möchten“ (QUAL_By, 421).

Hinsichtlich der konkreten Tätigkeit sehen sich die Befragten zunächst als „Pioniere“ (QUAL_By, 439 f.) des sich erst etablierenden Berufsbilds Fachhauswirtschaft im Zusammenspiel der Berufsgruppen für die Pflege und Versorgung älterer Menschen. Sie erwarten in diesem Zusammenhang, dass das neue Berufsfeld zu einem Umdenken u.a. in den Heimen führen und dass die Fachhauswirtschaft „Normalität“ in die Praxis bringen kann, etwa indem sie ermöglicht, dass Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten in allen Lebensbereichen besser aufrechterhalten werden können. Dazu würden sie heute zwar zuweilen von der Pflege noch belächelt und teilwei-

se aus Konkurrenzdenken auch abgelehnt, zunehmend werde aber auch der Pflege klar, wie entlastend die ergänzende hauswirtschaftliche Tätigkeit für sie sein kann, „[...] wenn sich was rührt im Haus, wenn mal was anders ist“ (QUAL_By, 201, 224-239, 313-318). Sehr gut kommen die Motivation aber auch die teilweise vorhandene Konkurrenz in der Pflege im folgenden Dialog zwischen QUAL_By_A, QUAL_By_B und QUAL_By_C zum Ausdruck:

QUAL_By_B: „Ich denke, dass einfach die [...] Pflege ist die Pflege und das Umdenken wird jetzt stattfinden und unser Beruf ist einfach dafür da, dass wir mehr die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner, Patienten erfüllen können. Weil das kann die Pflege gar nicht, die hat genug zu tun. Und grade in diesem Bereich können wir die Lebensqualität der Bewohner und Patienten verbessern, um vieles verbessern und qualitativer machen. Weil möchten Sie nur an Ihren Tisch geschoben werden und dann da sitzen? Und dafür sind wir da. Und das sollte einfach auch die Pflege akzeptieren, wir brauchen die Pflege, aber die Pflege muss auch akzeptieren, dass wir gebraucht werden.“

QUAL_By_A: „Und dass wir ein Stück Normalität wieder reinbringen. [...] Diese Lebendigkeit.“

QUAL_By_C: „Also, meine Kolleginnen im Pflegedienst, die haben gesagt, durch das, dass ich mit den Personen Betreuung mach, dass ihnen das was bringt. Weil sie sehen auch das, was gemacht gehört, aber sie haben die Zeit nicht dafür. Und dann bin ich ein paar Stunden da und ich arbeite dann in Absprache mit den Kolleginnen. Und das haut auch ganz gut hin und die sagen eigentlich, dass ihnen die Arbeit dadurch erleichtert wird.“

QUAL_By_B: „[...] Es gibt immer positive, und es reagieren auch welche negativ und viele erkennen dann halt, dass die Patienten viel mehr aufblühen und dann in der Pflege auch viel einfacher werden. Bei vielen Senioren, muss man halt auch sagen, bestimmt 90%, die ich im Heim gepflegt habe, waren schwer depressiv, haben vor sich hinvegetiert. Ist nun mal so. Und wenn wir kommen und dann ist da Action, die blühen ganz anders auf“ (QUAL-By, 312-322).

Wie weit das Berufsbild Fachhauswirtschaft in der Pflege und Versorgung älterer Menschen noch von der Etablierung entfernt ist, bringen QUAL_By_D und QUAL_By_E zum Ausdruck, die beide auf Anregung ihrer Pflegedienstleitung an der Weiterbildung teilnehmen aber überzeugt sind, dass diese Pflegedienstleitung letztlich nicht wirklich weiß, wozu sie in der Weiterbildung qualifiziert werden (QUAL_By, 451 ff.).

3.3.6.4 Erwartungen an die Weiterbildung „Case Management“

Das Vorhaben, die Weiterbildung Case Management zu absolvieren, resultierte bei den Teilnehmenden an bzw. Absolventen dieser Qualifizierung aus den bisherigen beruflichen Tätigkeiten bzw. Vorqualifizierungen. Dies prägt die Erwartungen, die die Befragten an ihre künftigen Aufgabenprofile haben. QUAL_NRW2_C hat sich schon während ihres Pflegemanagement-Studiums für Case Management interessiert und erkannte, dass dies dem Anliegen ihres pflegerischen Grundberufs entsprach, die Patienten ganzheitlich zu sehen (QUAL_NRW2, 8). QUAL_NRW1_B erkannte, dass er im Laufe seiner **längeren** Berufstätigkeit mit seiner Arbeit unzufrieden wurde, als er feststellte, dass er den komplexen Anforderungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nicht mehr genügend gerecht wurde. Um seine Beratungspraxis zu verbessern verglich er verschiedene einschlägige Weiterbildungen auch des kaufmännischen Bereichs und kam dabei zum Ergebnis, dass die Weiterbildung im Case Management seine Beratung besser fundieren könnte (QUAL_NRW1, 269). QUAL_NRW1_B sieht sich als Case Manager als ein kompetenter Kundenberater, der mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nach den passenden Pflegearrangements sucht. Da er diese Aufgabe im Auftrag eines Altenhilfeträgers erledigt, ist es für ihn legitim, sich auch als Verkaufsberater zu verstehen, solange die Prinzipien des Case Management gewahrt blieben (QUAL_NRW1, 274-277).

QUAL_NRW1_A und QUAL_NRW1_B beschreiben, wie sie sich ihre künftige Tätigkeit als Case Managerin oder Case Manager vorstellen und inwiefern diese in Bezug auf ihre bisherige Arbeit in der Pflege einen Perspektivenwechsel bedeutet: Bei ihrer Arbeit im Case Management möchten sie den Patienten als Adressaten in den Mittelpunkt stellen und nicht die Einrichtung. Der Patient soll wählen können, wer an seiner Versorgung beteiligt wird und wie das Netzwerk aussehen soll. In Ihrer Funktion müssten sie dazu den ganzen Hilfeprozess mit allen Fachgebieten steuern und dazu ein Netzwerk pflegen (QUAL_NRW1, 243-249). Hinsichtlich der Realisierbarkeit dieses Konzepts erwarten sie Grenzen, wenn sich in der Beratung herausstellen sollte, dass die Wünsche der Betroffenen und die Interessen ihres Arbeitgebers, der selbst Träger von Altenhilfeeinrichtungen ist, auseinandergehen (QUAL_NRW1, 259-267). Ebenfalls schwierig könne die Umsetzbarkeit des Case Managements im Krankenhaus werden, wo oftmals kein „echtes“ Case Management implementiert werde, sondern ausschließlich eine betriebswirtschaftliche Optimierung erreicht werden solle. Das Case Management erfolge bei einem solchen „klinischen Case Management“ ohne Patientenkontakt allein aufgrund der verschlüsselten Diagnosen. QUAL_NRW1_A würde eine solche Stelle zwar vorläufig annehmen, alleine um Berufserfahrung zu sammeln, sich aber auf Dauer eine Stelle suchen, bei der sie das Konzept idealtypischer umsetzen kann (QUAL_NRW1, 400-413).

Von den befragten Absolventinnen und Absolventen der Weiterbildung Case Management arbeitet am ehesten QUAL_NRW2_E im Sinne des von QUAL_NRW1_A und QUAL_NRW1_B beschriebenen Konzepts. Er berät alte und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige zu einer großen Zahl von Themen von der Pflegeversicherung, über die Beantragungsverfahren für Schwerbehindertenausweise bis hin zu den Möglichkeiten der Versorgung bei demenziellen Erkrankungen. Ferner organisiert er Pflegekurse und arbeitet eng mit den ambulanten und stationären Diensten seines Trägers zusammen. Im Übrigen beschreibt er seine Tätigkeit als allgemeine Pflegeberatung, wie sie in den kommunalen Pflegestützpunkten angeboten werden sollte. Enttäuscht äußert aber auch er sich zu der mangelnden Bereitschaft der im Landkreis angesiedelten Träger der Altenhilfe. Zwischen diesen herrsche ein Konkurrenzdenken, das die Umsetzung des Case Managements zuweilen zu einer frustrierenden Aufgabe mache (QUAL_NRW2, 87-110).

3.3.6.5 Erwartungen an die Weiterbildung „Verantwortliche Pflegefachkraft“

QUAL_Sa_B möchte mit der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft das mögliche Tätigkeitsspektrum in der Pflege erweitern. Explizit vor dem Hintergrund, bis zu einem regulären Renteneintrittsalter von 67 Jahren arbeiten zu müssen, hat sich QUAL_Sa, 240 entschlossen, eine Weiterbildung zu absolvieren, die ihr eine überwiegende Bürotätigkeit ermöglicht, falls sie körperlich nicht mehr dazu in der Lage sein sollte, in der direkten Pflege zu arbeiten. Wie unter 3.3.6.1 beschrieben, arbeiten die meisten der Teilnehmenden an der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft bereits kommissarisch oder stellvertretend in diesen Funktionen. Sie erwarten somit für ihre künftige Tätigkeit nach Abschluss der Qualifizierung kaum Änderungen (QUAL_Sa, 305, 308 f.).

Im Übrigen lassen sich die Erwartungen an die Tätigkeit in der Leitungsfunktion hinsichtlich zweier Aspekte zusammenfassen: der erweiterten Verantwortung und der veränderten Beziehungen am Arbeitsplatz. Den Aspekt der erweiterten Verantwortung bezeichnet QUAL_Sa_B als eine grundsätzliche Verantwortung

„[...] für alles. Für die Kollegen. Für die Dokumentation. Man hat einfach dann alles, alles, was schief läuft, geht dann eigentlich erst mal auf meine Kappe sozusagen, weil ich dafür zuständig bin, dass es funktioniert. Und wenn das nicht der Fall ist, krieg ich dann erst mal einen drauf, von der Chefin oder vom Chef oder von wem auch immer. Oder von Mitarbeitern, von der anderen Seite. Man ist voll zwischendrin“ (QUAL_Sa, 312 ff.).

Den Aspekt der veränderten Beziehungen am Arbeitsplatz fasst QUAL_Sa_C wie folgt zusammen:

„Du bist dann nicht mehr nur die Gute, du bist dann nicht mehr nur die Kollegin, sondern du bist halt dann die Pflegedienstleitung. Du bist dann halt auch mal die Böse. [...] „Wenn du dann frei streichen musst, dann bist du nicht nur der Gute“ (QUAL_Sa, 317 ff.).

Zudem präge man als Leitung sein Team, indem man viel mehr Vorbild sei, als zuvor als Kollege (QUAL_Sa, 375). Die Befragten sind sich einig, dass die erweiterte Verantwortung und die veränderten Beziehungen am Arbeitsplatz dazu führen werden, dass sie nach der Arbeit nicht mehr so gut abschalten könnten, wie bisher. Man werde dann alle Probleme mit nach Hause nehmen, den Personalnotstand, die Tatsache, dass man Kollegen aus dem Frei holen muss und alle schwierigen und existenziellen Situationen mit bzw. von Beschäftigten (QUAL_Sa, 329, 368 ff.). Dem gegenüber stünden vielfältige neue Möglichkeiten, die Praxis zu gestalten und zu verändern. Dazu zählen die Befragten beispielhaft auf: den gesamten Ablauf einschließlich der Dienst- und Tourenpläne, die Frage der Einbeziehung von Mitarbeitenden im Besonderen und die Mitarbeiterführung im Allgemeinen, die Gestaltung des Qualitätsmanagements und die Teamführung (QUAL_Sa, 374-391). Den künftig wichtigsten Beitrag für die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeitenden sehen die Befragten aber in einer wertschätzenden Haltung und in der verlässlichen Gestaltung von Urlaubs- und Dienstplänen (QUAL_Sa, 395-402). Mit dieser Erwartung stimmen sie recht gut mit denen in Abschnitt 3.3.5.3 beschriebenen Wünschen der Befragten zu den notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen für einen gelingenden Berufsverbleib in der Pflege und beim Arbeitgeber überein.

3.3.7 Empfehlungen und Schlussfolgerungen

3.3.7.1 (Quer-)Berufseinstieg

(1) Gelegenheit zu realistischen Erfahrungen gelingender Pflege und Versorgung schaffen

Die Fallstudien zeigen einmal mehr, wie wichtig die Erfahrung *gelingender* Pflege und Versorgung für den späteren Einstieg in die Altenpflege ist. Neben den Erfahrungen in Familie, Nachbarschaft oder Freundeskreis sind (Schnupper-)Praktika, das Freiwillige Soziale Jahr und der Zivildienst bedeutsam. Mit dem Zivildienst fällt für junge Männer ein zentraler Zugang zur Pflege weg. Umso wichtiger ist der Ausbau anderweitiger Gelegenheiten, bei denen erste Erfahrungen in der Pflege gemacht werden können, z.B. in den Unterricht an allgemeinbildenden Schulen integrierte Schnupperpraktika. Für einen gelingenden späteren Berufseinstieg ist es wichtig, dass diese ersten Erfahrungen zwar in einem gewissen Schonraum gemacht werden können, zugleich aber ein realistisches Bild vom späteren Berufsalltag erzeugen.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Persönliche Erfahrungen mit ‚Pflege‘ bilden die Basis für die Wahl von Pflegeberufen.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These vier Aussagen:

- *Die persönliche Erfahrung ist nicht der ausschließliche Zugang.*
- *Erfahrungen mit „Hilfe“-Themen können in gleicher Weise Einfluss nehmen.*
- *Die Bedeutung der persönlichen Erfahrung für die Berufswahl ist arbeitsmarktabhängig.*
- *Die Erfahrung gelingender Hilfe ist nicht immer notwendig. Es gibt auch Beispiele für die Wahl eines Pflegeberufs nach negativen Erfahrungen.*

(2) Gelegenheit zur Reflexion der Motive für den Berufseinstieg in der Ausbildung

Die Befragten schildern ein Bündel von entscheidenden Motiven für ihren (Quer-)Einstieg in die Altenpflege. Während manche Motive, wie der Wunsch nach persönlicher Weiterentwicklung oder die Erwartung einer abwechslungsreichen Tätigkeit naheliegend bzw. nicht spezifisch für die Altenpflege sein dürften, sind andere Motive vor dem Hintergrund der Entwicklung einer professionellen Haltung nicht unproblematisch. Zu diesen gehört insbesondere die starke Betonung der Beziehungsebene einschließlich des Wunsches, *etwas zurückzubekommen* und *gebraucht zu werden*. Diese problematischen Motive waren unter den Befragten weit verbreitet und wurden in den Gruppendiskussionen auch nicht von anderen Teilnehmenden infrage gestellt. In der Ausbildung sollte es sowohl in der Altenpflegeschule als auch in der Berufspraxis die Gelegenheit zu einer gründlichen Reflexion der damit verbundenen Erwartungshaltung gegenüber den Klientinnen und Klienten geben.

(3) Um dem in der Öffentlichkeit und in den Peergroups verbreiteten negativen Ansehen der Altenpflege gegenüberzutreten, müssen Imagekampagnen glaubhafte positive Identifikationsfiguren vermitteln.

Die Berufseinsteigenden aller Altersgruppen schildern anschaulich, wie sie mit ihrem Berufswunsch in ihrem persönlichen Umfeld auf weit verbreitetes Unverständnis stoßen. Sie selbst stellen diesen pauschalen Abwertungen das Beispiel positiver Identifikationsfiguren gegenüber. Dies sind meist in der Pflege berufserfahrene Verwandte oder Bekannte, deren Authentizität und Vorbild für sie eine höhere Glaubwürdigkeit als die nicht differenzierende öffentliche Meinung ihrer Umgebung besitzen. Imagekampagnen zur Altenpflege werden vor diesem Hintergrund von potenziellen Berufseinsteigenden aller Altersgruppen sehr kritisch hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der dargestellten Protagonistinnen und Protagonisten betrachtet. Kampagnen, die den pauschal negativen Bildern in der Öffentlichkeit lediglich pauschal positive Bilder gegenüberstellen, greifen nicht.

(4) Die Berufseinsteigenden bewerten die Arbeitsplatzplatzsicherheit bei einem zuverlässigen Arbeitgeber und das sichere Gehalt mehrfach höher als dessen Höhe.

Dies macht die Pflege besonders attraktiv für Quereinsteigerinnen mit ungeraden Lebensläufen oder für Personen, die bereits Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit gemacht haben. Dieser Vorzug sollte in Fachkräftekampagnen stärker betont werden. Hinter dieser Abwägung verbirgt sich jedoch nicht Anspruchslosigkeit gegenüber der durchaus erwarteten Kompensation für die besonderen Belastungen der Arbeit und die Verantwortung. Auch wenn die Berufseinsteigenden ihre Erwartungen hinsichtlich einer als angemessen empfundenen Vergütung (noch) nicht äußern, so zeigen sie in ihren Äußerungen durchaus, dass sie bereits während der Ausbildung Vorstellungen entwickeln, wie ein Arbeitgeber sie entlohnen soll und was einen attraktiven Arbeitsplatz auszeichnet.

(5) Die Schülerinnen und Schüler erleben sich in ihrer Ausbildung in einer Doppelrolle als Lernende und als Arbeitskräfte.

Besonders die älteren Quereinsteigerinnen beschreiben, wie die Arbeitgeber bei ihnen versucht sind, sie vornehmlich als Arbeitskräfte einzusetzen. Dabei benötigen insbesondere die älteren Auszubildenden, deren Schulzeit schon länger zurückliegt, Rücksichtnahme hinsichtlich notwendiger Lernräume und der Zeiten zur Prüfungsvorbereitung. Ferner sollte bei der Dienstplanung prioritär darauf geachtet werden, dass die Auszubildenden gemeinsam mit ihren Praxisanleitungen Dienst haben.

(6) Das besondere Potenzial von Personen mit türkischem Migrationshintergrund für einen Einstieg in eine Tätigkeit der Pflege und Versorgung Älterer wird bislang zu wenig registriert.

Trotz auch hier verbreiteter Vorbehalte gegenüber der (stationären) Pflege, ist die Arbeit in der Altenpflege in der Bevölkerung mit türkischen bzw. islamischen Wurzeln hoch angesehen. Der kulturelle Hintergrund türkischstämmiger Pflegekräfte macht diese zu einer Bereicherung für die deutsche Pflegepraxis. Die besondere Bereitschaft in dieser Bevölkerungsgruppe, sich für eine Tätigkeit in der Pflege und Versorgung für ältere Menschen zu interessieren, wird in der Werbung für einen Einstieg in den Pflegeberuf bislang vernachlässigt.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Personen mit Migrationsgeschichte sind eine wichtige Ressource für die (berufliche) Langzeitpflege.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These folgende Aussagen:

- *Die Unterstellung einer besonderen Affinität zur Pflege ist Sozialromantik.*
- *Es besteht eine Affinität zur Alltagsversorgung.*
- *Es gibt nicht „die Person“ mit Migrationsgeschichte.*
- *Vielfältige Einstiegsoptionen nutzen vielfältige Ressourcen.*

3.3.7.2 Berufsverbleib

(1) Körperliche Belastungen werden als Risiko für den Berufsverbleib überbewertet.

Die befragten Pflegekräfte der Altersgruppe 60+ mit zum Teil sehr langem Berufsverbleib schilderten zwar mehrfach körperliche Einschränkungen, die durchaus mit ihrer Tätigkeit in der Pflege in Zusammenhang stehen; die Vielseitigkeit des Berufsfelds und die Entwicklungsmöglichkeiten erlaubten ihnen aber einen Berufsverbleib in weniger belastenden Aufgabenfeldern oder Funktionen. Aus der Perspektive der älteren Befragten erscheinen die psychosozialen Belastungen aus der Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch an eine gute Pflege und der realisierbaren Praxis sowie aus den organisatorischen Rahmenbedingungen als wesentlich bedeutsamer für den Berufsverbleib als die körperlichen Belastungen.

(2) Geht die Diskrepanz zwischen den eigenen Vorstellungen von guter Pflege und der Realität unüberbrückbar auseinander, so gefährdet dies den Berufsverbleib.

„Gute Pflege“ bedeutet für die Befragten, eine umfassende und bedürfnisorientierte Versorgung, die sich neben der physisch-funktionalen Dimension auch auf die psychischen und sozialen Aspekte bezieht. Als belastend erleben die Befragten, wenn sie diesem eigenen fachlichen Anspruch dauerhaft und signifikant nicht erfüllen können. Als Gründe dafür beschreiben sie einerseits die begrenzte Pflegezeit – von den Befragten als „Zeitdruck“ benannt – und andererseits die Aufgaben jenseits der direkten Pflege – vor allem in der Pflegedokumentation. Beide Faktoren führen dazu, dass das Handeln im Alltag fortwährend als defizitär erlebt wird. Die Diskussion dazu nimmt in den Befragungen auch unter der Perspektive der Gründe und Bedingungen für einen langen Berufsverbleib einen breiten Raum ein. Vor allem die älteren Pflegekräfte betonen die damit verbundenen Belastungen weitaus stärker als die physischen Belastungen.

(3) Organisatorische Belastungen und schwierige Rahmenbedingungen stellen ein Risiko für den Berufsverbleib in der Pflege dar.

Pflege findet unter schwierigen Rahmenbedingungen und besonderen organisatorischen Belastungen statt. Der Berufsverbleib setzt voraus, dass sich die Beschäftigten mit unangenehmen und unregelmäßigen Diensten arrangieren. Dabei hilft eine verlässliche und faire Dienstplangestaltung. Belastend wirken „Dauerkranke“, deren Fehlen durch die anderen Mitglieder des Teams kompensiert werden müssen und Fluktuation. Auch hier liegen Ansatzpunkte für den Arbeitgeber zur Förderung des Berufsverbleibs. Belastend erleben die Befragten aber auch die Stellung und die mangelnde Anerkennung der Pflege im Allgemeinen und ihres Engagements im Besonderen. Diese äußert sich beispielsweise in der schwierigen Zusammenarbeit mit Ärzten und der Anspruchshaltung von Angehörigen und Pflegebedürftigen.

(4) Anders als die Berufseinsteigenden, die die Arbeitsplatzsicherheit und die Vielseitigkeit der Tätigkeit als wichtiger bewerten als die Höhe des Gehalts, empfinden die bereits im Beruf Stehenden die Höhe der Entlohnung nicht angemessen im Verhältnis zu den Belastungen und der

Verantwortung. Die Gehaltsstruktur wird somit durchaus zu einer Belastung für den Berufsverbleib.

Mit Ausnahme einzelner Befragter, deren Berufstätigkeit in der Pflege lediglich den Zweck eines Zuverdiensts zum Einkommen des Ehemanns hat, betonen alle Befragten die Bedeutung des Einkommens für ihren Verbleib in der Pflege. Während sich die Berufseinsteigenden meist relativ zufrieden bezüglich der Höhe der Gehälter äußern und stattdessen die Vorzüge des sicheren Arbeitsplatzes und festen Einkommens bei einem verlässlichen Arbeitgeber betonen, äußern sich die bereits im Beruf Stehenden deutlich kritischer zur Höhe der Entlohnungen in der Altenpflege. Erwartet wird eine Kompensation für die empfundenen besonderen Belastungen und die hohe Verantwortungsübernahme. Für die befragten Pflegekräfte der Altersgruppe 60+ hat die in diesem Sinne als unangemessen niedrig bzw. unfair empfundene Entlohnung keine Konsequenzen mehr für den Berufsverbleib. Sie äußert sich aber deutlich, wenn die älteren wiederholt ihr Verständnis für die Unzufriedenheit jüngerer Beschäftigter ausdrücken, in deren Lebensphase die Einkommenshöhe eine größere Rolle spielt, und im Verständnis für potenzielle männliche Berufseinsteiger, die den Beruf angesichts der geringen Verdienstaussichten erst gar nicht ergreifen. In diesem Sinne ist es für die Attraktivität der Altenpflege ein schlechtes Signal, wenn eine der Befragten in Nordrhein-Westfalen die niedrigen Gehälter in der Altenpflege relativiert und meint, diese seien verglichen mit anderen Frauenberufen noch relativ hoch (VERB_NRW, 525).

Die Befragungen unter den Hilfskräften in Sachsen weisen aber auch auf eine Möglichkeit der Profilierung von Arbeitgebern hin, wenn diese zu einer Entlohnung bereit sind, die sich in Höhe oder Zuverlässigkeit vom branchenüblichen Niveau abhebt.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Ein sicherer Arbeitsplatz ist wichtiger als die Höhe des Gehalts.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These grundsätzliche Anmerkungen und verschiedene Themenkreise:

(1) Grundsätzliche Anmerkungen:

- *Die Nachfrage nach Pflegekräften steigt. Leiharbeit ist nötig, wenn fehlende Fachkräfte fehlen.*
- *Grenzen der Abwerbung sind noch nicht erkennbar.*

(1) Befristete Arbeitsplätze und Leiharbeit wirken auf Dauer kontraproduktiv:

- *Ein Niedriglohnbereich ist kontraproduktiv.*
- *Mit Leiharbeit soll die langfristige Anstellung verhindert werden.*
- *Leiharbeit passt nicht zur Beziehung Pflege.*
- *Ein eigenes Back-Up aus der Stammebelegschaft muss sich in den Pflegesatzverhandlungen realisieren lassen.*
- *Leiharbeiter suchen den Vorzug, ohne Teambindung zu arbeiten.*
- *Aktueller Trend ist die Selbstständigkeit statt Leiharbeit.*

(2) Langfristige Beschäftigungsperspektiven fördern den Berufsverbleib:

- *Arbeitgeber müssen angemessene und wertschätzende Arbeitsbedingungen im Sinne „guter Arbeit“ schaffen.*
- *Konzepte für die Weiterentwicklung/ Weiterbildung einschließlich finanzieller Zusagen fördern die langfristige Beschäftigung.*

(3) Langfristige Beschäftigungsperspektiven machen den Beruf für ältere Quereinsteiger besonders interessant:

- *In der Altenpflege ist ein schneller Berufseinstieg möglich, sie bietet aber auch Chancen zur langfristigen Weiterentwicklung.*

(5) Die Arbeitsatmosphäre und die Zusammenarbeit im Team sind eine zentrale Voraussetzung für einen gelingenden Verbleib im Beruf und beim Arbeitgeber.

Die Arbeit in der Altenpflege wird von den Befragten in vielerlei Hinsicht als belastend erlebt. Vor diesem Hintergrund suchen und finden sie psychische Entlastung im Austausch im Kollegium. Dies erleichtert ihnen schwierige Situationen zu bewältigen und hilft ihnen die nötige Distanz zu wahren. Voraussetzung ist ein gutes Betriebsklima und eine gute Teamzusammenarbeit. Sie zu fördern, sollte angesichts nur wenig beeinflussbarer finanzieller Restriktionen ein besonderes Anliegen des Arbeitgebers sein.

3.3.7.3 Qualifizierung

(1) Die Bereitschaft von Beschäftigten der Pflege und Versorgung zur Weiterqualifizierung ist ein großes Potenzial der Branche.

Wie die Befragungen zum Thema Qualifizierung in den Gruppendiskussionen zeigen, sind die Beschäftigten der Pflege und Versorgung mit vielfältigen Motiven an Qualifizierungen interessiert. Diese beziehen sich einerseits auf neue Wissensbestände und Kompetenzen und andererseits auf zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten. Die Herausforderung für die Arbeitgeber liegt darin, auf der Grundlage von Personalentwicklungskonzepten einerseits die Interessenslagen und Potenziale ihrer Mitarbeitenden gut zu kennen und diese andererseits in der Praxis der Personalplanung und -entwicklung zum Vorteil von Arbeitgeber und -nehmer nutzbar zu machen.

Das Beispiel der Hilfskräfte in Sachsen, die sich gegen die Nach-Qualifizierung zur Fachkraft entscheiden, legt die Vermutung nahe, dass zumindest einige der Befragten bereit wären sich in einer einjährigen Ausbildung zur Altenpflegehilfskraft ausbilden zu lassen. Um das Bündel von Qualifikationen für die Pflege und Versorgung Älterer zu erweitern und mithin mehr Beschäftigte in höheren Qualifikationsstufen zu bekommen, sollte diese Qualifizierung bundesweit Standard werden.

(2) Die Finanzierungsmöglichkeiten für Qualifizierungen für die Pflege und Versorgung sind unzureichend.

Die Beispiele aus den Fallstudien zeigen, dass die Finanzierung der Weiterbildungen weitgehend durch die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer erfolgt. Wegen nicht vorhandener Refinanzierung bei den Arbeitgebern, übernehmen häufig die Teilnehmenden selbst die Kosten ihrer Weiterbildungen. Solange sich mit den Qualifizierungen aber nicht signifikant bessere Einkommen erzielen lassen, ist dies nicht nur unangemessen, sondern auch ein Hemmnis für die Verwirklichung des gesamtgesellschaftlichen Bildungsinteresses.

(3) Nicht geäußerte Erwartungen hinsichtlich des finanziellen Ertrags aus der Bereitschaft sich zu qualifizieren, sind nicht gleichbedeutend mit nicht vorhandenen Erwartungen.

Die Teilnehmenden an den Weiterbildungen investieren in die Qualifizierungen ihr Engagement, ihre Zeit und vielfach auch ihr Geld für die Weiterbildungskosten. Sie begründen damit angemessene Erwartungen hinsichtlich der späteren monetären Entlohnung, äußern diese Erwartung aber oft nicht. Die häufig nicht angemessene oder sogar ganz ausbleibende zusätzliche finanzielle Vergütung, trotz zusätzlich erworbener Kompetenzen und übernommener Verantwortung, führt zu der Überzeugung, nicht fair behandelt zu werden und wird so zu einem Risiko für das weitere Engagement.

(4) Neue Qualifizierungen im Bereich Care ermöglichen eine verbesserte Pflege und Versorgung für ältere Menschen und machen diesen Bereich für zusätzliche Berufsgruppen interessant. Sie werden bislang noch zu sehr von Konkurrenzdenken und dysfunktionalen ordnungspolitischen Regeln in der Finanzierung von Pflege behindert.

Mit den beiden Weiterbildungen zur Fachhauswirtschaft und des Case Management liegen zwei Qualifizierungen vor, deren Absolventen interessiert und selbstbewusst die etablierten Angebote

und Angebotsstrukturen in der Pflege und Versorgung älterer Menschen erweitern wollen. Beide neuen Berufsgruppen können im Sinne einer umfassenderen und besser koordinierten Versorgung die Unterstützung Pflegebedürftiger wesentlich verbessern und mithin einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen. Dazu müssen jedoch das Konkurrenzdenken zwischen den etablierten und den neuen Berufsgruppen überwunden und sich das dysfunktionale Refinanzierungsregeln geändert werden, die beispielsweise dazu führen, dass Case Management wegen gegensätzlicher Trägerinteressen nicht umsetzen lässt.

(5) Künftige Verantwortliche Pflegefachkräfte sehen sich sehr realistisch einer großen Erweiterung ihrer Verantwortlichkeit gegenüber. Sie benötigen dazu die Unterstützung nicht nur in einer einmaligen Weiterbildung, sondern in wiederkehrenden Angeboten zur Reflexion und Qualifizierung. Die noch immer weitverbreitete Praxis, Fachkräfte der Pflege auch ohne Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft als stellvertretende oder kommissarische Wohn- oder Pflegedienstleitung zu beschäftigen, muss überwunden werden.

Die Teilnehmenden an der Gruppendiskussion der Befragten, die sich der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft befinden, sehr realistisch ihre künftig erweiterte Verantwortung und ihre herausgehobene Stellung im Team. Sie sollten hierfür nicht nur eine angemessene zusätzliche Vergütung erhalten, sondern benötigen auch – jenseits der einmaligen Qualifizierung in der Weiterbildung – Gelegenheiten zur Reflexion ihres Führungsverhaltens, z.B. in Coaching oder Supervision und durch kontinuierliche Qualifizierung etwa hinsichtlich neuer Entwicklungen.

Mit den befragten Teilnehmenden an der Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft liegen mehrere Beispiele von Fachkräften vor, die zum Teil bereits seit mehreren Jahren diese Funktion ausüben, ohne die Qualifizierung dafür erhalten zu haben. Dies stellt sowohl eine Geringschätzung der Leitungsaufgaben als auch der Leistungsträger dar. Diese Praxis muss dringend überwunden werden. Sie hat eine Entsprechung bei der Besetzung von Einrichtungsleiterpositionen in der stationären Pflege, die ebenfalls oft ohne Qualifizierung erfolgt.



Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Für die Weiterbildungsbereitschaft ist ein Zugewinn an Gestaltungsmöglichkeiten zentral.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These verschiedene Themenkreise:

(1) Neugier auf neue Wissensbestände und Verantwortungsbereiche sowie das Interesse zu gestalten, motivieren:

- *Eine in die Unternehmensstrategie integrierte systematische Kompetenzentwicklung fehlt.*
- *Weiterbildung bindet an das Unternehmen.*
- *Weiterbildung entzieht der Praxis gute Kräfte.*
- *Weiterbildung braucht Zielgruppenorientierung und Umsetzungsmöglichkeiten.*
- *Zielvereinbarungsgespräche sind Voraussetzung für gezielte Weiterqualifizierung.*

(2) Finanzielle Vorteile spielen bei einer gesicherten Grundvergütung eine Nebenrolle für die Weiterbildungsbereitschaft:

- *Das ist falsche Bescheidenheit!*
- *Die Weiterbildung von Pflegekräften ist eine gesellschaftliche Aufgabe und erfordert eine systematische Finanzierung.*
- *Ein Aufstieg von der Hilfskraft- zur Fachkräfteebene scheitert häufig an den fehlenden finanziellen Anreizen.*
- *Die vorhandenen Reglementierungen zur Förderung von Weiterbildungen sind starr und ermüden die Beschäftigten und Arbeitgeber.*
- *Arbeitgeber und Beschäftigte müssen Beiträge zur Weiterbildung leisten – durch finanzielle Unterstützung und die Bereitstellung von Zeit.*

3.4 Experteneinschätzung

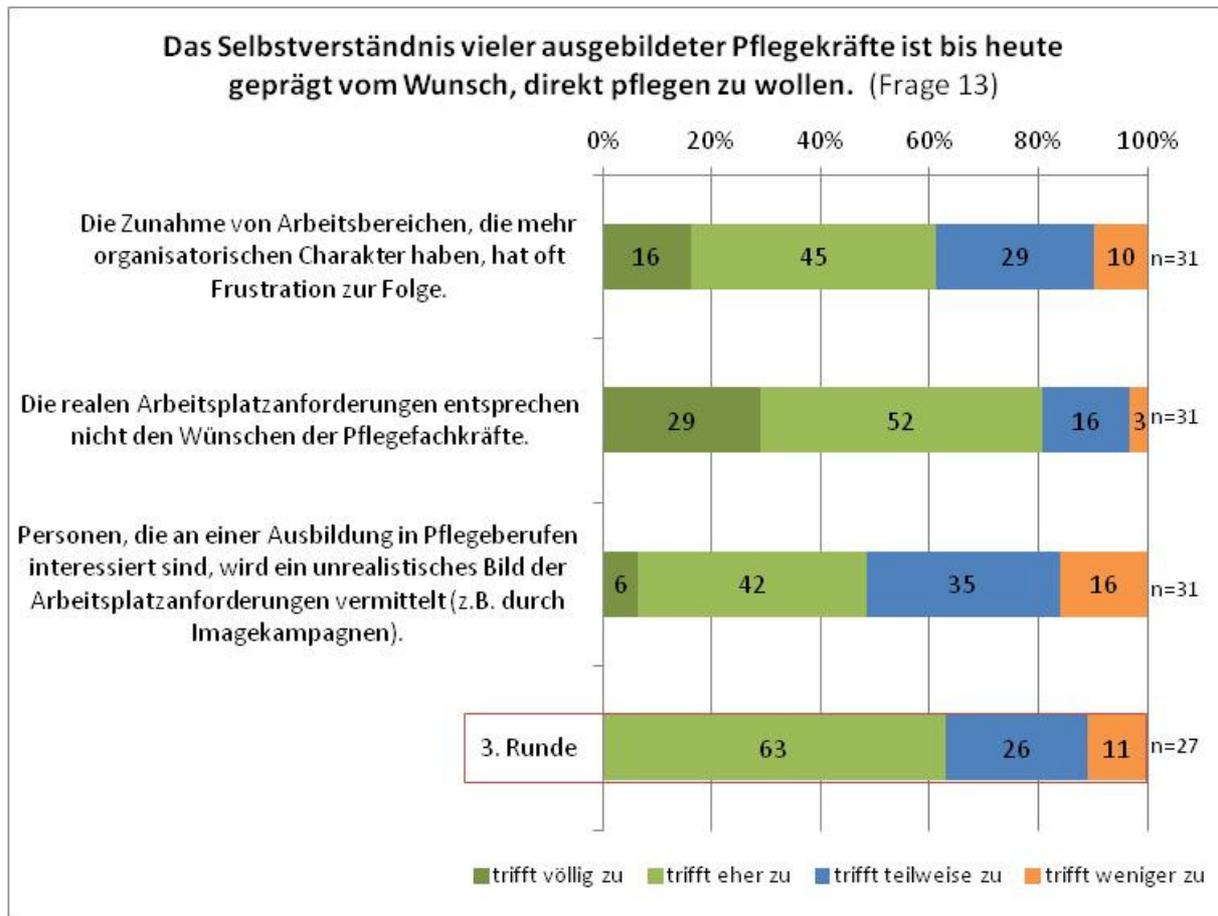
3.4.1 Delphi

Zu den umfangreichen Fallstudien wurden Fragen der Personalgewinnung, des Verbleibs und der -entwicklung auch in der Delphibefragung thematisiert.

Das Selbstverständnis vieler ausgebildeter Pflegekräfte ist bis heute geprägt von dem Wunsch, direkt pflegen zu wollen. So sind auch die Expertinnen und Experten (nachfolgende Experten genannt) der Delphi-Befragung überwiegend der Auffassung, dass die zunehmende Dominanz von Arbeitsbereichen, die mehr organisatorischen Charakter haben, oft zu Frustration führt. Ebenso stimmen sie mit 81% (trifft völlig zu, trifft eher zu) darin überein, dass die realen Arbeitsplatzanforderungen nicht den Wünschen der Pflegefachkräfte entsprechen. Zudem wird als Problem thematisiert, dass den an einer Ausbildung in Pflegeberufen interessierten Personen

ein unrealistisches Bild der Arbeitsplatzanforderungen vermittelt wird, beispielsweise durch Imagekampagnen (Abb. 35).

Abb. 35: Das Selbstverständnis vieler ausgebildeter Pflegekräfte



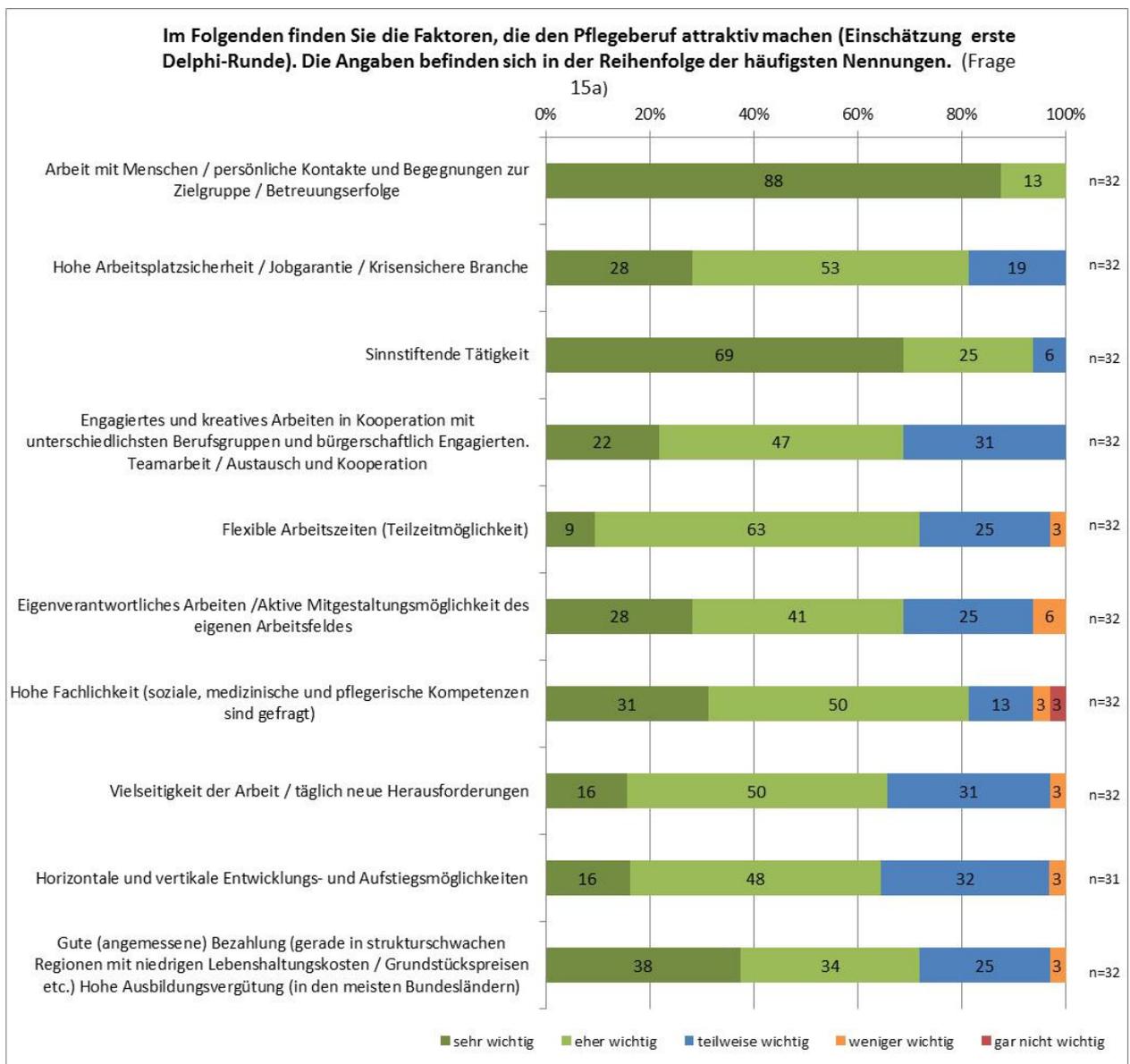
Von den Experten werden folgende Faktoren benannt, die den Pflegeberuf attraktiv machen: (Tab. 40). In der Reihenfolge der größten Zustimmung)

Tab. 40: Attraktive Faktoren für den Pflegeberuf

	Attraktive Faktoren	Sehr wichtig/ eher wichtig
1	Arbeit mit Menschen/ Persönliche Kontakte und Begegnungen zur Zielgruppe/ Betreuungserfolge	100%
2	Sinnstiftende Tätigkeit	94%
3	Hohe Arbeitsplatzsicherheit/ Jobgarantie/ Krisensichere Branche	81%
4	Hohe Fachlichkeit (soziale, medizinische und pflegerische Kompetenzen sind gefragt)	81%
5	Flexible Arbeitszeiten (Teilzeitmöglichkeit)	72%
6	Gute (angemessene) Bezahlung (gerade in strukturschwachen Regionen mit niedrigen Lebenshaltungskosten/ Grundstückspreisen etc.)/ Hohe Ausbildungsvergütung (in den meisten Bundesländern)	72%

	Attraktive Faktoren	Sehr wichtig/ eher wichtig
7	Engagiertes und kreatives Arbeiten in Kooperation mit unterschiedlichsten Berufsgruppen und bürgerschaftlich Engagierten/ Teamarbeit/ Austausch und Kooperation	69%
8	Eigenverantwortliches Arbeiten/ Aktive Mitgestaltungsmöglichkeit des eigenen Arbeitsfeldes	69%
9	Vielseitigkeit der Arbeit/ täglich neue Herausforderungen	66%
10	Horizontale und vertikale Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten	64%

Abb. 36: Faktoren, die den Pflegeberuf attraktiv machen

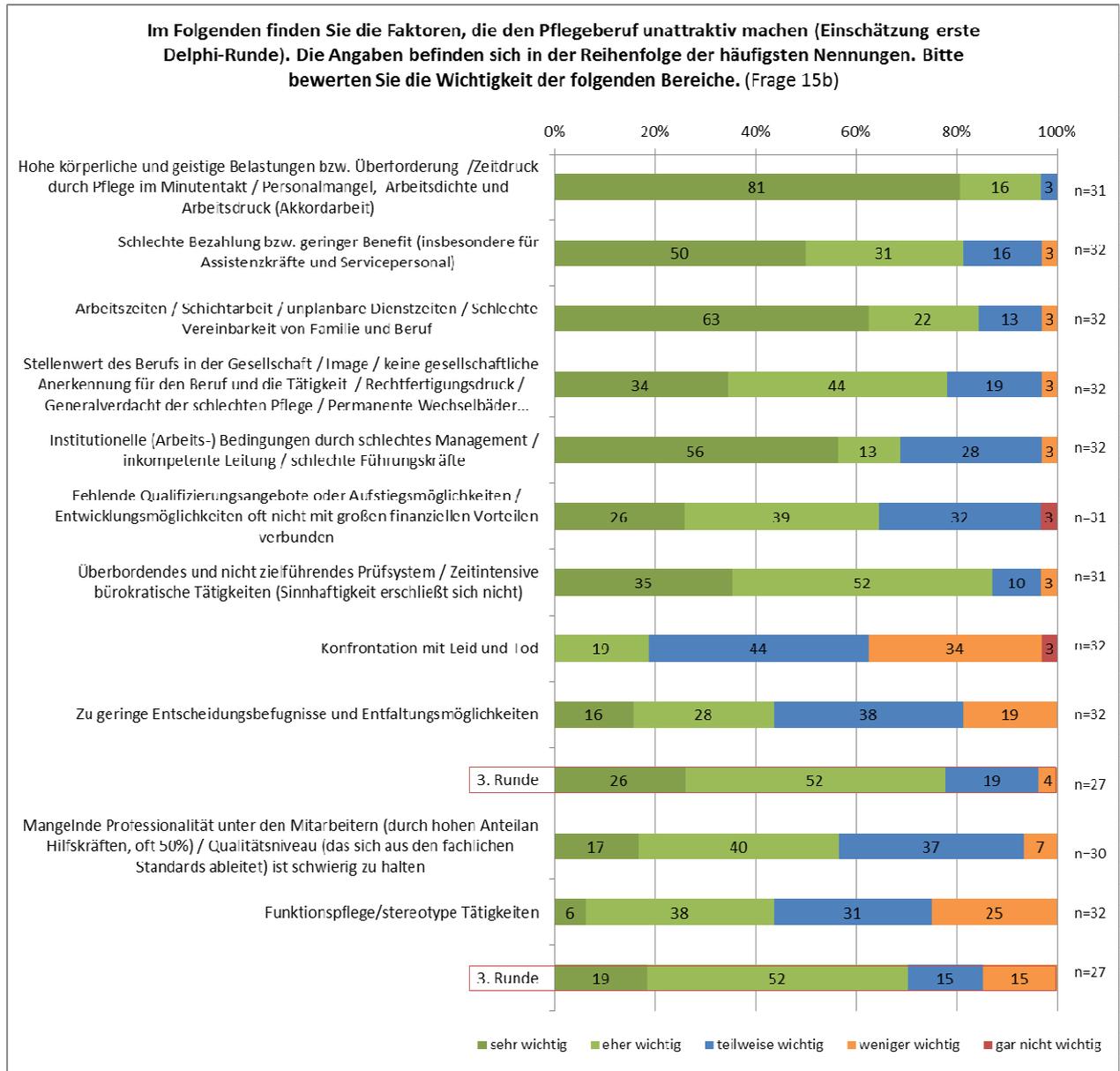


Als für den Pflegeberuf unattraktive Faktoren wurden von den Befragten folgende genannt (Tab. 41), wiederum dargestellt in der Reihenfolge der größten Zustimmung):

Tab. 41: Unattraktive Faktoren für den Pflegebereich

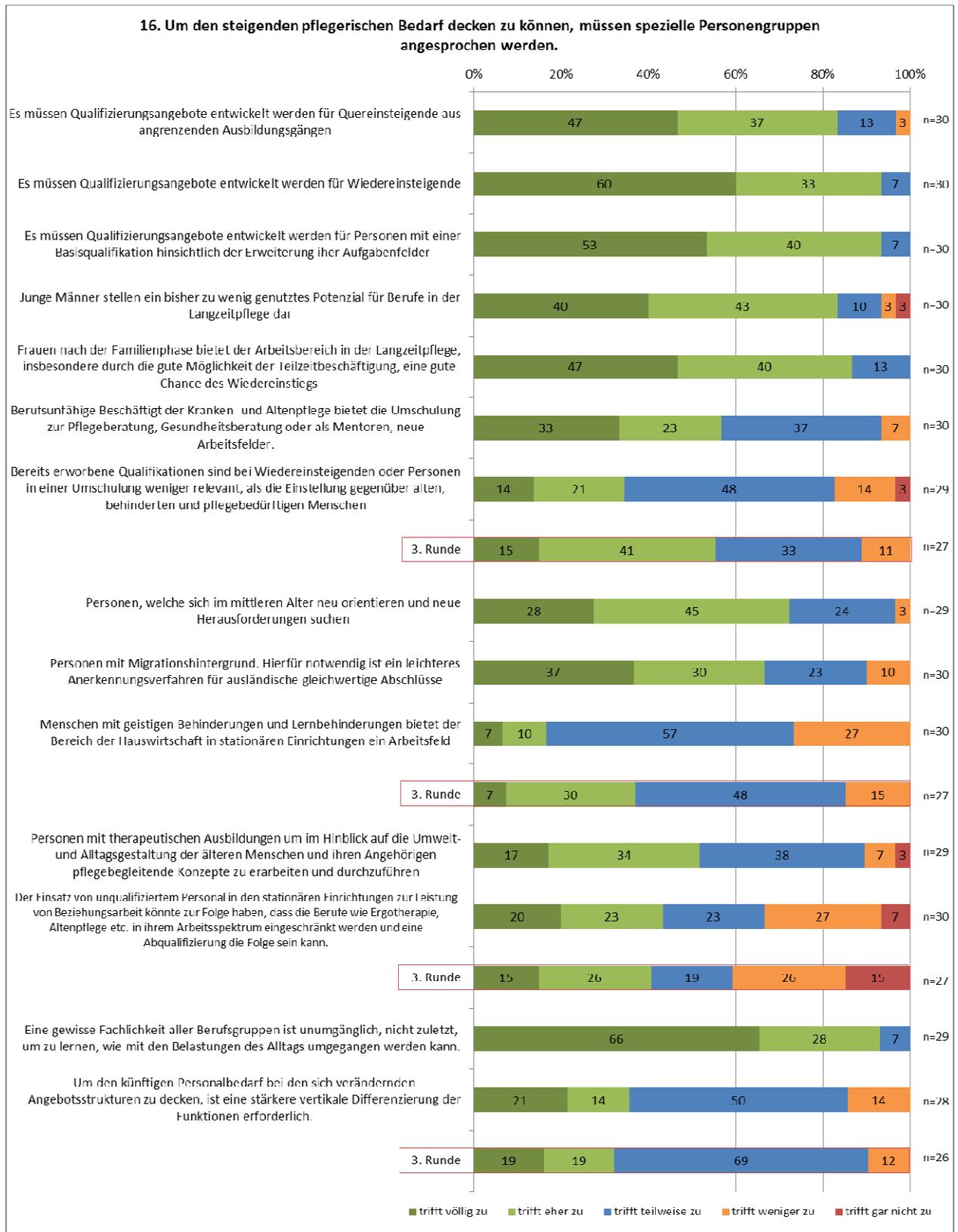
	Unattraktive Faktoren	Sehr wichtig/ eher wichtig
1	Hohe körperliche und geistige Belastungen bzw. Überforderung/ Zeitdruck durch Pflege im Minutentakt/ Personalmangel, Arbeitsdichte und Arbeitsdruck (Akkordarbeit)	97%
2	Überbordendes und nicht zielführendes Prüfsystem/ Zeitintensive bürokratische Tätigkeiten (Sinnhaftigkeit erschließt sich nicht)	87%
3	Arbeitszeiten/ Schichtarbeit/ unplanbare Dienstzeiten/ Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	81%
4	Schlechte Bezahlung bzw. geringer Benefit (insbesondere für Assistenzkräfte und Servicepersonal)	81%
5	Zu geringe Entscheidungsbefugnisse und Entfaltungsmöglichkeiten	78%
6	Stellenwert des Berufs in der Gesellschaft/ Image/ Keine gesellschaftliche Anerkennung für den Beruf und die Tätigkeit/ Rechtfertigungsdruck/ Generalverdacht der schlechten Pflege/ Permanente Wechselbäder zwischen öffentlicher Kritik und Mitleid	78%
7	Funktionspflege/ Stereotype Tätigkeiten	71%
8	Institutionelle (Arbeits-)Bedingungen durch schlechtes Management/ Inkompetente Leitung/ Schlechte Führungskräfte	69%
9	Fehlende Qualifizierungsangebote oder Aufstiegsmöglichkeiten/ Entwicklungsmöglichkeiten oft nicht mit großen finanziellen Vorteilen verbunden	65%
10	Mangelnde Professionalität unter den Mitarbeitenden (durch hohen Anteil an Hilfskräften, oft 50%)/ Qualitätsniveau (das sich aus den fachlichen Standards ableitet) ist schwierig zu halten	57%
11	Konfrontation mit Leid und Tod	19%

Abb. 37: Faktoren, die den Pflegebereich unattraktiv machen



Um den steigenden pflegerischen Bedarf zukünftig decken zu können, sollten differenziert jene Personengruppen betrachtet werden, die sich für eine gezielte Ansprache eignen könnten (siehe Abb. 38). Hier benennen die Befragten beispielsweise Quereinsteigende aus angrenzenden Ausbildungsgängen oder Wiedereinsteigende (z.B. während und nach der Familienphase), für die passende Qualifizierungsangebote entwickelt werden könnten. Auch Personen mit einer Basisqualifikation könnten durch Qualifizierungsangebote eine Erweiterung ihrer Aufgabenfelder erfahren. Großes und zugleich bisher wenig genutztes Potenzial wird bei jungen Männern gesehen.

Abb. 38: Ansprache möglicher Personengruppen zur Deckung des Bedarfs



Zudem könnten Personen, die sich im mittleren Alter befinden und nach einer Neuorientierung streben, in der Langzeitpflege eine interessante und sinnstiftende berufliche Aufgabe finden. Auch bietet der Einsatz transnationaler Pflegekräfte eine Chance zur Entlastung. Hierfür notwendig ist ein leichteres Anerkennungsverfahren vergleichbarer ausländischer Abschlüsse. Für

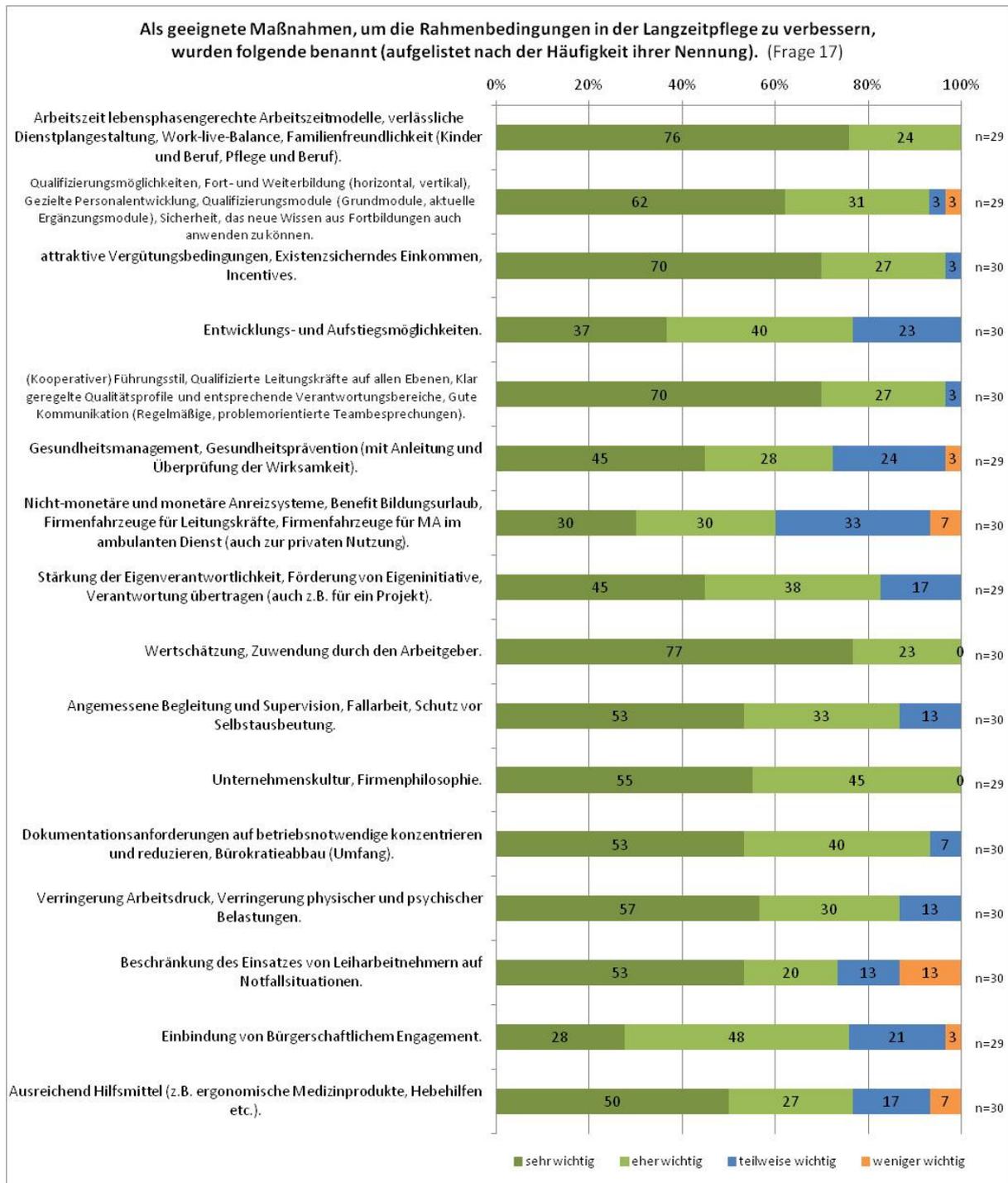
berufsunfähige Beschäftigte der Kranken- und Altenpflege ließen sich durch Umschulungen neue Arbeitsfelder in den Bereichen Pflegeberatung, Gesundheitsberatung oder für die Tätigkeit als Mentoren schaffen.

Zustimmend, aber mit größerer Unsicherheit äußern sich die Befragten hinsichtlich der Einschätzung, ob Personen mit therapeutischen Ausbildungen zu einer Entlastung im Bereich der Alltagsgestaltung älterer Menschen und ihrer Angehörigen beitragen können – wenn man hier die Entwicklung und Umsetzung pflegebegleitender Konzepte im Blick hat. Ebenfalls mit einer gewissen Unsicherheit bewerten die Experten den Einsatz von Menschen mit geistiger Behinderung und einer Lernbehinderung im Bereich der Hauswirtschaft in stationären Einrichtungen.

Generell ist nach Meinung der Befragten entscheidend, dass eine gewisse Fachlichkeit bei allen Berufsgruppen in der Langzeitpflege vorliegt, nicht zuletzt, um lernen zu können, mit den Belastungen im Alltag umzugehen.

Um die Langzeitpflege als zu einem attraktiven Berufsfeld weiterzuentwickeln, bedarf es Veränderungen der Rahmenbedingungen. Bereiche, um geeignete Maßnahmen anzusetzen, sind nach Ansicht der Experten mit 100%iger Übereinstimmung sowohl die Arbeitszeitgestaltung (lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle, verlässliche Dienstplangestaltung, Work-Life-Balance, Familienfreundlichkeit), die Wertschätzung bzw. Zuwendung durch den Arbeitgeber als auch die Unternehmenskultur und die Firmenphilosophie (siehe Abb. 39). Alle weiteren Bereiche sind den Befragten zufolge mit großer Übereinstimmung ebenfalls wichtige Gebiete, um Verbesserungen in der Rahmenbedingungen erreichen zu können. Genannt wurden hier attraktive Vergütungsbedingungen, einen kooperativen Führungsstil (qualifizierte Führungskräfte auf allen Ebenen, klar geregelte Verantwortungsbereiche, gute Kommunikation), eine angemessene Begleitung und Supervision (Fallarbeit, Schutz vor Selbstausbeutung) und gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen sowie Entwicklungs- / Aufstiegsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist nach Meinung der Experten bei einer Reduzierung der Dokumentationsanforderungen anzusetzen sind der Arbeitsdruck und die physischen/ psychischen Belastungen zu verringern sowie Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative zu fördern bzw. zu stärken.

Abb. 39: Geeignete Maßnahmen, um Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern



3.4.2 Innovationswettbewerb

Dass Arbeitgeber und Mitarbeitende durchaus innovative Wege gehen können, hat der Wettbewerb „Uns fragt ja (k)leiner!“ gezeigt.

Nachstehend werden die eingereichten Beiträge aufgelistet, die in der ersten Runde eingereicht und für die zweite Runde zugelassen wurden. Die Teilnehmenden der zweiten Runde sind gelb unterlegt.

Thema	Kurzfassung	Kernthema
Kundenorientierung Pflegergruppen Mitarbeiterbeteiligung	Kundenorientierung Mitarbeitende (MA) haben einen festen Stamm an Klienten „Pflegergruppe“ die sie versorgen, bei zunehmender Klientenanzahl wird eine neue Pflegergruppe eröffnet Einbeziehung der MA in Dienstplanung Berücksichtigung von Wünschen der MA sowie der Kunden	Mitarbeiterzufriedenheit Kundenzufriedenheit
Kleinkindbetreuung in der Seniorenresidenz	Kleinkindbetreuung in extra eingerichteten Räumen durch eine Fachkraft	Wiedereinstieg in den Beruf
Seminar-Reihe „Wenn normale Pflege nicht mehr ausreicht“	Seminarreihe für MA in der Pflege und Betreuung von Menschen mit HIV, zur Verbesserung des Umgangs in Langzeitbetreuung von psychisch kranken Menschen Konzept der Gegenübertragung wird auf den Pflegealltag übertragen	Entlastung der pflegerischen Beziehung
Weiterbildungskonzepte	Weiterbildung zum „Demenz-Clown“ einer Mitarbeiterin, aufgrund ihrer Empfehlung wurden alle 200 MA geschult. Weiterbildung zur PDL von 4 MA, obwohl nicht alle in der Einrichtung werden arbeiten können, wird der Großteil der Kosten übernommen und keine vertragliche (Bindungs-)Verpflichtung vorgenommen.	Wertschätzung von MA durch (Ideenübernahme) sowie Veränderte Sichtweise auf Pflegebedürftige und Verhaltensänderungen Mitarbeitermotivation
Kongruente Beziehungspflege	Umstellung der Einrichtung auf Kongruente Beziehungspflege nach Rüdiger Bauer	Mitarbeiterzufriedenheit geringe Ausfallquote (1-3%) Überstundenreduzierung Bewohnerzufriedenheit Wettbewerbsvorteil

Thema	Kurzfassung	Kernthema
Gesundheitsfördernde Angebote	Kursangebote (in der Arbeitszeit?) wie Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Atemschule, Progressive Muskelentspannung Supervision und Fallbesprechungen Betriebs-Chor	Mitarbeitergesundheit psychisch und physisch Teamübergreifende Kontakte zur Erleichterung der interdisziplinären Zusammenarbeit
Gesundheitsfördernde Angebote Sehr gute technische Ausstattung Mitarbeiterbeteiligung Mitarbeiterpflege	Rückengymnastik in den eigenen Räumen für alle MA Gesundheitstage etc. Besichtigung anderer Einrichtungen Mitsprache bei Dienstplangestaltung Teilzeitarbeit gut möglich kleine Teams kaum Überstunden Sonstiges (Diensthandy, Auto mit Radio, Autounterstellplatz, ergonomisch gute Büroarbeitsplätze)	Mitarbeiterzufriedenheit Mitarbeitergesundheit (physisch) und durch planbare Erholungszeiten auch psychisch Familienverträglichkeit
Leitungspersönlichkeit Gesundheitsfördernde Angebote Weiterbildung	Respektvoller Umgang der Heimleitung mit den MA und sehr viel Zeit für fachliche und persönliche Belange Ernährungsberatung, Workshops, Yoga-Kurse Aus- und Weiterbildung wird gefördert	Mitarbeiterzufriedenheit Mitarbeitergesundheit Aufstiegschancen
Pflegeoase (für 6 Bewohner)	Einrichtung einer Pflegeoase, die von einem festen 4er-Team versorgt wird Freiwillige Entscheidung zur Mitarbeit, hoher Verantwortungsgrad mit spezieller Vorbereitung und kontinuierliche Qualitätszirkel, Supervision und Teamgesprächen	Mitarbeiterzufriedenheit Bewohnerzufriedenheit
Interdisziplinäre Teambildung (Pflege, Hauswirtschaft und Sozialdienst)	Gemeinsamer Ansatz von Sozialdienst- und Pflegedienstleitung, interdisziplinäre Teambildung durch Team-Tage zu aktivieren	Mitarbeiterzufriedenheit
Betreuung von Auszubildenden (46 bei 220 MA) durch eine separate Person (Sozialarbeiter ehem. Leiter Pflegefachschule)	Beteiligung der MA an der Ausbildungsstruktur Ausbildungsbetreuer als Vermittler zwischen Ausbildern und MA Einstellung der Azubildenden zusätzlich, also unterstützend für MA	Ausbildungsqualität Mitarbeiterzufriedenheit

Thema	Kurzfassung	Kernthema
Netzwerke für Personalwechsel Gesundheitsfördernde Angebote	Netzwerke um Personalwechsel zu ermöglichen um Burnout vorzubeugen? Schulungsangebote zur körperlichen Entlastung	Mitarbeitergesundheit
Konzept zur kinästhetischen Ausrichtung einer gesamten Pflegeeinrichtung Bewegen statt Heben	Grund- und Aufbaukurse für alle MA im Pflegedienst Einarbeitungskonzept für neue MA Integration von Auszubildenden Bezugspflegekräfte müssen die eingesetzten Maßnahmen genau beschreiben inkl. Hilfsmitteln und Bewältigungsstrategien Peer-Tutoren pro Wohnbereich	Mitarbeitergesundheit Mitarbeiterzufriedenheit Mobilitätsförderung der Bewohner
Ausbildungsoffensive zur Altenpflege mit AIQUA Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege (9 von 123 MA) gefördert vom Hessischen Sozialministerium	Unterstützung von Pflegehilfskräften welche die formalen Zulassungsvoraussetzungen für eine Ausbildung nicht erfüllen, die Ausbildung zum Pflegehelfer und darauf aufbauend zum Altenpfleger zu absolvieren 20% Freistellung bei vollem Lohnausgleich Feste Lerntage für gemeinsames Lernen Zur Verfügungstellung der Infrastruktur (Büro, PC, Literatur) Erreichen des Hauptschulabschlusses Engmaschige Betreuung und Unterstützung durch PDL, Heimleitung und Qualitätsbeauftragten	Qualifizierung Mitarbeiterbindung Mitarbeiterzufriedenheit

Anlässlich der Prämierung am 05.02.2013 in Berlin wurden die drei ausgezeichneten Innovationen näher dargestellt und bzgl. ihrer jeweiligen Innovationsfähigkeit bewertet.

3.4.2.1 1. Preis: Victor-Gollancz-Haus, Frankfurt am Main

Den ersten Preis erhielt das Victor-Gollancz-Haus, eine stationäre Altenpflegeeinrichtung für ca. 120 Personen, gemeinsam mit dem Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. für das Projekt AIQUA-Arbeitsintegrierte Qualifikation in der Altenpflege (www.aiqua.de).

Mit dem Projekt AIQUA-Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege bietet das Victor-Gollancz-Haus bislang neun ungelerten Pflegekräften eine hausinterne berufsbegleitende Altenpflegeausbildung. Einige Teilnehmende konnten durch das Projekt außerdem den in Hessen so genannten Qualifizierenden Hauptschulabschluss erreichen.

Für das AIQUA kooperieren der Frankfurter Verband, das hessische Kultusministerium und die Werkstatt Frankfurt mit dem Bildungszentrum des Frankfurter Verbandes. Gefördert wird das Projekt vom Europäischen Sozialfonds für Menschen in Hessen.

Die Ausbildung dauert drei Jahre. 20% der Wochenarbeitszeit sind für Lern- und Prüfungszeiten vorgesehen – ohne Gehaltseinbußen. Es gibt wöchentlich einen Lerntag, an dem gemeinsam gearbeitet wird. Der Arbeitgeber stellt dafür ein Büro, einen PC mit Internetzugang und Fachliteratur zur Verfügung.

Die Motivation an dem Projekt teilzunehmen beschreibt Frau Katharzyna Bunczek, welche die Innovation für den Wettbewerb angemeldet hat, wie folgt: *„Die Arbeit in der Altenhilfe, mag sie auch körperlich und psychisch sehr belastend sein, macht uns sehr viel Spaß. Unser großer Wunsch, Altenpflege von der Pike auf zu erlernen, scheiterte jedoch daran, dass wir entweder nicht die Zugangsvoraussetzungen des Altenpflegegesetzes erfüllen – meist reichte der Schulabschluss nicht aus – oder wir uns eine reguläre Ausbildung aus finanziellen Gründen nicht leisten können. Wir sind aber sehr motiviert und wollen unbedingt die Chance unseres Lebens nutzen, bald unseren Traumberuf ausüben zu können!“*

Eine AIQUA-Koordinatorin vermittelt die Ausbildungsinhalte und nimmt auch die schriftlichen und praktischen Prüfungen in den verschiedenen Ausbildungsblöcken ab. Dabei betont Frau Bunczek: *„Die Anforderungen für die Kursteilnehmer sind manchmal ziemlich hoch und einigen fällt es nach einem stressigen Arbeitstag schwer, abends noch Fachbücher zu wälzen, zumal sich die meisten dann auch noch um die Familie kümmern müssen.“* Doch die Lernerfolge stärken das Selbstbewusstsein. Geschätzt wird von den Mitarbeitenden vor allem die Möglichkeit, dass sie das gelernte Wissen direkt in der Praxis anwenden können.

Die Auszubildenden werden von den Praxisanleitern und Pflegedienstleitungen, der Heimleitung und der Qualitätsbeauftragten der Einrichtung engmaschig betreut und unterstützt. Im November haben alle die Zwischenprüfung zur Pflegehelferin oder zum Pflegehelfer absolviert. *„Aber wir wollen weitermachen, um in gut zwei Jahren examinierte Pflegefachkraft zu sei.“* (Bunczek).

Das Projekt integriert Bildung im Arbeitsprozess und fordert auch die bestehende Mitarbeiterschaft heraus, so Ute Bischofsky, Leiterin des Fachbereichs stationäre und teilstationäre Pflege im Frankfurter Verband: *„Die alltägliche Zusammenarbeit mit den Auszubildenden zwingt alle anderen Mitarbeitenden, ihre Fachkenntnisse aufzupolieren, um nicht als unwissend dazustehen.“*

Rudolf Kast, Die Personalmanufaktur für die Jury:

AIQUA ist ein herausragendes Leuchtturm-Projekt, weil der Arbeitgeber eine sozialpolitisch und gesellschaftlich wichtige Aufgabe übernimmt: Er gibt Menschen ohne formalen Schulabschluss und ohne Altersgrenze die Chance, berufsbegleitend und bei vollem Gehalt eine Ausbildung zu machen. Er holt sie dort ab, wo sie stehen. Es ist faszinierend, wie mit einer „Hands-on-Methode“, der Frankfurter Verband die Beschäftigten für die Ausbildung auswählt: Ohne Assessment, aber mit Vertrauen auf Beziehungen und Kenntnis der Person, sind die Mitarbeitenden für das Projekt angesprochen und ausgewählt worden. Besonders der Transfer von Wissen, verknüpft mit praktischer Unterweisung macht den großen Lernerfolg für die Akteure aus.

3.4.2.2 2. Preis: St. Gereon Seniorendienste, Hückelhoven

Prämiert wurden die St. Gereon Seniorendienste für ihr Projekt einer Ausbildungsoffensive „Wir rocken die Zukunft“.

Die stationäre Altenpflegeeinrichtung in kirchlicher Trägerschaft mit Sitz in Hückelhoven im Westen von Nordrhein-Westfalen hat ca. 300 Beschäftigte. Das Ziel des Projektes „Wir rocken die Zukunft“ ist es, Ausbildungsplätze weit über den eigenen Bedarf hinaus bereitzustellen. Für ihre inzwischen über 60 Auszubildenden in den Pflegeberufen, haben die St. Gereon Seniorendienste einen Ausbildungs Koordinator eingestellt. Seine Aufgabe ist es, die verantwortlichen Akteure in den praktischen Arbeitsfeldern zu entlasten und die Kommunikation zwischen den Praxisanleitungen und Auszubildenden zu optimieren.

Die Stelle des Ausbildungs Koordinators ist fachlich hochwertig besetzt. Er begleitet die Auszubildenden und – das ist den St. Gereon Seniorendiensten besonders wichtig – er kümmert sich um die praktische Anleitung. Um die große Anzahl an Azubis bewältigen zu können, wurde die Organisation der Ausbildung den Bedürfnissen der Praxisanleiter angepasst. Dazu gehört nicht nur ein digitales Netzwerk zur einfachen Abwicklung der Beurteilungen, Ausbildungspläne etc. Der Ausbildungs Koordinator bindet die Anleiter stark in die Ausbildung ein. Er fragt die Praktiker vor allem danach, wie die Anleitung aus ihrer Sicht am besten funktioniert. Die Akteure vor Ort entscheiden auf diese Weise mit, bringen ihre Erfahrung ein und verhindern, dass Ausbildungsfehler beim Einsatz der Azubis wiederholt werden. Die Vorzüge eines Ausbildungs Koordinators benennt Frau Manuela Garbrecht, Vorsitzende der Mitarbeitervertretung, die das Projekt zum Wettbewerb angemeldet hat: *„Wir haben einen konstanten Ansprechpartner, der als Vermittler und Sprachrohr zwischen Auszubildenden, Anleitung, Geschäftsleitung und Fachseminar fungiert. Das macht für uns die Kommunikation einfacher und weniger zeitintensiv. Diese Zeit können wir besser in die gute praktische Ausbildung unserer Schüler stecken.“*

Thorsten Peiler, Auszubildender in den St. Gereon Seniorendiensten, berichtet, dass zum Projekt „Wir rocken die Zukunft“ auch verbindliche Patenschaften gehören: Azubis des 2. und 3. Lehrjahrs übernehmen eine Patenschaft für die Neuen des 1. Lehrjahrs. Jeder Pate betreut im Schnitt vier Schüler. Die „alten Hasen“ geben eigenes Wissen weiter („lehren lernen“) und helfen den „Frischlingen“ sich im Betrieb zurechtzufinden. Der Ausbildungs Koordinator ist Ansprechpartner für die Azubis. Es gibt regelmäßige Treffen und die Möglichkeit, Einzeltermine zu vereinbaren. Bei allem geht es darum, dass sich die Azubis zurechtfinden, Freude an ihrer Ausbildung entwickeln und jederzeit Ansprechpartner für ihre Sorgen und Nöte haben. *„Im Konfliktfall vermitteln die Paten als neutraler Partner zwischen Mentor und Schüler. Möglich ist sogar ein Wechsel zu einem anderen Ausbildungsanleiter. Da es davon genügend gibt, ist es kein Problem, auch mal die Gruppe zu tauschen“*, erläutert Manuela Garbrecht.

Die Finanzierung des Projektes erläutert der Geschäftsführer Bernd Bogert: *„In NRW gibt es die umlagefinanzierte Ausbildung. Man kann sagen, dass uns unsere Ausbildungsoffensive deshalb nichts kostet. Selbst die Kosten für den Ausbildungs Koordinator werden über die Einrichtungen refinanziert. Die Begleitung durch die Mitarbeitenden der Häuser kostet natürlich Zeit, die jedoch nicht erfasst wird.“*

Zur Bewältigung der großen Anzahl an Azubis beinhaltet das Konzept eine Kooperation mit fünf Fachseminaren, auf die die Azubis verteilt werden. Für die Praxisanleitung gibt es eine Zusam-

menarbeit mit anderen Diensten und Krankenhäusern, die Federführung liegt in der Hand der St. Gereon Seniorendienste. Ebenfalls zum Konzept gehören gezielte Kooperationen mit Hauptschulen. Die St. Gereon-Azubis stellen das Berufsfeld der Altenpflege in den oberen zwei Klassen in dem Berufskundeunterricht der Hauptschulen vor. Die Schülerinnen und Schüler in diesen Klassen befinden sich in einer Orientierungsphase, in der sie sich überlegen, wo es beruflich hingehen soll. Die Resonanz auf die Aktion der Pflegeazubis ist positiv. Ihr wichtigstes Ziel ist es dabei, gründlich aufzuräumen mit dem vorherrschenden Altenpflege-Image vom „Arsch abwischen“ (Peiler) und die schönen Seiten des Pflegeberufs mit allen Facetten ins rechte Licht zu rücken.

Rudolf Kast, Die Personalmanufaktur für die Jury:

Schulkooperationen sind wichtig für die Nachwuchsgewinnung. Die Industrie macht das schon länger vor, zum Beispiel durch gegenseitige Informationsbesuche, also Azubis gehen in die Schule oder Schüler besuchen Firmen.

Der werbefähige Titel „Wir rocken die Zukunft“ ist dazu geeignet, junge Leute anzusprechen. Das Projekt trifft damit den Puls der Zeit. Aufgrund des Pflegenotstandes ist es wichtig, auch über den eigenen Bedarf hinaus und für den Arbeitsmarkt auszubilden. Durch das Supervisoren-Konzept ist eine intensive Begleitung der Azubis gewährleistet. Ausbildungsverbünde kommen auch in der Industrie vor. Firmen, die selbst zu klein sind, um auszubilden, finanzieren Ausbildungs- und Trainingsgesellschaften, die dann die Ausbildung durchführen.

3.4.2.3 3. Preis: Diakonie-Sozialstation Metzingen e.V.

Der dritte Preis wurde an die Diakonie-Sozialstation Metzingen e.V., einem ambulanten Pflegedienst in Baden-Württemberg, für das Projekt „Lebenssituationsadäquates Arbeiten“ vergeben.

Das Projekt widmet sich der Frage der Mitarbeitergewinnung und dem Mitarbeiterverbleib. Entgegen dem derzeitigen Trend hat die Sozialstation Metzingen kein Problem, gute Pflegekräfte zu finden und anstellen zu können. Der kirchliche Pflegedienst gilt als ausgezeichneter Arbeitgeber, zu dem auch Fachkräfte aus anderen Diensten gerne wechseln. *„Wir werben nicht ab“*, betont der Geschäftsführer Oliver Maier, *„allein unser guter Ruf wirkt wie ein Magnet.“* Ungefähr 250 Mitarbeitende beschäftigt der ambulante Dienst für sein klassisches Leistungsangebot an Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Familienpflege und Altenpflege.

„Als Arbeitgeber setzt die diakonische Pflegeeinrichtung nicht nur alles daran, Menschen in den Pflegeberuf zu holen, sondern gestaltet auch die Arbeitsbedingungen so, dass sie bleiben“, betont Monika Dölker, langjährige Mitarbeiterin und Initiatorin der Wettbewerbsteilnahme. Auf dem Programm für „Lebenssituationsadäquates Arbeiten“ stehen u.a.:

- gesundheitliche Prävention in den Räumen der Sozialstation
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch angepasste Teilzeitarbeit
- Einflussnahme der Mitarbeitenden auf die Arbeitsgestaltung
- Arbeit in überschaubaren Teams
- Beschäftigung auch älterer Personen, Mitarbeit bis zur Rente ist möglich
- aktive Mitarbeitervertretung

Rudolf Kast, Die Personalmanufaktur für die Jury:

Das Arbeitsmodell ist für den Bereich der Pflege innovativ, weil es den Mitarbeitenden in gut ausgebildeten Pflgeteams den Arbeitsalltag durch verbesserte Arbeitsorganisation erleichtert.

Vor allem das flexible Gleitzeit-System, wie es in der Diakonie-Sozialstation in Metzingen zu finden ist, wird in maximal der Hälfte aller Unternehmen in Deutschland so organisiert. Die Ausrichtung des Arbeitsprozesses an den Wünschen der Beschäftigten stellt hohe Ansprüche an den Arbeitgeber. Die Arbeitsorganisation wird massiv beeinflusst, die Arbeitskultur muss angepasst werden. Die Phasen Ausbildung – Arbeit – Freizeit (Auszeit) müssen durch den Arbeitgeber in alle Lebenszeitphasen der Mitarbeitenden integriert werden. Der Aufwand lohne sich aber. Beschäftigte mit einem hohen Fachkräftepotenzial müssen die Möglichkeit haben, ihren Arbeitsplatz zu gestalten und Ideen umzusetzen. Schließlich gehe es darum, Führungskräften solange wie möglich einen attraktiven Arbeitsplatz zu bieten. Der vor Jahren propagierte Trend, nach fünf bis acht Jahren die Stelle wechseln (zu müssen), sei nicht mehr aktuell.

3.4.2.4 Zusammenfassung

Der Innovationsgrad der eingereichten Beiträge ist differenziert zu betrachten. Tatsächlich scheinen einige Erkenntnisse aus der Personalentwicklung, die in der Industrie und dem Profitbereich bereits weitverbreitet sind, (noch) nicht in der Pflegebranche angekommen zu sein. Aus dieser Sicht stellen viele der gemeldeten Beiträge für den Bereich der Pflege tatsächlich eine Innovation dar. Es muss allerdings auch konstatiert werden, dass die quantitative Beteiligung an dem Wettbewerb hinter den Erwartungen geblieben ist.

Die Preisträger überzeugten fachlich durch ihre durchdachten und sehr gut umgesetzten Konzepte, aber auch durch die spürbare Einheit aus „Gesagtem“ und tatsächlich „Gelebtem“. Hier bilden Corporate Identity und Wirklichkeit eine Einheit, die zum Erfolg der Projekte beiträgt. Die Preisträger zeigen, wie man notwendige Veränderungen der Blickrichtung schaffen kann. Die Ausstrahlung der Preisträger sollte prägend für die ganze Branche sein.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion anlässlich der Preisverleihung in Berlin wurden weitere Aspekte deutlich, die für die Bekämpfung des Fachkräftmangels von Bedeutung sind:

Pflegebranche im Kampf gegen die Abwertung unterstützen

Mithilfe von geeigneten Maßnahmen, vor allem durch die Arbeitgeber, muss sich die Pflegebranche vor dem weiteren Verfall ihres Images schützen. Menschen, die beruflich in der Langzeitpflege arbeiten, sind in einer Branche tätig, in der sie durchgängig mit Grenzsituationen des Lebens konfrontiert werden: Krankheit, Leid, Schmerzen, Tod, Trauer. Beschäftigte in der Pflege brauchen deshalb Arbeitsplätze, die es ihnen ermöglichen, den Blick auf das Leben und auf die positive Bewältigung der Langzeitpflege zu richten. Wo das nicht gelingt, kommt es leicht zur Abwertung der Branche an sich.

Die „Schönheit“ und sinnstiftende Funktion der Pflegeberufe bewerben

Dass Sinnstiftung eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass im Wachstumsmarkt Altenpflege attraktive Arbeitgeber identifiziert werden können, führte Kast aus. Kleine und mittelständische Unternehmen, Familien- oder Einzelunternehmen bieten die besten Möglichkeiten, ein Employer Branding zu schaffen, weil Entscheidungskompetenz und persönliche Verantwortung hier noch

nahe beieinander liegen. Der Dienst am Menschen wird (wieder) wichtiger, Werte steigen im Ansehen. Das Interesse am finanziellen Verdienst bei Beschäftigten rangiere hinter der Motivation und Zufriedenheit. Mithilfe einer Kampagne, bei der der Resilienz-Gedanke in den Vordergrund rückt, könnte gezeigt werden, wie bereichernd es ist, im Berufsfeld Pflege zu arbeiten. Wenn Arbeitnehmer ihren Beruf positiv erleben, kommt das auch bei Kunden positiv an. Die Altenpflege muss, aus Sicht von Kast, der Gesellschaft nahebringen, dass sich mit der Arbeit am Menschen herausragende ethische Werte verbinden und welche Zukunftschancen der Markt hat. *„Menschen möchten in ihrem Berufsleben Sinn finden. Altenpflege ist prädestiniert dafür, sinnstiftend zu sein. Das sollte beworben werden!“*, so Kast.

Führungskräfte stärken

Es wurde deutlich, dass es an gut ausgebildeten Führungskräften in der Pflegebranche fehlt. Führungskräfte, die ihren Beschäftigten etwas zutrauen und ihnen für die Umsetzung ihrer Ideen auch Gestaltungsäume bieten, gibt es zu wenige. Leitungspersonen müssen in der Lage sein, die richtigen Mitarbeitenden auszuwählen und wissen, wie man Beschäftigte motiviert, denn es ist eindeutig, dass schlechte Führungskräfte, zumal in der Pflegeausbildung, den gesamten Berufsstand schädigen.

4 Berufsgruppen und deren Design

Ein breit angelegtes vertikal und horizontal durchlässiges Berufsgruppenkonzept, Berufe in Cure und Care mit einbezieht, wurde von den Auftragnehmern schon bei Angebotserstellung für die Studie als zielführend beschrieben. In diesem Kapitel werden auf Landesebene angebotene und geregelte Berufsausbildungen im Care-Bereich analysiert. Am Ende steht eine Matrix, die ein durchlässiges und die Anstrengungen der Personalarbeit würdigendes Berufsgruppen- und Bildungskonzept abbildet. Dieses Konzept könnte in der Lage sein, die Deckung des Personalbedarfs in der Langzeitpflege konsequent mit Konzepten des lebenslangen Lernens und einer lebenszyklusorientierten Personalarbeit zu verbinden. Als Abschluss des Kapitels werden Experteneinschätzungen ausgewertet, soweit sich diese auf Aussagen zu einem zukunftsweisenden Berufsgruppenkonzept beziehen.

4.1 Berufsgruppenrecherche

Eine umfassende Recherche von Aus- und Weiterbildungen sowie Studiengängen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Hauswirtschaft als Teil einer Forschung zur personellen Sicherung der Langzeitpflege alter Menschen zu konzipieren, hat folgenden Hintergrund: Mit Blick auf die realistischen Rekrutierungsperspektiven für an Pflegeaufgaben verantwortlich zu beteiligenden Berufsgruppen wird sich eine nachhaltige Strategie zur Personalentwicklung in der Langzeitpflege nicht allein auf die Rekrutierung von Pflegefachkräften fokussieren dürfen. In den anglo-amerikanischen Berufsgruppenkonzepten in der Langzeitpflege finden sich sowohl in vertikaler als auch in horizontaler Hinsicht Differenzierungen und ein verbreiteter multidisziplinärer Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Auch in der deutschen Diskussion, die zunehmend zwischen Care und Cure, zwischen Sorge und fachpflegerischen Aufgaben unterscheidet, wird seit Langem ein differenziertes Berufsgruppenkonzept für die Langzeitpflege propagiert (vgl. DGGG 1996, Entzian/ Klie in: Klie/ Brandenburg 2003). So sind neben den professionellen Pflegefachkräften in einer Strategie für eine zukunftsorientierte Personalentwicklung in der Langzeitpflege auf der Basis eines differenzierten Berufsgruppenkonzeptes auch Berufe auf der Ebene der Professionellen Therapeuten, Hauswirtschaft, Sozialpädagogik, Sozialen Arbeit und Heilerziehungspflege sowie die Ebene von Assistenzkräften einzubeziehen. Ebenso sollten die vielfältigen Ausbildungen für Assistenzberufe, die in den letzten Jahren auf Landesebene entwickelt wurden (Klie/ Guerra 2006), Berücksichtigung finden.

Die Recherche zu für die Langzeitpflege relevanten Berufsgruppen diene also der Klärung folgender Fragen:

- Welche Aus- und Weiterbildungen und welche Studiengänge sind in Deutschland relevant für die Sicherung der Pflege alter Menschen (basierend auf einem differenzierten Cure/ Care-Modell)?
- In welchem Ausmaß sind diese Aus- und Weiterbildungen bzw. Studiengänge aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Hauswirtschaft in den einzelnen Bundesländern verfügbar?

- Inwiefern können Ressourcen für die Langzeitpflege dadurch geschaffen werden, dass einzelnen Berufen neue Rollen und Aufgaben im Feld der Langzeitpflege alter Menschen zugeschrieben werden?

4.1.1 Methodik der Recherche

Die Recherche umfasste Berufe auf drei unterschiedlichen Ausbildungsebenen:

- Studiengänge (Hochschulabschluss)
- Staatlich geregelte Ausbildungen
- Nichtstaatlich geregelte Ausbildungen

Zur Erfassung der Hochschulabschlüsse wurde übergreifend für den Sozial-, Gesundheits- und hauswirtschaftlichen Bereich die Internetseite hochschulkompass.de recherchiert¹⁹. Zudem erfolge eine Suche nach „Studiengängen Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie“ über die Internet-suchmaschine Google²⁰. Die Suchläufe wurden nach Anzahl der Studiengänge und Anzahl der Bundesländer, in denen ein bestimmter Studiengang angeboten wird, ausgewertet. Magister und Lehramtsstudiengänge wurden nicht gesondert geführt, sondern den Hauptgruppen Bachelor-, Master- oder Diplomabschluss zugeordnet. Abschließend folgte eine inhaltliche Kategorisierung der Studiengänge (vgl. 4.1.2).

Staatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen ließen sich über das Verzeichnis anerkannter Ausbildungsberufe des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) vom 31. Juli 2012 und weiterer Einzelquellen²¹ recherchieren. Die Ergebnisse wurden kategorisiert (vgl. 4.1.3) und den einzelnen Bundesländern zugeordnet. Dabei wird jede Aus-, Fort- oder Weiterbildung pro Bundesland nur einmal gezählt, auch wenn mehrere Ausbildungsstandorte in diesem Bundesland vorhanden sind.

Die große Vielfalt an nichtstaatlich geregelten Aus-, Fort- und Weiterbildungen konnte nur exemplarisch erfasst werden. Stellvertretend für andere Anbieter fand, von den Ergebnissen einer allgemeinen Google-Suche²² ausgehend, eine Untersuchung der Anbieter Caritas und Diakonie für die Bundesländer Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Berlin sowie fünf weitere Anbie-

¹⁹ Suchstichworte: Ergotherapie, Geriatrie, Gerontologie, Gesundheitsberufe, Gesundheitswesen, Hauswirtschaft, Heilpädagogik, Kunsttherapie, Logopädie, Medizin, Musiktherapie, Ökotrophologie, Pflege, Physiotherapie, Rehabilitationspädagogik, Rehabilitationswissenschaften, Soziale Arbeit.

²⁰ Suchstichworte: Studiengang Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, Medizin studieren, Studium Medizin, Aufbau und Inhalt des Studiums Medizin, Geriatrie Zugangsvoraussetzungen, Geriatrie.

²¹ Informationen zu Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte (VerAH, NPa (AGnES), EVA, agnes zwei und MOPRA wurden in der Zeitschrift für Allgemeine Medizin, beim Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) des Landes Brandenburg, in der Ärztezeitung, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der Bundesärztekammer, dem Institut für Wirtschaftspublizistik, dem Deutschen Hausärzteverband, bei der Bundesagentur für Arbeit und auf der Internetseite verah.de recherchiert. Pflegefachhelfer (Altenpflege) in Bayern wurden über die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste recherchiert, die Ausbildung zum Altenpflegehelfer in Berlin über medinet.de.

²² Suchstichworte: Caritas Akademie, Diakonie Akademie, Diakonie Fort- und Weiterbildung, Fort- und Weiterbildung Pflege/ Pflegeberufe/ Gesundheitsberufe/ Krankenpflege/ Altenpflege.

ter²³ hinsichtlich ihres Online-Angebots statt. Die Ergebnisse wurden inhaltlich kategorisiert (vgl. 1.1.1).

4.1.2 Hochschulabschlüsse

Bundesweit ließen sich in den zur Frage stehenden Bereichen Gesundheit, Sozial- und Hauswirtschaftsberufe insgesamt 422 Studiengänge recherchieren (vgl. Abb. 40: Studiengänge nach Bundesländern

Im Vergleich zum Bevölkerungsanteil des jeweiligen Bundeslandes bilden Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen und Baden-Württemberg überdurchschnittlich häufig hauswirtschaftliche Berufe in akademischen Studiengängen aus.

Berlin, Hessen und Baden-Württemberg heben sich bei den Sozialstudiengängen hervor, während Hamburg und Hessen zusätzlich überdurchschnittlich viele Gesundheitsstudiengänge anbieten.

Eine inhaltliche Kategorisierung der Studiengänge in den für die Langzeitpflege relevanten Bereichen nehmen die folgenden (vgl. Tab. 42, Tab. 43, Tab. 44) tabellarischen Übersichten vor²⁴.

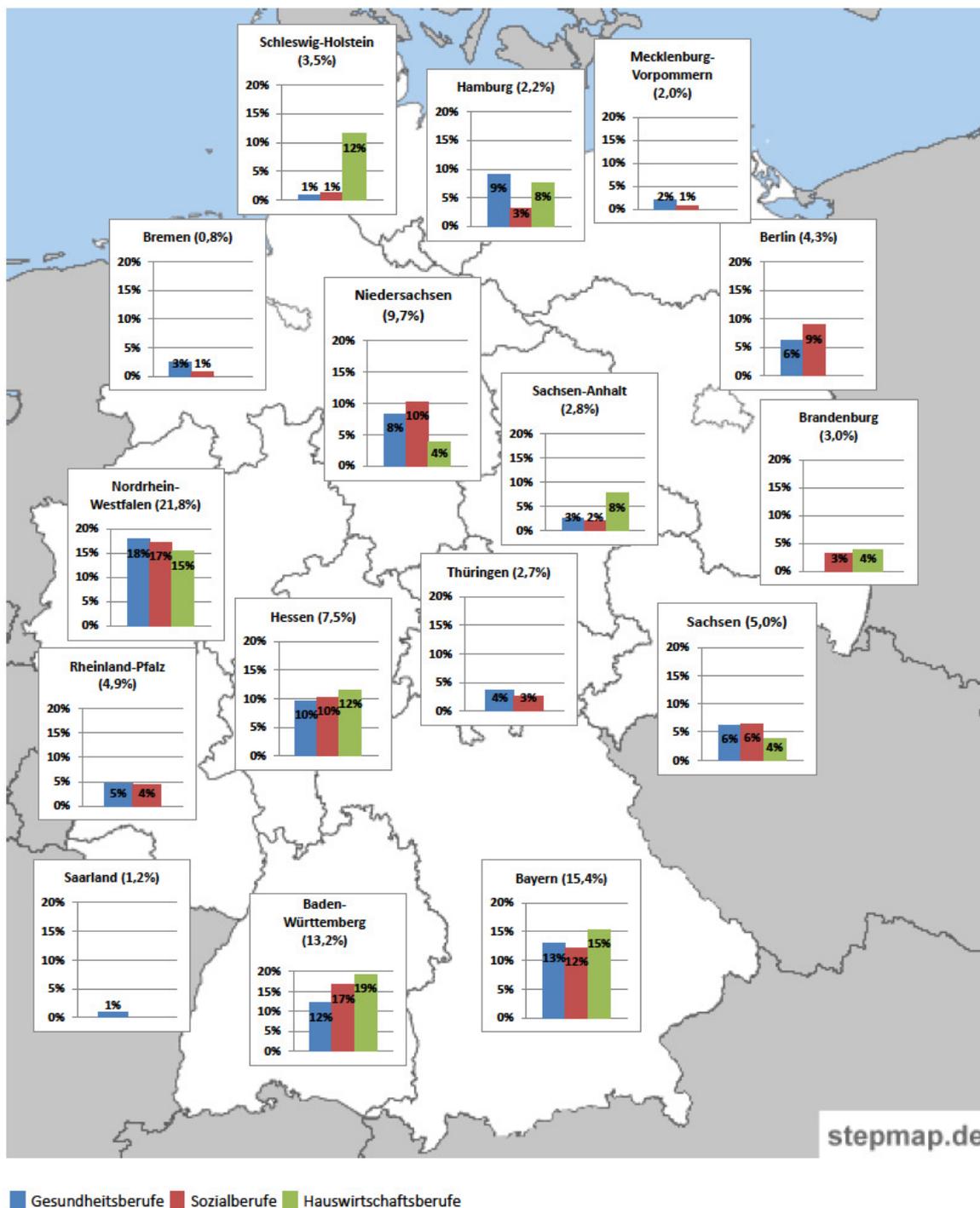
Die Schwerpunkte der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen liegen beim Gesundheitsmanagement, bei der Pflegewissenschaft und den therapeutischen Berufen. Dem Bologna-Prozess entsprechend konzentrieren sich die Abschlüsse auf Bachelor und Master. Es sind nur noch wenige Diplomstudiengänge zu finden.

²³ SPi Consult GmbH Berlin, date up education GmbH Hamburg, Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste, F+U Akademie für Wirtschafts- und Sozialmanagement Heidelberg, PRO PflegeManagement Bonn.

²⁴ Für die detaillierten Übersichten einzelner Studiengänge s. Anhang.

Abb. 40: Studiengänge nach Bundesländern

Übersicht der Hochschulabschlüsse in Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsberufen nach Bundesländern Bachelor, Master und Diplom



Hochschulabschlüsse in Gesundheitsberufen: N = 240; Hochschulabschlüsse in Sozialberufen: N = 156; Hochschulabschlüsse in Hauswirtschaftsberufen: N = 26. Bevölkerungsanteil je Bundesland in% ausgewiesen. Lesebeispiel: Von insgesamt 240 Studiengängen im Gesundheitswesen sind 12% (29) in Baden-Württemberg angesiedelt.

Tab. 42: Hochschulabschlüsse in Gesundheitsberufen nach Bundesland

Bundesländer	Anzahl je Fachrichtung																	
	Gerontologie			Gesundheitsmanagement			Gesundheitswissenschaft			Pflege-management			Pflege-wissenschaft			Therapie		
	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D
Baden-Württemberg		1	1	6	2		4	1		1			4	2		3	3	1
Bayern		1		6	5		2			2			6			7	2	
Berlin				1	2		1			2			2	2	1	2	2	
Brandenburg																1		
Bremen				1	2					1			1	1				
Hamburg				4	2		2			2			2			8	2	
Hessen				4	2					2	1		4	2		7	1	
Mecklenburg-Vorpommern					1		1	1		1	1							
Niedersachsen	1	1		1	1		1	1		1			7			4	2	
Nordrhein-Westfalen		1		10	3	1	1	2	1	3			11	1	1	6	2	
Rheinland-Pfalz				2						1	1	1	2	2	1	1		
Saarland				1														
Sachsen		1		2	2			1	1	2			1	1		2	1	1
Sachsen-Anhalt					1		1						2	1		1		
Schleswig-Holstein				1												1		
Thüringen				1						2	1		1			4		
Insgesamt	1	5	1	40	23	1	13	6	2	20	4	1	43	12	3	47	15	2
	7			64			21			25			58			64		

B = Bachelor, M = Master, D = Diplom

Tab. 43: **Hochschulabschlüsse in Sozialberufen nach Bundesland** zeigt die Anzahl der Fachrichtungen im Bereich Sozialberufe, die deutlich von den Studiengängen „Soziale Arbeit“ dominiert werden.

Tab. 43: Hochschulabschlüsse in Sozialberufen nach Bundesland

Bundesländer	Anzahl je Fachrichtungen											
	Gesundheitswissenschaft/ -management*			Heilpädagogik			Rehabilitationspädagogik, -wissenschaft			Soziale Arbeit		
	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D
Baden-Württemberg	3			1	1					17	5	
Bayern				1						12	6	1
Berlin				1	1		3			4	5	
Brandenburg										2	3	
Bremen										1		
Hamburg										3	2	
Hessen		1		1	1					9	6	
Mecklenburg-Vorpommern										1		
Niedersachsen	1	1		1						9	3	
Nordrhein-Westfalen	1	3		2	1	2	1	2		12	2	3
Rheinland-Pfalz										4	2	1
Saarland												
Sachsen		1		1						5	4	
Sachsen-Anhalt										3		
Schleswig-Holstein										1	1	
Thüringen										2	2	
Insgesamt	5	6		8	4	2	4	2		85	41	5
	11			14			6			131		

In insgesamt 26 Studiengängen in Deutschland können hauswirtschaftliche Berufe studiert werden, schwerpunktmäßig Ernährungswissenschaften. Sie spielen nur für größere Einrichtungen in der Langzeitpflege eine Rolle.

Tab. 44: Hochschulabschlüsse in Hauswirtschaftsberufen nach Bundesland

Bundesländer	Anzahl Fachrichtungen					
	Ernährungswissenschaft			Ökotrophologie		
	B	M	D	B	M	D
Baden-Württemberg	4	1				
Bayern	2	2				
Berlin						
Brandenburg		1				
Bremen						
Hamburg		1			1	
Hessen	1	1		1		
Mecklenburg-Vorpommern						
Niedersachsen				1		
Nordrhein-Westfalen	3			1		
Rheinland-Pfalz						
Saarland						
Sachsen	1					
Sachsen-Anhalt				1	1	
Schleswig-Holstein	1			2		
Thüringen						
Insgesamt	12	6		6	2	
	18			8		

B = Bachelor, M = Master, D = Diplom

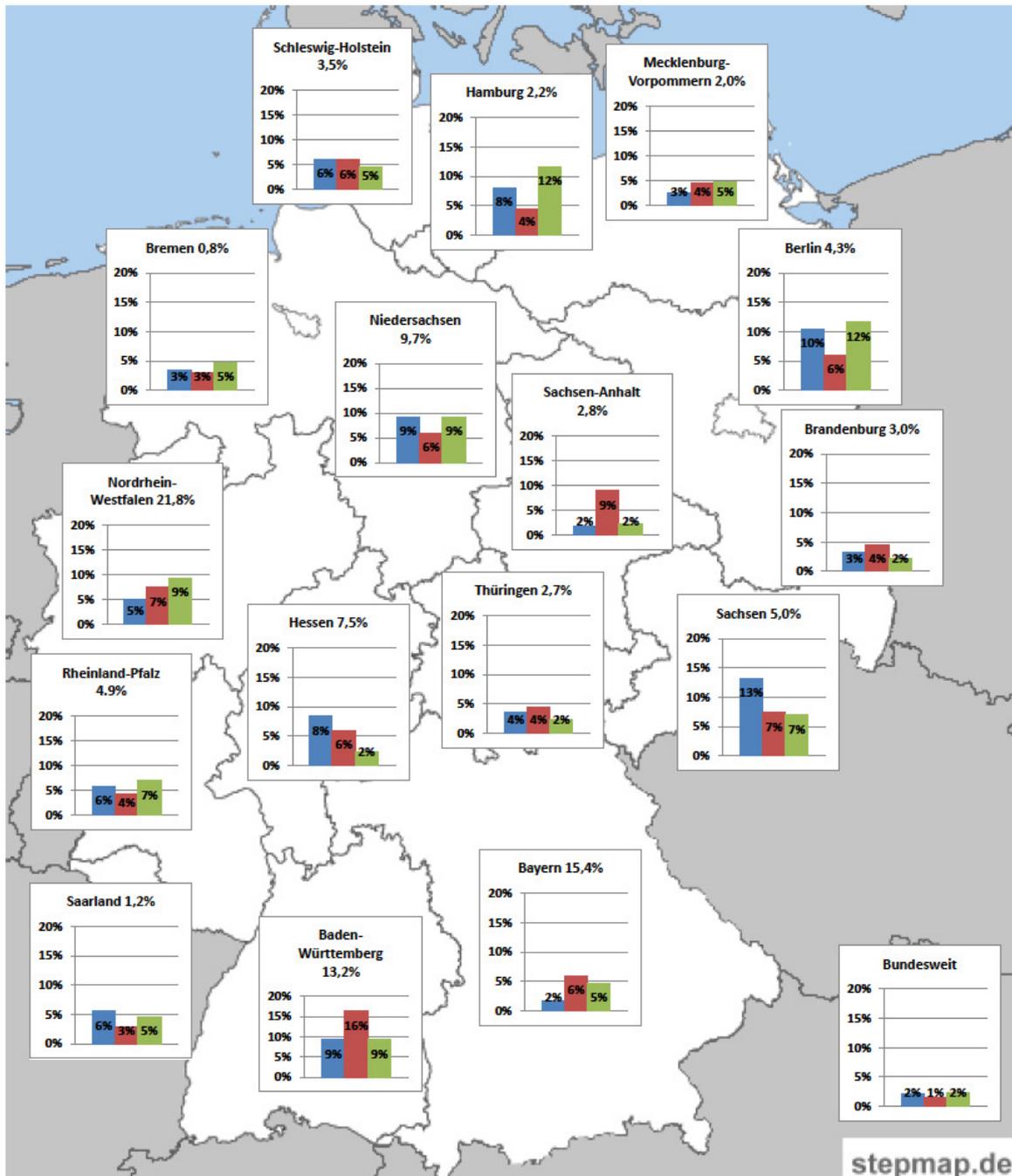
4.1.3 Staatlich geregelte Abschlüsse

Hinsichtlich der staatlich geregelten Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Umschulungen zeigt sich, dass Sachsen eine große Vielfalt an Abschlüssen im Gesundheitswesen (insgesamt 47 verschiedene Aus- oder Weiterbildungen) und Baden-Württemberg im Sozialbereich insgesamt 11 verschiedenen Aus- oder Weiterbildungen aufweist (vgl. Tab. 45). Auch die Stadtstaaten Berlin und Hamburg zeigen eine große Auswahl, während das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen hinsichtlich der Vielfalt der Aus- und Weiterbildungen mit 18 verschiedenen Angeboten im Gesundheitsbereich, 5 im Sozialbereich und 4 im hauswirtschaftlichen Sektor eher zurückbleibt (vgl. auch Tab. 45).

Abb. 41: Staatlich geregelte Ausbildungsmöglichkeiten nach Bundesländern

Übersicht der Ausbildungsmöglichkeiten der Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsberufen nach Bundesländern*

Ausbildung, Fortbildung, Umschulung und Weiterbildung



*Ausbildungsmöglichkeiten in diesem Bundesland von allen staatlich anerkannten Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsberufen.

■ Gesundheitsberufe ■ Sozialberufe ■ Hauswirtschaftsberufe

Jede Aus-, Fort- oder Weiterbildung wird pro Bundesland nur einmal gezählt, auch wenn mehrere Ausbildungsstandorte in diesem Bundesland vorhanden sind. Ausbildungsmöglichkeiten in Gesundheitsberufen: N = 356; Ausbildungsmöglichkeiten in Sozialberufen: N = 67; Ausbildungsmöglichkeiten in

Hauswirtschaftsberufen: N = 43. Bevölkerungsanteil je Bundesland in% im Titel der Diagramme ausgewiesen. Lesebeispiel: Von insgesamt 356 Ausbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen sind 9% (33) in Baden-Württemberg angesiedelt.

Bundesweit werden sieben verschiedene Ausbildungen im Gesundheitsbereich angeboten und eine im hauswirtschaftlichen Sektor. In den einzelnen Ländern sind es meist zwei bis vier verschiedene Ausbildungen (Gesundheit, Soziales) bzw. eine bis drei (Hauswirtschaft). Die größte Vielfalt an Angeboten besteht bei den Weiterbildungen im Gesundheitsbereich.

Tab. 45: Ausbildungen in Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsberufen deutschlandweit

	Gesundheitsberufe				Sozialberufe				Hauswirtschaftsberufe				
	A	F	U	W	Gesamt	A	F	W	Gesamt	A	F	W	Gesamt
Baden-Württemberg	3	3		27	33	4	2	5	11	3		1	4
Bayern	4	2			6	4			4	2			2
Berlin	4	2	1	30	37	3		1	4	3		2	5
Brandenburg	2	1		9	12	3			3			1	1
Bremen	2	1		9	12	2			2	2			2
Hamburg	2	6		21	29	3			3	3	1	1	5
Hessen	2	4		24	30	4			4	1			1
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	1	5	9	2		1	3	2			2
Niedersachsen	4	2		27	33	4			4	3	1		4
Nordrhein-Westfalen	3	5		10	18	5			5	3		1	4
Rheinland-Pfalz	2	1		18	21	2		1	3	2		1	3
Saarland	2	2		16	20	2			2	2			2
Sachsen	4	1	1	41	47	5			5	2		1	3
Sachsen-Anhalt	4	2			6	5	1		6	1			1
Schleswig-Holstein	3	1		18	22	4			4	1		1	2
Thüringen	4	1	1	7	13	3			3	1			1
Bundesweit	7	1			8		1		1	1			1
Insgesamt	54	36	4	262	356	55	4	8	67	32	2	9	43

A = Ausbildung, F = Fortbildung, U = Umschulungen, W = Weiterbildung. Angabe der Ausbildungsmöglichkeiten im jeweiligen Berufsbereich, nicht der Anzahl der Ausbildungsstätten. Lesebeispiel: In Baden-Württemberg gibt es 27 verschiedene staatlich geregelte Weiterbildungen für Gesundheitsberufe.

Die folgenden Tabellen zeigen, detailliert nach Fachrichtungen, die Aus- und Fortbildungsangebote im Gesundheits-, Sozial- und Hauswirtschaftsbereich. Deutlich wird, dass bei Pflegeberufen die Vielfalt der Weiterbildungen in der (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflege die der Altenpflege übertrifft (vgl. auch die detaillierten Übersichten im Anhang 13 a-f).

Tab. 46: Aus- und Weiterbildungsangebote in Gesundheitsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland

Bundesländer	Altenpflege				Assistenzberufe				Betriebs- und verwaltungswirtschaftliche Fortbildungen im Gesundheitswesen				Gesundheits- und Kinderkrankenpflege				Gesundheits- und Krankenpflege				Therapie			
	A	F	U	W	A	F	U	W	A	F	U	W	A	F	U	W	A	F	U	W	A	F	U	W
Baden-Württemberg				6	3	1				1					9		1		12					
Bayern					3	1				1						1								
Berlin				6	4	1	1			1					9				11				4	
Brandenburg				1	2	1									3				5					
Bremen					2										2	0	1		7					
Hamburg				3	2					1					6		5		12					
Hessen				1	2					2					4		2		18				1	
Mecklenburg-Vorpommern					1	1	1								1	1			4					
Niedersachsen					2	1				1					7	1			20	1				
Nordrhein-Westfalen				1	2	1				4					4				5	1				
Rheinland-Pfalz				2	2			1							6		1		9					
Saarland				3	2					2					5				8					
Sachsen				10	4	1	1								14				16				1	
Sachsen-Anhalt					3	2														1				
Schleswig-Holstein				2	2					1					2				14	1				
Thüringen				1	3		1			1									6	1				
Bundesweit	1					1							1				2			3				
Insgesamt	1			36	39	11	4	1		15			1		72	5	10	147	8			6		
	37				55				15				73				162				14			

A = Ausbildung, F = Fortbildung, U = Umschulungen, W = Weiterbildung

In allen Bundesländern werden 2 bis 4 verschiedene Ausbildungen in Heilberufen (Heilerziehung, Heilerziehungshilfe, Heilerziehungspflege, Heilerziehungspflegehilfe, Heilpädagogik) und eine bis zwei Ausbildungen in Sozialberufen (Soziassistenten) angeboten.

Tab. 47: Aus- und Weiterbildungsangebote in Sozialberufen nach Fachrichtung/ Bundesland

Bundesländer	Betriebs- und verwaltungswirtschaftliche Fortbildungen im Sozialwesen			Heilberufe			Sozialberufe		
	A	F	W	A	F	W	A	F	W
Baden-Württemberg		2		4		5			
Bayern				3			1		
Berlin				2			1		1
Brandenburg				2			1		
Bremen				1			1		
Hamburg				2			1		
Hessen	1			2			1		
Mecklenburg-Vorpommern				2			1		1
Niedersachsen				2			2		
Nordrhein-Westfalen				2			2		
Rheinland-Pfalz			1	2					
Saarland				2					
Sachsen				3			2		
Sachsen-Anhalt		1		4			1		
Schleswig-Holstein				3			1		
Thüringen				2			1		
Bundesweit		1							
Insgesamt	1	4	1	38		5	16		2
		6			43		19		

A = Ausbildung, F = Fortbildung, W = Weiterbildung

Hauswirtschaftliche Berufsbilder sind weniger vielfältig aufgebaut. Entsprechende Ausbildungen werden auch bei Weitem nicht in allen Bundesländern angeboten (vgl. Anhang 13 a-f).

Tab. 48: Aus- und Weiterbildungsangebote in der Hauswirtschaft nach Fachrichtung/ Bundesland

Bundesländer	Dorfhilfe			Haus- und Familienhilfe			Hauswirtschaft			Hauswirtschaft für Menschen mit Behinderung		
	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W
Baden-Württemberg	1			1		1				1		
Bayern	1			1								
Berlin				1					2	2		
Brandenburg						1						
Bremen				1						1		
Hamburg				2	1	1				1		
Hessen										1		
Mecklenburg-Vorpommern				1						1		
Niedersachsen	1	1								2		
Nordrhein-Westfalen	1			1		1				1		
Rheinland-Pfalz				1					1	1		
Saarland							1			1		
Sachsen				1		1				1		
Sachsen-Anhalt				1								
Schleswig-Holstein						1				1		
Thüringen				1								
Bundesweit							1					
Insgesamt	4	1		12	1	6	2		3	14		
	5			19			5			14		

A = Ausbildung, F = Fortbildung, W = Weiterbildung

4.1.4 Nichtstaatlich geregelte Abschlüsse

Die Vielfalt der nichtstaatlich geregelten Abschlüsse konnte nur exemplarisch erfasst werden (vgl. Abschnitt 4.1.1) und bietet insofern keine Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Bundesländern. Ein Schwerpunkt für die Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen zeichnet sich in den thematischen Bereichen Pflege und Palliative Care ab (vgl. Tab. 49). In den Sozialberufen überwiegen Fortbildungen im Bereich Betreuungs- und Beratungsassistenz gegenüber Weiterbildungen zum rechtlichen Betreuer (vgl. Tab. 50). Hauswirtschaftliche Kompetenzen lassen sich nicht nur über die Erstausbildung, sondern auch über Fortbildungen erwerben (vgl. Tab. 51).

Tab. 49: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Gesundheitsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland

Bundesländer	Anzahl der Fachrichtungen			Gerontopsychiatrie			Gesundheitsförderung			Management			Palliative Care			Pflege			Gesundheits- und Pflegeassistenten			Therapie		
	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W
Baden-Württemberg	1	48	32		1	2		2			7	14		2	5		36	11	1					
Bayern		28	56		1	12		3				32		10	7		13	5					1	
Berlin		16	5					3						2	1		10	3		1	1			
Brandenburg			4												1			3						
Bremen		1	4												1		1	3						
Hamburg	3	3	12												2		3	9	3			1		
Hessen		1	8												2		1	5				1		
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	8												2		7	6	1					
Niedersachsen		1	4												1		1	3						
Nordrhein-Westfalen	1	41	8					11			1			3	1	1	26	7						
Rheinland-Pfalz		1	4												1		1	3						
Saarland		1	4												1		1	3						
Sachsen		1	4												1		1	3						
Sachsen-Anhalt		1	4												1		1	3						
Schleswig-Holstein		1	4												1		1	3						
Thüringen		1	4												1		1	3						
Insgesamt	6	152	165		2	14		19			8	46		17	29	1	104	73	5	1	3		1	
	323			16			19			54			46			178			8			1		

A = Ausbildung, F = Fortbildung, W = Weiterbildung

Tab. 50: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Sozialberufen nach Fachrichtung/
Bundesland

Bundesländer	Anzahl der Fachrichtungen			Betreuungs- und Beratungsassistenz			Rechtliche Betreuung		
	A	F	W	A	F	W	A	F	W
Baden-Württemberg	1	3	4		2	3	1	1	1
Bayern		8	2		8	2			
Berlin	1						1		
Brandenburg									
Bremen									
Hamburg	1		1			1	1		
Hessen									
Mecklenburg-Vorpommern		1						1	
Niedersachsen									
Nordrhein-Westfalen		2			1				
Rheinland-Pfalz									
Saarland									
Sachsen									
Sachsen-Anhalt									
Schleswig-Holstein									
Thüringen									
Insgesamt	3	14	7		11	6	3	2	1
	24			17			6		

A = Ausbildung, F = Fortbildung, W = Weiterbildung

Tab. 51: Nichtstaatlich geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Hauswirtschaftsberufen nach Fachrichtung/ Bundesland

Bundesländer	Anzahl der Fachrichtungen			Hauswirtschaft			Hauswirtschaft - Demenz			Management		
	A	F	W	A	F	W	A	F	W	A	F	W
Baden-Württemberg		17	3		14			1			2	3
Bayern												
Berlin		2			2							
Brandenburg												
Bremen												
Hamburg			2			2						
Hessen												
Mecklenburg-Vorpommern		1	1			1		1				
Niedersachsen												
Nordrhein-Westfalen		6			5			1				
Rheinland-Pfalz												
Saarland												
Sachsen												
Sachsen-Anhalt												
Schleswig-Holstein												
Thüringen												
Insgesamt		26	6		21	3		3			2	3
		32			24			3			5	

4.1.5 Fazit und Ausblick

Die Recherche zeigt eine große Vielfalt von Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Studiengängen in Berufen, die einen wesentlichen Beitrag zu Sicherung der Pflege alter Menschen leisten können. Inwieweit die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Studiengänge inhaltlich auf die besonderen Anforderungsprofile der Langzeitpflege ausgerichtet sind und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an eine Arbeit in der Langzeitpflege interessiert sind und dort später tätig werden, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht gesagt werden. Es lässt sich gleichwohl festhalten, dass eine relevante Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivität zu verzeichnen ist. Ihre Vielfalt ist allerdings von hoher Unübersichtlichkeit geprägt. Eine übergreifende pflegerische Ausrichtung der jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Studiengänge ist allenfalls für einzelne Bundesländer, aber keineswegs für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt zu erkennen. Das hängt ganz wesentlich mit der für die Berufsausbildung verbundenen Kompetenz der Länder im kooperativen Föderalismus der Bundesrepublik Deutschland zusammen.

Um diese Ressourcen sinnvoll nutzen zu können, bedarf es einer bundesweiten Ordnung, gerade im Bereich der Assistenzberufe:

- Assistenzberufe, die sich auf dem Wege einer weiteren Professionalisierung hin zu hochspezialisierten, fachlichen Aufgaben im Cure-Bereich²⁵ befinden, z.B. Operationstechnische Assistenten, Rheumatologische Fachassistenz
- Assistenzberufe der klassischen Pflegefachberufe: Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe
- Assistenzberufe im Sozial- und Hauswirtschaftsbereich, z.B. hauswirtschaftliche Hilfe, Alltagsbegleitung
- Assistenzberufe zur Deckung lebensweltlicher Bedarfe im Bereich der persönlichen Assistenz, so wie sie vor allem aus der Hilfe für Menschen mit Behinderung bekannt ist.
- Assistenzberufe im Bereich der zusätzlichen und häuslichen Betreuung im Rahmen der Versorgung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alterskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (häufig als Alltagsbegleiter oder Betreuungskräfte bezeichnet).

Eine Neuordnung und durchaus auch bundesweite Harmonisierung der Assistenzberufe in Richtung einheitlicher beruflicher Profile in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Hauswirtschaft hätte positive Auswirkungen auf mehreren Ebenen:

- Steigerung der Attraktivität der Berufsbilder
- Unterstützung der Arbeitgeber in der Personalentwicklung
- Förderung des Arbeitsmarktes und der Aktivitäten der Bundesagentur für Arbeit.

Die positiven Auswirkungen würden insbesondere dann verstärkt werden können, wenn sich die Assistenzberufe in eine Gesamtordnung der Berufsgruppen für den Bereich der Langzeitpflege einbinden ließen. Damit würden sie nicht solitär stehen, sondern in die horizontale und vertikale Mobilität eingebunden werden, die gerade im Konzept des lebenslangen Lernens eine große Rolle spielt. In der Langzeitpflege, das machen die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Untersuchungsschritten in dieser Studie deutlich, wird man keinesfalls den künftigen Personalbedarf allein dadurch decken können, dass junge Menschen nach Abschluss ihrer jeweiligen Schulausbildung gefunden und für berufliche Aufgaben und Ausbildungsgänge in der Langzeitpflege gewonnen werden können. Es sind vielmehr Menschen mit nicht linearen Bildungskarrieren, Quereinsteiger, Berufswechsler, Personen mit unterbrochener Erwerbsbiografie strategisch mit einzubeziehen und mit zu gewinnen. In einer Kombination aus individueller Bildungsplanung, Fördermaßnahmen im Bildungs- aber auch im Arbeitsfördersektor sowie Strategien der Personalentwicklung von Unternehmen der Sozialwirtschaft kann und muss es gelingen, Menschen für berufliche Tätigkeitsformen in der Langzeitpflege zu gewinnen. Dabei spielt eine horizontale und vertikale Mobilität eine große Rolle, auch die Ausnutzung des deutschen Qualifikationsrahmens, der die Durchlässigkeit der Bildungssysteme als wichtige Voraussetzung für die Deckung des zukünftigen Fachkräftebedarfs anerkennt. Bedenkt man, dass es allein über 700 Assistenzberufe in Deutschland im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens gibt (Klie/ Guerra, 2006) zeigt sich

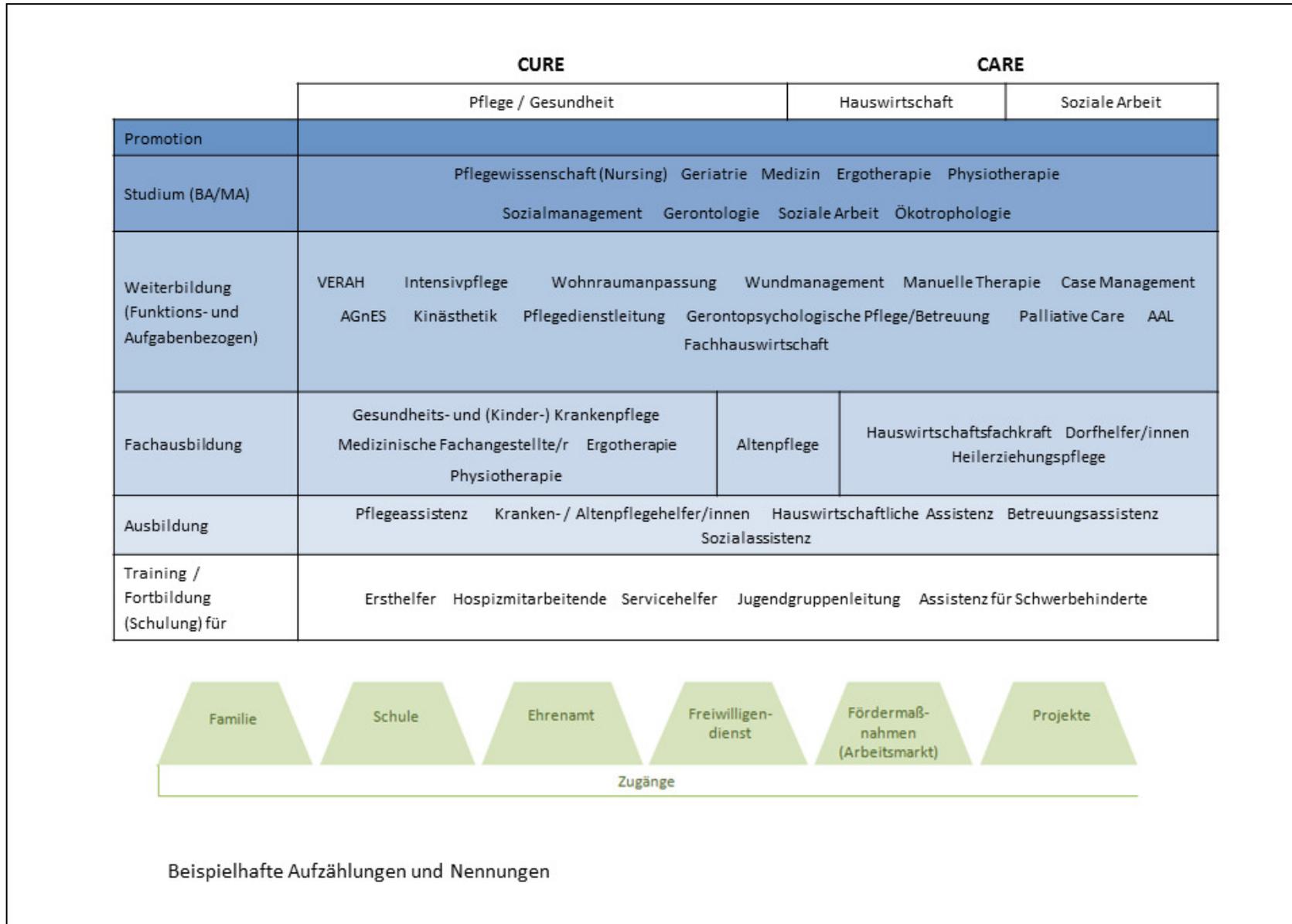
²⁵ In Österreich sind medizinische Assistenzberufe in einem Medizinische Assistenzberufe Gesetz (MABG) vom 6.7.2012 gesondert geregelt.

die Vielfalt der Anstrengung aber gleichzeitig auch die als profilbildend zu benennende Unübersichtlichkeit. Aus anderen Ländern, etwa auch aus Japan ist bekannt, dass seit vielen Jahren höchst unterschiedliche Karrieren in Verantwortungsrollen der Pflege- und Gesundheitsberufe unterstützt und gefördert werden. Die in diesem Abschnitt dokumentierten Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Studienangebote können einen ganz wichtigen Beitrag zur Gewinnung, zur Bindung und Förderung von potenziellen Mitarbeitenden in der Langzeitpflege leisten. In dem nachfolgenden Schaubild wird ein offenes Berufsgruppenkonzept mit vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit skizziert. Es könnte als Grundlage, eine konsertierte Aktion für Berufe in der Langzeitpflege zwischen Care und Cure dienen. Sowohl im Bereich der Arbeitsförderung als auch im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) und Kultusministerkonferenz (KMK) ließe sich ein solches Konzept diskutieren und Voraussetzungen für eine gewisse Vereinheitlichung und Gesamtordnung schaffen, die sich dann in einer landesrechtlichen Förderpraxis, aber auch Anerkennung der entsprechenden Berufsgruppen im Bereich der Langzeitpflege niederzuschlagen hätte. Gleiches gilt für die Anerkennung im Rahmen der Qualitätsanforderung des Leistungserbringungsrechts

Der Vorschlag eines breiten Berufsgruppenkonzeptes mit entsprechender Durchlässigkeit in vertikaler und horizontaler Hinsicht wird auch durch das Expertengespräch mit Frau Prof. Riedel wie auch durch die Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen der Zukunftswerkstatt unterstützt.

Fragen der **Personalentwicklung** gehören nicht zu den zentralen Aufgaben von Prof. Riedel. Sie ist allerdings intensiv mit Fragen der Durchlässigkeit im Rahmen des deutschen Qualifikationsrahmens befasst und sieht den Handlungsbedarf in einer stärkeren strategischen Durchlässigkeit von Fach- und Hochschulen, um die horizontale und vor allem die vertikale Qualifikation zu unterstützen und um auch informell erworbene Wissensbestände würdigen zu können. Nur auf diese Weise würde man Verantwortungsträger für die Berufe der Langzeitpflege finden können. Sie sieht hier auch die hohe Verantwortung von Unternehmen im sozialwirtschaftlichen Bereich und die Notwendigkeit, hier zu einer stärkeren Verschränkung von Hochschulausbildungsstrategien und Personalentwicklung sicherzustellen.

Abb.: 42 Berufsgruppenkonzept mit vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit



Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Die Langzeitpflege benötigt ein breiteres Spektrum von Berufsprofilen“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These verschiedene Themenkreise.

(1) Unterschiedlichste Bildungswege führen in die berufliche Pflege:

- *Anerkennung von Kompetenzen ist erforderlich.*

(2) Tätigkeitsprofile in der Versorgung müssen sich vertikal und horizontal breiter ausdifferenzieren:

- *Wunsch nach ganzheitlicher Pflege steht der Ausdifferenzierung der Tätigkeitsprofile im Wege.*
- *Ausdifferenzierung bedeutet stärkere Spezialisierung.*
- *Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist erforderlich.*
- *Führung muss Gleichwertigkeit betonen.*
- *Betroffene/ Angehörige brauchen Unterstützung bei Koordinierung der Hilfen, wenn die Tätigkeitsprofile stärker ausdifferenziert sind.*
- *Wer, mit welcher Ausbildung soll diese Tätigkeitsprofile ausfüllen?*
- *Der Bedarf ist auszubilden! Bisläng noch getrennt!*
- *Ganzheitlichkeit im Denken & Handeln ist hilfreich im Umgang mit Fachkräftemangel.*

(3) Cure & Care ist wichtig:

- *Pflege auf Cure zu verengen, ist eine Falle.*
- *Die höhere Bedeutung von Care braucht eine höhere Fachlichkeit im Care Bereich.*
- *Hohe Qualität der Ausbildung muss im Care & Cure-Bereich gewährleistet sein.*
- *Care geht über Hauswirtschaft hinaus: neu definieren.*
- *Delegation an „VERAH“/ „Agnes“.*

(4) Steuerung durch Pflege oder persönliche Assistenz:

- *Teilhabe am Leistungsgesetz für alle Personen.*
- *Orientierung der Pflege an persönlicher Assistenz.*

4.2 Experteneinschätzungen zur Berufsgruppenentwicklung

Im Rahmen der durchgeführten Delphi-Befragung wurde ein geeignetes und tragfähiges Berufsgruppenkonzept thematisiert, ebenso in der Zukunftskonferenz und in einem Expertengespräch.

4.2.1 Rahmenbedingungen und Perspektiven

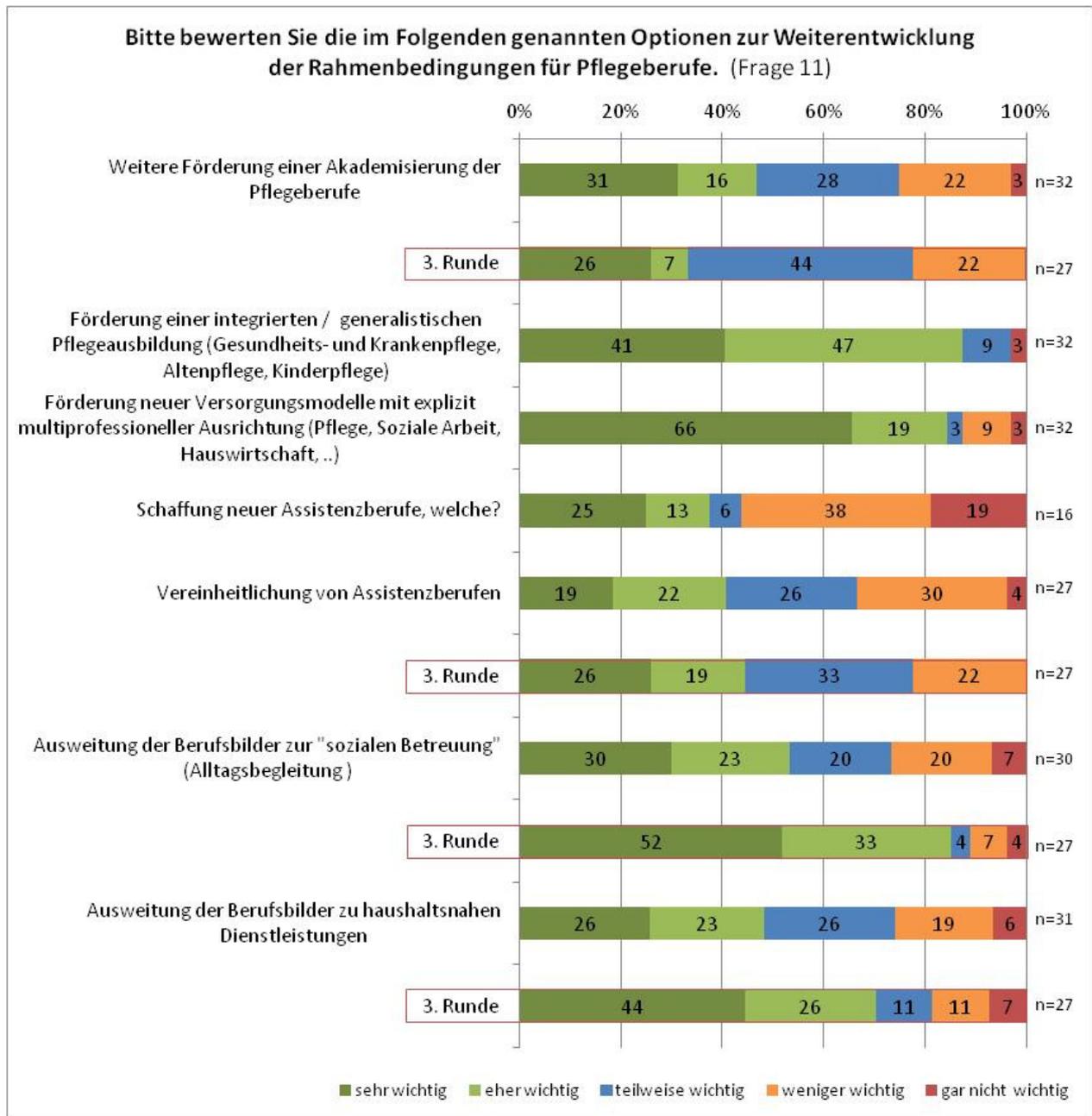
Als ausgesprochen bedeutsame Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen von Pflegeberufen bewerten die Befragten mit großer Übereinstimmung (88% sehr wichtig/ eher wichtig) die Förderung einer integrierten/ generalistischen Pflegeausbildung sowie die Förderung neuer Versorgungsmodelle mit explizit multiprofessioneller Ausrichtung (85% sehr wichtig/ eher wichtig). Zudem wird die Ausweitung der Berufsbilder zur „sozialen Betreuung“ (Alltagsbegleitung) (85%) und die Ausweitung der Berufsbilder zu haushaltsnahen Dienstleistungen (70%) als entscheidend beurteilt.

Größere Unsicherheit besteht in den Aussagen zur weiteren Förderung der Akademisierung der Pflegeberufe und zur Vereinheitlichung von Assistenzberufen (siehe Abb. 43).

Nach Ansicht der Experten müssen die Rahmenbedingungen so beschaffen sein, dass die Overhead-Kosten die Assistenzleistungen nicht unbezahlbar werden lassen (Abb. 44). Eine wichtige Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen sehen die Experten im Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit in der Attraktivitätssteigerung als Arbeitgeber. Die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde dabei nicht nur als Attraktor und Voraussetzung für Pflegeberufe gesehen, sondern insgesamt als eine wichtige Voraussetzung zur Erhöhung oder Sicherung der informellen und formellen Pflegeressourcen.

Neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurden (Abb. 44) als weitere wichtige Rahmenbedingungen die Förderung berufsübergreifenden Planens und Arbeitens, realistische fachliche Anforderungen der Pflegewissenschaft (umsetzbare Maßnahmen), eine Erweiterung des Pflegeauftrags auch bei Pflege und Hilfsmittelverordnung sowie die Sicherstellung des Stellenschlüssels genannt.

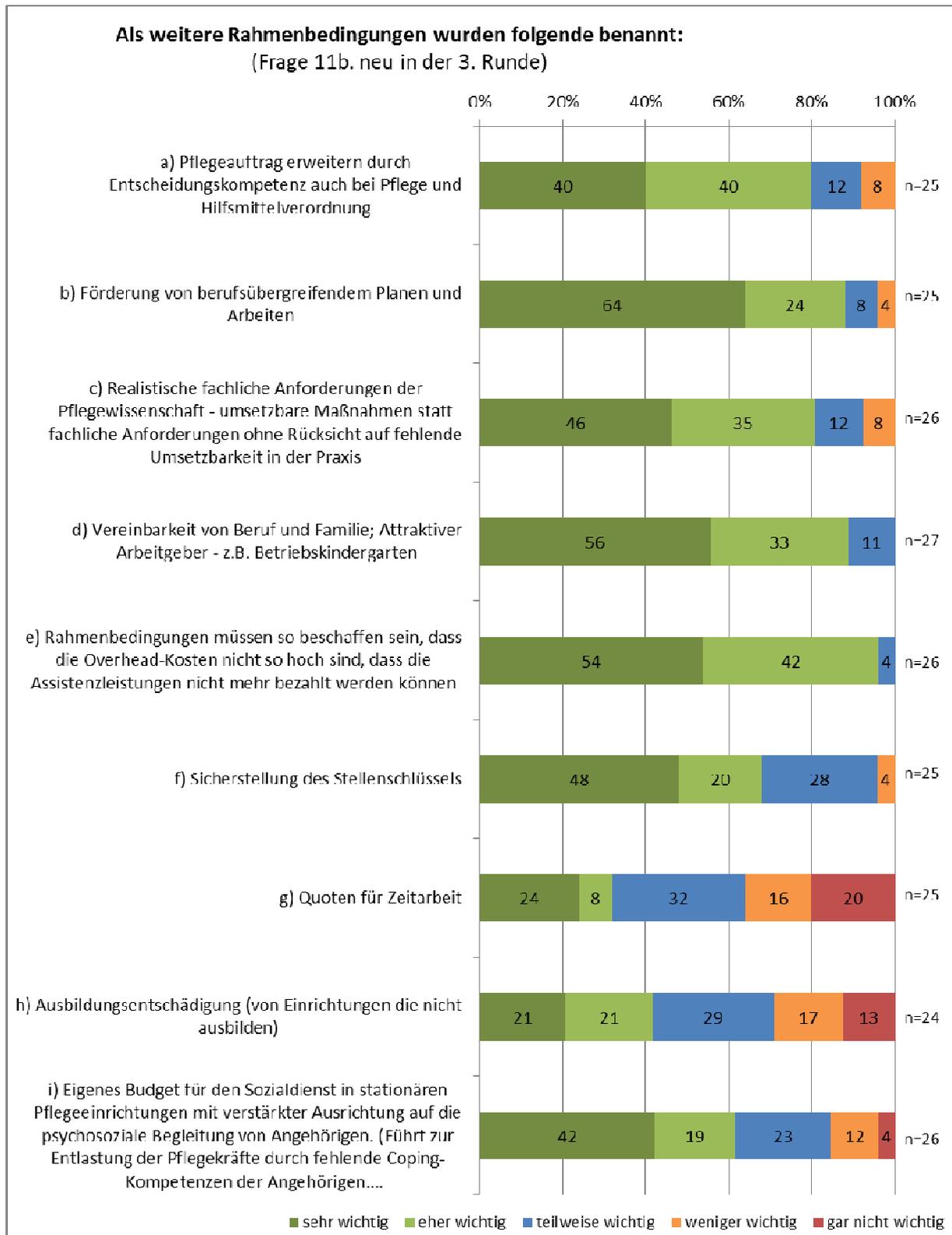
Abb. 43: Optionen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für Pflegeberufe



Als weniger wichtig beurteilen die Experten ein eigenes Budget für den Sozialdienst in stationären Pflegeeinrichtungen mit verstärkter Ausrichtung auf die psychosoziale Begleitung von Angehörigen, was durch den Ausgleich fehlender Coping-Kompetenzen der Angehörigen zu einer Entlastung der Pflegekräfte führen könnte.

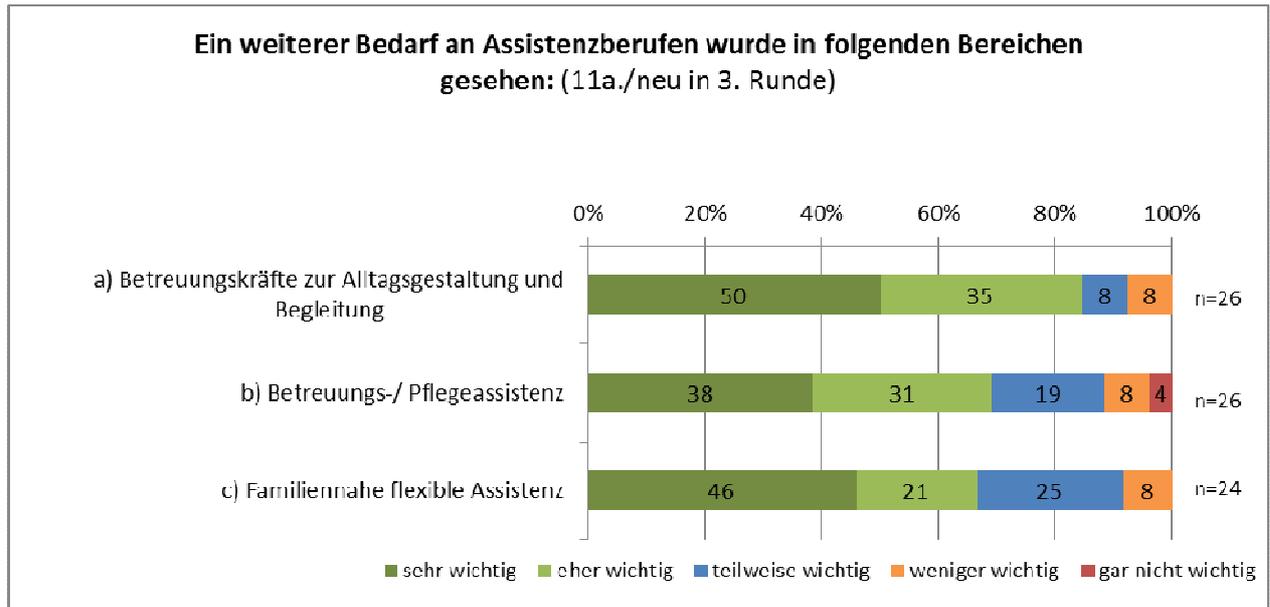
Ebenfalls mit größerer Unsicherheit und teilweise mit der Einschätzung, es sei nicht oder eher weniger relevant, bewerten die Experten eine Quote für Zeitarbeit und eine Ausbildungsabgabe für nicht ausbildende Einrichtungen.

Abb. 44: Weitere Rahmenbedingungen



Bei der Frage, welche Assistenzberufe ggf. neu geschaffen werden sollten, wurden von den Experten die Betreuungskräfte zur Alltagsgestaltung und Begleitung, Betreuungs- / Pflegeassistenz sowie eine familiennahe flexible Assistenz genannt und diese auch mit relativ großer Übereinstimmung als wichtig bewertet (Abb. 45).

Abb. 45: Weiterer Bedarf an Assistenzberufen



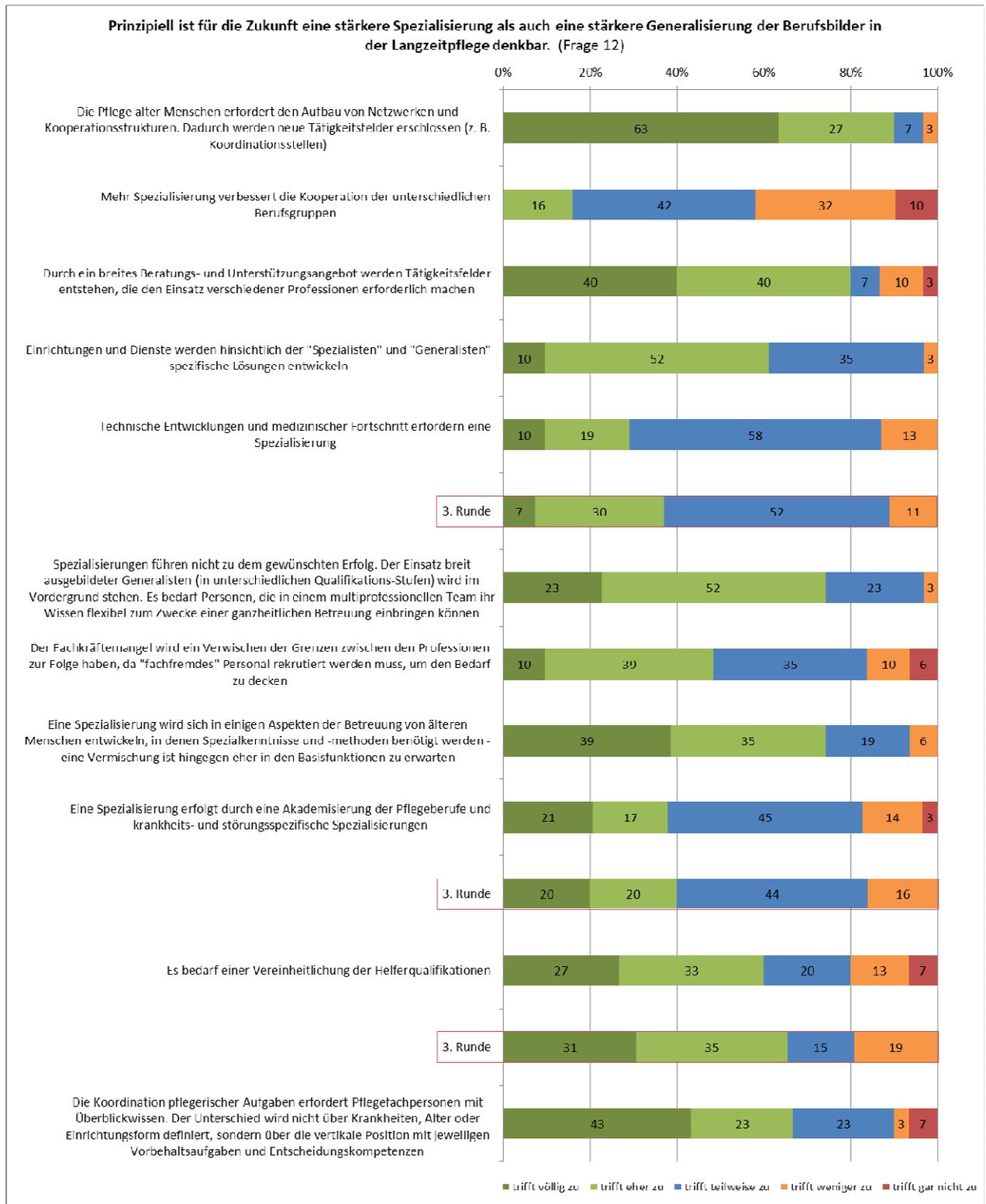
Mit großer Übereinstimmung (90% trifft völlig zu/ trifft eher zu) bewerten die Experten, dass die Pflege alter Menschen den Aufbau von Netzwerken und Kooperationsstrukturen erfordert und dadurch neue Tätigkeitsfelder, beispielsweise Koordinationsstellen, erschlossen werden (Abb. 46).

Eine zunehmende Spezialisierung sehen die Befragten in einigen Aspekten der Betreuung von älteren Menschen, in denen Spezialkenntnisse und -methoden benötigt werden. Eine Vermischung wird hingegen in den Basisfunktionen erwartet. Zudem wird eine Vereinheitlichung der Helferqualifikationen als sinnvoll erachtet.

Mit großer Übereinstimmung (66% trifft völlig zu/ trifft eher zu) beurteilen die Experten, dass die Koordination pflegerischer Aufgaben verstärkt Pflegefachpersonen mit Überblickswissen erfordern wird. Zudem gehen die Experten davon aus (75% trifft völlig zu/ trifft eher zu), dass eine Spezialisierung nicht zu dem gewünschten Erfolg führen wird, sondern der Einsatz breit ausgebildeter Generalisten in unterschiedlichen Qualifikationsstufen im Vordergrund stehen wird. Personen sind also notwendig, die in einem multiprofessionellen Team ihr Wissen flexibel zum Zwecke einer ganzheitlichen Betreuung einbringen können. Den Bedarf dieser Personen sehen die Experten darin begründet, dass zukünftig in einem breiten Beratungs- und Unterstützungsangebot Tätigkeitsfelder entstehen, die den Einsatz verschiedener Professionen erforderlich machen. Die Einrichtungen und Dienste werden sich mit spezifischen Lösungen sowohl auf die „Spezialisten“ als auch auf die „Generalisten“ einstellen.

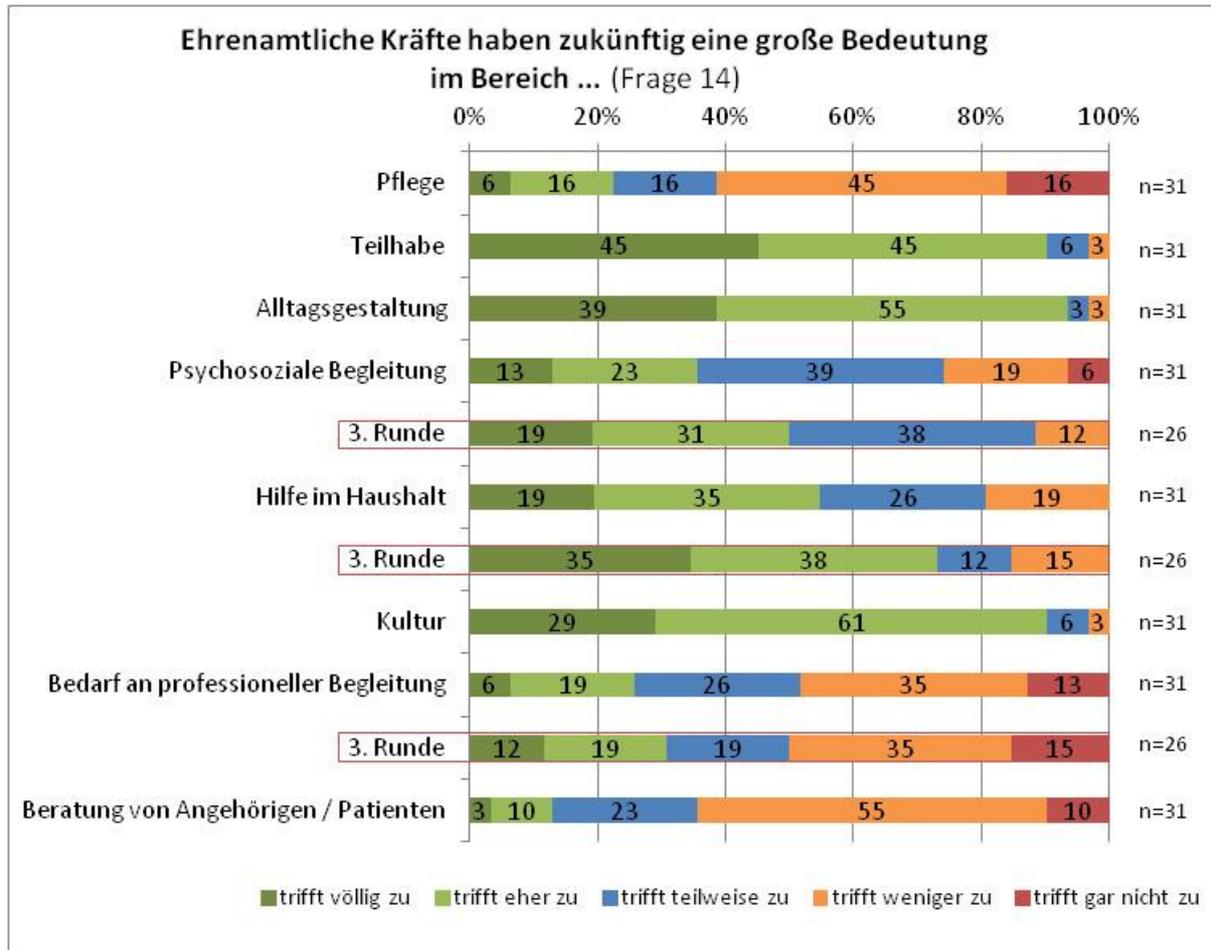
Größere Unsicherheit besteht bei der Frage, ob technische Entwicklungen und der medizinische Fortschritt eine Spezialisierung erfordern und ob eine größere Spezialisierung die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen verbessern würde.

Abb. 46: Spezialisierung vs. Generalisierung der Berufsbilder in der Langzeitpflege



Nach Einschätzung der Experten haben ehrenamtliche Kräfte zukünftig eine große Bedeutung in den Bereichen Alltagsgestaltung, Teilhabe, Kultur und Hilfe im Haushalt (Abb. 47).

Abb. 47: Einsatzbereiche Ehrenamtlicher



Dabei wird aus der Expertensicht anlässlich der Zukunftskonferenz die Relevanz von Ehrenamtlichen bei aller Bedeutung, die ihnen bei der Sache zugewiesen wird, eher skeptisch eingeschätzt. Insbesondere sind die Befragten der Auffassung, dass die Substitutionseffekte durch bürgerschaftliches Engagement für zurückgehende Ressourcen in der Familienpflege als zu optimistisch eingeschätzt werden. Auch seien bürgerschaftlich Engagierte nicht in der Lage, das zurückgehende Fachkräftepotenzial zu kompensieren. Von Fragen der Monetarisierung des Ehrenamtes bis zu seiner „Anarchie“ erlangt das Thema Ehrenamt in der Langzeitpflege eine breite und ausführliche Diskussion.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Die Substitutionseffekte durch bürgerschaftlich Engagierte in der Familienpflege werden zu optimistisch eingeschätzt.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These verschiedene Themenkreise.

(1) Merkmale des traditionellen bürgerschaftlichen Engagements (BE):

- *BE stärkt die Lebensqualität und leistet einen Qualitätsbeitrag, hat dabei aber eigene Qualitätsansprüche, die in Widerspruch zu den Standards professioneller Versorgung stehen können.*
- *BE fördert die Teilhabe und die kulturelle Verankerung des Sorgethemas in der Gesellschaft, bleibt jedoch oft unsichtbar. Die Effekte von BE müssen aber direkt erlebbar sein (vor Ort etc.).*
- *BE ermöglicht eine neue Kultur der Achtsamkeit bis hin zu kleinem informellen Case Management.*
- *BE ist immer ergänzend, sowohl zur professionellen Arbeit als auch zur Angehörigenpflege; es kompensiert weder den Fachkräftemangel noch die zurückgehenden Familienpflegeressourcen.*
- *BE kann in seinen Strukturen nicht von „oben“ verordnet werden, noch ist die Verlässlichkeit immer gegeben. Eine gewisse „Anarchie des Ehrenamtes“ ist Merkmal von BE und muss zugelassen werden.*
- *Die Basis für BE sinkt. BE ist kein Selbstläufer.*

(2) Entwicklungen und Perspektiven:

- *Die Grenze zwischen BE und nebenberuflicher Tätigkeit ist fließend und in Grauzonen erfolgt bereits jetzt eine Monetarisierung, in der auch Chancen liegen können, u.a. in einer größeren Verbindlichkeit.*
- *Neue entgeltliche Formen der Beteiligung sollen gut von unentgeltlichem BE (Ehrenamt) und weiteren Hilfestrukturen differenziert werden.*
- *Senioren sind künftig zunehmend auf Zuverdienst angewiesen. In BE muss investiert werden.*
- *Zur Förderung von BE mit dem Ziel einer teilweisen Kompensation zurückgehender Familienpflegeressourcen sind neuartige Netzwerke auf lokaler Ebene erforderlich, die alle professionellen und informellen Kräfte zusammenführen.*
- *Neue Formen von BE bedürfen der transparenten Steuerung und Koordination durch einen „Kümmerer“.*
- *Es besteht zumindest teilweise ein Konkurrenzverhältnis zwischen BE und professioneller Arbeit; vereinzelt gibt es auch Verdrängungseffekte, z.B. in der Palliativversorgung.*

4.2.2 Berufsgruppen und Aufgabenfelder

Die erwarteten Veränderungen in der Versorgungslandschaft (siehe Kapitel 5.1) bedürfen einer Weiterentwicklung der Berufe und ihrer jeweiligen Aufgabenfelder. So wurden die Experten darum gebeten, die im Kontext der Langzeitpflege relevanten Berufsgruppen und die jeweiligen Aufgabenfelder zu benennen (vgl. Tab. 52). Die folgende Liste wurde nicht in die erneute Bewertung gegeben. Sie soll im Anschluss mit dem „Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“, der im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ unter der Leitung von Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal und Prof. Gertrud Hundenborn im Jahr 2011 entstanden ist, verglichen werden.

Tab. 52: Berufsbezeichnungen und Aufgabenfelder

Berufsfeld / Berufsbezeichnung	Aufgabenfelder
Pflegeprofessur, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement (Studium MScN, Promotion, Habilitation)	Forschung, Entwicklung von Pflege-theorien und Qualitätsstandards, Beratung bei der Rahmengestaltung, Management und Lehre
Pflegekraft mit akademischer Ausbildung/ Master Studienabschlüsse bspw. in den Fachrichtungen Pflege, Soziale Arbeit, Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement	Leitung, Koordination, Verwaltung, Qualitätsentwicklung, Fort- und Weiterbildung, Beratung und Anleitung der Beschäftigten sowie ehrenamtlich tätiger Personen, Schulung pflegender Angehöriger Spezifische Fachexpertise (z.B. Intensivpflege, Palliativpflege, Wundmanagement, psychiatrische Pflege, Demenzpflege, usw.)
Pflegekraft mit akademischer Ausbildung/ Bachelor Studienabschlüsse bspw. in den Fachrichtungen Pflege, Soziale Arbeit, Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement Qualitätsmanager	Pflegediagnostischer Prozess, pflegerische Verantwortung, Managementaufgaben, Koordination und Organisation von Arbeitsbereichen (z.B. Stationen) oder Fachbereichen (z.B. Hygiene), Konzeptarbeit, Qualitätssicherung, Vernetzungsexperte, Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität, Planung und Evaluation der Betreuung. Austausch/ Schnittstelle mit Medizin, Wundversorgung, Hilfsmittelversorgung Sicherstellung der fachgerechten Versorgung, Schulungen, Audits, interne Qualitätskontrollen

Berufsfeld / Berufsbezeichnung	Aufgabenfelder
Pflegefachkraft	Personalführung (verantwortlich für die Pflege des Bewohners/ des Patienten), Primary Nursing, Steuerung und Umsetzung des Pflegeprozesses, bedürfnisorientierte Steuerung der Aktivitäten der Bewohner, Übernahme ärztlicher Aufgaben, Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten, administrative Aufgaben, direkte Pflege (bei Bedarf), Angehörigenarbeit, Koordination von Pflegevisiten u.a., Sicherstellung der Prozessqualität, spezialisierte Pflege, Spezialisierung z.B. gerontopsychiatrisch, Palliative Care, Wachkoma, Sicherstellung der Ergebnisqualität
Pflegeberatung , Beratung, Organisation	Case Management, Beratung, Begleitung, Unterstützung bei der Organisation der Versorgung z.B. auch Organisation, Koordination und Unterstützung aller Beschäftigter, die in den verschiedenen Unterstützungsfunktionen für verschiedene Klienten tätig sind
Fachpflegekraft in Gerontopsychiatrie	Implementation und Praktizieren von gerontopsychiatrischen Konzepten am Betroffenen, mit den Angehörigen und Pflegenden. Einschaltung bei akuten Dekompensationen, dadurch Verhinderung stationärer Einweisungen. Enge Kooperation mit Facharzt Gerontopsychiatrie, Angehörigen- und Patientengruppen, Wohngruppenbetreuung
Alltagsbegleitung / Präsenzkraft / Betreuungskraft	Lebensweltliche Gestaltung des Alltages, hauswirtschaftliche Moderation, Koordination und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld, enge Zusammenarbeit mit Fachkraft Diplom II, Betreuung von Demenzkranken (zu Hause), Aktivierung, Zuwendung, Entlastung von pflegenden Angehörigen
Pflegehilfe / Pflegeassistenz / Pflegeservice 1-jährige Ausbildung	Unterstützung der Pflegefachkräfte, grundpflegerische Aufgaben, Aktivierungsangebote, Alltagsbegleitung, Haushaltshilfen, Betreuungen von Demenzkranken
Angelernte Person diverser Art/ Hilfskraft z.T. ausländische	Unterstützung der pflegerischen Tätigkeit durch haushaltsnahe Dienstleistungen (Essen bringen, putzen, waschen etc.), soziale Betreuung, konkret zu definierende Tätigkeiten nach Fähigkeiten und unter professioneller Aufsicht Spezialisierung: z.B. gerontopsychiatrische Hilfskräfte zur Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Berufsfeld / Berufsbezeichnung	Aufgabenfelder
Hauswirtschaftliche Fachkraft	<p>Unterstützung in allen praktischen und organisatorischen Fragen der Haushaltsführung, Versorgung von komplexeren Haushalten, einfache Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung</p> <p>In enger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen werden die Pflegekonzepte um die Aspekte der Hauswirtschaft erweitert</p>
Soziale Arbeit / Heilpädagogik	<p>Case Management, Beratung in Bezug auf finanzielle Aspekte, Vollmachten, Organisation und Koordination der sozialen Betreuung der Pflegebedürftigen, konzeptionelle Aufgaben, psychosoziale Begleitung, biografieorientiertes Arbeiten, Krisenbegleitung</p>
Krankenhaussozialdienst	<p>Koordination von häuslicher und stationärer Pflege, Kurzzeitpflege</p>
Case Management	<p>Arrangements von komplexen Pflegeversorgungen, Organisation des pflegerischen und betreuenden Netzwerkes, Kontakt zu allen Berufsgruppen und Angehörigen bzw. sozialen Kontaktpersonen für ambulant versorgte alte Menschen, als fester Bestandteil des Gesamtkonzeptes ambulanter Versorgung</p>
Therapie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Kunsttherapie	<p>Erhalt der Mobilität, geistig wie funktionell, körperliche und kognitive Mobilisierung und Aktivierung, Durchführung der therapeutischen Verordnungen, Sturzprophylaxe, Anleitung der Pflegefachkräfte in rehabilitativen Maßnahmen, wie z. B. Bewegungsförderung, Unterstützung des Pflegeprozesses, Erhalt der Selbständigkeit in den Alltagsfunktionen und Unterstützung der Alltagsgestaltung, Schulung der Pflegekräfte, z.B. zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen.</p> <p>Durchführung von Therapien, zur Steigerung des Wohlbefindens (u.a. können demenziell bedingte Krankheitsverläufe positiv beeinflusst werden)</p>
Seelsorge	<p>Zielgruppe sind Angehörige, Bewohner und Mitarbeitende. Integration in die Kirchengemeinden und in die Gesellschaft, Trauerbewältigung</p>
Betreuungsassistenz / Ehrenamtlich Tätige / Angehörige	<p>Alltagbewältigung und -gestaltung, Trauerbewältigung, jahreszeitliche Feste in stationären Einrichtungen, Einbindung von Angehörigen, gemeinsame Aktivitäten mit Schulen, Kindergärten etc.</p> <p>Unterstützung des Erhalts der Teilhabe und der Lebensqualität</p>
Nachbarschaftshilfe	<p>Einkauf, Alltagsbegleitung, Gesellschaft</p>

Berufsfeld / Berufsbezeichnung	Aufgabenfelder
Ärztin / Arzt (Facharzt) Geriatrie / Gerontopsychiatrie / Urologie, Psychiatrie, Dermatologie, Gynäkologie, Zahnmedizin Hausärztin / Hausarzt	Behandlung und Diagnostik altersbedingter Erkrankungen, Palliativ-Medizin, Multimorbidität erfordert Ärzte verschiedener Fachrichtungen Einzufordernde Qualifizierung und Kompetenz in Geriatrie und Gerontopsychiatrie Fachärztliche Begleitung von Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten, ggf. medikamentöse Begleitung, Gewährleistung, dass die Medikationsmenge und -dauer möglichst niedrig gehalten wird. Hausbesuche bezüglich allgemeinmedizinischer Erkrankungen
Küchenleitung	Sicherstellung eines hochwertigen und ansehnlichen Speisenangebots, Ernährungsberatung
Handwerk	Allround-Handwerker, evtl. getrennt von Haushaltsführung: Fensterputzer, Reinigungskräfte
Berufsbetreuung	Übernahme der rechtlichen Betreuung, Interessensvertretung
Verwaltungskraft	Finanzen, Schriftverkehr, Interessenvertretung
Technischer Überwachungsdienst	AAL und umfassende technische Versorgung und Sicherung

Vergleich

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Experten dem Qualifikationsrahmen von Professorin Knigge-Demal und Professorin Hundenborn gegenübergestellt.

Der Qualifikationsrahmen basiert auf acht Stufen und ist jeweils in *klientenbezogene*, *teambezogene* und *einrichtungsbezogene Aufgaben* unterteilt. Es konnte allen Qualifikationsniveaus (mit Ausnahme der Qualifikationsstufe 3) eine von den Experten benannte Berufsbezeichnung zugeordnet werden.

1. Pflegeprofessur, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Pflegemanagement

(Studium MScN, Promotion, Habilitation)

Aufgabenfelder: Forschung, Entwicklung von Pflege-theorien und Qualitätsstandards, Beratung bei der Rahmengestaltung, Management und Lehre, Leitung, Koordination, Verwaltung, Qualitätsentwicklung, Fort- und Weiterbildung, Beratung und Anleitung der Beschäftigten sowie ehrenamtlich tätiger Personen, Schulung pflegender Angehöriger, spezifische Fachexpertise (z.B. Intensivpflege, Palliativpflege, Wundmanagement, psychiatrische Pflege, Demenzpflege, etc.)

Diese Berufsgruppe entspricht dem Qualifikationsniveau 8 des Qualifikationsrahmens, der die Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben beinhaltet. Über die Einschätzungen der Experten hinaus, wurden im Qualifikationsrahmen folgende Aufgaben dieser Berufsgruppe thematisiert:

Zum Bereich der *klientenbezogenen Aufgaben* gehören die Entwicklung von Konzepten und die Umsetzung dieser in die Praxis, die auf Selbstbestimmung und soziale Integration von älteren Menschen abzielen, sowie ambulante Betreuungsangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger. Zudem wird die Weitergabe von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen an die Klienten als ein Aufgabengebiet gesehen.

In Bezug auf *teambezogene Aufgaben* wird ein Schwerpunkt auf die Teamarbeit selbst gelegt, die sowohl der Beratung und Begleitung im Forschungsprozess als auch der Entwicklung von Konzepten zugeordnet wird. Hinzu kommt, Informations- und Schulungsveranstaltungen zu konzeptualisieren und durchzuführen.

Im Bereich der *einrichtungsbezogenen Aufgaben* sollen immer wieder Haltungen, Konzepte, Problemlagen, Aufgaben und spezifische Themen, die die Einrichtungen und das Thema Pflege betreffen, analysiert, diskutiert und evaluiert werden.

2. Pflegekraft mit akademischer Ausbildung (Master)

Studienabschlüsse bspw. in den Fachrichtungen Pflege, Soziale Arbeit, Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement

Aufgabenfelder: Leitung, Koordination, Verwaltung, Qualitätsentwicklung, Fort- und Weiterbildung, Beratung und Anleitung der Beschäftigten sowie ehrenamtlich tätiger Personen, Schulung pflegender Angehöriger
Spezifische Fachexpertise (z.B. Intensivpflege, Palliativpflege, Wundmanagement, psychiatrische Pflege, Demenzpflege, etc.)

Dieser Aufgabenbereich stimmt mit dem Qualifikationsniveau 7 überein, der die pflegerische Leitung in Einrichtungen beinhaltet. Die Schulung pflegender Angehöriger wird im Qualifikationsrahmen nicht benannt.

In der Gegenüberstellung von Expertenaussagen und dem Qualifikationsrahmen wurde im Bereich der *klientenbezogenen Aufgaben* deutlich, dass die Experten die Beratung und Begleitung der Klienten und deren Angehörigen außer Acht gelassen haben. Die *teambezogenen Aufgaben* stimmten mit den Expertenmeinungen überein.

In Bezug auf *einrichtungsbezogene Aufgaben* lassen sich anhand des Qualifikationsrahmens folgende Ergänzungen finden:

- a. Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und dessen beständige Weiterentwicklung
- b. die Analyse potenzieller Versorgungsanforderungen
- c. die Entwicklung und Implementierung von Versorgungskonzepten
- d. die Entwicklung und Organisation von einrichtungsübergreifenden, lebensweltorientierten Netzwerken und Kooperationsstrukturen

- e. die Steuerung der Ressourceneinsätze, wie auch die Mitwirkung im Forschungsbereich.

3. Pflegekraft mit akademischer Ausbildung (Bachelor)

Studienabschlüsse bspw. in den Fachrichtungen Pflege, Soziale Arbeit, Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement, Qualitätsmanager

Aufgabenfelder: Pflegediagnostischer Prozess, pflegerische Verantwortung, Managementaufgaben, Koordination und Organisation von Arbeitsbereichen (z.B. Stationen) oder Fachbereichen (z.B. Hygiene), Konzeptarbeit, Qualitätssicherung, Vernetzungsexperte, Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität, Planung und Evaluation der Betreuung. Austausch/ Schnittstelle mit Medizin, Wundversorgung, Hilfsmittelversorgung, Sicherstellung der fachgerechten Versorgung, Schulungen, Audits, interne Qualitätskontrollen

Dies entspricht in weiten Teilen dem Qualifikationsniveau 6, welches die Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams beinhaltet. Eine genaue Zuweisung konnte jedoch nicht erfolgen, da einige Aufgabenbereiche im Qualifikationsrahmen nicht genannt wurden. Zudem führten die Experten mit der Organisation von Fachbereichen einen Aufgabenbereich an, der so nicht im Qualifikationsniveau aufgegriffen wurde.

Zu den *klientenbezogenen Aufgaben* gehören nach Knigge-Demal und Hundenborn über die Expertenmeinung hinaus auch die (psycho)soziale Beratung und Begleitung von Klienten und Angehörigen sowie die Planung und Gestaltung von Versorgungskonzepten in Bezug auf Erkrankungen, Sterbebegleitung und Trauerarbeit. Hinzu kommen die Erhebung und Analyse von chronischen, progredienten, multiplen oder sozial-assoziierten Beeinträchtigungen und ihrer Deutungsvielfalt und Interdependenzen.

Bezüglich der *teambezogenen Aufgaben* wurden zudem die kollegiale Beratung, die Beurteilung der Arbeitsleistung und die wertschätzende Rückmeldung an Mitarbeitende genannt.

Für *einrichtungsbezogene Aufgaben* wird die Möglichkeit der Mitwirkung an der Entwicklung des Leitbildes gefordert, sowie eine kritische Auseinandersetzung und Stellungnahme zum Einrichtungsleitbild. Neben der Anwendung von Case-Management-Konzepten soll ebenso eine fortlaufende Sammlung, Interpretation und Bewertung von relevanten Informationen über Entwicklungen, Projekte und Ergebnisse der Pflegewissenschaft erfolgen. Die Mitwirkung an pflegewissenschaftlicher Forschung in Bezug auf den Handlungsbezug und die Qualitätssicherung werden ebenso als ein Aufgabenbereich dargestellt.

4. Pflegefachkraft

Aufgabenfelder: Personalführung (verantwortlich für die Pflege des Bewohners/ des Patienten), Primary Nursing, Steuerung und Umsetzung des Pflegeprozesses, bedürfnisorientierte Steuerung der Aktivitäten der Bewohner, Übernahme ärztlicher Aufgaben, Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten, administrative Aufgaben, direkte Pflege (bei Bedarf), Angehörigenarbeit, Koordination von Pflegevisiten u.a., Sicherstellung der Prozessqualität, spezialisierte Pflege, Spezialisierung (z.B. gerontopsychiatrisch), Palliative Care, Wachkoma, Sicherstellung der Ergebnisqualität

Auch hier ist eine eindeutige Zuordnung zu einem Qualifikationsniveau nicht möglich. Es bestehen jedoch einige Überschneidungen mit dem Qualifikationsniveau 4, das die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen umfasst. Von den Experten wird Wert auf eine spezialisierte Pflege gelegt, die so im Qualifikationsniveau nicht auftaucht.

Bei den *klientenbezogenen Aufgaben* ist im Qualitätszirkel über die Experteneinschätzungen hinaus explizit die Gestaltung förderlichen Gesprächssituationen zur Erhebung von biografischen Ereignissen, Werthaltungen oder Bewältigungsstrategien vorgesehen.

In Bezug auf *teambezogene Aufgaben* nennen die Experten als Aufgabenbereich die Personalführung. Diese ist beim Qualifikationsniveau 4 nur mit Einweisung und Anleitung von Mitarbeitenden und Schülern sowie Praktikanten als Aufgabenbereich versehen. Knigge-Demal und Hundenborn zählen darüber hinaus auch die Koordination und Abstimmung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Versorgungsprozess zur Aufgabe dieser Stufe, sowie die kollegiale Beratung, Unterstützung und Anleitung von Teammitgliedern bei pflegefachlichen Fragestellungen.

In den Bereich der *einrichtungsbezogenen Aufgaben* wird von Knigge-Demal und Hundenborn erneut die Entwicklung des Leitbildes und dessen Umsetzung im Arbeitsprozess sowie die Gestaltung von pflegewissenschaftlichen Projekten einbezogen.

5. Fachpflegekraft in Gerontopsychiatrie

Aufgabenfelder: Implementation und Praktizieren von gerontopsychiatrischen Konzepten am Betroffenen, mit den Angehörigen und Pflegenden. Einschaltung bei akuten Dekompensationen, dadurch Verhinderung stationärer Einweisungen. Enge Kooperation mit Facharzt, Gerontopsychiatrie, Angehörigen- und Patientengruppen, Wohngruppenbetreuung

Dies entspricht dem Qualifikationsniveau 5: Die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen.

In Bezug auf *klientenbezogenen Aufgaben* nennt der Qualifikationsrahmen folgende Aufgabenbereiche, die über die Einschätzungen der Experten hinausweisen:

- a. Durchführung von therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Delegation
- b. Beratung, Anleitung und Schulung im Hinblick auf spezielle Pflegebedarfe, -ziele und -maßnahmen
- c. Beratung zur Beantragung sozialrechtlicher Leistungen
- d. systematische, kontinuierliche Überprüfung, Bewertung und Dokumentation der durchgeführten speziellen Pflege und folgerichtige Modifikation des Pflegeprozesses.

Im Bereich von *teambezogenen Aufgaben* werden explizit kollegiale Beratungs- und Begleitungsprozesse genannt, sowie die Steuerung der Ausbildungsprozesse und die Anleitung von Praktikanten.

Zu *einrichtungsbezogenen Aufgaben* gehören nach Knigge-Demal und Hundenborn die Gegenüberstellung des Einrichtungsleitbildes und der Arbeitsprozesse sowie die Mitwirkung an der Datenerhebung und an der Erprobung von neuen pflegewissenschaftlichen Konzepten.

6. Alltagsbegleitung / Präsenzkraft / Betreuungskraft

Aufgabenfelder: Lebensweltliche Gestaltung des Alltages, hauswirtschaftliche Moderation, Koordination und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld, enge Zusammenarbeit mit Fachkraft Diplom II, Betreuung von Demenzkranken (zuhause), Aktivierung, Zuwendung, Entlastung von pflegenden Angehörigen

Die Berufsgruppe entspricht dem Qualifikationsniveau 1 nach Knigge-Demal/ Hundenborn, die hier ebenfalls als Alltagsbegleiter bezeichnet werden.

Über die Einschätzungen der Experten hinaus wird in Bezug auf *klientenbezogene Aufgaben* die Begleitung außerhalb des Hauses als ein Aufgabengebiet aufgezeigt.

Im Bereich der *teambezogenen Aufgaben* wird das Aufgabenfeld durch „Abstimmung mit dem Team“ erweitert. Sowohl die Dokumentation von Ereignissen als auch der schriftliche Nachweis erledigter Arbeitsaufträge sind von Knigge-Demal und Hundenborn für diese Berufsgruppe vorgesehen.

Einrichtungsbezogene Aufgaben beinhalten den Professorinnen zufolge auch die Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und eine reflektierte Ausrichtung des eigenen Handelns.

7. Pflegehilfe / Pflegeassistenz/ Pflegeservice

1-jährige Ausbildung

Aufgabenfelder: Unterstützung der Pflegefachkräfte, grundpflegerische Aufgaben, Aktivierungsangebote, Alltagsbegleitung, Haushaltshilfen, Betreuungen von Demenzkranken

Dieses Aufgabenfeld entspricht der Qualifikationsstufe 2, die als „persönliche Assistenz und Betreuung“ bezeichnet wird.

Im Bereich der *klienten- und teambezogenen Aufgaben* wird das Aufgabenfeld im Rahmen des Qualifikationsrahmens durch die Abstimmung mit dem Team, die Dokumentation von Ereignissen sowie dem schriftlichen Nachweis erledigter Arbeitsaufträge erweitert.

Einrichtungsbezogene Aufgaben beinhalten auch hier die Auseinandersetzung mit dem Einrichtungsleitbild und eine reflektierte Ausrichtung des eigenen Handelns.

Berufsgruppen bzw. -felder ohne Zuweisung eines Qualifikationsrahmens

Die folgenden Berufsgruppen – bzw. felder wurden von den Experten mit ihren jeweiligen Aufgabenbereichen genannt, konnten aber nach Knigge-Demal/ Hundenborn keinem Qualifikationsniveaus zugeordnet werden. Hierzu gehören:

- Pflegeberatung, Beratung, Organisation
- Angelernte diverser Art/ Hilfskraft (z.T. ausländische)
- Hauswirtschaftliche Fachkraft
- Soziale Arbeit / Heilpädagogik
- Krankenhaussozialdienst
- Case Management
- Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Kunsttherapie)
- Seelsorge
- Betreuungsassistenz/ Ehrenamtlich Tätige
- Nachbarschaftshilfe
- Ärztin/Arzt (Geriatric, Gerontopsychiatrie, Urologie, Psychiatrie, Dermatologie, Gynäkologie, Zahnmedizin, Hausarzt)
- Küchenleitung
- Handwerk
- Berufsbetreuung
- Verwaltungskraft

Die Entwicklung eines Qualifikationsrahmens für die unterschiedlichen Berufe in Care und Cure, die für die Langzeitpflege von Bedeutung sind, erscheint in seiner ordnungsstiftenden und transparenzfördernden Funktion ausgesprochen sinnvoll und würde das unter 4.1.5 skizzierte Tableau für Berufe in Care und Cure inhaltlich profilieren helfen. Dabei sind die diesbezüglichen Arbeiten und Überlegungen keineswegs abgeschlossen und es zeigen sich bei vielen Übereinstimmungen nach Meinung der Experten auch große Unterschiede, was darauf hinweist, dass die für den Bereich der Langzeitpflege relevanten Berufsgruppen keineswegs immer in gleicher Weise eingeschätzt werden. Auch ist zu differenzieren zwischen Berufen, Funktionen und Rollen, die in der langen Liste der Qualifikationen miteinander verwoben sind und vermischt werden. Der Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal und Hundenborn ist eine gute Orientierung für einen übergreifenden Qualifikationsrahmen für Care- und Cure-Berufe, der weiter ausfallen müsste, als dies bezogen auf die Pflegeberufe getan wurde.

4.2.3 Integrierte versus eigenständige Pflegeausbildung

Im Expertengespräch mit Frau Prof. Riedel befürwortete diese den eingeschlagenen Weg einer integrierten Ausbildung. Sie begründet dies im Wesentlichen damit, dass Fachpflege situationsbezogen entsprechende Kompetenzen vorweisen müsse und nicht (mehr) primär im klassischen Sinne wissensbezogene. Die unterschiedlichen Perspektiven, die in der integrierten Pflegeausbildung zusammengeführt werden, affizieren auch und gerade die in der Langzeitpflege mit geriatrischen Patienten befassten Pflegekräfte. Kompetenzen im Umgang mit geriatrischen Patienten werden im Akut-Pflegebereich wie auch im häuslichen Bereich immer stärker gefordert. Sichergestellt werden müsse allerdings die gleichwertige Vermittlung von Wissensbeständen aus den verschiedenen Feldern der Pflege, insbesondere auch aus der Langzeitpflege.

Prof. Riedel teilt die Einschätzung, dass bei der einheitlichen Pflegeausbildung die Langzeitpflege nicht zu den Handlungsfeldern gehört, die eine besondere Attraktivität für Berufseinsteiger besitzen. Die einheitliche Pflegeausbildung könnte aber auch zu einer deutlicheren Profilierung dessen führen, was Fachpflege ausmacht. Im Rahmen der von ihr betreuten Hochschulstudiengänge beobachtete sie allerdings eine durchaus interessante Entwicklung: Studierende mit einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege (ca. 75% der Studierenden) interessieren sich im Laufe des Studiums immer stärker für Handlungsfelder in der Langzeitpflege und finden in aller Regel dort ihre neue berufliche Heimat mit interessanten Verantwortungsrollen.

Die Unterscheidung Care und Cure hält sie für richtig. Auch stimmt sie einer Zuordnung der Cure-Aufgaben in die GKV deswegen zu, weil damit eine einheitliche, dem integrierten Berufsgruppenkonzept entsprechende Finanzierung der Pflege und in gewisser Weise ihre sozialleistungsrechtliche Anerkennung verbunden wäre. Den Care-Bereich in Richtung Teilhabe durchlässiger zu gestalten, hält Prof. Riedel für richtig. Sie weist auf die Gefahr hin, dass mit einer stärkeren Betonung von Care-Berufen (die häufig als Hilfsberufe (dis-)qualifiziert würden), die Attraktivität des Handlungsfelds wieder sinken könnte. Auch der Altenpflegeberuf würde in gewisser Weise seine besondere Existenzberechtigung bei einer Trennung von Care und Cure verlieren. Eine Reihe weiterer Personen aus Pflegewissenschaft und Politik interpretierten die Aufteilung zwischen Care und Cure als Abwertung einer sich als ganzheitlich verstehenden Pflege und lehnten sie entsprechend ab.

Zu den Kernaufgaben der Fachpflege zählen im Wesentlichen die Steuerungsfunktionen, so Prof. Riedel. Fachpflegekräfte müssen den Überblick in der Versorgungssituation haben, die Situationen einschätzen, den Prozess und die Verläufe im Blick behalten – aber nicht alle Aufgaben und Tätigkeiten selbst erledigen. Grundpflege könne von kompetenten Personen übernommen werden, die keine Fachausbildung besitzen, wenn die Pflegefachkraft die Durchführung dieser Aufgaben im Blick habe und sicherstellen kann, dass die für die Steuerung des Pflegeprozesses maßgeblichen Informationen bei ihr ankommen.

Angesprochen auf die Frage, in welchen Situationen die Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen gefragt sei, betonte Prof. Riedel eine Indikation für pflegfachliche Interaktion dann, wenn die Lebens- und Versorgungssituation besonders komplex sei oder wenn besondere Gesundheitsziele bzw. die Beeinflussung des Grads der Abhängigkeit erreicht werden sollen. Die Kompetenz der Aushandlung „individuell vs. wertebezogen“, „fürsorglich vs. autonomieorientiert“

fällt ebenfalls der Fachpflege zu. Prof. Riedel bezieht sich hier auf das betriebssoziologische Konzept der Profession nach Weidner, in dem die Hermeneutik eine zentrale Rolle einnimmt.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Die einheitliche Pflegeausbildung (alleine) beantwortet nicht den Fachkräftebedarf in der Langzeitpflege.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten diese These sehr kontrovers.

(1) Allgemeine Anmerkungen zur These:

- *Eine einheitliche Pflegeausbildung erhöht die Attraktivität der Ausbildung.*
- *Die Einheitlichkeit ermöglicht auch einen Berufsweg, der langfristig in die Altenpflege führt.*
- *Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eröffnet evtl. die Möglichkeiten einer Rückbesinnung auf soziale Aspekte in der Pflege und könnte die Entwicklung zu Assistenzberufen in der Pflege verstärken.*

(2) Die entstehende Generalistik durch eine einheitliche Pflegeausbildung wird kritisch betrachtet:

- *Grundsätzlich wird hinterfragt, ob die Generalistik eine Antwort auf die Frage des Fachkräftebedarfs bieten kann, bisherige Erfahrungen mit generalistischen Ausbildungsmodellen zeigen, dass Skepsis angebracht ist.*
- *Nicht die Generalistik schafft Pflegequalität, sondern der Einsatz von Teams, die sich aus unterschiedlichen Berufen und Professionen (gemischte Teams) zusammensetzen.*
- *Grundsätzlich sollten mehr Lerninhalte aus der Gerontologie in die Altenpflegeausbildung aufgenommen werden.*
- *Neue Technologien des Ambient Assistent Living (AAL) sollen bereits in der Ausbildung als Teil personenzentrierter Versorgungskonzepte unterrichtet werden.*
- *Kontrovers wird der wünschenswerte Umfang medizinischer Inhalte in der Ausbildung zur Altenpflege diskutiert.*

(3) Einheitliche Pflegeausbildung zieht Pflegefachkräfte aus der Altenpflege ab:

- *Es besteht die Befürchtung, dass sich der Großteil der einheitlich ausgebildeten Fachkräfte der Kinderkranken- und Krankenpflege zuwendet, was die Altenpflege zum „Verlierer“ machen könnte.*
- *Dagegen sprechen die Erfahrungen aus der ambulanten Pflege; hier ist ein „Sog“ aus der Krankenpflege hin zur Kranken- und Altenpflege festzustellen.*

4.2.4 Fazit und Ausblick

Eine Öffnung des Berufsgruppenkonzeptes in der Langzeitpflege, die Differenzierung der Berufe in Care und Cure und ihre stärkere Profilierung sprechen neben vielen Einzelaspekten als wichtige Perspektive für ein zukunftsorientiertes Berufsgruppendedesign in der Langzeitpflege. Dabei treffen die derzeit dominanten Stränge der Diskussion um eine einheitliche Pflegeausbildung einerseits und das Setzen auf (qualifizierte) bürgerschaftlich Engagierte andererseits hinsichtlich ihrer Tragfähigkeit, in den Einschätzungen von Experten auf Skepsis. Diese begründet sich zum einen darin, dass die Langzeitpflege keineswegs selbstverständlich von den unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht bestrittenen Vorteilen einer einheitlichen Pflegeausbildung profitieren wird oder andere Arbeitsfelder gerade für Berufseinsteiger attraktiver erscheinen. Auch der Akzentuierung des gezielten Einsatzes von bürgerschaftlich Engagierten in der Pflege wird unter quantitativen Gesichtspunkten nicht die Bedeutung zugemessen, wie dies in verbreiteten dominanten politischen Diskursen der Fall ist. Insofern wird beim weiterzuentwickelnden Berufsgruppendedesign gerade auf die Profilierung von Berufen im Hinblick auf Care und Cure mit all seinen Schnittmengen ein besonderes Augenmerk liegen müssen. Insbesondere die Zukunftskonferenz machte dabei aber deutlich, dass die Diskussion um eine Öffnung des Berufsgruppenkonzeptes erst am Anfang steht und vielfältige Fragen der vertieften Diskussion bedürfen.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Eine Differenzierung der Pflege in Care und Cure ist auch für die Ordnung der Berufe in der Langzeitpflege sinnvoll.“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These verschiedene Themenkreise.

(1) Allgemeine Anmerkungen zur These:

- *Ein Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe ist erforderlich.*
- *Der Definition der Begriffe Care und Cure kommt eine sehr hohe Bedeutung zu, wobei Überschneidungen zu beachten sind.*
- *Die Unterscheidung wird in verschiedenen Kontexten zum Teil unterschiedliche Konsequenzen zur Folge haben, z.B. für die Adressaten, im professionellen Selbstverständnis der Akteure, in der Ausbildung und im Leistungsrecht.*

(2) Durchlässigkeit zwischen Care und Cure stärken:

- *Für eine gelingende Pflege ist „Bezugs-Care“ wichtiger als „Bezugs-Cure“. Dabei ist auf eine einheitliche Steuerung und Anleitung zu achten.*
- *Pflege trennt sich in Care und Cure. Dabei ist zu beachten, dass Berufe der Pflege und der Hauswirtschaft benötigt werden.*
- *Cure ist nicht gleichzusetzen mit Pflege und Care nicht mit Hauswirtschaft. Es geht darum, neue Schnittflächen zu definieren.*
- *Ein Personalmix (Care und Cure) ist wichtig, die entsprechenden Arbeitsteilungen sind zu definieren.*

(3) Fachpflege gilt es als Profession zu profilieren:

- *Es bedarf weiterer neu fokussierter pflegewissenschaftlicher Forschung, insbesondere im Hinblick auf Care-Aspekte.*
- *Interdisziplinäre Forschung zur Langzeitpflege muss ausgebaut werden.*
- *Die Frage der Ausweitung akademisierter Pflege wird kontrovers diskutiert. Es wird einerseits eine stärkere Akademisierung für den Care-Bereich gefordert, andererseits aber ein zusätzlicher Bedarf für akademisierte Pflegekräfte grundsätzliche infrage gestellt.*
- *Neue Funktionen und Rollen für akademisch Qualifizierte in der Versorgung älterer Menschen sind zu entwickeln und in der Breite zu implementieren.*

(3) Potenziale der pflegeergänzenden Fachberufe werden bisher in ihrem Potenzial weder hinreichend erkannt noch genutzt:

- *Fachberufe in der Pflege können nicht einfach durch pflegeergänzende Berufe ersetzt werden.*
- *Hauswirtschaft ist ein eigenständiger und kein pflegeergänzender Beruf!*

5 Weitere Themenfelder

In diesem Kapitel werden dem Auftraggeber besonders bedeutsame Fragestellungen, die aber nicht in der Tiefe behandelt werden können, aufgegriffen. Zum einen werden die Diversifizierung und Veränderung in der Versorgungslandschaft auf der Basis von Experteneinschätzungen beschrieben, was die Darstellung von Konsequenzen für Fragen des Fachkräftebedarfes und -einsatzes. Insbesondere quartiersbezogene und auf die Beantwortung kleinräumiger Unterstützungsbedarfe ausgerichtete Versorgungskonzepte werden einen erhöhten Bedarf an Care-Berufen auslösen, ebenso wie die stärkere Betonung von Teilhabe in der Versorgung der auf Pflege angewiesenen Menschen in der ambulanten und der klassisch stationären Pflege. Das Thema Migration und transnationale Pflegekräfte spielt in der Branchendiskussion ebenfalls eine große Rolle. Hier werden die Einschätzungen der Experten ebenso wiedergegeben wie Schlussfolgerungen einschlägiger Studien. Dabei wird den transnationalen Pflegekräften durchaus eine Bedeutung – allerdings keine tragende – beigemessen. Die zentralen Herausforderungen des Bedarfes an Arbeitskräften in der Langzeitpflege werden national und vor allen Dingen regional zu beantworten sein.

Schließlich wird auch das Thema AAL und damit die Bedeutung der Technik im Zusammenhang mit dem personenbezogenen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Pflegebedarf aufgegriffen. Hier werden im Wesentlichen Expertenmeinungen wiedergegeben. Im Ergebnis wird die zukünftige Bedeutung der Technik anerkannt, eine hohe Relevanz auf den qualitativen Personalbedarf in der Langzeitpflege jedoch verneint.

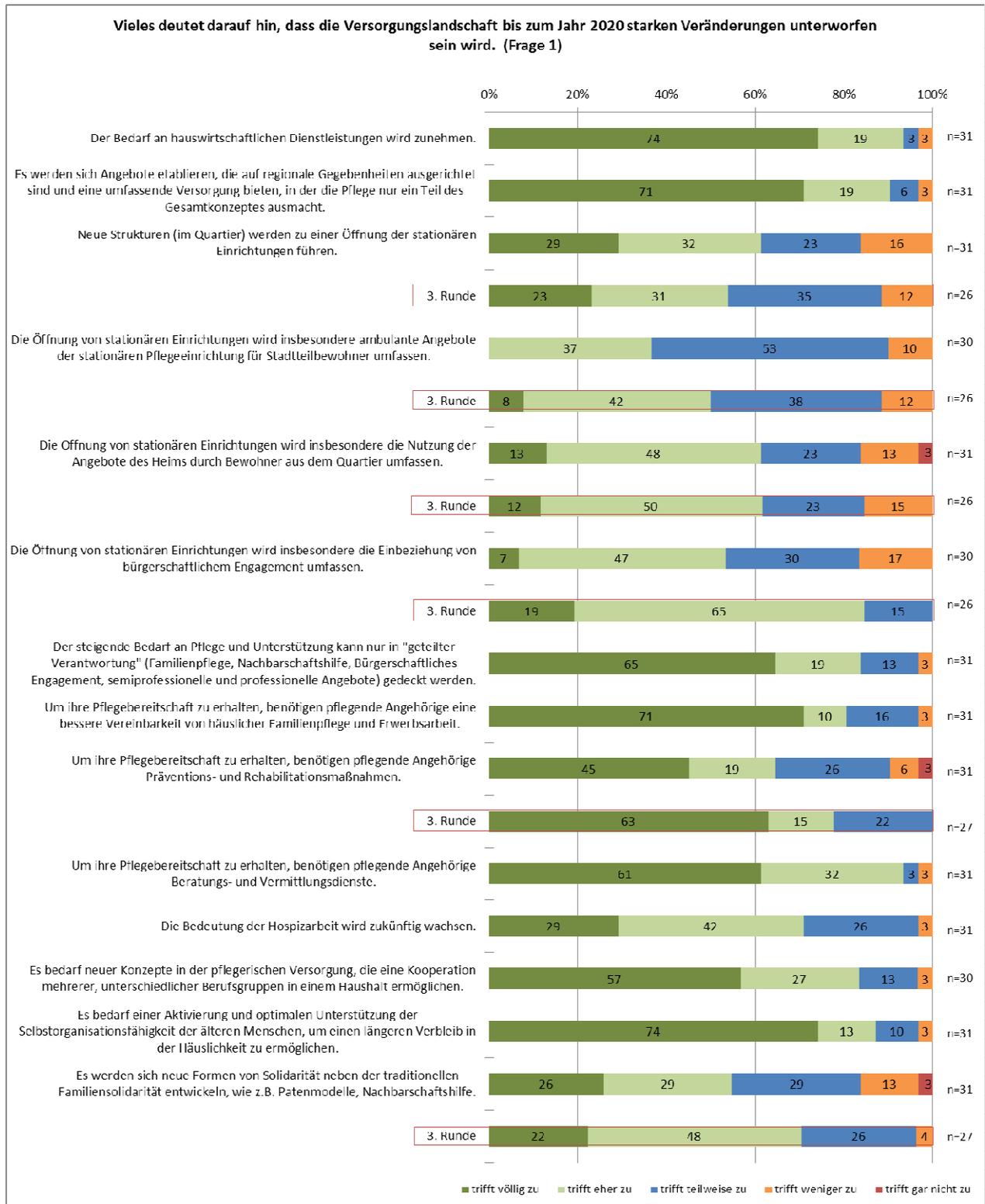
5.1 Veränderungen in der Versorgungslandschaft

Die Experten, die in die Delphi-Befragung einbezogen waren, wurden um Einschätzungen zur Veränderung der Versorgungslandschaft bis zum Jahr 2020 gebeten.

Mit großer Übereinstimmung besteht nach Ansicht der Experten zunehmend Bedarf an hauswirtschaftlichen Dienstleistungen und in der Etablierung neuer Angebote, die auf regionale Gegebenheiten ausgerichtet sind, eine umfassende Versorgung bieten und in der die Pflege ein Teil des Gesamtkonzeptes ausmacht. Zudem besteht große Übereinstimmung darin, dass zum Erhalt der Pflegebereitschaft pflegender Angehöriger Beratungs- und Vermittlungsdienste benötigt werden. Darüber hinaus bedarf es einer verbesserten Vereinbarkeit von häuslicher Familienpflege und Erwerbsarbeit (Abb. 48).

Zudem sind sich die Experten weitgehend darüber einig, dass der steigende Bedarf an Pflege und Unterstützung nur in „geteilter Verantwortung“ (Familienpflege, Nachbarschaftshilfe, bürgerschaftliches Engagement, semiprofessionelle und professionelle Angebote) gedeckt werden kann und dass es somit neuer Konzepte in der pflegerischen Versorgung bedarf, die eine Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen in einem Haushalt ermöglichen. Auch der Aktivierung und der optimalen Unterstützung der Selbstorganisationsfähigkeit älterer Menschen kommt eine wichtige Rolle zu, wenn es darum geht, den Verbleib in der Häuslichkeit zu verlängern bez. zu sichern.

Abb. 48: Erwartete Veränderungen in der Versorgungslandschaft

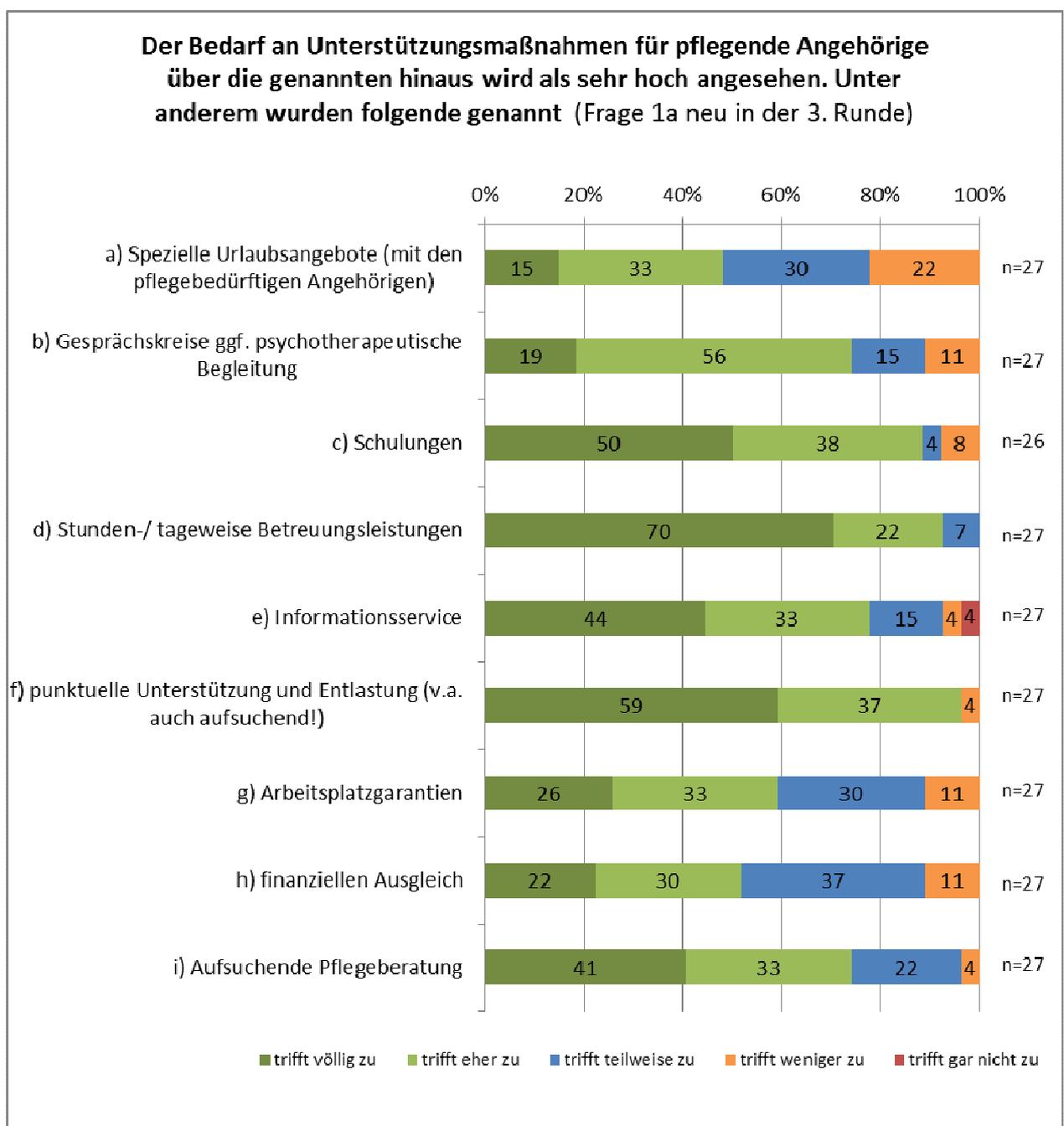


Weitgehend zustimmend aber mit etwas mehr Unsicherheit bewerten die Experten die Entwicklung neuer Formen von Solidarität neben der traditionellen Familiensolidarität, wie sie beispielsweise Patenmodelle und Nachbarschaftshilfe kennen. Gleiches gilt für die steigende Bedeutung der Hospizarbeit. Ebenfalls mit weitgehender Zustimmung, aber mit teilweise größeren Unsicher-

heiten wird die Öffnung stationärer Einrichtungen ins Quartier bewertet, die durch die Entwicklung neuer Strukturen bedingt wird. Ähnlich verhält es sich mit der Öffnung ambulanter Angebote für Stadtteilbewohner und der Öffnung für bürgerschaftlichen Engagements.

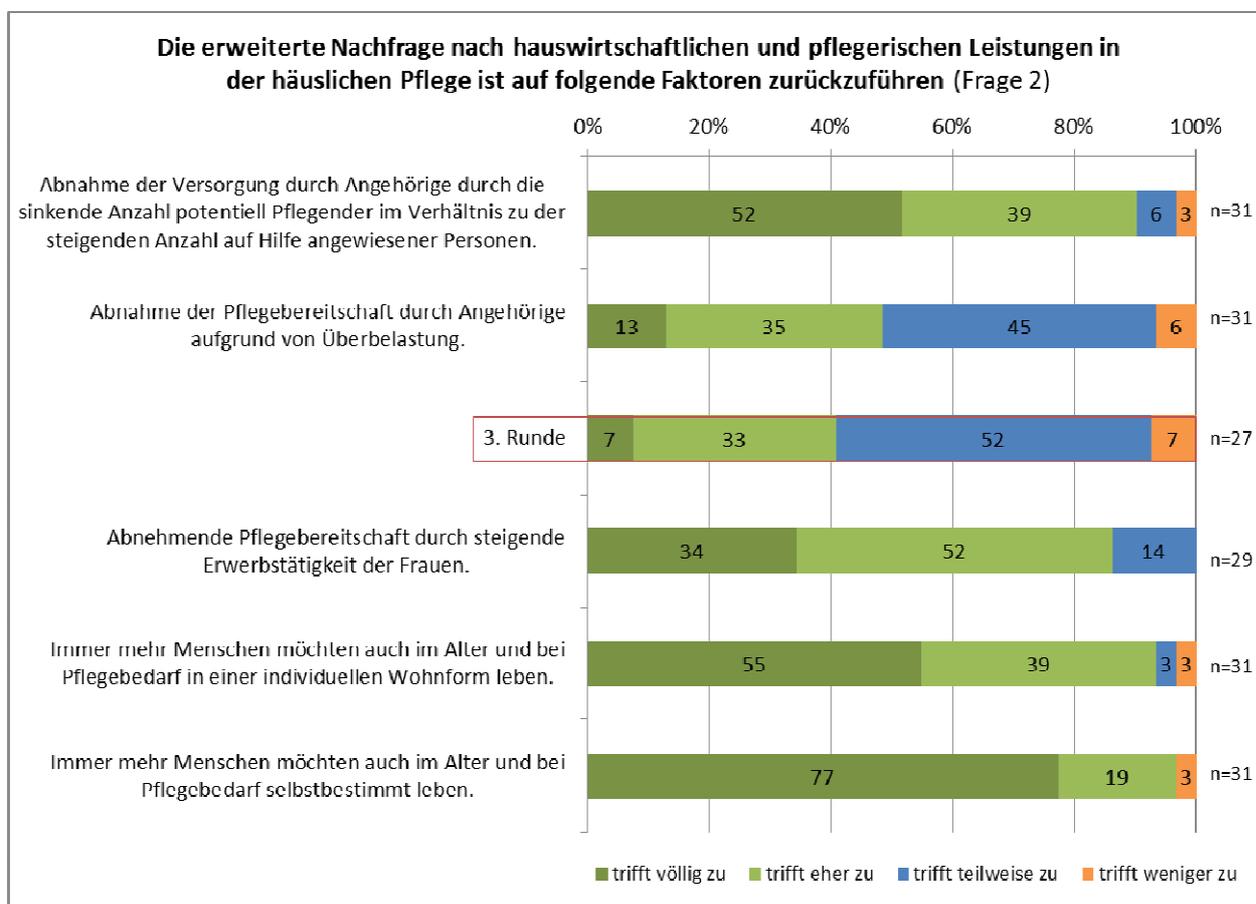
In der zweiten Runde wurden die Experten gebeten, weitere Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige anzugeben, falls Bedarf hierfür gesehen würde. Die neuen Vorschläge wurden in der dritten Runde wiederum bewertet. Große Übereinstimmung bestand darin, dass Bedarf sowohl in der punktuellen und vor allem aufsuchenden Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger vorhanden ist. Zudem wird eine zunehmender Bedarf in der stunden- / tageweisen Betreuung, bei Schulungen und Gesprächskreisen, im Bereich psychotherapeutischer Begleitung sowie aufsuchender Pflegeberatung kommuniziert (Abb. 49).

Abb. 49: Weitere Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige



Die sinkende Zahl potenziell Pflegenden im Verhältnis zu der steigenden Anzahl auf Hilfe angewiesener Personen und der damit zu erwartenden Abnahme der Versorgung durch Angehörige wird als Grund für die steigende Nachfrage an Unterstützungsleistungen in der häuslichen Pflege gesehen. Auch der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben im Alter und bei Pflegebedarf sowie einem Leben in individuellen Wohnformen nimmt zu und wird zu einer erweiterten Nachfrage, so die Experten, nach hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen führen. Übereinstimmung besteht in der Einschätzung, dass die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen zu einer abnehmenden Pflegebereitschaft beitragen wird. Etwas mehr Unsicherheit ist in der Annahme zu finden, dass die Überbelastung von Angehörigen zu einer Abnahme der Pflegebereitschaft beitragen wird (Abb. 50).

Abb. 50: Faktoren für die erweiterte Nachfrage an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen in der häuslichen Pflege



In einer vorangegangenen Frage wurde der Bedarf an Entwicklungen hin zu neuen, auf den regionalen Bedarf hin ausgerichteten Versorgungsstrukturen thematisiert. Derartige Entwicklungen haben einen erhöhten Vernetzungsaufwand zur Folge, durch den sich neue Koordinationsaufgaben ergeben. Die Experten halten es für realistisch, dass Care und Case Manager im Rahmen einer kommunalen Daseinsfürsorge diese Koordination gesetzbuchübergreifend übernehmen könnten (Abb. 51 und Abb. 52). Auch trägerunabhängige Stellen, in Anteilen durch staatliche Gelder und durch die Träger finanziert, bestehende Beratungsstellen, regionale Netzwerke oder professionell und unabhängig arbeitende Pflegeberatungsstellen könnten diese Aufgabe übernehmen.

Abb. 51: Koordinationsfunktion neuer Versorgungsstrukturen

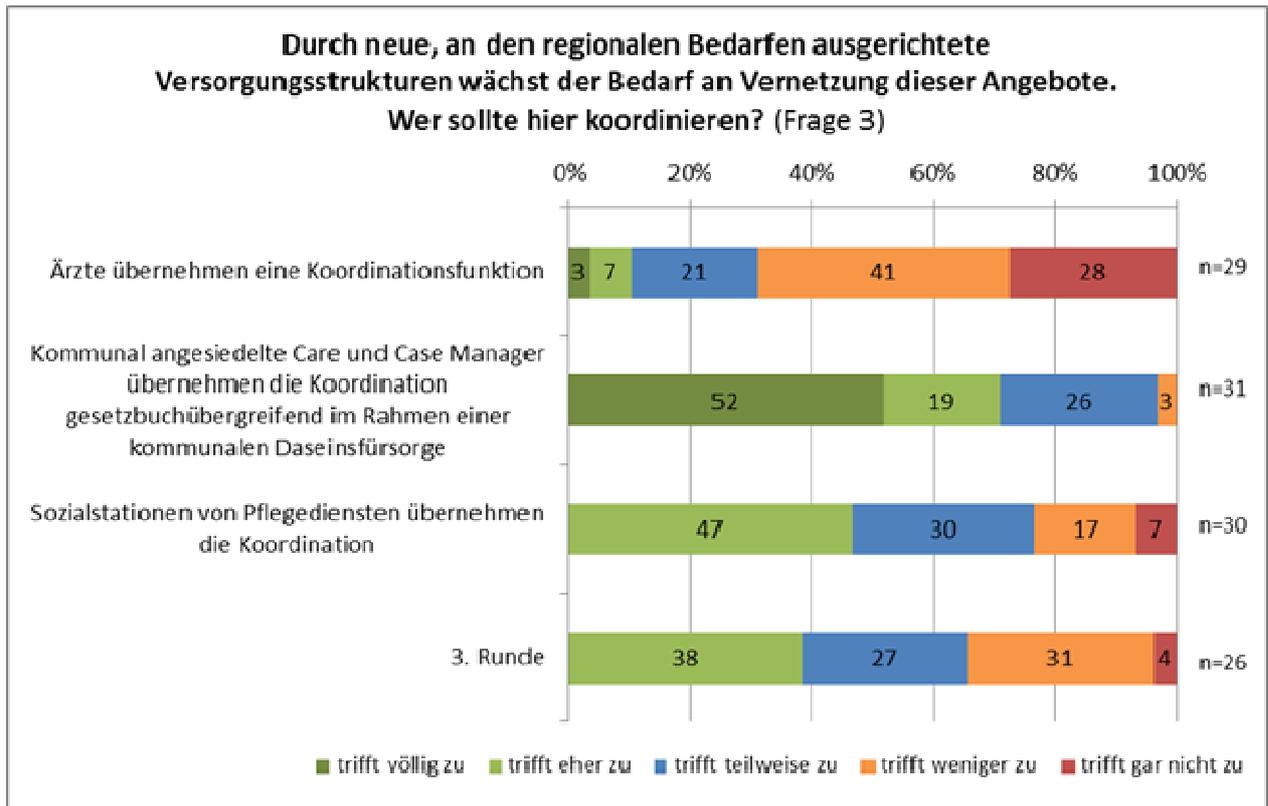
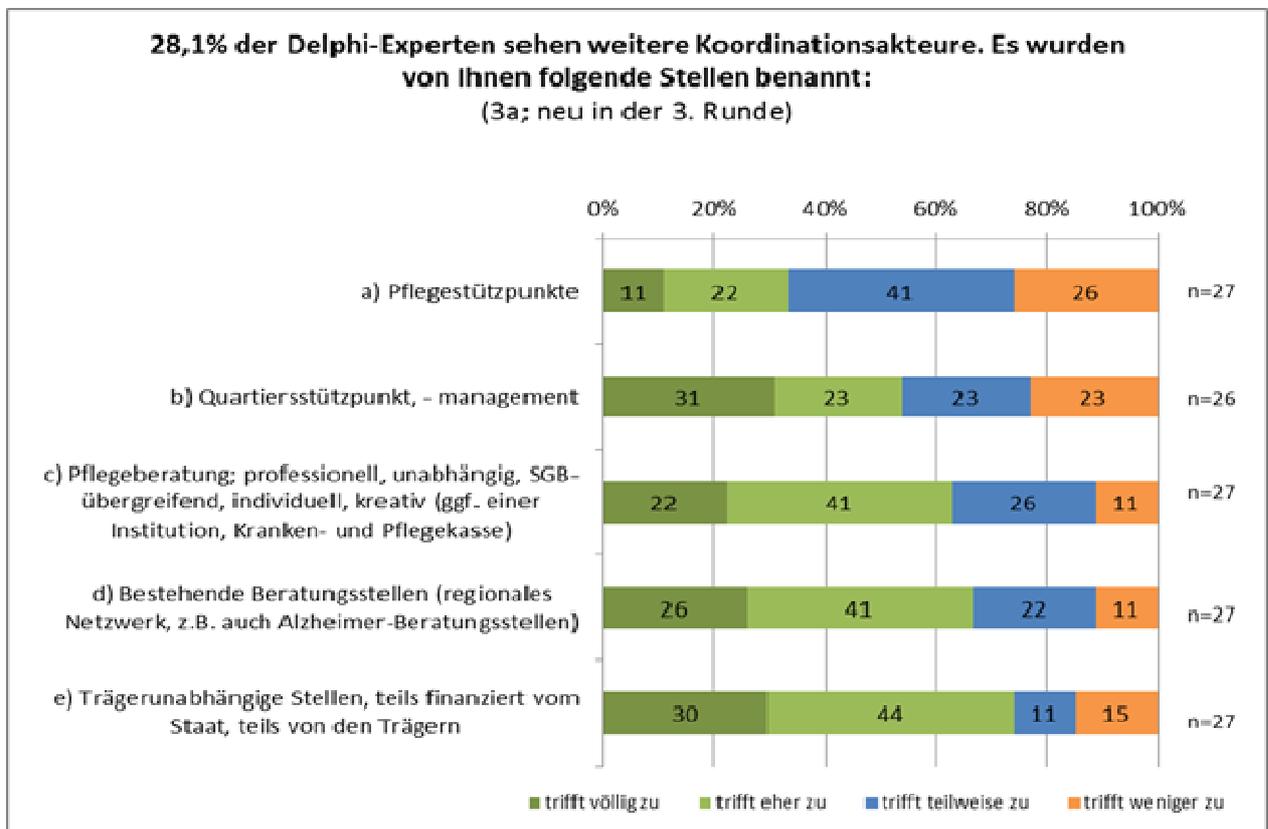


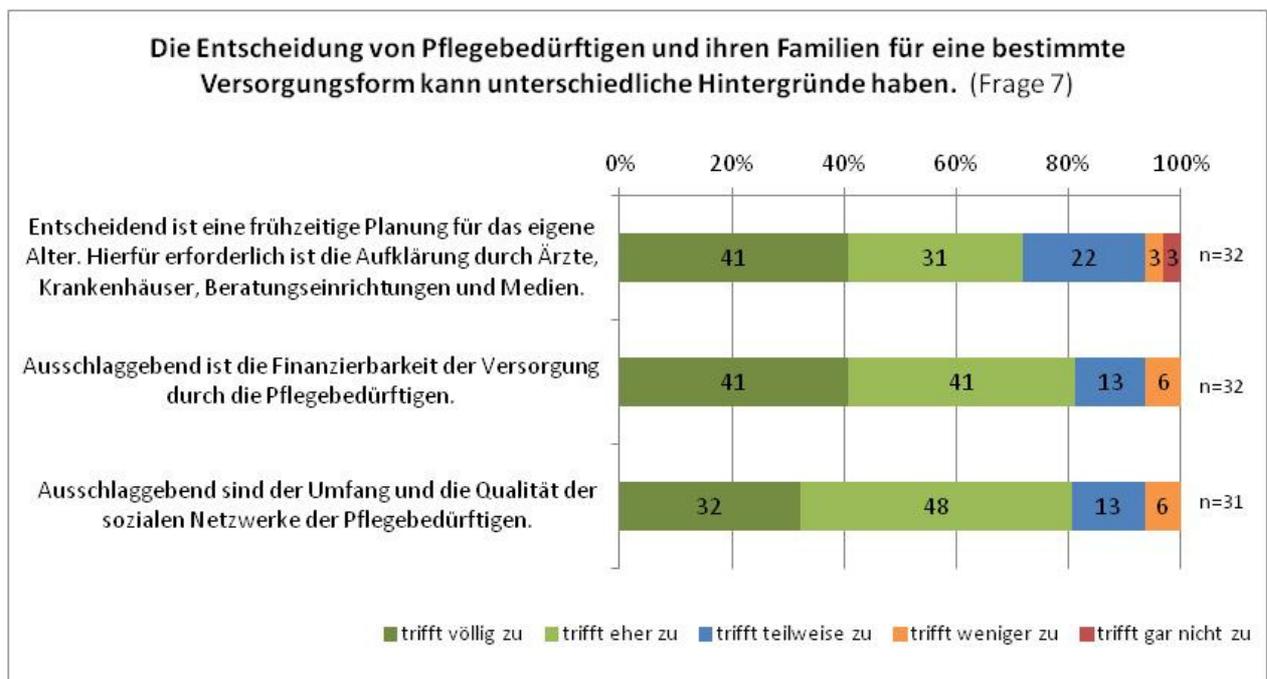
Abb. 52: Weitere mögliche Koordinationsakteure



Einigkeit besteht aufseiten der Experten weitgehend darüber, dass Ärzte eine solche Koordinationsfunktion nicht einnehmen werden.

Für die Wahl einer Versorgungsform von Pflegebedürftigen und ihren Familien ist nach Einschätzung der Experten mit großer Übereinstimmung die Finanzierbarkeit der Versorgung entscheidend. Zudem sei ausschlaggebend, welchen Umfang und welche Qualität die sozialen Netzwerke der Pflegebedürftigen aufweisen. Als bedeutsam wird eine frühzeitige Planung der Versorgung im Alter gesehen. Eine Aufklärung durch Ärzte, Krankenhäuser, Beratungseinrichtungen und Medien scheint hierfür erforderlich (Abb. 53).

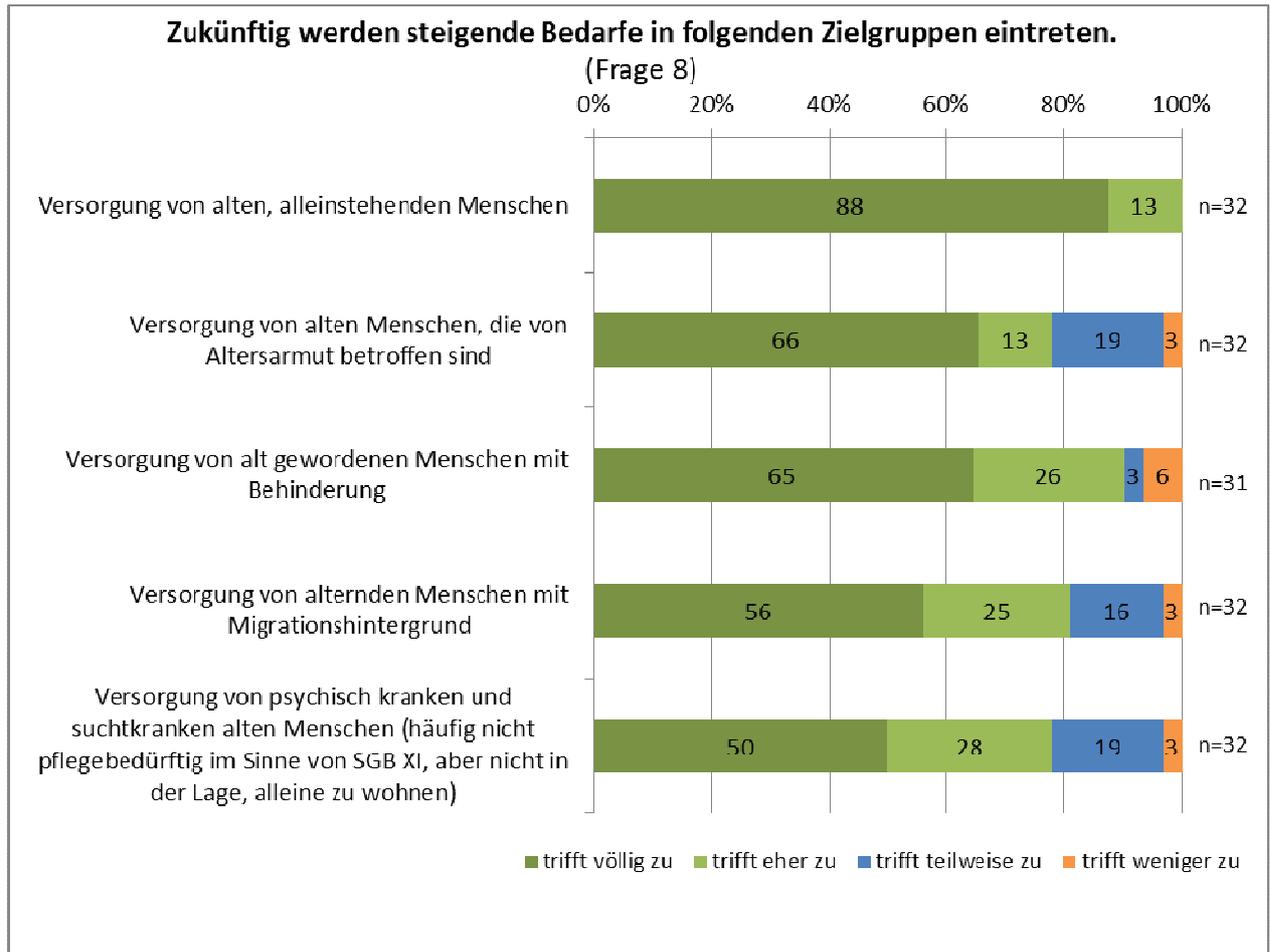
Abb. 53: Hintergründe für die Entscheidung einer Versorgungsform



Es wurden folgende Zielgruppen genannt, die zukünftig einen steigenden Bedarf aufweisen (Abb. 54):

- alte, allein stehende Menschen
- alt gewordene Menschen mit Behinderung
- alte Menschen, die von Altersarmut betroffen sind
- psychisch kranke und suchtkranke alte Menschen, die häufig nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sind, aber dennoch für ein selbstständiges Leben Unterstützung benötigen
- alternde Menschen mit Migrationshintergrund

Abb. 54: Zielgruppen mit steigenden Bedarfen

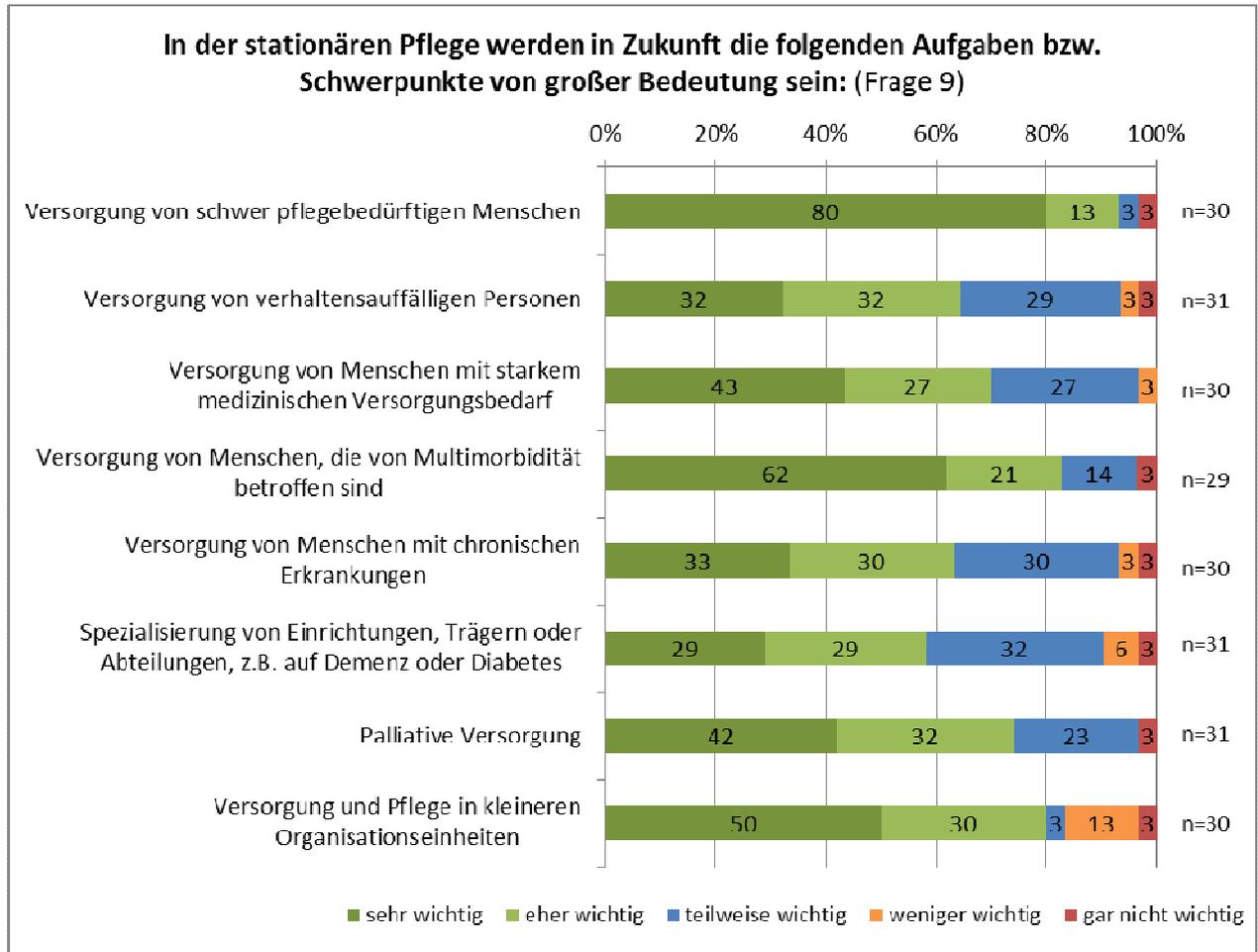


Die fünf wichtigsten Aufgaben in der stationären Pflege sind nach Aussagen der Experten die Versorgung der folgenden Personengruppen:

- schwer pflegebedürftige Menschen
- von Multimorbidität betroffene Menschen
- Menschen mit starkem medizinischem Versorgungsbedarf
- verhaltensauffällige Personen
- Menschen mit chronischen Erkrankungen

Zudem wird die Versorgung und Pflege in kleinen Organisationseinheiten, die palliative Versorgung sowie die Spezialisierung von Einrichtungen, Trägern oder Abteilungen, beispielsweise in den Bereichen Demenz oder Diabetes, als zukünftig relevant gesehen (Abb. 55).

Abb. 55: Zukünftige Schwerpunkte in der stationären Pflege

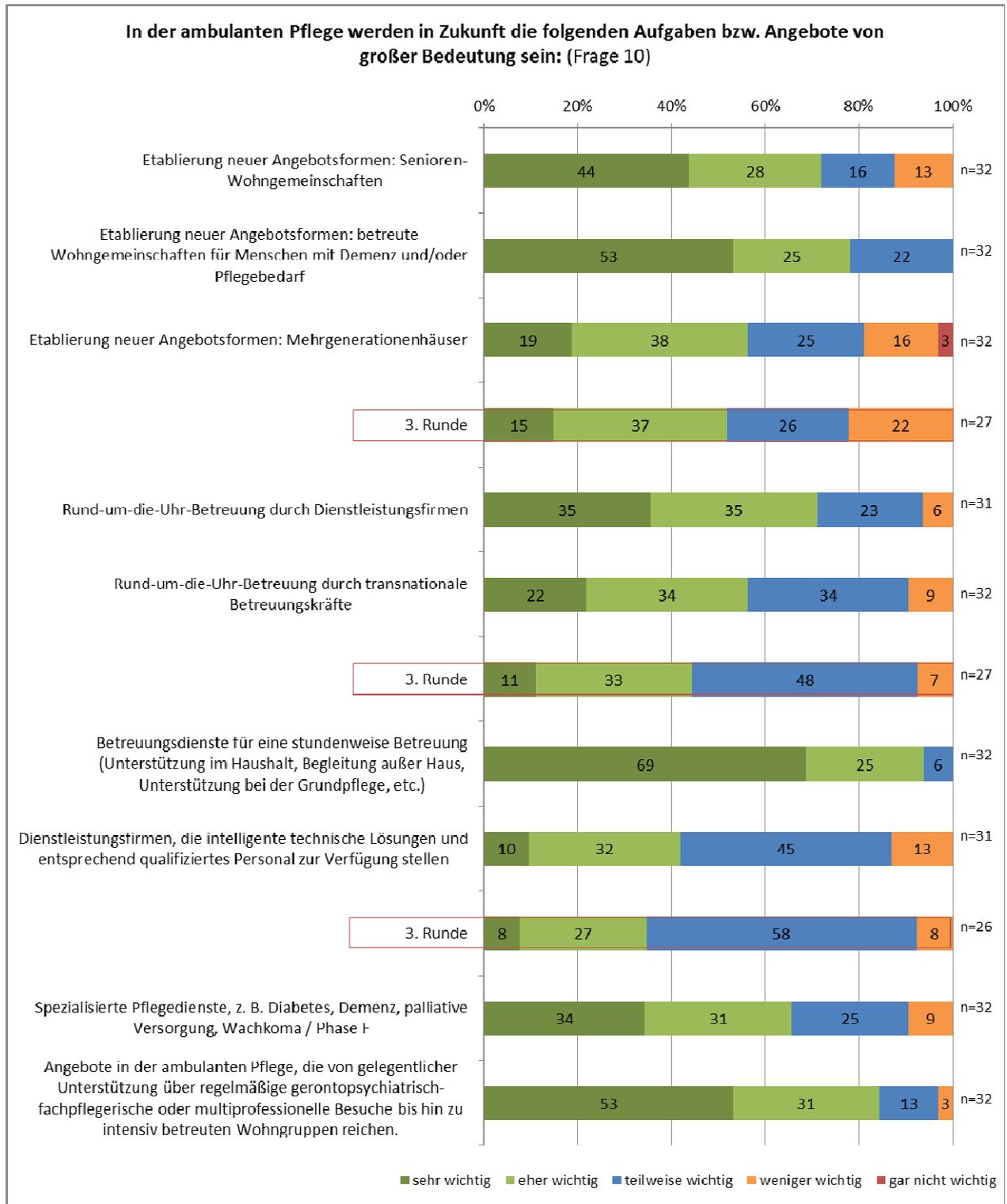


In der ambulanten Pflege wird die weitere Etablierung (neuer) Angebotsformen erwartet. Hierzu zählen beispielsweise Senioren- oder betreute Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte und/oder pflegebedürftige Menschen sowie Mehrgenerationenhäuser (vgl. Abb. 56). Mit ausgesprochen großer Übereinstimmung (95%) bewerten die Experten Betreuungsdienste für eine stundenweise Betreuung mit „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ (Unterstützung im Haushalt, Begleitung außer Haus, Unterstützung bei der Grundpflege etc.). Ebenfalls als besonders wichtig erachten die Experten (84% sehr wichtig/ wichtig) umfassende Angebote in der ambulanten Pflege, die von gelegentlicher Unterstützung über regelmäßige gerontopsychiatrisch-fachpflegerische oder multiprofessionelle Besuche bis hin zu intensiv betreuten Wohngruppen reichen.

Auch die Bedeutsamkeit der Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch Dienstleistungsfirmen (ggf. auch durch transnationale Betreuungskräfte) wird von den Experten kommuniziert (70% sehr wichtig/ eher wichtig). Die teilweise bestehende Unsicherheit in Bezug auf den zukünftigen Einsatz technischer Lösungen zeigt sich auch in der Einschätzung der Experten. Ob es zu einer steigenden Bedeutung von Dienstleistungsfirmen, welche intelligente technische Lösungen anbieten und entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung stellen, kommen wird, wird unterschiedlich bewertet. Hier sprechen sich in der zweiten Runde 42% der Experten positiv und 45% mit Unsicherheit aus. In der dritten Runde stieg der Anteil derjenigen, die mit „teilweise wichtig“ geantwortet haben, sogar auf 58%.

Auch in der ambulanten Pflege gehen die Experten davon aus, dass sich Pflegedienste zukünftig spezialisieren werden. Spezialisierungsbereiche könnten hierbei, wie auch in der stationären Pflege genannt, Demenz und Diabetes sein, aber auch die palliative Versorgung sowie die Versorgung von Patienten im Wachkoma/ Phase F.

Abb. 56: Zukünftige Schwerpunkte in der ambulanten Pflege



5.2 Arbeitskräfte für die Langzeitpflege aus Drittstaaten

In Anbetracht der demografischen Entwicklungen und aktuellen Beobachtungen des Arbeitsmarktes in Deutschland (vgl. Kapitel 2) verstärken sich die Überlegungen, mögliche Personalengpässe mithilfe von Arbeitskräften aus Drittstaaten zu schließen. Fragen der „transnationalen Pflegekräfte“ wurden ausführlich in der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie in Auftrag gegebenen Studie Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft (Merda et al. 2012) aufgegriffen und werden hier nur am Rande behandelt. Die „osteuropäische Pflegekraft“ ist schon länger in der häuslichen Pflege verbreitet und hat auch zahlenmäßig eine nicht zu unterschätzende Bedeutung (Klie 2009). Die Frage der (gezielten) Zuwanderung zur Gewinnung von Beschäftigten in der Pflege sowohl aus dem europäischen als auch aus dem außereuropäischen Raum, gewinnt darüberhinaus zunehmend an Bedeutung und wird öffentlich diskutiert. Der Begriff der transnationale Migration beschreibt in diesem Zusammenhang die „zirkuläre, grenzüberschreitende Wanderungen [...] die hauptsächlich erwerbs oder lebensphasenbezogen (...) sind.“ (Glorius 2003, S. 30). Aus der Praxis entwickeln sich Initiativen, wobei diese in der Regel ohne wissenschaftliche Expertise und Begleitung entstehen. Zu nennen sind in diesem Kontext etwa, die gezielte Gewinnung von Pflegefachkräften für Pflegeheime aus Spanien, Portugal und anderen Mittelmeerländern mit einem Arbeitskräfteüberschuss z.B. durch die Genossenschaft Care trans fair (Domradio 2013), oder verschiedene Aktivitäten der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit. So startete diese im Rahmen eines Pilotprojekts in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberverband die gezielte Ausbildung von 150 Frauen in China, für den späteren Einsatz in deutschen familiären Pflegesettings (vgl. FAZ-Net 2013). Auch Anwerbungen aus den Philippinen werden durch binationale Abkommen flankiert (vgl. BMAS 2013). Damit wird ohne genauere Analyse politisch zum Ausdruck gebracht, dass in der Anwerbung eine (teil-) Antwort auf den Fachkräftemangel in der Pflege gesehen wird.

Merda et al. (2012) konstatieren in ihrer Studie, die durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie beauftragt wurde, dass ausländische Arbeitskräfte, zur Deckung der erwarteten Personalengpässe in Deutschland benötigt werden. Der europäische Arbeitsmarkt alleine werde ihrer Meinung nach zur Deckung des Fachkräftebedarfs nicht ausreichen (vgl. Merda et al. 2012, S. 30). Neben den notwendigen rechtlichen Anpassungen für eine verstärkte Zuwanderung wird als Voraussetzung dafür, dass Deutschland in dem globalen Wettbewerb um Arbeitskräfte (für Gesundheitsberufe) nicht ins Hintertreffen gerät, die gesellschaftliche Veränderung der Umgangsweise mit ausländischen Arbeitskräften und die Entwicklung einer „Willkommenskultur“ als wesentlich erachtet (vgl. Merda et al. (2012), S. 42).

Für die zusätzliche Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte empfiehlt die Studie, Modellprojekte zu initiieren, *„bei denen an ausgewählten Modellstandorten, unter Ausschöpfung des aktuellen rechtlichen Rahmens, Pflegefachkräfte aus geeigneten Herkunftsländern (z.B. Indien, China, Vietnam) in der deutschen Pflege tätig werden. Die Projekte müssen ein umfassendes Konzept zur fachlichen, sprachlichen und kulturellen Vorbereitung, Begleitung und Rückkehr der teilnehmenden Fachkräfte erarbeiten“* (Merda et al. 2012: S. 42). Die Praxiserfahrungen sollen dann in eine Anpassung der Konzeptionen einmünden und für Folgeprojekte genutzt werden.

Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Modellprojekte wird von den Autoren vorausgesetzt (vgl. Merda et al. 2012: S. 44).

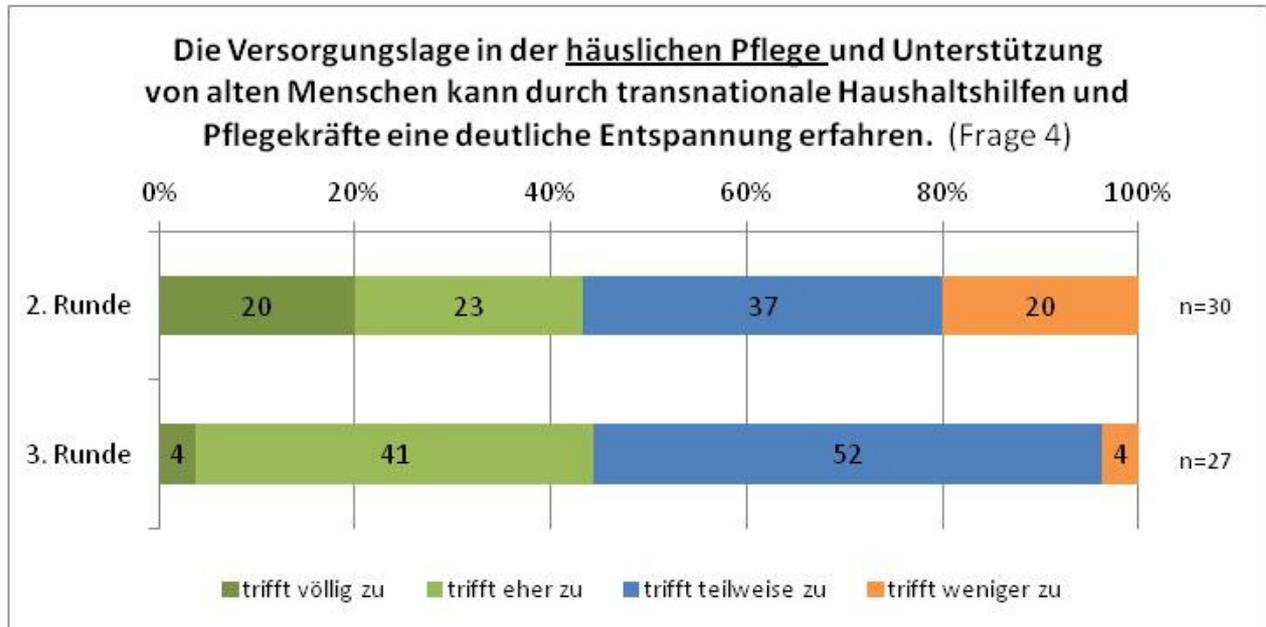
Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) mit ihrem Projekt „Triple-Win-Migration“. Durch Ausbildung und Arbeit in Deutschland, sollen zugewanderte Fachkräfte qualifiziert, der Deutschen Arbeitsmarkt entlastet und als drittes die Herkunftsländer durch den Know-how-Transfer nach der Rückkehr der Arbeitskräfte gestärkt werden (vgl. Hochrangige Konsensgruppe Fachkräftebedarf und Zuwanderung 2011, S. 84).

Dabei stellen sich neben Fragen der inländischen Akzeptanz von Arbeitskräften aus Drittstaaten, Fragen der rechtlichen Anerkennung von Ausbildungen und der fachlichen Eignung auch Fragen der sprachlichen und kulturellen Passung der Arbeitskräfte. Nicht zuletzt sind die zugrunde liegenden Wandermotive und deren ethischen Beurteilung zu beachten. Grundlage für eine breite gesellschaftliche Diskussion unter Berücksichtigung globaler entwicklungspolitischer Aspekte bietet der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (vgl. WHO 2013). Dabei gilt es neben wirtschaftlichen Entwicklungsperspektiven der „Geber- und Nehmerländer“ insbesondere die umfangreichen (ethischen) Fragestellungen der individuellen und kollektiven Auswirkungen in den Herkunftsländern zu sondieren und zu berücksichtigen.

Besonderes Augenmerk bei der Diskussion um den Einsatz von transnationalen Arbeitskräften in der Langzeitpflege, die auch im Ausland intensiv geführt wird, ist auf die sprachliche und kulturelle Passfähigkeit zu legen. Die hohen Anforderungen an Kommunikations- und Empathiefähigkeit von in der Langzeitpflege Beschäftigten, setzen ein hohes Maß an Sprach- und Sozialkompetenz sowie an Kenntnissen über die kulturelle Verortung und religiöse Zugehörigkeit der zu pflegenden und betreuenden Personen voraus. In ambulanten Versorgungssettings, in denen regelmäßig nur eine Pflege- bzw. Betreuungskraft im Haushalt anwesend ist, stellt der Einsatz von Arbeitskräften aus Drittstaaten stärkere Anforderungen an die vorgenannten Fähigkeiten, als im stationären Bereich dar.

Im Rahmen der Delphi-Befragung zeigte sich, dass die Fragen, die sich um den Einsatz von transnationalen Arbeitskräften drehen, von Unsicherheit der befragten Experten begleitet sind. Dass transnationale Haushaltshilfen und Pflegekräfte in der häuslichen Versorgung und Pflege zu einer deutlichen Entspannung beitragen können, sehen über 40% der Experten als wahrscheinlich an. Von den Befragten können sich 37% bzw. 52% dies „teilweise“ vorstellen (Abb. 57).

Abb. 57: Transnationale Beschäftigte in der häuslichen Pflege



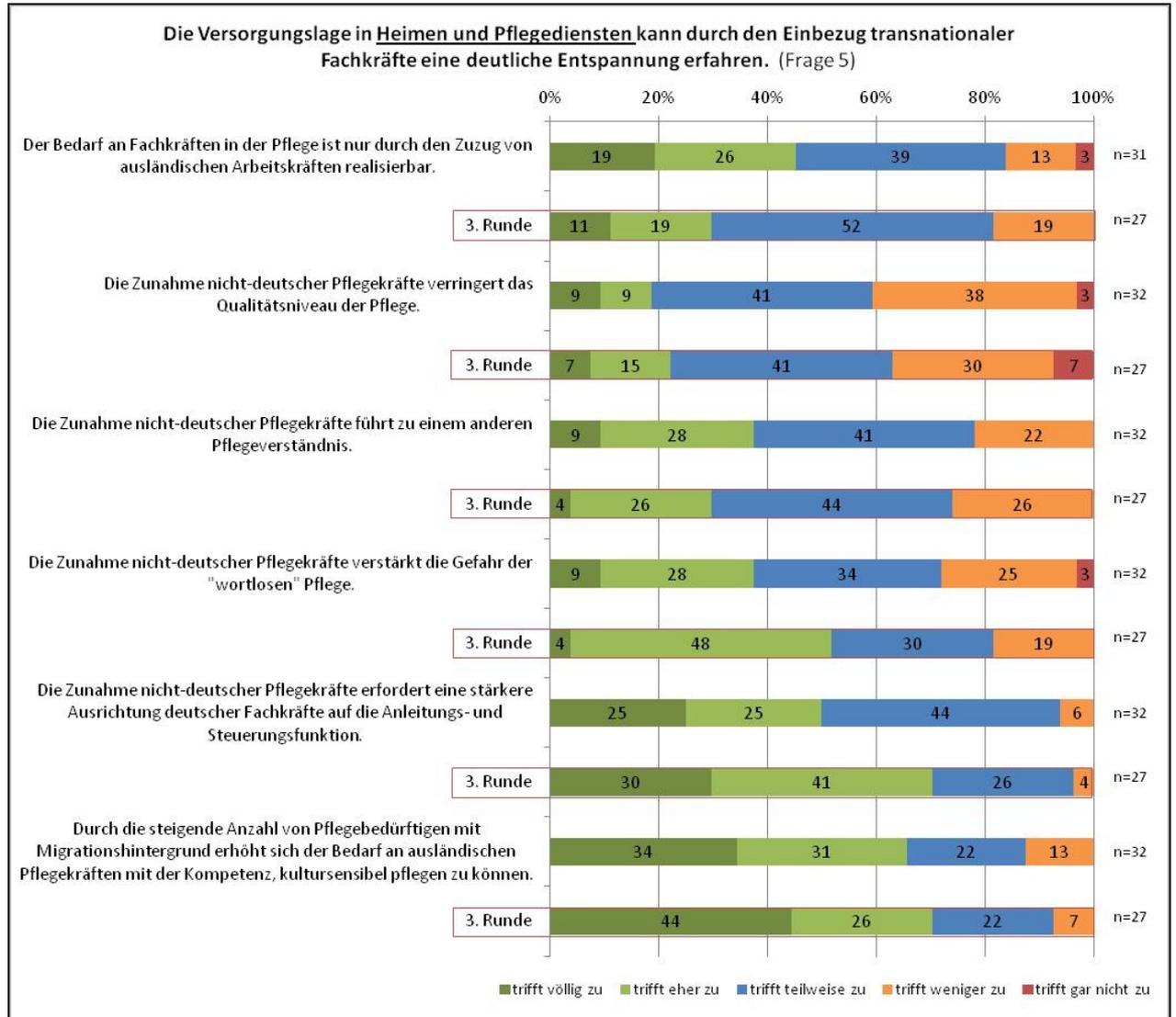
Ähnliche Unsicherheiten zeigen sich bei der Frage, ob sich durch den transnationalen Einsatz von Fachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten die Versorgungslage deutlich entspannen kann (Abb. 58). 45% der Experten stimmen der Prognose zu, dass der Bedarf an Pflegefachkräften lediglich durch den Zuzug von ausländischen Arbeitskräften gedeckt werden kann. 39% halten dies für möglich und 16% stimmen dem gar nicht bzw. weniger zu.

Weitgehend einheitlich wird von den Experten die Ansicht vertreten, dass die steigende Anzahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund auch den Bedarf an ausländischen Pflegekräften erhöhen wird.

In Bezug auf den vermehrten Einsatz von nichtdeutschen Pflegekräften thematisieren die Experten eine stärkere Ausrichtung der deutschen Fachkräfte auf Anleitungs- und Steuerungsfunktionen sowie die steigende Gefahr der „wortlosen“ Pflege. Die Gefahr, dass der vermehrte transnationale Einsatz von Pflegekräften das Qualitätsniveau in der Pflege absenken oder zu einem anderen Pflegeverständnis führen könnte, kommunizieren nur 22% bzw. 30%.

In einer vorsichtigen Einschätzung wird die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als begrenzt wirksames Mittel gesehen, den Arbeitskräftebedarf in der Langzeitpflege zu decken. Erfolgversprechender und tragfähiger erscheinen die bei Weitem nicht ausgereizten Strategien betrieblicher und regionaler Personalarbeit für Beschäftigte in der Langzeitpflege. Bedenken begegnen vor allem Initiativen, die auf ausländische Mitarbeitenden in der Langzeitpflege zielen, die als billigere Arbeitskräfte als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen eingesetzt werden sollen. Hierin wird die Gefahr einer weiteren Abwertung des Arbeitsfeldes der Langzeitpflege gesehen. Anwerbestrategien müssen, wenn sie verfolgt werden, in ein Gesamtkonzept der Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung eingebunden werden.

Abb. 58: Transnationale Beschäftigte in der stationären Pflege

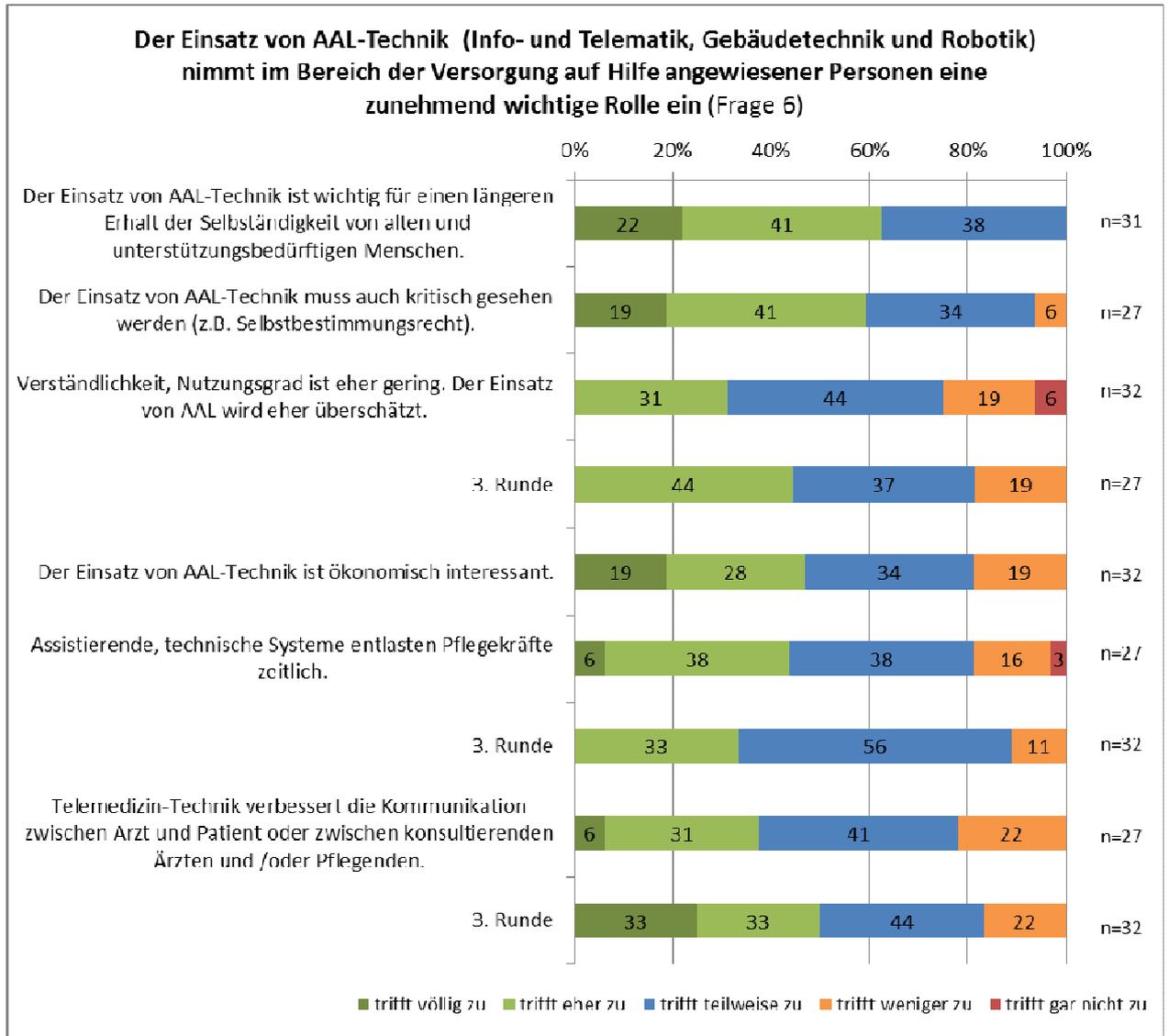


5.3 Ambient Assisted Living

Dass in der Versorgung von auf Hilfe angewiesenen Personen der Einsatz von Ambient Assisted Living (AAL)-Technik (Info- und Telematik, Gebäudetechnik und Robotik) eine zunehmend wichtige Rolle spielen wird, lassen auch die Bewertungen der Experten erkennen, auch wenn diese Thematik zu einem der Bereiche gehört, in dem eine gewisse Unsicherheit zum Ausdruck kommt (Abb. 59).

Den Erhalt der Selbständigkeit kann der Einsatz von AAL-Technik durchaus positiv beeinflussen. Zu einem längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung beitragen soll ebenfalls der Einsatz von Telemedizin-Technik, da hierdurch die Arzt-Patienten-Kommunikation oder der Austausch zwischen Ärzten und Pflegenden verbessert wird. Assistierende technische Systeme können zudem zu einer zeitlichen Entlastung von Pflegekräften beitragen und entsprechend auch ökonomisch interessante Lösungen bieten. Berücksichtigt werden sollte dabei jedoch immer das Selbstbestimmungsrecht der auf Hilfe angewiesenen Personen.

Abb. 59: Einsatz von AAL-Technik



In der Zukunftskonferenz wurden dem Bereich AAL und Technik eine entscheidende Bedeutung beigemessen. Das gilt insbesondere dann, wenn die Technik eingebettet ist in einen Mix von Profis und Bürgern. Compliance-Probleme, sowohl bei der Zielgruppe als auch bei den Professionellen, wurden ebenso als Hindernis angesehen wie die Fragen der Finanzierung und der fehlenden Nutzerorientierung. Neben zahlreichen offenen ethischen und anthropologischen Fragen wurde die Relevanz des Technikeinsatzes im Zusammenhang mit den notwendigen Personalressourcen als begrenzt eingestuft.

Diskussion bei der Zukunftskonferenz am 05.02.2013 in Berlin:

These: „Technik unterstützt die Pflege signifikant?“

Die Expertinnen und Experten diskutierten zu dieser These verschiedene Themenkreise.

(1) Allgemeine Anmerkungen zur These:

- *Das Thema Technik bedarf einer breiteren offensiveren Diskussion in der Fachwelt.*
- *Die Finanzierung von Technik in der Pflege ist offen und muss geklärt werden.*
- *Die gesetzlichen Grundlagen, wie zum Beispiel die Klassifizierung der Produkte oder die Anwendung des Gesetzes für Medizinprodukte (MPG) sind unklar.*

(2) Die persönliche Unterstützung darf durch Technik nicht ersetzt werden:

- *Die Steuerung der Technik muss immer beim Menschen liegen.*
- *Durch Technik können die Sicherheit und die Selbständigkeit von Menschen gestärkt werden und somit kann Technik der Aufrechterhaltung der Autonomie dienen.*
- *Jeder Technikeinsatz steht im Spannungsfeld zwischen der Autonomie des Individuums und der Autonomie des Systems. Dabei besteht immer die Gefahr, dass die Person zum Objekt wird.*
- *Technik stört die Vorstellung von einem „gemeinsamen Leben“ in der Pflege.*
- *Ein Technikeinsatz widerspricht dem Gedanken der ganzheitlichen Pflege.*
- *Durch den Einsatz von Technik können ökonomische und personale Freiräume erschlossen werden.*
- *Der Technikeinsatz kann Arbeitsplätze gefährden.*

(4) Eingebettet in einen Mix von Profis und Bürgern hat Technik eine Bedeutung für die Pflege:

- *Bisher fehlt die breite Akzeptanz für den Einsatz von technischen Hilfsmitteln.*
- *Eine Technikentwicklung muss partizipativ unter Einbeziehung aller gesellschaftlich interessierten Gruppen (Angehörige, Selbsthilfegruppen, Betroffene, Pflegenden usw.) erfolgen. Dies kann eine vorurteilsfreie Diskussion über den Einsatz von Technik in der Pflege ermöglichen.*
- *Eine gesellschaftliche, vorurteilsfreie Diskussion über den Technikeinsatz in der Pflege ist notwendig.*
- *Der Einsatz technischer Hilfsmittel wird noch immer mit besonderen intellektuellen Anforderungen verbunden.*

(3) Telemedizin und vergleichbare Angebote werden eine herausragende Rolle spielen:

- *Der Technik wird eine besondere Bedeutung als präventives Hilfsmittel zugewiesen.*
- *Der Einsatz von Technik kann neue Ungleichheiten schaffen. Dies gilt es zu verhindern.*
- *Die Passgenauigkeit der Angebote muss im Mittelpunkt stehen, denn „altengerecht“ ist nicht gleichzusetzen mit „assistenzgerecht“.*

6 Ergebnisse und Empfehlungen

Auf eine ausführliche Zusammenfassung wurde verzichtet. Für einen schnellen Überblick und um die Lesbarkeit zu erhöhen sowie die fachpolitisch relevanten Resultate prägnant herauszustellen, wurden zum einen in tabellarischer Form die wesentlichen Befunde nach Bereichen und Ebenen zusammengestellt. Des Weiteren wurden in knapp gehaltenen Zusammenfassungen die wesentlichen Erkenntnisse aus der Studie „Herausforderung Pflege“ thematisch kategorisiert, kondensiert und, soweit möglich, in konkrete Handlungsempfehlungen gefasst.

6.1 Ergebnisübersicht nach Bereichen und Ebene

Ergebnisse aus dem Projekt Herausforderung Pflege in den Bereichen *Differenzierung von CARE und CURE*, *Berufsgruppenkonzept* und *Personalarbeit*, formuliert als Herausforderungen:

Tab. 53: Ergebnisübersicht zur *Differenzierung von CURE und CARE* sowie zum *Berufsgruppenkonzept*

Herausforderung für:	Differenzierung von CARE und CURE	Berufsgruppenkonzept
Alle Ebenen	<p>Die Differenzierung von Care und Cure formuliert die Aufgaben in der Langzeitversorgung konsequent neu aus der Perspektive der Betroffenen. Gefragt wird dabei, welche Aufgaben im Bereich der Sorge, Fürsorge, Besorgung und Versorgung (Care) oder kurative (Cure) durch welche Beteiligte erbracht werden sollen (Grundlage für das Berufsgruppenkonzept).</p> <p>Unter dem Konzept von Care werden Unterstützungsbedarfe sichtbar und beschreibbar gemacht, die überwiegend von Angehörigen erbracht werden und bei denen eine professionelle Unterstützung mangels leistungrechtlicher Abbildung meist ohne systematischen Auftrag erfolgt. Diese Leistungen haben für einen gelingenden Verbleib in der Häuslichkeit zentralen Stellenwert.</p>	<p>Das bisherige Berufsgruppenkonzept wird auf der Grundlage der Differenzierung von Care und Cure einschließlich der damit verbundenen Aufgabenverteilung neu geordnet, so dass eine durch verbesserte horizontale und vertikale Durchlässigkeit mehr Menschen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Orientierungen, Begabungen, Kompetenzen, Motivationen sowie professionellen Anliegen für die Langzeitversorgung gewonnen werden können.</p> <p>Unter dem Konzept von Care werden zusätzliche Berufe für die Langzeitversorgung erschlossen (u.a. aus der Hauswirtschaft, der persönlichen Assistenz, der Sozialen Arbeit) und die Altenpflege, die Care-Aufgaben schon immer zum ihren Kernkompetenz zählte, schärft ihr diesbezügliches Profil.</p> <p>Bei der Neuordnung des Berufsgruppenkonzepts wird kritisch hinterfragt, welche Aufgaben professionellen Fachkräften vorbehalten bleiben sollen. Ergebnis dieser Profilierung auf der Ebene von Fachkräften und akademisch Qualifizierten ist deren Entlastung um Aufgaben, die auch von anderen Ebenen erbracht werden können. Kernkompetenz der Pflege ist die reflektierte Gestaltung von Cure-Prozessen. Die Gestaltung von Care-Prozessen ist einerseits Kernkompetenz der Altenpflege, fällt aber auch in den Kompetenzbereich benachbarter Professionen (Soziale Arbeit u.a.).</p>

Herausforderung für:	Differenzierung von CARE und CURE	Berufsgruppenkonzept
Bundesebene BMG, BMFSFJ ASMK, KMK Sozialversicherung	<p>Die Profilierung der professionellen Pflege wird sowohl in den Qualitätsanforderungen der Pflegeversicherung als auch in einer Gesamtkonzeption der Gesundheitsberufe leitend.</p> <p>Zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, zur Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Betroffenen, aber auch aus Gründen der Personalgewinnung wird das Leistungsrecht der Pflegeversicherung dahingehend reformiert, dass auch Refinanzierung von Care-Leistungen möglich ist.</p> <p>Das stark reglementierte Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird so flexibilisiert, dass die individuellen Konstellationen der möglichen Beteiligung am jeweiligen Pflegearrangement besser abgebildet werden können.</p> <p>Die Steuerung von Cure und Care ist grundsätzlich Aufgabe der Betroffenen und ihren Angehörigen. Nur wenn diese damit überfordert sind, bedarf es diesbezüglich der professionellen Unterstützung und bzw. Übernahme der Verantwortung (Vermeidung von unfinanzierbarer Leistungsausweitung und Paternalismus). Ist dies der Fall übernimmt die Sozialversicherung die Refinanzierung der Steuerungstätigkeit.</p>	<p>Das neu geordnete Berufsgruppenkonzept wird in einheitlichen Beschlüssen der ASMK und KMK rechtlich umgesetzt und für Qualifizierungserfordernisse die Instrumente der Arbeitsförderung zugänglich gemacht.</p> <p>Eine Harmonisierung der Assistenzberufe in Pflege, Soziales, Gesundheit und Hauswirtschaft in Richtung einheitlicher beruflicher Profile würde eine Steigerung der Attraktivität der Berufsbilder, eine Unterstützung der Arbeitgeber bei der Personalentwicklung und eine bessere Förderung mit Instrumenten der Arbeitsmarktpolitik ermöglichen.</p> <p>Das Vertragsrecht im Bereich der Pflegeversicherung bzw. das Recht der Qualitätssicherung sozialer Dienste und Einrichtungen wird für ein breiteres Berufsgruppenkonzept geöffnet.</p> <p>Das Vertragsrecht im Bereich der Pflegeversicherung bzw. das Recht der Qualitätssicherung sozialer Dienste und Einrichtungen wird für das breitere Berufsgruppenkonzept geöffnet.</p> <p>Rahmen und Finanzierung zusätzlicher (semiformeller) Beteiligungsformen zwischen formeller Pflege und traditioneller Angehörigenpflege bzw. Ehrenamtlichkeit werden gesetzlich geregelt.</p>
Länder	<p>Die Länder beteiligen sich gemeinsam mit Vertretern des Bildungsbereichs und der Berufsverbände (vgl. dort) an der Profilierung der Berufe in Care und Cure und setzen die sich entwickelnden Curricula und die erweiterte horizontale und vertikale Durchlässigkeit gesetzlich um.</p>	<p>Die Landesheimgesetze bilden das neu geordnete Berufsgruppenkonzept ab.</p> <p>Die Länder fördern die vertikale Durchlässigkeit durch die Öffnung der Hochschulen für Beruflich Qualifizierte.</p>
Sozialwirtschaft Wohlfahrtspflege Private und kommunale Träger	<p>Die Träger von Diensten und Einrichtungen der Pflege und Versorgung setzen die Profilierung von Care und Cure konzeptionell um.</p>	<p>Die Träger von Diensten und Einrichtungen der Pflege und Versorgung öffnen sich horizontal wie vertikal für zusätzliche Berufsgruppen und unterstützen die Durchlässigkeit durch die Förderung von Qualifizierung im Rahmen der Personalentwicklung.</p> <p>Die Träger von Diensten und Einrichtungen der Pflege und Versorgung öffnen sich zusätzlichen (semiformellen) Beteiligungsformen zwischen formeller Pflege und traditioneller Angehörigenpflege bzw. Ehrenamtlichkeit.</p>
Bildung und Wissenschaft		

Herausforderung für:	Differenzierung von CARE und CURE	Berufsgruppenkonzept
Allgemeinbildende Schulen		Die Sorge füreinander ist eine zentrale Äußerung menschlicher Solidarität. Die gestiegene Mobilität bedeutet, dass Kinder, Jugendliche und Heranwachsende haben immer weniger Gelegenheit haben, die Sorge für ältere Menschen im alltäglichen Zusammenleben zu erleben. Diesbezüglich einen Ausgleich zu schaffen, ist Aufgabe verschiedener gesellschaftlicher Bereiche, insbesondere aber der allgemeinbildenden Schulen.
Berufliche Bildung Fort- und Weiterbildung	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Neuordnung und Profilierung der Berufsbilder in Cure und Care.	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Anpassung und Abstimmung sowie bei der horizontal und vertikal durchlässigen Gestaltung der Curricula und Abschlüsse.
Hochschulen: Studium und Forschung	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Neuordnung und Profilierung der Berufsbilder in Cure und Care.	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Anpassung und Abstimmung sowie bei der horizontal und vertikal durchlässigen Gestaltung der Curricula und Abschlüsse. Die Hochschulen fördern die vertikale Durchlässigkeit durch die Öffnung für beruflich Qualifizierte.
Kommunen	Die Pflegeberatung in kommunaler Verantwortung sichert im Care und Case Management die Strukturen und die Inanspruchnahme von Care und Cure.	
Berufsverbände	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Neuordnung und Profilierung der Berufsbilder in Cure und Care.	Die berufliche Bildung, die Hochschulen (Studium und Forschung) und die Berufsverbände kooperieren bei der Anpassung und Abstimmung sowie bei der horizontal und vertikal durchlässigen Gestaltung der Curricula und Abschlüsse.
Ehrenamtliche		Informelle Unterstützung durch Nicht-Verwandte ergänzt Pflege und Versorgung durch Angehörige und berufliche Kräfte. Sie hat eine besondere Bedeutung zur Sicherung der sozialen Teilhabe und ist zu ihrem Schutz von bezahlten Unterstützungstätigkeiten abzugrenzen.
Angehörige		Übernehmen im häuslichen Bereich die Aufgaben des Carings und deren Steuerung; bei Überforderung und/oder zum Schutz der Empfänger kann eine Steuerung und (teilweise) Übernahme der Care-Aufgaben durch Professionelle notwendig werden.

Tab. 54: Ergebnisübersicht zur *Personalarbeit*

Herausforderung für:	Personalarbeit		
	Gewinnung	Bildung / Entwicklung	Verbleib im Beruf
Alle Ebenen	<p>Die Erweiterung der Perspektive auf <i>Cure und Care</i> erlaubt die Integration zusätzlicher Berufsgruppen (z.B. aus dem Bereich der häuslichen Betreuung) in die Versorgungssettings. Auf diese Weise können häusliche Versorgungsarrangements gesichert werden. Mithin stärkt dieser Ansatz das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen und sichert Teilhabe. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff oder eine bessere Verschränkung von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe würde dies unterstützen.</p>	<p>Die Sozialwirtschaft erschließt sich die strategische Bedeutung der Personalentwicklung und sichert so die Qualität der Dienstleistungsproduktion und die wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit ihrer Unternehmen vor dem Hintergrund der knapper werdenden Personalressourcen. Sie rezipiert und implementiert dazu die einschlägigen Konzepte der Personalentwicklung. Dazu bedarf sie – neben ihrer eigenen Offenheit – der Unterstützung, insbesondere durch förderliche sozialpolitische Rahmenbedingungen und durch neuartige Konzepte der Bildung und Qualifizierung.</p>	<p>Auf evidenzbasierter Grundlage werden Konzepte für die Sicherung des Verbleibs beim Arbeitgeber und im Beruf entwickelt und umgesetzt. Mutmaßliche Mythen, wie die besondere Bedeutung gesundheitlicher Probleme als Risiko für den Berufsverbleib in der Langzeitpflege, werden systematisch in Bezug auf ihre Bedeutsamkeit hinterfragt. In <i>Cure und Care</i> und unter den Bedingungen eines neu gestalteten Berufsgruppenkonzepts mit erweiterter vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit, erhalten die Beschäftigten zusätzliche Perspektiven für den Verbleib im Berufsfeld.</p>
Bundesebene BMG, BMFSFJ ASMK, KMK Sozialversicherung	<p>Eine Reform des Leistungsrechts der Pflegeversicherung ermöglicht künftig auch die Refinanzierung von Care-Leistungen um so Angehörige zusätzlicher Berufsgruppen für die Langzeitpflege gewinnen zu können.</p> <p>Um das Potential zwischen formell und traditionell informell Tätigen (Angehörigen, Ehrenamtlichen) besser zu nutzen soll die Bezahlung von Mischformen zwischen unbezahlter und bezahlter Arbeit vermehrt erprobt werden (<i>semi-formelle</i> Pflege).</p>	<p>Gefördert durch das BMG sollte ein Kompetenznetzwerk im Bereich der Personalentwicklung das evidenzbasierte einschlägige Wissen sammeln und aufbereiten, z.B. in einem Leitfaden für die Personalarbeit in der Langzeitpflege.</p> <p>Mit Instrumenten der Arbeitsförderung erfolgt eine umfassendere Beteiligung an den Kosten für die Qualifizierung von Fach- und Führungskräften als bisher (sie können nicht alleine den Arbeitnehmern und Trägern überlassen werden).</p>	<p>Ihrem professionellen Selbstverständnis und den Wünschen der Betroffenen folgend, erhalten die Beschäftigten in der Langzeitpflege die Gelegenheit, in ihrer Kernkompetenz wirksam zu werden – der Unterstützung in <i>Cure und Care</i>. Die Fehlsteuerung durch die auf <i>Cure</i> fokussierten Leistungsgesetze wird dazu überwunden.</p>

Herausforderung für:	Personalarbeit		
	Gewinnung	Bildung / Entwicklung	Verbleib im Beruf
Länder	<p>Die Länder fördern die Ausbildung in der Altenpflege, so dass eine finanzielle Beteiligung der Auszubildenden nicht mehr nötig ist.</p> <p>Die Länder unterstützen oder gestalten spezifische Programme zur Qualifizierung besonderer Gruppen (z.B. ältere Quereinsteiger, Personen mit Migrationshintergrund) für einen Einstieg in die Langzeitpflege.</p> <p>Die Länder fördern die vertikale Durchlässigkeit durch die Öffnung der Hochschulen für Beruflich Qualifizierte.</p>	<p>Die Länder unterstützen erforderlichenfalls die Begleitung besonderer Zielgruppen während ihrer Ausbildung (z.B. Personen ohne Schulabschluss, ältere Quereinsteiger).</p> <p>Die Länder koordinieren die Vorgaben zur beruflichen Weiterbildung für die Pflege mit dem Ziel standardisierter Abschlüsse.</p>	
Sozialwirtschaft Wohlfahrtspflege Private und kommunale Träger	<p>Neuartige Kampagnen für eine Sorgeskultur und zu Berufen mit Menschen werden auf Grundlage der Erkenntnisse aus den oft wenig erfolgreichen Imagekampagnen für Pflegefachberufe entwickelt. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass es nicht ausreicht, der verbreitet pauschalen Abwertung der Altenpflege ebenso pauschal Positiv-Bilder gegenüberzustellen. Stattdessen sollte die Bedeutung der Sorge für eine Gesellschaft des langen Lebens herausgearbeitet werden und durch authentische Identifikationsfiguren verkörpert werden. Arbeitskräftekampagnen sollen außerdem gezielter die Motive für einen Einstieg in die Langzeitpflege berücksichtigen (z.B. Arbeitsplatzsicherheit) und spezielle Personengruppen ansprechen (z.B. ältere Quereinsteiger).</p>	<p>Für Auszubildende aber auch Praktikanten werden Lernräume geschaffen und sie erhalten eine intensive und qualifizierte Begleitung durch die Praxisanleitung.</p> <p>Die Ausbildungsbetriebe arbeiten eng mit den Altenpflegeschulen zusammen.</p> <p>Die hohe Bereitschaft der Beschäftigten in der Langzeitpflege zur Weiterqualifizierung sollte auf eine ebenso hohe Bereitschaft bei den Arbeitgebern stoßen, Bildung zu unterstützen und die Qualifizierung zu honorieren.</p>	<p>Körperliche Belastungen in der Pflege werden als Risiken für den Berufsverbleib überbewertet. Bedeutsamer ist hingegen die Diskrepanz zwischen den Vorstellungen guter Pflege und deren Realisierbarkeit in der Praxis. Am Verbleib ihrer Beschäftigten interessierte Arbeitgeber unterstützen ihre Beschäftigten bei der Bewältigung dieses Problems.</p> <p>Die Arbeitgeber schützen ihre Beschäftigten, die durchgängig mit Grenzsituationen des Lebens konfrontiert werden, vor der gesellschaftlich verbreiteten Abwertung ihrer Branche und mithin ihrer Arbeit.</p>

Herausforderung für:	Personalarbeit		
	Gewinnung	Bildung / Entwicklung	Verbleib im Beruf
Sozialwirtschaft - Fortsetzung Wohlfahrtspflege Private und kommunale Träger	<p>Eine Tätigkeit in der Pflege und Versorgung ist sinnstiftend. Dieser Aspekt muss in Kampagnen für die Gewinnung von Auszubildenden mehr betont werden.</p> <p>Durch den Wegfall des Zivildiensts fehlt eine zentrale Gelegenheit, bei der junge Männer – möglicherweise erstmals – Berührung mit der professionellen Sorge füreinander hatten. Die Sozialwirtschaft sollte diese Gruppe künftig vermehrt mit anderen niedrighschweligen Beteiligungsformen ansprechen.</p>		<p>Die Arbeitgeber achten besonders auf eine verlässliche Gestaltung der Arbeitsverhältnisse (z.B. Personaleinsatzplanung).</p> <p>Die Arbeitgeber erproben neue Arbeitsmodelle, z.B. flexible Gleitzeit-Modelle, die Rücksicht auf die Lebenszeitphase der Mitarbeitenden nehmen</p>
Bildung und Wissenschaft Allgemeinbildende Schulen	<p>Kinder, Jugendliche und Heranwachsende erhalten in Schulprojekten o.ä. die Bedeutung und Wirksamkeit gelingender Sorge füreinander und insbesondere für ältere Menschen zu erleben.</p>		
Berufliche Bildung Fort- und Weiterbildung	<p>Gelegenheit zur Reflexion der Motive für den Berufseinstieg</p>	<p>Die Altenpflegesschulen kooperieren eng mit den Ausbildungsbetrieben.</p> <p>Ältere Quereinsteiger in einen Beruf der Pflege und Versorgung erhalten passgenaue Qualifizierungsangebote und die notwendige finanzielle Förderung während der Ausbildung.</p> <p>Führungskräfte in der Pflege benötigen umfassende Kompetenzen zur Führung eines Unternehmens, die sie in den verbreiteten Weiterbildungen nicht erhalten. Die Bildungsträger entwickeln die einschlägigen Formate der Qualifizierung entsprechend weiter.</p>	<p>Die psychosozialen Belastungen aus der Diskrepanz zwischen professionellem Selbstverständnis und den Restriktionen in der beruflichen Praxis spielen eine zentrale Rolle für den Berufsverbleib. Die Auszubildenden und die Teilnehmer von Fort- und Weiterbildung erhalten Gelegenheit, dieses Dilemma zu bearbeiten.</p>

Herausforderung für:	Personalarbeit		
	Gewinnung	Bildung / Entwicklung	Verbleib im Beruf
Hochschulen: Studium und Forschung	Die Hochschulen schaffen mit profilierten Studiengängen in Cure und Care breite Einstiegsmöglichkeiten in eine Tätigkeit der Pflege und Versorgung für ältere Menschen auf der akademischen Ebene.	Die Hochschulen qualifizieren ebenso wie die Bildungsträger der beruflichen Weiterbildung Führungskräfte für die Pflege, die kompetent sind ein Unternehmen zu führen. Die Forschung trägt zur Evidenzbasierung der Personalentwicklungskonzepte für die Langzeitpflege bei.	Die Forschung trägt zur Evidenzbasierung des Wissens über relevante Faktoren für den Berufsverbleib bei.

6.2 Thematische Zusammenfassungen und Empfehlungen

6.2.1 Offenes Berufsgruppenkonzept für Langzeitversorgung

Der künftige Personalbedarf in der Langzeitversorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf wird, das belegen die Prognosen für den Arbeitskräftebedarf auf der einen und die Verfügbarkeit von Fachkräften der Pflege auf der anderen Seite, ebenso wie der prognostizierte Rückgang des Familienpflegepotenzials, nicht allein über Pflegeberufe gedeckt werden können. Nationale und internationale Studien machen es plausibel, dass über eine Öffnung des bisherigen Berufsgruppenkonzeptes mehr Menschen mit unterschiedlichen beruflichen Orientierungen, Begabungen, Kompetenzen, Motivationen und professionellen Anliegen für den Bereich der Langzeitversorgung gewonnen werden können.

Insofern bedarf es neben den weiterhin wichtigen Pflegeberufen, Berufe aus der Hauswirtschaft, der persönlichen Assistenz, der Sozialen Arbeit und anderen benachbarten Bereichen auf unterschiedlichem formalen Niveau, die in einem Berufsgruppenkonzept mit einzubeziehen sind. Auf diese Weise können Menschen mit unterschiedlichen Bildungskarrieren, unterschiedlichen Präferenzen und unterschiedlichen professionellen Hintergründen für zukünftig sowohl qualitativ als auch quantitativ an Bedeutung gewinnenden Aufgabenfelder der Langzeitversorgung gewonnen werden. Die horizontale Erweiterung der Berufsgruppen muss ergänzt werden durch eine vertikale Durchlässigkeit von der Hilfs- bis zur Fachkraft und akademische Ebenen sowie anschlussfähig gemacht werden an neu entstehende Strukturen zwischen beruflich erbrachten Versorgungsleistungen und traditionellem Ehrenamt.

Auf der Grundlage eines entsprechenden horizontal erweiterten und vertikal durchlässigen Berufsgruppenkonzept, verstanden als Rahmenkonzept, könnten sowohl auf der Ebene der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz einheitliche Vereinbarungen getroffen und Förderinstrumente der Bundesagentur für Arbeit genutzt als auch Konzepte im Rahmen des europäischen Qualifizierungsrahmens für die Durchlässigkeit der Bildungssysteme im Bereich der Langzeitversorgung weiterentwickelt werden. Das Vertragsrecht im Bereich der Pflegeversicherung bzw. das Recht der Qualitätssicherung Sozialer Dienste und Einrichtungen wäre für ein breites Berufsgruppenkonzept zu öffnen. Diese Maßnahmen wären zu verschränken mit den strategischen Personalgewinnungsbemühungen der Sozialwirtschaft. Der hier vorgeschlagene Weg ist in hohem Maße anschlussfähig an nationale und internationale Reformstrategien.

6.2.2 Profilierung der professionellen Pflege

Die Professionellen in der Langzeitpflege werden, das zeigen alle Szenarien und Berechnungen, knapp werden. Heute werden Fachkräfte vielfach in Care und Cure für ein Spektrum an Tätigkeiten zwischen Hilfskraft- und Fachkräfteebene eingesetzt, statt sie auf Professionellen vorbehaltene Aufgaben zu konzentrieren. Hinzu kommt in der Praxis regelmäßig die Übernahme von Aufgaben benachbarter Professionen: Gleichzeitig bildet sich ein Verständnis von professionellen Kernaufgaben heraus, das konsensfähig ist, sich allerdings noch keineswegs in der Praxis hat etablieren lassen und durchaus auf Widerstände in der Abgrenzung der etablierten Berufsgruppen stößt.

Die professionelle Pflege ist in ihren Qualifikationen und Kompetenzen deutlicher als bisher zu profilieren. Die reflektierte Pflegeprozessgestaltung ist zentrales Merkmal der professionellen Pflege. Ziel muss es sein, dass sich die pflegerische Prozessgestaltung im weiteren Sinne nicht nur auf Cure, sondern auch auf Care beziehen kann. Care-Prozesse ebenso wie Cure-Prozesse reflektiert zu gestalten, ist Kernkompetenz der professionellen Pflege. Die Altenpflege bezieht sich in besonderer Weise auf beide Prozesse. Die Fehlsteuerung durch die auf Cure fokussierten Leistungsgesetze bewirkt, dass diese bislang noch unzureichend zum Tragen kommen. Die damit erzeugte Diskrepanz zu den eigenen professionellen Überzeugungen und der realisierbaren Praxis wird von den befragten Pflegekräften mit langjährigem Berufsverbleib als *der* Belastungsfaktor beschrieben (vgl. dazu die Erkenntnisse zum Berufsverbleib in den Fallstudien unter 3.3.5).

Eine derartig erweiterte Profilierung der professionellen Pflege müsste sowohl in den Qualitätsanforderungen der Pflegeversicherung als auch in den Fachkräftekonzepten der Landesheimgesetze und in einer Gesamtkonzeption der Gesundheitsberufe, die auf mehr Durchlässigkeit hin anzulegen ist, leitend werden. Gleichzeitig wären sowohl die Qualitätsanforderungen im Sozialleistungserbringungsrecht als auch im Heimrecht für andere Berufsgruppen in verantwortlicher Weise aufgaben- und funktionsbezogen zu öffnen. Auch für die Professionellen anderer in der Langzeitpflege relevanten Berufsgruppen, wie der Hauswirtschaft und der Sozialen Arbeit, verlangen nach stärkerer Profilierung im beschriebenen Sinne. Die entsprechenden Curricula der Ausbildungsgänge wären an die Profilierung der Professionen im Bereich der Langzeitpflege anzupassen.

6.2.3 Das Leistungsrecht der Pflege und Teilhabe öffnen

Die zeitintensiven Unterstützungsbedarfe und die individuellen Präferenzen von auf Pflege angewiesenen Menschen decken sich nicht mit dem bisherigen Leistungsrecht der in der Pflegeversicherung anerkannten Bedarfe und Unterstützungsleistungen. Zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, zur Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes der Betroffenen, aber auch unter dem Gesichtspunkt der Personalgewinnung wird es für erforderlich gehalten, auch leistungrechtlich Care-Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung vorzusehen und zuzulassen. Hierdurch, so die Erwartung, könnte auch ein Teil des Personalproblems der Langzeitpflege aufgefangen werden, wenn Care-Leistungen von Angehörigen weiterer Berufsgruppen erbracht werden, die auf diese Weise für die Versorgung Langzeit-Pflegebedürftiger gewonnen werden können. Der im Pflegeneuausrichtungsgesetz eröffnete Weg, Leistungen der Pflegeversicherung auch für Bedarfe im Bereich der sogenannten häuslichen Betreuung vorzusehen, sollte konsequent fortgesetzt werden und folgt der Einsicht, dass zentrale Bedarfe nicht im engeren Sinne

dem Cure-Bereich, sondern dem Care-Bereich zuzuordnen sind. Dabei sind die Leistungen der Pflegeversicherung im Care-Bereich weiter zu flexibilisieren, sodass, wenn nicht die Pflegefachlichkeit im Vordergrund steht, der Einsatz von Fachkräften aus anderen beruflichen Bereichen gefordert werden muss. Auf diese Weise wird es gelingen, vorhandene und zu aktivierende Personalressourcen einzubeziehen und bedarfsgerecht einsetzen zu können. Durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff oder eine bessere Verschränkung von Leistungen der Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe würde diese Empfehlung Rückenwind erhalten.

6.2.4 Kampagne Sorgeskultur und Berufe für Menschen

Seit einigen Jahren gibt es verstärkte Bemühungen der Personalgewinnung im Bereich der Langzeitpflege. Sie sind breit angelegt und reichen von Maßnahmen der Arbeitsagentur über trägerbezogene Personalgewinnungsmaßnahmen bis hin zu Imagekampagnen für die Pflegefachberufe.

Die bisherigen Kampagnen zur Gewinnung von Personal für die Langzeitpflege waren nicht sonderlich erfolgreich. Vor dem Hintergrund der in der Bevölkerung verbreiteten pauschalen Abwertung der Langzeitpflege waren die bisherigen Imagekampagnen und Protagonisten als Identifikationsfiguren wenig glaubwürdig. Die im Projekt „Herausforderung Pflege“ befragten (Quer-)Einsteigenden aller Altersgruppen schildern, wie für sie das Erleben gelingender Versorgung und authentische Identifikationsfiguren in Kontrast standen zu der nicht differenzierenden und abwertenden öffentlichen Wahrnehmung der Altenpflege insgesamt und zu der verbreiteten Reduzierung der pflegerischen Tätigkeiten auf die Assistenz körpernaher Funktionen. Es war für sie nicht hilfreich, derartig pauschalen Negativ-Bildern ebenso pauschal und einseitige Positiv-Bilder gegenüberzustellen (vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 3.3.7). Es sollte, ggf. gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ein Gesamtkonzept für eine Kampagne entwickelt werden, das sowohl die Bedeutung der Sorge – nicht allein Pflege – für eine Gesellschaft des langen Lebens herausstellt und den Wert der Langzeitversorgung und in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung stärkt und damit Haltungen und Sichtweisen verändert. Hierfür ist auch eine neue Semantik gefragt, die die laterale Verengung der Fragen der Langzeitversorgung auf die Cure-bezogene Pflege überwinden hilft. Der sechste und insbesondere der siebte Altenbericht greifen das Thema Sorge und Sorgeskultur als zentrales gesellschaftliches Thema auf. Die Erkenntnisse über Voraussetzungen für die Personalgewinnung im Bereich der Langzeitpflege legen es überdies nahe, möglichst vielen auch jungen Menschen Erfahrungen in der „Sorgetätigkeit“ für andere Menschen sammeln zu lassen, sowohl im familiären, nachbarschaftlichen, aber auch im ehrenamtlichen Bereich und im Rahmen von Freiwilligendiensten. Persönliche Erfahrungen der gelingenden Verantwortungsübernahme für Andere ist eine wichtige Voraussetzung, um künftig Menschen für die Berufe des Sozialen und der Pflege finden zu können. Für einen erfolgreichen Berufseinstieg ist es wichtig, dass diese ersten Erfahrungen zwar in einem gewissen Schonraum gemacht werden können, zugleich aber ein realistisches Bild vom späteren Berufsalltag erzeugen. Die Ergebnisse der Befragungen unter den Berufseinsteigenden zeigen überdies, wie wichtig – und selbstverständlich – es ist, dass sie in ihren Praxiseinsätzen gut begleitet werden (etwa durch eine Praxisanleitung) und dass sie als Auszubildende primär Lernende sein dürfen.

6.2.5 Bezahlung von informeller Sorge politisch thematisieren

Der volkswirtschaftliche Wert familiärer, nachbarschaftlicher und anderer auf Gegenseitigkeit beruhender Unterstützung für Menschen mit Pflegebedarf ist ausgesprochen hoch anzusetzen. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso bedrohlicher, wenn mit der Angehörigenpflege, die zentrale Säule der Langzeitpflege langsam aber kontinuierlich schwindet. Diese Entwicklung wird sich nicht durch vermehrte beruflich erbrachte Pflege und Versorgung ausgleichen lassen. Es ist daher erforderlich, das vorhandene Potenzial zwischen formell und traditionell informell Tätigen besser zu fördern und in die Versorgungsstrukturen zu integrieren. Dabei zeichnen sich immer stärker Mischformen zwischen unbezahlter und bezahlter Arbeit ab, die sich gerade im Bereich der Langzeitpflege etablieren. Das Potenzial dafür liegt vor, da auch mittel- und langfristig davon auszugehen ist, dass es eine Bevölkerungsgruppe geben wird, die sich nicht ausschließlich am Leitbild einer klassischen Vollzeitberufstätigkeit orientieren wird und zugleich die Zeitaufwände für Erziehung, Betreuung und Versorgung innerhalb der Familien zurückgehen (vgl. hierzu ausführlicher die unter dem Stichwort der *semi-formellen* Pflege geführte Diskussion der neuen Potenziale zwischen formeller und informeller Versorgung in Abschnitt 2.3).

Auch in der Zukunft werden im Bereich der informellen und, diesen ergänzend, in der *semi-formellen* Pflege wesentliche Ressourcen für die Sorgearbeit und die Beantwortung heute unter dem Begriff der Pflegebedürftigkeit verhandelten Bedarfe liegen. Die internationale Care-Debatte macht es unausweichlich, verbreitete Formen monetarisierten Ehrenamtes und illegaler Sorgearbeit von Migrantinnen sowie die Frage der finanziellen Entgeltung dieser in der gesellschaftlichen Ordnung weithin Frauen zugeordneten Aufgaben offensiv und politisch aufzugreifen. Finanzielle Anreize wirken niemals allein und dürfen grundlegende Solidaritätsformen familiar, lokal und im Generationenverhältnis nicht relativieren. Man wird unter Lebenslagegesichtspunkten und unter dem Aspekt der „Geschlechterordnung“ in der Gesellschaft das Thema bearbeiten müssen. Um neben der formellen und informellen Versorgung eine dritte Säule der monetarisierten *semi-formellen* Versorgung zu etablieren, bedarf es einfacher Einstiegsmöglichkeiten. Dies illustrieren die Beispiele unter den Einsteigerinnen mit türkischem Migrationshintergrund in den Fallstudien (vgl. unter Abschnitt 3.3.4). Sie kommen aus verschiedenen – teils honorierten, teils rein ehrenamtlichen Tätigkeiten – und steigen über die Qualifizierung zur Betreuungsassistentin in eine Tätigkeit der Versorgung Pflegebedürftiger ein, die wiederum teils entlohnt, teils ehrenamtlich ist bzw. sein wird. Eine regelmäßige und mehr als punktuelle *semi-formelle* Beteiligung von Nicht-Verwandten an der Pflege und Versorgung bedarf ferner einer verlässlichen Entlastung von der Gesamtverantwortung für den Care-Prozess. Diese sollte durch die ambulanten Dienste der häuslichen Versorgung sichergestellt werden, die auch die Gesamtkoordination und Abstimmung der übrigen Unterstützungsleistungen gewährleisten.

Die Debatten um Pflegezeiten, Vereinbarkeit und Eltern- sowie Betreuungsgeld zeigen, dass auch unter familienpolitischen Aspekten das Thema Geld und Sorgearbeit ein aktuelles Thema auf der politischen Agenda ist.

6.2.6 Arbeitsplatzsicherheit und Zuverlässigkeit der Arbeitgeber betonen

Die Arbeitsplatzsicherheit macht die Pflege besonders attraktiv. Dieser Vorzug sollte in Fachkräftekampagnen stärker betont werden. Wenn Quereinsteigerinnen mit „ungeraden Lebensläufen“ oder Personen, die bereits Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit gemacht haben, die Arbeitsplatzsicherheit als besonderen Vorzug der Pflege schätzen, so verbirgt sich dahinter jedoch nicht Anspruchslosigkeit gegenüber der durchaus erwarteten Kompensation für die besonderen Belastungen der Arbeit und die Verantwortung. Auch wenn die Erwartungen hinsichtlich einer als angemessen empfundenen Vergütung (noch) nicht geäußert werden, so zeigt sich in den Fallstudien durchaus, dass bereits während der Ausbildung Erwartungen geprägt werden, wie ein Arbeitgeber entlohnen soll und was einen attraktiven Arbeitsplatz auszeichnet (vgl. unter 3.3.4).

6.2.7 Körperliche Belastungen werden als Risiko für den Berufsverbleib überbewertet

Die Befragungen der Pflegekräfte mit langjährigem Berufsverbleib in den Fallstudien legen nahe, dass aufgrund der körperlichen Belastungen bestehende Risiken für einen Verbleib im Beruf überbewertet werden. Die Untersuchung zeigt vielmehr, wie bedeutsam die psychosozialen Belastungen für den Berufsverbleib sind. Diese entstehen besonders aus der Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch an gute Pflege und der realisierbaren Praxis sowie aus den organisatorischen Rahmenbedingungen (etwa bei fehlender Verlässlichkeit des Arbeitgebers bzw. der Abläufe und der Personaleinsatzplanung). Hinzu kommt eine besondere Bedeutung der Arbeitsatmosphäre und der Zusammenarbeit im Team (vgl. unter 3.3.5).

6.2.8 Bereitschaft zur Qualifizierung nutzen, nicht ausnutzen

Die Beschäftigten in der Langzeitpflege weisen eine überdurchschnittliche Bereitschaft zur Weiterqualifizierung auf. Sie interessieren sich für neue Wissensbestände und Kompetenzen oder suchen erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten, etwa aus dem Besuch einer Leitungsweiterbildung. Die Qualifizierungsbereitschaft wird aber nicht immer angemessen honoriert. Dies zeigt sich in den betrachteten Fällen an einer fehlenden finanziellen Unterstützung durch die Arbeitgeber oder an der nicht vorhandenen Bereitschaft, die qualifizierten Leitungskräfte angemessen zu entlohnen. Die neuen Qualifizierungen im Bereich Care, vor allem des hauswirtschaftlichen Bereichs, werden bislang noch zu sehr von Konkurrenzdenken und dysfunktionalen ordnungspolitischen Regeln in der Finanzierung von Pflege behindert (vgl. unter 3.3.6).

6.2.9 Netzwerk Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft

Bisher wurden Fragen der Personalgewinnung, der Personalbindung und der Personalentwicklung vielfach zurückhaltend und nachrangig behandelt. Von einer breit etablierten professionellen Personalarbeit im Bereich der Langzeitpflege kann nicht gesprochen werden. Gleichzeitig findet sich im Bereich der Langzeitpflege eine große Heterogenität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit sehr unterschiedlichen, nicht selten prekären Lebenslagen.

Fragen der qualifizierten Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung sowie die Qualifizierung gehören zu den Schlüsselfaktoren für die Sicherung geeigneten und motivierten Personals für die Langzeitversorgung. Wie die Ergebnisse der Untersuchungen im Projekt Herausforderung Pflege zeigen, kennen und berücksichtigen Arbeitgeber in der Pflege die Voraussetzungen für gelingende Berufseinstiege, einen längeren Verbleib im Beruf und für nachhaltige Qualifizierung noch längst nicht im erforderlichen Maße (vgl. die Empfehlungen aus den Fallstudien in Abschnitt 3.3.7). Es gibt exzellente Ansätze in der Sozialwirtschaft im Bereich der Personalentwicklung, die aber keineswegs in der Breite verankert sind. Personalentwicklungskonzepte sind daher branchenspezifisch weiterzuentwickeln, auf lokale Zusammenhänge und Bedarfe hin auszurichten und in der Breite zu verankern.

Der Aufbau eines Kompetenznetzwerkes im Bereich der Personalentwicklung, das sensitiv ist für regionale Unterschiede und gleichwohl für die Branche und für das Handlungsfeld spezifische Kompetenzen besitzt, wird als förderwürdig angesehen. Insofern wird dem BMG vorgeschlagen, ein entsprechendes Projekt zum Aufbau eines Arbeitskreises Sozialmanagement im Bereich demografieorientierter Personalentwicklung zu fördern. Neben dem Aufbau von Netzwerken wäre die Erarbeitung eines Leitfadens für die Personalarbeit in der Langzeitpflege eines der kurzfristigen Ziele.

7 Schlussbemerkungen

Die Studiengruppe „Herausforderung Pflege“ möchte sich am Schluss der Studie für die ausgesprochen konstruktive, wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Kollegen aus dem Bundesministerium für Gesundheit, insbesondere Herrn Kuhn und Herrn Pohl, bedanken. Dies gilt auch Frau Schweizer und Frau Zörkler vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., die die Arbeit stets aufmerksam und konstruktiv-kritisch begleitet haben. Unser Dank gilt darüber hinaus allen Teilnehmenden an den Fallstudien und Gruppendiskussionen, ohne ihre Offenheit und Ernsthaftigkeit hätten viele Aussagen nicht in dieser Klarheit getroffen werden können. In gleicher Weise danken wir all den Experten, die sich sowohl in der Delphi-Befragung, als auch in der Zukunftswerkstatt an den Diskussionen beteiligt haben, die für das Ergebnis und das Kondensat der Studie „Herausforderung Pflege“ von entscheidender Bedeutung waren. Es ist gelungen, eine kollegiale, offene konzentrierte Fachdiskussion zu führen, die von hoher Ernsthaftigkeit geprägt war und auf diese Weise maßgeblich zur Qualität der Ergebnisse der Studie beigetragen hat.

Ein Dank gilt auch den Teilnehmenden an dem Innovationswettbewerb, die sich die Mühe gemacht haben, sich an dem Wettbewerb zu beteiligen und mit ihren guten Beispielen dokumentiert haben, welche vielfältige strategische Handlungsoptionen für die Unternehmen der Sozialwirtschaft bestehen. Sie haben in sehr unterschiedlicher Weise gezeigt, wie Antworten auf den Personalbedarf in der Langzeitpflege gefunden und das Berufsfeld zwischen Cure und Care auch für junge Menschen, aber ebenso für Ältere und Wiedereinsteiger, attraktiv gemacht werden kann.

Schließlich gilt der Dank Herrn Rudolf Kast, der als einer der maßgeblichen Personalier in Deutschland das Projekt begleitet und mit wertvollen Impulsen bereichert hat. Die systematische Zusammenführung von Personalentwicklungsstrategien und der Fachdiskurse in Cure und Care erscheinen uns nach Abschluss der Studie als eine der zentralen strategischen Optionen zur Beantwortung der Herausforderungen in der Langzeitpflege.

Literaturverzeichnis

AAP Attraktiver Arbeitgeber Pflege (Hg.) (2012a): Attraktiver Arbeitgeber Pflege. Der Ablauf. <http://www.attraktiver-arbeitgeber-pflege.de/ablauf.php> [12.04.2013]

AAP Attraktiver Arbeitgeber Pflege (Hg.) (2012b): Die Auszeichnung – das sichtbare Zeichen für Ihre Personalsuche. <http://www.attraktiver-arbeitgeber-pflege.de/auszeichnung.php> [12.04.2013]

Aaron, C.A. (2011) The Positive Impact of Preceptors on Recruitment and Retention of RNs in Long-Term Care: A Pilot Project. *Journal of Gerontological Nursing*. 37 (4), S. 48-54.

Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* 63 (11), S. 990-1002.

Altenpflege Magazin (Hg.) (2012): Diakonie Bundesverband – Videoreportage wirbt für Altenpflege. In: *Altenpflege* 02/ 2012: 12.

Arbeit Plus (Hg.) (2012): Arbeit Plus – Eine Initiative der Evangelischen Kirche Deutschland. Ausgezeichnete Unternehmen – Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH. http://www.arbeit-plus.de/unternehmen/sozialholding_mgladbach.html [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (2011): rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft. Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft. Beispiele guter Praxis. Broschüre. <http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Brosch%C3%BCre-r%C3%BCckenwind.pdf> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (2010): rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft. ESF-Programm zur Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft. http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Programmflyer_r%C3%BCckenwind_02.pdf [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.): Haus der Pflege. Projekt Förderbereich 1. <http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-1/haus-der-pflege/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-a): Pedro – Personalentwicklung demographisch orientiert. Projekt Förderbereich 1. <http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-1/pedro-personalentwicklung-demographisch-orientiert/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-b): Team Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Projekt Förderbereich 2. <http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-2/team-gesundheit-betriebliches-gesundheitsmanagement/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-c): Pflege bewegt – Ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege. Projekt Förderbereich 2.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-2/pflege-bewegt-ein-arbeitsfaehigkeitsmodell-zur-belastungsreduzierung-in-der-altenpflege/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-d): „Gesund in der Pflege“ – Projekt zur Förderung der Verweildauer im Pflegeberuf unter Berücksichtigung des demographischen Wandel's. Projekt Förderbereich 2.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-2/gesund-in-der-pflege-projekt-zur-foerderung-der-verweildauer-im-pflegeberuf-unter-beruecksichtigung-des-demographischen-wandels/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-e): ‚fit for care‘ – Optimierte Personalentwicklung von und durch Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Projekt Förderbereich 1.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-1/fit-for-care-optimierte-personalentwicklung-von-und-durch-fuehrungskraefte-in-pflegeeinrichtungen/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-f): ZUPF – Zukunft Pflegen. Kompetenzerweiterung schafft Personalentwicklung.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-4/zupf-zukunft-pflegen-kompetenzerweiterung-schafft-personalentwicklung/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-g): Stark und motiviert für ein modernes Pflegekonzept. Konzept zur Personalentwicklung in der Altenhilfe. Projekt Förderbereich 1.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-1/stark-und-motiviert-fuer-ein-modernes-pflegekonzept-konzept-zur-personalentwicklung-in-der-altenhilfe/> [12.04.2013]

BAGFW Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (o.J.-h): Der „Gemeinschaftspartner“ – ein Modell der Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung in Altenpflegeheimen. Projekt Fördergruppe 1.

<http://www.bagfw-esf.de/projekte/foerderbereich-1/der-gemeinschaftspartner-ein-modell-der-personalentwicklung-und-mitarbeiterbindung-in-altenpflegeheimen/> [12.04.2013]

Barlow, K.M., Zangaro, G.A. (2010) Meta-analysis of the reliability and validity of the Anticipated Turnover Scale across studies of registered nurses in the US. *Journal of Nursing Management*, 18, S. 862–873.

BAUA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2010): Gute Führung in der Pflege. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund, Dresden. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh2-fuehrung.pdf?__blob=publicationFile [12.04.2013]

Benner, Patricia E. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert.* Bern: Hans Huber.

Berufsfachschule Altenpflege (Hg.) (2010): Netzwerkentwicklung und Projektbeschreibung zur Gewinnung von Nachwuchskräften für Pflege und Sozialpflegerische Berufe in Kooperation mit Haupt- und Realschulen und Pflegeeinrichtungen.

<http://www.ms.niedersachsen.de/download/55030> [12.04.2013]

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2011): Persönliche Ressourcen stärken. Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. Buchholz/ Nordheide

Berufundfamilie gGmbH (2010): Beruf und Familie. Ein Mehrwert für alle. Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung. Frankfurt

http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/4f0b887a622002bbedf899d2812998b0/broschuere_berufundfamilie.pdf [12.04.2013]

BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gemeinnützige GmbH (Hg.) (2008): TOP Teamorientierte Personalentwicklung.

<http://www.big-essen.de/initiative-weiterbilden/projekte/top-teamorientierte-personalentwicklung/> [12.04.2013]

Bishop, C.E., Weinberg, D.B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S.G., Zincavage, R.M. (2008) Nursing Assistant's Job Commitment: Effect of Nursing Home Organizational Factors and Impact on Resident Well-Being. *The Gerontologist* Vol. 48, Special Issue I, S.36-45.

Blass, Kerstin (2005): Gesund Pflegen in der Altenpflege: Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund, Dresden.

http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-16-gesund-pflegen-in-der-altenpflege.pdf?__blob=publicationFile

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Presserklärung (20.03.2013)

<http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/philippinen-abkommen-pflege.html>

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2008): Fachkampagne ‚Berufsfeld: Moderne Altenpflege‘ – Moderne Altenpflege. Was wir können, können nur wir. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Fachkampagne-Berufsfeld-Moderne-Altenpflege,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [12.04.2013]

Bohnsack, R. (2007): Gruppendiskussion. In: Flick, U./ von Kardorff, E./ Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg, S. 369-384

Booth, A. (2006) Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech* 24 (3), S. 355-368.

Borchart, Daniela; Galatsch, Michael; Dichter, Martin; Schmidt, Sascha G.; Hasselhorn, Hans Martin (2011): NEXT Nurses early exit study. Gründe von Pflegenden ihre Einrichtungen zu verlassen – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. Bergische Universität Wuppertal, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=d15ebb922cbacf5ba23abd9778dc0a60&target=0> [12.04.2013]

Brannon, D. Barry, T., Kremper, P., Schreiner, A., Vasey, J. (2007) Job Perceptions and Intent to Leave Among Direct Care Workers: Evidence From the Better Jobs Better Care Demonstrations. *The Gerontologist*. 47 (6), S. 820–829.

Brückner, Margrit (2009): Die Sorge um die Familie – Care im Kontext Sozialer Arbeit und öffentlicher Wohlfahrt. In: *neue praxis* 9 (Sonderheft), S. 39–48.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Online unter: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Leistungsarten/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten_120621.xls (abgerufen am 07.01.13).

CareInvest (Hg.) (2011): Übergreifendes Bündnis gegen Fachkräftmangel heute gestartet. News Flash. Mittwoch, 08.06.2011. <http://www.careinvest.vincentz.net/news/index.cfm?id=2464&CFID=dbd68cb8-f0e6-42ee-af31-00040e18cf5d&CFTOKEN=0> [12.04.2013]

Compamedia GmbH (Hg.) (o.J.): Hintergrundinformation „Top Job“ – das Projekt. Überlingen. http://www.topjob.de/upload/projekt/TJ_12_projekt.pdf [12.04.2013]

Craft Morgan, J. and Konrad, T.R. (2008) A Mixed-Method Evaluation of a Workforce Development Intervention for Nursing Assistants in Nursing Homes: The Case of WIN A STEP UP. *The Gerontologist*, 48, Special issue, S. 71–79.

Dell, A. (2012): Dimensionen zur Förderung des Berufsverbleibs in der Altenpflege. Bachelor-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit. Freiburg/ Br.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2012): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege. DV 38/ 11 AF IV. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2012/38-11.pdf [12.04.2013]

Diakonie Deutschland –Evangelischer Bundesverband (Hg.) (o.J.): Soziale Berufe kann nicht jeder. Über uns. <http://www.soziale-berufe.com/service/ueber-uns.html> [12.04.2013]

Dichter, Martin; Borchart, Daniela; Iskenius, Mario; Schmidt, Sascha G.; Hasselhorn, Hans Martin (2010): Wie spontan verlassen Pflegende ihre Einrichtung? – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. Bergische Universität Wuppertal, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=87e65fe2f468b626173e324bdddaf24&target=0> [12.04.2013]

DIP Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2012): Regionalanalyse Gesundheits- und Pflegemarkt in der Gesundheitsregion Aachen. Diskussionspapier 1 zum Gender-Med-Ac-Projekt. Köln.

http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/handlungsfelder/datenanalyse/analyse.pdf [12.04.2013]

Domradio (2013): <http://www.domradio.de/themen/caritas/2013-07-18/pflegeeinrichtungen-holen-spanische-fachkraefte-nach-nrw>

Donoghue, C. and Castle, N.G. (2009) Leadership Styles of Nursing Home Administrators and Their Association with Staff Turnover. *The Gerontologist*, 49 (2), S. 166–174.

Enste, Dominik H.; Pimpertz, Jochen (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: *IW Trends* 35 (4), S. 1–16.

Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D. (1999): *Neue Institutionenökonomik*. Stuttgart

Eyer, Eckhard (2010): Schritt für Schritt mehr Identifikation stiften. Mitarbeiter ans Unternehmen binden: durch Beteiligung an Information, Erfolg und Kapital. In: *Häusliche Pflege* 2/ 2010: 20-25.

Felfe, J. (2008): *Mitarbeiterbindung*. Göttingen: Hogrefe

FAZ-Net (2013): Mangel an Fachpersonal. Chinesische Pflegekräfte für Deutschland. In: *Frankfurter Allgemeine Online* 2013, 02.04.2013.

Freiling, Thomas (2010): Älter werden in der Krankenhauspflege – Studienergebnisse zur Bedarfslage und Handlungsoptionen einer demografiefesten Personalpolitik. In: *Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.): Aktuelle und zukünftige Fragestellungen zur Arbeitsorganisation der Pflegenden*.

http://www.f-bb.de/uploads/tx_ffbb/091124_Langfassung__f-bb_freiling_VKHT.pdf [12.04.2013]

Galatsch, Michael; Borchard, Daniela; Schmidt, Sascha Gerd; Hasselhorn, Hans Martin (2010): Gründe für einen Schichtformwechsel jüngerer (<45) und älterer (>45 Jahre) Pflegenden in Deutschland. Bergische Universität Wuppertal, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

<http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=5f961be263a17324e15ab5848b7e3eb2&target=0> [12.04.2013]

Galatsch, Michael; Iskenius, Mario; Hasselhorn, Hans Martin (2011): Längsschnittanalyse der allgemeinen Gesundheit von deutschen Pflegenden unterschiedlicher Altersgruppen im Krankenhaus und der stationären Altenpflege. Bergische Universität Wuppertal, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

<http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=fa48b05d3cf9ad23b2dd3c268b6b43bb&target=0> [12.04.2013]

Gender-Med-AC (Hg.) (2012): *Gender-Med-AC: Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen*.

http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/downloads/melchior_27062012.pdf [12.04.2013]

Gessenich, Helga (o.J.): Projektarbeit im Amt für Altenarbeit: Gender-Med-AC – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen.

http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/downloads/projektarbeit_amt_altenarbeit.pdf [12.04.2013]

Glorius, B. (2003), Temporäre Migrationsprozesse am Beispiel polnischer Arbeitsmigranten in Deutschland. Hallesches Jahrbuch für Geowissenschaften, Reihe A, Bd. 25, Halle, S. 29-41.

Görres, Stefan; Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt, Svenja (2010): „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. Zeitraum: Juli 2009-Dezember 2009. Im Auftrag des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege.

http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/projekte/Imagekampagne_Abschlussbericht.pdf

Grealish, L., Bail, K., Ranse, K. (2010) „Investing in the future“: residential aged care staff experiences of working with nursing students in a „community of practice“. J Clin Nurs., 19(15-16), S. 2291-2299.

Great Place to Work Deutschland (Hg.) (o.J.): Great Place to Work ® Benchmarkstudie – Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2013. Broschüre.

<https://na6.salesforce.com/sfc/p/80000000LiNLxuGqYD5oAuh88eUtMdYGuRt2D4c> [12.04.2013]

Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd (2006): Zukünftige Pflege ohne Familie. Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwig-Universität Freiburg (Diskussionsbeiträge, 142). Freiburg.

Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. In: Forschungszentrum Generationenverträge - Diskussionbeiträge 5 (40).

Hackmann, Tobias; Moog, Stefan (2008): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage (Diskussionsbeiträge// Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 33).

Häder, M. (2009): Delphi-Befragungen. Wiesbaden

Häder, M., Häder, S. (1995): Delphi und Kognitionspsychologie: Ein Zugang zur theoretischen Fundierung der Delphi-Methode. In: ZUMA-Nachrichten, 19, 37

Hasselhorn, Hans-Martin; Tackenberg, Peter; Büscher, A.; Stelzig, S.; Kümmerling, Angelika; Müller, Bernd Hans (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Übersetzung Ü15. Dortmund/ Berlin/ Dresden.

http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf;jsessionid=FEDEA8FE672B809A5F04E559ED60DC15.1_cid253?__blob=publicationFile&v=6 [12.04.2013]

Heislbetz, Claus (2012): Den Fachkräftenachwuchs unterstützen: Faktoren für einen gelingenden Berufseinstieg in die Altenpflege – Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): Fachkräftemangel in der Pflege – Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei. 151-163

Helmrich, Robert; Zika, Gerd (Hg.) (2010): Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025 (Berichte zur beruflichen Bildung). Bertelsmann, Bielefeld.

Hoffmann, Daniel (2009): Gewinnung von neuen Ehrenamtlichen: Praxisbeispiele, Methoden und Strategien in der Seniorenarbeit. Themenschwerpunkt 12/ 2009. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Holly, C., Salmond, S.W., Saimbert, M.K. (2012) Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice. Springer Pub., New York.

Hochrangige Konsensgruppe Fachkräftebedarf und Zuwanderung (Hg.) (2011): Vom Anwerbestopp zur Gewinnung von Fachkräften. Bessere Bildungs- und Erwerbschancen schaffen. Zuwanderung gezielt steuern. Abschlussbericht. Berlin.

IEGUS Institut, Universität Konstanz; VDE/ VDI Innovation + Technik GmbH (Hg.) (2012): Handlungskatalog PflegeZukunft kompetent gestalten: Ein Instrumentenkoffer für kleine und mittlere Unternehmen zur Fachkräftesicherung. Autoren: Braeske, Grit; Merda, Meiko; Peters, Verena; Haumann, Anja (IEGUS Institut); Glaser, Jürgen; Briemle, Mirko (Universität Konstanz); Bovenschulte, Marc; Lutze, Maxie (VDE/ VDI Innovation + Technik GmbH, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

http://www.vdivde-it.de/publikationen/leitfaeden/Handlungskatalog_PflegeZukunft.pdf
[12.04.2013]

Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010: was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA-Verlag

IPP Institut für Public Health und Pflegeforschung (Hg.) (2011): Zwischenbericht: Vorher-Studie. Projekt: Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären und ambulanten Altenpflege – Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Bremen.

http://www.stiftung-altenhilfe-hildesheim.de/cms/sites/default/files/downloads/Vorher-Studie_12.2011.pdf [12.04.2013]

ISR International Survey Research (Hg.) (2002): Mitarbeiterbindung, Engagement und Leistungsorientierung in Europa: Merkmale, Ursachen, Konsequenzen. Frankfurt, London: ISR. URL: <http://www.dgfp.de/wissen/personalwissen-direkt/dokument/65556/herunterladen>
[12.04.2013]

Jahndorf, Knut (2010): Gesunkener Krankenstand und null Fluktuation. In: Häusliche Pflege. 08/ 2010. 19. Jahrgang: 30-33.

Katholische Hochschule Freiburg (2012). Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen (InnoGESO). Startseitennews, Pressemitteilung vom 08.05.2012. <http://www.kh-freiburg.de/news/article/230/24/> [12.04.2013]

Kemper, P., Brannon, D., Barry, T. Stoot, A., Heier, B. (2008) Implementation of the Better Jobs Better Care Demonstrations: Lessons for Long-Term-Care Workforce Initiatives. *The Gerontologist*, 47 (6), S. 820–829.

Klein, Barbara; Gaugisch, Petra (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege – Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund, Dresden.
http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-13-gute-arbeitsgestaltung-altenpflege.pdf?__blob=publicationFile [12.04.2013]

Klie, Thomas; Guerra, Virginia (2006): Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Robert Bosch Stiftung. Freiburg.

Klie, Thomas (2009): „Osteuropäische Pflegekräfte in den Grauzonen des Rechts?“ In: *Pflegerecht (PflR)*, 07/2009, S. 322 – 326.

Knoblauch, R. (2004): Motivation und Honorierung der Mitarbeiter als Personalbindungsinstrumente. In: Bröckermann, R; Pepels, W. (Hg.): *Personalbindung. Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management*. Berlin: Erich Schmidt

Kulig, J.C., Stewart, N., Penz, K., Forbes, D., Morgan, D. Emerson, P. (2009) Work Setting, Community Attachment, and Satisfaction Among Rural and Remote Nurses. *Public Health Nursing*, 26 (5), S. 430–439.

Kultusministerkonferenz (Hg.) (2012a): 337. Kultusministerkonferenz. Vorlage zu TOP 12. Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege. Gemeinsame Vereinbarung des Bundes, der Länder und der Verbände. Anlage 1. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland

Kultusministerkonferenz (Hg.) (2012b): Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege – Entwurf der Arbeitsgruppe. Anlage 2 der Vorlage zu TOP 12, 337. Kultusministerkonferenz. Stand: 20.12.2011.

Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 4. Aufl., Weinheim

Leininger, Madeleine (2002): Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. In: *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3), S. 189–192.

Leininger, Madeleine M. (Hg.) (1984): *Care – The Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne State University Press.

Loffing, Dina (2010): Instrumente individuell an Mitarbeiter anpassen. Qualifizierte Mitarbeiter langfristig halten – den Erfolg des Pflegedienstes sichern. In: *Häusliche Pflege*, 19. Jahrgang, 4/2010: 33–35

Maternus – Kliniken AG (Hg.) (2011): Herzensbrecher gesucht: Cura Unternehmensgruppe bietet 100 zusätzliche Ausbildungsplätze an und wirbt mit standortweiter Kampagne. Meldung vom 15.06.2011. <http://www.maternus.de/deu/pr-bereich/news/2129/2129.html> [12.04.2013]

Merda, Heiko; Braeseke, Grit; Dreher, Birger; Bauer, Thomas K.; Mennicken, Roman; Otten, Sebastian et al. (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Kurzfassung. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Berlin.

Meuser, M. Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht – Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A. Littig, B. Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, S. 71-94

Mittal, V., Rosen, J., Leana, C. (2009) A Dual-Driver Model of Retention and Turnover in the Direct Care Workforce. *The Gerontologist*, 49 (5), s. 623–634.

Moers, Martin (2013): Neue Aufgaben – neue Chancen. In: *Die Schwester Der Pfleger* 52 (3), S. 282-286.

Morschhäuser, Martina; Ochs, Peter; Bertelsmann Stiftung; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2008): Demographiebewusstes Personalmanagement : Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis. Gütersloh: Verl. Bertelsmann-Stiftung

Müller, Brigitte (2005): Gute Lösungen in der Pflege – Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund, Dresden.

http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-14-gute-loesungen_pflege.pdf?__blob=publicationFile [12.04.2013]

Müller, Brigitte (2008): Gute Lösungen in der Pflege II – Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Diensten. Initiative Neue Qualität der Pflege (INQA). Dortmund, Dresden.

http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-35-gute-loesungen-pflege-II.pdf?__blob=publicationFile [12.04.2013]

Müller, Thomas; Rosner, Lars (Hg.) (2010): Gute Mitarbeiter finden, fördern, binden. Personalmarketing in der Altenhilfe. Hannover: Vincentz

Müller, Thomas; Schmidt, Stephan (2009): Die Branche ringt um jede Fachkraft – Ergebnisse der Studie zum Fach- und Führungskräfte-mangel. In: *Altenheim. Lösungen fürs Management*. 12.2009. 48. Jahrgang. Vincentz: 14-17

Müller, Thomas; Volz-Neidlinger, Martin (2011): Marketing – Ziel: die starke Arbeitgebermarke. In: *Neue Caritas*. 112. Jahrgang, Heft 4/Februar 2011: 12-15

Naegele, Gerhard; Walker, Alan (2007) Leitfaden für gute Praxis im Altersmanagement. Amt für Amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften

NMSFFGI Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Hg.) (2012): Ideenwettbewerb Niedersachsen. 17 Preisträgerinnen und Preisträger beim Ideenwettbewerb „Pflege“ ausgezeichnet.

http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=27585&article_id=94067&psmand=17 [12.04.2013]

- Orem**, Dorothea.E. (1995): Nursing: concepts of practice. 5th. edition. St. Louis, MO: Mosby
- Parker**, V.A. and Geron, S.M. (2007) Cultural Competence in Nursing Homes: Issues and Implications for Education. *Gerontology & Geriatrics Education*. 28 (2), S. 37-54.
- Pauli**, Günther; Kowalski, Heinz; Pelster, Klaus; Wüller, Manfred; Penkert, Susanne (2008): Regionale Netzwerke >Pflege< - Abschlussbericht. Anpassung und exemplarische Erprobung neuer Wege und Medien des Wissenstransfers. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-32-regionale-netzwerke-pflege.pdf?__blob=publicationFile
- Phönix** (Hg.) (2012): „Pflieg mich“ – Initiative für Pflegeberufe. Meldung vom 28.03.2012. [http://www.phoenix.nu/aktuelles/artikel/?tx_ttnews\[year\]=2012&tx_ttnews\[month\]=03&tx_ttnews\[day\]=28&tx_ttnews\[tt_news\]=48&cHash=6102e753ba3ec5d074342fedb6497476](http://www.phoenix.nu/aktuelles/artikel/?tx_ttnews[year]=2012&tx_ttnews[month]=03&tx_ttnews[day]=28&tx_ttnews[tt_news]=48&cHash=6102e753ba3ec5d074342fedb6497476) [12.04.2013]
- Pillemer**, K., Meador, R., Henderson, C., Robinson, J., Hegeman, C., Graham, E., Schultz, L. (2008) A Facility Specialist Model for Improving Retention of Nursing Home Staff: Results From a Randomized, Controlled Study. *The Gerontologist*, Vol. 48, Special Issue I, S. 80-89.
- Pohl**, Carsten (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt in Deutschland. Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. In: *Pflege & Gesellschaft* 16 (1), S. 36-52.
- Probst**, J.C., Beak, J.-D., Laditka, S.B. (2009) Characteristics and Recruitment Paths of Certified Nursing Assistants in Rural and Urban Nursing Homes. *Journal of Rural Health*, 25 (3), S. 267-275.
- Prognos AG** (Hg.) (2008): Arbeitslandschaft 2030. Steuert Deutschland auf einen generellen Personalmangel zu? Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. Basel, München.
- Prognos AG** (Hg.) (2012): Pflegelandschaft 2030. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. München, Basel.
- PWC, PricewaterhouseCoopers/ WifOR**, Wirtschaftsforschung (Hg.) (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.
- PWC, PricewaterhouseCoopers/ WifOR**, Wirtschaftsforschung (Hg.) (2012): 112 – und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann.
- Reuschenbach**, B. (2011): Prof. Dr. Bernd Reuschenbach im Interview. Online unter: www.besserlaengerleben.de/interviews/interview-mit-herrn-prof-dr-reuschenbach.html (abgerufen am 04.04.13).
- Reuschenbach**, B. (2012a): Warnung vor den Panikmachern. Interview in der Süddeutschen Zeitung vom 24.01.2012, S. 9.
- Reuschenbach**, B. (2012b): Demographischer Wandel und Pflege: Wechsel und Wirkung. *dbb magazin* 03/ 12, S. 20.
- Robert Bosch Stiftung** (Hg.) (2011): Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Rosen, J., Stiehl, E.M., Mittal, V., Leana, C.R. (2011) Stayers, Leavers, and Switchers Among Certified Nursing Assistants in Nursing Homes: A Longitudinal Investigation of Turnover. *The Gerontologist*, 51 (5), S. 597-609.

Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Vorabdruck. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Rückenwind (Hg.) (2012): FAQ-Liste zum ESF-Programm „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“.

http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/FAQ_Stand_25.05.2012.pdf [12.04.2013]

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn.

Schindele, W., Birken, T., Herms, I. (2012): Professionalisierung und Gestaltung in der Altenpflege: Reflexionschancen bereitstellen. In: Dunkel, W., Wehrich, M. (Hrsg.): *Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen*. Wiesbaden. S. 389-404

Schmid, Alfons; Larsen, Christa; Joost, Angela; Kipper, Jenny; Tewolde, Tadios (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern – zentrale Studienergebnisse im Überblick. Vorgelegt vom IWAK Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Frankfurt; Goethe Universität Frankfurt am Main. http://www.iwak-frankfurt.de/documents/berufsverlaeufe_broschuere.pdf

Schmidt, Michael (2012): Personalentwicklung gegen Fachkräftemangel – Innovative Konzepte, unternehmerische Strategien und bewährte betriebliche Instrumente. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): *Fachkräftemangel in der Pflege – Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei. 181-198

Schmidt, Roland (2012a): Fachkräfteentwicklung und professionelle Anforderungsprofile in Pflege und Begleitung. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): *Fachkräftemangel in der Pflege – Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei. 19-31

Schnabel, Reinhold (2007): *Zukunft der Pflege*. Hg. v. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.

Schuhmacher, Lutz (2012): Gewinnung und Bindung leistungsstarker Mitarbeiter – Stand der Forschung und erfolgreiche Strategien der Praxis. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): *Fachkräftemangel in der Pflege – Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei. 331-344

Selten, R. (1990): Bounded Rationality. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 649-658

Sept, Angela (2012): *Fit für Pflege – Netzwerk Praxisanleitung. Die Rummelberger Dienste für Menschen im Alter* gGmbH. Schwarzenbruck. <http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Projektdarstellung.pdf> [12.04.2013]

Simon, H. A. (1955): A Behavioral Model of Rational Choice. *Quarterly Journal of Economics* 69, S. 99-118

Simon, H. A. (1956): Rational Choice and the Structure of the Environment. In: *Psychological Review* 63: S. 129-138

Simon, H. A. (1959): Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. American Economic Review 49: S. 251-283

Simon, H. A. (1981): Entscheidungsverhalten in Organisationen. Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung. Landsberg/ Lech

Sozial-Holding der Stadt Mönchen Gladbach (Hg.) (2010): Pressemitteilung 29.11.2010 - Auszeichnung: Sozial-Holding einer der besten Arbeitgeber für Beschäftigte über 50.
http://www.sozial-holding.de/presse_einzeln.php?id=82&groupid=1 [12.04.2013]

Sozial-Holding der Stadt Mönchen Gladbach (Hg.) (2012): Pressemitteilung 06.07.2012. Sozial-Holding zum Altenheimbetreiber des Jahres gewählt.
http://www.sozial-holding.de/presse_einzeln.php?id=123&groupid=1 [12.04.2013]

Sozial-Holding der Stadt Mönchen Gladbach (Hg.) (2012a): Pressemitteilung 08.06.2012: Sozial-Holding zum 5.Mal von der EKD ausgezeichnet.
http://www.sozial-holding.de/presse_einzeln.php?id=119&groupid=1 [12.04.2013]

Sozial-Holding der Stadt Mönchen Gladbach (Hg.) (o.J.): Sozial Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH.
http://www.sozial-holding.de/upload/pages/file/2010_07_28_sh_ueber_uns.pdf [12.04.2013]

Stanly, D. (2010) Multigenerational workforce issues and their implications for leadership in nursing.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013a): Statistik über die Empfänger von Pflegeleistungen, Pflegebedürftige nach Leistungsart und Geschlecht, Stichtag, regionale Tiefe: Kreise und kreisfreie Städte. Wiesbaden.

Statistische Ämter des Bundes unter der Länder (2013b): Arbeitslose nach ausgewählten Personengruppen sowie Arbeitslosenquoten – Jahresdurchschnitt – regionale Tiefe: Kreise und kreisfreie Städte. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1992): Klassifizierung der Berufe (KldB). Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Ausgabe 1992. Metzler-Poeschel: Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011a): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Entwicklung der Haushalte bis 2030. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012a): Privathaushalte: Deutschland, Jahre, Haushaltsgröße. Mikrozensus. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012b): Abhängig Erwerbstätige: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsumfang, Geschlecht. Mikrozensus. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013b): Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Wiesbaden.

Stinner-Meißner, Birgit (o.J.): CareWell – Starke Mitarbeiter für eine gute Pflege.
http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Pr%C3%A4sentation_CareWell_Caritas_K%C3%B6ln.pdf [12.04.2013]

Stone, R and Harahan. MF. (2010) Improving the Long-Term-Care Workforce Serving Older Adults. Health Affairs, 29 (1), S. 109-115.

Stone, R. and Dawson, S.L. (2008) Better Jobs Better Care Demonstrations. The Gerontologist, 47(6), S. 820-9.

Strasser, Hermann; Stricker, Michael (2007): Bürgerschaftliches Engagement und Altersdemenz: Auf dem Weg zu einer neuen „Pflegekultur“? Eine vergleichende Analyse. Duisburger Beiträge zur Soziologischen Forschung No. 2/ 2007. Forschungsgruppe Sozialkapital. Unter Mitarbeit von Leopold, Stefan; Epgert, Alexandra; Fischbach, Christian; Veer, Tobias.

http://www.uni-due.de/imperia/md/content/soziologie/strasser/dubei_2007_2.pdf
[12.04.2013]

Strunk, Mareike (o.J.): Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) der AWO Kreisverband Bielefeld e.V. – Projekt „Stress lass nach!“. <http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Konzept.pdf> [12.04.2013]

Teigeler, Brigitte (2009). Modellprojekt Servicehelfer – Service als Chance. In: Die Schwester Der Pfleger. 48. Jahrg. 01/ 2009. Schwerpunkt. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Die_Schwester_Der_Pfleger.pdf [12.04.2013]

TNS Infratest Sozialforschung (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.

Tourangeau, A., Cranley, L., Laschinger, H.K.S., Pachis, J. (2010) Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. Journal of Nursing Management, 18, 1060-1072.

V.KJF Verband Katholischer Jugendfürsorge e.V. (Hg.) (o.J.): Weil sie es uns wert sind. Wege zu gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen. ESF-Projekt. Flyer. http://www.kjf-muenchen.de/fileadmin/aktuelles/esf_flyer.pdf [12.04.2013]

Van Dick, Rolf (2004): Commitment und Identifikation mit Organisationen. Göttingen; Bern: Hogrefe

Ver.di (Hg.) (2011): Gesundheits- und Sozialwesen. Weitere Nachrichten – Initiative „weiter bilden“. Personalentwicklung in der Altenpflege. Meldung vom 30.03.2011.
<http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/pflegeeinrichtungen/newsArchive?channel=altenpflege&begin=23> [10.10.2012]

Weinert, A. (2004): Organisations- und Personalpsychologie. Weinheim: Beltz

Weiß, Thomas (2010): Bewerbung Ideenwettbewerb Pflege. Projekte „Quartier am Ringgleis“ und „Außen Flower, innen Power“. Hannover: DSG Deutsche Seniorenstift Gesellschaft mbH & Co. KG. www.ms.niedersachsen.de/download/55029 [12.04.2013]

World Health Organization (Hg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/

Zumpe, Claudia (2012): Der Gemeinschaftspartner – ein Modell der Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung in Altenpflegeheimen.

http://www.bagfw-esf.de/uploads/media/Projekt-pr%C3%A4sentation_01.pdf [12.04.2013]