Tagungsdokumentation
Vierter Expertenkongress
21. Oktober 2015, Stuttgart

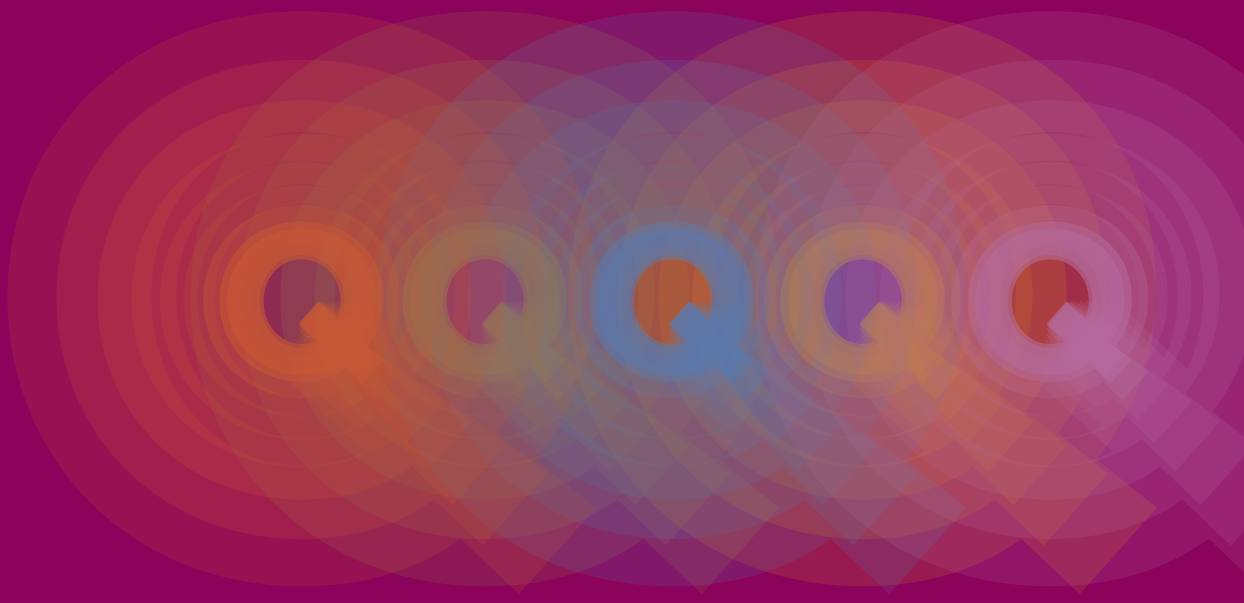
QUALITÄT QUANTITÄT QUOTE

Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!?

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

AWO caritas PARITÄT DEUTSCHES ROTES KREUZ Diakonie ZWST

Baden-Württemberg Stiftung
WIR STIFTEN ZUKUNFT



Impressum

Herausgeber:
Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.
Stauffenbergstraße 3 · 70173 Stuttgart · Telefon 0711 61967-0
info@liga-bw.de · www.liga-bw.de

Redaktion:
Ausschuss Alter und Gesundheit
der LIGA Baden-Württemberg

Endredaktion:
Hina Marquart (M.A.)
Theresa Klobucnik
Achim Uhl (M.Sc.)

Satz & Gestaltung:
Kreativ plus Stuttgart · www.kreativplus.com

Druck:
N.N.

Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

Begrüßung und Eröffnung 6
Eva-Maria Armbruster
Vorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege

Christoph Dahl *8*
Geschäftsführer der Baden-Württemberg Stiftung

Ministerin Katrin Altpeter MdL 9

Servicebasiertes Pflegesystem in kommunaler Verantwortung versus familienbasiertes Pflegesystem mit öffentlicher Teilfinanzierung. Deutschland/Skandinavien im Vergleich 12
Frau Dr. Cornelia Heintze

Das Profil professioneller Pflege – Hilft die Unterscheidung Cure und Care? 25
Herr Prof. Dr. Thomas Klie

Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe in Baden-Württemberg: Fachkräftebedarf der Zukunft sichern und strategisch weiterentwickeln 34
Herr Prof. Dr. Michael Isfort

Im Reich des Zufalls: Pflegebedürftigkeit, Pflege-Personalbedarf und Pflegequalität 44
Herr Prof. Dr. Albert Brühl

Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis 56
Frau Prof. Dr. Katrin Reiber

Hinweis: Die vorliegenden Texte wurden redaktionell gekürzt

Vorwort

Mit dem vierten Expertenkongress am 21. Oktober 2015 hat die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg eine im Jahr 2008 begonnene Veranstaltungsreihe fortgesetzt. Im zweijährigen Turnus werden bedeutende Themen rund um die Weiterentwicklung pflegerischer Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen im Land aufgegriffen, es wird der Diskurs mit zentralen Akteuren gesucht, und es werden Orientierungen für die politische Arbeit gegeben. Die Beiträge und Referate des Kongresses stellen wir in dieser Broschüre vor.

Die grundlegende Frage lautete: Wie kann es gelingen, die künftige Unterstützung und Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sicher, flächendeckend und kompetent in den jeweiligen sozialräumlichen Bezügen zu gestalten? Bei der Suche nach Antworten sind drei Faktoren von zentraler Bedeutung, die auch den Kongresstitel bildeten: Qualität, Quantität, Quote. Um den zukünftigen Pflege- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen adäquat befriedigen zu können, bedarf es entsprechenden gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, die die erforderlichen Rahmen für Personalmengen, Mitarbeiterkompetenzen und -qualifikationen sowie die nötigen Fachkraftquoten setzen. Dabei geht es nicht nur um professionelle Dienstleistungen, sondern auch um die Einbeziehung und das Zusammenspiel mit bürgerschaftlich Engagierten.

Konkrete Anregungen und Impulse wurden in den Kongressvorträgen gegeben, so z.B. mit Blick auf ein Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe. Auch wurden Entwicklungen angestoßen wie z.B. über das Forschungsprojekt „Pflege in Baden-Württemberg (PiBaWü)". An diese Aspekte knüpft die Liga in ihrer weiteren politischen Arbeit an. Dabei sind inhaltliche Schnittmengen zu den Handlungsempfehlungen des Berichts der Enquêtekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten"[1] zu identifizieren und herzustellen. Alle maßgeblichen Akteure im Land sind gefordert, rechtzeitig die nötigen Weichen für eine Weiterentwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen im Land zu stellen. Gemeinsam müssen wir für generationsgerechte Rahmenbedingungen der Pflege Sorge tragen. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg ist sich ihrer Gestaltungsverantwortung für eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung pflegerischer Strukturen bewusst und wird hierzu ihren Beitrag leisten.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen fruchtbare Anstöße beim Lesen.

Eva-Maria Armbruster
Vorstandsvorsitzende

1 | www.landtag-bw.de/cms/home/der-landtag/gremien/fruhere-ausschusse/enquetekommissionen-15-wp/enquete_Pflege.html

Begrüßung und Eröffnung

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich begrüße Sie recht herzlich zu unserem vierten Expertenkongress zum Thema „Qualität, Quantität, Quote". Nachdem sich im Jahr 2008 der erste Expertenkongress der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen von älteren und hochbetagten Menschen gewidmet hat, steht heute die pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen im Vordergrund, wobei der Frage nachgegangen wird, ob diese sicher, flächendeckend und kompetent ist. Qualität, Quantität, Quote. Unter diese drei Schlagwörter stellt die Liga der freien Wohlfahrtspflege den heutigen Kongress. Die Einrichtungen und Dienste der Liga stehen für eine qualitative und gute pflegerische Versorgung. Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt leben können und Lebensqualität erfahren. Dazu gehört zwingend eine Pflege, die sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und an den fachlichen Erkenntnissen orientiert.

Das erfordert Zeit: Fürs Zuhören und Hinschauen, für sorgfältige Pflegeplanung, für Aus-, Fort und Weiterbildung. Die Quote schließlich, bei der Fachkraftquote der Anteil von Fachkräften am Betreuungs- und Pflegepersonal insgesamt ausmacht, ist ein entscheidender Faktor, wenn es um die Fachlichkeit und professionelle Ausrichtung in der Pflege geht. Sie hängen eng miteinander zusammen und können deshalb auch nicht jeweils für sich isoliert betrachtet werden. Auch wenn Baden-Württemberg einen Ländervergleich nicht scheuen muss, steht die Altenhilfe hier vor enormen Herausforderungen. Woher beispielsweise die vielen jungen Menschen, die einen Pflegeberuf ergreifen, kommen sollen, steht derzeit noch in den Sternen. Qualität hängt eng mit Qualifikation zusammen. Im von den Verbänden mitinitiierten Ausbildungspakt zwischen Politik, Leistungserbringern- und trägern wurden wichtige konkrete Vereinbarungen getroffen. Die Ausbildungszahlen für die Altenpflege bewegen sich auf hohem Niveau. Dennoch sind wir froh, dass die Politik nun die Pflegeberufsausbildung reformieren will und denken, dass dadurch die Perspektive für eine Tätigkeit in der Pflege, auch in der Langzeitpflege, attraktiver wird. Die Übergangszeit nach der Einführung muss aber so gestaltet werden, dass die berechtigten Interessen der Ausbildungsträger – Dienste und Einrichtungen – gewahrt bleiben. Die Verbände der Liga werden diesen Prozess konstruktiv begleiten. Insgesamt muss dem Thema ‚Sicherung des Fachkräftebedarfs' eine hohe Priorität eingeräumt werden. Dazu braucht es eine systematische Herangehensweise, die auf verlässlichen Fakten und Zahlen beruht.

Attraktiv ist der Pflegeberuf aber auch nur dann, wenn die Arbeitsbedingungen so ausgestaltet sind, dass die betroffenen Menschen mit ihren je ganz eigenen Bedürfnissen auch zufriedenstellend versorgt werden können. Der alltägliche Zeit-Stress ist für die Mitarbeitenden, die der Langsamkeit von älteren Menschen mit vielfältigen Handicaps gerecht werden wollen, oft eine Überforderung und insgesamt für das Arbeitsfeld kontraproduktiv. Gerade junge Menschen, die sich mit einem gewissen Idealismus für einen Pflegeberuf interessieren, erleben die Diskrepanz zwischen Anspruch

und Wirklichkeit in besonderem Maße. Die mittel- und langfristigen Wirkungen auf die Rekrutierung von geeignetem Personal sind angesichts eines allgemeinen Rückgangs jüngerer Jahrgänge und des Werbens aller Branchen um junge Menschen gravierend. Die Liga fordert deshalb eine deutliche Verbesserung der Personalausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen und hat dazu zusammen mit den anderen Leistungserbringerverbänden den Rahmenvertrag gekündigt. Die leider erfolglosen Verhandlungen zeigen jedoch auch, wie wichtig für die Zukunft eine allgemein akzeptierte Personalbemessung ist. Die bisherigen Methoden, soweit vorhanden, taugen dafür nicht wirklich. Wir sind froh über die Vereinbarungen bisheriger Personalschlüssel, auch wenn wir sie für unzureichend halten. Aber trotz verschiedener Interessenlagen wird kaum jemand bestreiten können, dass die Grundlagen zur Bemessung noch entwicklungsfähig sind. Angesichts des Fachkräftemangels, aber auch wegen neuer Versorgungskonzepte ist die Diskussion über den erforderlichen Anteil von Fachkräften im Kontext aller Pflege- und Betreuungskräfte schon seit längerem im Gange.

Wir freuen uns, heute zu allen diesen Themen wichtige Rednerinnen und Redner dabei zu haben, die uns dazu Impulse und Orientierungen geben. Pflege ist ein allgegenwärtiges Thema in der Öffentlichkeit geworden. Wir sind zuversichtlich, dass es uns hier in Baden-Württemberg gelingt, die Herausforderungen der Pflege zu meistern. Dazu müssen wir gemeinsam im Gespräch bleiben und bei allen unterschiedlichen Interessenlagen nach Lösungen suchen. Mit der Enquete-Kommission wurden wichtige Beteiligungsmöglichkeiten eröffnet. Sie werden wichtige Weichen im Land stellen. Ich wünsche unserer Veranstaltung einen guten Verlauf.

Eva-Maria Armbruster
Vorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege

Sehr geehrte Damen und Herren,
aus den Statistiken der sich entwickelten Altersstruktur in Deutschland leitet sich ab, dass die Gesellschaft in den kommenden Jahren mit einem hohen Zuwachs an Pflegebedürftigen zu rechnen hat. Dem Pflegeberuf kommt dabei eine ganz entscheidende Rolle zu. Es kommt jedoch nicht darauf an, lediglich die Zahl der Beschäftigten an den Bedarf anzupassen, es kommt auch darauf an, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und den Beschäftigten die Anerkennung zukommen zu lassen, die sie verdienen. Die Baden-Württemberg Stiftung zählt zu den großen kooperativen Stiftungen in Deutschland, die ausschließlich für Baden-Württemberg arbeiten, und damit nicht nur für die jungen, sondern genauso für die älteren Bürgerinnen und Bürger. Gesellschaften befinden sich in permanentem Wandel und stehen vor der Aufgabe, diesen erfolgreich zu bewältigen. Mit unseren zahlreichen Programmen greifen wir aktuelle Entwicklungen auf und stellen uns auf vielfältige Weise gesellschaftlichen Herausforderungen. Welche das sind, können Sie jeden Tag in den Medien sehen, zurzeit dominiert eine Herausforderung, das ist keine Frage. Gestern wieder Dresden – Stuttgart steht nicht so im Mittelpunkt, aber die demografische Entwicklung muss trotz großer anderer Herausforderungen und Aufgaben besonders im Blickfeld stehen. Die Aufgabe der Gesellschaft und ihrer zahlreichen Akteure ist es nun, die richtigen Schlüsse zu ziehen und richtige Strategien zu entwickeln, um so richtig und kompetent reagieren zu können. Die Baden-Württemberg Stiftung tut dies mit zielgruppen- und themenorientierten Programmen. Im Hinblick auf eine älter werdende Gesellschaft liegt unser Fokus dabei auf den Bedürfnissen aber auch auf den Potenzialen älterer Menschen. Diese Ansätze kommen in unserem aktuellen Aktionsprogramm „Senioren" zum Ausdruck, das der Aufsichtsrat der Stiftung im Dezember 2013 beschlossen hat. Ein Baustein dieses Programms ist das Forschungsprojekt „Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen – sicher, flächendeckend und kompetent". Das haben Professorin Karin Reiber von der Hochschule Esslingen und Professor Maik Winter von der Hochschule Ravensburg-Weingarten in unserem Auftrag durchgeführt. Dieses Forschungsprojekt wird Ihnen im Laufe des Tages noch ausführlich dargestellt.

Die Baden-Württemberg Stiftung dankt der Liga der freien Wohlfahrtspflege für die thematische Ausrichtung des vierten Expertenkongresses. Wir sind der Überzeugung, dass davon wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege in unserem Land ausgehen werden. Vor diesem Hintergrund und der jahrelangen guten Zusammenarbeit der Liga haben wir uns gerne dazu entschlossen, den diesjährigen Kongress als Kooperationspartner zu begleiten. Ich wünsche uns allen eine abwechslungsreiche und informative Veranstaltung unter dem Titel „Qualität, Quantität, Quote", da wird sich der SWR-Moderator freuen, denn es könnte ja genauso gut auf unsere öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalt passen. Ich wünsche uns allen eine informative Veranstaltung und danke für die Aufmerksamkeit.

Christoph Dahl
Geschäftsführer der Baden-Württemberg Stiftung

Sehr geehrte Damen und Herren,
alt werden will jeder – alt sein will niemand. Das Schöne dabei ist, wir werden nicht nur immer älter, sondern wir bleiben auch länger jung dabei. Und dennoch, die demografischen Änderungen mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen stellen uns insgesamt vor große Herausforderungen und damit sind wir auch gezwungen mit einer neuen Pflegeinfrastruktur zu reagieren. Wir werden in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen haben, sondern vor allem auch viel mehr demente Menschen als bisher. Demenz als die Schlüsselerkrankung für Hochaltrigkeit wird unsere Gesellschaft in Zukunft sozial und sicher auch emotional erheblich in Anspruch nehmen. Die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten und in der stationären Pflege ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Der Trend wird sich weiter fortsetzen. Das bedeutet jedoch noch nicht, dass eine steigende Zahl in den vergangenen Jahren schon ausreichend ist für die Herausforderungen der Gegenwart, vor allem aber auch für die Herausforderungen der Zukunft. Es ist unser gemeinsames Anliegen, dass qualitativ hochwertige Pflege auch in Zukunft keinen Luxus darstellt. Politik, Gesellschaft, Wirtschaft, Träger und Beschäftigte sind hier gleichermaßen in der Verantwortung und müssen jetzt die Weichen stellen, dass eine gute und sichere Pflege auch in der Zukunft gewährleistet werden kann. Was wichtig ist, dass wir die pflegebedürftigen Menschen und auch ihre Angehörigen in den Mittelpunkt rücken und daraus alle anderen Maßnahmen entwickeln. Das ist sicherlich ein Punkt, den wir uns in der täglichen Arbeit immer wieder selbst vor Augen halten müssen, die Politik, die Wirtschaft, natürlich auch die Träger und die Beschäftigten. Im Mittelpunkt unseres Handelns soll der pflegebedürftige Mensch stehen und nicht in erster Linie andere Interessen. Und damit komme ich automatisch auch zu den Leitgedanken der Pflegepolitik. Pflegepolitik ist in erster Linie eine Frage der Würde, eine Frage der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmtheit, der Privatheit und nicht zuletzt auch eine Frage der Lebensqualität. Das soll für uns der Maßstab bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg sein.

Auf Landesebene haben diese Leitgedanken auch ihren Platz gefunden in der aktuellen Gesetzgebung. Wir haben mit dem Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege, kurz WTPG, die Voraussetzungen geschaffen für eine gute Infrastruktur und auch die Möglichkeit, die Infrastruktur den Herausforderungen anzupassen, immer mit dem Leitgedanken, dass im Mittelpunkt die Würde des Einzelnen steht. Denn so vielfältig wie Lebensstile und Bedürfnisse sind, so vielfältig soll sich auch unsere Versorgungslandschaft für Menschen im Alter und mit Pflegebedarf gestalten. Die Menschen möchten heute mehr Vielfalt für ein selbstbestimmtes Leben und für gleichberechtigte Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder chronischer psychischer Erkrankung. Allen im Gesetz erwähnten Wohnformen ist gemeinsam, dass sie ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung, Lebensqualität aber auch das Recht auf Privatsphäre gewährleisten sollen. Und deshalb soll auch nicht an der Einbettregelung gerüttelt werden. Dass natürlich in der Umsetzung manche Herausforderung noch zu bewältigen und noch zu regeln ist, das steht außer

Frage, aber mit der gemeinsamen Erarbeitung der Ermessenslenkenden Richtlinien und auch mit den individuellen Möglichkeiten, die darin gegeben sind, kann dies dann bewältigt werden. Was wir im Moment erleben, ist ein unglaublich hohes Interesse, insbesondere von kleinen Kommunen im Land, die sagen, das Angebot der Wohngemeinschaften ist für unsere kleine Gemeinde das Richtige, damit unsere alternden Menschen in unserer Gemeinde bleiben können und dort die entsprechende Versorgung erfahren. Das zeigt, dass die geschaffenen Möglichkeiten gerne angenommen werden und wir fördern diese starke Dynamik noch einmal mit dem Innovationsprogramm Pflege 2015 und 2016.

Eine gute bauliche Infrastruktur ist wichtig, eine fachliche Pflege ist aber noch wichtiger und mit unserer Personalverordnung regeln wir daher die personellen Anforderungen an stationäre Einrichtungen so, dass eine gute Betreuung und Pflege der Menschen verbunden mit einem hohen Maß an Lebensqualität, Selbstbestimmung und auch Teilhabe gewährleistet ist. Es galt einerseits die geänderten gesellschaftlichen Vorstellungen von einem Leben im Alter zu berücksichtigten, andererseits aber auch, dass der Anteil an hochaltrigen, multimorbiden und schwer dementen Pflegebedürftigen stark angestiegen ist. Eine hohe Qualität in der Betreuung und in der Versorgung der Bewohnerschaft ist ohne ausreichendes Fachpersonal nicht möglich. Deshalb war es uns wichtig, Zeit für regelmäßige Fortbildungen während der Arbeitszeit zu gewähren und die Gelegenheit zur Weiterbildung für alle Beschäftigten zu sichern. Wir werden sicher jetzt nach dem Ende der Anhörungsphase einige Dinge diskutieren. Wir haben uns mit der neuen Heimpersonalverordnung auch auf die Träger zu bewegt, indem wir flexiblere Möglichkeiten schaffen als das bislang der Fall war. Wenn wir dann gleichzeitig eine gute fachliche Personalausstattung haben, dann kommen wir dem Ziel der Würde der Versorgung auch in der Pflege wieder ein Stück näher.

Hilfe bei den vielen Fragen, die sich den Betroffenen bei der Pflege eines Angehörigen aufdrängen, bieten unsere 48 Pflegestützpunkte im Land. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort beraten alle Hilfe- und Ratsuchenden umfassend und kompetent und wettbewerbsneutral auf allen Rechtsgebieten. Wir brauchen ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten, damit es den Menschen im Land auch möglich ist, Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Die Einrichtung und die Finanzierung der Pflegestützpunkte allerdings ist die Aufgabe der Kassen und der kommunalen Träger. Derzeit diskutieren die Kassen mit den kommunalen Verantwortlichen intensiv die Frage des Ausbaus der Pflegestützpunkte.

Große Hoffnungen setze ich in dem Zusammenhang auch auf den Beschluss der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegeberatung in 60 Stadt- und Landkreisen, um neue Beratungsstrukturen zu erproben. Inhaltlich bietet sich neben der Pflege auch an, Themen wie Prävention, familienunterstützende Hilfen, Maßnahmen zum Wohnumfeld in die Beratung mit einzubeziehen. Ein

entsprechender Antrag von uns hat im Bundesrat hierzu eine Mehrheit gefunden, allerdings hat die Bundesregierung das Vorhaben jetzt in ein Verfahren zu einem weiteren Pflegegesetz verschoben, gleiches gilt für das Initiativrecht der Kommunen bei der Einführung der Pflegestützpunkte. Es ist wichtig, dass wir neben den leistungsrechtlichen Fragen, auch die Fragen Versorgung und Flächendeckung miteinander diskutieren. Nach Jahren der Diskussion gibt es jetzt einen ausformulierten Arbeitsentwurf zur generalisitischen Pflegeausbildung, noch im Herbst soll das formelle Gesetzesvorhaben beginnen. Wir haben insgesamt gute Erfahrungen mit der Altenpflegeausbildung gemacht und auch damit die Professionalisierung in der Versorgung steigern können. Eine Zusammenführung der drei Pflegeberufe zu einem generalisitischen Beruf ist richtig. Zum einen werden in der Akut- und Langzeitpflege in immer stärkerem Maße Kompetenzen aus dem Kernbereich des jeweils anderen Pflegeberufs benötigt, zum anderen wird die Vielfalt der Einsatzbereiche stärker sichtbar und in der persönlichen beruflichen Laufbahn leichter umsetzbar. Nicht zuletzt hat ein gemeinsamer Berufsstand mehr Power, er wird anders wahrgenommen. Eine gemeinsame Pflegeausbildung kann dazu einen ganz wichtigen Teil beitragen, denn dass eine Stärkung des Berufsstands angesichts der Herausforderungen notwendiger denn je ist, das wird hier, glaube ich, niemand bezweifeln. Deshalb lassen Sie uns die Chancen, die die Veränderungen bieten, wahrnehmen und den anstehenden Prozess konstruktiv miteinander gestalten.

Alle von mir jetzt genannten Regelungen und Maßnahmen bringen uns ein Stück weiter auf dem Weg zur Gestaltung einer sicheren und auch einer zukunftsfesten Pflege. Es sind Schritte in die richtige Richtung, weitere Schritte werden folgen müssen und der heutige Expertenkongress liefert hierfür wichtige Impulse. Die Enquete Kommission Pflege wird ihren Teil dazu beitragen. Für diesen Tag wünsche ich Ihnen allen neue Ideen aber auch einen interessanten und produktiven Austausch. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

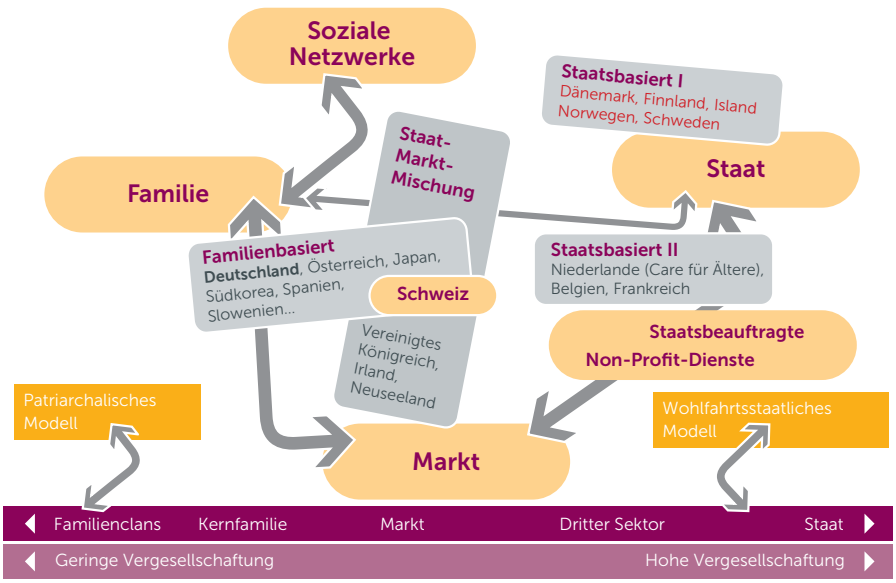
Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Servicebasiertes Pflegesystem in kommunaler Verantwortung versus familienbasiertes Pflegesystem mit öffentlicher Teilfinanzierung. Deutschland/Skandinavien im Vergleich

Frau Dr. Cornelia Heintze

Dieser Vortrag soll Sie auf eine Reise in die fünf nordisch-skandinavischen Länder mitnehmen mit Deutschland im Rückspiegel. Zu Beginn meiner politischen Sozialisation nahm ich an, das Entscheidende seien die politischen Ziele und die Verankerung in Gesetzen. Heute wird deutlich, dass Leitlinien, Prinzipien und Gesetze sehr wichtig sind, aber das Entscheidende beginnt bei der Umsetzung. Ist die Politik bereit die Spielregeln, die Strukturen, die Ressourcenausstattung und ihre Finanzierung so zu gestalten, dass die Ziele in der Breite wirklich unterstützt und erreicht werden können? Wir haben in Deutschland eine große Kluft zwischen Anspruch und Realität, wohingegen diese Kluft in den skandinavischen Ländern viel geringer ist. Bei den formulierten Outcome Zielen gibt es keinen Unterschied zwischen Deutschland und den nordischen Ländern, jedoch bei dem was am Ende herauskommt. Im ersten Teil dieses Vortrags geht es um konträre Entwicklungspfade zwischen Familie, Markt, drittem Sektor und Staat. Hierbei werden die wesentlichen Unterschiede in den Systemwelten angesprochen und empirisch untermauert. Im zweiten Teil „Was leisten die Systeme?" werden die vier Perspektiven persönliche Bedarfslagen und Zugangsschwellen,

Abbildung 1 | Systemwelten und ihre Grundideen

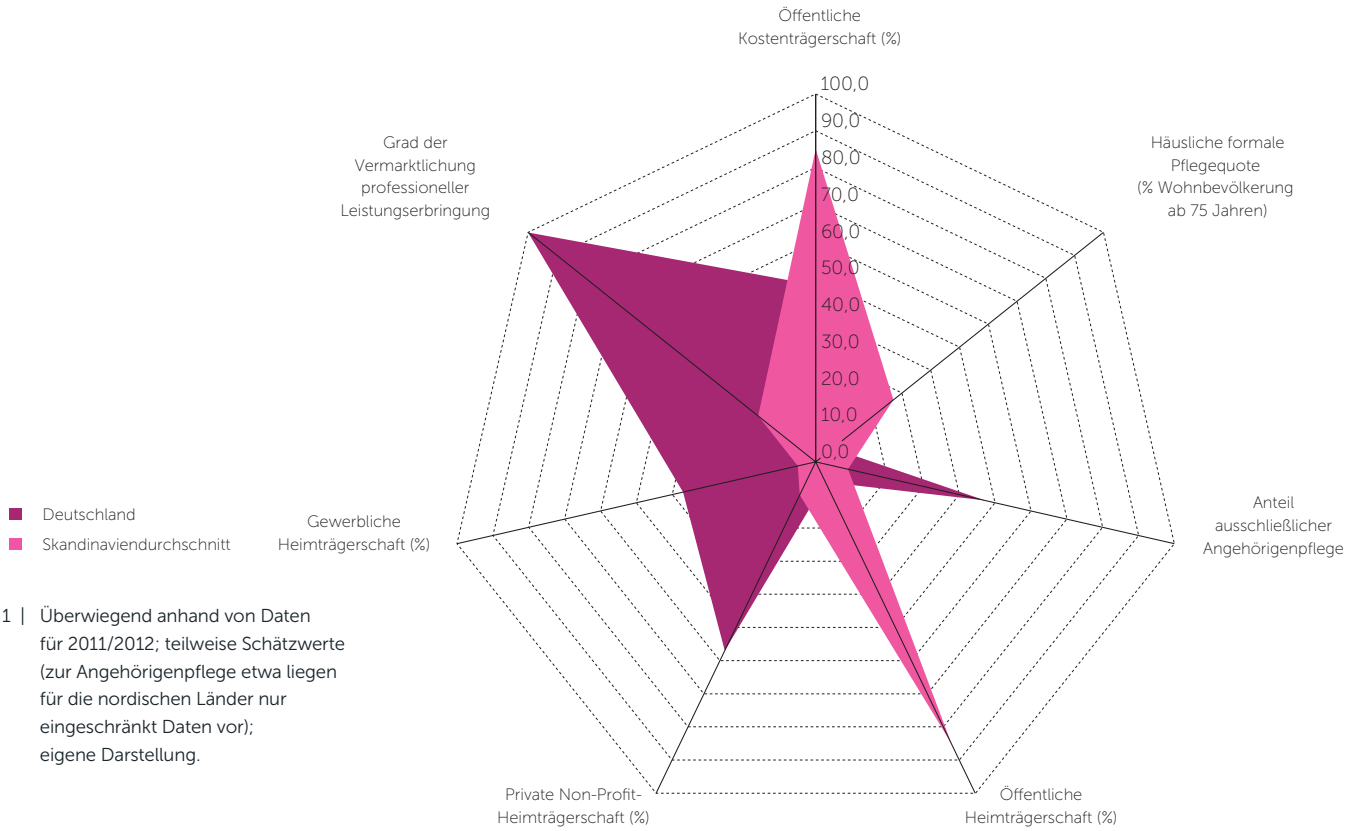


Prävention und Gesunderhaltung, Personalausstattung sowie gesellschaftliche Wertigkeit präsentiert. Schließlich folgen anstatt eines Schlusswortes am Ende die Statements zweier Frauen, die sehr Konträres ausführen.

Zunächst zu den Pflegearrangements in hochentwickelten Ländern. Nicht jedes Pflegearrangement kann für sich in Anspruch nehmen, ein System darzustellen. In Deutschland jedoch haben wir ein familienbasiertes System, welches hochgradig seitens des Gesetzgebers reguliert ist. In den nordischen Ländern hingegen haben wir ein staatsbasiertes System, wobei sowohl die Finanzierung als auch die Leistungserbringung und die Steuerung über die Kommunen öffentlich geregelt sind. Die Kommunen sind für die Ergebnisse – für das Outcome – verantwortlich. Wir können das Ganze auf einer Achse darstellen (siehe Abb. 1), die den Vergesellschaftungsgrad von Care zum Ausdruck bringt. In Deutschland haben wir einen mittleren Vergesellschaftungsgrad, wo auf Familie primär Ehrenamt und Markt folgen, wohingegen in den staatsbasierten nordischen Ländern der Vergesellschaftungsgrad sehr hoch ist. Eine zweite Gruppe kann hinsichtlich der Finanzierung und Steuerung als staats- und servicebasiert angesehen werden.

Es ist hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, dass hinter diesen unterschiedlichen Systemausprägungen unterschiedliche Grundideen und Grundmodelle stehen. In den nordischen Ländern steht das Modell des universalistischen Wohlfahrtsstaates. Dazu gehört zentral, dass es in allen fünf nordisch-skandinavischen Ländern ein Gesetz über soziale Dienste gibt, welches Care von der Wiege bis zur Bahre regelt. Jede Einwohnerin und jeder Einwohner hat das Recht darauf, in der

Abbildung 2 | Deutschland und der skandinavische Durchschnitt
Schematischer[1] Systemvergleich



1 | Überwiegend anhand von Daten für 2011/2012; teilweise Schätzwerte (zur Angehörigenpflege etwa liegen für die nordischen Länder nur eingeschränkt Daten vor); eigene Darstellung.

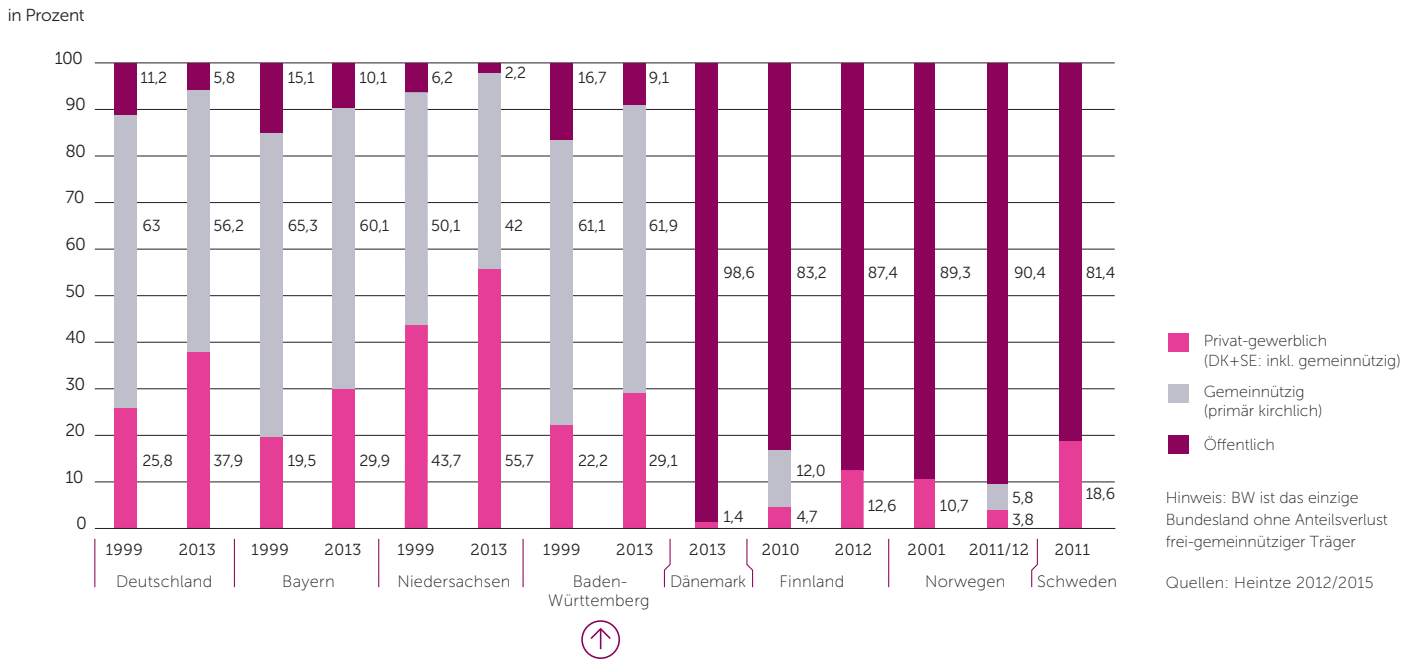
Kommune in der sie oder er lebt, Unterstützungsleistungen zu empfangen, die sie oder er benötigt um gesund zu bleiben, um sich gut entwickeln zu können und um eine gewisse Selbstständigkeit wahren zu können. Entscheidend dabei ist aber nicht, ob es eine Familie oder soziale Netzwerke gibt, die das auch leisten könnten. Logischerweise gibt es im Norden auch keinen Elternunterhalt, das heißt erwachsene Kinder sind nicht unterhaltspflichtig gegenüber ihren Eltern, sondern es gibt eine direkte Beziehung zwischen Individuum und Staat. Dabei ist es völlig irrelevant, ob jemand reiche Eltern hat oder ob die Kinder reich sind. In Deutschland hingegen haben wir ein kohärentes System und die Kinderbetreuung ist ganz anders geregelt als die Altenbetreuung. Bei der Kinderbetreuung haben wir die Kommunen stark im Boot, bei der Langzeitpflege liegt jedoch ein entstaatlichtes Selbstverwaltungssystem vor. Die Politik gibt die Ziele sowie die Höhe der Mittel vor, die über die Pflegeversicherung ausgegeben werden können. Die Selbstverwaltungsakteure, die untereinander in einem Preiswettbewerb stehen, sind dann dafür verantwortlich, unter gewissen Restriktionen die Ziele zu erreichen, die die Politik vorgibt. Der Staat ist in diesem Modell subsidiär, was in den nordischen Ländern ganz anders ist. Subsidiarität wird im letzteren Fall ganz anders definiert, in der Grundidee gilt hier die Familie als ideale Institution. Im Fall der Kinderbetreuung haben wir uns etwas in Richtung der Idee einer Verantwortungspartnerschaft bewegt, was jedoch

in der Langzeitpflege noch fehlt. Die Langzeitpflege sollte sich daher ein Beispiel an der Kinderbetreuung nehmen, um zu besseren Ergebnissen zu kommen. Die empirische Datenbasis zu den Systemprofilen bestätigt noch einmal meine Ausführungen. Rot gekennzeichnet sehen Sie hier die nordischen Länder, wobei hier sehr stark die öffentliche Kostenträgerschaft ausgeprägt ist.

In Deutschland liegt der Anteil lediglich bei 50 Prozent. Die häusliche Pflege wird formal erbracht und die ausschließliche Angehörigenpflege hat ein ganz anderes Gewicht. Ausschließliche Angehörigenpflege gibt es auch über Kontrakte, die mit der Kommune geschlossen werden, was nahe an die professionelle Pflege herangeführt ist, jedoch auf geringerem Niveau. Es muss aber auch angemerkt werden, dass die Datenlage hier etwas prekär ist. Die Vermarktlichung über Versorgungsverträge liegt in Deutschland bei 100 Prozent in einem politisch inszenierten Quasi-Markt, wohingegen das Niveau in den nordischen Ländern weitaus geringer ist. Im letzteren Fall herrscht zwar auch ein Mischsystem, welches aber einer anderen Entwicklungslogik folgt.

Jedes Pflegesystem befindet sich in einem Prozess permanenter Veränderung, das gilt auch für die nordischen Länder. Schaut man jedoch in der Geschichte zurück, gab es zentrale neue Weichenstellungen in den 60er-Jahren. Basierend auf der Kampagne „Rote Socken" von Frauen, die damals um das Thema Care und ökonomische Unabhängigkeit gestritten haben, gab es in allen Ländern einen Prozess unter der Überschrift „reproduction goes public", ein Prozess der Defamiliarisierung von Care-Arbeit. Care-Arbeit, Betreuung, Fürsorge sowie Pflege wurden zu einem wesentlichen Teil aus den Familien, in denen diese Leistungen überwiegend von Frauen erbracht wurden, in das Erwerbssystem in den öffentlichen Sektor überführt, genauer gesagt in die Kommunen, welche nun Dienstleister wurden. Ein zentrales Ziel, das damit verknüpft war, war zum einen die Geschlechtergleichstellung in der Arbeitswelt, zu nennen ist hier das Stichwort „frauenfreundlicher Wohlfahrtsstaat". Dies war lange Zeit ein Alleinstellungsmerkmal der skandinavischen Länder. Damit verbunden ist auch die Schaffung von Care-Arbeitsplätzen auf unterschiedlichem Qualifikationsniveau. Frauen sollten ökonomisch unabhängig von ihren Familien und Ehemännern werden, wonach damit auch die Abschaffung von Regelungen wie beispielsweise das Ehegattensplitting verbunden ist. Zum anderen war ein zentrales Ziel die Professionalisierung von Tätigkeiten der Erziehung, sozialen Betreuung, Pflege und des Umsorgens. Schließlich kam es zu einer Semi-Akademisierung der Fachberufe, jedoch nicht der Assistenzberufe. Dies beflügelte innovative neue Konzepte. Auf Basis der Emanzipation der Pflege von der Medizin gelingt dann auch eine Kooperation, da sich damit Berufe auf gleicher Augenhöhe begegnen. Denn wenn die Pflege in der Rolle der Magd der Medizin bleibt, wird in der Praxis eine Kooperation nicht ankommen. Die neue Entwicklung ab Anfang der 90er-Jahre beruht auf dem neoliberalen Zeitgeist. Ausgehend von Schweden wurde das kommunale Versorgungsmonopol aufgebrochen und ein Prozess der Vermarktlichung und Privatisierung von Leistungen kam in Gang, zunächst in Schweden, das dort das höchste Niveau hat, dann in Finnland und seit 2002/2003 für den häuslichen Bereich primär in Dänemark, in Norwegen hingegen hat sich das Niveau seit den letzten zehn Jahren kaum verändert. Im Vergleich zu Deutschland ist das Niveau der Kommerzialisierung noch sehr gering, aus der skandinavischen Perspektive gibt es eine dramatische Privatisierung (siehe Abb. 3).

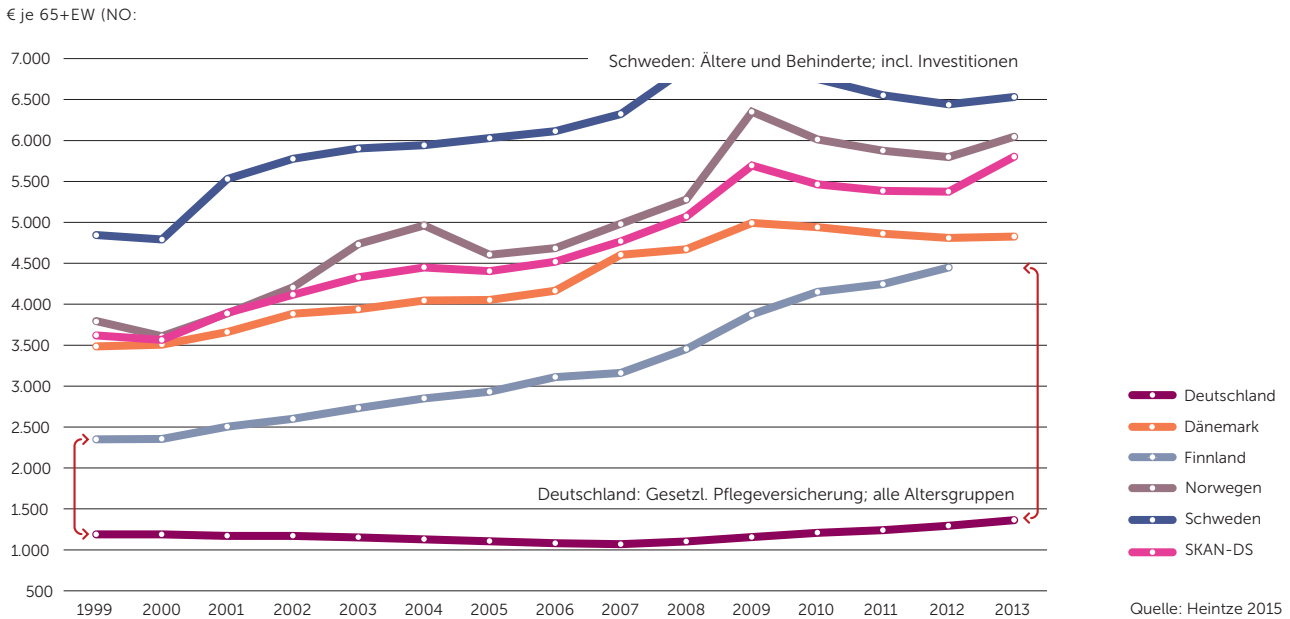
Abbildung 3 | For-Profit-Akteure als Gewinner der Marktöffnung



In Norwegen hingegen hat sich kaum etwas getan, in Dänemark befinden sich noch fast 99 Prozent der Plätze im kommunalen Sektor. Im ambulanten Bereich sind in Deutschland die Gewerblichen die Gewinner der Marktöffnung, die mit der Pflegeversicherung kam. So gibt es nur noch drei Bundesländer, in denen die Gewerblichen nicht die Marktführung übernommen haben, nämlich in Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Die Freigemeinnützigen haben jedoch im ambulanten Bereich auch Federn gelassen, so lag der Anteil in Baden-Württemberg im Jahr 1999 noch bei 84 Prozent und heute lediglich bei 66 Prozent. Die Entwicklung ist also überall ähnlich, hier ist zwar die Zunahme der Gewerblichen im Bereich der Heime noch nicht so stark ausgeprägt, jedoch ging in vier Bundesländern die Marktführerschaft an die Gewerblichen über. Baden-Württemberg ist das einzige Bundesland, in dem sich die Freigemeinnützigen auf einem hohen Niveau von 62 Prozent stabilisieren konnten, wobei die Gewerblichen auch hier zugenommen haben.

Kommen wir nun zum Punkt der Refinanzierung. Wenn die Qualität erhöht und der Pflegeberuf aufgewertet werden sollen, muss die finanzielle Ausstattung verbessert werden. Dem gegenüber steht jedoch ein institutionalisierter und permanenter Kostendruck. Im Vergleich zum Jahr 1999 hatten wir 2013 einen gestiegenen Anteil von Menschen im Alter von 65 Jahren, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, da vor allem auch immer mehr Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sukzessive in das System eingeführt werden. Real betrachtet sind die Ausgaben der Pflegeversicherung pro Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter gesunken, jedoch nominal um acht Prozent gestiegen, aber die Inflationsrate lag in diesem Zeitraum bei über 20 Prozent, sodass wir eine reale Senkung der Ausgaben haben. Alle Ziele in Bezug auf mehr Qualität werden unter diesen Refinanzierungsbedingungen zur Makulatur. Schauen wir uns dazu im Vergleich die nordischen Länder an, standardisiert auf das Pro-Kopf-BIP von Deutschland (siehe Abb. 4) :

Abbildung 4 | Laufende öffentliche Ausgaben pro 65+-Einwohner standardisiert auf das Pro-Kopf-BIP von Deutschland



Quelle: Heintze 2015

Nehmen wir mal Finnland, da hier keine Währungsunterschiede vorliegen, Ende der 90er-Jahre war der Unterschied zu Deutschland schon da und ist seither enorm gewachsen. Grund dafür ist, dass Finnland in der letzten Dekade das Ziel verfolgt hat, die Pflege an ihrem individuellen Bedarf zu orientieren und den Entwicklungsrückstand zu den anderen nordischen Ländern abzubauen. In der Konsequenz hat Finnland dann die Ausgaben mehr als verdoppelt, von einem BIP-Anteil von etwas über einem Prozent auf nun 2,4 Prozent und Sie sehen, die Konvergenzbewegung innerskandinavisch und Deutschland ist immer mehr zurückgefallen. Deutschland ist auch zurückgefallen gegenüber Japan und anderen familienbasierten Ländern, die auf dem Weg sind ihr System stärker an Qualität und an Serviceleistungen auszurichten.

Abbildung 5 | Was leisten die Systeme – Outcome unter vier Perspektiven

Persönliche Bedarfslagen und Zugangsschwellen

Prävention und Gesunderhaltung

Personalausstattung

Gesellschaftliche Wertigkeit (Löhne)

Vier Outcome-Perspektiven

1 Persönliche Bedarfslagen und Zugangsschwellen

Wir haben in Deutschland diesen wunderschönen Satz im Pflegeversicherungsrecht: „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten." Wir haben die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe in der Pflegecharta stehen. Das steht so auch in den Gesetzen der nordischen Länder, aber wenn wir uns die Frage stellen, ob das denn systematisch im Leistungsrecht berücksichtigt wird, so lautet die Antwort nein. Wer in Deutschland lediglich einen individuellen Bedarf von wenigen Stunden in der Woche hat, der ist auf die eigene Familie und soziale Netzwerke angewiesen. Die meisten derer, die in den skandinavischen Ländern Leistungen beziehen und die häusliche Pflege dominiert, beziehen Leistungen von zwei bis drei Stunden pro Woche. Ob jemand hauswirtschaftliche Unterstützung, Pflege oder soziale Betreuung braucht, wird individuell festgelegt. Das ist in Deutschland so nicht möglich, es sei denn über das Zeitbudget, welches 2013 eingeführt worden ist. Aus diesem Grund haben wir bei der stationären Versorgung nur einen geringen Unterschied bei den Anteilen der Älteren, die in Heimen oder betreuten Wohnanlagen versorgt werden. Bei den professionellen häuslichen Leistungen liegen die Anteile jedoch um ein Vielfaches höher. In Island beispielsweise stehen hier knapp 21 Prozent gegenüber 3,3 Prozent, da hat sich auch durch die Finanzkrise und den Beinahe-Staatsbankrott nichts geändert, das Niveau ist gehalten worden. Wenn wir die Älteren betrachten, kommen wir in Dänemark auf fast 27 Prozent, wobei dann noch die häuslichen Präventivbesuche dazukommen, die eine kommunale Pflichtaufgabe sind. Das heißt, alle Personen ab 75 Jahren sind erfasst.

2 Prävention und Gesunderhaltung

In Bezug auf Prävention und Rehabilitation gibt es ein Totalversagen von Deutschland, denn schon die Logik der Pflegeversicherung ist keine Logik, die den Gedanken der Gesunderhaltung stützt. Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen ist das Eintreten eines Schadens und Pflegebedürftigkeit ist definiert als Schaden. Also es beginnt schon damit! Zudem ist die Pflegeversicherung nicht der Träger von Rehabilitation und Prävention und die Kassen haben aus bestimmten Gründen kein Interesse daran. Wir haben also hier systematisch strukturelle Probleme. Und nun hört man immer dieses optimistische Szenario der Expansion gesunder Lebensjahre, die Menschen leben länger und das Mehr an Lebenserwartung basiert auf der Ausweitung gesunder Lebensjahre. Die Daten sagen jedoch etwas anderes. Hier sehen Sie jetzt nur die gesunden Lebensjahre der Frauen, die 65 Jahre alt geworden sind (siehe Abb. 8 Seite 22).

In Deutschland haben wir hier sieben Jahre, wir hatten aber auch schon einmal 7,7 Jahre, also das ist ziemlich stabil auf diesem Niveau. Der Anteil an der Gesamtlebenserwartung liegt in Deutschland bei etwa einem Drittel. In Norwegen und Island liegt er bei den Männern bei 80 Prozent und die bewegen sich auf einem ganz anderen Niveau. Das heißt, bei rund 19 Jahren, die noch erwartet werden, entfallen bei Frauen in Norwegen oder Island 15 Jahre auf gesunde Lebensjahre. Das heißt, dort gelingt die Expansion gesunder Lebensjahre. Das gelingt in Deutschland jedoch nicht und wir müssen uns fragen, was hat dies

Abbildung 6 | Systematische Berücksichtigung der Bedarfe älterer Menschen

Häusliche Pflege Persönliche Bedarfe	**Deutschland**	**Dänemark**	**Finnland***	**Island**	**Norwegen**	**Schweden**
2 – < 6 Std./Wo	Nein	Ja	Teilweise	Ja	Ja	Ja
6 - < 10,5 Std./Wo	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ab 10,5 Std.	Ja (Geldleistung, Sachleistung oder Kombination)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nur soziale Betreuung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nur Alltagsunterstützung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Freie Kombination	Beschränkt (Budget)	Ja	Beschränkt	Beschränkt	Ja	Ja
Heime						
Nachtruhe nach persönlicher Vorliebe	Eingeschränkt	Ja	?	?	Ja	Ja
Zulässigkeit freiheitsberaubender Maßnahmen	Ja, sofern gerichtlich genehmigt	Nein	?	Eher nein	Nein	Nein

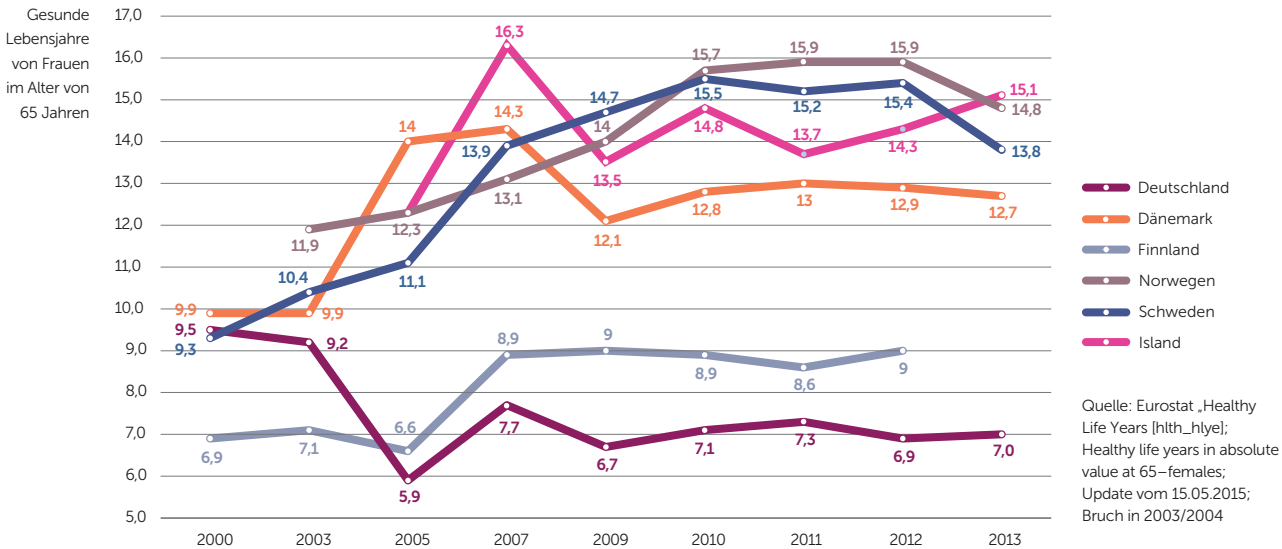
* | Das finnische System umfasst 5 Pflegestufen (1 Stufe: Assistenzbedarf 1-mal in der Woche; 5.Stufe: 24-Stunden-Betreuung) und ist auf die ab 75-Jährigen hin ausgelegt (Ende 2011 wurden 23,2% dieser Bevölkerungsgruppe formell versorgt, 11,9% mit häuslichen Diensten). Angaben sind daher mit Unsicherheiten behaftet .

Abbildung 7 | Anteil der älteren Bevölkerung, die formelle Leistungen bezieht (häuslich und institutionell): 2011/2013

	Deutschland	**Dänemark**	**Finnland**	**Island**	**Norwegen**	**Schweden**
	2013	2012	2011	2012	2012	2012
Bevölkerung im Alter von 65+ (NO 67+)						
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)	**3,3**	**13,7**	**11**	**20,5**	**17**	**9,2**
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	4,5	4,2	6	7,5 (2010)	6,8	4,9
Insgesamt	7,7	17,9	Rd. 17	(Rd. 28)	23,8	13,9
Bevölkerung im Alter von 75+ (NO 80+)						
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%) (NO 80+)	**5,9**	**26,9**	**Rd. 13**	**43,7**	**34,2**	**17,4**
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	8,2	9	Rd. 9	22,2	Rd. 9	9,8
Insgesamt	14,1	35,9	Rd.22	(65,9)	Rd. 34	27,3

Quellen: www.gbe-bund, Stat. BA (update 2015); SE: Pflegeregisterstatistik von 2014 – IS Stand 9/2013; DK und NO Stand 6/2014; eigene Berechnung – Hinweis: Für genaue Quellenangabe siehe die FES-Studie von Heintze, Update 2015

Abbildung 8 | Gesunde und multimorbide Lebensjahre



Quelle: Eurostat „Healthy Life Years [hlth_hlye]; Healthy life years in absolute value at 65–females; Update vom 15.05.2015; Bruch in 2003/2004

mit dem Erwerbssystem zu tun? Was hat das schlechte Abschneiden mit der Prävention insgesamt zu tun?

Man könnte nun erwarten, dass sich in einem familienbasierten System nur wenige dahingehend äußern, dass sie in ihren Alltagsaktivitäten mehr oder weniger stark eingeschränkt sind. Die Anteile derer, die sich entsprechend äußern, liegt in Deutschland doppelt so hoch wie in den skandinavischen Ländern. Und Deutschland befindet sich im Umfeld von Italien, Türkei, Ungarn, Portugal, Slowenien und Slowakei – alles Länder mit familienbasierten Pflegesystemen. Die Länder die Spitzenwerte erreichen sind Norwegen, Schweden, Dänemark und Island – Länder mit eher servicebasiertem und nicht familienbasiertem Pflegesystem, entsprechend hoch sind dann auch die Ausgaben (siehe Abb. 10). Die öffentlichen Ausgaben für Prävention pro Einwohner haben sich in Dänemark mehr als verdoppelt und liegen jetzt bei 124 Euro. Sie sehen in dieser Grafik, dass in Deutschland hingegen diese Ausgaben bei sieben Euro liegen, die die Krankenkassen für Prävention und Gesunderhaltung in der stationären Versorgung aufwenden. Das ist kein gradueller Unterschied, sondern das sind gewaltige Klüfte, die sich hier auftun.

3 Qualitätssicherung, Personalausstattung

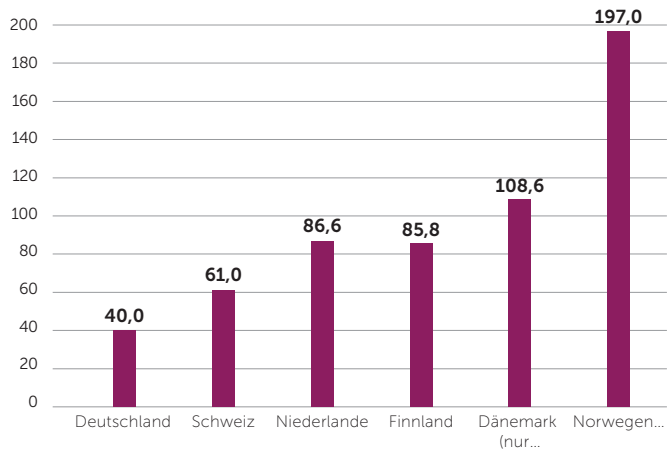
Heute wurde ebenfalls ihr neues Gesetz in Baden-Württemberg angesprochen, das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz. Hierin steht – wie in allen anderen Bundesländern –, dass Einrichtungen nur betrieben werden dürfen, wenn die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, gleichberechtigte Teilhabe sowie die Lebensqualität der Bewohner gewahrt und gefördert wird. Das ist alles wunderbar und würde jeder von uns sofort unterschreiben. Betrachten wir aber die

Abbildung 9 | Halb so hohe Anteile Älterer berichten in Skandinavien von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

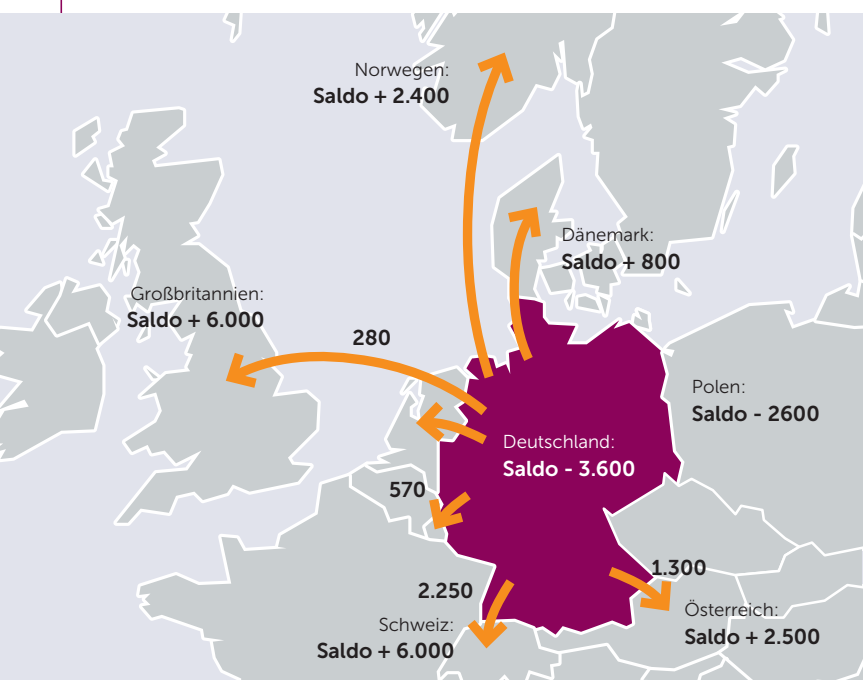
Abbildung 10 | Ausgaben für Prävention

Ausgaben für präventive Maßnahmen in der Langfristpflege nach jeweiligem System (DE: alle Altersgruppen; öffentl. Haushalte und Sozialversicherungen); DK: Ausgaben der Gemeinden für Ältere und Behinderte (ohne medizinische Prävention)	Deutschland					Dänemark			
	2007	2009	2011	2012	2013	2007	2009	2011	2012
Öffentliche Ausgaben insgesamt: **Mio. €**	509	543	484	525	572	312	509	704	694
Öffentliche Ausgaben je Einwohner: **€ je EW**	6,2	6,5	5,9	6,4	7,0	57	92	127	124

Abbildung 11 | Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1.000 Ältere im Jahr 2011



2002 – 2014: Netto-Nurses-Export aus Deutschland stieg auf 4.838 Fachkräfte; Nettoabfluss setzt sich fort. 2010 – 2014: 359 DE-Nurses sind nach Skandinavien abgewandert; ganze acht zugewandert
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm



Quelle: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm
Grafik: Weidner: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Hauptstadtkongress 2013, Berlin 7.6.2013

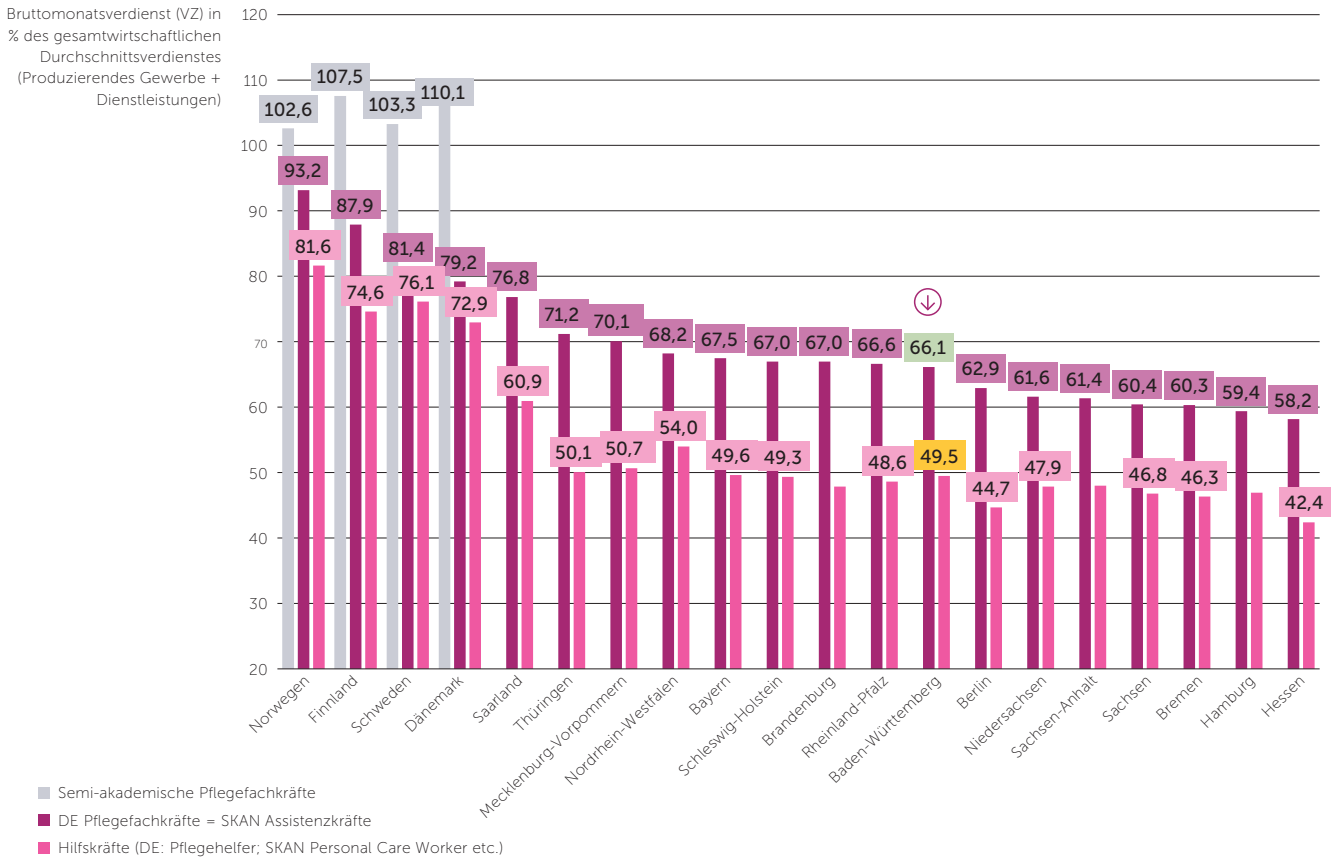
Personalausstattung in der institutionellen Pflege auf Vollzeitäquivalent, gibt es in den nordischen Ländern drei bis viermal so viel Personal wie in Deutschland. Das ist dann natürlich eine Basis die es ermöglicht, auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen und den fachlichen Kriterien guter Pflege zu entsprechen. Deutschland liegt hier auch unter der Schweiz, Niederlande und Finnland, die auf etwa einem Niveau liegen und Dänemark liegt bei etwa 108,6 Vollzeitäquivalente auf 1000 ältere Personen. Sie haben 10,8 Millionen Einwohner in Baden-Württemberg, doppelt so viele Einwohner wie in Dänemark. Die Quote der Älteren liegt in Dänemark etwas niedriger als in Baden-Württemberg, in Baden-Württemberg liegt sie bei 19,6 Prozent und in Dänemark gibt es über 100.000 Beschäftigte in der Langzeitpflege. Schauen Sie sich nun an, wie viele bei Ihnen in Baden-Württemberg in diesem Bereich beschäftigt sind (siehe Abb. 6 auf Seite 18).

Zudem haben wir nicht besetzte Stellen bei gleichzeitiger Abwanderung qualifizierter Kräfte. Ich habe mir die aktuellen Zahlen von 2010 bis 2014 angeschaut, wir haben weiterhin einen Nettoexport von Pflegefachkräften aus Deutschland weg.

4 Gesellschaftliche Wertigkeit

Kommen wir nun zu meinem letzten Punkt, der gesellschaftlichen Wertigkeit. In den nordischen Ländern kommen die Fachkräfte auf Einkommen deutlich über dem Median, deutlich über dem Durchschnitt. In Schweden erzielt die Geriatric-nurse das höchste Median-Einkommen, weil sie die breiteste Qualifikation hat, eine viel breitere als die medical-nurse. Das zum Thema der Generalisierung der Altenpflegefachausbildung. Wenn wir jetzt in Baden-Württemberg den

Abbildung 12 | Bruttoverdienste der Pflegebeschäftigten gemessen am gesamtwirtschaftlichen Landes-Durchschnitt (2012/13)



Erläuterung: Bei Dänemark incl. Nurses in der Akutpflege; bei Schweden nur kommunal beschäftigte Nurses; Finnland: Werte für 2012; Norwegen: Bezug zum Median-Einkommen. Quellen: Verdienststatistiken (Berufe, Sektoren, Wirtschaftszweige); eigene Auswertung

Durchschnittsverdienst im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich anschauen, erzielt davon eine Altenpflegefachkraft nur 66 Prozent und die Helferin bringt es noch nicht einmal auf 50 Prozent. Einige schneiden sogar noch schlechter ab und es gibt hier einen deutlichen Zusammenhang zu der Kommerzialisierung, am besten ist noch das Saarland. Aber auch das Saarland reicht nicht an die nordischen Länder heran, wo wir in der Spitze Norwegen mit dem am wenigsten kommerzialisierten System auf über 90 Prozent kommen und auch die Hilfskräfte es noch auf über 80 Prozent bringen, gegenüber nur 50 Prozent und weniger in Deutschland. Wenn wir da etwas ändern möchten, müssen wir zusätzliche Mittel mobilisieren als jetzt für die Pflegestärkungsgesetze I und II eingesetzt werden.

Zum Abschluss noch wie angekündigt die Statements zweier Frauen. Die eine ist unsere Bundeskanzlerin Frau Angela Merkel, die bei der Vorstellung der Pflegereformen dieser Legislaturperiode im Januar 2014 von den stillen Helden unserer Gesellschaft sprach. Können wir stolz sein? Sollen wir stolz sein auf diese stillen Helden und Heldinnen? Die DAK hat in ihrem Pflegereport die Belastung bei den pflegenden Angehörigen durchleuchtet und ich will sagen nein, das ist Teil des Problems. Mit Bertolt Brecht gesprochen „Nein, glücklich das Land, das keine Helden nötig hat". Nun sehen Sie hier das Statement einer österreichischen Pflegefachkraft nach vier Jahren Berufspraxis. Hintergrund ist, dass viele Pflegefachkräfte aus Deutschland nach Österreich gehen, da Österreich ein attraktiver Arbeitsort ist. Und sie sagt nun:

„Bin jetzt seit knapp vier Jahren in Dänemark und erlebe eine komplett andere Professionalisierung der Pflege. Berufspolitik – Ja natürlich! Mehr Kompetenzen (auch nicht-pflegerische Grundkompetenzen) und im Gegenzug mehr Lohn und aber auch Verantwortung (...) Auch in Dänemark ist der Pflegeberuf ein klassischer Frauenberuf, aber dennoch hatten es genau die Frauen geschafft sich von den Ärzten im speziellen und Männer im generellen zu distanzieren und haben für ihre Sache gekämpft. (...) es ist halt eine ganz normale Dienstleistung die man als Pflegekraft leistet und nicht etwa aus Nächstenliebe oder weil man das Herz am rechten Fleck hat (Zitat FPÖ-Politikerin im österreichischem Parlament) Der Pflegeberuf ist gesellschaftlich anerkannt (finanziell und die Unis werden auch von Studienbeginnern in der Pflege geradezu überrannt) und das Gehalt einer Pflegekraft liegt eindeutig über dem des dänischen Medianeinkommens, während man in Österreich weit unter dem Medianeinkommen sein Auslangen finden muss (wird wohl in Deutschland auch so sein?)"

Mit diesem Eintrag möchte ich meinen Vortrag schließen und ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Das Profil professioneller Pflege – Hilft die Unterscheidung Cure und Care?

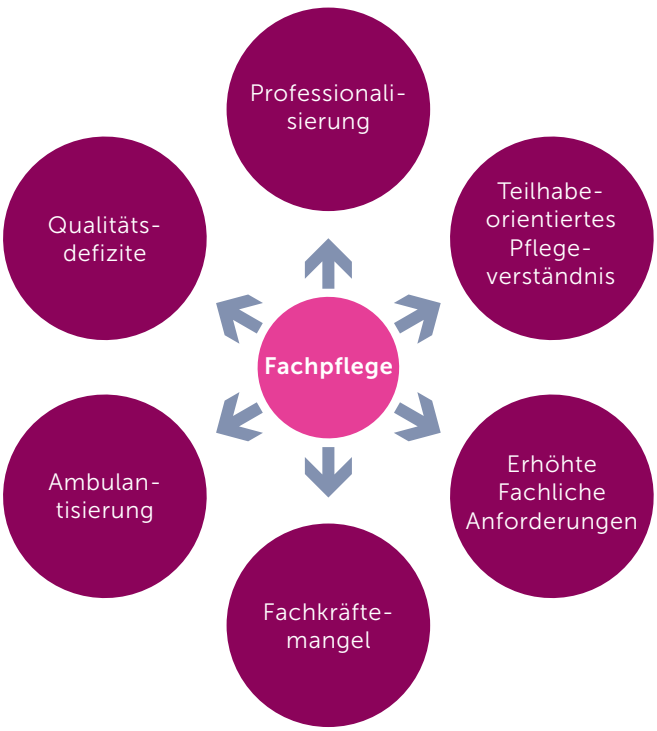
Herr Prof. Dr. Thomas Klie

Wir führen in Deutschland seit längerer Zeit die Diskussion um die Professionalisierung in der Pflege. Eine berufssoziologisch reflektierte Professionalisierungsdiskussion hatten wir in den 80-er Jahren. Gerade auch aus England kommend mit interessanten Impulsen, die vor allem aus dem ambulanten Sektor stammen und weniger aus dem stationären. Im stationären Bereich sind wir wieder zurückgefallen, im Übrigen auch durch die Pflegeversicherung und durch den Dauerdruck, der dort entsteht und auch durch eine fehlende Freiheit für die Professionellen, sich dort wirklich weiterzuentwickeln.

Auch die Träger kommen ihrer Verantwortung, Räume für die Professionalisierung zu schaffen, nicht hinreichend nach. Sie sind mehr an Pflegenoten interessiert als an der Professionalisierung. Wir haben ein teilhabeorientiertes Pflegeverständnis, das wir langsam entwickeln. Teilhabe ist das Ziel. Also das, was den Menschen individuell bedeutsam ist, ein gutes Leben unter Bedingungen von dem was wir – das ist ein juristisches Konstrukt – Pflegebedürftigkeit nennen. Teilhabeorientierung heißt, das was den Menschen elementar bedeutsam ist, unter Bedingungen seiner Vulnerabilität zur Geltung bringen zu lassen und das haben wir ja durchaus als Rechtsanspruch. Es ist ja nicht so, dass wir nicht Rechtsansprüche auf individuelle Hilfe hätten, und zwar auch leistungsrechtlich, aber versuchen Sie das mal im Sozialhilferecht durchzusetzen.

Wir haben immerhin gerade beim Landessozialgericht Baden-Württemberg die Situation, dass freiheits-

Abbildung 13 | Warum die Diskussion?



entziehende Maßnahmen erlaubt sind, wenn der Richter zustimmt. Der Richter hat dort nicht zugestimmt und hat gesagt, hier gibt es die Möglichkeit der zusätzlichen Leistung im stationären Sektor, um diese hochgradig belastenden freiheitsentziehenden Maßnahmen durch persönliche nächtliche Assistenz zu ersetzen. 3.000 Euro im Monat muss hier der Sozialhilfeträger zusätzlich zum Pflegesatz zahlen, um eine freiheitsentziehende Maßnahme, die als nicht hinnehmbar gilt, zu ermöglichen. Das ist der individuelle Rechtsanspruch. Aber wo wird der durchgesetzt? Wir haben diese Ansprüche, aber natürlich auf einem Niveau, das nur wenigen offen steht, weil hier haushaltsökonomische Kalküle auch noch ihre Wirksamkeit entfalten.

Wir haben auf der einen Seite den dominanten Wunsch der älteren Menschen in Deutschland, bis zum Lebensende zu Hause zu bleiben. Aber wenn wir uns die Wirklichkeit der Pflege zu Hause anschauen, ist sie ja nicht immer rosig.

Wir haben erhöhte fachliche Anforderungen. Aber die wenigsten Pflegekräfte können das, was an fachlichen Erkenntnissen umzusetzen ist. Gerade bei Demenz, aber auch bei anderen multimorbiden Konstellationen, haben wir vielfältige Interventionsoptionen, aber diese fachlichen Erkenntnisse werden leider nicht in der gleichen Weise umgesetzt, wie es im Gesetz eigentlich steht. Wir haben den Anspruch darauf, den aktuellen Stand des Wissens auch zu realisieren. Im Jahre 2030 fehlen uns bereits 500.000 Pflegebeschäftigte in der Langzeitpflege. Wenn wir dänische Zahlen nehmen und die osteuropäischen Pflegekräfte mit hinzuziehen würden, die es zu ersetzen gelte, dann sind das über eine Million. Bereits jetzt bereitet es uns Sorge, wenn wir daran denken, wie wir das machen wollen. Und die Bedingungen sind so, dass wenn man als Pflegekraft kapituliert, man nicht das realisieren kann, was einem wichtig ist, was die Motivation, die einen in diesen Beruf geführt hat, abbildet und zum Tragen bringt. Und dann hat man möglicherweise in anderen Ländern und anderen Kontexten ganz andere Bedingungen. Auch das ist ein wichtiger Hintergrund, warum wir eben diese Diskussion um die Fachpflege und um die Professionalisierung führen.

In Deutschland sind wir sehr stark auf dem Weg der Ambulantisierung, die Argumentation dafür und die dahinter liegenden Motive sind gemischt. Wir haben auf der einen Seite diesen dominanten Wunsch der älteren Menschen in Deutschland, bis zum Lebensende

zu Hause zu bleiben. Leben und sterben dort wo man hingehört. Aber wenn wir uns die Wirklichkeit der Pflege zu Hause anschauen, ist sie ja nicht immer rosig. Wir durften hier mit dem MDK Baden-Württemberg Zahlen errechnen, die deutlich machen, dass 20 Prozent der zu Hause versorgten Demenzkranken regelmäßig fixiert, sediert oder eingesperrt werden. Die osteuropäischen Pflegekräfte werden gar nicht kontrolliert, das ist eine Grauzone die hingenommen wird. DGB oder ver.di nennen hier 300.000 Personen, ich gehe eher von 450.000 bis 500.000 aus. Auch in Österreich haben wir zwar immer noch eine katholisch legalisierte Form der Beschäftigung, das funktioniert aber in Deutschland nicht aufgrund der Scheinselbstständigkeit, das ist dann so ähnlich wie Helpling. Da bei den großen Politikern aller Parteien in Österreich der Korporatismus in besonderer Weise herrscht, hat man sich in der großen Koalition darauf verständigt, eine katholische Lösung zu finden. Noch immer sind in österreichischen Haushalten so viele osteuropäische Pflegekräfte legal wie auch illegal tätig. Völlig ohne Meldung! In den skandinavischen Ländern gibt es das Phänomen der osteuropäischen Pflegekräfte nicht, wenn, dann lediglich als Randerscheinung, aber niemals in diesem Ausmaß.

In Deutschland sind wir sehr stark auf dem Weg der Ambulantisierung, die Argumentation dafür und die dahinter liegenden Motive sind gemischt.

Abbildung 14 | Pflegepolitisch Kontexte

Wir haben Qualitätsdefizite und damit sind nicht die schönen Noten gemeint, die gewissermaßen von keinem so richtig ernst genommen werden. Außer von manchen Pflegekräften, die sagen, gute Pflege ist, wenn ich eine gute Note kriege. Wir haben ein selbstironisches Verhältnis zu diesen Instrumenten und investieren unglaublich viel Zeit und Geld dort hinein, was eigentlich ein Ablenken von Professionalität ist. Und warum alle mitmachen – auch die Träger – dafür gibt es eigentlich keine andere Deutung, als dass man aus politischer Sicht an einer Professionalisierung nicht wirklich mitwirkt. Lassen sie mich kurz die pflegepolitischen Kontexte (siehe Abb. 14) für die Diskussion um Cure und Care benennen. Wir haben das Pflegeberufegesetz, das gerade diskutiert wird. Mit Vorbehaltsaufgaben für die Pflege – interessant erstmals. Wir haben die Diskussion um die Fachkraftquote auch hier in Baden-Württemberg. Wir haben die

Diskussion um die Strukturreformen, die Entbürokratisierung und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff fordert uns dort auch heraus und schließlich geht es auch um die Flexibilisierung im Leistungsrecht.

Da geht es nicht um Marktanteile, sondern um die Realisierung dessen, wofür diese Wohlfahrtsverbände stehen. Sonst braucht man sie nicht. Das zeigt sich auch in einem bestimmten anthropologischen Verständnis.

Ist nun diese Unterscheidung zwischen Cure und Care hilfreich? Auf jeden Fall einmal um Kontroversen auszulösen. Überall wird Care-Ethik aufgegriffen und das ist wichtig, auch um das Thema als eine kulturelle und politische Frage zu interpretieren. Und auch die Frage der Leiblichkeit, also der beseelte Körper als eine zentrale Dimension pflegerischer Interaktion, darf nicht aus dem Blick geraten. Viele Pflegewissenschaftler haben an dieser Differenzierung auch mitgewirkt, die aus meiner Sicht die notwendige Offenheit mitbringen, die die gesellschaftlichen Debatten über Sorge und Pflege mit ihrer Kompetenz auch bereichern.

Das sind eine Reihe von offenen Fragen, die uns beschäftigen und auf die wir Antworten suchen. Da sind die Verantwortungsrollen der Pflege, das, was die Pflegewissenschaftler und Politiker seit Jahren als Kernaufgabe der Pflege beschreiben, nämlich die Steuerung des Pflegeprozesses. Nun ist der Begriff „Steuerung" ein bisschen technisch, aber es geht um die Verantwortung dafür, dass Menschen in dem Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure und auch unter Einbringung ihres jeweiligen Beitrages Gesundheitseffekte erzielen, wenn sie das denn wollen, oder, um das jetzt einmal ein bisschen theologisch zu deuten, um ein Gesundheitsverständnis mit Karl Barth zu realisieren, das heißt „Gesundheit im Alter heißt die Kraft zum Menschsein in Krankheit". Das ist nicht falsch. Weil es nicht um Gesundung geht, sondern es geht darum, die Kraft zum Menschsein zu haben, unter objektiv schwierigen und subjektiv sehr belastenden Bedingungen. Das ist das, was wir zu realisieren haben. Auch und gerade dort, wo es um weltanschaulich getragene Trägerschaften geht.

Da geht es ja nicht um Marktanteile, sondern um die Realisierung dessen, wofür diese Wohlfahrtsverbände stehen. Sonst braucht man sie nicht. Das zeigt sich auch in einem bestimmten anthropologischen Verständnis, auch in einem Gesundheitsverständnis, das sich in dieser Weise niederschlagen kann. Also die Steuerung des Pflegeprozesses heißt, auf Care mit dem hinzuwirken, was Pflege fachlich auszeichnet und es gibt Verantwortungsrollen im Management des Pflegedienstes. Das sind unterschiedliche Anforderungsprofile, einmal muss man das Management sicherstellen und einmal muss man individuell Pflegeprozesse steuern. Das setzt auch andere Kompetenzen voraus, das ist ein anderes Anforderungsprofil. Wer etwas von Management versteht, weiß, dass das unterschiedliche Aufgaben sind. Dies zusammenzuführen ist Unsinn.

Abbildung 15 | Was ist professionelle Pflege?

CURE	CARE

• Alle medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen
• systemische Anamnese und Diagnose gesundheitsbezogener Problemlagen, Verständigung auf Behandlungsziele, Therapie und Pflege,
• Verantwortung für den therapeutischen und Pflegeprozess, inkl. Evaluation
• Zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation
	• Alle Formen der Sorge und Versorgung, die für die Gestaltung des Lebensalltages und für ein gutes Leben bei Pflegebedarf gefragt sind
	  • Alltagsgestaltung
	  • hauswirtschaftlichen Basisversorgung
	  • Teile der Grundpflege
	  • Sicherung sozialer Teilhabe und -gabe

Das zeigt nämlich genau, dass man eben nicht in der Funktion differenziert, was Pflege auszeichnen kann und muss. Da ist Kreativität und Offenheit gefragt. Da ist auch Improvisationsbereitschaft und -fähigkeit gefragt und nicht die Handläufe von irgendwelchen Standards alleine. Das ist nicht gut.

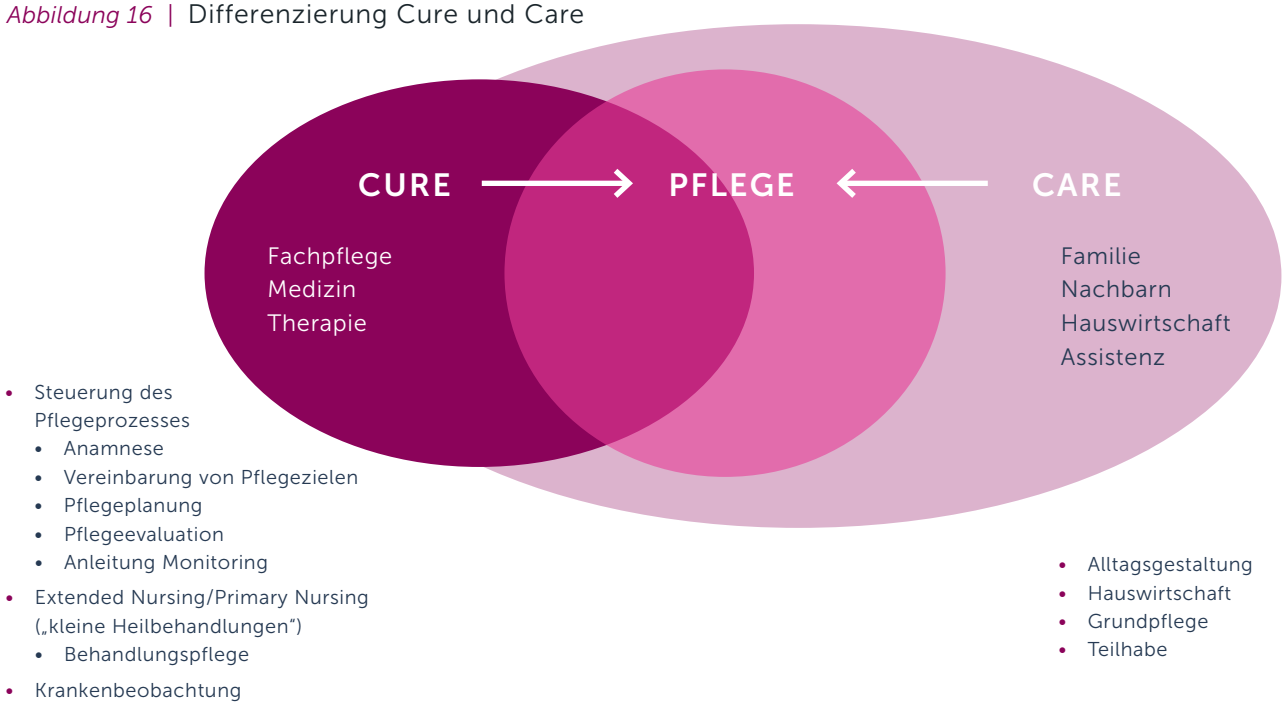
Sehr wichtig ist auch der hohe Anspruchsgehalt, was die Akademisierungsprofile von Pflege anbelangen. Das sind hoch anspruchsvolle Aufgaben, nicht nur im Vollzug der Pflege, sondern gerade im Management der Pflege. Und gerade dann wenn wir sagen wir wollen ambulantisieren, ist Beratung in Pflegeangelegenheiten Aufgabe von Pflegekräften und zwar mit und am Pflegebedürftigen. Wie können wir auf Pflege Angewiesene im Pflegeprozess beraten, ihre Lebensgestaltung mit zu qualifizieren? Die Pflegeberatung ist an sich nicht Pflegeberatung im Professionssinne, sondern Casemanagement. Im Übrigen sind die Pflegekräfte nicht die Geborenen, um das Casemanagement zu machen. Das ist im Wesentlichen auch professionsunabhängig. Hier in Baden-Württemberg macht die AOK das mit den Sozialarbeitern.

Die Beteiligung am therapeutischen Prozess ist bedeutsam. Dabei geht es um Beziehung zu und Interaktion mit auf Pflege angewiesenen Menschen. Das ist die Interaktionskunst, als Kern dessen was Pflege im professionellen Sinne ausmacht. Ausbildung und Mentoring spielen eine große Rolle im Kontext der Gewinnung von neuen Verantwortungsträgern in der Pflege.

Sehr wichtig ist auch der hohe Anspruchsgehalt, was die Akademisierungsprofile von Pflege anbelangen. Das sind hoch anspruchsvolle Aufgaben, nicht nur im Vollzug der Pflege, sondern gerade im Management der Pflege.

Was heißt Ganzheitlichkeit? Was heißt es, den ganzen Menschen zu sehen in seinen Bedürfnissen, aber auch in den eigenen professionellen Grenzen, wenn es darum geht, Bedingungen für ein gutes Leben zu führen? Anthropologisch haben wir darüber nachzudenken, was den ganzen Menschen ausmacht. Was macht gutes Leben aus? Ganzheitlichkeit entsteht, wenn man so will, in Koproduktion unterschiedlicher Akteure. Und wir haben offene Fragen bei Schnittstellen wie Behandlungs- und Grundpflege – was auch keine

Abbildung 16 | Differenzierung Cure und Care

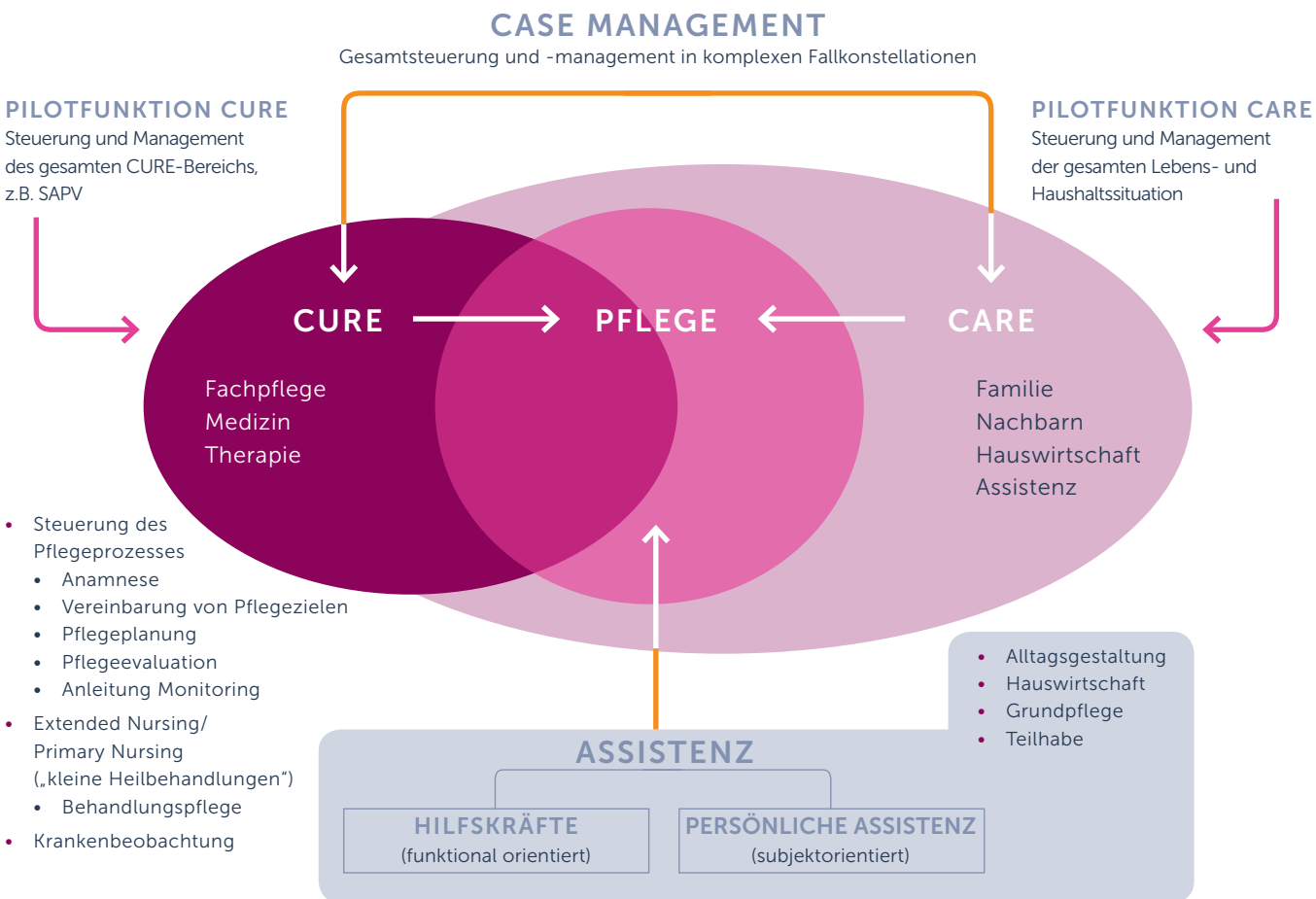


wissenschaftlich gut belegten Begriffe sind. Aber hier haben wir Abgrenzungen zu treffen. Pflege und Rehabilitation, also Reha vor Pflege, aber im Wesentlichen geht es um Reha durch Pflege und bei Pflege. Das so als Gegensatz aufzubauen, ist falsch. Damit verschließt man sich auch die professionellen Erkenntnisse und Handlungsoptionen. Pflege wirkt rehabilitierend. Das muss aber auch anerkannt werden.

Pflege und Teilhabe werden völlig verwischt. Es wird versucht, nicht mehr von Betreuung zu reden, der auch durch die rechtliche Betreuung kontaminiert ist. Aber auch sonst kann man darüber kritisch nachdenken. Faktisch geht es um Teilhabeleistungen. Man will sie nur nicht so nennen, weil man sie nicht richtig abgrenzen kann. Und dann begrenzt man letztlich den Anspruch auf Teilhabe auf das, was wir als Betreuung finanzieren. Und damit ist auch die Philosophie der Betreuung letztlich nicht aufgenommen worden, obwohl sie im Gesetz steht. Und das ist nicht gut. Da braucht es seitens der Politik die entsprechende kritische Valenz, dass hier das, was der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung dort entwickelt haben, auch kritisch begleitet wird.

Was ist das nun mit der professionellen Pflege? Wenn wir das unter Cure zusammenfassen, muss man sagen, dass Cure wesentlich mehr ist als nur die Pflege. Das sind alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, dazu gehören die systematische Anamnestik und Diagnostik gesundheitsbezogener Problemlagen, die Verständigung auf Behandlungsziele und die Ziele von Therapie und Pflege. Es geht um die Verantwortung für den therapeutischen und pflegerischen Prozess inklusive der Evaluation zur Prävention, Curation, Rehabilitation und Palliation. So verstehen wir das in etwa und viele folgen dem inzwischen. Als Care könnte man alle Formen der Sorge und Versorgung, die für die Gestaltung des Lebensalltages und für ein gutes Leben

Abbildung 17 | Aufgaben in der Langzeitpflege



bei Pflegebedarf gefragt sind, verstehen, die sich auf die Alltagsgestaltung, die hauswirtschaftliche Basisversorgung, Teile der Grundpflege sowie Sicherung sozialer Teilhabe und Gabe – mit Marianne Gronemeyer gesprochen – beziehen, weil jeder Mensch braucht zu seiner psychischen Gesundheit, dass er Beiträge leistet, dass er bedeutsam bleibt für andere. Nicht durch seine Pflegestufe, sondern durch das, was ihn als Mensch auszeichnet.

Ist die Differenzierung von Cure und Care hilfreich im Sinne der Unterstützung eines differenzierten Professionsverständnisses? Ich denke, dass die Differenzierung hinsichtlich Fachpflege und Sorgearbeit zur Präzisierung von Kompetenzprofilen wichtig ist, ebenso für die Aus- und Weiterbildung, für die Akademisierung sowie für den Personaleinsatz, der häufig völlig inkrementell erfolgt. Wenn Sie sich einmal anschauen, wer was macht, finden Sie keine vernünftige Differenzierung nach Kompetenzgraden. Wie die Personalentwicklung, wer hat wo welche Begabung. Wie können wir etwas dafür tun, dass Menschen ihren Beruf auch weiterhin als sinnvoll und wichtig erleben? Übrigens ist die Bezahlung nicht das zentrale Kriterium

Abbildung 18 | Neues Berufsgruppenkonzept

	CURE	CARE	
	Pflege/Gesundheit	Hauswirtschaft	Soziale Arbeit
Promotion			
Studium (BA/MA)	Pflegewissenschaft (Nursing) • Geriatrie • Medizin • Ergotherapie • Physiotherapie Sozialmanagement • Gerontologie • Soziale Arbeit • Ökotrophologie		
Weiterbildung (Funktions- und Aufgabenbezogen)	VERAH • Intensivpflege • Wohnraumanpassung • Wundmanagement • Manuelle Therapie • Case Management AGnES • Kinästhetik • Pflegedienstleitung • Gerontopsychologische Pflege/Betreuung • Palliative Care • AAL Fachhauswirtschaft		
Fachausbildung	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Medizinische Fachangestellte/r • Ergotherapie Physiotherapie	Altenpflege	Hauswirtschaftsfachkraft • Dorfhelfer/innen Heilerziehungspflege
Ausbildung	Pflegeassistenz • Kranken-/Altenpflegehelfer/innen • Hauswirtschaftliche Assistenz • Betreuungsassistenz Sozialassistenz		
Training/ Fortbildung (Schulung) für	Ersthelfer • Hospizmitarbeitende • Servicehelfer • Jugendgruppenleitung Assistenz für Schwerbehinderte		

Familie | Schule | Ehrenamt | Freiwilligen-dienst | Förder-maßnahmen (Arbeitsmarkt) | Projekte

Zugänge

Beispielhafte Aufzählungen und Nennungen

für den Verbleib in dem Beruf. Was uns nicht entbindet davon, uns grundlegend darüber Gedanken zu machen, wie wir faire Bezahlung hinbekommen. Aber auch für die Versorgungskonzepte und für die Aufsicht und Qualitätssicherung ist das wichtig. Ich war jetzt zwei Tage lang mit der Heimaufsicht in Rheinland-Pfalz unterwegs, um darüber nachzudenken, wie wir zu einem beratungsorientierten Ansatz kommen können. Wir verzichten auf die regelmäßigen Kontrollen. Wir wollen die Einrichtung dahin befähigen, ihrer Qualitätsverantwortung selbst nachzukommen.

Außerdem brauchen wir differenzierte Ausbildungs- und Weiterbildungskonzepte. Der zweite Aspekt von hilfreicher Differenzierung betrifft das Leistungsrecht. Wir haben keine oder eine unzureichende Abbildung professioneller Handlungsaufträge im Leistungsrecht. Die Steuerung des Pflegeprozesses wird nicht finanziert, die Beratung als solche auch nicht. Wir haben die Dominanz der Pflege in Feldern der Teilhabe und keine sinnvolle Abgrenzung zu Assistenz und Teilhabe, ob beruflich oder nicht, das ist eine andere Frage.

Wir haben eine überkommene Trennung der Finanzierung ambulanter und stationärer Versorgung. Die Fachpflege als Behandlungspflege und im Sinne der Steuerung des Pflegeprozesses, also ein Teil von Fachpflege, unabhängig vom Lebensort in das

Leistungsrecht gehört der GKV. Und wir brauchen die leistungsrechtliche Aufnahme der Aufgaben und Kompetenzprofile der Fachpflege ins Leistungsrecht, was wir derzeit nicht in hinreichender Weise haben. Drittens brauchen wir ein Berufsgruppenkonzept, das Interdisziplinarität in der Langzeitpflege reflektiert und nicht negiert. Wir müssen die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Ausbildungswegen und Niveaus erhöhen und Berufe für Menschen als Berufe definieren, die mehr als Pflegeberufe sind. Dazu gehören Sozialarbeit, Assistenzberufe sowie Hauswirtschaft. Nur so bekommen wir auch einen Personalmix hin, der ein gutes Leben verspricht.

Pflege und Sorge ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir müssen die unsichtbare Sorge aber thematisieren, die wird bei uns einfach vorausgesetzt. Klassische familiäre, vormoderne Subsidiarität. Wir brauchen gleichzeitig die Förderung der Koproduktion im Welfaremix. Wenn wir uns in Skandinavien anschauen, wie die alltägliche Pflegesituation ist, bin ich ja in Norwegen sehr beeindruckt davon, wie viel Zeit auch Männer und Frauen den Menschen mit Pflegebedarf widmen. Ohne dass sie sich unmittelbar an den Pflegeaufgaben beteiligen müssen. Das ist das Interessante, wenn Sie sich das im Zeitbudget anschauen, die durchschnittliche Beteiligung der skandinavischen Bevölkerung an der Lebensgestaltung auf Pflege angewiesener Menschen ist höher als im Schnitt bei uns. Und da würden wir sagen, das hat auch immer etwas mit dem Niveau sozialstaatlicher Sicherung zu tun. Wohlfahrtsstaatliche Regime aktivieren die Teilhabe und ersetzen sie nicht.

Das Leitbild der geteilten Verantwortung ist richtig. Gerade auch in den sorgeethischen Kontexten. Teilhabe wird von uns als Bürgerinnen und Bürgern gelebt, aber es geht darum, die Voraussetzungen als sozialstaatliche Vorleistung zu schaffen und darüber hinaus bedarf es eines viel breiteren und auch offensiveren gesellschaftspolitischen Diskurses. Ein Berufsgruppenkonzept haben wir für das BMG einmal entwickelt, welches sich zwischen Cure und Care bewegt. Das halten wir für sehr sinnvoll, um hier auch breiter, sowohl in der vertikalen als auch in der horizontalen, die Aufgabe von Care und Cure darzulegen und Menschen mit ihren unterschiedlichen Begabungen bei guter Bezahlung und höherer Attraktivität dieses Gesamtfeldes auch zu gewinnen. Die aktuelle Flüchtlingsthematik soll nicht dazu führen, dass wir noch mehr unsichtbare Pflegearbeiter haben. Die Schattenwirtschaft wird durch die Flüchtlinge steigen, das ist völlig sicher, aber das darf uns pflegepolitisch nicht entlasten.

Wir müssen auf eine effiziente Gestaltung der Pflegearrangements schauen und da haben wir ein modernes Subsidiaritätsverständnis. Subsidiarität im Sinne von Personalität und Solidarität.

Wir brauchen letztlich eine Gesamtkonzeption lokaler Pflege- und Sorgepolitiken.

Wir müssen auf eine effiziente Gestaltung der Pflegearrangements schauen und da haben wir ein modernes Subsidiaritätsverständnis. Subsidiarität im Sinne von Personalität und Solidarität. Im Sinne einer staatlich einzulösenden Vorleistungsverpflichtung, damit die Bedingungen guter Sorge gelingen können.

Cure und Care, dieser Anglizismus hat Irritationsqualität. Er gibt Anstoß für neues Nachdenken, denn wir wissen, so geht es nicht weiter. In jedem Fall ist Pflege und Sorge eine Herausforderung, die nur als Gemeinschaftsaufgabe und politisch verstanden und gestaltet werden kann.

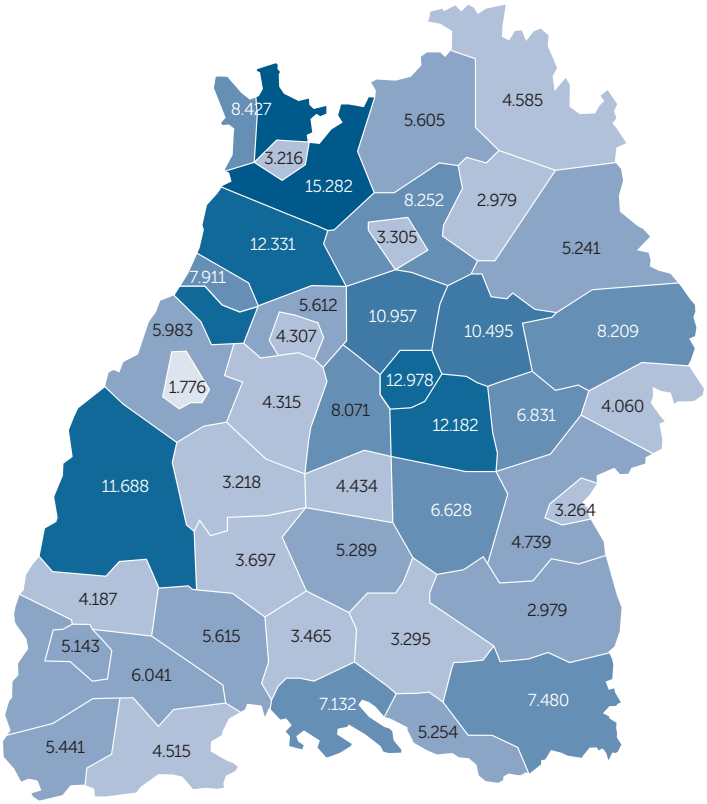
Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe in Baden-Württemberg: Fachkräftebedarf der Zukunft sichern und strategisch weiterentwickeln

Herr Prof. Dr. Michael Isfort

Wenn wir kommunal steuern wollen, wenn wir uns kommunal über Pflege orientieren wollen und wenn wir in Zukunft Pflege auch kommunal stärker verantworten wollen, dann brauchen wir dazu eine verlässliche Datenbasis. Wir brauchen andere Datenbestände, nicht nur auf der Ebene der Steuerungsinstrumente, sondern auf der Ebene dessen, was wir über Pflege oder aus den Einrichtungen wissen.

Mein Vortrag zeigt auf, wie man versuchen kann, nicht nur regional, sondern vielleicht auch landesweit etwas dezidiertere Informationen zusammenzustellen. Dabei wird auch gezeigt, was wir dazu in Nordrhein-Westfalen machen. Hintergrund ist, dass es natürlich Datenbestände gibt, die jedem einzelnen Menschen öffentlich zugänglich sind. Das sind die Krankenhausstatistik, Pflegestatistik, Berufsbildungsberichte sowie Bevölkerungsprognosen. Die Bundesagentur für Arbeit kann bemüht werden, sodass wir Arbeitslosenkennzahlen identifizieren können. Wir haben so etwas wie Bundesinstitute für Bau-, Stadt- und Raumforschung, wo wir uns auch Einpersonenhaushalte anschauen können, wie dort die Entwicklungen in den einzelnen Altersgruppen sind. All das sind Dinge,

Abbildung 19 | Regionale Verteilung der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg



die wir uns kommunal anschauen können. Das Problem ist, kaum einer hat die Zeit im Alltag diese Daten tatsächlich systematisch einmal zusammenzutragen und sie sozusagen auf dem Fokus von Pflege zu reflektieren. Es geht nicht immer darum, nur neue Daten zu produzieren, sondern es geht auch darum, bestehende Daten so aufzubereiten, dass sie für den Sektor Pflege tatsächlich nennenswerte Informationen beinhalten und auch tragend werden.

Wenn wir uns Metadaten oder generelle Daten anschauen, haben wir oftmals eine unzureichende Regionalisierungsebene der Daten. Wir haben regional so erheblichste Unterschiede in den demografischen Entwicklungen, in den Altersentwicklungen, in den Zu- oder Abnahmen – Abnahmen nicht von Pflegebedürftigkeit, aber massive Zunahme oder eher geringere Zunahme an Pflegebedürftigkeit. Wir müssen anfangen, wenn wir über Pflege auf der Ebene von Daten diskutieren, uns diese Daten viel regionaler anzuschauen.

In Nordrhein-Westfalen haben wir Regionalkonferenzen, in denen wir uns gezielt kreisbezogene Daten für die Regierungsbezirke auf dieser Ebene anschauen und das ist schon gravierend unterschiedlich. Da bedeuten schon Strecken von 20 bis 30 Kilometern Unterschiede in der Pflegebedürftigkeitsentwicklung um 30 Prozent. Wir wissen in Deutschland nicht einmal, wie viele Pflegende eigentlich auf Intensivstationen arbeiten. Auch in den Krankenhäusern, wo wir eigentlich noch denken, dass wir dort bessere Daten hätten, ist die Datengrundlage zu schlecht um sie tatsächlich auch zu diskutieren oder um daraus ableiten zu können, welchen Personalmix oder welche Qualifikationsprofile man in welchen Bereichen braucht. Das Problem von solchen Daten ist, dass sich auch keine Handlungskonsequenzen ableiten lassen können. Das heißt wir diskutieren auf politischer Ebene mit den politischen Akteuren eigentlich auf der Ebene von gefühlter Wirklichkeit. Und das kann und muss man auch verändern, wenn wir datenbasiert und vernunftorientiert in die Diskussion einsteigen wollen.

Wir haben eigentlich keine Kenntnis zur Situation vor Ort, das heißt, es fehlen uns im Wesentlichen die Strukturdaten. Wir können in der Pflegestatistik zwar nachlesen, wie die Trägervielfalt ist oder welche Größe ein Heim hat, aber wir wissen überhaupt nichts über die Gegebenheiten und über die Strukturen dort vor Ort. Das heißt, wir können darüber auch keine differenzierten Aussagen treffen. Zudem haben wir keine

Abbildung 20 | Bundesländer mit einem Monitoringverfahren

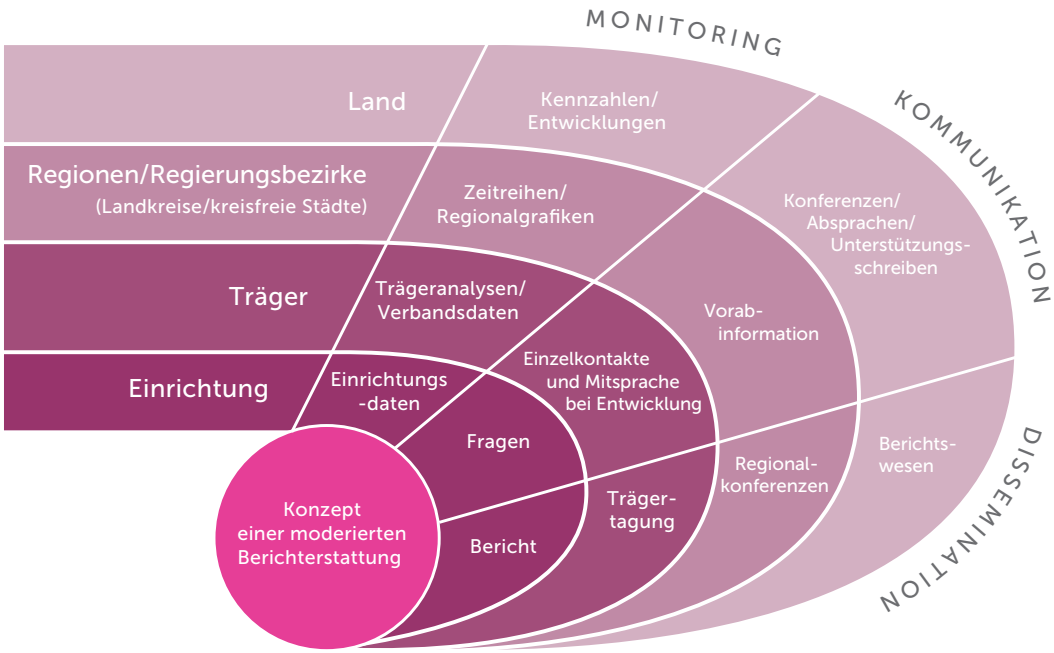
übergreifende oder auch erklärende Perspektive für diese Datenbestände, es sind eigentlich immer Einzeldaten, die aber nicht zusammen gebracht werden. Prognosen sind immer sehr charmant und in Baden-Württemberg besteht immer die Frage, wie die pflegerische Entwicklung im Jahr 2030 aussieht. Und ich möchte an dieser Stelle nur sagen, wir brauchen eigentlich nicht noch mehr Prognosen, sondern eher weniger. Wir haben extrem viele prognostische Modelle, die haben alle teilweise sehr plausible und sehr unterschiedliche Verfahrensweisen, ob sie mit Szenariotechniken arbeiten oder ob sie ein Potenzial benennen, zum Beispiel ein Wirtschaftskraftpotenzial. Wie viele könnten beschäftigt werden? Oder ob sie sagen, wir schauen uns einmal an und versuchen zu berechnen, wie viele uns vor dem Hintergrund der Entwicklungen fehlen. Das heißt wir haben – wenn wir auf die Ebene von Prognosen gehen – sehr viele unterschiedliche Studien, die zu unterschiedlichen Kennzahlen kommen.

Wir haben 2012 eine Prognosestudie in Nordrhein-Westfalen gehabt, wo es darum ging, dass gesagt wurde, es fehlen in den Einrichtungen über 12.000 Mitarbeiter. Ich hatte parallel dazu eine Vollerhebung in den Einrichtungen durchgeführt und wir kamen auf die Hälfte, die Abweichungen sind eklatant. Vor dem Hintergrund dessen, was wir jetzt in der Pflege vor Augen haben, nämlich eine fulminante Veränderung seitens der Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der zeitgleichen Veränderung der Ausbildungsstrukturen, lässt sich kaum noch sagen, dass man das in mathematische Modelle glaubhaft einpflegen kann, um dann zu sagen, wir wissen vor dem Hintergrund dieser veränderten Bedingungen genau, womit wir in 15 Jahren zu rechnen haben.

Wir sind deswegen in Nordrhein-Westfalen einen etwas anderen Weg gegangen. Wir haben nicht gesagt, dass wir ein Gutachten über die zukünftige Entwicklung brauchen, sondern wir haben ein Monitoringverfahren gemacht, was wir Landesberichterstattung nennen. Es gibt Länder, in denen es Berichtsverfahren gibt wie in Rheinland-Pfalz und Hessen. Es gibt Gutachtenansätze, die in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und in Berlin zusammen in Auftrag gegeben worden sind. Es gibt aber noch sehr viele weiße Flecken auf der Landkarte. Das heißt wir haben nicht in allen Bundesländern eine systematische Möglichkeit, Auskunft zu geben.

Ein solches Monitoringverfahren stellt ein Kommunikationsverfahren dar. Das heißt, wir versuchen in Nordrhein-Westfalen nicht den Weg zu gehen, dass man Fragebögen entwickelt und die anderen sollen

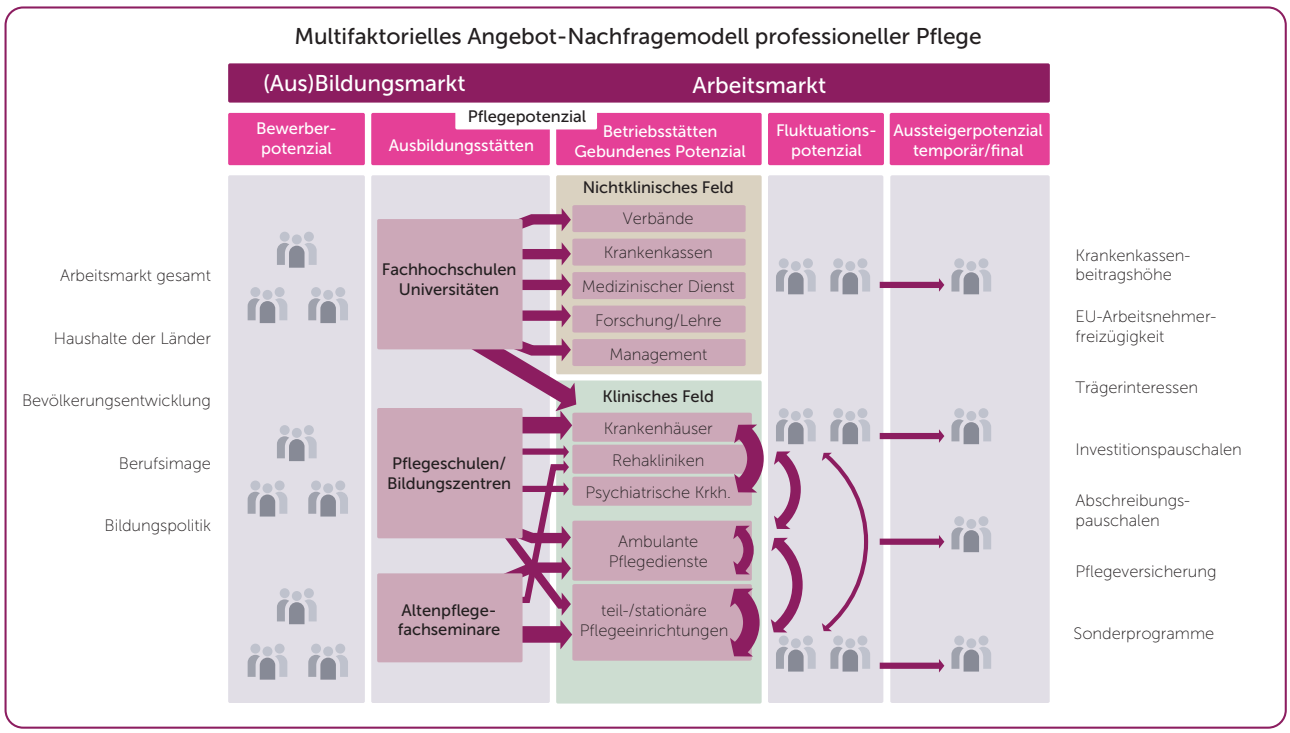
Abbildung 21 | Konzeptuelles Modell



die ausfüllen, dann hören die nie wieder etwas und dann präsentiert man ein Gutachten, in dem man allen Leuten ihre Wirklichkeit erklärt. Sondern wir machen das anders herum. Wir sagen, wir brauchen Fragen aus den Einrichtungen und von den Trägern. Die stimmen wir im Prinzip mit dem Land und der Politik ab, wir entwickeln gemeinsam für uns aktuelle relevante Fragestellungen. Das heißt mein Ansatz als Forschender ist dann an der Stelle zu sagen, ich versuche über diese Kommunikation hinterher das Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dem wir dann zusammen als Akteure versuchen auch wieder an die Einrichtungen selber heranzutreten, was enorm wichtig ist, weil ohne die Trägerschaften im Rücken ist das natürlich sinnlos, Befragungen durchzuführen. Wenn Sie als Verbandsvertreter nicht ausdrücklich sagen, ich empfehle meinen Einrichtungen und meinen Sozialstationen an dieser Befragung teilzunehmen, dann sind die Rückläufe in aller Regel so schlecht in der Pflege, dass wir mit den Daten hinterher nichts machen können.

Wir brauchen die gemeinschaftliche Kommunikation. Diese Kommunikation darf aber keine Einbahnstraße sein, sondern muss auch wieder zurückgeführt werden, das haben wir in Rheinland-Pfalz durch 32 kreisbezogene Regionalkonferenzen gemacht. In Nordrhein-Westfalen machen wir das eben auf der Ebene von Regierungsbezirken, wo wir dann Akteure aus den Bezirken zusammen holen, weil die Situation ist in Köln definitiv anders als in Münster. Auch die Fragen „wie viele Fachkräfte brauchen wir wo?" oder „wie viele freie Stellen haben wir wo?" sind regional dann anders zu diskutieren, weil das für eine Einrichtung in Münster auch egal ist, was in Köln passiert. Das ist genauso weit weg wie Moldawien, weil Pflegekräfte, die eine Halbzeitstelle oder eine 30 Prozent-Stelle haben, die fahren auch nicht 70 Kilometer zu ihrem Arbeitsort. Wenn wir Pflege und Pflegeangebote strukturieren wollen, müssen wir begreifen, dass der Kreis den wir perspektivisch um eine Einrichtung ziehen können, die Perspektive von 30 Kilometern nicht

Abbildung 22 | Theoretisches Modell einer strukturierten Erfassung



überschreiten kann. Das ist ihr Aktionsradius, in dem bewegen sie sich. In dem kann man vielleicht noch Personen für die eigene Arbeit rekrutieren, alles was darüber hinaus geht, ist schon fast unrealistisch. Und Pflege ist nicht der Bereich, wo man sagt, Stuttgart hat eine solche Anziehungskraft, dass Sie aus Aachen hochqualifiziertes Personal anwerben können.

Der Fachkraftmangel ist in Deutschland flächendeckend der Fall. Das heißt Pflegekräfte brauchen auch nicht umzusiedeln, um eine Arbeitsstelle zu finden. Wir haben momentan flächendeckend in Deutschland keine Arbeitsmarktreserven. Das heißt, wenn man ein Monitoringverfahren nicht als ein Gutachten begreift, in dem ein Forscher dem Feld seine Wirklichkeit erklärt, sondern als einen interaktiven Kommunikationsprozess, dann ist das eine andere Haltung, die dahinter steht und die dann auch bedeutet, dass wir einen Weg der Verbreitung immer mit bedenken, nämlich zu fragen, was braucht ein Land jetzt im Rahmen eines Berichtswesens? Was braucht aber eine Einrichtung oder was brauchen Träger, um zum Beispiel mit ihren Einrichtungen selbst darüber zu diskutieren, was in einem solchen Monitoringverfahren zu Tage getreten ist? Und dann gibt es eben auch Trägertagungen oder Regionalkonferenzen, auf denen dann Ergebnisse kleinschrittiger heruntergebrochen und diskutiert werden können. Das ist sozusagen das konzeptionelle Modell, was wir in Nordrhein-Westfalen versuchen oder versucht haben einzuführen.

Die kommende Landesberichterstattung wird sich in Nordrhein-Westfalen ganz stark mit der Fragestellung beschäftigen, wie das Umlageverfahren gewirkt hat und welche Auswirkungen es beispielsweise auf Kollegen in der ambulanten Pflege hat, wenn sie die

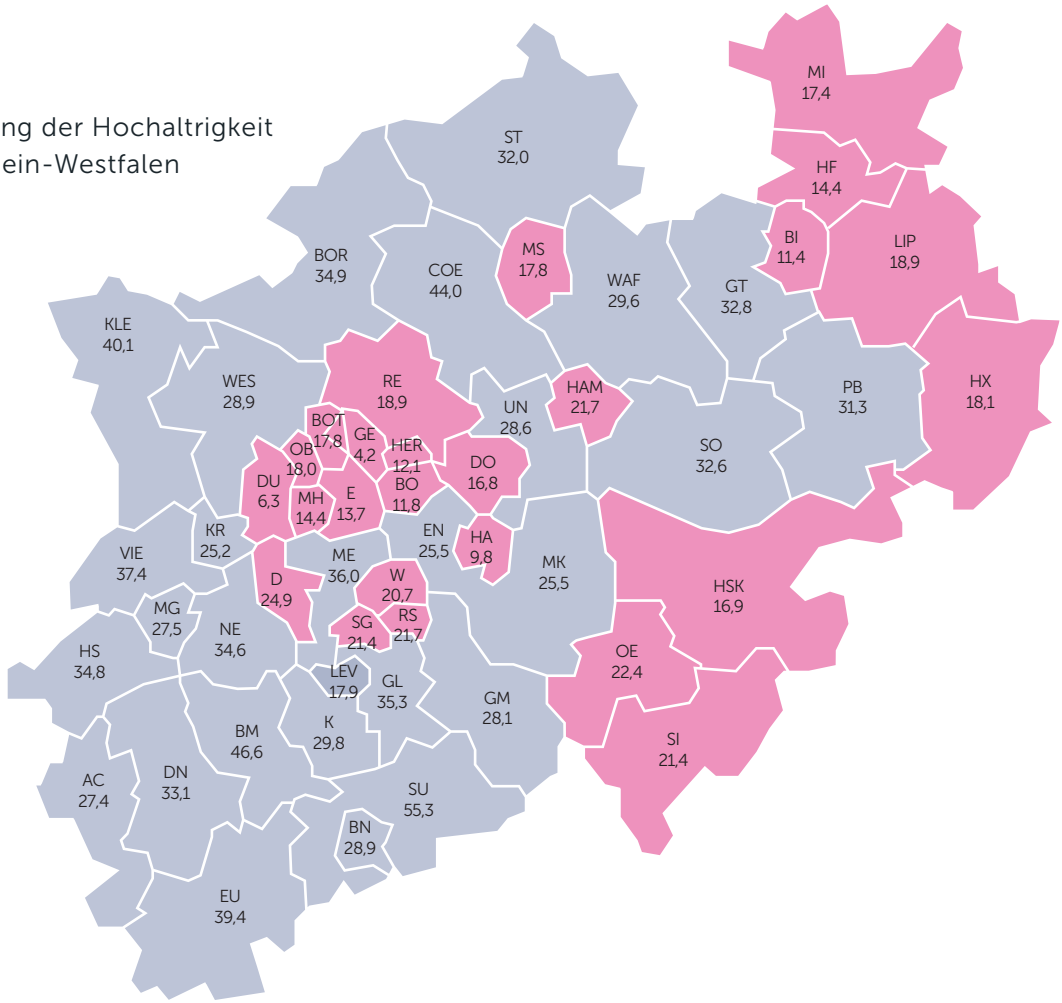
Preise der Auszubildenden an die Kunden weitergeben müssen. Wir haben immer die Möglichkeit, flexibel relevante Fragestellungen aktuell einzupflegen, neben bestimmten Grunddaten, die immer durchlaufen. Im Jahr 2010 haben wir ein kleines Modell entwickelt, was sich eigentlich sehr klar entlang einer Pflegekarriere strickt. Nämlich, dass wir gesagt haben, wenn wir über Pflege Auskunft geben wollen, dann können wir heute nicht mehr so tun, als würde die Krankenhausstatistik irgendetwas über Pflege aussagen, weil wir dort eben nur einen Sektor haben. Diese Sektoren sind aber mittlerweile natürlich miteinander sehr stark verknüpft und in Interaktion. Das heißt wir können nicht eine Einrichtung befragen oder eine ambulante Pflegebefragung machen und haben dann einen Überblick, sondern wir müssen natürlich die Felder systematisch zeitgleich befragen. Und da gehören die Ausbildungsstätten zwingend mit hinzu, weil wir natürlich nicht über Pflege, Pflegeentwicklung und über Mehrbedarf von Pflegekräften diskutieren können, ohne in den Einrichtungen der Ausbildungsstätten nachzufragen, wie denn die Struktur oder die Lehrpersonalausstattung derzeit aussieht oder was denn ihre Wahrnehmung hinsichtlich des Bewerberpotenzials momentan ist. Wenn man mit den Ausbildungsstätten gesprochen hat, dann haben die immer gesagt, wir haben eigentlich eine recht stabile Bewerberlage. Die Frage ist nicht, wie viele Bewerber wir haben, sondern die Frage ist, ob wir die alle nehmen können? Und die andere Frage ist natürlich, ob die Qualität so ist, wie wir sie uns für jeden Einzelnen wünschen würden. Oder wenn die Qualität nicht mehr so hoch ist, wie wir sie gerne hätten, was müssten wir als Unterstützung haben, um Angleichungskurse und Unterstützungsangebote zu erbringen und um mit der Arbeitsagentur gemeinsam zu schauen, wo können vorhandene Nachhilfebedarfe auch gedeckt und finanziert werden.

Wenn Sie so etwas für Baden-Württemberg aufbauen, überlegen Sie sich, dass sie zeitgleich eine Erhebung in den Ausbildungsstätten machen wie Krankenhäuser, Kliniken allgemein, ambulante Pflege sowie teil- und vollstationäre Pflege. Es gibt neben der Fluktuation auch so etwas wie ein Aussteigerpotentenzial, das kann temporär sein. Familienzeit ist ein Riesenthema auch in der Altenpflege; Junge Pflegekräfte, die in die Familiengründung eintreten und natürlich dann für mehrere Jahre erst einmal weg sind und dann gegebenenfalls wieder in den Pflegeberuf zurückkehren. Das kann temporär sein oder auch den Komplettausstieg bedeuten. Diese Informationen brauchen wir wenigstens für bestimmte Schlaglichtmomente, sodass man sagen kann, wir schießen ein Polaroid zu einem bestimmten Moment und können zu diesen Fragestellungen etwas sagen.

Die kommende Landesberichterstattung wird sich in Nordrhein-Westfalen ganz stark mit der Fragestellung beschäftigen, wie das Umlageverfahren gewirkt hat und welche Auswirkungen es beispielsweise auf Kollegen in der ambulanten Pflege hat, wenn sie die Preise der Auszubildenden an die Kunden weitergeben müssen.

Beim Monitoring, was wir in der Landesberichterstattung machen, befragen wir zeitgleich alle entsprechenden Einrichtungen und Einrichtungsarten. Da ist die Entwicklung mehrerer Fragebögen, jeweils natürlich angepasst an die entsprechenden Bereiche und auch hinterher natürlich eine unterschiedliche Auswertung, um am Ende wiederum alle Daten zusammenzuführen. Man kann die Landesberichterstattung als ein Interpretationsangebot sehen, das über die Regionalkonferenzen sehr stark in Frage gestellt, diskutiert, gemeinsam abgeglichen und auch gemeinsam validiert wird. Wir haben bei der letzten Runde

Abbildung 23 | Entwicklung der Hochaltrigkeit in Nordrhein-Westfalen



Veränderung 80 bis 101-jähriger 2015 bis 2030

- ≥ 0,0 bis < 25,2
- ≥ 25,2 bis < 100

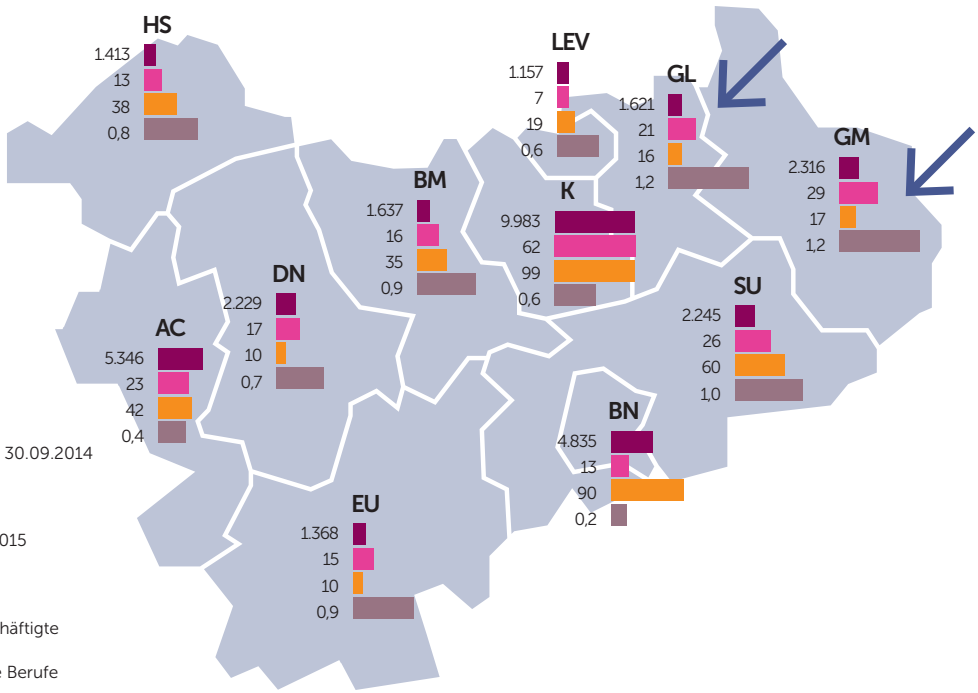
Quelle: BBSR (2015): Bevölkerungsprognose nach Altersklassen bis 2030. Bundesamt für Bau-, Stadt und Raumforschung

sehr stark den Fokus auf Lehr- und Schulsituationen gelegt. Wir haben uns angeschaut, wie die Qualifikation und die Bewerbersituation der Lehrenden ist. Wir haben in Nordrhein-Westfalen eine Unterdeckung. Man muss sich also vorstellen, wir haben innerhalb von ganz kurzer Zeit 70 Prozent mehr Altenpflegeschüler aufgenommen. Wir haben keine Lehrer mehr.

Jetzt ist die nächste Frage, wie denn dann die Qualität der Ausbildung ist? Wir haben die Ausbildungsstätten zum Beispiel auch gefragt, wie die Vermittlungseinschätzung hinsichtlich der Absolventen ist. Und wir begreifen jede Einrichtung als Experte vor Ort, weil was in einer Altenpflegeeinrichtung vor Ort passiert, das kann ich ja nicht aus 250 Kilometern Entfernung sagen. Und wenn er sagt, ich habe hier überhaupt gar keine Personalakquiseprobleme und ich habe überhaupt gar keine Probleme in der Bewerberlage, dann ist das eine Aussage, die widerspricht dann vielleicht generellen Trends, aber die mag eben auch regional tatsächlich anders sein.

Wir haben so etwas wie maximale Kapazitätsgrenzen angefragt. Wir haben angefragt, wie viele Auszubildende könntet ihr denn zusätzlich aufnehmen, ohne Strukturbildung zu betreiben? Geht das denn überhaupt? Wenn dann wirklich alle sagen, wir brauchen mehr Leute, dann brauchen wir auf allen Ebenen mehr Leute. Dann brauchen wir auch mehr Lehrende. In Nordrhein-Westfalen ist der Einstieg eine Master-Qualifikation und wir haben in Nordrhein-Westfalen zwei Hochschulen, an denen man die entsprechende

Abbildung 24 | Beschäftigung Gesundheits-/Krankenpflege



Kennzahlen Gesundheits- und Krakenpflege

- sozialvers. Beschäftigte 81302 Krankenpflege 30.09.2014
- Arbeitslose 81302 Gesundheits-, Krankenpflegefachkraft April 2015
- Bestand Arbeitsstellen 81302 Gesundheits-, Krankenpflegefachkraft April 2015
- Arbeitslosenquote 81302, 81313 (Fach)Krankenpflege 30.09.2014

Quelle: ILnrw (2015) Pflegeeinrichtungen und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen
Regionalagentur West: Sonderabfrage ausgewählte Berufe

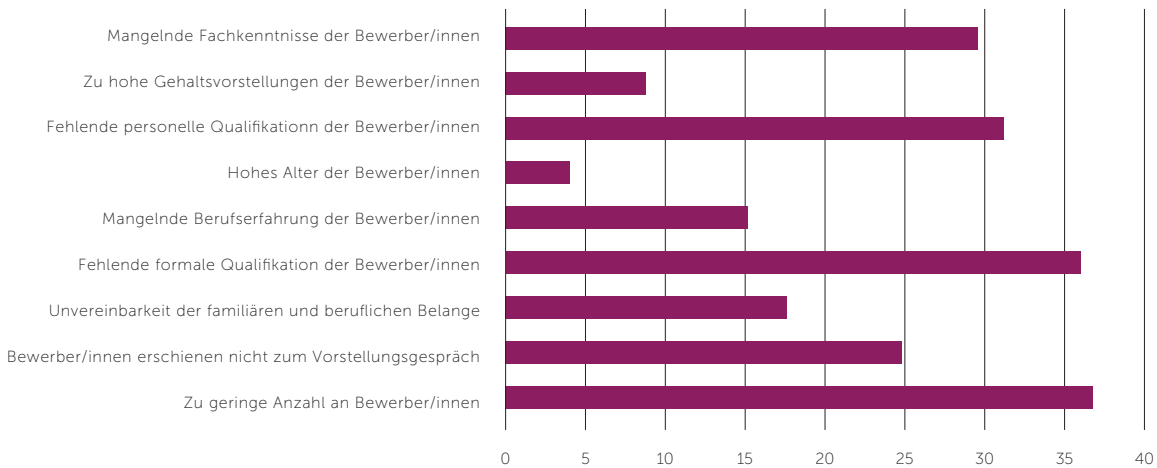
Lehrqualifikation erwerben kann. Das sind 70 Absolventen im Jahr. Davon brauchen wir 25, um die zu ersetzen, die in Rente gehen. Das heißt da ist noch nichts an neuer Struktur geschaffen worden und wenn wir 260 Lehrkräfte im Moment als Mangelsituation in Nordrhein-Westfalen haben, dann ist das gravierend, weil wir können diesen Mangel nicht einmal innerhalb einer Zeit von fünf Jahren relevant abbauen. Das sind wichtige Informationen und auch wichtige Steuerungsgrößen für die Politik, um dann zu entscheiden, ob man in solche Ausbildungs- und Studiengänge mehr investieren muss oder ob es so bleiben kann.

Sie sehen hier jetzt einmal, was wir auch machen. Wir schauen uns natürlich die Entwicklung der Hochaltrigkeit der 80 bis 101-jährigen an (siehe Abb. 23).

Der Altersquotient ist im Durchschnitt 25,2 Prozent und würde steigen. Wir haben aber regional grau abgetragen, wo das größer ist. Rosa sind die abgetragen, wo es geringer ist. Wir haben hier ganz gravierende Unterschiede und das macht etwas mit den Einrichtungen. Das macht auch etwas mit der Frage, wie ich mich als Träger vor Ort aufstellen muss, vor allen Dingen mit wem ich vor Ort kooperieren muss.

Da müssen wir regionale Netzwerke schaffen und auch tolerieren, dass wir in gegenseitiger Kooperation bei bestehender Konkurrenz sind. Das macht sonst keinen Sinn. Wir versuchen, Beschäftigtendaten zusammenzutragen. Schauen wir uns hier einfach mal Köln an, da haben wir über 9.000 Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege. Wir haben insgesamt in Köln 62 arbeitslos Gemeldete, dem stehen 99 bei der Arbeitsagentur offen gemeldete Arbeitsstellen gegenüber. Das heißt wir haben eine Arbeitslosenquote unter den Gesundheits- und Krankenpflegenden von 0,6 Prozent, unterhalb von zwei Prozent ist Vollbeschäftigung.

Abbildung 25 | Hauptgründe für das Nicht-Besetzen von Stellen

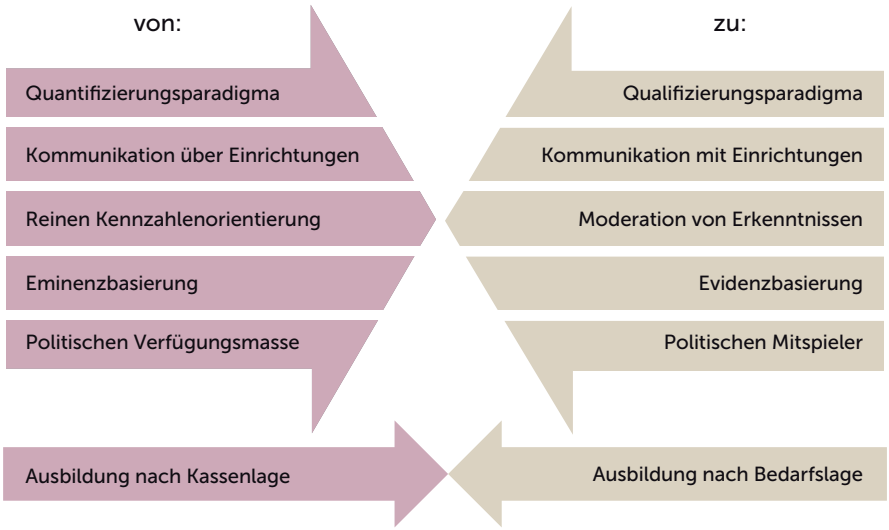


Mit den Daten kann man einfach sofort sehen, da ist ja keiner". Dann muss man Stellenausschreibungen überregional platzieren.

Wir schauen uns auch prognostische Entwicklungen an, aber wir machen eben keine eigenen. Das heißt, wir schauen uns so etwas an wie Schülerprognosen, was bedeutet das? Hier sehen Sie natürlich erhebliche Unterschiede, wenn wir wissen, dass sich das Absolventenpotenzial von den Leuten, die aufgrund ihrer Grundqualifikation direkt in eine Pflegeausbildung einmünden könnten, innerhalb der nächsten zehn Jahre in Aachen relevant nach unten verändern wird, wir haben aber zugleich einen Anstieg in Bonn und in Köln zu erwarten. Also in Köln haben wir nicht die Problematik, dass auf einmal aus einer freibleibenden Schule, die jetzt durch Inklusionsmaßnahmen frei geworden ist, plötzlich ein Mehrgenerationenhaus gebaut werden kann. Sondern wir haben in Köln die Situation, dass gesagt wird, das brauchen wir als Schule, weil wir Schulplätze aufbauen müssen, da wir mehr Schüler haben werden. Das sind wichtige Informationen, weil man eben tatsächlich sagen kann, dass das teilweise nur 20 bis 30 Kilometer sind und trotzdem ist die Struktur so anders, dass man eben sagen kann, die Fragen, die sich dann eine Einrichtung stellen muss, sind andere, als wenn ich weiß, ich kann eigentlich davon ausgehen, dass das Schülerpotenzial eher zunimmt. Dann muss ich schauen, welche Aktivität habe ich dort in meinen Bereichen eigentlich schon platziert. Wie gut habe ich zum Beispiel Konzepte entwickelt, um Personen die jetzt bei mir ein Praktikum machen, auch tatsächlich zu interessieren. Also das sind Dinge, die wir durch ein solches Monitoringverfahren miteinander diskutieren können. Wir können uns anschauen, in welchem Bereich werden Entwicklungsbedarfe oder zusätzliche Tätigkeitsbereiche eigentlich gesucht? Wo hat man mehr? Wo hat man eine geringere Notwendigkeit? Einmal am Beispiel Krankenhaus, das gleiche haben wir für die ambulante Pflege sowie für teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Man kann sich also solche Zahlen nur anschauen, wenn die Einrichtungen

Da müssen wir regionale Netzwerke schaffen und auch tolerieren, dass wir in gegenseitiger Kooperation bei bestehender Konkurrenz sind.

Abbildung 26 | Pflegemonitoring



diese Selbsteinschätzungen abgeben. Wir können uns anschauen, wenn Sie Stellen nicht besetzen konnten. Woran liegt das denn eigentlich? In Abbildung 16 (Seite 39) sehen Sie die die Hauptgründe aufgelistet, warum Stellen in der Pflegebranche nicht besetzt wurden.

All das sind dann Diskussionen, wo wir vielleicht Randthemen haben. Für die politische Steuerungsebene ist das irrelevant. Für die Ordnungsebene einer Einrichtung vor Ort ist das jedoch sehr wichtig zu diskutieren: Was bedeutet das für mich, wenn ich solche Ergebnisse habe? Und wie habe ich sie zu verstehen? In Nordrhein-Westfalen soll das so ähnlich gemacht werden. Es gibt ja Branchenmonitorings auch aus anderen Bereichen. Da gibt es nicht nur die Frage, wie viele offene Stellen sie haben, die sie momentan nicht besetzen können. Das ist die einfachste aller Fragen, alle anderen Fragen sind eigentlich schwieriger zu beantworten. Aber auch diese Frage kann man natürlich abbilden. Auch dort kann man natürlich sagen, dass man dann interaktive Atlanten und regionalisierte Karten hat, um solche Datenbestände auch flüssig zu machen, dass sie nicht in einem solchen Buch landen, denn dann werden sie ins Regal gestellt, sondern dass man sich tatsächlich gezielte Fragen anschauen kann. Das Gleiche haben Sie bei dem Wegweiser „Kommune“ von Bertelsmann. Da haben sie ganz dezidierte Informationen, die Sie sich auf regionaler Ebene anschauen können und in dieser Form müssen wir eigentlich in Zukunft Daten über den wichtigsten Beruf in der Versorgungslandschaft haben.

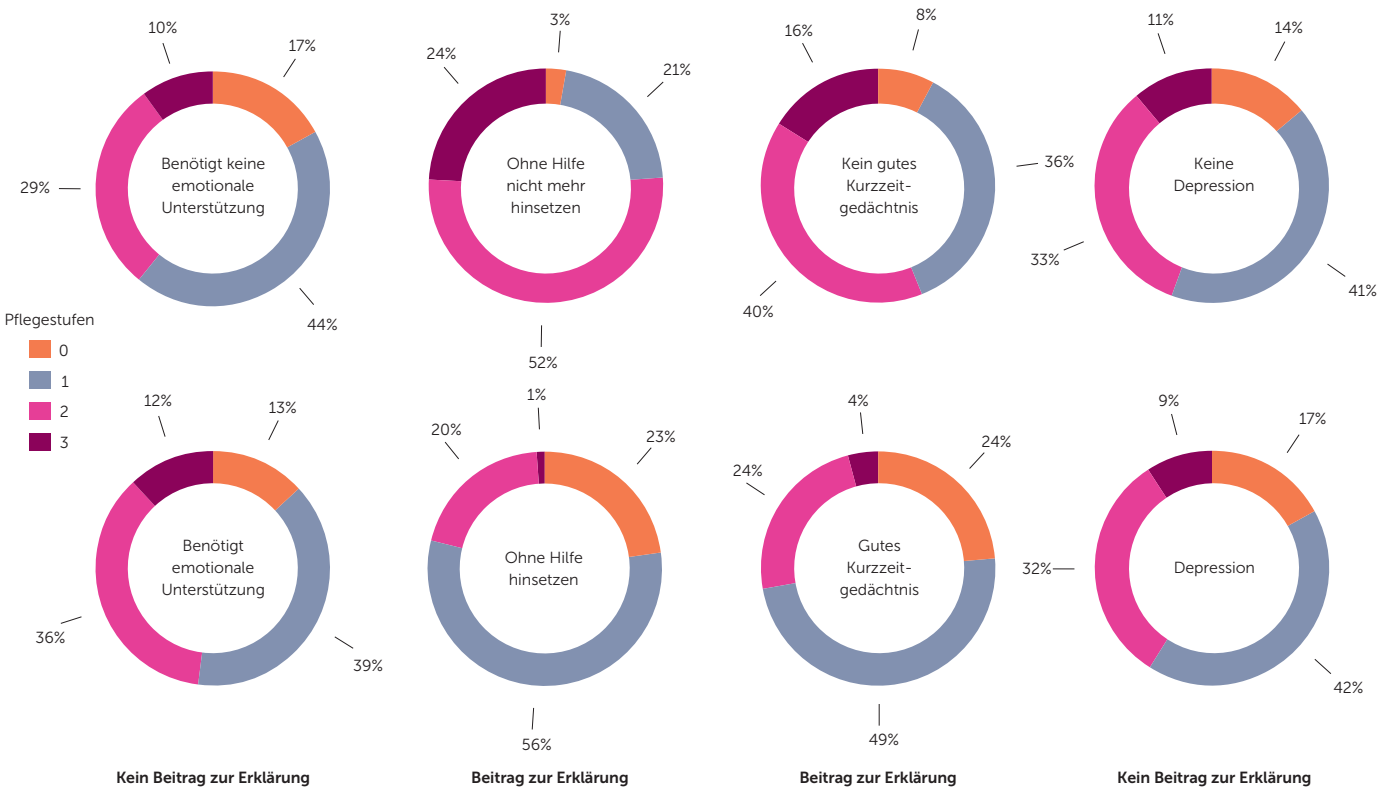
Worum geht es generell? Nicht Kommunikation über Einrichtungen, sondern mit Einrichtungen zu betreiben, nur dann macht das eigentlich Sinn. Moderation von Erkenntnissen, anstatt reine Kennzahlen zu produzieren. Und ich nenne es immer, weg von der Emminenzbasierung, wir hören nicht auf den, der am lautesten ist oder der die meisten Buchstaben vor seinem Namen trägt, sondern wir gehen hin zu der Diskussion über die Daten, die wir dann gemeinschaftlich zur Verfügung haben. Das ist meine Überlegung zu einem Branchenmonitoring beziehungsweise Pflegemonitoring. Und ich danke Ihnen, dass ich Ihnen das vorstellen durfte.

Im Reich des Zufalls: Pflegebedürftigkeit, Pflege-Personalbedarf und Pflegequalität

Herr Prof. Dr. Albert Brühl

Mein Vortrag trägt den Titel „Im Reich des Zufalls", weil wir sowohl bei Pflegebedürftigkeit als auch bei Personalbedarf und Qualität weniger wissen, als wir nicht wissen. Beginnen wir mit der Wahrscheinlichkeit und dem Zufall in der Erklärung von Pflegebedürftigkeit. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, ist gleich der Wahrscheinlichkeit, eine Person als pflegebedürftig zu beurteilen. Also das ist nichts was wie die Lufttemperatur bestimmt werden könnte, also irgendetwas Objektivierbares. Zufall herrscht dann, wenn diese Urteile, die wir abgeben – im Grunde sind es Zuschreibungsprozesse sehr komplexer Art – zur Pflegebedürftigkeit führen. Zufall herrscht dann, wenn diese Urteile unsystematisch variieren. Diesen ganzen Prozess kann man nicht beschreiben, wie man die Ziehung der Lottozahlen beschreiben kann. 6 aus 49 ist ein Bernoulliprozess ohne Zurücklegen. Das kann man genau berechnen, 1 zu 18 Millionen ist die Wahrscheinlichkeit, da sechs Richtige zu haben. Aber die Wahrscheinlichkeit in der Pflege bedeutet, da muss man immer Daten produzieren. Wir haben eine Datenserie produziert, das war die Studie Pflegebedarf im Saarland PiSaar, die im Jahr 2013 abgeschlossen wurde. Da haben wir 68 Wohnbereiche aus 61 der 120 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen im Saarland integrieren können und haben 2028 Bewohner mit einer Zeiterhebung einbezogen. Das heißt, da wird an zwei aufeinanderfolgenden Tagen die Arbeitszeit erhoben und zwar nicht durch Selbstaufschreibung, sondern mit Beobachtern. Weil die Selbstaufschreibung in der Regel zur Veränderung der Zeiterfassung geführt hat, haben wir das mit Beobachtern gemacht.

Abbildung 27 | Häufigkeit von Pflegestufen (PiSaar)



Das heißt wir haben 500 Beobachter über Multiplikatoren geschult, die in zwei aufeinanderfolgenden Werktagen bei 2028 Bewohnern die Zeiterfassung gemacht haben. Und wir haben Bewohner- und Organisationsvariablen erhoben, um zu schauen, in welcher Art von Einrichtung das stattfindet. Wenn man sich mal die Häufigkeit von Pflegestufen und bestimmten Kriterien anschaut, dann ist das hier zum Beispiel ein Kriterium, was keine großartige Unterscheidung in den Pflegestufen produziert, zumindest in diesem Datensatz. „Benötigt emotionale Unterstützung" war ein Kriterium, das wir für die Pflegebedürftigen erhoben hatten. Und Sie sehen die Pflegestufenverteilung ist weitgehend gleich, wenn Sie sich das Kuchendiagramm oben und unten anschauen, dann ist der größte Unterschied im Pflegestufenbereich II, nämlich sieben Prozent, aber bezogen auf diese Stichprobe hier bewegt sich das noch im Bereich des Zufalls.

Das heißt, so was wie „benötigt emotionale Unterstützung" ist zumindest kein Kriterium, um zu schauen, wie Pflegestufen zustande kommen. Etwas sehr viel Aussagekräftigeres ist so ein Item wie „ohne Hilfe nicht mehr hinsetzen„ oder „ohne Hilfe hinsetzen", wenn Sie sich die beiden Kurvendiagramme anschauen, dann ist der Unterschied sehr groß.

Das heißt, nur ein Prozent derer, die sich ohne Hilfen noch hinsetzen können, war hier in Pflegestufe 3, und wenn man sich nicht mehr ohne Hilfe hinsetzen kann, dann sind das immerhin 24 Prozent, die in Pflegestufe 3 sind. Das heißt „ohne Hilfe hinsetzen"

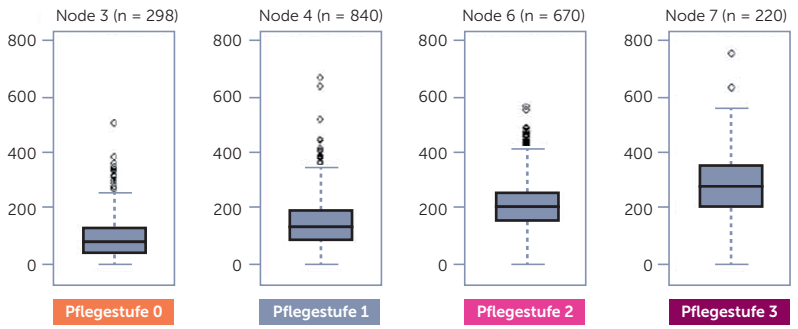
ist ein deutlich trennschärferes Kriterium, was dem Umstand geschuldet ist, dass unsere SGB XI Pflegeversicherung sehr physisch funktional unterwegs war. Das Kurzzeitgedächtnis ist auch ein ganz gutes Kriterium zur Unterscheidung der Wahrscheinlichkeit von Pflegestufen, wenngleich nicht ganz so gut wie das „ohne Hilfe hinsetzen", aber die Unterschiede sind auch noch statistisch bedeutsam. Das heißt das ist auch ein Kriterium, das einen Beitrag zur Erklärung liefern könnte. Wir haben auch sehr viele medizinische Diagnosen erfasst. Die Depression zum Beispiel ist kein Beitrag zur Erklärung, und da ist nicht die Depression gemeint, die jetzt eine Pflegekraft irgendwie attestiert, sondern das waren ärztliche Diagnosen, die wir da erfragt haben. Das heißt zusammengefasst, Pflegebedürftigkeit ist konstruiert. Und der Erklärungsgehalt von Kriterien die wir einsetzen, um Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden, basiert auf dieser Konstruktion. Das ist etwas, was wir zum Teil selbst produzieren.

Es gibt immer eine Differenz zwischen Konstruktion und dem, was in der Empirie läuft, also dem, was Pflegebedürftigkeit tatsächlich ist und wie wir es abbilden oder versuchen zu klassifizieren.

Es gibt immer eine Differenz zwischen Konstruktion und dem, was in der Empirie läuft, also dem, was Pflegebedürftigkeit tatsächlich ist und wie wir es abbilden oder versuchen zu klassifizieren. Aktuell und auch zukünftig haben wir mehr Kriterien als Gruppen. Also wir haben aktuell je nachdem wie man sie zählt mehr als 40 Kriterien und drei Gruppen. Das heißt wir werden niemals alle Kriterien in den Gruppen differenzieren können. Das bedeutet, wenn wir 40 Kriterien in vier Gruppen unterbringen wollen, dann muss man kein großer Statistiker sein, um sich ausrechnen zu können, dass nicht alle Kriterien auch in den Gruppen differenziert werden. Und das wird zunehmen. Das heißt wir werden zukünftig über 80 Kriterien haben, wenn das NBA kommt und wir werden fünf Gruppen, also fünf Pflegegrade – sind ja nichts anderes als fünf Gruppen – haben und wenn ich mehr als 80 Kriterien in fünf Gruppen unterbringen will, dann wird die Heterogenität der Gruppen natürlich zunehmen. Das heißt auf der Seite der Kriterien ist das NBA eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, auf der Seite der Gruppen ist es keine Erweiterung der Differenzierungsfähigkeit, weil schlicht und ergreifend die Anzahl der Gruppen nicht steigt und das wird zukünftig auch so bleiben. Die Interaktionen zwischen den einzelnen Kriterien sind komplex, das heißt, wenn Sie Kriterien interagieren lassen, dann haben Sie immer sehr viele Interaktionsmöglichkeiten. Die Kriterien sind stochastisch abhängig voneinander. Das heißt, wenn Sie einschätzen, ob jemand Treppen steigen kann und haben vorher eingeschätzt, ob er sich noch selbst hinsetzen kann, dann wird bei jemandem, der sich nicht selbst hinsetzen kann, die Wahrscheinlichkeit gegen Null gehen, dass er noch Treppensteigen kann. Das heißt wir werden solche Kriterien in Zukunft doppelt erheben. Das bedeutet die Erhebung von Dingen, die eigentlich stochastisch abhängig voneinander sind und die Summierung stochastisch abhängiger Kriterien macht keinen Sinn. Das heißt die Uneindeutigkeit der Klassifikation von Pflegebedürftigkeit wird uns erhalten bleiben.

Aus wissenschaftlicher Sicht wäre entweder eine Reduktion der Kriterien gut. Das will natürlich niemand, weil viele sind begeistert davon, dass wir den Pflegebedürftigkeitsbegriff erweitert und mehr Kriterien eingeführt haben, aber wenn man das eindeutig machen will und mit einer Anzahl von nur fünf Gruppen auskommen möchte, müsste man die Anzahl der

Abbildung 28 | Ergebnisse Pflegestufen in Boxplots



Kriterien deutlich reduzieren. Das wird nicht passieren. Oder man würde die Anzahl der Gruppen drastisch erhöhen. Das wären die zwei Möglichkeiten, die man hat.

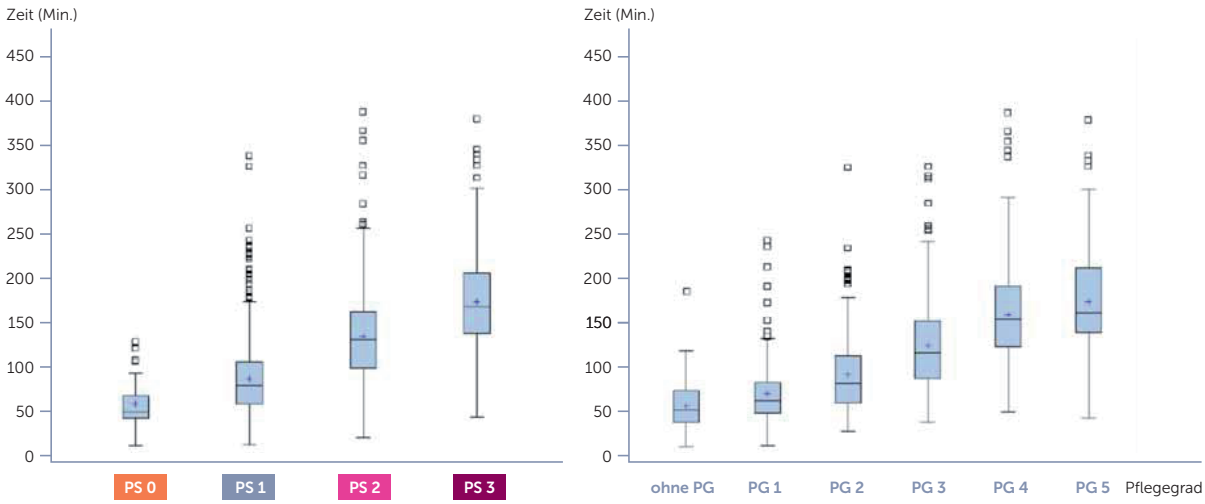
Empirisch kann man dann immer noch prüfen, was kommt zum Tragen und was nicht. Das kann man prüfen um zu sehen, welche Differenzierungen sind in einem System der Klassifikation wirkungsvoll und welche nicht. Und was man sich als Einrichtung fragen muss, ist, wie weit liegt die Differenzierung, die man selbst eben hat – die Niveaus der Differenzierungen sind sehr unterschiedlich in den Einrichtungen – wie weit liegt man über dem Niveau, was tatsächlich möglich ist? Und was bedeutet die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade, denn mit den Pflegestufen hat man relativ viel Erfahrung und mit den Pflegegraden eben nicht. Das heißt wir haben immer einen Bereich, wo wir normativ etwas festlegen, wir haben immer einen Gegenstand, um den es eigentlich geht und was wir als Forscher eben immer versuchen, ist zu schauen, in wie weit sich das empirisch bestätigt, was wir vorher normativ festgelegt haben. Und wenn man die Pflegestufen festlegt, dann kann man natürlich schauen, wie die Klassifikationsgüte empirisch ist und muss dann eben überlegen, wie weit man denn vom eigentlichen Gegenstand weg ist, wenn man eine bestimmte Art von Klassifikation eben normativ festlegt. Das ist so das Grundmodell.

Was man konkret definieren kann ist die Zeit. Es ist jedoch nicht eindeutig, wie es zu der Zeit und zu den Zeitunterschieden kommt. Aber ob jemand 100 Minuten oder 50 Minuten Pflege und Betreuungszeit gebraucht hat, das ist eindeutig messbar, deshalb ist das auch eine Sache, die man tun kann. Das sind objektive Ereignisse. Und zwischen Pflegegruppen sollten Unterschiede bestehen und innerhalb der Pflegegruppen sollte Homogenität vorherrschen, das heißt jemand in der Pflegestufe I sollte sich von jemandem in der Pflegestufe II unterscheiden, aber innerhalb der Pflegestufe I sollten die Leute recht homogen sein. Wenn man sich das anschaut, das sind die Daten aus der PiSaar-Studie und das sind die Pflegestufen. Das sind jetzt Zeitwerte über zwei Tage. Da oben sind die Fallzahlen, die da drin sind. Dann sehen Sie die mittleren 50 Prozent hier, die überlappen sich immer zwischen den benachbarten Pflegestufen. Das hier sind Boxplots, die mittleren 50 Prozent. Das sind 95 Prozent der Verteilung. Und in den 95 Prozent der Zweitwerte überlappen sich sogar die Pflegestufen von null bis drei.

Das heißt wir haben hier eine Zeitvarianzaufklärung von 29 Prozent, das bedeutet, 71 Prozent der Zeitvarianz können wir mit den Pflegestufen nicht erklären. Also wir erklären ungefähr ein Drittel, ungefähr zwei Drittel erklären wir nicht. Trotzdem, das wissen Sie alle, binden wir Personalanhaltszahlen an Pflegestufen.

Was natürlich jetzt schwierig ist, das ist die Studie von Rothgang. Er hat auch Zeiterhebungen gemacht. Er

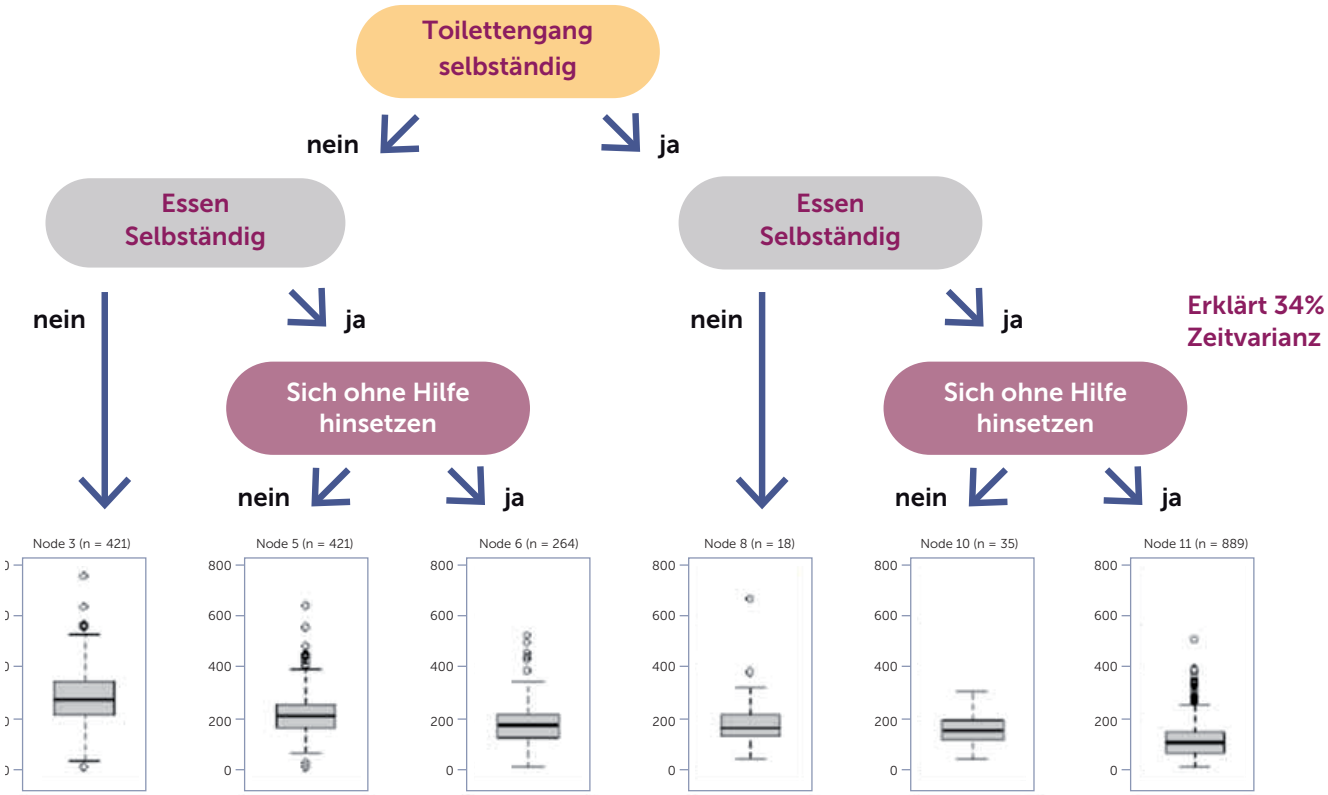
Abbildung 29 | Pflegeaufwand und Bewohnervariablen nach Rothgang et al. 2015



hat aber nicht 62 Einrichtungen gehabt, wie wir das gehabt haben, sondern knapp unter 40 und er hat vor allen Dingen die Pflegebedürftigen, die in die Erhebung eingegangen sind, selbst aussuchen lassen. Und es war eine Selbstaufschreibung. Und wenn man sich das anschaut, wird das so bleiben.

Das heißt er hat keine Zeitvarianz berechnet, er hat sie zumindest nicht veröffentlicht. Vielleicht hat er sie berechnet, wenn man sich die Sachen hier anschaut, dann überlappen die sich natürlich auch, und wenn Sie sich die Pflegegrade anschauen, dann überlappen die sich eben vielleicht noch stärker als die Pflegestufen. Das heißt, dass das mit den Pflegegraden besser wird, würde man als Statistiker hier einmal nicht annehmen. Sondern das wird mindestens so schlecht bleiben wie bei den Pflegestufen. Es kann sein, dass das sogar noch zunimmt. Das heißt Gruppen erklären ein Drittel des Pflegeaufwands. Die geringe Anzahl von Gruppen – bei großer Anzahl von Kriterien – ist das Grundproblem. Wenn wir nur drei, vier oder fünf Unterscheidungen machen, dann nützt uns das nichts, wenn wir von 40 Kriterien auf 80 Kriterien gehen. Weil am Schluss hat man diese Leute dann nur kriterial inhomogener zugeordnet, aber man hat nicht an Differenzierungsfähigkeit gewonnen. Man muss sich fragen, wie viele Kriterien denn in sechs Gruppen passen? Schon mehr als wir jetzt haben. Und die sind, wenn man die Einzelkriterien interagieren lässt und die Hierarchie in den Kriterien nutzt, nicht alle gleich wichtig, dann sind es drei Kriterien, die da rein kommen und die sind nicht von ungefähr, das sind die zwei Selbstversorgungsitems „Toilettengang selbstständig" und „Essen selbstständig" und dann kommt „sich ohne Hilfe hinsetzen", das heißt, wenn man nur sechs Gruppen zulässt, dann kann man eindeutig auch nur drei Kriterien, und zwar drei dichotome Kriterien, und nicht eine Abstufung von selbständig – überwiegend selbständig – überwiegend unselbständig – unselbständig vornehmen.

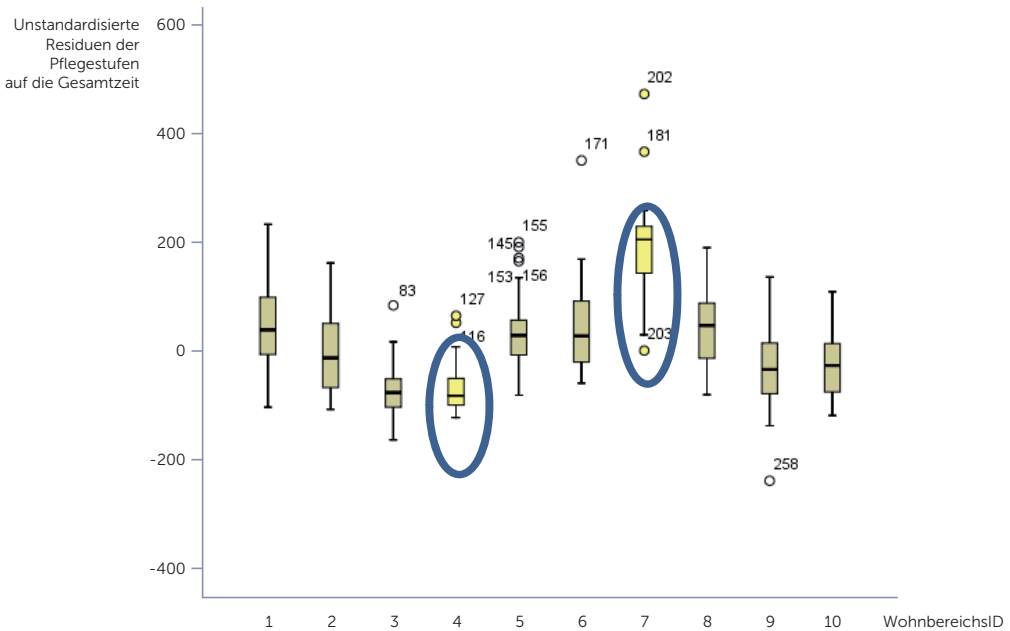
Abbildung 30 | Drei Kriterien in sechs Gruppen (N=2028)



Ich spreche von der dichotomen Abstufung, wenn sie Viererabstufungen machen, haben sie nicht 2n, sondern 4n Kombinationsmöglichkeiten in Kriterien. Also hier sind das jetzt 23, also maximal könnten aus drei Kriterien acht Gruppen werden. Wenn Sie das mit einer Viererabstufung machen, wären es eben 43 und dann können Sie leicht abzählen, wie dann die Interaktionskomplexität steigt, wenn Sie so etwas sehr viel differenzierter in die Welt setzen.

Das bedeutet, wenn man das macht, dann sieht das so aus: Der Toilettengang ist immer das varianzstärkste Item. Das ist ein Selbstversorgungsitem, damit kann man abbilden, dass man die Zeit erklärt. Man kann aber nicht erklären, woher das kommt. Also Abbildungsitems muss man unterscheiden von Items, die etwas erklären oder begründen können. Ein selbstständiger Toilettengang kann nur sagen, dass das so ist und daraus kann man keine Erklärung ableiten. Das heißt man kann dann das Essen nehmen und bei den Leuten, die noch selbstständig essen, kann man noch einmal dieses Item „ohne Hilfe hinsetzen" unterscheiden. Bei denen, die nicht mehr selbstständig essen, wird das nicht mehr unterschieden. Nicht, dass wir uns falsch verstehen – statistisch! Nicht, dass ich sagen würde, das sollte jetzt die Pflege sein. Sondern empirisch was ist möglich, wenn ich nur sechs Gruppen zulasse – empirisch – jetzt nicht normativ. Jetzt nicht im Sinne

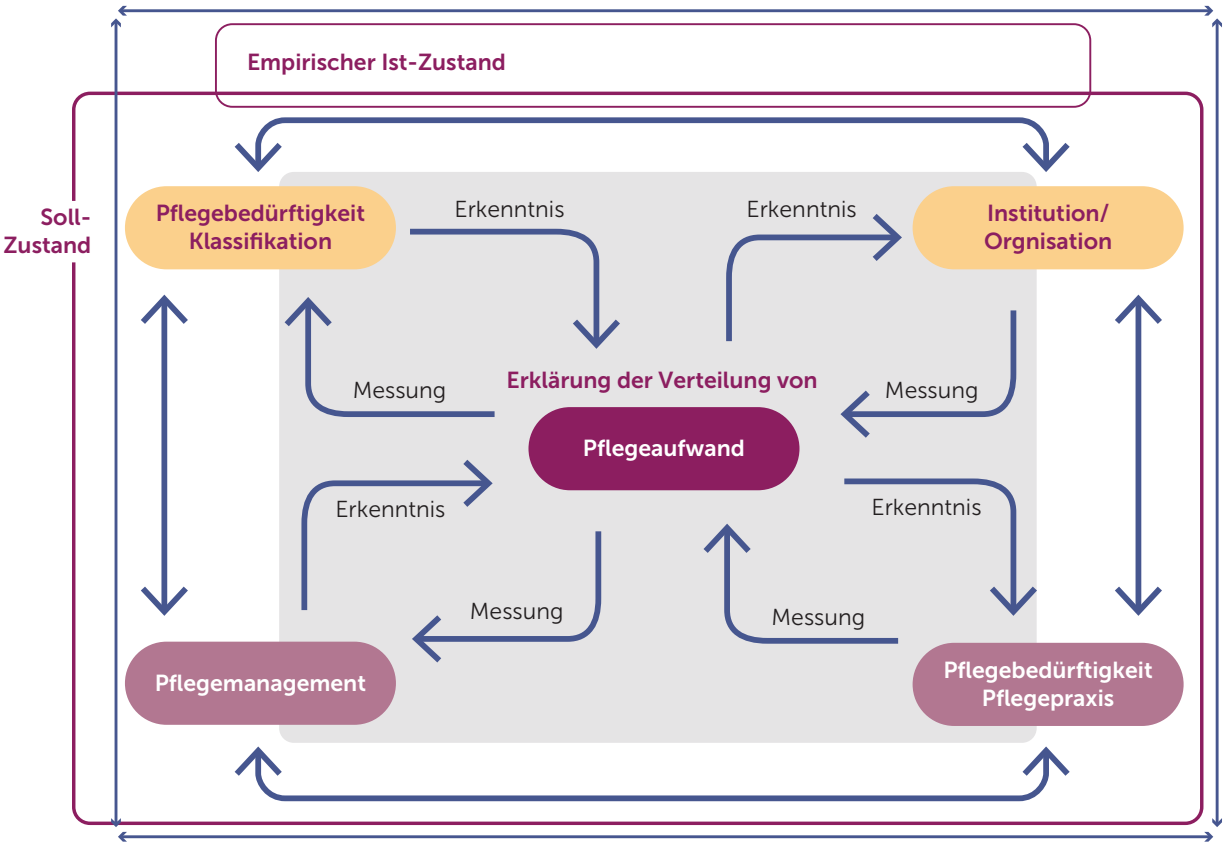
Abbildung 31 | Unterschiede in den Abweichungen in den ersten zehn Wohnbereichen



von Gesetzgebung, sondern was ist empirisch möglich, wenn ich sechs Gruppen als Grenzen der Gruppenbildung zulasse, dann sind das drei Kriterien und dann ist das dieses Unterscheidungsniveau. Eben hatten Sie die Erklärung der Zeitvarianz bei den Pflegestufen gesehen, die war bei 29 Prozent. Dieses Modell hier ist empirisch nicht schlechter. Es ist zwar jetzt von der Inhaltsdifferenziertheit deutlich schlechter, aber viel mehr produzieren unsere Pflegestufen aktuell auch nicht an Zeitvarianzaufklärung. Und das ist halt eben schon eine Sache, die man sich klar machen muss. In sechs Gruppen passen eindeutig nur drei Kriterien, Pflegestufen oder Pflegegrade sind weniger aussagekräftig als die einzelnen Kriterien aus denen sie gebildet werden. Da sind interessante Kriterien drin, nur wenn die hinterher wieder alle in der gleichen Pflegestufe oder Pflegegruppe oder Pflegegrad oder Bedarfsgrad – oder wie auch immer wir die nennen – landen, dann macht das nicht viel Sinn.

Das heißt, wenn man den Weg von den Kriterien zur Klassifikation geht, der wird mehrdeutig, wenn ich bei mehr als drei Kriterien weniger als sechs Gruppen zulasse und die Kriterieninteraktion, die steigt exponentiell. Also 280 wäre das bei einer dichotomen, wenn man 80 Kriterien hat. Und jetzt beim NBA sind es 486 oder 488 je nachdem wie man das zählt. Die kommen nicht alle vor, aber die Komplexität ist schon recht hoch. In der Praxis wird man sich wieder darauf einigen, wie so etwas eingesetzt wird. Und genauso muss man mit so einem Instrument natürlich auch umgehen, dass man sich unterhält und man weiß, der gehört in Pflegestufe 3, wie bekomme ich den denn da jetzt hin und genauso ist das ja auch, weil mit einem nicht validen Instrument muss man so verfahren. Also mit einem Instrument, das die Differenzierungsfähigkeit nicht hergibt. Was zu denken gibt, ist, dass die Abweichungen – das sind übrigens wieder die Pflegestufen, die Zeitwerte sind nur wieder eine

Abbildung 32 | Pflegeaufwand



andere Darstellung – in den Wohnbereichen nicht sowohl nach oben oder nach unten gehen, sondern man hat Wohnbereiche, die sich oberhalb bewegen und man hat Wohnbereiche, die sich unterhalb bewegen. Man hat Wohnbereiche, die sind personell besser ausgestattet und man hat Wohnbereiche, die sind schlechter ausgestattet. Das ist also nicht etwas, das sich gegenseitig aufhebt, was ja schön wäre, wenn die Fehler nach oben und nach unten gingen, sondern man hat schlecht ausgestattete Wohnbereiche und man hat gut ausgestattete. Das sind die ersten zehn Wohnbereiche, insgesamt hatte wir ja 68.

Wenn Sie sich das anschauen, das sind die Zeitwerte, die Abweichungen in den Pflegestufen. Das sind die Zeitabweichungen innerhalb der Pflegestufen und das heißt, wenn man den Wohnbereich sieben nimmt, den ich hier blau gemacht habe, dann liegt der 200 Minuten im Median über dem Normalwert für die Pflegestufen und der Wohnbereich vier hier liegt so ungefähr 80 Minuten unterhalb dieses Zeitwertes und zwar über alle Bewohner, die wir in diesen zwei Tagen in diesen Wohnbereichen erhoben haben.

Das bedeutet, wir haben eine Zufallsvarianz von Personalausstattung, die wir produzieren, wenn wir uns an Klassifikationssystemen wie den Pflegestufen orientieren. Und die ist real, das heißt die Personalbemessung nach Pflegestufen führt zu einer Zufallsvarianz von Personalausstattung. Wir haben uns damit beschäftigt,

Abbildung 33 | Beste Modelle mit Organisations- und Bewohnervariablen

Organisation

Größe Wohnbereich

Freistellung PAL

Freistellung QMB

Mehrarbeitsquote

Güte der Pflegestufen

Bewohner

Transfer aus dem Bett

Sich ohne Hilfe aufsetzen

Oberbekleidung selb. anziehen

Mundgerechte Zubereitung Essen

Essen selbstständig

Ungewollter Stuhlverlust

Selbstständig stehen

Abh. Variable: Gesamtzeit

welche sind die Orga-Variablen, die wichtig sind? Sind kleine Einrichtungen besser als große? Alles Mögliche. Wir haben 40 bis 50 Orga-Variablen erhoben. Die wichtigste Orga-Variable ist diese Zufallsvarianz der Personalausstattung. Das heißt, wenn man in einem Wohnbereich ist, der personell gut ausgestattet ist, dann kann es sein, dass Qualifikationsniveaus sich auf bestimmte Ergebnisindikatoren auswirken – zum Beispiel auf bestimmte Qualitätsindikatoren. Wenn man aber in einem Bereich ist, der sich wie eben der Wohnbereich vier unterhalb der Zeitwerte befindet, kann man noch so viel qualifiziertes Personal haben, das macht keinen Effekt. Das heißt diese Zufallsvarianz der Personalausstattung dominiert alle anderen Orga-Variablen und die Pflegequalität wird auch davon beeinflusst. Pflegequalität, da bin ich sehr zurückhaltend, das ist ein sehr komplexer und schwieriger Begriff und gerade wenn man jetzt versucht, Ergebnisindikatoren zur Pflegequalität zu messen, wird das schwierig. Auch hier wirkt sich eben diese Zufallsvarianz der Personalausstattung aus. Das Verfahren wird komplexer, die Anzahl der Gruppen werden nicht großartig steigen. Und deshalb wird die Inhomogenität der Gruppen steigen und damit wird die Zufallsvarianz der Personalausstattung auch zunehmen – das ist zumindest meine Hypothese.

Das heißt, wenn wir sagen, Pflegebedürftigkeit ist etwas, was Pflegeaufwand erklärt und das ist ein Merkmal, das ein Individuum trägt, würde ich eher sagen, wir machen eine Klassifikation, die führt zu einer bestimmten Ausstattung der Institution der Organisation und die führt dazu, dass eine bestimmte Pflegepraxis möglich ist. Das heißt die Organisation ist ganz wesentlich daran beteiligt, was von Pflegebedürftigkeit wirklich umgesetzt werden kann. Deshalb ist es wichtig ist, wohin man kommt und nicht was einen an Kriterien ausmacht – also statistisch. Statistisch sind die Orga-Variablen teilweise interessanter als die Bewohner-Variablen. Das heißt, wenn man sich fragt, wie geht es denn exakter? Wir haben natürlich auch probiert, wie könnte es denn exakter gehen. Wenn man 57 Bewohner-Variablen in ein komplexes Modell packt, dann kann man da 62 Prozent Betreuungs- und Pflegeaufwand erklären, fast doppelt so viel wie mit den Pflegestufen, aber das führt bei einer Gruppenbildung zu ungefähr 170 Gruppen.

Das heißt man hat am Schluss tatsächlich ein System, das sehr komplex ist. Man könnte das reduzieren, weil das ist Statistik, das ist nicht alles sinnvoll, nicht jede dieser Gruppen ist sinnvoll und kein Wohnbereich differenziert mehr als 32 Gruppen. Das heißt diese Gruppen

unterscheiden sich auch noch über die Wohnbereiche hinweg. Es gibt aber auch Wohnbereiche, die kommen mit drei Gruppen aus. Mit drei Gruppen bekommen die ganz gut ihre Pflege- und Betreuungszeiten erklärt. Das bedeutet, es gibt große Unterschiede. Man kann aber auch Orga-Variablen integrieren. Also man kann die Bewohner-Variablen relativ simpel lassen, aber Orga-Variablen, wenn man Pflegezeitaufwand erklären will, dann ist die Frage, ob das sinnvoll ist. Statistisch geht das, man kann das machen. Dann kann man 70 Prozent Zeitaufwand erklären beim Pflege- und Betreuungsaufwand und die besten Modelle sind die mit den Organisationsvariablen.

Hier sind Beispiele für Orga-Variablen, die wichtig sind, wenn man Zeitaufwand erklären will, aber die Güte der Pflegestufen in den Einrichtungen, also in den Wohnbereichen, ist die entscheidende Variable.

Das heißt, wenn man sich die Größe der Effekte anschaut, dann sind das hier Kleinsteffekte und das hier ist ein großer. Das heißt die Güte der Pflegestufen, wie gut funktionieren Pflegestufen in einem Wohnbereich, ist eine wesentliche Orga-Variable und hier unten bei den Bewohner-Variablen, die da noch drin sind, sehen Sie, dass sind wieder die üblichen Verdächtigen der Selbstversorgung und der Mobilität. Das ist eben so eine Sache, wenn man die Güte der Pflegestufen nimmt, dann ist es nicht immer gut, wenn man sich nah an den Pflegestufen orientiert, sondern man muss sich davon wegbewegen können, um gut zu sein. Es sind nicht die besten Einrichtungen, die sich ganz nah an Pflegestufen orientieren und wo die Pflegestufen 80 Prozent der Zeitvarianz erklären. Wenn man über Qualitätsindikatoren spricht, ist das relativ schwierig, weil noch keine bekannt sind, die man wirklich als valide bezeichnen könnte.

Abbildung 34 | Empirisches Modell von Pflegequalität

Wenn man gerade Ergebnisindikatoren nennt – in der Diskussion sind über 200 verschiedene – ist natürlich auch die Risikoadjustierung wichtig, dass ich nicht Äpfel mit Birnen vergleiche. Aber wenn man sich bestimmte Indikatoren anschaut, wir haben ja in PiSaar auch die Dekubitalulcera erhoben, dann sind die nicht gut zur Ergebnisqualitätsmessung. Die Dekubitalulcera werden bei uns in Deutschland in den Akutkrankenhäusern ja auch erfasst. Wenn man sich aber die Inzidenz anschaut, also die Neuerkrankungen mit Dekubitalulcera, dann sind die relativ selten. Das heißt, in PiSaar hatten wir auf 2.028 Bewohner 50 Dekubitalulcera des Grades zwei bis vier. Das bedeutet, 1.978 mal hatten wir keinen oder keinen erworbenen Dekubitus. Und wenn man dann versucht, Risikoadjustierung zu betreiben, also ein Erklärungsmodell zu fahren, dann ist natürlich bei jedem Modell das man fährt, von diesen 1.978 mal, kein Dekubitus bestimmt.

Das heißt man hat eine große Konstante da drinnen – das bedeutet, man bekommt keinen der 50 Dekubitus gut erklärt.

In Amerika gibt es eine Studie, die sich damit beschäftigt, ob eben nicht mehr qualifiziertes Pflegepersonal mehr Dekubitalulcera produziert, weil die Leute einfach länger überleben. Wenn man sich solche einzelnen Indikatoren herauspickt und die dann in ihrer Häufigkeit vergleicht und daraus dann Qualität der Pflege bemessen will, das wird, glaube ich, schwierig werden. Was wir einmal gemacht haben, ist den Mobilitätserhalt anzuschauen. Also wie viele Leute sind nicht mehr dazu in der Lage, den selbstständigen Transfer aus dem Bett hinzubekommen? Das wird zu 42 Prozent dadurch erklärt, wo man ist und nicht was man hat. Die Bewohner-Variablen sind weniger – hier sehen Sie das einmal im Detail.

Wir haben einen möglichen Pflegeaufwand und wir haben reale Qualitätsunterschiede, die wir produzieren und wir müssten uns darüber unterhalten: Was ist denn eine notwendige Ausstattung? Und dazu müsste man natürlich wissen, welche Qualitätsniveaus wir unterscheiden.

Das ist jetzt die Fähigkeit zum Positionswechsel bei Bettlägerigen, das ist noch einmal etwas anderes, aber bei den Leuten die nicht mehr zum selbstständigen Transfer aus dem Bett in der Lage sind, wie ist die Fähigkeit beeinflusst? Wenn man die Organisation nimmt, dann ist das pro 100 Minuten positiver Abweichung der Zeit, weil in den Pflegestufen hat man einen fast doppelt so hohen Anteil der Bettlägerigen, die sich noch im Bett drehen können. Das heißt, wenn man in diesen Wohnbereichen ist, wo einfach mehr Zeit zur Verfügung ist, weil die halt besser eingestufte Pflegebedürftige haben, dann ist das die Organisation, die bei den meisten Einfluss hat.

Bei den Bewohnermerkmalen ist das relativ spärlich. Da gibt es nämlich die freiheitsentziehenden Maßnahmen, da hatten wir aber gedacht, Kontrakturen würden sich auf jeden Fall auswirken, da muss man aber ganz klar sagen, da sind die Unterschiede zwischen den Wohnbereichen riesengroß, ob sich das auswirkt oder nicht. Das heißt bei Qualitätsmessungen sind die Wohnbereichsunterschiede riesengroß und sind im Wesentlichen abhängig von der Ausstattung, und diese zufällig variierende Personalausstattung ist die einflussreichste Variable in allen Modellen. Das heißt wir produzieren selbst diese Ausstattungsunterschiede und deshalb können wir nicht isoliert hinterher hingehen und sagen „Jetzt messen wir aber Qualität!". Weil das natürlich miteinander zusammenhängt, Qualität, Pflegebedürftigkeit und Personalausstattung sind nicht voneinander unabhängig zu betrachten, werden aber unabhängig voneinander normativ geregelt. Und das ist etwas, was wahrscheinlich auf Dauer so nicht aufrechterhalten werden kann. Das heißt Pflegebedürftigkeitsklassifikation, Personalausstattung und Pflegequalität bedingen einander. Das bedeutet, Pflegebedürftigkeit ist abhängig von Pflegequalität, das heißt wir haben eine reale Ausstattung, die wir produzieren. Wir haben einen möglichen Pflegeaufwand und wir haben reale Qualitätsunterschiede, die wir produzieren und wir müssten uns darüber unterhalten: Was ist denn eine notwendige Ausstattung? Und dazu müsste man natürlich wissen, welche Qualitätsniveaus wir unterscheiden. Das wird schwierig, denke ich.

Was wir aber jetzt schon sehr gut unterscheiden können, ist die unterschiedliche Differenzierung

von Pflegebedürftigkeit. Wenn Sie die Einrichtungen nehmen, die 32 verschiedene Gruppen stabil unterscheiden, oder Sie nehmen eine Einrichtung, die nur mit drei Gruppen fährt, dann ist das ganz klar ein Hinweis auf unterschiedliche Differenzierungsfähigkeit und auch auf empirisch unterschiedliche Qualität. Das heißt das ist durchaus etwas, was miteinander in Beziehung zu setzen ist. Die Klassifikation, die Personalausstattung und die Pflegequalität, weil man jede dieser Variablen mit den anderen beiden gut in Beziehung setzen kann. Dazu machen wir ein Forschungsprojekt und zwar ist das die Folgestudie von PiSaar „Pflege in Baden-Württemberg". Das heißt wir werden uns damit beschäftigen, wie die drei Variablen zusammenhängen.

Das Projekt läuft von 2016 bis 2018. In 2016 werden wir die Datenerhebung planen und strukturieren. In 2017 wird die Datenerhebung durchgeführt werden und in 2018 werden die Ergebnisse zurückgemeldet, das heißt das ist durchaus realisierbar. Wir werden Qualitätsindikatoren auf ihre Validität prüfen.

Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis

Frau Prof. Dr. Katrin Reiber

„Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen – sicher, flächendeckend, kompetent!?". Das ist der Untertitel – des Kongresses. Es ist aber zugleich auch der Titel eines Projektes, das wir im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung durchführen. Wir, das sind die Kollegen der Hochschule Ravensburg-Weingarten und wir an der Hochschule in Esslingen. Wir wenden unseren Blick ein Stück weit weg aus der Versorgungrealität hin zur Ausbildungssituation.

Der sogenannte „Pflegenotstand", ein bereits sich abzeichnender Fachkräftemangel und wenn wir die Zahlen in die Zukunft projizieren, egal mit welchen Zahlen wir jetzt arbeiten, ist klar, dass das ein Problem ist, dass sich noch eher zuspitzen als entspannen wird. Die Gründe dafür sind auch hinlänglich bekannt. Wir haben den demografischen Wandel, von Alterspyramide kann bald nicht mehr gesprochen werden. Wir haben das Phänomen der Multimorbidität, das heißt hochbetagte Menschen, die zugleich von mehreren Erkrankungen betroffen sind und von daher auch komplexe Bedarfslagen haben. Wir haben zugleich eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und hier auch häufig die Koinzidenz von chronischer Erkrankung und akuter Erkrankung. Der medizinisch-technische Fortschritt, dem haben wir viel zu verdanken, aber der bringt natürlich auch mit sich, dass wir neue Versorgungssituationen in der Pflege haben. Das heißt wir haben komplexer werdende Settings und Versorgungsbedarfe und die bringen es natürlich mit

sich, dass wir auch neue Qualifikationsanforderungen benötigen. Vor diesem Hintergrund gibt es sogenannte neue Ausbildungsmodelle. Hier unterscheiden wir mal etwas grob zwei verschiedene Formen, die primär-qualifizierenden und die ausbildungsintegrierenden Studiengänge. Hierbei handelt es sich um eine Art akademische Erstqualifikation. Gemeint ist, dass die Pflegeausbildung schon von Beginn an auf Hochschulniveau stattfindet, und dass ein erster akademischer Grad schon in der Pflege erworben wird, der meist – muss man dazu sagen in Baden-Württemberg jetzt eigentlich immer – eben auch mit dem berufsqualifizierenden Abschluss verbunden ist. Das heißt mit dem sogenannten „Pflegeexamen".

Es gab andere Bundesländer, beispielsweise Hessen, die haben da andere Wege beschritten, aber hier zeichnet sich nun ab, dass so eine Kombination von Ausbildung und hochschulischer Bildung, die dann zusammen zu zwei Abschlüssen führen, dass das das Modell der Zukunft zu sein scheint oder vielleicht auch ein Übergangsmodell. Wir haben daneben eine zweite Säule, nämlich wie gehabt die berufsschulische Ausbildung beziehungsweise die berufsfachschulische Ausbildung. Und da haben wir integrative und generalistische Ausbildungsformen, auch hier differierende Begrifflichkeiten. Gemeint ist dass unterschiedliche Pflegeberufe, in welchem Ausmaß auch immer, zusammengelegt werden. Also das größte Ausmaß wäre sozusagen, dass es einen Abschluss gibt, der dann „Pflegefachkraft" heißt und alle drei bisherigen Pflegeberufe integriert und darunter gibt es dann sehr viele andere moderatere Variationen. Das sind alles Modelle, die laufen jetzt im Moment unter der sogenannten Modellklausel. Wir haben seit 2003 beziehungsweise 2004 zwei neue Bundesausbildungsgesetze für die beiden Hauptpflegeberufe Gesundheits- und Krankenpflege respektive Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und eben die Altenpflege. Und die beiden Gesetze haben schon mit der Modellklausel eingeräumt, dass auf eine befristete Zeit hin neue Ausbildungsmodelle erprobt werden. Und das was jetzt erprobt wird, ist bunt und lässt sich in diese beiden Rubriken jedoch einordnen.

Wir haben das Phänomen der Multimorbidität, das heißt hochbetagte Menschen, die zugleich von mehreren Erkrankungen betroffen sind und von daher auch komplexe Bedarfslagen haben.

Diese Ausbildungsmodelle haben ein gemeinsames Ziel, sie orientieren sich an pflegerischen Handlungsfeldern und beruflichen Handlungskompetenzen und eben nicht mehr an unterschiedlichen Altersstufen. Diese Unterteilung wird aufgegeben – in beiden Formen übrigens. Sie zielen natürlich auf eine verantwortliche Mitwirkung im Rahmen der interdisziplinären Gesundheitsversorgung ab. Die Bedarfslagen werden komplexer, aber natürlich werden auch die Versorgungsprozesse komplexer. Sprich es sind mehrere Institutionen und sehr viel mehr Akteure beteiligt, es gibt unterschiedliche Interessenlagen, die auch unter Umständen in Konflikt stehen können und ausgehandelt werden müssen. Sicher kann man sich darüber streiten, ob das Casemanagement die originäre Aufgabe der Pflege ist. Egal welche Rolle der Pflege in diesen Prozessen zugewiesen wird, sie ist in irgendeiner Form davon betroffen und muss das händeln. Wir haben jetzt einen Gesetzesentwurf seit Mai 2015 und warten im Übrigen, ob und wann das Gesetz umgesetzt wird. Sie sehen an den Hervorhebungen, dass dieses Gesetz eben jetzt schon darauf abzielt, dass diese beiden Formen, die im Rahmen von Modellvorhaben an unterschiedlichen Orten erprobt wurden, dass die in der Form zur Regelausbildung werden sollen. Etwa zehn

bis 20 Prozent der zukünftigen Fachkräfte sollen in der akademischen Ausbildung qualifiziert werden, aber die breite Basis soll nach wie vor berufsfachschulisch qualifiziert werden, allerdings generalistisch mit dem Ziel, Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Bedarfslagen versorgen zu können.

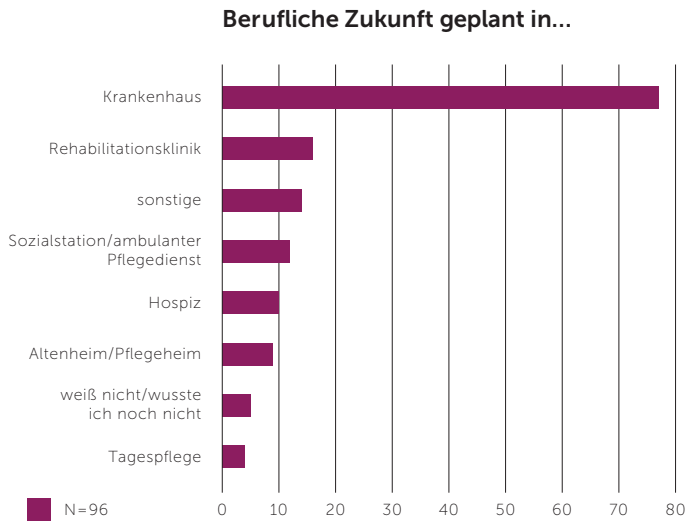
Wir haben unter „generalistisch“ auf jeden Fall alle Formen dazu gerechnet, in denen in irgendeiner Form die Altenpflegeausbildung mit beteiligt ist, denn das war natürlich mit unser Fokus.

Nun ein paar Rahmendaten zu unserem Forschungsprojekt. Wir führen das in einer bewährten Kooperation zusammen mit der Hochschule Ravensburg-Weingarten durch. Wir starten jetzt quasi mit der Datenauswertung und dann auch mit der Berichtlegung. Das Forschungsprojekt hat unterschiedliche Elemente. Wir machen auf der einen Seite eine Onlinebefragung von Absolventinnen, von zukünftigen Absolventinnen dieser beiden neuen Ausbildungsmodelle. Das heißt wir machen es uns für die spätere Umsetzung zu Nutze, dass diese beiden Formen schon als Modelle erprobt werden. Wir stellen also die Frage, wie das eigentlich die Betroffenen sehen. Zunächst einmal sind das die originär Betroffenen, die die Ausbildung durchlaufen – natürlich dann nachher die Bewohner und Patienten, aber wir befragen direkt die, die jetzt diese Ausbildung durchlaufen haben. Wir befragen parallel dazu Expertinnen und Experten aus Arbeitgeberverbänden, Wohlfahrtsverbänden, Verbänden von Leitungs- und Führungskräften und auch eine Person der Arbeitsagentur wurde hier interviewt. Wir haben dann noch einmal Positionspapiere der unterschiedlichen Verbände ausgewertet. Und wir haben eine Stellenanzeigenanalyse durchgeführt, um noch einmal eine Komplementärperspektive zu den Absolventinnen und zu den Experten zu haben, um noch einmal ein Monitoring über das Beschäftigungssystem zu haben, was wird da eigentlich gerade so gefragt. Wichtig ist auch zu beachten, dass wir hier eine regionale Eingrenzung auf Baden-Württemberg vorgenommen haben. Wir haben eine Grundgesamtheit, die schon einmal ganz schwer zu ermitteln war, weil man nicht so genau wusste, wer jetzt alles dazu zählt. Wir haben unter „generalistisch“ auf jeden Fall alle Formen dazu gerechnet, in denen in irgendeiner Form die Altenpflegeausbildung mit beteiligt ist, denn das war natürlich mit unser Fokus. In wie weit ist die Altenpflege nachher davon betroffen im Sinne, dass sich da insbesondere der Fachkräftemangel noch einmal zuspitzt.

Nun zu den Ergebnissen. Ich beziehe mich im Folgenden auf einen kleinen Teilbereich dieser Untersuchung, nämlich auf die Onlinebefragung der (zukünftigen) Absolventinnen generalistischer Ausbildungsformen.

Sie wundern sich vermutlich über das zukünftig in Klammern. Das heißt wir haben hier natürlich das Problem eines enorm erschwertes Feldzugangs, denn diese Personengruppe, die uns jetzt interessiert, also die vor kurzem quasi eine generalistische Pflegeausbildung abgeschlossen hat, die sich jetzt entweder in der Orientierung oder im Berufseinstieg befindet oder möglicherweise schon ein, zwei Jahre hinter sich hat. Eine sehr lange Zeit kann es nicht sein, weil es die Modelle noch nicht so arg lange gibt. Die müssen wir in irgendeiner Form erreichen, denn auf die haben wir keinen direkten Zugriff. Hier haben wir eng mit den ausbildenden Schulen kooperiert, das waren sehr viele Schulen, die uns da auch unterstützt haben. Hier muss man aber dazu sagen, dass diese Schulen natürlich in der Regel nicht so etwas wie eine systematische

Abbildung 35 | Berufliche Zukunft



Alumnipflege betreiben. Von daher war das nicht ganz so einfach den Feldzugang hier zu erleichtern und wir haben deshalb auch die Auszubildenden mit hinzugenommen, die eben in Kürze diesen Abschluss machen werden, weil wir uns gesagt haben, die Fragen die uns interessieren, die beschäftigen durchaus auch jemand, der kurz vor seinem Abschlussexamen steht. Also spätestens im letzten halben Ausbildungsjahr stellt man sich die Frage: Wo soll es denn beruflich hingehen? Wir haben zur Ausbildung befragt, also retrospektiv. Wie betrachten Sie Ihre Ausbildung beziehungsweise ihre Zufriedenheit? Wir haben aber insbesondere gefragt, was sind eigentlich ihre Anschlusspläne? Was haben sie denn anschließend beruflich vor? Jetzt nachdem ihnen quasi alles offen steht und nachdem Sie in der Ausbildung auch viele verschiedene Versorgungsbereiche kennengelernt haben. Wie bewerben Sie sich? Was sind Gründe eine Stelle anzunehmen oder auch auszuschlagen oder potenziell gesprochen, was wären Gründe dafür?

Personen, die den Berufseinstieg schon hinter sich haben, haben wir gefragt, wie haben sie den erlebt? Wie haben sie den bewältigt? Welche Friktionen, welche Beschwernisse sind aufgetreten? Wo haben Sie möglicherweise auch erlebt, dass Sie im Vorteil gegenüber konventionell ausgebildeten Pflegekräften sind? Wie wurde auf Sie reagiert? Das sind ja zum Teil Ausbildungsformen und Qualifikationen, die noch neu in der Praxis sind. Also das heißt man kann durchaus davon ausgehen, dass die unter Umständen in ein Team reinkommen, deren Teamleitung gar nicht so ganz genau weiß, was sich jetzt eigentlich hinter einer generalistischen Pflegefachkraft verbirgt. Was darf ich von der erwarten? Was kann ich vielleicht weniger erwarten? Wir fragen nach der beruflichen Weiterbildung. Welche Pläne gibt es in Hinblick auf Weiterbildung? Wie schätzen sie die eigene Qualifikation ein, also formal ihren Abschluss? Und die Verwertbarkeit des Abschlusses im Beschäftigungssystem? Auch die tatsächlich erworbenen Fähigkeiten im Sinne von Kompetenzen werden erfragt und natürlich bitten wir die zukünftigen Absolventen um eine Gesamteinschätzung zu ihrer Ausbildung, speziell zu ihrer Ausbildungsform.

Natürlich liegt die Frage nahe, wie planen sie eigentlich ihre berufliche Zukunft? Wo soll es denn so in etwa hingehen? Wir haben hier verschiedene Bereiche unterschieden. Sie sehen hier natürlich auf einen Blick die prominente Stellung des Krankenhauses.

Das überrascht vielleicht nicht weiter, da natürlich auch in den bisherigen Ausbildungsmodellen das Krankenhaus als Einsatzort sicher immer noch eine ganz prominente Rolle einnimmt. Auch in diesen neuen Formen. Sie sehen dann mit einem deutlichen Abstand andere Versorgungsbereiche, in denen es eben nicht unbedingt um Akutversorgung geht. Wie eben Rehabilitation, Sozialstation und ambulanter Pflegedienst. Das sind natürlich auch in einem

Abbildung 36 | Bevorzugte Einsatzorte während der Ausbildung

hohen Maße Langzeitpflegeverhältnisse, das heißt mehr chronisch rehabilitativ als akut. Und wir haben dann sogar das Hospiz und jetzt ganz dezidiert das Alten- und Pflegeheim. Das sehen Sie rangiert relativ weit hinten. Insoweit könnte man einerseits sagen, 77 Prozent präferieren die Tätigkeit im Krankenhaus, dass deckt sich natürlich so ein bisschen mit der Befürchtung der Experten. Auf der anderen Seite stehen diese neun Prozent, die jetzt schon ganz dezidiert in der Altenpflege einen Wunscharbeitsplatz sehen.

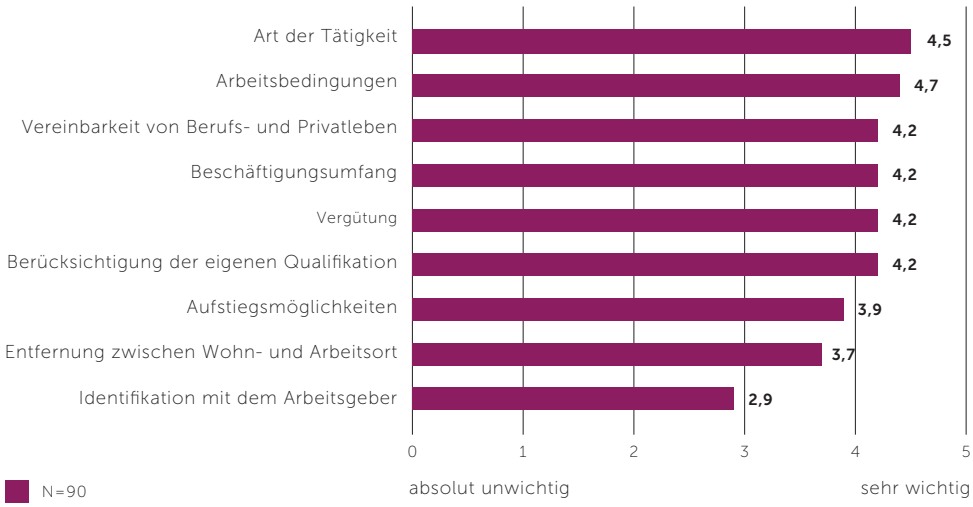
Das deckt sich zum Teil mit den Erwartungen und Meinungen der Experten. Die Expertinnen und Experten, die wir interviewt haben, haben eine sehr differenzierte Einstellung zu diesen neuen Ausbildungsformen. Da mögen in mancher Brust wahrscheinlich zwei Herzen schlagen nach dem Motto, die eine Seite sieht das Fachliche, dass es durchaus sinnvoll ist, um den sich verändernden Versorgungsbedarf adäquat adressieren zu können. Die andere Seite, die des Personalverantwortlichen, sagt natürlich wie kriege ich hier weiterhin meine Fachkraftquote erfüllt?

Wir haben jetzt einmal ganz naiv gefragt, nennen Sie uns Ihre drei bevorzugten Einsatzorte während der Ausbildung.

Die drei Spitzenreiter sind hier ganz spannend an der Darstellung, die Chirurgie, Psychiatrie und Intensivstation. Das sind natürlich drei Bereiche, in denen viel passiert. Während dann Onkologie und innere Medizin, da geht etwas anderes, sage ich mal. Schon in der inneren Medizin haben wir natürlich einen hohen Anteil an betagten Patientinnen und Patienten. Und Sie sehen hier jetzt die Altenpflege – ja interessant gerahmt eigentlich – nämlich vor der Gynäkologie und dann etwas absteigend der Neonatologie. Also ich meine, wenn man sich das einmal vor Augen hält, Neonatologie ist zahlenmäßig ein sehr, sehr viel kleinerer Bereich. Also was schlussfolgern wir jetzt hieraus? Hier lässt sich jetzt schon einmal erkennen, um das einmal vorsichtig zu sagen, der Bereich der Altenpflege, egal ob das im Heim ist oder ob das auch innovativere Versorgungssettings sind, dass dieser der Mehrzahl nicht als erstes einfällt, wenn sie an Ihre Ausbildung denken.

Warum nehmen Sie ein bestimmtes Stellenangebot an oder würden Sie ein Stellenangebot annehmen? Da sehen wir an erster Stelle die Art der Tätigkeit. Also da mag auch eine gewisse soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen, aber die Art der Tätigkeit ist hier wirklich an oberster Stelle, das würde mich motivieren, eine

Abbildung 37 | Gründe für die Auswahl von Stellenangeboten



bestimmte Stelle anzunehmen, wenn die Stellenbeschreibung dem entspricht, was ich kann und was ich möchte. Aber natürlich gleich direkt gefolgt von Arbeitsbedingungen zunächst einmal ganz allgemein und dann noch ein bisschen aufgeschlüsselt und dazu zählt natürlich auch die Vereinbarkeit und der Beschäftigungsumfang, also, dass man möglicherweise hier flexible Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung hat. Vergütung ist nicht an erster Stelle, ein sehr wichtiger Punkt, aber offensichtlich jetzt aus der Perspektive nicht das allererste, wobei es natürlich graduelle Abweichungen sind. Natürlich ist auch von Interesse, dass die eigene spezifische Qualifikation berücksichtigt wird, dass das durchaus honoriert wird, dass man eben nicht eine ganz konventionelle Pflegeausbildung hat, sondern in einer besonderen Form ausgebildet ist. Hier sehen Sie noch einmal alle Gründe für die Auswahl von Stellenangeboten aufgelistet.

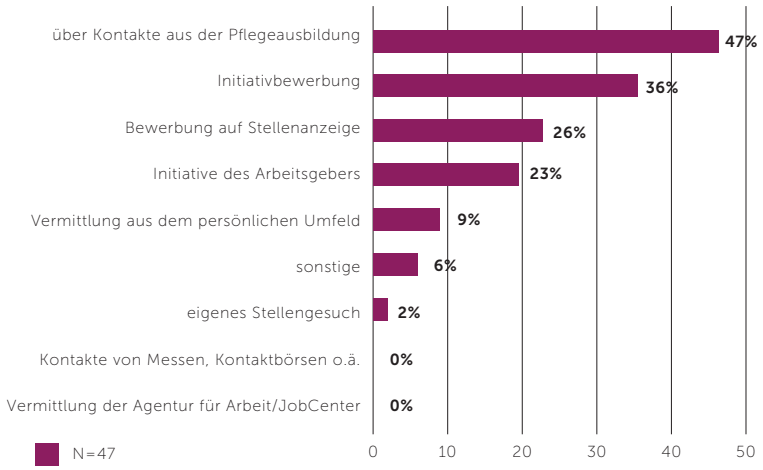
Worauf aber insbesondere hinzuweisen ist, ist, dass die Identifikation mit dem Arbeitgeber hier keine zentrale Rolle spielt. Also das heißt wenn Auszubildende verschiedene Träger, Einrichtungen und Institutionen durchlaufen haben und beispielsweise der beteiligte Altenhilfeträger jetzt an eine Person herantritt, der kann nicht unbedingt von Anfang an auf die Identifikation hier setzen, dafür reicht vermutlich die Zeit einfach nicht aus. Aber worüber finden Absolventinnen und Absolventen eine neue Stelle? Über Kontakte in der Pflegeausbildung, wie Sie hier sehen.

Also wenn man die beiden Befunde jetzt noch einmal zusammen liest, dann kann man daraus durchaus erste Handlungsempfehlungen ableiten. Zum Beispiel spielt die Bewerbung auf Stellenanzeigen keine so zentrale Rolle. Interessanterweise sind auch die Vermittlung über JobCenter oder die Agentur für Arbeit hier jetzt in dem Kontext nicht weiter bedeutsam.

Was kann nun getan werden, um insbesondere hier eine Attraktivitätssteigerung in der Altenpflege zu fördern?

Erste These: Diese Attraktivitätssteigerung beginnt vor der Ausbildung oder in der Ausbildung. Dazu zählt, dass sich die Altenpflege als professionelles und anspruchsvolles Arbeitsgebiet darstellt. Also das heißt schon bei der Gewinnung von Bewerberinnen und Bewerben für die Ausbildung deutlich zu machen, dass es da ganz neue und innovative Strukturen gibt. Man erlernt einen Beruf und wählt dann den entsprechenden Arbeitsplatz. Insbesondere in der

Abbildung 38 | Wie wurde die aktuelle Stelle gefunden?



Ausbildung braucht es eine passgenaue Konzeption für die praktische Ausbildung. Wir brauchen professionelle Praxisanleitung und wir brauchen Konzepte für die Praxisanleitung. Es müsste aus einem Guss sein mit der theoretischen Ausbildung. Die generalistische Ausbildung ist ein guter Schritt an dieser Stellschraube noch einmal deutlich nachzujustieren, und hier auf jeden Fall keine Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Trägern und Akutkliniken hinzunehmen. Hier muss man richtig investieren: Zeit, Geld, Personal.

Auch eine Kooperation mit der Schule. Hier verlässliche Strukturen mit den Schulen auf die Beine zu stellen, das ist nicht nur bedarfsmäßig erfolgt. Ich habe hier einen Auszubildenden, ich kriege den in der bisherigen Schule nicht unter, also frage ich bei einer Schule mit der ich bisher nicht kooperiert habe. Das wird dann möglicherweise nicht so goutiert von der entsprechenden Schule. Hier verlässliche Strukturen aufzubauen, das kann sogar bis dahin gehen, besondere Zielgruppen in der Altenpflege, dass die Lernort-Kooperation sich dann tatsächlich gezielt auch für einzelne Schüler und Schülerinnen überlegt, was können wir gemeinsam tun, um die Person zu unterstützen, folglich Lernunterstützung. Strategische Personalgewinnung und Entwicklung, also die Bindung und Identifikation mit dem Träger. Dafür kann man schon in der Ausbildung etwas tun. Stellen Sie sich als attraktives Arbeitsfeld dar. Schätzen Sie die Auszubildenden bereits wert. Machen Sie deutlich, dass es in Ihrem Unternehmen lukrative und transparente Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten gibt, dass es dann nicht in einer 40-jährigen Heimkarriere endet, sondern dass da ganz viel geht. Und natürlich überlegen Sie sich, was könnte für unseren Träger ein sinnvoller „Skill-and-Grade-Mix" sein. Wo brauche ich welche Qualifikationsprofile angefangen von Assistenzberufen bis hin zu akademischen Abschlüssen? Und wie können die in welcher Form wo zusammenarbeiten? Arbeitsbedingungen als Wettbewerbsvorteil nutzen, wenn wir sehen dass das eine zentrale Rolle nicht erst mit 30 oder 40 spielt. Schon bei der ersten Stellenwahl spielt das eine Rolle, dann wäre das ein Hinweis darauf, flexible Arbeitszeitmodelle anzubieten. Das Vereinbarkeitsprinzip sehr ernst zu nehmen und hier geht das nicht nur um Vereinbarkeit mit der klassischen Form von Familie. Vereinbarkeit kann heute ganz viel bedeuten. Das muss nicht heißen Vereinbarkeit mit der Tatsache, dass ich zwei bis drei Kinder großziehe, damit kann vieles andere noch gemeint sein, auch die Lebenslage der Beschäftigen ändert sich an der Stelle. Dann natürlich Unterstützung und Entlastung für einen anspruchsvollen Beruf bereitstellen. Da denken wir in zwei Richtungen. Zum einen natürlich psychosoziale Entlastung und das sollten möglichst wenig abgehobene Angebote sein. Also möglichst bedarfsnahe und fallorientierte Besprechungen, wie es manche Träger anbieten. Ethik-Fallbesprechungen, um Lösungen zu finden, nicht abstrakt und abgehoben, sondern nah an der Realität. Genauso sollte die Gesundheitsförderung nah am Bedarf sein. Nicht abgedrehte Angebote, die dann keiner nutzt, sondern schauen, was ist realistisch für die Personen vor Ort.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V. • *www.awo-wuerttemberg.de*

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Baden e. V. • *www.awo-baden.de*

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. • *www.caritas-rottenburg-stuttgart.de*

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V. • *www.dicvfreiburg.caritas.de*

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. • *www.paritaet-bw.de*

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e. V. • *www.drk-bw.de*

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V. • *www.drk-baden.de*

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V. • *www.diakonie-wuerttemberg.de*

Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V. • *www.diakonie-baden.de*

Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg • *www.irgw.de*

Israelitische Religionsgemeinschaft Baden • *www.irg-baden.de*

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.