

Dezember 2013

WISO

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Pflege zwischen Familie, Markt und Staat

Wie Pflegearbeit in Zukunft
organisiert werden kann

Gesprächskreis
Sozialpolitik



Pflege



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**





Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Pflege zwischen Familie, Markt und Staat

Wie Pflegearbeit in Zukunft
organisiert werden kann

Harald Kesselheim

Christina Schildmann

Severin Schmidt

Margret Steffen

Barbara Stiegler

Helmut Wallrafen-Dreisow

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Executive Summary	4
1. Einleitung	5
2. Bestandsaufnahme: Wer pflegt unter welchen Bedingungen?	7
2.1 Trägerlandschaft und betriebliche Strukturen	7
2.2 Beschäftigte in der Pflege: Weiblich, atypisch Beschäftigte, differenzierte Tätigkeitsbereiche	8
2.3 Pflegende Angehörige und Ehrenamtliche in der Pflege	9
3. Problemlagen	11
3.1 Problemlagen aufgrund von Bedarfen der Pflegebedürftigen	11
3.2 Problemlagen der pflegenden Angehörigen	12
3.3 Problemlagen des Arbeitsmarktes Pflege	13
4. Neue Antworten für das Pflegesystem	16
4.1 Pflegepolitik	16
4.2 Verbesserungen der Finanzierungsbedingungen	18
4.3 Regionale Strukturpolitik	19
4.4 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Ebene	21
5. Zusammenfassende Schlussfolgerung – Paradigmenwechsel einleiten	24
Literaturverzeichnis	27
Die Autorinnen und Autoren	28

Dieses Positionspapier wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Fax 0228 883 9205 | www.fes.de/wiso | Gestaltung: pellens.de | Fotos: Fotolia, PhotoAlto | Druck: bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei | ISBN: 978-3-86498-752-6 |

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Ambulante und stationäre Pflegedienste nach Trägern 2011	7
Tabelle 1:	Personal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	8
Tabelle 2:	Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	9

Executive Summary

Mit diesem Positionspapier skizzieren wir Handlungsspielräume, wie Pflegearbeit in Deutschland neu ausgerichtet und verbessert werden kann. Nach einer Einleitung in die drängenden Fragestellungen der Pflegepolitik ist es unter Punkt zwei unser Ziel, die aktuelle Situation der Pflege in Deutschland zu analysieren und eine Bestandsaufnahme durchzuführen. Im darauf folgenden dritten Kapitel widmen wir uns den in dieser Analyse deutlich ablesbaren Mängeln des gegenwärtigen Pflegesystems und nehmen die Bedarfe

der Pflegebedürftigen sowie der pflegenden Angehörigen, aber auch die prekären Arbeitsbedingungen des Berufsfelds Pflege in den Blick. Auf Möglichkeiten, wie diese Problemlagen mit Mitteln der Pflegepolitik behoben werden können, gehen wir im vierten Kapitel ein. Neben Maßnahmen im Bereich der Qualifizierung und Ausbildung, der Haltung von und dem Werben um neue Arbeitskräfte befassen wir uns unter anderem mit der regionalen Ebene als wichtigem Handlungsfeld gelingender Pflegepolitik.

1. Einleitung

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein explizit familienbasiertes Pflegesystem (Heintze 2012). Es geht von der Grundannahme aus, dass unbezahlte Pflegearbeit – überwiegend von Frauen verrichtet – die stärkste Säule ist und bleiben wird. Die Pflegeversicherung ist eine „Teilkaskoversicherung“. Sie setzt voraus, dass ein großer Teil der Pflegearbeit privat erbracht und finanziert wird, die Gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt lediglich einen Rest. Als konservativer Wohlfahrtsstaat setzt die Bundesrepublik auf Subsidiarität: Der Staat leistet nur das, was die jeweils untere Ebene, in diesem Fall die Familie, nicht schafft. Abgesichert wird dieses System auch durch ein überholtes Ehemodell, das von einem Hauptverdiener und einer Zuverdienerin ausgeht. Letztere hat weniger Einkommen und steht damit eher für die unbezahlte Pflegearbeit zur Verfügung. Parallel dazu ist die Pflegebranche immer stärker in den Niedriglohnbereich abgedrängt worden. Arbeit in Teilzeit und ein vergleichsweise geringer Professionalisierungsgrad sind heute die Regel. Gerade angesichts der vielschichtigen Herausforderungen, denen sich die Pflege in Deutschland gegenüber sieht, hat dieses Modell keine Zukunft.

Der demografische und soziale Wandel stellt das Pflegesystem gleich vor mehrere miteinander verbundene Herausforderungen: So ist einerseits mit einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen zu rechnen, während andererseits die Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt sinkt. Auch im privaten Bereich werden in Zukunft weniger Angehörige die Pflege übernehmen. Aufgrund der wachsenden Erwerbsarbeit von Frauen und der veränderten Familienstrukturen ist in Zukunft nicht mehr davon auszugehen, dass sie die Hauptlast der häuslichen Pflege auf sich nehmen (können). In beiden Be-

reichen, dem professionellen und dem privaten, mehren sich zudem die Hinweise auf eine Überforderung der Pflegenden. Nicht zu übersehen sind darüber hinaus die Auswirkungen der Schwarzarbeit. Auf sie muss die Pflegepolitik ebenfalls Antworten finden. Die wachsende Anzahl von Pendelmigrantinnen, die in den Haushalten eine Pflege rund um die Uhr übernehmen, zeigt den enormen Bedarf für diese Art der Versorgung. Die Lohn- und Arbeitsbedingungen derer, die sie zurzeit leisten, sind allerdings äußerst prekär.

Die Pflegebranche muss sich dem abzeichnenden Fachkräftemangel in der Altenpflege annehmen. Als mögliche Maßnahmen werden hier zumeist arbeitsmarktpolitische Instrumente genannt, die zu einer besseren Nutzung des inländischen Fachkräftepotenzials beitragen sollen. Dazu gehören die Steigerung des Anteils an Vollbeschäftigten, die Mobilisierung der stillen Reserve, eine verbesserte Ausbildung oder die Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes und nicht zuletzt das Werben um männliche Arbeitskräfte. Darüber hinaus werden immer wieder Überlegungen angestellt, wie die Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte gesteigert werden kann.

Unser Diskussionsbeitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels und der abnehmenden häuslichen Pflegearbeit basiert auf einer besonderen Perspektive. Das erfolgreiche, servicebasierte Pflegesystem der skandinavischen Staaten dient uns dabei als Anhaltspunkt und Orientierung. Im Mittelpunkt unserer Überlegungen steht zum einen die Frage, wie die Qualität der Versorgung Hilfebedürftiger verbessert werden könnte. Dabei nehmen wir den Wunsch der meisten Pflegebedürftigen ernst, in ihrer Häuslichkeit verbleiben zu wollen, und fragen nach dem Bedarf an unterstützenden Hilfen, und zwar unabhängig

von der Arbeit pflegender Angehöriger. Vor diesem Hintergrund versuchen wir zum anderen, die beschäftigungspolitische Frage zu beantworten, ob für die so identifizierten Hilfe- und Dienstleistungsbedarfe auf einem (regionalen) Arbeitsmarkt einerseits die notwendigen qualifizierten Fachkräfte bereitstehen, und andererseits, welchen Beitrag die Pflegepolitik sowie regionale und betriebliche Akteure leisten können, um im regionalen Kontext den zukünftigen Bedarf an Fachkräften zu befriedigen. Zu bewerten ist auch, welche Fachlichkeit künftig gefordert sein wird. Dazu müssen die Unterstützungsbedarfe für die „unbezahlte“ und ehrenamtliche Pflegearbeit ausgelotet werden. Es stellen sich folgende Fragen:

- Welche haushaltsnahen, personenbezogenen und pflegerischen Dienstleistungen sind für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen in der Häuslichkeit notwendig?
- Wie können pflegende Angehörige entlastet und unterstützt werden?
- Welche Anforderungen sollte der Pflegemarkt erfüllen?
- Was kann regionale Beschäftigungspolitik tun, um entsprechende Angebote zu entwickeln?
- Welche betrieblichen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten können entwickelt werden?
- Wie sind die politischen Rahmenbedingungen und die Finanzierung der Pflege auszugestalten, um eine gute Versorgung und notwendige Beschäftigung zu sichern?
- Welche Aufgaben sollten Kommunen in Zukunft erfüllen?

2. Bestandsaufnahme: Wer pflegt unter welchen Bedingungen?

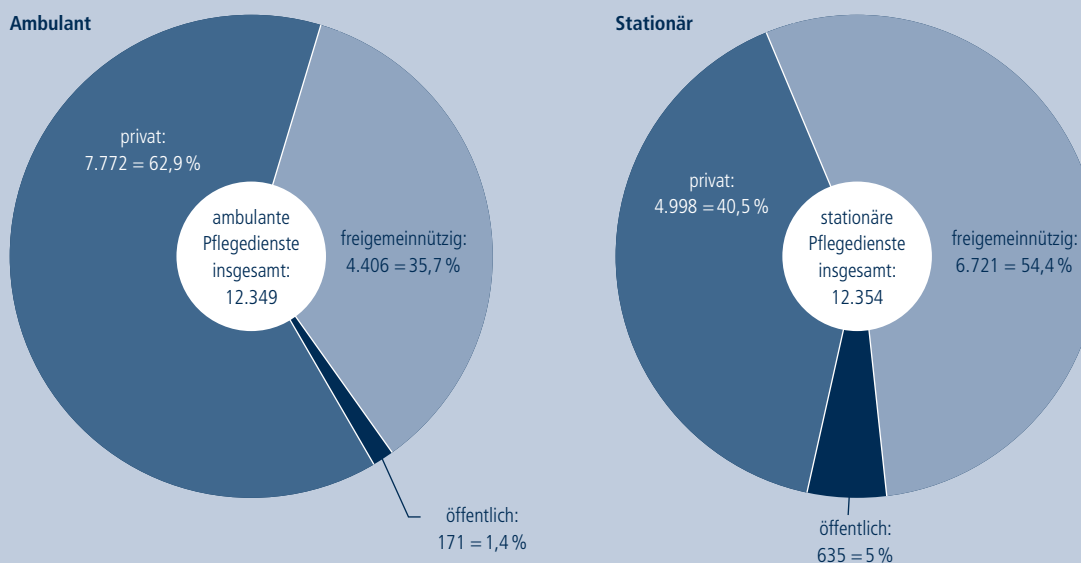
2.1 Trägerlandschaft und betriebliche Strukturen

Die Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) zeigt ein deutliches Bild: Ende des Jahres 2011 befand sich der weit überwiegende Teil der ambulanten Pflegedienste in privater Hand. Lediglich 36 Prozent wurden von freigemeinnützigen Trägern geführt, ein Prozent befand sich in

öffentlicher Hand. Fast alle ambulanten Pflegedienste (97 Prozent) boten neben den Leistungen nach SGB XI (Pflegeversicherung) auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an. Im Schnitt betreute ein Pflegedienst im Jahr 2011 47 Pflegebedürftige. Bei einem hohen Anteil der ambulanten Pflegebetriebe handelt es sich um Klein- und Kleinstbetriebe.

Abbildung 1:

Ambulante und stationäre Pflegedienste nach Trägern 2011



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011.

2.2 Beschäftigte in der Pflege: Weiblich, atypisch Beschäftigte, differenzierte Tätigkeitsbereiche

Die Beschäftigten in der Pflege sind meist Frauen und werden im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich häufig teilzeitbeschäftigt. Zudem lässt sich eine Vielzahl atypischer Beschäftigungsverhältnisse feststellen.

Die Berufsbilder im Pflegesektor sind durchaus differenziert: Neben den klassischen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und der Fachkraft für Altenpflege findet sich ein Kaleidoskop von Berufsabschlüssen. Dazu gehören Pflegefachhelferinnen und -helfer mit einer zweijährigen Ausbildung, Pflege- und Betreuungsassistentinnen und -assistenten nach § 87b SGB XI ebenso wie Berufspositionen, die mit Begriffen wie Alltagsmanagerin und Alltagsmanager, Haus- und Alten-

pflegerin und -pfleger, Alltagsbetreuungskraft, Personenbetreuerin und Personenbetreuer beschrieben werden.

Die Statistik zeigt, dass in allen aufgeführten Berufen überwiegend – in manchen Bereichen nahezu ausschließlich – Frauen arbeiten. Bemerkenswert ist, dass der Anteil von Männern bei pflegewissenschaftlichen Abschlüssen mit rund 30 Prozent vergleichsweise hoch ist.

Viele Menschen mit einem Migrationshintergrund haben in der Pflege eine Arbeit gefunden. Sie sind zu etwa 18 Prozent in der Altenpflege als qualifizierte Kräfte tätig, zu 21 Prozent als Pflegehelferinnen und Pflegehelfer beschäftigt, und bis zu 20 Prozent sind in den Servicebereichen stationärer Einrichtungen zu finden.

Migrantinnen arbeiten auch in der häuslichen Pflege: Es gibt eine große Gruppe von Pendelmigrantinnen, die in der häuslichen Ver-

Tabelle 1:

Personal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich (Stand Dez. 2011)

Beschäftigungsverhältnis	Personal insgesamt	Anteil (in %)
vollzeitbeschäftigt	79.755	27,4
teilzeitbeschäftigt	204.672	70,4
davon über 50 %	100.514	34,6
davon unter 50 %, aber nicht geringfügig	42.487	14,6
davon geringfügig beschäftigt	61.671	21,2
Praktikantinnen und Praktikanten, Schülerinnen und Schüler, Auszubildende	5.326	1,8
Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	460	0,2
Zivildienstleistende	64	0,0
Helferinnen und Helfer im Bundesfreiwilligendienst	437	0,2
Insgesamt	290.714	100,0
Überwiegender Tätigkeitsbereich		
Pflegedienstleitung	16.671	5,7
Grundpflege	204.795	70,4
hauswirtschaftliche Versorgung	38.092	13,1
Verwaltung, Geschäftsführung	14.144	4,9
sonstiger Bereich	17.012	5,9

Quelle: Pflegestatistik 2011.

Tabelle 2:

Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich (Stand Dez. 2011)

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Anteil (in %)	Weiblich (in %)	Vollzeit (in %)
Staatl. Anerkannte/-r Altenpfleger/-in	59.736	20,5	85,4	37,2
Staatl. Anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	11.895	4,1	89,9	26,5
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	80.280	27,6	88,2	32,9
Krankenpflegehelfer/-in	13.038	4,5	89,1	24,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	7.685	2,6	97,6	30,1
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	1.222	0,4	80,9	27,7
Heilerziehungspflegehelfer/-in	244	0,1	80,7	24,2
Heilpädagogin, Heilpädagoge	95	0	85,3	20,0
Ergotherapeut/-in	453	0,2	88,1	33,3
Physiotherapeut/-in	236	0,1	84,3	23,3
Sonstiger Abschluss in nichtärztlichen Heilberufen	3.909	1,3	94,0	19,3
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.447	0,5	82,2	30,9
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	1.571	0,5	97,5	23,9
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	126	0	98,4	19,0
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung	1.080	0,4	72,5	64,5
Sonstiger pflegerischer Beruf	23.457	8,1	91,1	19,4
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	860	0,3	98,0	18,6
Sonstiger hauswirtschaftlicher Abschluss	6.332	2,2	95,8	17,0
Sonstiger Berufsabschluss	57.485	19,8	87,0	16,8
Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	19.563	6,7	80,3	20,6
Insgesamt	290.714	100,0	87,6	27,4

Quelle: Pflegestatistik 2011.

sorgung als Haushaltshilfen oder Betreuungs- und Pflegekräfte einer Arbeit nachgehen, die vielfach auf prekären Arbeitsverhältnissen beruht. Diese Gruppe wird auf circa 115.000 Personen geschätzt¹ und stellt für die Versorgung älterer Menschen somit eine relevante Beschäftigten-Gruppe dar. Hinreichende Daten über ihren Qualifikationshintergrund und ihre konkrete Arbeit gibt es nicht.

2.3 Pflegende Angehörige und Ehrenamtliche in der Pflege

Mit 70 Prozent wird der Großteil aller Pflegebedürftigen (1,76 Millionen) zu Hause gepflegt, zwei Drittel von ihnen allein von Angehörigen. Der Umfang privater Pflegearbeit für die Bedürftigen ist erst seit Kurzem bekannt: Erste Analysen (Backes et al. 2008) zeigen, dass es sich dabei um

¹ Einige Schätzungen gehen deutlich darüber hinaus.

circa 4,9 Milliarden Stunden im Jahr handelt – ein Arbeitsvolumen, das in etwa 3,2 Millionen Vollerwerbsarbeitsplätzen entspricht. Backes Untersuchung der Pflegeversicherung zeigt zudem, dass viele Regelungen pflegende Familienangehörige voraussetzen und damit bei den herrschenden Geschlechterverhältnissen die geschlechtliche Arbeitsteilung zementieren.

Über die Geschlechterverhältnisse in der privaten Pflege wissen wir: Die private Pflegearbeit wird überwiegend (zu zwei Dritteln) von Frauen geleistet. Die familiäre Verpflichtung als Partnerin, Tochter oder Schwiegertochter ist weitaus stärker als die der Männer, die vor allem als Partner pflegen.

– Das Durchschnittsalter pflegender Frauen liegt zwischen 50 und 60 Jahren, also noch in der erwerbsfähigen Lebensphase, das der Männer liegt bei 80 Jahren, also im Ruhestand (GEK-Pflegereport 2008: 69).

- Die enorm hohe Belastung von Frauen, die als Ehefrauen, Töchter, Schwestern oder Schwiegertöchter die Angehörigen pflegen, führt häufig zu der Aufgabe oder Reduktion der Erwerbsarbeit: 60 Prozent aller pflegenden Angehörigen sind nicht erwerbstätig, 27 Prozent gaben ihre Erwerbsarbeit für die Pflege auf. Frauen arbeiten eher Teilzeit, um Erwerbsarbeit und Pflegearbeit zu vereinbaren, als Männer.
- Pflegende Angehörige haben ein stark erhöhtes gesundheitliches Risiko. So sind z. B. die Ausgaben der Betriebskrankenkasse von Siemens für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die pflegebedürftige Angehörige haben, um 18 Prozent höher als für die übrige Belegschaft. Pflegende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dreimal häufiger gefährdet, depressiv zu werden, als nicht pflegende. Bei chronischen Krankheiten liegen Pflegende um gut 50 Prozent über dem Durchschnitt aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Siemens Betriebskrankenkasse 2011).

3. Problemlagen

3.1 Problemlagen aufgrund von Bedarfen der Pflegebedürftigen

Komplexe Bedarfe erfordern entsprechende Qualifikationen

Die Lebenssituation von älteren Menschen in ihrer Häuslichkeit und im Übergang zu einer stationären Versorgung ist komplex. Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden, ist zu fragen, welche Dienstleistungen ältere Menschen brauchen, damit sie in ihrer Häuslichkeit verbleiben und weiter am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Grundsätzlich wird von einem zunehmend steigenden Bedarf an Hilfen bzw. Betreuungsdienstleistungen für ältere Menschen ausgegangen. So erfordert Gebrechlichkeit haushaltsnahe Dienstleistungen, demenzielle Erkrankungen verlangen Tagesbegleitung, und Multimorbidität wiederum braucht spezielle Pflegearbeit. In den vergangenen Jahren ist zudem der Bedarf nach gendersensibler Pflege immer deutlicher geworden: Nicht nur lange zurückliegende Gewalterfahrungen, insbesondere aus Kriegszeiten, machen spezielle Behandlungsformen notwendig. Es stellt sich auch die Frage gleich- oder gegengeschlechtlicher körperlicher Pflege. Sexualität und Erotik im Alter sind keine Tabuthemen mehr, der richtige Umgang damit muss jedoch gelernt werden. Darüber hinaus ist mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten zu rechnen. Aus der Perspektive des Pflegepersonals bedeutet deren Betreuung eine neue Herausforderung. Denn zumeist fehlt es hier an Wissen über den kulturellen Hintergrund und die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten. Diese hingegen erleben diesen Mangel nicht selten als Diskriminierung. Infolgedessen kommt es zu Missverständnissen und falschen pflegerischen

Handlungsansätzen, die wiederum zu Barrieren in der häuslichen Versorgung und Betreuung werden können. Diese Fülle verschiedener, auch neuer Anforderungen, die sich bei der Pflege in Altershaushalten zeigt, erklärt, weshalb es nicht einfach ist zu definieren, welche Tätigkeiten und Qualifikationen der Arbeitsmarkt bereithalten soll. Die Erbringung haushalts- und personenbezogener Dienstleistungen findet zudem auf unterschiedlich stark regulierten Arbeitsmärkten statt, die Übergänge zur Schattenwirtschaft aufweisen.

Unflexible Übergänge in teilstationäre/ stationäre Pflege

Kann das Leben in der Häuslichkeit für ältere Menschen nicht gewährleistet werden, steht die Entscheidung für eine stationäre Unterbringung an. Zwar kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht von einer Unterversorgung mit stationären Einrichtungen in den Bundesländern gesprochen werden, aber es fehlen niedrigschwellige und flexible Angebote sowie Tagespflege und Kurzzeitpflege im Übergang zwischen Häuslichkeit und stationärer Versorgung. Zwar zielt die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes darauf ab, vorhandene Ressourcen zu stärken. Dennoch ist eine Heimunterbringung heute beinahe „endgültig“. Eine auf die Stärkung bzw. Regeneration von Ressourcen ausgerichtete Pflege im Heim könnte hingegen eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit möglich machen.

Leistungen sind nicht aufeinander abgestimmt

Die Versorgungsstrukturen und Unterstützungsleistungen für Altershaushalte sind umfangreich, aber häufig nicht oder nur unzureichend auf-

einander abgestimmt. Sofern Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, basieren sie im Wesentlichen auf Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern V, XI und XII (Sozialhilfe). Seit Einführung der Pflegeversicherung wurde auf sich verändernde Bedarfe mit Ergänzungen reagiert.

Lücken der pflegerischen Versorgung im Privathaushalt

Es kann davon ausgegangen werden, dass Angehörige in Zukunft immer weniger Zeit zur Versorgung älterer Menschen haben und mit den zeitlichen und qualifikatorischen Anforderungen einer Pflege überfordert sein werden. Die häusliche Situation verschärft sich zudem dann, wenn selbst haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen nicht mehr ausreichen, um die Selbstständigkeit des älteren Menschen zu unterstützen. Hier zeigt sich zumeist, dass das in Deutschland praktizierte „Standardmodell“ der Versorgung in Privathaushalten – ambulante Dienste in Verbindung mit pflegenden Angehörigen – deutliche Grenzen aufweist bzw. für viele Altershaushalte an der Realität vorbeigeht. Besondere Probleme entstehen gerade dann, wenn eine volle pflegerische Versorgung im Privathaushalt zu organisieren ist. Es ist eine Lücke in der Betreuung/Pflege von hilfebedürftigen Menschen festzustellen, sobald eine kontinuierliche Versorgung mit Alltagshilfen bis hin zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit gefordert ist. Diese Betreuung umfasst in der Regel hauswirtschaftliche und personennahe pflegerische Leistungen. Dabei sind die Grenzen zwischen den zu erbringenden Tätigkeiten fließend. Vor allem einkommensstärkere Bevölkerungsgruppen haben auf diese Lücke mit der Anstellung osteuropäischer Haushalts- und Betreuungskräfte reagiert. Deren Beschäftigungsverhältnisse sind oftmals prekär.

Festzuhalten ist, eine systematische Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege ist nicht gegeben. Sie wird auch durch die überwiegende Privatheit, in der diese Pflege stattfindet, verunmöglicht. So kann an dieser Stelle gesagt werden, dass die Leistungen der Pflegeversicherung auf

die Herausforderungen in Altershaushalten und den hier entstehenden Dienstleistungsbedarfen bisher keine Antwort geben. Es fehlen die notwendige Qualitätssicherung und Beschäftigungsstandards sowie deren Finanzierung.

3.2 Problemlagen der pflegenden Angehörigen

Informationsdefizite bei Eintritt des Pflegefalls

Im Falle der Pflegebedürftigkeit Angehöriger mangelt es zunächst an ausreichender und verlässlicher Information und Beratung. Die Angebote der Beratung zu den zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen sind für ältere Menschen und ihre Angehörigen unzureichend und unübersichtlich. Aber nur wer die Unterstützungsangebote und die Leistungen der Pflegeversicherung kennt, ist auch in der Lage, die individuell passende Unterstützung zu organisieren.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Bislang wird der Grundsatz der Vereinbarkeit von Beruf und Familie vor allem auf die Kinderbetreuung angewandt – und auch in diesem Bereich vorrangig als ein Problem der Mütter gesehen. In Zukunft wird aber die Pflege von Angehörigen oder anderen, nahestehenden Personen immer stärker zu einem Problem für Erwerbstätige, Frauen wie Männer. Auf diese „normale“ Situation im Lebensverlauf haben die meisten Betriebe und Verwaltungen noch keine geeignete Antwort gefunden, sodass für viele nur die Arbeitszeitreduktion oder das Ausscheiden aus dem Berufsleben bleibt.

Finanzielle Absicherung aktuell und im Alter

Wer Angehörige pflegt, wird für diese Arbeit nicht bezahlt, sondern erhält ein Pflegegeld. Dieses richtet sich nicht nach dem notwendigen Unterhalt, sondern nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen. Auch eine Rund-um-die-Uhr-Pflege oder -Betreuung ist keinesfalls existenzsichernd.

In der Folge werden die Pflegenden entweder von den Unterstützungs- und Grundsicherungsleistungen abhängig oder von Unterhaltsverpflichtungen ihrer Familienangehörigen. Frauen geraten daher weitaus häufiger als Männer in finanzielle Abhängigkeit vom Partner oder vom Staat, wenn sie private Pflegearbeit leisten. Und die finanzielle Situation wird für viele pflegende Angehörige mit der Dauer der Pflege immer prekärer, da sich das eigene Einkommen reduziert, die Kosten für die Pflege aber steigen.

Überforderung

Pflegende Angehörige müssen tagtäglich über einen langen Zeitraum sowohl körperlich als auch seelisch enormen Belastungen standhalten: Zu Zeitdruck, Schlafmangel und Sorgen kommen häufig Enttäuschung, Schuldgefühle und Ängste hinzu. Mit der Zeit leiden die meisten auch unter sozialer Isolation. Da sie, im Gegensatz zu den professionell Pflegenden, nicht gelernt haben, eine innere Distanz zu den Pflegebedürftigen aufzubauen, sind sie oft emotional überfordert. Insbesondere die Persönlichkeitsveränderung von Demenzerkrankten ist für viele pflegende Familienangehörige schwer zu ertragen.

3.3 Problemlagen des Arbeitsmarktes Pflege

Qualifizierung und (Fach-)Kräftemangel bei haushalts- und personenbezogenen Dienstleistungen und in der Fachpflege

Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf die steigende Pflegebedürftigkeit sind seit Jahren bekannt. In regelmäßigen Abständen zeigen Prognosen die Zunahme der Pflegebedürftigkeit und die gleichzeitig wachsende Lücke zwischen Bedarf und Verfügbarkeit der Pflege. So geht das Statistische Bundesamt beispielsweise in seinen jüngsten Projektionen bis 2025 von circa 90.000 fehlenden Beschäftigten in Pflegeberufen aus (Statistisches Bundesamt 2010: 990ff.) und auch die EU fordert eine beschäftigungspoli-

tische Initiative zur Behebung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen in Europa (Europäische Kommission 2008).

Deutlich wird, dass die Ausbildungs- und Beschäftigtenzahlen hinter dem stark gestiegenen Pflegebedarf zurückbleiben. In ihrer Fachkräftengpassanalyse konstatiert die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit 2013), dass im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege in allen westlichen Bundesländern sowie in Sachsen und Berlin Fachkräftemangel herrscht. Dadurch bleibt eine offene Stelle in der Gesundheits- und Krankenpflege im bundesdeutschen Durchschnitt 112 Tage unbesetzt.

In der Altenpflege ist die Situation noch dramatischer: Hier gibt es in allen Bundesländern erhebliche Fachkräftengpässe, und eine offene Stelle bleibt durchschnittlich 130 Tage unbesetzt. Damit ist die Vakanzzeit in der Altenpflege um 56,2 Prozent länger als im Bundesdurchschnitt aller Berufe.

Die Ausbildungslandschaft ist zerfasert. Nur die dreijährige Ausbildung in der Altenpflege und Gesundheits-/Krankenpflege ist bundesweit einheitlich geregelt.

Pflege lebt von motivierten und qualifizierten Menschen. In der **stationären Pflege** heißt gute Versorgung ausreichendes und qualifiziertes Personal. Die Personalkosten in der stationären Pflege machen circa 70 Prozent der Gesamtkosten aus. Einsparungen lassen sich an dieser Stelle daher nur um den Preis einer inakzeptablen Reduzierung bei der Personalausstattung oder -vergütung erzielen. Erfahrungsgemäß können viele Pflegekräfte aufgrund der unzureichenden Personalausstattung ihren eigenen Ansprüchen an die Qualität ihrer Arbeit nicht gerecht werden. Für die Personalausstattung in der stationären Pflege sind die Pflegesatzverhandlungen zwischen den Leistungsanbietern und den Pflegekassen die entscheidende Stellschraube. In den Pflegesatzverhandlungen wird über das Mengengerüst für Vollstellen bezogen auf zu versorgende Pflegebedürftige verhandelt. Dieses Verfahren kann dazu führen, dass zwischen den Bundesländern erhebliche Abweichungen der Personalmengengerüste auftreten. Denn es liegt im Wesen von

Verhandlungen, dass die Ergebnisse vom Verhandlungsgeschick Einzelner und der konkreten Situation bestimmt werden. Zudem fehlt es an Transparenz und Kontrolle.

In der **ambulanten Pflege** ergibt sich eine ähnliche Situation. Jedoch werden hier nicht Personalkennziffern verhandelt, sondern unmittelbar Leistungspauschalen. Verhandlungspartner sind die Gruppen der Pflegekassen und Sozialhilfeträger einerseits und die einzelnen Anbieter von Leistungen andererseits. Über die Festlegung von Punktzahlen und -werten werden definierten Leistungspaketen Preise bzw. Erlöse zugeordnet. Auch hierbei ergeben sich regionale Unterschiede zwischen Bundesländern, die teilweise erlauben, dass für gleiche Eurobeträge unterschiedliche Leistungspakete erbracht werden müssen. Dies führt entweder dazu, dass die Qualität der Leistungen sinkt oder aber dass der Umfang der Leistungen reduziert werden muss. Budgetierung fördert unterschiedliche Leistungspakete und damit – zumindest mittelbar – Lohndumping.

Auch die Strategien für die **Qualifizierung des Personals** müssen kritisch hinterfragt werden. Der Gedanke, dass Pflege weitgehend eine Tätigkeit ist, die insbesondere Frauen praktisch „von Natur aus“ beherrschen würden, ist immer noch weitverbreitet. Professionelle Pflegearbeit aber erfordert hohe Qualifikationen im fachlichen und sozialen Bereich, die durch eine Aus- und stetige Weiterbildung gelernt werden müssen. Diese Anforderungen spiegeln sich nicht im gegenwärtigen Lohnniveau wider. Die heutigen Ausbildungsregelungen außerhalb des dualen Bildungssystems und das in einigen Bundesländern geforderte Schulgeld sind ein Anachronismus.

Die Achillesferse für Wachstum und positive Branchenentwicklung ist der Faktor Arbeit

Insbesondere die Altenpflege gilt als Zukunftsbranche mit Beschäftigungsgewinnen, Innovation und Potenzial für Wachstum und Lebensqualität. Wie gezeigt, stellt sich die Anbieterland-

schaft als ausgesprochen heterogen dar und ist durch mittelständische, klein- und kleinstbetriebliche Strukturen gekennzeichnet. Selbst unter den derzeitigen Bedingungen des Fachkräftemangels in der Pflege haben sich für die Beschäftigten keine nennenswerten Einkommens- und Arbeitsplatzverbesserungen realisieren lassen. Dahinter stehen gewachsene Arbeitnehmer/Arbeitgeberbeziehungen von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder privaten Konzernen, die das System der arbeitspolitischen Interessenorganisation der Beschäftigten zumindest dämpfen.

Die Notwendigkeit, Pflege individuell zu organisieren, führt zu prekären Arbeitsverhältnissen

Auf die gesellschaftliche Lücke in der Betreuung und Pflege haben Privathaushalte mit individuellen und arbeitsmarktpolitisch prekären Lösungswegen reagiert (24-Stunden-Pflege). Im Kern handelt es sich um ein Arrangement zur Sicherung der Betreuung und der Pflege in Singlehaushalten, teilweise auch zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Solche individuellen Problemlösungen sind nur für diejenigen realistisch, die zu den gut verdienenden Einkommensgruppen gehören. Deshalb können sie keine gesellschaftlich verallgemeinerbare Lösung sein. Eine der zentralen Beschäftigtengruppen in diesem Betreuungs-, aber auch Pflegesegment sind Migrantinnen aus osteuropäischen Mitgliedsstaaten der EU. Unter Nutzung des europäischen Binnenmarktrechtes sind Beschäftigungsverhältnisse entstanden, die in Grauzonen des Arbeitsmarktes außerhalb des Sozialversicherungsschutzes stattfinden und von Fachleuten insbesondere aufgrund der Nähe zu Dienstbotenverhältnissen abgelehnt werden. Sie entsprechen in vielen Fällen nicht den von der ILO Konvention 189 für Hausangestellte² festgelegten Standards.

Haushaltsnahe Dienstleistungen sind zudem vielgestaltig hinsichtlich der Aufgaben, der Arbeitszeit, der eingegangenen Beschäftigungsver-

2 Diese Konvention wurde im Jahr 2013 von Deutschland ratifiziert.

hältnisse und der Beschäftigten, die diese Arbeiten erledigen. Bei Dienstleistungen mit geringem Umfang sind Mini- und Midijobs relativ weitverbreitet – mit steigender Tendenz. Dies wird anhand des § 35 EStG (Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen) als ein Indiz für die Inanspruchnahme haushaltnaher Dienste deutlich. In der letztgenannten Gruppe werden insbesondere geringfügige Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten erfasst. Diese sind jedoch lediglich ein Indikator für den steigenden Bedarf. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes werden haushaltsnahe Dienstleistungen zu 95 Prozent als Schwarzarbeit erbracht. Die durch Schwarzarbeit der Sozialversicherung entzogenen Beiträge fehlen folgerichtig bei den Rentenansprüchen der auf diese Art Beschäftigten. Dadurch steigt die Gefahr der Altersarmut. Festzuhalten ist gerade an dieser Stelle die Tatsache, dass es fast ausschließlich Frauen sind, die in diesen Arbeitsverhältnissen tätig sind. Infolgedessen sind sie im Alter die Ärmsten. Und mit Blick auf die älteren Menschen in den Privathaushalten sind Qualität, Verlässlichkeit und Sicherheit der Dienstleistungen nicht gewährleistet.

Sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse sind im Segment der Privathaushalte eher die Ausnahme, denn die Regel. Weder im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik noch über die Pflegeversicherung finden sich für diese Bedarfe befriedigende Lösungen. Vor dem Hintergrund der Versorgungsanforderungen in Altershaushalten ist ein ungeschützter, prekärer Arbeitsmarkt entstanden, mit den entsprechenden negativen

Begleiterscheinungen wie Lohndumping, Verstößen gegen gesetzliche Normen und Standards sowie unsicheren und abhängigen Tätigkeiten. Dieser „Arbeitsmarkt“ in Privathaushalten lässt sich auch durch eine unmittelbare gewerkschaftliche Interessenvertretungspolitik nach dem betrieblichen Modell nicht erreichen.

Zusammengefasst heißt das: Es kann von einem steigenden Bedarf im Bereich der stationären Pflege und insbesondere an haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen ausgegangen werden, die für die Hilfe, Betreuung und Pflege in Altershaushalten benötigt werden. Diese Dienstleistungen sind vielgestaltig – allerdings machen Betreuung und Pflege einen deutlich steigenden Anteil aus. Ein Zukunftskonzept qualitativer Hilfen, Betreuung und Pflege in Altershaushalten kann aber nicht allein aus individuellen Lösungsansätzen von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen bestehen. Denn als Konsequenz dieser (Not)Lösungen entgehen dem Staat Steuern und Sozialabgaben, sind für Privathaushalte (ältere Menschen und ihre Angehörigen) Qualität und Verlässlichkeit der Dienstleistungen nicht gesichert, während für die Beschäftigten Arbeitsbedingungen an der Tagesordnung sind, die der Ausbeutung nahekommen. Betrachtet man die bestehenden Finanzierungs- und Förderinstrumente auf dem Pflegemarkt, so reichen diese bei Weitem nicht aus, um den genannten Herausforderungen zu begegnen. Sie sind zudem nicht auf die besonderen Arbeitsbedingungen in Privathaushalten ausgerichtet.

4. Neue Antworten für das Pflegesystem

4.1 Pflegepolitik

Das deutsche Pflegesystem ist durch Unterfinanzierung und daraus folgend einen großen Anteil privater Finanzierung sowie eine starke Vergeschlechtlichung gekennzeichnet. Dieses Modell stößt an seine Grenzen, ein Paradigmenwechsel in der Pflegepolitik und ihrer Finanzierung ist nötig. Anders wird es nicht möglich sein, die Negativspirale sowohl bei der Qualität und Erreichbarkeit guter Pflege und sozialer Betreuung als auch bei den Arbeitsbedingungen der im Pflegebereich Tätigen zu durchbrechen. Zunächst muss die finanzielle Basis des Pflegesystems verbreitert werden. Zum Vergleich: Deutschland gab 2010 für jede Einwohnerin bzw. jeden Einwohner über 65 Jahren 1.209 Euro aus, Dänemark dagegen 6.357 Euro (Heintze 2012: 35). Mit diesem Geld fördert Dänemark das Wohlbefinden von Pflegenden und Gepflegten – und schafft gute Jobs sowie zusätzliche Steuereinnahmen. In Deutschland steht ein Pfadwechsel in diese Richtung an. Diejenigen, die das familienbasierte System erhalten wollen, bezweifeln die Möglichkeiten eines solchen Kurswechsels und argumentieren mit der angenommenen Pfadabhängigkeit von Sozialsystemen.

Aber ein Umsteuern ist möglich, wie der Bereich der Kinderbetreuung zeigt: Mit der Entscheidung, das Elterngeld einzuführen und gleichzeitig den Krippenausbau massiv voranzutreiben – bis hin zum Rechtsanspruch auf einen Platz für unter Dreijährige –, hat Deutschland den konservativen Pfad bereits einmal verlassen. Mit diesem Schritt, dem eine jahrelange hitzige Debatte vorausgegangen war, wurde das unterfinanzierte und stark vergeschlechtlichte Kinderbetreuungssystem modernisiert. Inzwischen ist es mehr oder weniger Konsens, dass der Kita-Ausbau

ein wichtiges öffentliches Anliegen ist, weil die Familie, allen voran die Mütter, die Kinderbetreuung nicht allein leisten kann und soll.

Ähnliches steht in der Umgestaltung des Pflegesystems noch bevor. Wenn Pflege nicht mehr als private Angelegenheit, sondern als gesellschaftliche Aufgabe verstanden wird und absehbar ist, dass Angehörige diese Arbeit nicht mehr wie in der Vergangenheit leisten können, müssen mehr quartiersnahe, professionelle Angebote im ambulanten und stationären Bereich bereitgestellt werden. Das Zukunftsleitbild aus dem Bundesgleichstellungsbericht (BMFSFJ 2011: 210) weist in dieselbe Richtung. Dort heißt es: „Es gibt eine angemessene Infrastruktur für Kindererziehung und Pflege, Optionen zur Unterbrechung oder zur vorübergehenden, reversiblen Reduktion der Erwerbstätigkeit sind gesellschaftlich erwünscht und werden unterstützt, sodass keine Nachteile entstehen. Es bedarf besonderer Anreize, damit diese Optionen von Männern genauso wie von Frauen genutzt werden können.“

*Gemeinnützigkeit, Daseinsversorgung
und Qualität stärken –
den Wettbewerbsgedanken abbauen*

Das Pflegesystem hat eine starke Wettbewerbsorientierung: Ambulante und stationäre Anbieter von Pflegedienstleistungen stehen in Konkurrenz zueinander und buhlen um Kunden. Dabei unterscheiden sich die Anbieter durchaus voneinander. Es finden sich an internationalen Kapitalmärkten orientierte Unternehmen, die Pflegeheime betreiben und mitunter zweistellige Renditen erwirtschaften, genauso wie kleine ambulante Pflegedienste, deren Eigentümerinnen und Eigentümer bis zur Selbstausbeutung arbeiten und ein geringes Einkommen erwirtschaften.

Ziel muss es sein, die Interessen der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen und die eingesetzten Mittel zum Wohle dieser zu nutzen. Wettbewerb darf kein Selbstzweck sein und muss sich Qualitätsstandards und dem Prinzip der Menschenwürde unterordnen. Ziel muss es ferner sein, die Orientierung der Anbieterkonkurrenz am niedrigsten Preis einzuschränken und die Qualität der Leistung in den Vordergrund zu rücken. Eine solche Orientierung hätte an zwei Punkten anzusetzen: Zum einen muss es in dominanten Trägerbereichen der Sozialwirtschaft betriebs- und tarifpolitisch darum gehen, eine qualifizierte Beschäftigtenstruktur in den Einrichtungen zu stabilisieren und die Erosion von Arbeitsbedingungen und Einkommen nach unten zu verhindern. Dazu gehören vor allem Anstrengungen der Gewerkschaften, Tarifverträge in der Sozialwirtschaft an einheitlichen Standards auszurichten, aber auch die Einführung eines Branchentarifvertrags Soziales mit einem Lohnniveau, das dem Niveau der „typisch männlichen“ Berufe mit äquivalenten Qualifikationen vergleichbar ist. Ebenso erforderlich sind die gezielte Förderung der betrieblichen Weiterbildung, eine betriebliche Arbeitszeitpolitik, die den Bedürfnissen sowohl älterer Menschen als auch der Beschäftigten in den unterschiedlichsten Lebenssituationen gerecht wird, sowie die Weiterentwicklung des Pflegemindestlohns. Durch eine abgestimmte Tarifpolitik bei größeren Einheiten kann es gelingen, auch kleinere Betriebe in den Regionen über den Grundsatz „ortsüblich“ zu erreichen. Dies ist zwar ein unbestimmter Rechtsbegriff, findet aber in Pflegesatzverhandlungen durchaus Anwendung.

Ausbau der Beschäftigung in der Pflege

Um eine gute und sichere Pflege zu gewährleisten, ist es zuallererst notwendig, eine realistische Abbildung des benötigten Personalbedarfs zu bekommen. Das sollte unter Einbeziehung der zukünftig verminderten Pflege durch Angehörige und unabhängig vom Ergebnis regionaler Verhandlungen geschehen. Aktuell fehlen zuverlässige Daten für eine genaue Bestimmung des Per-

sonalbedarfs in den einzelnen Einrichtungen. Darüber hinaus ergeben sich zusätzliche Unklarheiten und Verschiebungen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Die Gewährleistung einer sicheren Datenlage sollte eine Aufgabe des Staates sein. In Verbindung mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines neuen Begutachtungsinstrumentes muss auch die Frage beantwortet werden, ob hieraus verlässliche und verbindliche Vorgaben für eine angemessene personelle Ausstattung abgeleitet werden können, die bindend für die Vertragspartner sind. Diese Initiativen bedürfen gleichzeitig betriebs- und tarifpolitischer flankierung, um die weitere Erosion von Arbeitsbedingungen und Einkommen in der Branche zu verhindern.

- Die prekäre Arbeitssituation von Migrantinnen in der Betreuung und Pflege in Altershaushalten sollte politisch reguliert und der Bedarf durch Beschäftigte mit guten Arbeitsverhältnissen gedeckt werden. Auch die Rund-um-die-Uhr-Versorgung sollte in abgesicherten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und mit kontrollierten Arbeitsbedingungen verbunden sein. Einzelne Haushalte als Arbeitgeber können das in der Regel nicht leisten. Es müssen Formen der öffentlichen Beschäftigung für diese Arbeitenden gefunden werden.
- Um eine gute Pflegeausbildung zu gewährleisten, sollte ein Ausbildungsmodell angestrebt werden, das auf den Standards des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) basiert und eine einheitlich geregelte Qualifizierung sichert. Ein Kaleidoskop an Berufsabschlüssen mit extremer Spezialisierung soll vermieden werden. Gleichfalls müssen Qualifikationsanforderungen für den Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen/Alltagsbegleitung/Pflege entwickelt werden: Wir brauchen mehr aufeinander aufbauende, qualifikationsübergreifende und durchlässige Qualifizierungen in der Pflege, die sowohl bundeseinheitlich als auch EU-weit anschlussfähig sind.
- Dafür bietet der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) eine erste Orientierung. Hier werden acht Qualifikationsniveaus klar vonein-

ander abgegrenzt. Sie sind auf die Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe ausgerichtet, die im Leben älterer Menschen entstehen können. Dabei wird es für die Zukunft entscheidend sein, wie die Kranken- und insbesondere die Altenpflege im Kontext dieses Qualifikationsrahmens bewertet werden. Dabei kommt es entscheidend darauf an, theoretischem und berufsfachlichem Wissen und praktischen und sozialen Kompetenzen, die im Rahmen einer dualen Ausbildung erworben wurden, einen ebensolchen Stellenwert wie einer Professionalisierung zuzuordnen, die allein auf einer akademischen Ausbildung beruht. Neben spezifischem Wissen und Können aber gilt für alle Qualifikationsniveaus, dass personale und soziale Kompetenzen wie Akzeptanz, Wertschätzung, Toleranz und Einfühlungsvermögen in der Arbeit mit hilfs- und pflegebedürftigen Menschen Voraussetzung sind, über die Beschäftigte verfügen müssen. Kompetenzen sind erlernbar und sollten im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechend organisiert und weiter gefördert werden. Damit kann an dieser Stelle festgehalten werden: Eine rein auf die Vermittlung von Kenntnissen und manuellen Fertigkeiten ausgerichtete Qualifizierung wird den spezifischen Anforderungen der Pflege nicht gerecht. Gerade die Alltagsbegleitung und haushaltsnahe Unterstützung erfordert jedoch ein hohes Maß an personaler und sozialer Kompetenz, die nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden kann – weder bei Frauen noch bei Männern. Ob haushaltsnahe Dienstleistungen als eine berufliche Tätigkeit akzeptiert werden, die es wert sind, angemessen bezahlt zu werden, hängt auch davon ab, wie diese Kompetenzen professionell gefördert und für die Nutzer als gesicherte Qualität erfahrbar werden. Solange sie von Kostenträgern, Arbeitsagenturen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und auch den Nutzerinnen und Nutzern als selbstverständliches Beiwerk betrachtet werden, wird es schwer sein, angemessene Bezahlung und Arbeitsbedingungen im Bereich Pflege und haushaltsnaher Dienstleistungen durchzusetzen.

Entlastung und Besserstellung pflegender Angehöriger

Vorrangiges Ziel ist die Entlastung pflegender Angehöriger durch qualitativ hochwertige und bezahlbare Dienstleistungsangebote. Solange die Angehörigenpflege eine zentrale Bedeutung hat, sollte das Pflegegeld in der Höhe den ambulanten Sachleistungen angeglichen sowie die Anrechnung der Pflegeleistungen für die eigene Rentenversicherung erhöht werden. Dies sollte über das Renteneintrittsalter hinaus möglich sein, um einen Rentenanspruch zu erwerben oder zu verbessern. Zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegearbeit sind zeitlich und räumlich flexible Arbeitszeiten anzubieten. Ein flexibel einsetzbares und ausreichendes Zeitbudget ist notwendig, das nach den Erfordernissen des Pflegefalles genutzt werden kann und nicht zu Verdiensteinbußen für den Pflegenden führt.

Die **ehrenamtliche Arbeit** im Pflegesystem verdient hohe Wertschätzung, darf aber nicht zur Kompensation fehlender qualifizierter Leistungserbringung zweckentfremdet werden. Sie sollte lediglich der Unterstützung der professionellen Arbeit dienen. Ehrenamtliche Arbeit hat eine ergänzende Funktion in allen Bereichen der Beziehungsarbeit und sollte diejenigen Aufgaben umfassen, die die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessern. Die grundlegende Versorgung ist durch professionelle Dienstleistungen sicherzustellen. Ehrenamtlich Arbeitende sind freiwillig tätig. Sie brauchen Anleitung, Qualifizierung und Unterstützung, die durch Hauptamtliche erfolgt. Auch ehrenamtliche Arbeit unterliegt einer Qualitätssicherung. Damit ist sie für die Träger, in deren Bereich sie stattfindet, nicht kostenfrei.

4.2 Verbesserungen der Finanzierungsbedingungen

Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege, bestehend aus einer staatlichen, umlagefinanzierten Grundversicherung sowie ergänzender privater Mittel, hat zu den beschriebenen Fehlentwicklungen geführt. Dabei gerät häufig noch die un-

entgeltliche Pflegeleistung von Familienangehörigen und Ehrenamtlichen aus dem Blick: Auch sie erbringen Leistungen für das System, ohne dass diese in Statistiken und Bilanzen aufgeführt und in Euros ausgedrückt werden. Es ist gerade diese unbezahlte Arbeit, die für das bestehende Teilkaskosystem von existenzieller Bedeutung ist. Schwindet der Umfang der familiären Pflege, hat das auch Auswirkungen auf die Finanzierungsbedingungen.

Wenn ein Paradigmenwechsel in der Pflege – weg vom familienbasierten, hin zu einem servicebasierten System – gelingen soll, muss dies durch dementsprechende Finanzierungsstrukturen unterstützt werden. Zurzeit gibt es eine Reihe unterschiedlicher Vorschläge von verschiedenen Seiten, die jedoch alle bislang nicht auf einen solchen Paradigmenwechsel hin geprüft worden sind. Das gilt sowohl für eine umlagefinanzierte Vollversicherung, eine deutlich stärkere Finanzierung durch Steuergelder als auch für den Ausbau der privaten Vorsorge. Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass die Finanzierung der Pflege bedarfsdeckend, sozial gerecht, nicht privat ist. Sie muss zudem Anreize bieten, auf lokaler Ebene eine effektive Pflegeinfrastruktur für die betroffenen Menschen zu etablieren. Abgesehen von der konkreten Ausgestaltung der Finanzierung ist es unumstritten, dass die Gesellschaft in den kommenden Jahren insgesamt deutlich mehr finanzielle Ressourcen in die Pflege investieren muss. Dabei ist es nur schwer vermittelbar, wenn sich nur einige Personen oder Einkommensarten an der Finanzierung beteiligen. Eine Bürgerversicherung muss deshalb auch bei der Finanzierung der Pflege das Ziel sein.

4.3 Regionale Strukturpolitik

Zu berücksichtigen ist ferner die Entwicklung einer regionalen Beschäftigungspolitik, die an den Dienstleistungsbedarfen älterer Menschen in Privathaushalten und in stationären Einrichtungen ansetzt. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie es gelingen kann, den steigenden Bedarf an professionellen Hilfs-, Unterstützungs-, Betreu-

ungs- und Pflegeangeboten personell zu bewerkstelligen und in einer qualifizierten, zuverlässigen und geschlechtergerechten Weise zu organisieren. Trägerstrukturen, Wettbewerbsbedingungen und Finanzierung sind dabei neu zu gestalten.

Ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot muss sich am Sozialraum der Menschen orientieren. Versorgungsangebote müssen strukturell so angelegt sein, dass sie – regional ausgerichtet und integriert – bei der Versorgung in Privathaushalten personen- und haushaltsbezogene Dienstleistungen und ambulante und stationäre Pflege verbinden. Dabei ist auf die Anschlussfähigkeit an eine regionale Beschäftigungspolitik zu achten, die sich an legalen und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen und möglichst an den Standards von Qualität und Sicherheit des regulierten Pflegemarktes orientiert. Vor dem Hintergrund der Beschäftigungssituation und den Herausforderungen in der Dienstleistungserbringung sollen im Folgenden die Handlungsfelder aufgezeigt werden, über die die Steuerung einer positiven Beschäftigungsentwicklung im Bereich der Pflege in einer Region möglich ist.

Denn wie in kaum einer anderen Branche stellt sich die Frage nach den Bedarfen und Dienstleistungen für die Hilfe, Betreuung und Pflege von älteren Menschen im regionalen Handlungszusammenhang. Zwar setzen Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik die Rahmenbedingungen für Infrastrukturen, Ausbildung oder Finanzierung. Im regionalen Handlungszusammenhang wird jedoch darüber entschieden, wie diese genutzt und ausgestaltet werden. Gerade auf der regionalen Ebene sind zwei zentrale Akteure für die Sicherung und Weiterentwicklung personeller Ressourcen zuständig. Neben den Betrieben sind dies vor allem die Kommunen, die zur Entwicklung regionaler Versorgungs- und Beschäftigungsstrukturen an der Schnittstelle zwischen Privathaushalten, ambulanter und stationärer Versorgung beitragen können. Gezielte Politik kann hier die gute Versorgung älterer Menschen durch qualifizierte Betreuung, Hilfe und Pflege gewährleisten.

Handlungsmöglichkeiten vor Ort – die regionale Ebene

Auf der regionalen Handlungsebene müssen strukturpolitische Konzepte vor allem in der Lage sein, neue und zusätzliche Dienstleistungsbedarfe in den Altershaushalten mit regionalen Angeboten der Leistungserbringung zu verknüpfen. Regionale Gebietskörperschaften können eigene Gestaltungsansätze einbringen. Dazu zählen regionale Planungsinstrumente, Möglichkeiten des Infrastrukturausbaus und „weiche“ Steuerungsinstrumente, beispielsweise der Bürgerdialog oder Regionalkonferenzen. Zudem ergeben sich neue Möglichkeiten, wenn die Mittel der regionalen Arbeitsmarktpolitik und -steuerung tatsächlich genutzt werden. Aus Perspektive der regionalen Gestaltung geht es dabei vor allem darum, zwischen Betrieben, Dienstleistungserbringern und intermediären, den Pflegemarkt unterstützenden Einrichtungen ein gemeinsames Verständnis über den regionalen Versorgungsauftrag herzustellen.

Dabei ergeben sich vorrangig folgende Handlungsfelder und Akteurskonstellationen:

- **Stationäre Versorgung:** Regionale Planung der stationären Versorgung, die Definition der individuellen Versorgungsnotwendigkeiten, mehr und qualifizierteres Personal in der stationären Versorgung tragen zu ihrer Qualität sowie zur Qualität der Arbeit bei.
 - **Ambulante Versorgung und haushaltsnahe Dienstleistungen:** Hier stehen die Vernetzung und Qualifizierung der Dienstleistungen in einem regulierten Arbeitsmarkt (Dienstleistungspool) durch den Aufbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse im Zentrum. Erforderlich in diesem Bereich sind der Aufbau von Beratungs- und Dienstleistungsagenturen, die Möglichkeit der gezielten Auswahl benötigter Leistungen, die Begrenzung der Schwarzarbeit sowie die Sicherung der Qualität der Dienstleistung durch Beratung, Qualifizierung und Standards.
 - **Intermediäre Einrichtungen:** Im Bereich der intermediären Einrichtungen ist die Planung und der Aufbau eines qualifizierten, integrierten und verlässlich verfügbaren Beratungsangebotes für ältere Menschen und ihre Angehörigen mit einer Orientierung an Case- und Caremanagement-Modellen wesentlich.
- Für alle Bereiche gilt: Instrumente aus der regionalen Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung sind vorhanden. Sie sollten mit den Handlungsmöglichkeiten, die sich aus den Sozialgesetzbüchern ergeben, abgestimmt werden, um die bestmögliche Wirkung zu erzielen.

Beschäftigungsprogramm

Angesichts des Bedarfs an Arbeitskräften und der gleichzeitig erforderlichen Einführung und Sicherung von Qualitätsstandards schlagen wir ein Beschäftigungsprogramm vor, das folgende Handlungsnotwendigkeiten vorsieht:

- **Regionale Beratungs- und Angebotsstruktur konsequent nutzen:** In der Pflegeberatung finden strukturelle Kooperationen bislang nur sehr selten statt. Auch deshalb wird das Angebot der gesetzlich verankerten Pflegeberatung noch nicht in hohem Maß von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen wahrgenommen. Die Information und Beratung weist im Bedarfsfall große Qualitätsunterschiede auf. Eine professionelle und die Ressourcen der Betroffenen einbeziehende Hilfe- und Versorgungsplanung sollte ausgebaut werden.
- **Pflegerische Versorgung stärker quartiersbezogen ausrichten:** Hilfreich wäre hierfür eine Dienstleistungsagentur, die sowohl Pflege- und Wohnraumberatung als auch die Vermittlung von Diensten organisiert. Flächendeckende, aufsuchende Information, Beratung und Schulung bedarf der Einbeziehung der Leistungserbringer. Die vorhandenen Pflegestützpunkte sollten dabei eine tragende Rolle spielen.
- **Jobchancen für Langzeitarbeitslose, Migrantinnen und Migranten und Benachteiligte durch Qualifizierung in der Pflege verbessern:** Aktuell ist die Finanzierung von Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen für arbeitssuchende Personen auf vier Monate begrenzt. Das Ziel dieser Maßnahmen ist, nach der Vorstellung der Agentur für Arbeit, in kurzer Zeit durch passgenaue Qualifizierungsmodule die Vermittlungsfähigkeit zu verbessern oder den Einstieg in formelle Ausbildungs-

gänge zu erleichtern. Die gesetzlichen Regelungen der Pflegeausbildungen sehen aber keine Anerkennung einzelner Teilqualifikationen vor. Die einzige Möglichkeit, Qualifizierungsmaßnahmen anzurechnen, ist bisher die Verkürzung der dreijährigen Ausbildung. Diese Förderpraxis verbessert den Zugang zu Pflegeausbildungen für Arbeit suchende Jugendliche nicht wesentlich. Um den Fachkräftemangel zu beseitigen, sind, neben verstärkten Ausbildungsbemühungen, vor allem auch das Halten und der Wiedereinstieg von Arbeitskräften in der Pflege dringend zu fördern. Eine weitere Herausforderung, neben dem Ausbau der Ausbildung und der qualifizierten Zuwanderung, wird dabei die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund, Langzeitarbeitslosen und sozial Benachteiligten sein. Diese Bevölkerungsgruppen verstärkt für die Pflegearbeit zu gewinnen, sollte – soweit Motivation, Belastbarkeit und Eignung der Kandidaten dies zulassen – das Ziel sein. Der quartiersbezogene Ansatz bietet gute Möglichkeiten, kultursensible Pflegemodelle verstärkt zu praktizieren.

- **Männliche Jugendliche und Erwachsene für die Pflegeausbildung gewinnen:** Grundsätzlich ist festzustellen: Die Einkommen in den Pflegeberufen insbesondere zwischen der Kranken- und Altenpflege unterscheiden sich deutlich. Die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Entlohnung werden dazu führen, dass Pflegeberufe nicht länger als Zuverdienstberuf wahrgenommen wird. Darüber hinaus ist es notwendig, das stereotype Männerbild zu verändern und um soziale Kompetenzen zu erweitern. Das wird auch die Hürde vor pflegerischen Berufen bei der Berufswahl für junge Männer abbauen helfen. So wie sich langsam die Einsicht durchsetzt, dass ein „richtiger“ Mann auch ein sorgender Vater sein sollte, muss es ein Ziel für die Zukunft sein, dass die Pflege von Angehörigen auch Männersache wird.
- **Pflege- und Arbeitsmarkt durch gemeinsame Planung verzahnen:** Das Land NRW hat in Städten und Kreisen Pflegekonferenzen eingerichtet, in denen sowohl Kostenträger als auch

Leistungsanbieter vertreten sind. Darüber hinaus bestehen kommunale Pflegeberatungsstellen bzw. Pflegestützpunkte. Durch ein Zusammenarbeiten der Institutionen könnte der Versorgungs- und Arbeitskräftebedarf auf lokaler Ebene sowohl quantitativ als auch qualitativ ermittelt und die Förderung der Arbeitsagentur hierauf abgestimmt werden. Die Steuerung und Koordination von Pflege- und Arbeitsmarkt wäre somit eine kommunale Aufgabe. Auf dieser Ebene können kurzfristige Arbeitskräftebedarfe erkannt und neue Arbeitskräfte gewonnen werden, etwa indem die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und Qualifizierungen unterstützt wird.

4.4 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Ebene

Auf der betrieblichen Handlungsebene liegen die Herausforderungen in der Versorgung älterer Menschen vor allem im Fachkräftemangel und in der Notwendigkeit einer besseren Personal- und Organisationsentwicklung. Auf beide Probleme kann auf der betrieblichen Handlungsebene gestaltend Einfluss genommen werden. Dabei geht es vor allem um Maßnahmen zur Sicherung und zum Erhalt motivierter Belegschaften sowie um Instrumente und Strategien zur Rekrutierung.

- **Arbeitsbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen sind zu verbessern:** Die heutige personelle Ausstattung ist letztlich Ausdruck eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses. Stetig steigende Anforderungen an die Versorgungsintensität blieben lange unberücksichtigt. Notwendig ist daher ein von allen Beteiligten akzeptiertes Verfahren zur einvernehmlichen Feststellung der Personalbemessung der notwendigen und qualitativ angemessenen Personalausstattung. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang, die Leistungen nach den jeweils notwendigen Qualifikationsniveaus zu differenzieren, um starre Fachkraftquoten ablösen zu können. Durch eine Kombination der Kontrollaufgaben und der Beratung der Träger zur Verbesserung der personellen Bedingungen (z.B. Einrichtung von

Benchmark-Kreisen, Best Practice-Beispiele) könnte die Attraktivität der Arbeit in den Pflegeeinrichtungen erhöht werden.

Gute Arbeit in der Pflege ist möglich: Anregungen und Beispiele

Die Qualität sozialer Dienstleistungen hängt entscheidend von der Qualifikation, den Kompetenzen sowie dem Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. Daher liegen in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Gesunderhaltung der Beschäftigten Kernaufgaben von guter Arbeit in der Pflege. Wie dies konkret aussehen könnte, zeigen folgende Beispiele:

- **Ausbildung Pflegefachkräfte:** Eine enge Betreuung und praxisnahe Anleitung sind wichtige Bestandteile einer fachlich hochwertigen Ausbildung. Zur intensiven Unterstützung der berufspraktischen Ausbildung von Pflegefachkräften kann zusätzlich zu den Praxisanleitern vor Ort eine koordinierende Praxisanleitung eingesetzt werden. Als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für sämtliche Belange begleitet sie die angehenden Pflegefachkräfte während der gesamten Ausbildung und ist für die Koordination und fachliche Abstimmung mit den Praxisanleitungen, den Mentorinnen und Mentoren vor Ort sowie für regelmäßige Entwicklungsgespräche zwischen den Auszubildenden, Mentorinnen und Mentoren und Personalverantwortlichen zuständig. Alle zwei Wochen stattfindende Praxistransfertage werden von der koordinierenden Praxisanleitung zur Intensivierung der berufspraktischen Ausbildung organisiert und durchgeführt.
- **Personalentwicklung:** Eine langfristige Personalplanung und -entwicklung ist zentral für die Einführung von guter Arbeit in der Pflege. Dazu gehören regelmäßig durchgeführte Qualifikationsbedarfs- und -bestandsanalysen, die Entwicklung von Führungskräften, die Förderung einer diversifizierten Personalstruktur (Diversity Management), gezielte Fortbildungen sowie die Schaffung einer innovativen Lernkultur innerhalb der Einrichtungen. Ein Beispiel für die Förderung einer vorausschauenden Personalentwicklung ist das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Europäischen Sozialfonds geförderte Projekt TOP – teamorientierte Personalentwicklung. Das Projekt zielte auf die Qualifizierung und Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der unteren und mittleren Führungsebene der Pflegebranche. Wohnbereichs- und Teamleitungen der Altenheime der Stadt Wuppertal und Mönchengladbach wurden in Zusammenarbeit mit dem Bildungsinstitut im Gesundheitswesen Essen (BiG) in umfassenden Schulungen hinsichtlich gesundheits- und mitarbeiterorientierenden Führungsweisen qualifiziert. In erster Linie wurden die Führungskräfte in der Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen unterstützt und dahingehend sensibilisiert, die Lern- und Weiterbildungsbereitschaft ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern sowie sich selbst besser vor Überlastungen zu schützen.
- **Betriebliche Gesundheitsförderung:** Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Qualität der Pflege können durch eine betriebliche Gesundheitsförderung erheblich verbessert werden. Gesundheitsfördernde Strukturen und Maßnahmen zum Erhalt der Mitarbeitergesundheit können durch einen Lenkungsausschuss und einer verantwortlichen Person im Betrieb (Gesundheitsmanagerin/Gesundheitsmanager) unter Einbeziehung der Belegschaft initiiert und koordiniert werden. Innerbetriebliche Fortbildungen zum Thema Selbstpflege, eine psychologische Beratungsstelle für Beschäftigte und deren Angehörige, Trainingsmöglichkeiten in Fitnessräumen sowie Massagen am Arbeitsplatz mit individueller Beratung bei spezifischen Beschwerden sind beispielhafte Angebote, die in Unternehmen der Pflegebranche präventiv angeboten werden können. Des Weiteren bieten alljährliche Gesundheitstage den Beschäftigten u. a. durch Gesundheits-Check-ups, Stress- und Ernährungsberatungen die Gelegenheit, sich individuell zu informieren und beraten zu lassen. Darüber hinaus ermöglichen Arbeitssituationsanalysen, in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Probleme und Belastungen am Arbeitsplatz zu

identifizieren und gemeinsam geeignete Lösungen und Strategien für gesunde und zufriedenstellende Arbeitsbedingungen zu entwickeln.

Dem drohenden Fachkräftemangel betrieblich begegnen

Pflegeeinrichtungen können aktiv werden, um Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Dazu können sie beispielsweise Schulpraktika anbieten oder gezielt Migrantinnen und Migranten sowie Männer ansprechen. Betriebe können Stipendien an Fachhochschulen vergeben und so Studierende als mögliche Führungskräfte an die Einrichtung heranführen. Um Fachkräftemangel vorzubeugen, ist es ebenso sinnvoll, ein effektives be-

triebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren, das auch psychische Probleme umfasst. Es wird immer wichtiger, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger zu beschäftigen und sie stärken- und kompetenzorientiert einzusetzen.

Die Qualitätssicherung der Arbeit nutzt den Beschäftigten und den Pflegebedürftigen

Eine systematische Qualitätssicherung und ihre Normierung helfen, Sicherheit zu schaffen. Formale Arbeitskontrollen motivieren wenig, besser ist es, Qualitätszirkel in der Arbeit zu implementieren sowie Mitbestimmungsstrukturen auszubauen, in denen die Arbeitsbedingungen kontrolliert werden.

5. Zusammenfassende Schlussfolgerung – Paradigmenwechsel einleiten

Ausgangspunkt unserer Überlegungen war einerseits die Frage, wie gerade angesichts des zu erwartenden Rückgangs privater Pflegearbeit die Versorgung Hilfebedürftiger verbessert werden kann. Wir haben nach dem Bedarf an unterstützenden Hilfen und Dienstleistungen für ein Leben in der Häuslichkeit gefragt. Andererseits haben wir versucht, die beschäftigungspolitische Frage zu beantworten, ob für die so identifizierten Hilfe- und Dienstleistungsbedarfe auf einem (regionalen) Arbeitsmarkt die notwendigen qualifizierten Fachkräfte bereitstehen und welchen Beitrag die Pflegepolitik sowie regionale und betriebliche Akteure leisten können, um im regionalen Kontext den zukünftigen Bedarf an Fachkräften zu befriedigen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung älterer Menschen in ihrer Häuslichkeit unterentwickelt ist. Es gibt gegenwärtig keine systematische und nachhaltige Entwicklung dieses Versorgungsbereichs im Pflegesystem. Wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ aus der Pflegeversicherung ernst genommen, so ergeben sich neue, strukturell angelegte Herausforderungen, die einer politischen Antwort bedürfen. Denn es ist sowohl politisch wie auch gesellschaftlich nicht zu vertreten, dass die gezeigten blinden Flecken in der häuslichen Versorgung durch eine mangelhafte Finanzierung, prekäre Arbeitsverhältnisse und einen Verlust an Pflegequalität „kompensiert“ werden. Aus der bisherigen Betrachtung lassen sich folgende Herausforderungen für eine politische Gestaltung identifizieren:

Strukturelle Veränderungen in der häuslichen Versorgung einleiten

Um die häusliche Situation in Altershaushalten zu stabilisieren, ist eine ganzheitliche Sichtweise nötig. Die zu entwickelnden Dienstleistungsprofile sind mit den Begriffen Haushaltsführung, Grundpflege und Teilhabeermöglichung zu charakterisieren. Von ihrer Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit ist es abhängig, ob und inwieweit ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit verbleiben können oder ob sie gezwungen werden, früher als notwendig eine stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.

Der größte Teil der bestehenden Bedarfe wird gegenwärtig durch die Privathaushalte selbst organisiert und finanziert. Ambulante Dienste sind aufgrund der definierten Leistungspakete auf Aufgaben in der Grund- und Fachpflege konzentriert, während Angehörige und weitere Dienstleister die Sicherung des Lebens in der Häuslichkeit gewährleisten. Dass eine Vielzahl von finanziell besser gestellten Haushalten auf die irreguläre Beschäftigung osteuropäischer Migrantinnen zurückgreift³, ist ein deutlicher Hinweis auf strukturelle Probleme in der derzeitigen Umsetzung von Pflege und Betreuung in Altershaushalten. Reformen in Richtung integrativer, servicebasierter Versorgungsmodelle sind somit ein zentraler Baustein für den notwendigen Paradigmenwechsel.

Konkret heißt das: Der Ausbau des bestehenden Pflegesystems oder aber ein schrittweiser Umbau in Richtung auf integrative Versorgungs-

3 Diese Beschäftigungsverhältnisse sind durch die EU-Binnenmarktregelungen vordergründig legal. In der konkreten Praxis wird häufig gegen Arbeitsrecht verstoßen, insbesondere in Bezug auf Regelungen zur Arbeitszeit.

modelle und die stärkere Berücksichtigung haushalts- und personenbezogener Dienstleistungen im Sinne eines servicebasierten Pflegesystems machen andere Steuerungen und Impulse sowie andere Finanzierungsmodelle notwendig. Für eine solche Reformperspektive lassen sich insbesondere folgende Ansatzpunkte in der aktuellen deutschen Debatte identifizieren:

- Grundlegend für die Förderung von Dienstleistungen in den Bereichen der Teilhabe, des Haushalts und der Grundpflege ist die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht auf körperlich bedingte Defizite bei den Verrichtungen des täglichen Lebens begrenzt, sondern folgt der Logik integrierter Versorgung. Zudem wird bei der Bewertung des Unterstützungsbedarfs – und das ist zentral für die Finanzierung von Leistungen – die bisher zergliederte Erfassung der Versorgungsbedarfe verlassen und stattdessen der Grad der Selbstständigkeit (beziehungsweise der Verlust von Selbstständigkeit) zugrunde gelegt. Ausgehend von dem individuellen Bedarf älterer Menschen für ein selbstbestimmtes Leben in der Häuslichkeit setzt dieser Begriff auf die Förderung der Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben.
- Viele Hilfe- und Unterstützungsbedarfe von älteren Menschen liegen im Vorfeld der Pflege. Wird der Gedanke eines servicebasierten Pflegesystems weiterentwickelt, dann geht es zunächst um die Verknüpfung der Nachfrage der Altershaushalte mit den Dienstleistungsangeboten der Anbieter. Allerdings zeigen die Schwierigkeiten in Altershaushalten, sich durch den „Dschungel“ möglicher Angebote zu bewegen, dass die Entwicklung integrierter Dienstleistungsangebote nicht ohne unterstützende Hilfen im Bereich der Beratung und Einzelfallsteuerung auskommen wird. Solche Steuerungsinstrumente stehen mit regionalen Pflegestützpunkten und mit der Umsetzung von Case- und Care-Managementkonzepten zwar bereit, ihre bisherige Anbindung an unterschiedliche Träger mit jeweils eigenen Interessen begrenzt jedoch ihre Steuerungswir-

kung. Um substanziell eine Steuerungswirkung zu erreichen, könnten diese Ansätze gleichwohl in Richtung eines kommunalen Dienstleistungszentrums weiterentwickelt werden. Dieses hätte Aufgaben der Steuerung und der Qualitätssicherung auf einem regionalen „Pfle-gemarkt“ zu übernehmen (Stiegler: 2011).

Arbeitsverhältnisse in Altershaushalten ausweiten, „legalisieren“ und profilieren

Anhand der Bedarfe haben wir gezeigt, dass pflegende Angehörige unerlässlich für das Pflegesystem und aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen auf ergänzende personen- und haushaltsbezogene Dienstleistungen angewiesen sind. Dabei muss der tägliche Hilfebedarf älterer Menschen im Bereich Teilhabe, Pflege und Haushalt nicht immer zwingend durch ausgebildetes Pflegepersonal unterstützt werden. Gefordert sind vielmehr komplementäre Dienstleistungen, um die hier aufscheinende Versorgungslücke zu schließen. Während Angehörige zur Pflege immer weniger im Stande sind, bleibt das Angebot an ergänzenden, bezahlbaren personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen knapp, denn aufseiten der ambulanten Pflege fehlen zunehmend die entsprechenden Fachkräfte. Soll also der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiterhin seine Berechtigung haben, stehen Pflege- und Arbeitsmarktpolitik vor der Herausforderung, die Zahl der Beschäftigten auszuweiten und die Berufsbilder zu profilieren.

Mit einem Arbeitskräftepotenzial von circa 115.000 Beschäftigten stellen Migrantinnen eine nennenswerte Beschäftigungsgruppe in Altershaushalten. Diese Beschäftigtengruppe komplettiert im Moment die Versorgung durch Angehörige. Ihre Arbeit ist in einem familienorientierten und im Leistungsangebot zergliedert angelegten Pflegesystem bisher unsichtbar. Hier gilt es, eine Entwicklung der Beschäftigung in der ambulanten Pflege in Gang zu setzen. Neben arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen der Fachkräftegewinnung kommen dafür gerade Maßnahmen infrage, die betrieblich ansetzen und auf die Profilierung der Aufgaben der ambulanten Dienste,

die Arbeitsteilung zwischen diesen und anderen Dienstleistern sowie die Finanzierung dieser Versorgungsangebote abzielen.

Dabei stehen ambulante Dienste vor der Herausforderung, ausreichend und qualifiziertes Personal für die häusliche und ambulante Versorgung zu binden. Denn die Sicherung des Bestandes an Fachkräften ist eine der entscheidenden Rahmenbedingungen für eine gute Pflege in der Häuslichkeit. Dies erfordert in den Bereichen Ausbildung sowie auf dem betrieblichen und regionalen Arbeitsmarkt einen integrierten beschäftigungspolitischen Ansatz. Hingewiesen wurde auf die nicht einheitlich geregelte Qualifizierung und Ausbildung in der Altenpflege, die grundsätzlich eine Neujustierung der Ausbildung von Pflegefachkräften und eine Integration der bisher getrennten Ausbildungen im Sinne des Berufsbildungsgesetzes und unter jetzigen Bedingungen die Finanzierung der Ausbildung über die Länder sowie eine einheitliche Ausbildungsplatzabgabe verlangt.

Als weiteres Problem konnte die desolante Beschäftigungssituation in der stationären Versorgung benannt werden. Neben einer deutlichen Verbesserung der Einkommen sollte über die Leistungs- und Mengengerüste in den Pflegesatzverhandlungen neu beraten werden. Auch durch Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, der Qualitätsentwicklung, Gesundheitsförderung und der Gestaltung altersgerechter Tätigkeitsfelder könnten die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden. Als Leitlinien sind eine Vereinheitlichung der Arbeitsbedingungen und bessere Entlohnung über tarifvertragliche Gestaltung, die Weiterentwicklung des Pflegemindestlohns sowie gesetzliche Personalbemessungsstandards zu nennen.

Angesichts der absehbaren Konkurrenz um Arbeitskräfte auf einem enger werdenden Fachkräftemarkt könnten die Möglichkeiten, Fachkräfte zu gewinnen, mit Maßnahmen der (regionalen) Arbeitsmarktpolitik erweitert werden. Dazu gehört beispielsweise die Umschulung, die

ein zentrales Thema der Fachkräftesicherung ist. Anzuknüpfen ist in diesem Zusammenhang an die wieder aufgenommene Finanzierung der Umschulung für die Pflege über die Arbeitsförderung. Es bedarf einer effektiveren Finanzierung von Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen für Arbeitsuchende. Dabei ist die Dauer der Qualifizierung auf die gesetzlichen Regelungen der Pflegeausbildungen abzustimmen, damit das Ziel, die Vermittlungsfähigkeit zu verbessern oder den Einstieg in formelle Ausbildungsgänge zu erleichtern, erreicht werden kann.

Unterstützende Infrastruktur – eine neue Rolle für die kommunale Selbstverwaltung

Neben den beschriebenen Reformansätzen im Pflegesystem und der Beschäftigungspolitik ist eine unterstützende Infrastruktur der Information, Beratung und qualitativen Steuerung notwendig. Diese Anforderung schließt sich an Diskussionen an, die gerade Gebietskörperschaften und Kommunen eine neue Rolle in der Gestaltung einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft zuweisen (KDA-FES 2013; Hoberg et al. 2013).

Dabei geht es aus unserer Sicht um die Entwicklung einer regionalen Beschäftigungspolitik im Bereich der haushalts- und personenbezogenen Dienstleistungen. Im hier untersuchten Bereich der Versorgung in Altershaushalten sollte der steigende Bedarf an Dienstleistungen durch infrastrukturelle Angebote der Information, Beratung und Steuerung professionell unterstützt und organisiert werden. Solche Beratungsangebote hätten sich sowohl an die Nachfrager, d.h. Altershaushalte, als auch an die Dienstleister, d.h. Anbieter von personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen, zu richten. Darüber hinaus bedarf es einer steuernden Instanz, die in der Lage ist, Dienstleistungsbedarf und -angebot zusammenzufassen und zu koordinieren. Das sollte zukünftig zu einer Aufgabe der Kommunen, die für die Daseinsfürsorge zuständig sind, werden.

Literaturverzeichnis

- Backes, Gertrud Maria; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina 2008: Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik, Bonn.
- Barmer GEK 2008: Pflegereport 2008, Schwäbisch Gmünd.
- Bundesagentur für Arbeit 2013: Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Juni 2013, Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2011: Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf, Berlin.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2011: Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen – im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“, Bielefeld.
- Europäische Kommission 2008: Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa. Kom 2008 (725/3), Brüssel.
- Friedrich-Ebert-Stiftung; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) 2013: Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs, Bonn.
- Heintze, Cornelia 2012: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs, Bonn.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd 2013: Eckpunkte – Strukturreform Pflege und Teilhabe, Berlin.
- Siemens Betriebskrankenkasse 2011: Analyse zur Situation pflegender Angehöriger, Pressemitteilung, <http://www.sbk.org/presse/presseinformationen/detail/article/analyse-der-sbk-zeigt-pflegende-angehoerige-sind-kraenker-als-andere-menschen.html> (9.11.2013).
- Statistisches Bundesamt 2010: Monatszeitschrift Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 11/2010, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2013: Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden.
- Stiegler, Barbara 2011: Gute Pflege – gute Arbeit: Das kommunale Dienstleistungszentrum für Bürgerinnen und Bürger, WISO direkt, Bonn.

Die Autorinnen und Autoren

Harald Kesselheim

Rechtswissenschaftliches und volkswirtschaftliches Studium an den Universitäten Bonn und Mainz. Seit 1974 im AOK-Bundesverband und dort maßgeblich an der Einführung der Pflegeversicherung beteiligt. Von 1995 bis 2010 Leiter der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.

Christina Schildmann

Studium der Politikwissenschaft, Geschichte und Germanistik an den Universitäten in Münster und Köln. Von 2007 bis 2009 Grundsatzreferentin im SPD-Parteivorstand, seit 12/2009 Referentin für Familien- und Geschlechterpolitik im Forum Politik und Gesellschaft der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Severin Schmidt

Studium der Politikwissenschaft, Öffentliches Recht und Public Policy an den Universitäten Trier und Leuven (Belgien). Seit 2004 bei der Friedrich-Ebert-Stiftung, von 2006 bis 2011 Referent im Landesbüro Thüringen der Friedrich-Ebert-Stiftung, seit 2011 Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Stiftung.

Dr. Margret Steffen

Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Bielefeld. Seit 2002 Gewerkschaftssekretärin im Bereich Gesundheitspolitik der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) mit dem Schwerpunkt „Europäische Gesundheitspolitik. Seit 2011 alternierende Vorsitzende der Vertreterversammlung in der Berufsgenossenschaft Gesundheits- und Wohlfahrtspflege (BGW).

Dr. Barbara Stiegler

Studium der Psychologie und Pädagogik an der Universität Bonn, Forschungsarbeiten zur Humanisierung der Arbeit und zur Geschlechterpolitik, ehemalige Leiterin des Arbeitsbereiches Frauen- und Geschlechterforschung in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Helmut Wallrafen-Dreisow

Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH seit der Gründung 1996. Vorher als staatl. anerkannter Altenpfleger in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege und in der Altenpflegeausbildung tätig. Die Sozial-Holding ist ein kommunales Unternehmen und mit seinen ca. 870 Beschäftigten größter Anbieter in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege in Mönchengladbach.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Das Neue Magische Viereck nachhaltiger Wirtschaftspolitik – Maßnahmen zur Steigerung des gesamgesellschaftlichen Wohlstands in der neuen Legislaturperiode

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Deutschland – ein Wundermärchen

WISO direkt

Außenwirtschaft

Europäische Wettbewerbsdesorientierung

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Vorschlag zur Neuordnung des Finanzausgleichs

WISO direkt

Steuerpolitik

Die Steuerpolitik der letzten Dekaden unterminiert die Soziale Marktwirtschaft – Warum wir eine gerechtere Steuerpolitik brauchen

WISO direkt

Steuerpolitik

Steuer- und Transferpolitik auf dem Weg in die Sackgasse – eine Analyse der Umverteilungswirkung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Innovative Ansätze in der Beratung von Migrantinnen und Migranten mit Gründungsambitionen – Potenziale aus der akademischen Gründungslehre nutzen

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Energiearmut als Querschnitts-Herausforderung – Impulse für eine politische Strategie

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Verbraucherperspektiven bei der EEG-Reform

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Reformoptionen für die Verkehrsinfrastrukturfinanzierung und Verkehrspolitik in Deutschland – Straße, Schiene und ÖPNV

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gute Pflege vor Ort

Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Inklusion: In der dualen Berufsausbildung kann sie gelingen

WISO direkt

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Humanisierung der Arbeit braucht Forschung

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – gestalten und finanzieren

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Ziele und Handlungsfelder einer kohärenten Migrationspolitik

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Kulturelle Vielfalt im Fußball – Vereine als Lernort für gesellschaftliche Veränderungsprozesse

WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

