

## **Vortrag Ursula Kriesten**

**Anlässlich der Fachtagung des AAA 04.05.2011 Schwerin**

### **Chancen einer demographieadäquaten Altenpflegeausbildung**

In einer Gesellschaft, die endlich beginnt über den altersdemographischen Faktor und dessen Auswirkungen nachzudenken, scheint es schon seltsam, wenn sich Akteure gegen eine Berufsausbildung positionieren, die sich speziell entsprechend der altersdemographischen Faktoren entwickelt hat.

Die Risiken und Chancen des demographischen Wandels erfordern neue Konzepte und Qualifizierungen. Die deutsche Altenpflegeausbildung hat sich hierbei als Erfolgsschlager erwiesen. Soll sie nun einer generalistischen Pflegeausbildung geopfert werden?

Lasst uns darüber nachdenken und im Sinne der Lebensqualität älterer und alter Menschen planen und handeln.

### **Einführung und Problemstellung**

Der altersdemographische Wandel bedeutet für Deutschland eine grundsätzliche Herausforderung. Die Bevölkerung wird älter und nimmt ab.<sup>1</sup> Zudem kommt, dass Deutschland eine der am schnellsten alternden Gesellschaften der Welt ist.<sup>2</sup> Diese Entwicklung bringt eine hohe Nachfrage nach Gesundheitsleistung und Pflege, mit sich, speziell für ältere und alte Menschen<sup>3</sup>. Der Bedarf an Altenpflege, Altenpflegeservice und Altenpflegebildung wird nicht nur in Deutschland stark zunehmen.

„Bei konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten wird voraussichtlich die Zahl der gegenwärtig 2,1 Millionen pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2030 auf 3,3 Millionen ansteigen“<sup>4</sup>. Die Risiken des demographischen Wandels<sup>5</sup> werden uns

---

<sup>1</sup> Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Altern in Deutschland. Band 9, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, S.21

<sup>2</sup> Vgl. www.BMBF (2005): Konsortium Bildungsberichterstattung (Hrsg.) S.18, siehe: Entstehende Herausforderungen für das Bildungssystem und die Ausführungen zum „Megatrend“ Demographie.

<sup>3</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Antwort auf kleine Anfrage. Drucksache 17/2301, vom 26.06.2010, S.1

<sup>4</sup> Deutscher Bundestag (2010): Antwort auf kleine Anfrage. Drucksache 17/2301, vom 26.06.2010, S.1

einholen, wenn die Gesellschaft, die politisch Verantwortlichen und die Unternehmen sich zu spät oder nur zögerlich auf ihn einstellen.<sup>6</sup> Während sich viele Länder heute mit der Entwicklung einer Pflegeausbildung speziell für Senioren befassen, berät Deutschland eine generalistische Pflegeausbildung zu entwickeln, die die Profile der Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vereint.<sup>7</sup> Eine Entwicklung, die hier in Frage zu stellen ist, da sie sich gegen eine demographieadäquate Ausbildungsstrategie richtet. Es gilt darüber nachzudenken, welche Bedeutung die deutsche Altenpflegeausbildung, die sich entlang der zunehmenden Versorgungsbedarfe und der Wertschöpfungsketten der Einrichtungen und Unternehmen entwickelt und professionalisiert hat, für unsere Gesellschaft darstellt. Kann eine generalisierte Pflegeausbildung eine ebenso demographieadäquate Berufsqualifizierung erwirken, oder gilt es die deutsche Altenpflegeausbildung weiter zu professionalisieren?

## 1.1 Fokussierung

Ich befrage mich mit der Fragestellung, ob es sinnvoll ist, dem aktuellen Trend zur Schaffung einer generalistischen oder integrierten<sup>8</sup> Pflegeausbildung<sup>9</sup> zu folgen. Die Auflösung der Berufsprofile Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege scheinen primär und vordergründig strukturelle Vorteile zu bringen. Bei genauer Betrachtung der gesellschaftlichen Entwicklung erscheinen die Vorteile jedoch eher fragwürdig. Die potenziellen Gefahren und Nachteile einer Generalisierung der Pflegeberufe werden in meinem Vortrag dargestellt. Ziel ist es nicht, ein einseitiges Bild ausschließlich zur Bestandssicherung und sektoralen Abgrenzung der Altenpflegeausbildung

---

<sup>5</sup> Weiterführende Empfehlungen zum Thema „Altern in Deutschland“ wurden von der Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Akademie für Technikwissenschaften entwickelt und publiziert. Diese Empfehlungen befassen sich mit den Chancen und Herausforderungen des demographischen Wandels. Sie wurden von der Akademiengruppe „Altern in Deutschland“, einer Gruppe von Wissenschaftlern und Praktikern aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen, erstellt. Beauftragt wurde die Gruppe hierzu im Jahr 2005 von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech).

<sup>6</sup> Vgl. Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Band 9, S.21  
Vgl. auch: Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. [www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf), 10.04.10

<sup>8</sup> Derzeit werden zwei mögliche Ausgestaltungen der Pflegeausbildung diskutiert: Das integrierte Modell steht für eine gemeinsame Grundausbildung für Auszubildende der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege und späterer Differenzierung innerhalb des Ausbildungszeitraumes. Im Zuge der generalistischen Ausbildung wird für alle drei Pflegeberufe ein ähnlicher Berufsinhalt gelehrt. Die Spezialisierung erfolgt auf dem Weiterbildungsweg im Anschluss an die Ausbildung.

<sup>9</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Drucksache 17/2301, vom 26.06.2010, S. 1

abzubilden. Vielmehr sollen die Chancen einer weiteren Professionalisierung der Altenpflegeausbildung fokussiert werden. Ich stelle außerdem Forderungen an die Entscheidungsträger, die über die Neukonzeption der Pflegeberufe beraten.

## **2 Entwicklung der Professionalisierung der Altenpflege**

Die Professionalisierungsbestrebungen der Altenpflege haben in Deutschland eine noch relativ junge Kultur. Im 18. Jahrhundert lebten alte und bedürftige Menschen in Armenhäusern. Im 19. Jahrhundert entstanden erste Einrichtungen zur Pflege alter und behinderter Menschen, die nicht in Krankenhäusern versorgt werden konnten. Bis in die 1950er Jahre wurde die Altenpflege weitgehend von Ordensschwestern und Diakonissen ohne spezifische Qualifikation erbracht.<sup>10</sup>

In der Nachkriegszeit und der Zeit des Wirtschaftswunders veränderten sich in Deutschland die gesellschaftlichen Bedingungen stark. Die Zahl alter und behinderter Menschen nahm zu. Familienstrukturen waren durch den Zweiten Weltkrieg zerstört oder veränderten sich stark durch die Möglichkeiten der Berufstätigkeiten auch für Frauen. Zunehmend entstanden Altenheime und damit verbunden war ein hoher und zunehmender Bedarf an Pflegerpersonal. Krankenpflegepersonal war nicht in ausreichender Zahl vorhanden. Die Altenpflege galt in den 1960er und 1970er Jahren vielmehr als nicht ernstzunehmende Alternative für die sich zunehmend medizinisch und technisch entwickelnde Krankenpflege. Sie galt als Beschäftigungsmöglichkeit zweiter Wahl, der man eher aus persönlichen und privaten Gründen nachging. Die Krankenpflege entwickelte sich in der Heilhilfstätigkeit entsprechend der medizinischen Disziplinen und Funktionsabteilungen in Krankenhäusern während die Altenpflege primär im außerklinischen Bereich entstand. Die Entwicklung der Altenpflege als Beruf hatte in den 1960er Jahren ihre Anfänge.

---

<sup>10</sup> Vgl. Riedel, A. (2007): Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg, 2007, S. 13

## 2.1 Entwicklung der Altenpflegeausbildung in Deutschland

Seit Ende der sechziger Jahre hat sich in Deutschland neben der Krankenpflege<sup>11</sup>, nicht nur aus Gründen des Personalmangels, der Ausbildungsberuf Altenpflege entwickelt. Die Professionalisierung der Altenpflege<sup>12</sup> hat sich in allen Bundesländern in Deutschland entsprechend der hohen Nachfrage nach Altenpflegefachkräften etabliert. Wegen des Pflegepersonalmangels und der zunehmenden Pflegebedürftigkeit im Alter stieg Anfang der sechziger Jahre der Bedarf an Pflegepersonal, welches sich speziell um alte Menschen sorgt. Ende der sechziger Jahre begannen erste Bundesländer in Verordnungen die Ausbildung in der Altenpflege zu regeln. Bis 2003 war die Altenpflegeausbildung in Deutschland als sozialpflegerischer Beruf in Länderhoheit geregelt. 2003 löste diese Regelungen und Verordnungen oder Gesetze in nunmehr allen Bundesländern das Bundesaltenpflegegesetz ab.

Die Altenpflegeausbildung hat sich in Deutschland etabliert. Nicht nur zahlenmäßig hat sich die Altenpflege rasant entwickelt, sondern auch als stark nachgefragte Berufsgruppe<sup>13</sup>. Die Zahl der im Gesundheitswesen beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/ innen lag im Übrigen nach der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2008 bei 794.000<sup>14</sup>. Als Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen waren im Gesundheitswesen 363 000 Menschen beschäftigt.<sup>15</sup> Dennoch plant die Bundesregierung in circa einem Jahr ein neues Berufsgesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe vorzulegen.<sup>16</sup>

## 2.2 Tendenzen zur generalistischen Pflegeausbildung

Politischer Wille<sup>17</sup> und publizierte Meinung ausgewählter Experten ist, die bislang übliche Unterteilung der Erstausbildung in Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie

---

<sup>11</sup> Heute: „Gesundheits- und Krankenpflege“

<sup>12</sup> Vgl. Gesetzliche Grundlage / Bundesaltenpflegegesetz: [www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze.did=3268.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze.did=3268.html), 08.05.10

<sup>13</sup> Die Vermittlungsquote der Altenpflegeschüler nach der Ausbildung in die Berufspraxis beträgt im Durchschnitt mehr als 95%: Die Zahl wurde durch die Abfrage an deutschen Altenpflegeschulen erhoben und nicht weiter statistisch belegt. Das aktuelle Angebot an Altenpflegeabsolventen deckt nicht die Nachfrage aus der Altenhilfepraxis.

<sup>14</sup> In diese Zahl sind auch Hebammen und Entbindungspfleger sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ innen eingerechnet.

<sup>15</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Drucksache 17/2301, S. 5

<sup>16</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Drucksache 17/2301, S. 4

<sup>17</sup> Vgl. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. [www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf), 19.06.10

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aufzuheben, da der Pflegeberuf als Zielgruppe Menschen aller Altersgruppen und Situationen antrifft, in denen Pflege stattfindet<sup>18</sup>. Auf dieser Begründung sollen die bisher getrennten Berufe Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem allgemeinen Pflegeberuf zusammen geführt werden. Die berufliche Flexibilität der Absolventen soll dadurch erhöht werden. Das bisher in den getrennten Grundausbildungen vermittelte Spezialwissen muss dann Gegenstand von Anpassungs- bzw. Aufstiegsweiterbildungen werden. Die geltenden Ausbildungsgesetze für die Gesundheits- und Krankenpflege und die Altenpflege enthalten Modellklauseln, die die Erprobung gemeinsamer Pflegeausbildungen ermöglicht haben. Auf Bundes- und Länderebene wurden vielfältige Modelle umgesetzt. So hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus dem Blickwinkel der Altenpflege von 2004 bis 2008 das Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ mit acht Einzelprojekten durchgeführt und wissenschaftlich auswerten lassen. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Begleitforschung und des Beirates, in dem acht Ländervertreter/innen sowie Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft und aus Fachverbänden mitwirkten, bilden eine wichtige Grundlage für die anstehenden politischen Entscheidungsprozesse. Die durchgeführten Modellversuche verdeutlichen, dass eine Zusammenführung der Pflegeberufe angezeigt ist.<sup>19</sup> Die aus den Modellprojekten hervorgegangenen Curricula sind dadurch charakterisiert, dass sie die Generationentypik der bisherigen Pflegeberufe überwinden, indem sie ein generalistisches oder integratives/integriertes Berufsprofil zugrunde legen.

Derzeit werden insbesondere zwei mögliche Ausgestaltungen der Pflegeausbildung diskutiert: Das integrierte Modell steht für eine gemeinsame Grundausbildung für Auszubildende der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege und späterer Differenzierung innerhalb des Ausbildungszeitraumes. Im Zuge der generalistischen Ausbildung wird für alle drei Pflegeberufe ein ähnlicher Berufsinhalt gelehrt. Die Spezialisierung erfolgt auf dem Weiterbildungsweg im Anschluss an die Ausbildung.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Entspricht auch der aktuellen Position des Deutschen Pflegerates DPR

<sup>19</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Antwort auf: Kleine Anfrage Drucksache 17/2301, S.2

<sup>20</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2010): Antwort auf: Kleine Anfrage Drucksache 17/2301, S.1

Der wissenschaftliche Beirat der durchgeführten Projekte empfiehlt, die Pflegeausbildungen neu auszurichten. Im Einzelnen spricht er folgende Empfehlungen aus: „Der Gesetzgeber sollte eine Reform der Pflegeausbildung auf den Weg bringen mit dem Ziel der Verschmelzung von Altenpflegeausbildung einerseits und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits. Angestrebt werden sollte eine Pflegeausbildung, die im theoretischen Teil weitestgehend integriert ist und im praktischen Teil Schwerpunkte entsprechend einem angestrebten Arbeitsfeld vorsieht. Die Ausbildung sollte zu einem einheitlichen beruflichen Abschluss führen, der mit vergleichbaren Abschlüssen innerhalb der Europäischen Union (Richtlinie 2005/36/EG) vereinbar ist ...“<sup>21</sup>

Zur Verortung der Bildungsgänge empfiehlt der wissenschaftliche Beirat, speziell Stefan Görres: „Eine Differenzierung zwischen Altenpflegeschulen und Kinderkrankenpflegeschulen kann es nach einer Zusammenführung der Pflegeausbildungen zukünftig nicht mehr geben. Sie werden sich zu allgemeinen Pflegeschulen transformieren bzw. in Pflegebildungszentren aufgehen, die auch die für das lebenslange Lernen konstitutive Fort- und Weiterbildung anbieten. Deren Strukturen sollten auch im Hinblick auf horizontale und vertikale Durchlässigkeit optimiert werden.“<sup>22</sup> Vor dem Hintergrund von Kompetenzorientierung und Durchlässigkeit ist einerseits zu klären, welche Aufgaben im Handlungsfeld Pflege ausschließlich von Berufsangehörigen ausgeführt werden dürfen. Andererseits muss der Prozess der Berufszulassung reformiert werden, wenn Ausbildung im Sinne eines aufbauenden, gestuften Kompetenzerwerbs gedacht wird.<sup>23</sup> Der Zugang zu den jeweiligen Bildungsangeboten sollte dann nicht mehr nur über den Nachweis formaler Abschlüsse, sondern auch über den Nachweis bereits erworbener bzw. vorhandener Kompetenzen erfolgen, die im Rahmen von Einstufungsverfahren / Assessments ermittelt werden.

Darüber hinaus wird die pflegeberufliche Erstausbildung auch in Form von Bachelorstudiengängen an Hochschulen durchgeführt.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> BMFSFJ (Hrsg.) (2008): S. 208

<sup>22</sup> BMFSFJ (Hrsg.) (2008): S. 209

<sup>23</sup> Vgl. Görres, S. (2009): TIP-Netzwerk Positionspapier, S. 2

<sup>24</sup> Vgl. BMFSFJ (Hrsg.) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin 2008, S. 7

Die im Rahmen eines europäischen bzw. nationalen Leistungspunktesystems erworbenen Credit Points nach dem ECTS<sup>25</sup> gelten in diesen Bildungsstrukturen entsprechend Sektoren übergreifend. Die Berufszulassung erfolgt in diesen Strukturen dann nicht mehr nach einer zeitlich festgelegten Ausbildungszeit mit einer Abschlussprüfung, sondern durch Anerkennung nach und nach erworbener Kompetenzen durch entsprechende Institutionen der Selbstverwaltung.<sup>26</sup> Hierzu ist es erforderlich, dass definierte Kompetenzprofile umschrieben sind.

In der Betrachtung der Entwicklung der Pflegeberufe stellt Stefan Görres<sup>27</sup> fest: „Zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität und Bedarfsgerechtigkeit sind integrierte Kompetenzprofile erforderlich, die durch gemeinsame Ausbildungsteile gefördert werden können. Im Rahmen einer inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit bestehen für die beteiligten Berufe Schnittmengen bei den erforderlichen Kompetenzen. Es können dabei übergreifende Poolkompetenzen und berufsspezifische Kernkompetenzen voneinander unterschieden werden. Die Poolkompetenzen können entsprechend gemeinsam erworben werden.“<sup>28</sup>

Jedem Beruf lassen sich gewisse Kernkompetenzen zuordnen. Daneben existieren Tätigkeiten, die durch mehrere Berufsgruppen abgedeckt werden und sich durch sogenannte Poolkompetenzen auszeichnen. Sie finden sich dort, wo sich die Tätigkeitsbereiche mehrerer z.B. Gesundheitsberufe überschneiden. Dies gilt beispielsweise für das Case Management, für die soziale Arbeit, die Gesundheits- und Krankenpflege, die Altenpflege, für Hausärzte und weitere Berufsgruppen. Alle können zum Beispiel Beratung übernehmen. Auch präventive Aufgaben oder die Patientenschulung stellen klassische Poolkompetenzen dar. Hier stellt sich nur die Frage, ob die Feststellung übergreifender Poolkompetenzen Grund für Zusammenlegung von Berufen darstellen. Vielmehr sollten berufsspezifische

---

<sup>25</sup> ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System. Das European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) soll sicherstellen, dass die Leistungen von Studenten an Hochschulen des Europäischen Hochschulraumes vergleichbar und bei einem Wechsel von einer Hochschule zur anderen, auch grenzüberschreitend, anrechenbar sind.

<sup>26</sup> Görres, S. (2009): TIP-Netzwerk Positionspapier, S. 3

<sup>27</sup> Prof. Dr. Stefan Görres arbeitet am Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), Universität Bremen. Er ist Hochschullehrer im Studiengang Lehramt für Pflegewissenschaft und Leiter des o.g. Institutes. Schwerpunkt in Forschung und Lehre:

<sup>28</sup> Görres, S. (2009): TIP-Netzwerk Positionspapier, S. 3

Kernkompetenzen Professionalisierung bewirken. Die berufsspezifischen Kernkompetenzen der Altenpflege weisen in der Diskussion um altersassoziierte Versorgungs- und Bildungsbedarfe seit mehr als 15 Jahren die zentralen und zukunftsfähigen Identifikationsmuster auf.

### **2.3 Professionalisierung und Deprofessionalisierung der Altenpflegeausbildung**

Betrachtet man die Entwicklung der Pflegeberufe in Deutschland, so wird deutlich, dass die Kranken- und Kinderkrankenpflege sich in den letzten 30 Jahren stark an der Entwicklung der klinisch, medizinischen Disziplinen und der medizinischen Technisierung orientiert hat. So entstand die „Kranken“-pflege in der Onkologie, der Endoskopie, im OP mit den operationstechnischen Assistenten, der Physican Assistant, usw.. Die Altenpflegeausbildung hingegen wurde in den sechziger und siebziger Jahren auf Grund von Mangel an Krankenpflegepersonal, vielmehr an Mangel an adäquatem Pflegepersonal und auf Grund der nach dem Zweiten Weltkrieg neu entstandener Versorgungsbedarfe von alten Menschen entwickelt. Sie richtete sich an den speziellen Lebensbedürfnissen alter Menschen aus. Im Kontext von Leben, Wohnen, sozialer und körperlicher Bedarfe entstand in der Altenpflege in Deutschland ein Berufsprofil, das sich nicht an der medizinisch, technischen Evolution sondern an menschlichen Bedarfen ausrichtet. Diese Entwicklung der Bedarfe entstand speziell in einer Gesellschaft des Älterwerdens.

Die Veränderungen des Bevölkerungswandels ziehen eine veränderte Versorgungsstruktur nach sich. Die demographisch höchste Entwicklung im Bevölkerungswandel haben wir in der Gruppe der 80-Jährigen und älteren. Hier finden wir außerordentlich komplexe Pflegesituationen aufgrund von Multimorbidität, beziehungsweise aufgrund des gleichzeitigen Auftretens von psychischen und physischen Erkrankungen. In diesem Zusammenhang ist die berechtigte Frage nach der Aufrechterhaltung der Spezifizierung in der Pflege zu stellen. Der vielerorts festgestellte Mangel an sozialer und kommunikativer Kompetenz in der Medizin und den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen ist in der Altenpflege realisiert.<sup>29</sup> Durch die berufsständige Entwicklung der Altenpflege von einem primär „sozialen Beruf“

---

<sup>29</sup> Vgl. Hoppe, B. in: Robert Bosch Stiftung (2002): Dokumentation Streitgespräch, Robert Bosch Haus, Stuttgart, 24.01.2002, S. 117-119



standen die sozialen, individuellen und personalen Belange der zu pflegenden alten Menschen wie natürlich gegeben immer im Vordergrund der Betrachtung und der praktischen Umsetzung. Im Vergleich zu der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung galt in der Altenpflege, dass die primäre Orientierung in der Biografie des zu Pflegenden lag und nicht in der von Ärzten gestellten Diagnosen bzw. der Orientierung medizinischen Fachabteilungen.

Dieses Merkmal wurde in den achtziger und neunziger Jahren im Vergleich der Kranken- und Altenpflege häufig als abwertendes Argument zu Lasten der Altenpflege angeführt. Aus der Krankenpflege heraus wurde der mangelnde „klinische Blick“ und die vernachlässigte Medizinorientierung als Pflege mit minderer Qualität betrachtet. Die eigentliche Pflegequalität, die Biographie orientierte Personenorientierung und die dadurch entstandenen Versorgungsstrukturen wurden hier nicht weiter definiert und wertgeschätzt. Die kritische Frage, wie die Orientierung an den Lebenswelten älterer und alter Menschen, an Wohnsituationen und an sozialer Kommunikation als Kernkompetenzen der Altenpflege in einer Generalisierung der Pflegeberufe aufrechterhalten werden kann und soll, ist zukünftig entscheidend. Hier sollte heute und prospektiv vielmehr die Frage gestellt werden, ob genau dieses Kompetenz- und Berufsprofil die exakt zukunftsweisenden Lösungen aufweisen, die in einer Gesellschaft des Älterwerdens gefragt sind.

Natürlich findet Pflege bedingt durch epidemiologische und demographische Veränderungsprozesse nicht mehr begrenzt auf einzelne Altersgruppen statt. Dies hat sie noch nie. Aber dennoch zeichnet sich die Gruppe der alten und hochaltrigen Menschen durch spezifische Bedarfe aus. Wenn wir das sozialpflegerische Berufsfeld betrachten, dann gibt es eine Reihe weiterer, wenn auch zahlenmäßig kleiner Pflegeberufe, die aber durchaus ein spezifisches Kompetenzprofil haben. In der Diskussion um ein neues generalistisches Berufsprofil dürfen diese Kompetenzen ebenso nicht unter den Tisch fallen.<sup>30</sup> An dieser Stelle sei auf die Heilerziehungspflege, Familienpflege oder Entbindungspflege verwiesen. Eine generalistische Basisqualifizierung würde all diesen Berufen die spezifischen Berufskompetenzen nehmen und Kernkompetenzen verwässern. Die Orientierung an Poolkompetenzen als Begründung für Deprofessionalisierung erscheint hier mehr als

---

<sup>30</sup> Vgl. Hoppe, B. in: Robert Bosch Stiftung (2002): Dokumentation Streitgespräch, Robert Bosch Haus, Stuttgart, 24.01.2002, S. 117-119

fragwürdig. Die Orientierung an Poolkompetenzen legitimiert nicht die Zusammenlegung verschiedenster Berufe zu einem generellen Basisberuf. Im Gegenteil, die berufsspezifischen Kompetenzfelder, die sich im Zuge der Professionalisierung der einzelnen Berufe herausgebildet haben, weisen heute hohe Praxisbezüge und hohe Handlungskompetenzen auf.

Die Deprofessionalisierung der Altenpflege würden nicht nur Pflegende sondern alle Akteure im Handlungsfeld der Gesundheits- und pflegebezogenen Versorgung und vor allem die alten Menschen selber betreffen. Unternehmen würden von zusätzlichen Fachpersonalmangel bedroht und Senioren würde eine eigene sich evolutionär entwickelte spezifische Berufsgruppe genommen. Um hier keine vorschnellen Schlüsse zu ziehen, werden im Weiteren einzelne demographieadäquate Tendenzen beleuchtet.

### **3 Altersdemographische Tendenzen**

Die Demographie, auch Bevölkerungswissenschaft genannt, befasst sich mit der Entwicklung von Bevölkerungen und deren Strukturen. Die Demographie betrachtet die vier Fachgebiete, die die Theorie der Fertilität (Geburtenzahl), die Theorie der Mortalität (Sterblichkeitsrate), die Theorie der Migration (Aus-, Einwanderung) sowie die Theorien, die die Struktur des Bevölkerungsbestandes zum Gegenstand haben. Der demographische Wandel sorgt für eine schrumpfende Bevölkerung, die zugleich deutlich älter wird. Altersdemographische Tendenzen sind unverkennbar und beschäftigen zunehmend Akteure unterschiedlichster Genese.

#### **3.1 Altersdemographische Entwicklung, Altersstrukturen**

Die Folgen des demographischen Wandels sind in Deutschland überall unverkennbar und zunehmend auch im praktischen Alltag spürbar. Immer weniger Kinder, eine zunehmend ältere Bevölkerung und starke Wanderungsbewegungen, vor allem die der Bildungsflucht der Jüngeren in Metropolen<sup>31</sup>, führen vor allem in den Gemeinden zu tief greifenden Änderungen, die für alle in ihrem Lebensumfeld spürbar sein werden. Eine der wesentlichen Änderungen ist der zunehmende häusliche altersassoziierte Versorgungsbedarf im Bereich der Gesundheits- und

---

<sup>31</sup> Siehe Bertelsmann Stiftung, [www.bertelsmann-stiftung/wegweiser-kommunen](http://www.bertelsmann-stiftung/wegweiser-kommunen), 14.04.10

Seniorenwirtschaft. Im aktuellen demographischen Wandel stehen Kommunen und Regionen im Wettbewerb um Einwohner, gute Arbeitsmöglichkeiten, attraktive Lebensbedingungen und gute Standortqualität. Die Effekte der demographischen Veränderungen sind vielfältig. Die rasche Zunahme des Anteils älterer Menschen, rückläufige Geburtenzahlen und Wanderungsbewegungen führen regional zu unterschiedlicher Bevölkerungsstruktur. Deutschland wird immer älter. Während im Jahr 2006 noch jeder zweite Bundesbürger jünger als 42 Jahre alt war, wird die Hälfte der Bevölkerung im Jahr 2025 älter als 47 Jahre sein - in den ostdeutschen Bundesländern sogar älter als 53 Jahre<sup>32, 33</sup>.

Der Wandel in der Altersstruktur der Bevölkerung wird auch die Lebensverhältnisse in den Kommunen vielfältig beeinflussen, auch wenn er bislang vielerorts noch schleichend verläuft. Die Kommunen werden sich auf einen weiter anwachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung insgesamt einstellen müssen. Während nach Angaben des Statistischen Bundesamtes derzeit bundesweit im Durchschnitt 23 % der Menschen älter als 60 Jahre sind, ist damit zu rechnen, dass es im Jahr 2030 bereits 34 % und 2050 etwa 37 % sein werden. Der Anteil von Menschen, die älter als 80 Jahre sein werden, wächst von derzeit 4 % auf 7 % im Jahre 2030 und voraussichtlich mehr als 12 % im Jahre 2050 an.<sup>34</sup> Die altersdemographischen Entwicklungen haben massive Auswirkungen in die altersassoziierte Gesundheitswirtschaft.

### **3.2 Entwicklung der altersassoziierten Gesundheitswirtschaft**

Die altersassoziierte Gesundheitswirtschaft zeichnet aktuell und prospektiv zunehmende Pflege- und Versorgungsbedarfe, speziell für alt werdende Menschen ab. Alte Menschen, die unserer Gesellschaft einen hohen Versorgungsaufwand signalisieren, beschäftigen zunehmend nicht nur Zukunftsforscher und Wirtschaftsexperten. Der wachsende Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft stellt Verantwortliche vor große Herausforderungen. Die Gesundheits- und Seniorenwirtschaft gilt als absolute Wachstumsbranche, und Pflege gilt als eines der

---

<sup>32</sup> Das ist das Ergebnis einer aktuellen Bevölkerungsprognose der Bertelsmann-Stiftung.

<sup>33</sup> Bertelsmann-Stiftung [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de), 17.05.10

<sup>34</sup> Vgl. [www.destatis.de](http://www.destatis.de), 19.05.10

zentralen gesellschaftlichen Handlungsfelder der Zukunft. Sie verfügt über hoch qualifizierte Angebote in allen Stufen der Wertschöpfungskette von der Prävention über die Akutversorgung, die Rehabilitation und Pflege, jeweils einschließlich der medizintechnischen und pharmazeutischen Produkte und Lösungen. Zur Bewältigung der Schnittstellen sind übergreifende Systemlösungen gefragt.

Die Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik wird zunehmend abhängig vom Angebot der Fachkräfte. Für alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft besteht ein qualifiziertes Aus- und Fortbildungsangebot, das für den Aufbau des erforderlichen Fachkräftepotenzials in den Zielländern genutzt werden kann. Eine internationale Ausrichtung von Aus- und Weiterbildungsangeboten schafft dabei nicht nur die Voraussetzungen für die Entwicklung der Nachfrage, sondern bildet ein eigenständiges hohes Wachstumspotenzial.<sup>35</sup> Dieses Wachstumspotenzial wirkt sich direkt und indirekt bevölkerungsspezifisch und unternehmensspezifisch auf Regionen aus. Regionen und Kommunen sind heute unmittelbar vor die Lösung demographischer Entwicklungen, speziell der seniorenpolitischen Versorgungsbedarfe gestellt. Die Gesundheitsbranche kann mit einer Steigerung der Wertschöpfung um 3,3% p.a. und einem Beschäftigungszuwachs um 1,9% p.a. im Jahr 2020 eine der wichtigsten Säulen des Gesamtwachstums der deutschen Wirtschaft sein.<sup>36</sup> Pflege und soziale Dienstleistungen spielen hierbei als humane Ressource die zentrale Rolle. Automatisierung der Pflege, vor allem in der Altenpflege, wird durch den Großteil der Bevölkerung abgelehnt.<sup>37</sup> Der altersassoziierte Pflegemarkt ist ein Markt mit Zukunft. Langfristig ist ein hohes organisches Wachstum zu erwarten. Eine weitere evolutionäre Strukturveränderung in Deutschland ist in Familien zu beobachten.

### **3.3 Entwicklung der Familienstrukturen**

Neben den demographischen Veränderungen sind weitere Trends, bezogen auf Arbeitsweise und Familienstrukturen, erkennbar, die den sozialen Wandel kennzeichnen und für ein möglichst realitätsnahes Zukunftsszenario einbezogen

---

<sup>35</sup> Vgl. [www.iatge.de/aktuell/veroeff/2009/bandemer01.pdf](http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2009/bandemer01.pdf), 26.05.10

<sup>36</sup> McKinsey & Company (Hrsg.) (2008): Deutschland 2020, Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft, Zusammenfassung der Studienergebnisse, Frankfurt 2008, S.12

<sup>37</sup> vgl. Oertzen v., J. / Cuhls, K. / Kimpeler, S. (2006): Wie nutzen wir Kommunikations- und Informationstechnologien im Jahr 2020? Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Fazit Schriftenreihe, Forschungsbericht Band 3, Stuttgart, Mannheim, Karlsruhe, 2006, S.62-69

werden müssen. Hier bezieht der DV<sup>38</sup> auch Stellung: Für eine Gesellschaft, die sich ursprünglich auf die tragenden Säulen „Erwerbsarbeit“ und „Familie“ gründet, sind die Veränderungen in der Arbeitswelt und den Lebensstilen von großer Bedeutung. Für eine Gesamtbetrachtung des sozialen Wandels sind weiterhin die Auflösung der Grenzen zur Lebensphase „Alter“, der Wertewandel und die Individualisierung in den Blick zu nehmen. Die demographische Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung wird viele Seiten des täglichen Lebens verändern, auch wenn sie regional sehr unterschiedlich verläuft.<sup>39</sup>

Die nicht sichergestellte Versorgung der Älteren führt unweigerlich zu Problemen. „Diese Versorgung, die traditionell und auch heute vor allem in den Familien geschieht, drohe aus numerischen Gründen und angesichts der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen zu Engpässen zu führen: zur Überlastung der erwerbstätigen Erwachsenen vor allem der Frauen, zur Vernachlässigung der Älteren, zur Verlagerung der „Altenlast“ in Institutionen außerhalb der Familie und damit zum weiter wachsenden Finanzierungsbedarf des Sozialstaats, der den Jüngeren aufgebürdet werde. Überhaupt wird befürchtet, dass der demographische Wandel zu neuen Ungleichgewichten, Spannungen und Konflikten zwischen den Generationen führe.“<sup>40</sup> „Die Familie ist für die meisten Älteren nach wie vor ein starkes soziales Nahumfeld, aber auch Kinderlose und nicht partnerschaftlich Gebundene schaffen sich ein enges Netz von Wahlverwandtschaften. Bei den über 80-Jährigen ist der Tod eines Partners häufig. Das trifft vor allem die Frauen, von denen 77 % verwitwet sind im Vergleich zu 33 % der Männer. Die Beziehung zu den nachfolgenden Generationen bleibt jedoch erhalten. Nur 10 % der über 80-Jährigen haben kein lebendes Kind, 20 % kein Enkelkind. Das direkte Zusammenleben mit den Nachkommen ist in Deutschland die Ausnahme geworden.“<sup>41</sup> Dennoch wird die

---

<sup>38</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

<sup>39</sup> Stellungnahme des DV: Der Deutsche Verein stützt sich für die Fundierung seiner Aussagen u.a. auf folgende Quellen:

- der fünfte Altenbericht der Bundesregierung von 2005 mit dem Thema „Potenziale älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft“ (veröffentlicht am 5. Juli 2006),
- der Alterssurvey über die zweite Lebenshälfte als Längsschnittstudie mit Daten und Fakten von 1996 und 2002 ([www.dza.de](http://www.dza.de))
- eine Vielzahl weiterer Arbeiten vom Deutschen Zentrum für Altersfragen und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe ([www.dza.de](http://www.dza.de), [www.kda.de](http://www.kda.de)),
- umfangreiche Studien zur Gestaltung des demographischen Wandels der Bertelsmann-Stiftung in Zusammenarbeit mit Partnern aus Ländern und Kommunen ([www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de))
- Ergebnisse der Arbeit der Seniorenverbände und -organisationen selbst, besonders die thematischen Foren der BAGSO in den Jahren 2004 und 2005 und der Nationale Aktionsplan ([www.bagso.de](http://www.bagso.de)).

<sup>40</sup> Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Band 9, S. 91

<sup>41</sup> Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Band 9, S. 85

häusliche Pflege größtenteils von Familienangehörigen übernommen<sup>42</sup>. „Manche Entwicklungen deuten allerdings für die Zukunft auf einen gewissen Rückgang des Potentials für familiäre Solidarität hin. In den kommenden Jahrzehnten werden die Kinderzahl der Älteren ab- und der Anteil der Kinderlosen zunehmen. Kinderlose kümmern sich ebenfalls vielfach um das Wohlergehen der schwächeren Generationen, allerdings eher indirekt, etwa über zivilgesellschaftliches Engagement und Stiftungen. Auch der Anteil der Scheidungsfamilien wird steigen; Scheidungen bringen meist eine Schwächung des Generationenverhältnisses zum einen Elternteil – gewöhnlich dem Vater – mit sich.“<sup>43</sup> Der demographische Wandel kann dazu führen, dass in Zukunft Ausfälle der familiären Solidarität und der mangelnden Pflegebereitschaft zunehmen. Als weiterer Faktor neben den strukturverändernden familiären Bedingungen, die maßgeblich die altersdemographischen Tendenzen und die Pflegestrukturen beeinflussen wird, ist die Migration zu nennen.

### **3.4 Entwicklung der Migrationsstrukturen**

Die Bevölkerung und die Personalstrukturen sind in Deutschland zunehmend durch Migranten durchmischt. Die Zahlen der Nicht-Deutschen Pflegebedürftigen steigen langsamer als die Zahlen der Nicht-Deutschen Pflegenden. Pflege zeichnet sich seit Jahrzehnten durch starke Migrationsbewegungen aus.<sup>44</sup> Auch auf Seiten der Pflegenden spielt Migration eine zunehmende Rolle. „Pflegende sind nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation eine der wanderungswilligsten Berufsgruppen weltweit, wobei – wie in anderen Berufsgruppen auch - die Suche nach bezahlter Arbeit mehrheitlich das Migrationsverhalten der Pflegenden bestimmt. Solche Migrationsbewegungen von Pflegenden sind in Deutschland stark feststellbar: So wurden zu Zeiten des wiederkehrenden Pflegekräftemangels in Deutschland immer wieder Pflegekräfte aus dem Ausland, z.B. aus Asien in den 70er Jahren oder aus dem ehemaligen Jugoslawien und Ungarn Anfang der 90er Jahre, angeworben.“<sup>45</sup> Die Internationalisierung der Dienstleistung Pflege ist aber nicht nur durch die grenzüberschreitende Arbeitsaufnahme von Pflegenden bestimmt. Auch das potenzielle Gegenüber der beruflich Pflegenden hat neue Konturen bekommen.

---

<sup>42</sup> Siehe Kapitel 4.1, 4.2 und 4.4

<sup>43</sup> Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Band 9, S. 93

<sup>44</sup> Vgl. [www.DIE / Habermann, M. \(2002\): Internationales Management in der Altenpflege, www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.htm, 17.05.10](http://www.DIE/Habermann, M. (2002): Internationales Management in der Altenpflege, www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm, 17.05.10)

<sup>45</sup> Musch, N. (2005): Migration und Gesundheit unter besonderer Betrachtung der Altenpflege. Hausarbeit Universität Bremen 2005, S. 3

So sind unter unterschiedlichsten Vorzeichen und aus unterschiedlichsten Regionen in den letzten Jahrzehnten Menschen nach Deutschland gekommen, die als Zugewanderte einen wachsenden Teil der Bevölkerung ausmachen. Die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden verbindet demnach immer häufiger Menschen, die sich unterschiedlichen Herkunftskulturen zuordnen. Migranten pflegen Inländer oder wiederum Migranten, möglicherweise auch aus anderen Regionen und Ländern. Inländer pflegen Migranten und Inländer in Absprache mit Kollegen aus unterschiedlichsten Nationen und Regionen.

Trotz der gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen in den letzten Jahren, die den wünschenswerten Status der Einwanderer und eine Begrenzung der Zuwanderung zum Gegenstand hatten, ist auch hier festzuhalten, dass die Entwicklung andauern wird. Aus Sicht von Bevölkerungswissenschaftlern muss sie aufgrund der drohenden Überalterung der Gesellschaft sogar forciert werden, möchte die Gesellschaft nicht an Produktivität und Innovationskraft einbüßen.<sup>46</sup> Visualisiert man Kulturenvielfalt als Farbenspiel, so ist die Pflege in Deutschland, wie in anderen Ländern auch, bunt geworden. Buntheit kann als kreativ erachtet werden. Sie kann aber im Gegensatz dazu als dissonant, unverträglich empfunden werden oder sie wird mehr erduldet, in Kauf genommen, denn erwünscht und begrüßt. Letzteres trifft auf die Wahrnehmung kultureller Vielfalt in der Altenpflege zu: Komplexe, interkulturelle Pflegewirklichkeiten haben bislang keine breite, ihrer Bedeutung für das Alltagshandeln angemessene Wahrnehmung und Beantwortung in Theorie und Praxis erfahren.<sup>47</sup>

Folgt man den Prognosen der Bevölkerungsforscher, so erscheint Zuwanderung als der relevante Faktor, um die Alterung der Gesellschaft zumindest abzubremsen und eine Schrumpfung der Bevölkerung zu verlangsamen. In Zahlen bedeutet dies, dass jährlich 450.000 Menschen nach Deutschland kommen müssten, damit bis 2050 die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter stabil bliebe. Immerhin noch 320.000 Zuwanderer pro Jahr würden dazu beitragen, die Bevölkerungszahl insgesamt konstant zu halten, und trotzdem würden wir weiter altern.<sup>48</sup> Der Bielefelder

---

<sup>46</sup> Vgl. Musch, N. (2005) S. 3 ff.

<sup>47</sup> Vgl. Habermann, M. (2002): Internationales Management in der Altenpflege, [www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.htm](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm), 17.04.10

<sup>48</sup> Brinkmann, D.: Auswirkung der alternden Gesellschaft auf Freizeit und Kultur und generationengerechte Gestaltung dieser Veränderungen, <http://library.fes.de/pdf-files/akademie/online/03584.pdf>, 08.05.10

Bevölkerungsforscher Herwig Birg nimmt beispielsweise an, dass ab 2010 bis 2015 in den Großstädten jeder Zweite unter 40 ein Zuwanderer sein wird.<sup>49</sup> Der Altersaufbau in der deutschen Bevölkerung wird zunehmend auch durch Deutsche mit Migrationshintergrund bestimmt, In den Ballungsräumen steigt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund besonders schnell. Unser Alltag wird also bunter und vielfältiger. Dies wird sich besonders in den Beschäftigungsfeldern und dem Arbeitsmarkt im Dienstleistungssektor bemerkbar machen, in allen Bereichen, die sich durch interaktive und kommunikative Relevanzen auszeichnen. Dennoch sind Migranten als Mitbürger bis heute schlecht in unserer Gesellschaft integriert, ebenso sind Migranten als Arbeitnehmer häufig nicht gleichberechtigt in Arbeits- und Berufsprozesse involviert. Ein Grund dafür kann in der lange fehlenden politischen und gesellschaftlichen Anerkennung der Migration und ihrer Bedeutung für alle gesellschaftlichen Bereiche liegen. Pflegeeinrichtungen als Teilsysteme im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft reflektieren diese Widerstände.<sup>50</sup>

Nicht nur in Deutschland sondern europaweit wird der Bedarf an Altenpflegekräften in low- und high Qualifying Bereich weiter steigen. In anderen EU-Ländern verläuft die demographische Entwicklung ähnlich wie in Deutschland.<sup>51</sup> Der Erwerb internationaler geprägter Kompetenzen, die im Rahmen beruflicher Bildungsaktivitäten zu internationalen beruflichen Handlungskompetenzen führen, muss auf Basis ausgesuchter fachlicher und berufsübergreifender Lernbereiche erfolgen, sowie mithilfe curricular verankerter Berufsbildungsgänge, die den internationalen Aspekt und den Lernort im Ausland systematisch in die Aus- und Weiterbildung integrieren. Der Anteil der 20- bis unter 30-Jährigen, die über keinen beruflichen Bildungsabschluss verfügten und nicht an Bildung teilnahmen, war bei Personen mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne.<sup>52</sup> Dies gilt es nicht zu beklagen, sondern als Ressource zu nutzen. Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine große Ressource im Bereich der Entwicklung der altersassoziierten Versorgungsleistungen dar. Sie verfügen über sprachliche Kompetenzen und kulturelle Erfahrungen, die von Pflegebedürftigen und

---

<sup>49</sup> Vgl. Birg, H. (2005): Die demographische Zeitwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München 2005, S. 13 ff.

<sup>50</sup> Vgl. Habermann, M. (2002): Internationales Management in der Altenpflege, [www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.htm](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm), 17.04.10

<sup>51</sup> Vgl. Die demographische Entwicklung im EU Vergleich, OECD/Demographie (2010) /[www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en\\_2825\\_494553\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en_2825_494553_1_1_1_1_1,00.html), 09.05.10

<sup>52</sup> BMBF (2008): [www.bmbf.de](http://www.bmbf.de) / Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) S. 40



Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens in Deutschland eingefordert werden.

Migranten mit Versorgungsbedarf in deutschen Pflegeeinrichtungen und in häuslichen Situationen sind auf eine gute Kommunikation, auf kulturelles Verständnis und auf stabile und zukunftsfähige Strukturen ebenso angewiesen, wie deutsche Menschen, vor allem dann, wenn Migranten alt sind. Entsprechend sind zukünftig soziale Dienstleistungen gefragt.

### **3.5 Entwicklung der sozialen Dienstleistungen**

In der Klassifikation von Dienstleistungen in Anlehnung an Reisser, Schmid und Jahn<sup>53</sup> ist das Gesundheits- und Erziehungswesen, die Betreuung und Pflege und die Wissenschaft den sozialen Dienstleistungen zugehörig. Soziale Dienstleistungen haben Konjunktur.<sup>54</sup> Die Nachfrage nach ihnen ist groß. Das Angebot genügt oft nicht. Soziale Dienstleistungen sind in erster Linie Dienstleistungen für Menschen, die Hilfe und Unterstützung benötigen. Sie entlasten Hilfebedürftige. Durch die steigende Lebenserwartung und den Geburtenrückgang altert unsere Gesellschaft. Eine ältere Bevölkerung hat neue und andere Bedürfnisse. Die Bedeutung der Märkte für Senioren steigt. Hier entwickelt sich sozusagen eine neue Branche.

Der Wirtschaftssektor soziale Dienstleistungen hat ein großes Potential an Geschäftsideen und zusätzlichen Arbeitsplätzen. Mehr Existenzgründerinnen und Gründer für soziale Dienstleistungen werden gebraucht.<sup>55</sup> Die Entwicklung des Gesundheitspersonals ist auch steigend. Hierbei stellt die berufliche Aus- und Weiterbildung eine wesentliche Schlüsselposition dar. Durch die Veränderungen in der Gesellschaft, die demographische Entwicklung und die Internationalisierungstendenzen ist die Erwachsenenbildung auch vor neue Herausforderungen gestellt. Im Folgenden möchte ich aktuelle und zukünftige Herausforderungen und Chancen im Kontext der altersdemographischen Tendenzen

---

<sup>53</sup> Vgl. Reissert, B. / Schmid, G. / Jahn, S. (1989): Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1989, S. 42

<sup>54</sup> Vgl. Magazin für Wirtschaft und Finanzen [www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html), 17.05.10

<sup>55</sup> Vgl. Magazin für Wirtschaft und Finanzen [www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html), 15.04.10

beleuchten. Die altersassoziierte Professionalisierung und die Ausbildung in der Altenpflege scheinen hierbei eine entscheidende Rolle zu spielen.

#### **4 Herausforderungen und Chancen**

Gesellschaftliche Veränderungen tragen dazu bei, dass der Pflegemarkt sich auf einem Wachstumspfad befindet: Dies sind:

- die demographische Entwicklung (absolute Zunahme älterer Menschen, Zunahme des relativen Anteils älterer Menschen, Zunahme der hochbetagten Menschen),
- die relative Zunahme chronischer Krankheiten und der Multimorbidität bei älteren Menschen,
- steigende Ansprüche an eine menschen- und altersgerechte Versorgung im Alter (Enthospitalisierung) und
- der Rückgang der Laien-Pflegekapazitäten (Zunahme von Einpersonenhaushalten und extrafamiliärer Berufstätigkeit von Frauen).

In der häuslichen Versorgungssituation steigt die Anforderung an die Ganzheitlichkeit und Individualisierung der Pflege. Unsere Gesellschaft und somit alle Kommunen werden von folgenden Tendenzen und Megatrends<sup>56</sup> bestimmt:

vom Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft (Tertiärisierung), von der Alterung der Gesellschaft (Demographie), der Internationalisierung/Globalisierung, dem Wertewandel und der Individualisierung und von der Informatisierung und Erhöhung der Wissensintensität.<sup>57</sup>

Diese Tendenzen und Megatrends weisen eindeutig auf die Nachfrage entsprechender demographieadäquater Berufs- und Bildungsentwicklungen hin. Zukünftige Senioren- Versorgungsbedarfe werden Ursache für diese Forderungen sein.

---

<sup>56</sup> Unter Megatrends werden besonders tief greifende und langanhaltende Trends verstanden.

<sup>57</sup> Vgl. BMBF (2008) Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) S. 5

## 4.1 Zukünftige Senioren-Versorgungsbedarfe

„Die überwiegende Mehrheit – 82 % – aller Pflegebedürftigen in Deutschland ist 65 Jahre alt oder älter, jeder dritte bereits über 85. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig. Frauen gelangen in diese Situation häufiger als Männer.“<sup>58</sup> Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt weiter fest: „Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Selbst unter der Annahme einer Morbiditätskompression<sup>59</sup> steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,5 Millionen.“<sup>60</sup> Die Versorgung älterer und alter Menschen ist untrennbar von einer umfassenden professionellen und nicht professionellen Pflege zu entwickeln und zu verstehen. Hierbei ist der Pflegebegriff nicht eng, sondern umfassend und lebensweltlich zu verstehen.

„Altenpflege umfasst die anbahnende, beratende, planende Organisation und Durchführung aller präventiven, pflegerischen, versorgenden, unterstützenden, rehabilitativen Dienstleistungen informeller und formeller Art, sowie die Unterstützung bei der Schaffung eines adäquaten Wohnumfeldes für ältere und alte Menschen. Die Kommunikation spielt hierbei die zentrale Rolle“.<sup>61</sup> Um berufsübergreifend zu einem gemeinsamen Verständnis von personenorientierter unterstützender und wertorientierter Versorgung zu gelangen, bedarf es neuer Betrachtungen und Konzepte, auf der Grundlage der deutschen Altenpflegeausbildung. Aktuell stehen

---

<sup>58</sup> SVR (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009): Koordination und Intergration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Bonn 2009, S. 42

<sup>59</sup> Das Konzept der „Morbiditätskompression“, welches von Fries 1980 vorgestellt wurde, geht von der Erkenntnis aus, dass die meisten Erkrankungen chronischer Art sind und im späten Lebensalter auftreten. Fries postuliert, dass die Lebenszeitbelastung durch Erkrankung dann reduziert werden kann, wenn der Beginn der chronischen Erkrankungen hinausgezögert wird und wenn diese Verzögerung größer ist als der Anstieg in der Lebenserwartung. Vgl. Fries, J.F. (2003): Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, S. 139, S. 455-459

<sup>60</sup> SVR (2009): S. 42

<sup>61</sup> Definition nach Ursula Kriesten in Anlehnung an Michael Wissert. Prof. Dr. Michael Wissert lehrt an der FH Ravensburg und befasst sich mit der konzeptionellen Arbeit in der Betreuung von älteren Menschen. Vgl. Wissert, M in: Braun, U. / Schmidt, R. (Hrsg. ) ( 1997): Entwicklung einer lebensweltlichen Kultur, Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Deutsches Zentrum für Altersfragen, DZA, Ravensburg 1997, S. 178

Qualifizierung und Professionalisierung und die demographiebedingten Versorgungsprobleme in einem klaren Spannungsfeld.

Der zunehmende Bedarf an altersassoziiertes Versorgung geht parallel mit einer Rationalisierung am Arbeitsmarkt einher. Die Bildungsanbieter verzeichnen eine zunehmende Nachfrage nach Downqualifying<sup>62</sup>. Demgegenüber stehen die Forderungen nach hoher altersassoziiertes Versorgungs- und Lebensqualität, dem Anspruch nach hochprofessioneller Fachpflege bei Bedarf und nach einer hohen Ausbildungs- und Pflegequalität. In diesem Spannungsfeld gilt es zukünftig die Weichen richtig zu stellen. Alte Menschen wünschen sich eine individualisierte und am Lebensalter orientierte Pflege und Versorgung, möglichst in den eigenen vier Wänden. Der Professionalisierungsgrad der Pflegekräfte muss sich an den Bedarfen orientieren und im Dienstleistungsmarkt adäquat abrufbar sein.

Entgegen der allgemeinen öffentlichen Meinung werden mehr als 70 Prozent<sup>63</sup> aller pflegebedürftigen Menschen zu Hause und nicht in Institutionen gepflegt. Der deutsche Pflegemarkt zeichnet sich dadurch aus, dass Pflegebedürftige allein nach der Erhebung der Pflegeversicherungsleistungen zu 46,0% durch Angehörige gepflegt werden. Hinzu kommen die Pflegebedürftigen, die keine Leistungserbringungen an die Pflegekassen richten. Die Versorgungssituation zu Hause erfordert zum einen hochprofessionelle Fachpflege, ärztliche Versorgung aber auch flankierende soziale und kommunikative Dienstleistungen. Aktuell nehmen niederschwellige, häusliche Versorgungssituationen zu. Dies begründet sich z.B. durch die kürzeren Liegezeiten in Krankenhäusern und der Wunsch nach individueller Lebensführung in den eigenen vier Wänden. Im Jahr 2005 hatten 1,75 Millionen Pflegebedürftige über 65 Jahre einen pflegerischen Versorgungsbedarf. Davon wurden 1,12 Millionen zu Hause versorgt und nur 628.000 in Heimen. Die Übernahme der Pflege durch ca. 1 Millionen Privatpersonen stellt ein zunehmendes Problem dar.

Strukturelle Veränderungen erfordern zunehmend regionale Konzepte. Die Versorgung zu Hause erfordert kommunales seniorenpolitisches Engagement und

---

<sup>62</sup> Unter Downqualifying versteht man Qualifizierungen im niederschweligen Bereich, z.B. für Hilfstätigkeiten und Assistenzen.

<sup>63</sup> Die Zahl 70% entspricht schätzungsweise der Dunkelziffer der zuzüglich den pflegebedürftigen Menschen, die nicht über Pflegeversicherungsleistungen gemeldet sind.

gleichermaßen umfassende regionale Bildungs- und Qualifizierungsangebote. Mit zunehmendem Verlust der Selbständigkeit und Verlust der häuslichen Versorgungsleistung erfolgt in der rehabilitativen geriatrischen Versorgung eine Institutionalisierung bis hin zur dauerhaften Unterbringung, die andere multidimensionale Probleme mit sich bringt und hohe Kosten verursacht.

Ein weiterer Aspekt, der durch die demographischen Veränderungen einhergeht, ist wie bereits erwähnt, die Zunahme der Krankheitshäufigkeit im Alter. Mit der Zunahme von älteren und alten Menschen erhöht sich auch die Krankheitshäufigkeit drastisch. Akute und chronische Erkrankungen nehmen ab dem fünfzigsten Lebensjahr zu. Chronische Erkrankungen alter Menschen nehmen zu.<sup>64</sup> Mit der Zunahme der Krankheitshäufigkeit erhöht sich der Pflegebedarf. Hochkomplexe Pflege- und Versorgungssituationen können von Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen<sup>65</sup> zunehmend nicht übernommen werden.

Kommunen werden hier zunehmend in die Pflicht genommen und der Ruf nach regionalen Lösungen zur Versorgung von alten Menschen in einer sozialräumlichen Gestaltung nimmt zu. Dennoch hat die Altenpflege und Altenpflegeausbildung zunehmend kompensatorische Tätigkeiten in Auftrag bekommen, die weder sozialräumlich noch präventiv ausgerichtet sind. „Der Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums weist seit langem darauf hin, dass Pflege in Deutschland überwiegend den Charakter kompensatorischer Grund- und Behandlungspflege besitzt. Die präventiven Potenziale der Pflege spielen hingegen kaum eine Rolle. Internationale Erfahrungen, vor allem im skandinavischen Raum, zeigen jedoch, dass eine gezielte Pflegeprävention beispielsweise die Heimeinweisungsrate, Krankenhausaufenthalte und letztlich auch die Sterblichkeit nachhaltig reduzieren kann. Die größten Effekte wurden dort erzielt, wo Pflegeprävention als gemeindenahes und zugehendes Angebot stattfand, das heißt in Form von präventiven Hausbesuchen durch speziell geschultes Fachpersonal. Eine Stärkung der präventiven Möglichkeiten der Pflege würde allerdings voraussetzen, entsprechende Anreize dafür im System zu verankern.“<sup>66</sup> Die

---

<sup>64</sup> Vgl. DZA / DESTATIS / RKI (Hrsg.) (2009) S. 168-193

<sup>65</sup> Zum Teil auch aus Gründen der Nicht-Finanzierbarkeit der Pflegebedürftigen, der Angehörigen oder der Sozialhilfeträger.

<sup>66</sup> Winter, M.H.J (2006): Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter, Deutsches Ärzteblatt online, aufsaetze/060X, S. 6-7

deutsche Altenpflege verfügt durchaus über professionelle Ressourcen diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Diese Entwicklung hängt allerdings maßgeblich von zukünftigen Personalstrukturen und einer entsprechenden Personalaus- und Weiterbildung ab.

Nun möchte ich Ihnen mögliche Entwicklungen / Szenarien zur Pflegebedürftigkeit und entsprechende Beschäftigungseffekte darstellen.

## **4.2 Zukünftige Pflegepersonalbedarfe**

Die gesundheitspolitische Maxime „ambulant vor stationär“, die Einführung der DRGs im Krankenhaussektor sowie die zu erwartenden frühzeitigen Entlassungen von Krankenhauspatienten verweisen unter anderem auf einen steigenden Bedarf ambulanter pflegerischer, also außerklinischer Versorgung und entsprechender Personalstrukturen.

Bereits heute bescheinigen Wirtschaftsexperten diesem Pflegebereich ein Wachstum von 50 Prozent bis 2020 und prognostizieren für 2050 56 Prozent mehr Pflegefälle<sup>67</sup>. Demgegenüber zeigen andere Erhebungen, dass es in ambulanten Diensten etwa 16.000 freie Arbeitsplätze gibt, für die kein geeignetes Personal gefunden werden kann.<sup>68</sup>

Wie bereits erwähnt, der demographische Wandel sorgt für eine schrumpfende Bevölkerung, die zugleich deutlich älter wird. Dadurch wird die Zahl der ausbildungsberechtigten Jugendlichen deutlich zurückgehen, und zwar um knapp 1,5 Millionen (20%) bis 2035. Diese Entwicklungen treten regional unterschiedlich und zeitlich versetzt auf. Neben Auswirkungen auf den Bedarf an Infrastruktur wird es zu einem Fachkräftemangel kommen, dessen Konsequenzen kontrovers diskutiert werden. Gleichzeitig wird die internationale Mobilität von Jugendlichen zunehmen, was sowohl die Auswanderung als auch die Einwanderung betrifft und damit neue

---

<sup>67</sup> Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.): Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin 2001.

<sup>68</sup> Vgl. Winter, M.H.J (2006): Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter, Deutsches Ärzteblatt online, aufsaetze/060X, S. 6

Anforderungen an interkulturelle Kompetenzen sowie den Umgang mit Migranten stellt.

Die informelle und formelle Pflegearbeit wird in Deutschland und in anderen europäischen Wohlfahrtsstaaten, vor allem des Mittelmeerraumes, durch ein Phänomen geprägt: Die Pflege durch Migrantinnen, aus meist osteuropäischen Staaten in Privathaushalten.<sup>69</sup> „Die heute offiziös verwendete Zahl solcher Migrantinnen in der Pflege in Deutschland beträgt 70.000 bis 100.000 Personen.“<sup>70</sup> Diese Situation wirft, wie bereits erwähnt, verschiedenste Probleme auf, zeigt jedoch, dass es einen hohen Bedarf an außerfamiliärer Pflege gibt, der durch professionelle Pflege nicht gedeckt wird. Gleichzeitig hat sich der Anteil an Gesundheitspersonal in den ambulanten und stationären Einrichtungen in den Jahren 1998 bis 2007 massiv entwickelt. Die Zahl der Pflegebedürftigen soll bis 2030 um fast 60 Prozent steigen. Damit verbunden wird eine entsprechende Bedarfssteigerung an Pflegepersonal, vor allem im außerklinischen Bereich, erwartet.

Dem gegenüber stehen gestiegene Qualitätsanforderungen und der Wunsch nach individualisierter Pflege und stabilen Versorgungsstrukturen. Neben der klassischen Pflege werden Pflege flankierende, lebensweltliche und Lebensaktivitäten unterstützende Hilfen benötigt. Gleichzeitig sind neben dieser Nachfrage bundesweit in den letzten 10 Jahren ein Rückgang der Arbeitsstellen um 15% zu verzeichnen und ein Rückgang der Ausbildungsplätze in Pflegeberufen um ca. 25%. In Deutschland werden Pflegeberufe nicht Demographie entsprechend ausgebildet und entwickelt. Mit dem Rückgang der Jugendlichen nehmen Bewerberzahlen für Ausbildung und Fachkraftstellen ab. Parallel entwickelt sich die Akademisierung der Pflegeberufe. Nach der aktuellen Studie Pflege thermometer 2009 von Isfort möchte 50% aller unter 25jährigen Gesundheits- und Krankenpfleger in den nächsten Jahren ein Studium aufnehmen.<sup>71</sup> Diese Absolventen würden der primären Pflege verloren gehen. Bereits seit einigen Jahren lässt sich der Bedarf an guten Pflegekräften spürbar schwerer decken - aktuell gelingt es nicht immer, schon gar nicht schnell, freie Fachkraftstellen zu besetzen.

---

<sup>69</sup> Vgl. DZA, DWSTATIS, RKI (Hrsg.) (2009) S. 200

<sup>70</sup> DZA, DWSTATIS, RKI (Hrsg.) (2009) S. 200

<sup>71</sup> Vgl. Isfort, M. / Weidner, F. et al. (2010) S. 2 ff.

Das „Top Ten“- Ranking der Bundesagentur für Arbeit zeigte Ende 2009: Alten- und Krankenpfleger gehören zu den meist gesuchten Berufsgruppen in Deutschland<sup>72</sup>. Dies ist ein drastischer Anstieg gegenüber 2008: Der Zuwachs freier Stellen beträgt um 41% bei Altenpflegefachkräften (22.000 freie Stellen) und um 18% bei Krankenpflegefachkräften (19.000 freie Stellen).

In 2008 wird es außerdem erstmalig massive Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf den Ausbildungsmarkt geben. Der Rückgang der Stellenbewerber gegenüber 2007 beträgt 26% in Ost- und 12% in Westdeutschland. Heute sind schon knapp 20.000 aller Stellen unbesetzt, davon zu 80% wegen Fehlens qualifizierter Bewerber.

Die Pflegebranche steht aktuell an einem kritischen Entwicklungspunkt: Intellektuelle und persönlichkeitsbezogene Anforderungen an Pflege(fach)kräfte steigen durch höhere Dichte des Wissenszuwachses durch z.B. Versorgungsforschung und Expertenstandards und steigende Pflege- und Betreuungsanforderungen, durch zunehmende Demenz, schwer Pflegebedürftige und wachsendes Kundenbewusstsein. Die Auswirkungen der Demographie treffen auch jetzt schon die Arbeitenden und zu Pflegenden in den Pflegeeinrichtungen: Diese zeigen sich im Personal- und Fachkräftemangel und im Mangel an Auszubildenden. Außerdem zeigen die migrationsbezogenen demographischen Verschiebungen hin zu einer interkulturellen Pflege ihre Auswirkungen. Monika Habermann stellt fest: „Trotz aller Bemühungen wird keine Pflegeeinrichtung jemals die Vielfalt kulturellen Wissens und kultureller Kompetenzen repräsentieren können. Es ist daher notwendig, eine möglichst enge Vernetzung mit regionalen kulturellen Institutionen und Gemeinschaften herzustellen und Austauschmöglichkeiten zu suchen. Hier kann dann auch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit stattfinden, die Migranten und Migrantinnen über das verfügbare Leistungsangebot und die interkulturelle Zielsetzung informiert. Eine interkulturelle Öffnung, die nicht nur Werbeinstrument bleibt, sondern auch eine kontinuierliche Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit bewirkt, kann mittel- und längerfristig auch ein neues Klientel erschließen, eine Überlegung, die insbesondere für den ambulanten und stationären

---

<sup>72</sup> Vgl. Angaben der Agentur für Arbeit / TopTen-Ranking. [www.ba.de](http://www.ba.de), 02.05.2010



Altenpflegesektor in manchen Regionen wirtschaftlich bedeutsam sein kann.“<sup>73</sup> Die Versorgungseinrichtungen sind also aufgefordert, sich dem Thema Internationalisierung zu stellen.

### **4.3 Altenpflege als internationale Chance**

Seit ca. zehn Jahren nimmt die Nachfrage aus europäischen und nichteuropäischen Ländern nach der deutschen Altenpflegeausbildung zu. Viele Länder zeigen großes Interesse an der professionalisierten Altenpflege Deutschlands, die neben der bislang somatisch orientierten Gesundheits- und Krankenpflege den sozialräumlichen Fokus und die sozialpflegerische Arbeit im Fokus hatte. Eine Nachfrage nach internationalen Nachwuchskräften in Pflege, speziell der Altenpflege, Wissenschaft und Wirtschaft in Deutschland ist absehbar. Bildungsexport ist somit im Gegenzug unabdingbar. Im Prozess der Internationalisierung können multilaterale Organisationen und Gremien (z.B. OECD, UNESCO, Carnegie-Group, ICSU u.a.) bei der Entwicklung von globalen Rahmenbedingungen und Standards, bei der Identifizierung wichtiger Themen mit globalem Forschungsbedarf sowie beim Aufbau und der Koordinierung internationaler Netzwerke wertvolle Unterstützung leisten.<sup>74</sup>

Altenpflege hat sich zu einem Exportartikel entwickelt. Zu der Forderung, dass Deutschland in der Pflegebildungsstruktur anderen europäischen Ländern folgen muss, nimmt der AAA Stellung: „Die vorhandenen europäischen Lösungen sind keineswegs Vorbilder für eine Ausbildung von Pflegekräften auf dem Gebiet der Altenhilfe. Mit ihrer Unterscheidung zwischen Nursing und Care haben sie zu einer Ausdifferenzierung von Pflegeleistungen geführt, die konzeptionelle und administrative Aufgaben von der direkten Pflege trennt. Eine qualifizierte Altenpflege kann nur als integrative Leistung, d.h. Pflegehandlungen auf der Basis von Konzepten und Modellen, verantwortet werden. Die in Deutschland etablierte Altenpflegeausbildung stellt dies sicher. Vermehrte Anfragen nach Expertise für die Umsetzung der Ausbildung auch in anderen Ländern Europas ebenso wie die Nachfrage nach Absolventen spiegeln diese Realität.“<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Vgl. Habermann, M. (2002): Interkulturelles Management in der Altenpflege – Eine Einführung. [www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.html](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.html).

<sup>74</sup> Bundesministerium für Bildung und Forschung <http://www.bmbf.de/de/6441.php>, 12.05.10

<sup>75</sup> AAA, Arbeitskreis der Ausbildungsstätten Altenpflege Deutschland (2007): [www.aaa-deutschland.de](http://www.aaa-deutschland.de), 13.04.2010

#### 4.4 Zukünftige Pflegeausbildungen

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung bildet eine wichtige Rahmenbedingung für das Bildungssystem.<sup>76</sup> Entscheidend für die Verbesserung des Bildungssystems in den Gesundheits- und Sozialberufen ist die Verbesserung der Qualität und der durchlässigen Strukturen im Sinne einer horizontalen und vertikalen Mobilität. In der Strukturbetrachtung werden die akademischen Weiterqualifizierungen ebenso berücksichtigt wie die berufsqualifizierenden Ausbildungen.

Der DBR<sup>77</sup> rät, die bisherigen Weiterbildungsstrukturen und -inhalte umzugestalten und den neuen Anforderungen und Qualifikationsmöglichkeiten anzupassen. Weiterqualifizierungen können sowohl im akademischen (tertiären) Bildungsbereich als auch im nicht-akademischen Bildungsbereich angesiedelt sein. Orte und Arten von Weiterqualifizierungen finden demnach statt, im tertiären Bildungssektor als „konsekutiver Master“, „nicht-konsekutiver Master“, „Weiterbildungs-Master“ oder als Anpassungsweiterbildung mit Zertifikatsabschluss, und im nicht-akademischen Bildungssektor als Anpassungsweiterbildung und als Aufstiegsweiterbildung.<sup>78</sup> Bei den konsekutiven Masterprogrammen für Pflegewissenschaft, -management und -pädagogik nimmt die klinisch ausgerichtete Weiterqualifizierung im Sinne von Advanced Nursing Practice, ANP<sup>79</sup>, einen wesentlichen Schwerpunkt ein. Sie soll hinreichend breit gebündelt und zukunftsfähig sein, aber nicht jedem Gesundheitsproblem folgen und zugleich über eine dynamische und flexible Studienstruktur verfügen.

Auch im Bereich der Akademisierung könnten die Erfahrungen der deutschen Altenpflege nutzen, für neu zu entwickelnde Studienschwerpunkte, die sozialräumlich und lebensweltlich ausgerichtet sind und mit sozialpflegerischen, geriatrischen und gerontopsychiatrischen Inhalten versehen sind. Wir benötigen neben der

---

<sup>76</sup> Vgl. BMBF (2008) Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) S. 16

<sup>77</sup> Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe

<sup>78</sup> vgl. DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.) (2007): Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe München 2007, S. 10ff

<sup>79</sup> ANP bedeutet: Akademisch gebildete Pflegekräfte arbeiten patientennah (bedside) nahe am Bett des Patienten.

bodenständigen Pflegeausbildung auch diese akademisch ausgerichteten Weiterbildungen, die die Zielgruppe ältere und alte Menschen im Focus hat.

Neben der inhaltlichen Fokussierung gilt es die Durchlässigkeit und die horizontale und vertikale Weiterbildungsperspektive näher zu betrachten. Während noch vor einigen Jahren der Hauptfokus auf der Pflegefachkraftausbildung lag<sup>80</sup>, hat sich in den letzten zehn Jahren der Aus- und Weiterbildungsfokus deutlich erweitert. Dieser reicht heute von verschiedensten Angeboten im Downqualifying- Bereich, über akademische Weiterbildungen bis hin zur Promotion.

Um vor dem Hintergrund der Vielfalt zukünftiger Weiterqualifizierungsangebote für Pflegende die Forderung lebenslanges Lernen konsequent zu fördern und um Durchlässigkeit und Flexibilität während der gesamten Berufsbiographie zu gewährleisten, ist es aus Sicht des DBR zwingend notwendig, dass alle Bildungsangebote in ihrer Konstruktion modularisiert sind, die Lernergebnisse gemäß den Kompetenzstufen des EQF festgelegt werden, die Lernergebnisse über formal, non-formal und informell erworbenes Wissen und Können Anrechnung finden und eine vorgegebene Modulanzahl, -größe und -kombination zu einem definierten und nach Akkreditierung auch zu einem staatlich anerkannten Abschluss führen.<sup>81</sup>

Die zukünftigen Herausforderungen an die Pflegeberufe sind vielfältig und durch verschiedene Paradigmen geprägt. Die Veränderungen in der Altersstruktur, zunehmende außerklinische Versorgungsbedarfe, die Zunahme an Multimorbidität und an gerontopsychiatrischen Erkrankungen, sowie die Zunahme an individuellen Lebensstilen prägen das Bild. Macht dieses Bild nicht die Forderung nach einer Altenpflegespezifischen Professionalisierung deutlich? Bei bisherigen Versuchen diese Strukturen zu verändern galt die Finanzierung der Systeme als unüberwindbares Problem.

---

<sup>81</sup> vgl. DBR (Hrsg.) (2007): S. 1f

## **4.5 Aktuelle und zukünftige Finanzierung**

Die Finanzierung der Pflegeberufe ist je nach Höhe der Refinanzierbarkeit für die Ausbildungsbetriebe interessant oder uninteressant. Hier vermischen sich unternehmerische Interessen mit Gesellschafts-, sowie Bildungs- und Gesundheitszielen. Außerdem erfolgt die Finanzierung der Altenpflege gänzlich anders, als die Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

### **Finanzierung der Altenpflegeausbildung**

In der Altenpflege werden die Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig nach § 82a SGB XI, sowie in den Vergütungsvereinbarungen der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89 SGB XI). Alternativ sind Länder-Ausbildungsumlagen<sup>82</sup> zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen möglich<sup>83</sup>. Bei Teilnehmern, die durch die BA/ARGEN gefördert werden erfolgt die Finanzierung des Unterhaltsgeldes nach SGB III/II. Die schulische Ausbildung erfolgt in den Ländern unterschiedlich nach Rechtsgrundlage in Berufsfachschulen oder Fachseminaren. Die Sachkosten der Schulen erfolgt in einer „Kopffinanzierung“, Teilnehmer bezogen durch die Länder oder auch nach SGB III.

### **Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflege<sup>84</sup>**

Die Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt über Zuschläge auf die DRGs als separates Ausbildungsbudget, § 17a Abs. 1 + Abs. 3 KHG auf Basis der realen Kosten. Die Ausbildungskosten können als Elemente der zuschlagsfähigen Ausbildungskosten geltend gemacht werden. Diese sind: Ausbildungsvergütungen als Mehrkosten gegen gerechnete „Arbeitsleistung“<sup>85</sup>, die Kosten der Ausbildungsstätten.<sup>86</sup>

Ziel der Bundesregierung ist es die Pflegeausbildungen zusammenzuführen. Dies schließt auch ein neues Finanzierungskonzept ein. Über die verschiedenen

---

<sup>82</sup> Umlagefähig (Länder-RVO) gem. § 25 AltPflG:

<sup>83</sup> Aktuell refinanzieren nur zwei Länder die Ausbildungsvergütung der Altenpflegeausbildung über die Umlage. Dies sind Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz.

<sup>84</sup> Ebenso Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

<sup>85</sup> 1/9,5 voll ausgebildete Fachkraft, § 17a Abs. 1 S. 2 KHG

<sup>86</sup> abzüglich der jeweils von den Ländern finanzierten Ausbildungskosten, per Beleg: testieren Wirtschaftsprüfer die zweckentsprechende Verwendung, Abs. 7. Bei Streit: wird ein Schiedsstellenverfahren, § 17a Abs. 2 S. 2 KHG eingesetzt.

Finanzierungsvarianten könnte und wird aktuell diskutiert und gestritten. Ein zukunftsfähiges Finanzierungsmodell, ohne Verluste für einzelne beteiligte Akteure wurde bislang nicht gefunden. Die Finanzierung der neu zu gestaltenden Pflegeberufe scheint sich als zentrales Problem darzustellen, neben Problemen, die sich aus den unterschiedlichen Bildungsstrukturen der Länder und der nur teilweisen Berücksichtigung des Berufsbildungsgesetzes ergeben. Partikularinteressen und sektorale Bedürfnisse und Bedarfe stehen einer Struktur vereinfachenden Lösung gegenüber. Hier gilt es Bewährtes nicht unüberlegt über Bord zu werfen und nur der Vereinfachung halber zu opfern.

## **5 Positionen und Forderungen**

Das Berufsbild der Altenpflege hat sich in Deutschland evolutionär entwickelt und deckt zunehmend die rasant fortschreitenden Versorgungsbedarfe älterer, alter und sterbender Menschen. Nicht nur in Deutschland ist die Nachfrage nach examiniertem Altenpflegepersonal stark gestiegen und stark steigend. Auch aus dem europäischen und nicht europäischen Ausland nimmt das Interesse an der deutschen Altenpflege und dem spezifischen Berufsprofil zu, da bislang kein Land vergleichbare oder bessere Ausbildungsmodelle speziell für die Altenhilfe entwickelt hat.

Relevante altersassoziierte Arbeitsfelder erfordern spezielle Kompetenzen, die durch die Ausbildungsorte regional realisiert werden müssen. Relevante Arbeits- und Ausbildungsfelder der altersassoziierten Lebenswelten müssen somit professionalisierbar sein. Internationalisierte Bildung in der Senioren- und Gesundheitswirtschaft, konkret die internationalisierte Altenpflegeausbildung, stellt eine wesentliche Komponente einer umfassend ansetzenden regionalen Struktur-, Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik dar, die auf die besonderen Herausforderungen einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft reagiert. Demographieadäquate Dienstleistungen, Produkte und Teilkomponenten werden zunehmend weltweit eingekauft und verkauft werden können und auch als Service entsprechend gewährleistet werden müssen. Zukünftig werden sich neue und vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung und Pflege in Deutschland ergeben und ergeben müssen. Die Maßnahmen- und Bildungsproduktentwicklung für außerklinische und außerfamiliäre geriatrische

Versorgung im internationalen Kontext erscheint weitsichtig und sinnvoll. Die traditionell medizinisch-pflegerische Fokussierung mit Orientierung auf medizinische Fachgebiete und Heilhilfstätigkeiten, die mit Ausprägung der Krankenpflege einherging, gilt in der generalistischen orientierten Weiterentwicklung der Pflegeberufe als kritisch zu betrachten. Eine Zusammenlegung der drei Berufe würde den Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, voraussichtlich vor allem in der Altenpflege, drastisch verschärfen.

Im Kontext der Weiterentwicklung der Pflegeberufe sind folgende zentrale Positionen und Forderungen<sup>87</sup> zu nennen:

- **Ausbildungsbetriebe**

Die Ausbildungsbereitschaft der Ausbildungsbetriebe wird massiv abnehmen, da sie in einer generalistisch orientierten Pflegeausbildung nicht berufsspezifisch ausbilden, sondern Poolkompetenzen vermitteln sollen. Die professionellen Kernkompetenzen müssten in weiteren Schulungsverfahren erfolgen. Die Kernkompetenzen der Berufsprofile der klinischen Akutpflege und der sozialräumlichen Altenpflege unterscheiden sich zunehmend voneinander. Die betriebliche Anbindung der Auszubildenden an die Ausbildungsbetriebe ist durch die verschiedenen vorgeschriebenen berufspraktischen Einsatzfelder nicht mehr gegeben. Die Ausbildungskapazitäten für eine Zusammenlegung der Pflegeberufe sind in den heute ausbildungswilligen Betrieben nicht vorhanden.

- **Ausbildungsstätten**

Die vorhandenen Ausbildungsstätten unterliegen unterschiedlicher Rechtsgrundlage. Die Ausbildungsstätten würden massiv gefährdet, da unterschiedliche Finanzierungsstrukturen aufeinander träfen. Die Zuordnung und Begleitung der Ausbildungsstätten zu den Ausbildungsbetrieben sollte direkt und berufsspezifisch erfolgen. Drei institutionelle Regelsysteme erschweren verlässliche Strukturen und individuelle, theoriegeleitete Begleitung.

---

<sup>87</sup> Zentrale Punkte hiervon wurden auch vom AAA erarbeitet. Vgl. Positionspapier des AAA [www.aaa-deutschland.de](http://www.aaa-deutschland.de). Die Autorin ist aktiv im Vorstand des AAA tätig.

- **Kompetenzerwerb**

Die Identitätsbildung und Selbstdefinition in einem Beruf ist ein wesentliches Merkmal der Professionalisierung. Nur hierüber kann Kompetenzerwerb stattfinden. Die Arbeit am Menschen und alle sozialen und humanen Dienstleistungen erfordern klare Strukturen und zuverlässige Begleitung. Kulturen- und Rollenkonflikte sind bei dem Durchlaufen dreier divergenter Lernorte vorprogrammiert. Der Erwerb von Poolkompetenzen steht im Vordergrund bevor ein Kompetenzerwerb in den professionalisierten Kernkompetenzen erfolgen kann. Dies würde sich nicht identitätsbildend auswirken. Berufsfelder und spezifische Berufspraxis müssen Kernkompetenzen vermitteln, um einen berufsspezifischen Handlungskompetenzerwerb zu ermöglichen.

- **Finanzierung**

Die Finanzierung der Pflegeausbildungen ist heute Spielball zwischen einzel- und gesamtgesellschaftlichen Interessen. Je nach wirtschaftlicher Lage entscheiden Ausbildungsbetriebe über Ausbildungszahlen. Die Finanzierung der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege fußt auf grundsätzlich unterschiedlichen Systemen. Ausbildung wird von Ausbildungsbetrieben als unternehmerisches Interesse gesehen. Die Interessen und Refinanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser sind andere als der stationären Altenhilfe und wieder anders als die der ambulanten Pflege. Hier gilt es, durch neue Finanzierungsmodelle, bestehende Strukturen nicht zu gefährden und der Generalistik massive Ausbildungsplätze und Ausbildungsbereitschaft zu opfern.

- **Berufsprofil**

Viele Bewerber entscheiden sich heute bewusst für die außerklinische Altenpflegeausbildung und die Arbeit mit Senioren. Eine Zusammenlegung der Pflegeberufe würde eine große Gruppe von Personen von der Ausbildung fernhalten – insbesondere Quereinsteiger –, die bisher ein wesentliches Fundament der Beschäftigten in der Altenpflege darstellen. Die Zusammenlegung der Berufe würde aufgrund geringerer spezifischer Ausbildungsinhalte zu

Defiziten vor allem auch in der fachpraktischen und theoretischen Ausbildung und zu höheren Personalaufwendungen bei den Betrieben führen. Das primäre Ausbildungs- und Berufsprofil Altenpflege würde in einer Generalistik verloren gehen und müsste in weiteren Schritten in den vor uns liegenden Jahren neu entwickelt werden.

- **EQR/DQR**

Der Beruf der Altenpflege kann grundsätzlich im EQR und DQR verortet werden. Eine Gesetzesinitiative für eine Zusammenlegung der Pflegeberufe käme kurz nach der Novellierung der Ausbildungsgesetze im Jahr 2003 zum falschen Zeitpunkt und fußte auf einer Rechnung mit vielen unbekanntem Variablen, da die Forderungen und Folgen des EQR/DQR für das Gesamtsystem beruflicher Bildung in Deutschland und Europa vernünftigerweise abgewartet werden müssten.

- **Vielfalt der Berufe und Integration**

Die vorhandenen unterschiedlichen Ausbildungswege garantieren, dass es viele Wege in den Beruf gibt. Für die Dienstleistung Altenpflege spielt dabei die bewährte, erfolgreiche Integration von Migranten eine entscheidende Rolle.

- **Durchlässigkeit**

Die Vielfalt der Berufe erfordert Durchlässigkeiten und gegenseitige Anerkennung der Qualifikationsprofile. Die Durchlässigkeit des Bildungssystems in den tertiären Bereich kann bei drei verschiedenen Berufen ebenso gewährleistet werden, wie bei einer generalisierten Pflegeausbildung. Eine wechselseitige Anerkennung von Kompetenzen und Leistungsnachweisen (Creditpoints) muss erfolgen.

- **Unternehmensexistenzen/wirtschaftliche Bedeutung für Unternehmen**

Der Nachweis an Altenpflegefachkräften und anderem Pflegefachpersonal ist heute für viele Unternehmen Existenz sichernd. Ein weiterer Verlust von Fachkräften führt in einigen Regionen zur massiven Unterversorgung und in Fachabteilungen zu Schließungen. Speziell werden Altenpflegefachkräfte von KMU gesucht.



- **Demographieadäquate Berufsentwicklung/Marktsituation**

Die Altenpflege hat sich demographieadäquat aus dem tatsächlichen Bedarf an Altenpflegefachkräften heraus entwickelt. Der Markt fordert heute weit mehr Altenpflegefachkräfte wie ausgebildet werden. Auf diesen Beruf kann nicht verzichtet werden. Die Gesundheits- und Krankenpflege hat sich ebenso wie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege passgenau an den klinisch - medizinischen Bedarfen entwickelt. Die Marktrelevanz bei der Entwicklung von Berufen zu vernachlässigen wäre nicht zu verstehen und würde zu eklatanten Defiziten und zu weiterem Personalmangel führen.

- **Element zur Internationalisierung/Migrationsperspektive**

Die Altenpflege ist ein wertvoll gewachsenes Element zur Internationalisierung und zur Stützung des kommunalen, kultursensiblen und migrationsadäquaten Versorgungsmanagements. Die Altenpflege ist mit ihren Mitarbeitern kultursensibel und migrationsentsprechend bunt gewachsen. Diese Entwicklung rührte zum großen Teil durch die Möglichkeit der Umschulungen über die Arbeitsverwaltungen.

Durch die Vielfalt der Kulturen der Mitarbeiter/innen spez. in der Altenpflege ist eine kultursensitive Organisationsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen möglich. Ein Verlust dieser migrationsfreundlichen Entwicklung wäre im interkommunalen Management unverzeihlich.

- **Vertrauen zum Kunden**

Deprofessionalisierung hat auf den Kunden eine verunsichernde Wirkung. Ein schleichender Wandel im Professionsethos und der Verlust eines an Seniorenbedarfen gewachsenen Berufes wird Senioren selber und den daraus erwachsenden Versorgungsbedingungen nicht entgegenkommen.

- **Berufsprofil der Altenpflege/Deprofessionalisierung**

Eine Profession ist ein Beruf, der sich durch die Bedeutsamkeit seines Wissens und Könnens auszeichnet. Dessen Niveau hebt eine Profession von anderen Berufstätigkeiten ab. Mit dem Anspruch, den die Profession vertritt, ist in erster Linie die soziale Bedeutsamkeit gemeint. Eine Deprofessionalisierung der Altenpflege und der anderen Pflegeberufe ist nach dieser Definition nicht

nachzuvollziehen und würde zu einem hausgemachten zusätzlichen Notstand an Berufsprofilierung führen. Welches Land de- oder entprofessionalisiert freiwillig Berufe, die sich bedarfsentsprechend neu und aktuell am Markt entwickelt haben und einer hohen Nachfrage entsprechen?

- **Nachschulungsbedarf**

Eine Generalisierung der Inhalte der drei Pflegeberufe auf ein Basiswissen würde einen umfangreichen und Kosten intensiven Nachschulungsbedarf hervorrufen. Hier wäre die Frage nach einer fachspezifischen Professionalisierung nicht geklärt. Der Verlust an gerontologischem und geriatrischem Wissen in den Lehrplänen widerspricht einer zukunftsweisenden Professionalisierung. Weiterbildungsstrukturen können sich auch ohne die Generalisierung und Zusammenlegung der Pflegeberufe neu und zukunftsfähig gestalten. Transparenz, Diversifikation und Mobilität, sowie lebenslanges Lernen dürfen hierbei nicht nur Worthülsen darstellen, sondern müssen durch umsetzbare und anwendbare Strukturen und Rahmenbedingungen realisierbar werden.

- **Gefahr der Qualitätsabsenkung**

Die Absenkung der Pflegeausbildungsinhalte auf Poolkompetenzen bringt die Gefahren der Absenkung aller Qualitätsstandards in der betrieblichen Praxis mit sich. Die Pflegeausbildung würde, vor allem auch bei der Absenkung der Basisausbildung auf zwei Jahre, zum Hilfsberuf degradiert. Assistentenausbildungen sollten lediglich als Einstieg in vertikale Qualifikationen entwickelt werden.

Die Humanressourcen sind in hoch entwickelten Volkswirtschaften für die Wirtschaftsdynamik wichtiger als das Sachkapital. In der Verknüpfung von Demographie, Regionalität, altersassoziierter Gesundheitswirtschaft und Weiterbildung ergeben sich Schlüsselerfolgskriterien. Der steigende Bedarf an altersassozierten Versorgungsbedarfen, speziell im geriatrischen und gerontologischen Kontext, wirkt durch die Abschaffung der Altenpflegeausbildung in Deutschland kontraproduktiv. Ausbildungsinhalte müssen erforderliche Kompetenzen im Bereich der lebensweltlichen Begleitung und Unterstützung bieten. Eine Professionalisierung kann nicht nur über die sich an die Grundausbildung

anschließende Spezialisierung erfolgen. Die traditionell medizinisch-pflegerische Fokussierung mit Orientierung auf medizinische Fachgebiete und Heilhilfstätigkeiten, die mit Ausprägung der Krankenpflege einherging, gilt in der generalistischen orientierten Weiterentwicklung der Pflegeberufe als kritisch zu betrachten.

Aktuell und kurzfristig müssten den Forderungen nach ausreichenden marktorientierten Ausbildungsplätzen, Unterstützung und Nutzung vorhandener Ausbildungsstrukturen und passgenauer Qualifikation für die Aufgaben im Arbeitsfeld nachgekommen werden<sup>88</sup>.

Nun, ich komme zu meinen

## **6 Schlussfolgerungen**

Aktuell verändern sich die Versorgungsfelder durch: – kultur- und migrationsentsprechende Globalisierung, – benachteiligte und privilegierte Anspruchsgruppen, niedrig- und hochpreisige Versorgungsleistungen und Regionalisierung. Die Pflege, Betreuung und strukturfördernde Unterstützung älterer und alter Menschen ist eine der zentralen, gesellschaftlichen, sozialen, gesundheitspolitischen und kulturellen Aufgaben, die zukünftige Lebensqualität beeinflussen und gestalten wird. Die Gesundheitswirtschaft stellt dazu einen Wachstumsmarkt erster Güte dar, vor allem in Deutschland mit seiner alternden Bevölkerung. Die Alterung der Bevölkerung lässt im Zusammenwirken mit dem medizinischen-technischen Fortschritt einen weiteren Anstieg der Ausgaben für die Gesundheit erwarten.<sup>89</sup> Der Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege und Versorgung dürfte kräftiger wachsen als der Bedarf an Krankenhausbehandlungen.

Die Qualifizierung und Professionalisierung der Pflegeberufe und die Arbeitsbedingungen stehen in einem klaren Spannungsfeld gegenüber den demographieadäquaten Versorgungsproblemen und -ansprüchen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an professionell Tätige. Es gilt die deutsche altersassoziierte Aus- und Weiterbildung der Gesundheitswirtschaft, also die

---

<sup>88</sup> Vgl. Positionspapier des AAA / [www.aaa-deutschland.de](http://www.aaa-deutschland.de), 22.06.2010

<sup>89</sup> Bräuninger, D. in: DBR (2010) Demografischer Wandel in Deutschland – Herausforderung für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Deutsch Bank Research, Präsentation 18.02.2010, S. 14

deutsche Altenpflegeausbildung als eigene oder als integrierte Berufsausbildung zu erhalten und diese, sowie hoch entwickelte geriatrische und gerontologische Weiterbildung als Exportressource zu erkennen, weiterzuentwickeln und zu internationalisieren. Außerdem sollten bessere Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse von Zugewanderten entwickelt werden.<sup>90</sup> In Zukunft benötigen wir mehr gut qualifizierte Menschen in den altersassoziierten Gesundheits- und Sozialberufen. Gut qualifizierte, professionell und nicht professionell Arbeitende, erweisen sich als Erfolgsfaktor im Wettbewerb und nur sie können eine adäquate Versorgung komplexer menschlicher Bedarfe sicherstellen.

Es bleibt abzuwarten ob Deutschland so weitsichtig ist und noch verhindern wird, dass Bewährtes abgeschafft wird, anstelle dieses zu ergänzen und zu optimieren. Wenn eine generalistische oder integrative Pflegeausbildung auf alle erforderlichen Situationen und Bedingungen vorbereiten soll, in denen professionelle Pflegehandlungen erfolgen, so bedarf es dennoch an einer Beibehaltung der drei Berufsprofile Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und vor allem dem der Altenpflege. Wollen wir eine generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens?

Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung akuter Erkrankungen. Die Zukunft des Gesundheits- und Versorgungsmanagement muss die Unterstützung der Lebensaktivitäten von alten und pflegebedürftigen Menschen, die Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten unter den Bedingungen der alternden Gesellschaft, vor allem auch im außerklinischen Bereich ermöglichen.

Die Frage nach der Lebensqualität im Alter und am Lebensende ist immer eine Frage der Kommunikation.<sup>91</sup> Welche Lebensqualität wollen wir uns im Alter und zum Lebensende leisten? Zukunftsfähige Bildungsstrategien sind der Schlüssel zur Lösung von potenziellen Problemen im Versorgungsmanagement. Das Berufsbild

---

<sup>90</sup> Vgl. Bräuninger, D. in: DBR (2010) Demografischer Wandel in Deutschland – Herausforderung für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Deutsch Bank Research, Präsentation 18.02.2010, S. 14

<sup>91</sup> Vgl. Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009): Altern in Deutschland. Band 9, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, S. 86

Altenpflege ist unverzichtbar und in Europa zukunftsweisend. Oder - bedarf es neuer sozialpflegerischer Berufe in Deutschland, die sich im altersassoziierten Versorgungsmanagement entwickeln?

## Quellenverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. (2008):** Akademisierung für die Pflegepraxis – eine dringende Notwendigkeit in Deutschland. In: Nussbaumer, Gerda und von Reibnitz, C. (Hrsg.): Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Bern 2008
- Becker, W. (Hrsg.) (2006a):** Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 1. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, 2006
- Becker, W. (Hrsg.) (2006 b):** Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 2. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, 2006
- Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2006):** Empfehlungen zur Qualitätssteigerung und -sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland. Positionspapier 2006
- Birg, H. (2005):** Die demographische Zeitwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München 2005
- BMFSFJ (2006):** Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Institut für Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA). Berlin, 2006
- BMFSFJ (2007):** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007): Pflegeausbildung auf Modernisierungskurs. Dokumentation der Fachtagung am 6. Und 7. Dezember 2006 in Berlin. Zu den Themen Dynamik in der Altenpflegeausbildung und Pflegeausbildung in Bewegung. April 2007
- BMFSFJ (Hrsg.) (2008):** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin 2008
- Bönsch, M. (2007):** Bildung und Pflegeausbildung: Bildungstheoretisch orientierte Lernarrangements. In: Falk, Juliane und Keuchel, Regina (Hrsg.): Moderne Pflegeausbildung heute. Bildungstheoretische Orientierungen und bewährte Praxisbeispiele für den Unterricht. Weinheim und München 2007 Altenpflegeausbildung auf gutem Weg?
- Böttcher, W./ Koltappels, H.G./ Brohm, M. (2006):** Evaluation im Bildungswesen. Weinheim-München
- Bräuninger, D. in: DBR (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland – Herausforderung für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Deutsch Bank Research, Präsentation 18.02.2010
- Darmann, I. / Keuchel, R. (2005):** Gesundheit/Pflege. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld 2005
- Darmann-Finck, I. (2006):** „Und es wird immer so empfohlen“ – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. Pflege (2006) 19: 188-196
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.) (2007):** Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe München 2007
- Deutscher Bundestag (2010):** Antwort auf: Kleine Anfrage Drucksache 17/2301, von 28.06.2010
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.):** Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin 2001.
- Dielmann, G. (2008):** Wohin entwickelt sich die Pflegeausbildung. Problematische Tendenzen. Dr. med. Mabuse (2008) 173: Mai/Juni, S.37-39
- Drucksache 514/00. Bundesrat.** Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes. 08.09.00
- DZA, DWSTATIS, RKI (Hrsg. (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes , des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch Institute, Berlin 2009

- Ewers, M. (2008):** Die Zukunft der Gesundheitsberufe. Nachwuchsförderung und Qualifizierung auf dem Prüfstand. Dr. med. Mabuse (2008) 173: Mai/Juni S. 22-39
- Falk, J. / Kerres, A. (2006):** Lernfelder in der Pflegeausbildung. Weinheim und München 2006
- Falk, J. / Kerres, A. (Hrsg.) (2003):** Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim und München 2003
- Faustich, P./Gnahn, D./ Sauter, E.(2004):** Systemqualität beruflicher Weiterbildung, Berlin
- Görres, S. u. a. (Hrsg.) (2006):** Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Lage: Jacobs Verlag, 2006.
- Isfort, M. / Weidner, F. et al. (2010):** Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln 2010. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Keuchel, R. (2005):** Bildungsarbeit in der Pflege. Bildungs- und lerntheoretische Perspektiven in der Pflegeausbildung. Lage, 2005
- Knigge-Demal. B. / Pätzold, C. (Hrsg.) (2007):** Lernortkooperation in der Altenpflegeausbildung. „Ein strukturelles und curriculares Konzept zur Qualitätssicherung“. Projekt LoKo Band 1, 2007
- Kuhlmeier, A. / Schaeffer, D. (Hrsg.) (2007):** Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern, 2008
- Kocka, J. / Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2009):** Altern in Deutschland. Band 9, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009
- McKinsey &Company (Hrsg.) (2008):** Deutschland 2020, Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft, Zusammenfassung der Studienergebnisse, Frankfurt 2008
- Meifort, B. (2004):** Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. Bielefeld, 2004
- Nussbaumer, G. / Reibnitz, Ch. v.(Hrsg.) (2008):** Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Bern, 2008
- Oertzen v., J. / Cuhls, K. / Kimpeler, S. (2006):** Wie nutzen wir Kommunikations- und Informationstechnologien im Jahr 2020? Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Fazit Schriftenreihe, Forschungsbericht Band 3, Stuttgart, Mannheim, Karlsruhe, 2006
- Pätzold, G. (2004):** Lernortkooperation im Lernfeldansatz. PrInternet (2004) 1: 5-13
- Pätzold, G. (2003).** Lernfelder – Lernortkooperation. Bochum: Projekt Verlag, 2003. 2. Auflage
- Pätzold, G. /Walden, G. (Hrsg. (1999):** Lernortkooperation – Stand und Perspektiven. Bielefeld, 1999.
- Pätzold, G. (1999):** Kooperation der Lernorte im dualen System der Berufsbildung – berufspädagogische Begründung und historische Aspekte. In: Pätzold, Günter und Walden, Günter (Hrsg.): Lernortkooperation – Stand und Perspektiven. Bielefeld, 1999.
- Rauner, F. (Hrsg.) (2005):** Handbuch Berufsbildungsforschung. Zweite, aktualisierte Auflage, Bielefeld 2005
- Reibnitz v., Ch. (2008):** Kompetenzentwicklung und -förderung in Gesundheitsberufen. In: Nussbaumer, Gerda und von Reibnitz, Christine (Hrsg.): Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Bern, 2008
- Reissert, B. / Schmid, G. / Jahn, S. (1989):** Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1989
- Riedel, A. (2008):** Vortrag auf der Fachtagung des Servicenetzwerkes Altenpflegeausbildung am 7. Oktober 2008 in Berlin Prof. Dr. Annette Riedel, Hochschule Esslingen
- Riedel, A. (2007):** Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegberufe. Marburg, 2007
- Stiftung Careum (2007):** Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe. Aus Anlass des 125-jährigen Jubiläums der Stiftung Careum. Zürich 2007

**SVR / Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002):** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Baden Baden 2002

**SVR / Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Bonn 2009

**Spath, D., / Ganz, W. (Hrsg.) (2009):** Die Zukunft der Dienstleistungsgesellschaft, Trends und Chancen heute erkennen, München, 2009

**Stöver, M./Görres, S. (2009):** Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließender Projektbericht. Universität Bremen 2009

**Winter, M. H. J. (2008):** Anforderungsveränderungen an die Qualifizierung der Gesundheitsberufe. In: Kuhlmei, Adelheid und Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern 2008.

#### **Internetquellen:**

##### **AAA, Arbeitskreis der Ausbildungsstätten Altenpflege Deutschland (2007)**

Erklärung vom Edelacker, Freyburg, Berlin 2007  
[www.aaa-deutschland.de](http://www.aaa-deutschland.de), 13.06.2010

##### **Agentur für Arbeit**

Agentur für Arbeit / TopTen-Ranking. [www.ba.de/top-ten-ranking.de](http://www.ba.de/top-ten-ranking.de) 02.05.2010

##### **Bertelsmann-Stiftung**

<http://www.wegwiser-kommune.de> 27.05.2010

##### **BMBF (2005) Bildungsberichterstattung**

<http://www.bmbf.de/publikationen/2713.php>, 28.06.2010

##### **BMBF 2008**

<http://www.bmbf.de/publikationen/2713.php>, 28.06.2010

##### **BDI**

[http://www.wirtschaft-fuer-gesundheit.de/files/Broschuere\\_BDI\\_Gesundheit.pdf](http://www.wirtschaft-fuer-gesundheit.de/files/Broschuere_BDI_Gesundheit.pdf), 24.06.2010

##### **Bologna Prozess**

BMBF(2009): Der Bologna Prozess <http://www.bmbf.de/de/3336.php>, 15.05.2010

**Brinkmann, D.:** Auswirkung der alternden Gesellschaft auf Freizeit und Kultur und generationengerechte Gestaltung dieser Veränderungen, <http://library.fes.de/pdf-files/akademie/online/03584.pdf>, 08.05.10

##### **CGW/NRW – Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein Westfalen:**

<http://www.exzellenz.nrw.de/gesundheitswirtschaft/noth/clusterinfo/cluster-portraits/gesundheitswirtschaft/>  
25.06.2010

##### **DESTATIS**

<http://www.destatis.de> 19.05.2010

##### **DIE**

Habermann, M. (2002): Internationales Management in der Altenpflege, [www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.htm](http://www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm), 17.05.10

##### **Fraunhofer Institut**

[www.innovation.iao.fraunhofer.de/details/technologiemangement/trendanalysen\\_zukunftszenarien.jsp](http://www.innovation.iao.fraunhofer.de/details/technologiemangement/trendanalysen_zukunftszenarien.jsp),  
14.05.2010

##### **Gesundheitswirtschaft:**

<http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2009/bandemer01.pdf>, S. 27, 28.05.2010

##### **Görres 2009**

[http://www.schwesterenschaften.drk.de/aktuelle\\_meldungen/2009/kongress/Vortraege/Goerres.PDF](http://www.schwesterenschaften.drk.de/aktuelle_meldungen/2009/kongress/Vortraege/Goerres.PDF), Slide 20,  
28.05.10

##### **IAT GE**



[www.iatge.de/aktuell/veroeff/2009/bandemer01.pdf](http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2009/bandemer01.pdf), 26.04.10

**Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.**

[www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf),

**Magazin für Wirtschaft und Finanzen** [www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinWirtschaftFinanzen/066/t3-soziale-dienstleistungen-haben-konjunktur.html), 17.05.10

**Wertschöpfungskette Gesundheitswirtschaft:** Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: [www.gesundheitswirtschaft-nrw.de/](http://www.gesundheitswirtschaft-nrw.de/) 03.05.2010

**TIP / Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung**

[www.tip-netzwerk.de/pdf/Positionspapier-TIP-2009](http://www.tip-netzwerk.de/pdf/Positionspapier-TIP-2009), 13.05.2010

**Aufsätze in Sammelbänden und Zeitschriften**

**Becker, W. / Herdt, U. (2000):** Eckpunkte zur Aus- und Weiterbildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe, Veröffentlichung BIBB und GEW-Hauptvorstand, Frankfurt/Main, 17.01.2000

**BDI / VWA 2009 (Hrsg.):** Akademie. Zeitschrift für Führungskräfte in Wirtschaft und Verwaltung, 54. Jahrg., 1/2009

**Brandenburg, H. (2002):** Zukunft der Pflege - der soziale Wandel und neue Tätigkeitsfelder in der professionellen Pflege alter Menschen. In: PR-INTERNET / Pflegemanagement 7-8/2002, S. 133 – 148

**Dülberg, A., Fretschner, R., Hilbert, J.:** Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft in: Verbundprojekt „Hochschule für Gesundheit“, Magdeburg, 04/2002

**Görres, S. / Boeckler, U. (2004):** Innovative Potentiale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege - Ergebnisse einer Delphistudie. Pflege, S. 17:105-112

**Hasselhorn, Hans Martin u.a. (2008):** Image der Pflege in Deutschland. NEXT Studie. Die Schwester/Der Pfleger (2008) 47: 5: 458-461.

**Kruse, A. (2001):** Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenzentwicklung im Alter. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 4, 555-575

**Musch, N. (2005):** Migration und Gesundheit unter besonderer Betrachtung der Altenpflege. Hausarbeit Universität Bremen 2005

**Müller, K. (2010):** Pflegeausbildung braucht Reformen, Positionspapier des Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (TIP), in Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 01/10, S. 82-85

**NDV (1965):** Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Aus der Arbeit des Deutschen Vereins. Fachausschuss III - Altenhilfe. NDV (1965) 45: 5: 182. In: Riedel, A. (2007): Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg 2007

**NDV (1968).**Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Altenpflegerinnen verabschiedet. NDV (1968) 48: 8: 217-219. In: Riedel, A. (2007): Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg 2007

**NDV (1980):** Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine bundeseinheitliche Ausbildungsordnung für Altenpfleger. NDV (1980) 60: 3: 73-74. In: Riedel, A. (2007): Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg, 2007.

**Robert Bosch Stiftung (2002):** Dokumentation Streitgespräch, Robert Bosch Haus, Stuttgart, 24.01.2002

**OECD**

Die demographische Entwicklung im EU Vergleich, OECD/Demographie (2010)  
/www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en\_2825\_494553\_1\_1\_1\_1\_1,00.html, 09.05.10

**PRInternet (2006):** 1: 22-27. Urteile zum Altenpflegegesetz: Urteil des Zweiten Senats vom 24. Oktober 2002.  
Aktenzeichen: 2 BvF 1/01. Veröffentlicht im Internet:  
<http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/frames/2002/10/24> Aufgerufen am 04.11.2002. BvQ  
48/00 – Beschluss des BVerfG vom 22. Mai 2001 In: Roßbruch 2001, 229ff.

**Sachs, M. (2006):** Nurse Practitioner oder Spezialist. Erweiterte Berufsrolle für Pflegeexperten, In: Pflege Aktuell,  
Mai 2006, S.270-272

**Winter, M.H.J (2006):** Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. Demographischer Wandel und pflegerische  
Versorgung im Alter, Deutsches Ärzteblatt online, aufsaetze/060X

Gesetze

**Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25. August 2003 (AltPflG).** In: Bundesgesetzblatt Jahrgang  
2003 Teil I Nr. 44: 1691-1696. Bonn, 2003.