



„Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche“

Berliner Bündnis für Altenpflege – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege

2. Auflage
Berlin, Dezember 2014

Herausgeber:
WERT.ARBEIT GmbH, Berlin
Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innovation
Albrechtstr. 11a
10117 Berlin

Telefon: 030 / 2 80 32 08 - 6
Telefax: 030 / 2 80 32 08 - 89

E-Mail: info@wertarbeitgmbh.de

www.wertarbeitgmbh.de

Der Branchenreport „Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche“ wurde im Rahmen des Projektes „Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ erstellt.

Das Projekt wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen des Landes Berlin

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Branche Altenpflege gehört zu den Dienstleistungsbereichen in Berlin, die sich sehr dynamisch entwickeln. Die Menschen in unserer Stadt – und das ist eine gute Nachricht – werden älter und bleiben länger gesund. Auf der anderen Seite steigt mit dem Alter aber auch das Risiko pflegebedürftig zu werden. Die Nachfrage nach professioneller Pflegedienstleistung, die die individuellen Erwartungen und Bedürfnisse der zu Pflegenden in den Blick nimmt, wird in den kommenden Jahren weiter wachsen. In Berlin leben zahlreiche Menschen mit vielfältigen kulturellen Hintergründen – auch ihren Bedarfen im Alter zu entsprechen ist für die Altenpflege in Berlin eine zukünftige Herausforderung.

Die Qualität der Pflege steht und fällt mit den professionell ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den ambulanten sowie stationären Einrichtungen. Damit sich die Branche Altenpflege auch zukünftig dynamisch entwickeln kann, bedarf es einer steigenden Zahl an qualifiziertem Fachpersonal. Der Fachkräftemangel ist jedoch auch in anderen Dienstleistungsbranchen Berlins bereits präsent und führt zu einem Wettbewerb um potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Auszubildende. Auch aus diesem Grund müssen die Rahmenbedingungen in der Altenpflege so gestaltet sein, dass sich junge und auch ältere Menschen bewusst für die Tätigkeit in der Altenpflege entscheiden. Und vor allem muss eine längere Verweildauer der weiblichen und männlichen Beschäftigten ermöglicht werden.

Zentrale Ziele für das Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege sind somit:

- ein hochwertiges Angebot der Altenpflege für alle Bürgerinnen und Bürger der Stadt, unabhängig von Geschlecht und Alter zu erhalten,
- eine wertschätzende Unternehmenskultur in den Einrichtungen der Altenpflege zu fördern,
- sowie auf gute und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in der Pflege hinzuarbeiten.

Der vorliegende, aktualisierte Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven in der Branche Altenpflege untersucht die derzeitige Situation und die Potenziale im Land Berlin. Neue Trends werden aufgegriffen, die aktuelle Beschäftigungssituation dargestellt und Beschäftigungspotenziale analysiert. Auch die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege werden in den Blick genommen. Ein abschließender Ausblick gibt Einschätzungen, wie die Potenziale der Branche Altenpflege in Berlin mobilisiert und die bestehenden Herausforderungen gestaltet werden können.

Für ein gutes Leben im Alter in Berlin.

Dilek Kolat

Senatorin für Arbeit, Frauen und Integration des Landes Berlin

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
1. Einleitung und Vorbemerkung	7
2. Die wirtschaftliche Bedeutung der Altenpflege	10
2.1 Bruttowertschöpfung der Altenpflege	10
2.2 Derzeitige und zukünftige Beschäftigungspotenziale	12
2.3 Entwicklung der ambulanten und stationären Einrichtungen	13
2.4 Trägerstrukturen in der Altenpflege	14
2.5 Fiskalische Effekte der (professionellen) Altenpflege	16
2.6 Altenpflege als Entwicklungsmotor vor- und nachgelagerter Wirtschaftsleistungen	17
2.7 Innovationsfähigkeit der Branche: Bedingungen und Auswirkungen	18
2.8 Zwischenfazit	19
3. Altenpflege im Wandel	20
3.1 Besonderheit der Arbeit in der Altenpflege – interaktive Arbeit	20
3.2 Gesellschaftliche Wandlungsprozesse	21
3.2.1 Demografischer Wandel und Entwicklung der Pflegequote	21
3.2.2 Verringerung des familiären Pflegepotenzial	22
3.2.3 Neue Ansprüche an die Altenpflege	23
3.3 Strukturelle Wandlungsprozesse in der Branche	24
3.3.1 Neue Wohnformen im Alter	25
3.3.2 Trend zur Ambulantisierung	25
3.3.3 Entwicklung von Netzwerken sowie Care und Case Management	26
3.3.4 Ergebnis- und Qualitätssicherung	27
3.3.5 Digitalisierung und Technologieintensivierung	28
3.4 Zwischenfazit	29
4. Beschäftigungspotenziale und -struktur der Altenpflege in Berlin	31
4.1 Verteilung der Beschäftigten in der Altenpflege	31
4.2 Altersstruktur der Beschäftigten in der Altenpflege in Berlin	32
4.3 Arbeitszeitvolumen in der Altenpflege in Berlin	34
4.4 Geringfügige Beschäftigung	35
4.5 Qualifikationsniveau	36
4.6 Ausbildungssituation	40
4.7 Prekäre Beschäftigungstrends	41
4.7.1 Arbeitnehmerfreizügigkeit und ihre Auswirkungen auf häusliche Pflege	41
4.7.2 Leiharbeit	46
4.8 Prognostizierte Beschäftigungstrends und Zwischenfazit	47

5. Arbeitsbedingungen in der Altenpflege	49
5.1 Entlohnung	50
5.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben	52
5.3 Arbeits- und Gesundheitsbelastungen	54
5.3.1 Psychische Belastungen	56
5.4 (Selbst-)Wertschätzung in und für die Altenpflege	58
5.5 Aus- und Weiterbildungssituation	59
5.5.1 Ausbildungssituation	59
5.5.2 Nachqualifizierungspotenziale	62
5.5.3 Weiterbildungssituation	63
6. Die Potenziale der Altenpflege in Berlin mobilisieren und die Herausforderungen gestalten! – Ausblick und Empfehlungen	69
Literaturverzeichnis	75
Anhang: Übersicht bisher erstellter Publikationen zum Thema Altenpflege	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bruttowertschöpfung (in Milliarden Euro) der Gesamtwirtschaft sowie des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin im Zeitvergleich 2008 - 2012 sowie in der Aussicht auf 2030	11
Tabelle 2:	Bruttowertschöpfung (in Milliarden Euro) der Gesamtwirtschaft sowie des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland im Zeitvergleich 2008 - 2011	11
Tabelle 3:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesamtwirtschaft, dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013	12
Tabelle 4:	Entwicklung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin, 2001-2012 nach Anzahl wie verfügbaren Plätzen	13
Tabelle 5:	Entwicklung der Trägerstrukturen in der (teil-)stationären Altenpflege in Berlin, 2001-2011	14
Tabelle 6:	Entwicklung der Trägerstrukturen in der ambulanten Altenpflege in Berlin, 2001-2011	15
Tabelle 7:	Trägerstrukturen in der Altenpflege, Stand: 15.12.2011	16
Tabelle 8:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013, nach Geschlecht	31
Tabelle 9:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung, Stichtag: 30.09.2013	34
Tabelle 10:	Geringfügig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013, nach Geschlecht	35

Tabelle 11:	Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013	36
Tabelle 12:	Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der Altenpflege Berlin, Stichtag: 30.09.2013	37
Tabelle 13:	Auszubildende in der Altenpflege in Berlin nach Geschlecht, Stichtag: 30.09.2013	40
Tabelle 14:	Durchschnittlicher Bruttostundenverdienst Vollzeitbeschäftigter in Pflegeheimen in Berlin, 2. Quartal 2012.....	51
Tabelle 15:	Gesundheitliche Belastungen im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen insgesamt, Berufsgruppen und ausgewählte Berufe: Betroffenheit (Mehrfachantworten, Angaben in Prozent).....	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vernetzung der Altenpflege innerhalb von Wertschöpfungsprozessen	18
Abbildung 2: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in der Berliner Altenpflege, Stichtag 30.09.2013	32
Abbildung 3: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer in der Berliner Altenpflege, Stichtag 30.09.2013	33
Abbildung 4: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich „Heime“ in Berlin nach Geschlecht, Stichtag 30.09.2013	38
Abbildung 5: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich „Soziale Betreuung von alten Menschen und Behinderten“ in Berlin nach Geschlecht, Stichtag 30.09.2013	39
Abbildung 6: Gängige Praxis der Entsendung von Pflegekräften aus Polen	45
Abbildung 7: Sichtweisen und Einschätzungen der Beschäftigten in Pflegeberufen 2012	50

1. Einleitung und Vorbemerkung

Die Branche Altenpflege ist ein dynamischer Wirtschaftszweig, der sich aufgrund des demografischen Wandels Chancen, aber auch Herausforderungen gegenüber sieht.

Mit dem „Berliner Bündnis für Altenpflege“, das am 15. Mai 2013 auf Initiative der Senatorin Dilek Kolat neu belebt worden ist, stellen sich die Bündnispartnerinnen und Bündnispartner den Herausforderungen. Für die zukunftsweisende Gestaltung der Pflege konzentriert sich das Bündnis auf fünf Handlungsfelder:

- „Attraktivität der Arbeit steigern!“ – Maßnahmen und Aktivitäten in Unternehmen und Einrichtungen der Pflege sollen die Attraktivität der Arbeit steigern.
- „Die Vielfalt der Lebensentwürfe in Berlin erfordert ein adäquates Angebot in der Altenpflege“ – Hier wird die Bedeutung von Pflegeangeboten, die den vielfältigen Lebensentwürfen in Berlin entsprechen, herausgestellt.
- „Die Attraktivität der Ausbildung steigern! Ausbildung in der Pflege tut gut!“ – Es braucht mehr junge Menschen, die sich für den Berufsweg der Altenpflege interessieren. Aktionen und Maßnahmen werden entwickelt.
- „Potenziale heben – Nachqualifizierung ermöglichen“ – Um An- und Ungelernten in der Pflege den beruflichen Aufstieg zu ermöglichen, wird Nachqualifizierung als ein Weg der Fachkräftesicherung ausgelotet.
- „Weiterentwicklung der Pflegeberufe – Fachkräfte sichern – durch Aufstiegsorientierung und Qualifizierung“ – Hierbei geht es um die Aus- und Weiterbildung der Pflege und somit um die Etablierung von längerfristigen Perspektiven für Fachkräfte.

Der hier vorgelegte aktualisierte Report „Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche“ bietet für die umfangreichen Aktivitäten eine breite Informationsbasis und will einen Beitrag für weitere zielgerichtete Maßnahmen zugunsten der ökonomischen und beschäftigungspolitischen Potenziale leisten.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Branche Altenpflege wird in **Kapitel 2** aufgezeigt. Es wird die stetig wachsende Nachfrage von Pflegedienstleistungen thematisiert, der Beitrag der Branche Altenpflege zur Bruttowertschöpfung im Land Berlin dargestellt und auch die fiskalischen Effekte der wirtschaftlichen Tätigkeiten werden erläutert. Skizziert wird ferner der fortschreitende Trend der Privatisierung in den Trägerstrukturen sowie die Bedeutung der Wertschöpfungsketten, in denen die Altenpflege eingebunden ist und auf dem die Markt Nachfrage generiert.

In diesen Darstellungen wird deutlich, dass eine alleinige Betrachtung der Altenpflege als Kostenfaktor zu kurz greift. Vielmehr gilt es, die ökonomischen Potenziale und die Entwicklungsperspektiven in den Blick zu nehmen. Die Innovationsfähigkeit der Branche sowie die Bedeutung der Beschäftigten als Innovationsträgerinnen und -träger sind in diesen Prozessen zentral. Es geht um die Gestaltung der Rahmenbedingungen mit ökonomischen und beschäftigungspolitischen Entwicklungsperspektiven – also um eine aktive Struktur-, Beschäftigungs- und auch Wirtschaftsförderung. Zugleich nimmt der soziale Aspekt, die Betreuung und Pflege älterer Menschen, zunehmend Raum als gesamtgesellschaftliche Herausforderung ein.

Um die Potenziale zu heben und etwaige Schwächen zu minimieren, hat die aktive Förderung der Branche die derzeitigen umfassenden strukturellen Wandlungsprozesse in der Altenpflege zu berücksichtigen. Das **Kapitel 3** stellt die zentralen Aspekte des strukturellen Wandels in

den Mittelpunkt. Dabei handelt es sich sowohl um gesellschaftliche Entwicklungsprozesse, wie die demografische Entwicklung und ihre Folgen, als auch um veränderte Kundinnen- und Kundenansprüche. Insbesondere die steigende Nachfrage nach kultursensiblen Pflegeangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund oder mit einer anderen sexuellen Identität muss sich verstärkt in der Angebotsstruktur der Pflegedienstleistenden widerspiegeln. Auch innovative Wohnprojekte für pflegebedürftige Menschen werden zunehmend nachgefragt.

Auch die Branchenstrukturen wandeln sich. Die Ambulantisierung setzt sich fort und zunehmend entstehen Netzwerkstrukturen. Zudem finden technologische Innovationen ihre Anwendung zugunsten der zu pflegenden Personen. Die Digitalisierung in der Altenpflege gewinnt einen immer größeren Stellenwert. Die Robotisierung bestimmter Pflegeabläufe kann die Pflegenden entlasten. Im Rahmen dieser Entwicklungen geht es um die Sicherung und den Ausbau der Qualität der pflegenden Dienstleistungen, die von den Beschäftigten mitgestaltet werden. Deshalb sind in diesem Kapitel auch eingangs die Besonderheiten der personenbezogenen Tätigkeiten und der interaktiven Arbeit dargestellt.

In **Kapitel 4** der vorliegenden aktuellen Fassung stehen die Beschäftigungspotenziale und die Beschäftigungsstruktur der Altenpflege im Mittelpunkt. Es werden neue quantitative, nach Geschlecht differenzierte Angaben zur Situation und Entwicklung der Beschäftigung in der Altenpflege vorgestellt. Die Qualifikations- und Altersstruktur der Beschäftigten wird ebenso dargelegt wie das Arbeitszeitvolumen und die Ausbildungssituation. Skizziert werden zudem Entwicklungstrends wie die Zunahme der geringfügigen Beschäftigung, die wachsende Leiharbeit in der Pflegebranche und die negativen Effekte der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die häusliche Pflege. Erkennbar sind insgesamt eine hohe Entwicklungsdynamik und durchaus gute Entwicklungsperspektiven für die Beschäftigung in der Altenpflege, zumal ein wachsender Fachkräftebedarf prognostiziert wird. Aus diesem Grund werden neue Möglichkeiten in der Aus- und Weiterbildung geprüft, um zusätzliche Potenziale für die Branche Altenpflege heben zu können. Betrachtet man allerdings die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege – und dies geschieht ausführlich in **Kapitel 5** – wird das scheinbar attraktive Bild erheblich getrübt. Die Entlohnung ist für viele Beschäftigte niedrig, die Zahlung des Mindestlohns für die Branche wird zum Teil zu umgehen versucht. Von den Beschäftigten wird eine hohe Arbeitszeitflexibilität erwartet mit großen Einschränkungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben. Zudem sind Gesundheitsbelastungen und Arbeitsverdichtung deutlich spürbar. Es ist unübersehbar, dass die Qualität der Beschäftigungsverhältnisse sowie der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen verbessert werden müssen, um gute Dienstleistungen für Kundinnen und Kunden als auch ein attraktives Berufsfeld für (potenzielle) Beschäftigte zu gewährleisten. Hier gibt es im Altenpflegebereich noch deutlichen Aufholbedarf – auch was die Ausgangs- und Rahmenbedingungen für die Aus- und Weiterbildung sowie für lebenslanges Lernen betrifft. Abschließend wird die Frage der Notwendigkeit einer Akademisierung der Pflege, wie sie in vielen europäischen Ländern bereits Realität ist, behandelt.

In **Kapitel 6** wird resümiert, welche Konsequenzen sich für die Einrichtungen, die Branche und die regionale Ebene ergeben, um die Potenziale der Altenpflege in Berlin auszubauen, zu nutzen und damit Pflege- sowie Beschäftigungsqualität, aber auch wirtschaftliche Wertschöpfung zu fördern und zu verbessern.

Der vorliegende Branchenreport Altenpflege in Berlin wurde im Rahmen des Projektes „Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ verfasst.

Weitere Informationen zum Projekt „Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ sind zu finden unter: www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/altenpflege.

2. Die wirtschaftliche Bedeutung der Altenpflege

Pflege – speziell Altenpflege – wird fast immer als Kostenfaktor gesehen. Dass mit der Bereitstellung und Ausübung von pflegerischen Dienstleistungen auch eine wirtschaftliche Tätigkeit mit hoher ökonomischer und gesellschaftlicher Bedeutung vollzogen wird, findet eher selten Beachtung. Dabei kann die wirtschaftliche Bedeutung der Altenpflege – (teil-)stationär wie auch ambulant geleistet – anhand verschiedener Gesichtspunkte verifiziert werden:

- Bruttowertschöpfung sowie Entwicklung des Anteils an der Gesamtleistung der Wirtschaft
- Entwicklung der Beschäftigtenzahlen
- Entwicklung der ambulanten und stationären Einrichtungen
- Trägerstrukturen in der ambulanten wie stationären Altenpflege
- indirekte und direkte fiskalische Effekte
- Entwicklung vor- und nachgelagerter Dienst- und Wirtschaftsleistungen in der Wertschöpfungskette

Im Folgenden soll anhand der genannten Punkte dargestellt werden, welche ökonomischen Effekte die Altenpflege in Berlin hat. Wo es angebracht ist, wird ein Vergleich zwischen Berlin und der Bundesebene gezogen. Zudem wird gezeigt, dass Innovationsfähigkeit als Faktor für Wertschöpfung in der Altenpflege von hoher Bedeutung ist und dass die Befähigung der Beschäftigten zu Innovationsgenerierung entscheidend für die weitere Entwicklung der Branche ist.

2.1 Bruttowertschöpfung der Altenpflege

Die wirtschaftliche Bedeutung einer Branche kann anhand ihrer Bruttowertschöpfung ermittelt werden, sowie an dem Anteil, den diese Branche an der Gesamtleistung der Wirtschaft trägt. Betrachtet man diese Zahlen für die Altenpflege bzw. für das Berliner Gesundheits- und Sozialwesen, zu dem die Altenpflege zählt, zeigt sich, dass der Anteil der Bruttowertschöpfung sich positiv entwickelt und einen steigenden Anteil an der Gesamtleistung der Berliner Wirtschaft hat. Auch für die Zukunft wird eine wachsende Bedeutung prognostiziert.

Im Jahr 2008 wurden 7,1 Milliarden Euro im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen erwirtschaftet. Dies waren 8,3 Prozent der Bruttowertschöpfung der Berliner Gesamtwirtschaft. Bis zum Jahr 2012 stieg der Anteil, den dieser Bereich an der Gesamtleistung der Berliner Wirtschaft trug, auf 9,0 Prozent (vgl. Tabelle 1). Ähnlich positiv hat sich das Gesundheits- und Sozialwesen auch auf Bundesebene entwickelt. Allerdings hat dieser Bereich bundesweit für die Gesamtwirtschaftsleistung eine nicht so hohe Bedeutung wie in Berlin. Sie lag 2011 bei „nur“ 6,6 Prozent¹ (vgl. Tabelle 2).

¹ Zahlen für 2012 liegen nicht vor.

Tabelle 1: Bruttowertschöpfung (in Milliarden Euro) der Gesamtwirtschaft sowie des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin im Zeitvergleich 2008 – 2012

	Gesamtwirtschaft	Gesundheits- und Sozialwesen	Anteil der Bruttowertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens an der Leistung der Gesamtwirtschaft
In Milliarden Euro			
2008	85,2	7,1	8,3 %
2010	88,5	7,7	8,9 %
2012	94,1	8,5	9,0 %

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen im Land Berlin 1991 bis 2013 nach Wirtschaftsbereichen und eigene Berechnungen.

Tabelle 2: Bruttowertschöpfung (in Milliarden Euro) der Gesamtwirtschaft sowie des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland 2008 – 2011

	Gesamtwirtschaft	Gesundheits- und Sozialwesen	Anteil der Bruttowertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens an der Leistung der Gesamtwirtschaft
In Milliarden Euro			
2008	2.473.800	150.680	6,1 %
2010	2.495.000	166.990	6,7 %
2011	2.609.900	173.290	6,6 %

Quelle: Bundesamt für Statistik, Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen.

Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheits- und Sozialwesens wird auch zukünftig weiter steigen, so einschlägige Studien.² Bis 2030 wird für Berlin eine Zunahme der Bruttowertschöpfung in diesem Bereich von knapp 46 Prozent prognostiziert.³

Dies zeigt: „Die Pflege ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor in und für Berlin, dessen Bedeutung im öffentlichen Raum noch deutlicher gemacht werden muss. [...] Diese Bedeutung als Wirtschaftsfaktor, die in Zukunft weiter steigen wird, muss durch die Gesundheitswirtschaft selbst deutlich gemacht werden und eine entsprechende Wahrnehmung in der Wirtschaftspolitik Berlins bekommen.“⁴ Die Zunahme der Bruttowertschöpfung geht in der Altenpflege mit wachsenden Einrichtungs- wie Beschäftigtenzahlen einher.

² Beispielhaft Health Capital (2014), S. 7.

³ Vgl. LASA Brandenburg GmbH (2010), S. 21.

⁴ Zauner (2011), In: Wert.Arbeit GmbH, Berlin (2011), S. 21.

2.2 Derzeitige und zukünftige Beschäftigungspotenziale

In der Berliner Altenpflege arbeiteten im Jahr 2013 (Stichtag: 30. September) 55.958 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Das sind knapp 30 Prozent aller Beschäftigten im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen. An der Zahl der Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft bilden Beschäftigte der Altenpflege einen Anteil von 4,6 Prozent. Damit ist fast jeder 20. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Berliner Wirtschaft im Bereich der Altenpflege tätig (vgl. Tabelle 3).

Zum Gesundheits- und Sozialwesen zählen neben den stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen auch Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Arztpraxen Allgemein- und Fachärzte, Zahnmedizin), aber auch Tagesbetreuungsdienstleistungen für Kinder, die nicht dem Erziehungswesen zugerechnet werden.

Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesamtwirtschaft, dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013

Wirtschaftsabteilungen	Beschäftigte insgesamt	Anteil an Gesamtwirtschaft
Berliner Wirtschaft insgesamt	1.220.774	100,0 %
Davon Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt	185.225	15,1 %
Davon Altenpflege	55.958	4,6 %

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Diese Zahl und dieser Anteil belegen, dass die Altenpflege beschäftigungspolitisch für Berlin bedeutend ist. Zudem besteht im Altenpflegebereich eine hohe Entwicklungsdynamik. Entscheidend hierfür ist die demografische Entwicklung der Gesellschaft, die einen steigenden Bedarf an professionell geleisteten Pflegedienstleistungen nach sich zieht. Die Bertelsmann Stiftung prognostiziert in ihrem „Pflegerreport 2030“ für Berlin eine relative Zunahme der Pflegebedürftigkeit im Zeitraum 2009 bis 2030 um 56,0 Prozent. Geht man von ähnlichen Rahmenbedingungen wie 2009 aus, könnten damit im Jahr 2030 mehr als 25.000 Vollzeitstellen fehlen.⁵ Dieser Trend ist jedoch nicht neu. Bereits in den Jahren 1999 bis 2007 war allgemein ein Anstieg in der Nachfrage nach Altenpflegepersonal zu verzeichnen. So nahm z.B. die Zahl der Beschäftigten in Altenwohnheimen um 76,0 Prozent zu (1999: 1.277/ 2007: 2.248 Beschäftigte), in Altenpflegeheimen um 46,4 Prozent (1999: 5.912 / 2007: 8.657 Beschäftigte) und bei ambulanten sozialen Diensten um 32,3 Prozent (1999: 9.140/ 2007: 12.093 Beschäftigte).⁶ Wie die Anfang April 2014 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen

⁵ Bertelsmann-Stiftung, (2011), Tabellenanhang „Zunahme der Pflegebedürftigkeit und der Personallücken in der Pflege“

⁶ Vgl. LASA Brandenburg GmbH (2010); HealthCapital, S. 52.

und Familie (MASF) des Landes Brandenburg veröffentlichte „Brandenburger Fachkräftestudie Pflege“ prognostiziert, lassen die demografischen Rahmenbedingungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weiteres Beschäftigungswachstum in der Branche erwarten.⁷

Auf Bundesebene gibt es verschiedene Prognosen zum zukünftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege. Laut einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie werden bis zum Jahr 2025 bis zu 180.000 zusätzliche Pflegekräfte in den ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland benötigt.⁸

2.3 Entwicklung der ambulanten und stationären Einrichtungen

Generell ist neben der Zunahme der Beschäftigtenzahlen auch eine Zunahme und Ausweitung der Versorgungsstrukturen in der Berliner Altenpflege zu verzeichnen.

Tabelle 4: Entwicklung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin, 2001 – 2012 nach Anzahl sowie verfügbaren Plätzen

	2003	2005	2007	2009	2011	2012	Entwicklung 2003-2012
Ambulante Pflegeeinrichtungen insgesamt	374	422	431	505	524	575	53,7 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt	342	350	364	378	376	419	22,5 %
Verfügbare Plätze insgesamt	29.569	30.599	32.412	33.665	33.850	34.445	16,4 %
Verfügbare Plätze für vollstationäre Langzeitpflege	28.199	29.107	30.896	31.940	31.952	32.440	16,9 %
Verfügbare Plätze für vollstationäre Kurzzeitpflege	514	539	481	523	512	508	- 1,2 %
Verfügbare Plätze für teilstationäre (Tages-) pflege	856	953	1035	1.202	1.386	1.497	74,9 %

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011), Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2010/ 2011: Tabelle 6.17-1. und Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes; Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin (2013); eigene Berechnungen.

Zwischen 2003 und 2012 hat die Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin von 374 auf 575 zugenommen. Das ist ein Zuwachs von 53,7 Prozent. Im selben Zeitraum hat sich die Zahl der stationären Einrichtungen von 342 auf 419 erhöht. Der Zuwachs liegt damit bei 22,5 Prozent. Nachdem 2011 im Vergleich zu 2009 ein leichter Rückgang um 2 Einrichtungen zu verzeichnen war, hat sich der stationäre Bereich 2012 deutlich vergrößert. Die Zahl der

⁷ Vgl. MASF (2014), S. 14ff.

⁸ BMWT (2012), S. 11.

Pflegeplätze in den stationären Einrichtungen konnte weiter gesteigert werden. In der vollstationären Langzeitpflege nahm die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze über den gesamten Vergleichszeitraum um 16,9 Prozent zu. In der vollstationären Kurzzeitpflege stieg die Zahl der Plätze um 43,4 Prozent, in der teilstationären (Tages-)Pflege sogar um 77,0 Prozent (vgl. Tabelle 4).

2.4 Trägerstrukturen in der Altenpflege

Die wachsende wirtschaftliche Bedeutung geht mit dem Wandel der Trägerstrukturen einher. Generell ist festzuhalten, dass die Leistungen im pflegerischen Bereich sowohl von privaten, freigemeinnützigen⁹ als auch öffentlichen Trägern organisiert werden. Betrachtet man die Entwicklungen in den letzten Jahren, zeigt sich allerdings weiterhin ein Trend zur Privatisierung. So hat sich zwischen 2001 und 2011 der Anteil der privatwirtschaftlich organisierten Einrichtungen sowie Träger in Berlin erheblich gesteigert. Die öffentlich geführten Einrichtungen in der Altenpflege sind eher in der Minderheit. In der Pflegestatistik von 2011 ist abzulesen, dass sich diese Entwicklung – also die Verteilung der Einrichtungen zwischen den Trägern – stabilisiert hat.

Tabelle 5: Entwicklung der Trägerstrukturen in der (teil-)stationären Altenpflege in Berlin, 2001 – 2011

Jahr	Gesamtzahl	Davon		
		privat	freigemeinnützig	öffentlich
2011	376	183	184	9
2009	378	181	188	9
2007	364	171	183	10
2005	350	148	182	20
2003	342	143	176	23
2001	327	126	175	26

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011), Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2010/2011: Tabelle 6.20-1 und Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes.

Für den (Teil-)Markt der **stationären** Altenpflege lässt sich konstatieren, dass eine bedeutende Zahl der Einrichtungen zwar durch freigemeinnützige Trägerinnen und Träger organisiert ist, dass dieser Bereich aber zwischen 2001 und 2011 immer mehr privatisiert

⁹ Die meisten von ihnen werden entweder von den beiden großen christlichen Kirchen oder anderen Wohlfahrtsverbänden getragen.

wurde. Lag der Anteil der privaten Einrichtungen an der Gesamtheit 2001 noch bei 38,5 Prozent, stieg er bis 2011 auf 48,6 Prozent an. Im Zeitraum von 2001 bis 2011 nahm der Anteil der öffentlich geführten Einrichtungen von 7,9 Prozent auf 2,4 Prozent ab. Diese prozentuale Abnahme ging mit der Verringerung öffentlich geführter Häuser von 26 (2001) auf 9 (2011) einher (vgl. Tabelle 5).

Der Bereich der **ambulanten** pflegerischen Versorgung ist bereits seit 2001 überwiegend privatwirtschaftlich organisiert. Aber auch hier zeigt sich bis 2011 eine weitere Zunahme der privaten Anbieterinnen und Anbieter. Waren in 2001 64,4 Prozent aller ambulanten Pflegedienste in Berlin privatwirtschaftlich organisiert, lag der Anteil in 2011 bei über 75,0 Prozent (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklung der Trägerstrukturen in der ambulanten Altenpflege in Berlin, 2001 – 2011

Jahr	Gesamtzahl	Davon		
		privat	freigemeinnützig	öffentlich
2011	524	395	127	2
2009	505	378	123	4
2007	431	318	113	-
2005	422	305	117	-
2003	374	262	112	-
2001	351	226	125	-

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011), Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2010/ 2011:Tabelle 6.19-1 und Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes.

Differenziert nach den unterschiedlichen Einrichtungsformen zeigt sich der Anteil privater Träger wie folgt: Am stärksten sind private Dienstleister in der ambulanten Pflege vertreten. Im stationären Bereich gibt es den höchsten Anteil an privaten Dienstleistenden bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen (61,1 Prozent), gefolgt von den Pflegeheimen (50,5 Prozent) [vgl. Tabelle 7].

Die dargestellten Zahlen zeigen, dass nicht nur der ambulante Bereich der Altenpflege, sondern auch Einrichtungsformen im stationären Bereich aufgrund der steigenden Nachfrage attraktiv für privatwirtschaftlich geführte Träger sind. Auch dies ist ein Indiz für die wirtschaftliche Bedeutung sowie für ökonomisches Potenzial des Altenpflegemarkts in Berlin.

Tabelle 7: Trägerstrukturen in der Altenpflege, Stand: 15.12.2011

Trägerstatus	Freigemeinnützig öffentliche	und Privat	Anteil privater Unternehmen
Pflegeheime	140	143	50,5 %
Kurzzeitpflegeeinrichtungen	7	11	61,1 %
Stationäre Hospize	9	3	16,6 %
Tagespflegeeinrichtungen	39	24	38,1 %
Ambulante Dienste	129	405	75,4 %

Quelle: Statistik Berlin-Brandenburg: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin (2011); eigene Berechnungen.

2.5 Fiskalische Effekte der (professionellen) Altenpflege

Trotz der Sorgen um steigende Kosten für die Pflege gibt es positive fiskalische Effekte, die durch den (wachsenden) professionellen Altenpflegemarkt¹⁰ hervorgerufen werden. Diese können in indirekte und direkte fiskalische Effekte unterschieden werden. Der direkte fiskalische Wert der professionell geleisteten Altenpflege in stationären wie ambulanten Einrichtungen zeigt sich daran, dass er – wie in Kapitel 2.2 dargestellt – einer steigenden Zahl von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Arbeit bietet. Diese müssen Sozialabgaben und auch Lohnsteuer an den Staat abführen.

Indirekte fiskalische Effekte ergeben sich dadurch, dass die betroffenen Angehörigen durch die Inanspruchnahmen professioneller Pflegedienstleistungen in die Lage versetzt werden, ihre Beschäftigung weiter auszuführen, diese auszuweiten oder wieder aufzunehmen. Auch hierdurch können sich positive Effekte für den Staat ergeben, da bessere Rahmenbedingungen für die Aufnahme einer (sozialversicherungspflichtigen) Beschäftigung entstehen und damit potenziell die Chancen auf höhere Einnahmen durch Sozialabgaben und Lohnsteuer für den Staat steigen.

Laut vorsichtigen Schätzungen werden bundesweit durch das (wachsende) Angebot an professioneller Pflege im ambulanten wie stationären Bereich insgesamt fiskalische Effekte in einer Größenordnung von bis zu 23 Milliarden Euro jährlich generiert,¹¹ wenn man von zusätzlichen Sozialabgaben in Höhe von durchschnittlich 12.000 Euro und zusätzlichen Lohnsteuereinnahmen von 5.000 Euro je Vollzeitbeschäftigtem ausgeht.¹²

¹⁰ Unter „professionell“ werden im folgenden alle Pflegedienstleistungen verstanden, die durch ausgebildete Kräfte in eingetragenen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Unternehmen der ambulanten wie stationären Altenpflege geleistet werden.

¹¹ Zahlen für Berlin liegen nicht vor.

¹² Enste (2011), S. 6 ff.

2.6 Altenpflege als Entwicklungsmotor vor- und nachgelagerter Wirtschaftsleistungen

Neben den fiskalischen Effekten, die von der professionell geleisteten Altenpflege ausgehen, ist Altenpflege Teil einer Wertschöpfungskette. Denn professionell geleistete Altenpflege nutzt vorgelagerte wirtschaftliche Angebote und generiert wirtschaftliche Nachfrage nach weiteren Wirtschaftsleistungen.

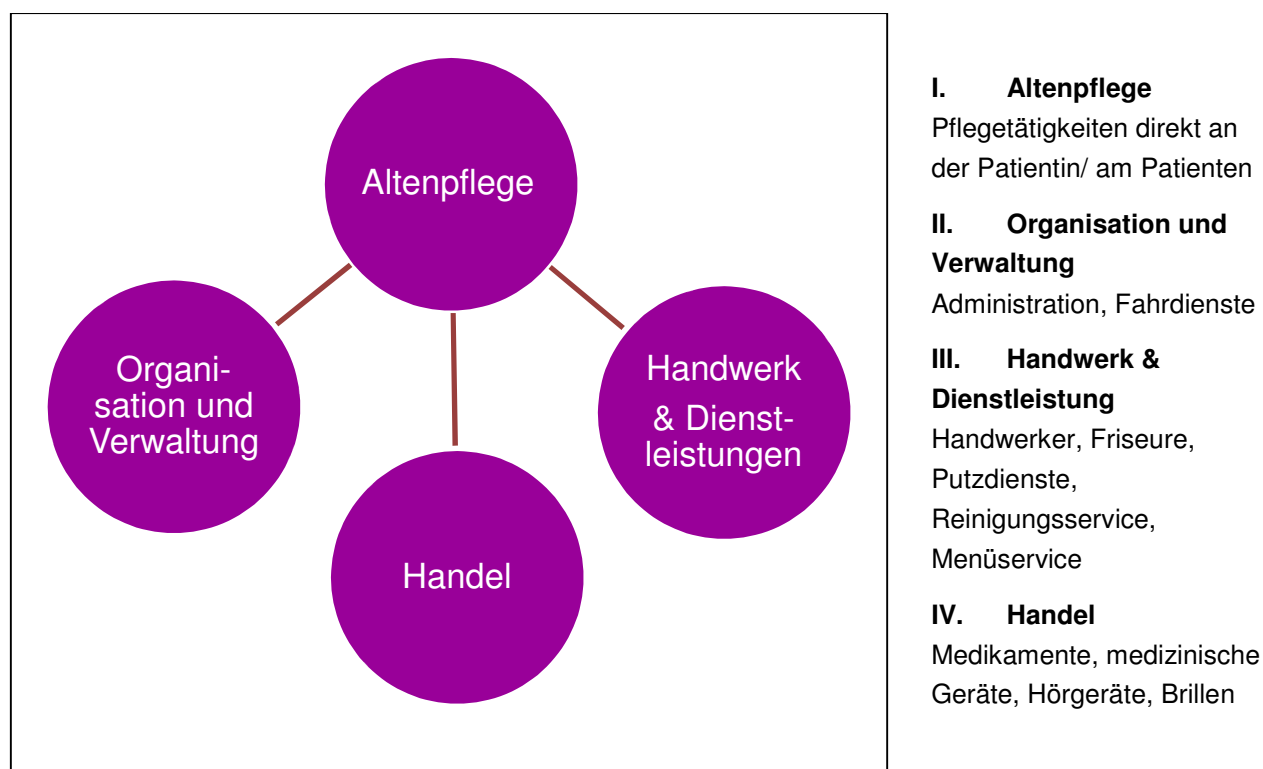
Abbildung 1 verdeutlicht diese Zusammenhänge: Im Kern steht die Altenpflege und damit die Arbeit mit den Pflegebedürftigen selbst. Zur Bereitstellung des Angebots an Pflege sind organisatorische und verwaltungstechnische Dienste notwendig. So wird etwa für die Bereitstellung einer pflegerischen Versorgung in stationären Einrichtungen Personal im organisatorischen wie verwaltungstechnischen Bereich benötigt. Diese Notwendigkeit ist – wenn auch im geringeren Maße – im ambulanten pflegerischen Bereich gegeben.

Auch gibt es durch eine professionell geleistete Altenpflege Nachfrage nach hauswirtschaftlichen, handwerklichen und technischen Dienstleistungen. So bedarf es z.B. handwerklicher Dienstleistungsangebote für die Instandhaltung und Reparatur von Gebäuden und Fahrzeugen, die für die Durchführung ambulanter und stationärer Pflege gebraucht werden. Darüber hinaus werden Putzdienste für die Reinigung der Gebäude, Textilreinigung sowie Menüdienste angefordert bzw. genutzt, um die neben der direkten Pflege am Menschen benötigten Versorgungsleistungen sicherstellen zu können. Zudem entstehen durch professionell geleistete Altenpflege leicht zugängliche „Plattformen“ bzw. Absatzmärkte für weitere personenbezogene Dienstleistungen. Ein Beispiel dafür ist der in stationären Einrichtungen integrierte Friseurladen oder der durch den ambulanten Pflegedienst organisierte Haustermin mit einer Podologin / einem Podologen.

Schließlich werden durch professionell geleistete Pflege auch verstärkt (medizinische) Handelswaren nachgefragt wie Medikamente, medizinische und therapeutische Geräte, spezielle Dokumentationssoftware und andere technische Innovationen, Berufsbekleidung für die Beschäftigten etc., was sich positiv auf diese nachgelagerten Wirtschaftszweige auswirkt.

Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an und in der Altenpflege ist davon auszugehen, dass sich auch die durch die Branche generierte Nachfrage nach anderen Wirtschaftsleistungen steigern wird.

Abbildung 1: Vernetzung der Altenpflege innerhalb von Wertschöpfungsprozessen



Grafik: Wert.Arbeit GmbH, Berlin

2.7 Innovationsfähigkeit der Branche: Bedingungen und Auswirkungen

Ein Faktor, der die wirtschaftliche Entwicklung einer Branche mitbestimmt, ist ihre Innovationsfähigkeit. Nicht nur, aber gerade auch in der Altenpflege sind Innovationen unerlässlich, um dauerhaft eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten und somit auch die wirtschaftliche Entwicklung der Altenpflege positiv voranzutreiben.

Im Allgemeinen bedeutet der Begriff Innovation die Schaffung und Kreation von Neuem. Im Dienstleistungsbereich meint Innovationsfähigkeit die Umsetzung neuer Ideen in Produkte, Dienstleistungen oder Verfahren, die erfolgreiche Anwendung erfahren und abschließend in Angebote umgesetzt werden.

Im Dienstleistungsbereich und so auch in der Altenpflege bilden sich Innovationen meist im Interaktions- und Anpassungsprozess zwischen Anbieterinnen und Anbietern sowie Abnehmerinnen und Abnehmern einer Dienstleistung heraus.¹³ Die für die Dienstleistung Altenpflege typische Interaktion zwischen Dienstleistungsanbietenden (Pflegekraft) und Dienstleistungsempfänger (Kundin bzw. Kunde) ist deshalb Dreh- und Angelpunkt für die Veränderung und Weiterentwicklung der Altenpflege.

Im Gegensatz zu „klassischen“ Produktinnovationen, die vielfach über Forschung und Entwicklung gesteuert werden, sind Dienstleistungsinnovationen stark von der Qualifikation der Beschäftigten, der Kompetenz der Kundinnen und Kunden, von innovationsfreundlichen Milieus und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen abhängig. Vor allem Beschäftigte sind

¹³ Vgl. Gustafsson/Michael (2003), S. 120.

aktive Trägerinnen/Träger und Ideengeberinnen/-geber für Innovationen in der Branche. Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen sind entscheidend für den Entstehungsprozess und die erfolgreiche Umsetzung von Innovationen.

Folglich ist es für die Innovationsfähigkeit der Branche und für ihre weitere wirtschaftliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung, passende Möglichkeiten zur Entfaltung und Entwicklung der Beschäftigten sowie für ihre Fort- und Weiterbildung zu schaffen. Eine innovationsfördernde (Betriebs-)Kultur ist also von Nöten. Diese zeichnet sich durch verschiedene Elemente aus, etwa durch gezielte Maßnahmen zur Förderung von Lebenslangem Lernen. Ebenso müssen Freiräume zur Innovationsgenerierung geschaffen werden, auf die Beschäftigte auch Einflussmöglichkeiten haben, etwa durch betriebliche Mitbestimmungsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern, ihre Innovationskompetenzen anzuwenden, etwa durch Anreize bei der Entlohnung oder auch der Würdigung, Anerkennung und Wertschätzung innovativer Arbeit.

Dass in Bezug auf alle diese Punkte in der Altenpflege in vielen Fällen noch großer Nachholbedarf herrscht, zeigen die Ausführungen in Kapitel 5. Insgesamt kann konstatiert werden, dass Innovationsfähigkeit zwar unerlässlich für die Branche ist, um die Pflegequalität auf einem konstant guten Niveau zu halten und damit auch für die wirtschaftliche Entwicklung weiterhin positive Impulse zu setzen. Es muss aber auch festgehalten werden, dass die Ausgangs- und Rahmenbedingungen hierfür vielfach noch entschieden verbessert werden müssen.

2.8 Zwischenfazit

Vor dem in diesem Kapitel dargestellten Hintergrund ist die Altenpflege ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in Berlin und auch bundesweit. Dies lässt sich anhand der steigenden Bruttowertschöpfung der Branche, wachsender Beschäftigtenzahlen sowie anhand steigender Angebotsstrukturen festmachen. Auch zukünftig offeriert die Branche gute Beschäftigungsprognosen und kann somit als Jobmotor mit ökonomischen Potenzialen – nicht nur als Kostenfaktor – gesehen werden. Weiterhin ist Altenpflege Teil einer Wertschöpfungskette, die Nachfrage nach weiteren Dienstleistungen generiert und einen positiven wirtschaftlichen Einfluss ausübt. Altenpflege ist demnach ein „Markt“ mit Zukunft und guten Entwicklungsaussichten.

Allerdings ist anzumerken, dass Wertschöpfungspotenziale langfristig nur sicher gestellt werden können, wenn Ausgangs- und Rahmenbedingungen in diesem Bereich deutliche Verbesserungen erfahren – gerade, wenn man die momentane Arbeitssituation im Altenpflegebereich betrachtet, die sich nur bedingt als innovationsfördernd gestaltet.¹⁴

In Anbetracht der sich bereits seit längerem abzeichnenden positiven wirtschaftlichen Entwicklung wie auch der guten Prognosen für den Altenpflegebereich in Berlin, wird es zukünftig wichtiger denn je sein, (innovationsfördernde) Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren optimal zu gestalten bzw. zu optimieren, damit sich die Altenpflege weiter positiv entwickeln kann und nicht hinter den prognostizierten Trends zurückbleibt. Die sich momentan bietenden Chancen müssen fördernd ergriffen werden. Dafür ist eine gezielte Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Innovationsförderung in diesem Bereich umzusetzen.

¹⁴ Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 5.

3. Altenpflege im Wandel

Täglich sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger bei ihrer „interaktiven“ Arbeit mit den Wandlungsprozessen der Branche konfrontiert – denn gesellschaftliche und strukturelle Veränderungen wirken auf ihre pflegende Tätigkeit ein.

Im Folgenden werden die Veränderungsprozesse beschrieben: Dies sind veränderte Kundinnen und Kundenansprüche an die Pflege, neue Wohnformen im Alter angesichts der demografischen Entwicklung sowie vielfältige kulturelle Hintergründe der Kundinnen und Kunden. All diese Aspekte verändern die Anforderungen an die Pflegenden. Hinzu kommen strukturelle Wandlungsprozesse wie die wachsende Bedeutung der Qualitätssicherung sowie der Trend zur Ambulantisierung, die zunehmende Anzahl der wohnortnahen Betreuung mittels der Netzwerke ebenso wie der vermehrte Einsatz neuer Technologien.

3.1 Besonderheit der Arbeit in der Altenpflege – interaktive Arbeit

Altenpflege ist eine in hohem Maße interaktive Arbeit, sie wird von Menschen für Menschen geleistet und setzt hohe soziale Kompetenzen auf Seiten der Beschäftigten voraus. Pflegekräfte interagieren tagtäglich mit den Pflegebedürftigen, die zugleich Kundinnen und Kunden und somit auch von den Pflegenden „abhängig“ sind. Zur pflegenden Tätigkeit an sich kommen die Arbeit mit den Angehörigen sowie die selbständige Arbeit als Pflegekraft innerhalb eines Teams. Die Tätigkeit setzt in hohem Maße Empathie und Einfühlungsvermögen voraus und erfordert Geduld sowie emotionale Belastbarkeit. Der Umgang mit Kritik und Beschwerden, Wünschen und Hoffnungen ebenso wie mit Krankheit, Tod und Trauer sind Teil des Berufs. Anders als in vielen anderen Berufsfeldern stellt dies hohe seelische und emotionale Anforderungen an die Beschäftigten, die über das übliche Maß hinausgehen. Erforderlich sind vielfältige Kompetenzen wie Durchsetzungs- und Einfühlungsvermögen, kommunikative Fähigkeiten und die Steuerung von Arbeitsprozessen. Bei der Pflege von alten Menschen geht es weiterhin um die Berücksichtigung der Biografie der/ des Einzelnen bei der Pflegeplanung, dem Erkennen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Pflegebedürftigkeit und um Erinnerungspflege. Biografiearbeit und Kultursensible Pflege werden zunehmend bedeutsam, um die einzelne Person mit ihren/ seinen Bedürfnissen, Erfahrungen und Erlebnissen in den Mittelpunkt zu rücken.

Die Patienten- und Dienstleistungsorientierung nimmt somit einen immer höheren Stellenwert in der Pflege ein.¹⁵ Beschäftigte in der Altenpflege müssen sich ständig neuen Situationen anpassen und Menschen mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen helfen. Pflegekräfte sind kontinuierlich gefordert, über aktuelles Fachwissen zu verfügen sowie mit modernen Techniken und Verfahren umzugehen.

Auch veränderte Krankheitsbilder erfordern Fähigkeiten und Kenntnisse, die Pflegekräfte für ihre interaktive Arbeit erlernen bzw. mitbringen müssen. So sind Beschäftigte verstärkt mit degenerativen Altersleiden einschließlich demenzieller Erkrankungen konfrontiert. Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft waren im Jahr 2012 etwa 1,4 Millionen Menschen in Deutschland von einer Demenzerkrankung betroffen, die meisten waren 85 Jahre und älter. Jährlich treten fast 300.000 Ersterkrankungen auf. Für Berlin haben Schätzungen für das Jahr

¹⁵ Vgl. Jahn/Ulbricht (2011), S. 14. Jahn und Ulbricht zeigen dies für die stationäre Krankenpflege. Ähnliche Entwicklungen sind auch für die Altenpflege anzunehmen.

2010 etwa 53.000 Erkrankte ergeben.¹⁶ Diese Zahlen machen deutlich, dass Demenz eine große soziale und ökonomische Herausforderung für die Gesellschaft ist und somit zunehmend auch in den Pflegediensten an Bedeutung gewinnt.

Die Alltagskompetenz demenziell erkrankter Menschen ist erheblich eingeschränkt und erfordert nicht nur einen erhöhten Betreuungsaufwand, sondern bedarf auch zusätzlicher Angebote der Aktivierung¹⁷, die von Pflegekräften umgesetzt werden müssen. Es vollziehen sich somit derzeit qualitative und quantitative Wandlungsprozesse, die durch Veränderungen innerhalb der Gesellschaft und auch der Branche bedingt sind. Die Debatte um die Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem neuen System der Pflegestufeneinteilung, um insbesondere auch Menschen mit Demenzerkrankungen zu erreichen, ist die Folge dieser Veränderungen.

3.2 Gesellschaftliche Wandlungsprozesse

Gesellschaftliche Wandlungsprozesse verändern sowohl den quantitativen, als auch den qualitativen Bedarf an Dienstleistungen in der Altenpflege.

3.2.1 Demografischer Wandel und Entwicklung der Pflegequote

Bedingt durch den demografischen Wandel steigt der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Gesundere Lebensweisen und bessere medizinische Versorgung tragen dazu bei, dass sich die durchschnittliche Lebensdauer erhöht. Daneben steigt sowohl die Anzahl Hochbetagter als auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen. Allein in der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen wird bis 2030 ein Anstieg auf knapp 7,5 Millionen erwartet. Insgesamt werden bis dahin etwa 27 Millionen Menschen in Deutschland 65 Jahre oder älter sein.¹⁸ Der Altersquotient (Anteil der 65-Jährigen und älter) steigt laut Schätzung von 29,0 Prozent auf 46,0 Prozent.¹⁹

In Berlin ist der Anteil der Personen im Alter ab 65 Jahre an der Bevölkerung zwischen 2002 und 2011 von 15,6 Prozent auf 19,0 Prozent gestiegen.²⁰ Von 2013 bis 2030 wird die Zuwachsrate in dieser Altersgruppe auf 29,1 Prozent geschätzt, bei den über 80-Jährigen gibt es im gleichen Zeitraum einen Anstieg um mehr als 80,0 Prozent.²¹

Diese wachsende Zahl an älter werdenden Menschen wird – im Idealfall – länger gesund, aktiv und mit wenigen Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben partizipieren können. Dem steht aber auch eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger gegenüber, denn parallel steigt die Zahl der Pflegebedürftigen und die Komplexität der Krankheitsbilder (die Zunahme der demenziellen Erkrankungen wurde im Kapitel 3.1 bereits angesprochen).

¹⁶ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012), S. 1f.

¹⁷ BMG (2014), S. 16.

¹⁸ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011), S. 8.

¹⁹ Ebd., S. 27.

²⁰ SenGS (2013), S. 107.

²¹ Ebd., S. 196.

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wird durch die Pflegequote dargestellt. Sie gibt Auskunft über die Entwicklung des regionalen Pflegebedarfs. Im Jahr 2009 betrug die Pflegequote in Berlin gegenüber der Gesamtbevölkerung 2,9 Prozent und stieg 2011 auf 3,1 Prozent, was dem Bundesdurchschnitt entsprach. Grenzt man die Pflegequote in Bezug auf bestimmte Altersgruppen ein, ergeben sich naturgemäß wesentlich höhere Werte. So beträgt die Pflegequote bei den über 90-Jährigen annähernd 60,0 Prozent.

In Berlin wird bis 2030 mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen um 55,0 Prozent gegenüber 2011 gerechnet. Schätzungen zufolge erhöht sich ihre Zahl von 108.000 in 2011 auf etwa 170.000 in 2030.²²

Dem Anstieg der hilfe- und pflegebedürftigen Personen auf der einen Seite steht ein Rückgang familialer Ressourcen bei gleichzeitigem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung gegenüber. Dies bedeutet ein sinkendes Potenzial bei den pflegenden Angehörigen (siehe 3.2.2) und parallel einen Rückgang potenziell zur Verfügung stehender Fachkräfte in der Altenpflege.

3.2.2 Verringerung des familiären Pflegepotenzial

Die wachsende Nachfrage nach professioneller Altenpflege ist auch in gesellschaftlichen Veränderungen begründet. Eine Ursache dafür ist der Verlust des familiären Pflegepotenzials, welches durch die gesteigerte Erwerbstätigkeit von Frauen sowie durch einen Rückgang der Geburtenzahlen hervorgerufen wird.

In den vergangenen Jahren ist eine kontinuierlich steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen zu verzeichnen. 2011 lag sie bei 77,0 Prozent im Vergleich zu 62,0 Prozent in 2001.²³ Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Erwerbsbeteiligung von Frauen in deutlich stärkerem Maße in der Ausübung von Teilzeitbeschäftigung und geringfügiger Beschäftigung besteht als die Erwerbsbeteiligung der Männer.²⁴ Die Zunahme bei der Erwerbstätigkeit bewirkt dessen ungeachtet eine Abnahme des familiären Pflegepotenzials. Denn je mehr Frauen beruflichen Tätigkeiten nachgehen, desto weniger stehen sie für die Pflege von Angehörigen zur Verfügung. So wächst der Bedarf nach professioneller Pflege.

Weiterhin wird die Entwicklung durch rückläufige Geburtenzahlen verstärkt – der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt ab, während der Anteil älterer Menschen steigt. Zwar stieg die Bruttogeburtenziffer²⁵ in Deutschland 2012 gegenüber dem Vorjahr leicht von 8,1 Prozent auf 8,4 Prozent, war damit aber weiterhin die niedrigste im EU-Raum.²⁶ Auch dies vermindert das familiäre Pflegepotenzial, da weniger Kinder später für Pflegetätigkeiten in der Familie zur Verfügung stehen. Zudem führen die häufig vorhandene räumliche Trennung von Familien, die generell größere Mobilität im Berufsleben sowie die steigende Anzahl von Single-

²² <http://www.gepflegt-in-die-zukunft.de> (15.05.2014).

²³ Statistisches Bundesamt (2012), S. 6.

²⁴ Vgl. BMFSFJ (2011), Pressemitteilung, unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=88094.html> (14.05.2014).

²⁵ Die Bruttogeburtenziffer setzt die Anzahl der Geburten in einem Jahr zur durchschnittlichen Bevölkerung im selben Jahr ins Verhältnis.

²⁶ Die höchsten Geburtenziffern wurden in Irland (15,7 Prozent) und Island (14,1 Prozent) festgestellt. Vgl. Eurostat (2013).

Haushalten, in denen keine familiären Pflegepersonen vorhanden sind, zu wachsenden Bedarfen an ambulanten und (teil-)stationären Pflegeangeboten.

Insgesamt werden immer weniger Angehörige in der Lage sein, die Pflege von Familienmitgliedern selbst zu übernehmen. Die gleichzeitige Zunahme an Pflegebedürftigen unterstreicht den wachsenden Bedarf an professioneller Pflege.²⁷

Zu berücksichtigen ist, dass es Unterschiede in familiärer und professionell unterstützter Pflege gibt: Professionell Pflegende sind mit Wissen, Fertigkeiten und Reaktionsvermögen auf ihre Aufgabe in einem Maße vorbereitet, die von familiären Angehörigen nicht geleistet werden kann – zumindest nicht zu Beginn eines Pflegefalls. Der Umgang mit dem Krankheitsbild, spezifisches Wissen und das Verhältnis zum Pflegebedürftigen sind eine Herausforderung für familiär Pflegende, deren Kompetenzen und Fähigkeiten im Pflege-prozess wachsen. Folglich ist die professionelle Pflege umfangreicher und weitreichender als familiäre Pflege – gerade im Anfangsstadium der Pflegebedürftigkeit. Um eine hohe Qualität der Pflege zu sichern, ist professionelle Unterstützung von Beginn an zu leisten. Dies kann ausschlaggebend für verstärkte Bedarfsansprüche an professionelle Pflege sein.

3.2.3 Neue Ansprüche an die Altenpflege

Die Erbringung professioneller Pflegeleistungen geht einher mit neuen Ansprüchen an die Pflege und damit an die Anbieterinnen und Anbieter von Dienstleistungen in der Altenpflege.

Zu den immer älter werdenden Menschen, die zukünftig Pflege benötigen werden, zählen mehr und mehr auch Migrantinnen und Migranten. In Berlin leben aktuell etwa 67.000 Personen mit Migrationshintergrund, die 65 Jahre oder älter sind.

Der Anteil an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betrug 2009 laut einer Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge deutschlandweit 8,2 Prozent – und entsprach damit ungefähr dem Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung bei älteren Personen.²⁸ Für Berlin nennt der Sozialstrukturatlas 2013 einen Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung von 14,0 Prozent, damit ist von einem entsprechend höheren Anteil Pflegebedürftiger in dieser Personengruppe auszugehen.²⁹ Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bedarf spezieller Kompetenzen im Hinblick auf eine kultursensible, medizinische und pflegerische Versorgung. Dabei bestehen kulturell unterschiedliche Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden, z.B. in Bezug auf das Pflegepersonal, Essgewohnheiten oder Unterbringung. Auf diese Gewohnheiten, Lebensumstände und kulturellen Gegebenheiten müssen sich Pflegekräfte einstellen.³⁰ Hieraus leitet sich verstärkt der Anspruch auf interkulturelle Kompetenz an die Beschäftigten in der Altenpflege ab.

Der steigende Anteil von Migrantinnen und Migranten unter den Pflegebedürftigen begründet die erweiterte Nachfrage nach kultursensibler Pflege. So wächst die Zahl der Unternehmen, die „kultursensible Altenpflege“ anbieten. Dreizehn ambulante Kranken- und Altenpflegedienste, die von türkischen Unternehmerinnen und Unternehmern geführt werden,

²⁷ Vgl. auch Görres (2010), S. 49-51.

²⁸ Kohls (2012) S. 7.

²⁹ SenGS (2013), S. 110.

³⁰ <http://www.taz.de/Interkulturelle-Pflege/!85374/> (11.01.2012)

gab es 2009 in Berlin, weitere zwei Pflegedienste betonten die interkulturelle Ausrichtung ihrer Pflegeleistungen explizit.³¹ Dieses Angebot dürfte sich inzwischen ausgeweitet und in weiteren Communities Nachahmung gefunden haben.

Vor dem Hintergrund der Berliner Bevölkerungsstruktur ist jedoch anzunehmen, dass das bisherige Angebot den aktuellen und den in den nächsten Jahren weiter wachsenden Bedarf an kultursensibler Pflege und Betreuung nicht decken kann.

Auch kommt die erste Generation der offen lebenden Lesben und Schwulen in ein Alter, in dem professionelle Pflege zunehmend in Anspruch genommen wird. Aus ihrer Lebensweise erwächst ein dementsprechender Anspruch an die Dienstleistung Pflege: Die Möglichkeit, sexuelle Vielfalt auch im Alter zu leben, muss in Berlin gegeben sein. Dies verdeutlicht die vom Berliner Abgeordnetenhaus beschlossene Initiative „Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt“. Vor diesem Hintergrund entstehen Pflegeangebote, die speziell auf die Bedürfnisse von lesbischen und schwulen Pflegebedürftigen abgestimmt sind. In Berlin gibt es eine Beratungs- und Netzwerkstruktur, die Informationen über spezielle Angebote für diese Zielgruppe bereithält. Dazu gehören u.a. Netzwerke ("Netzwerk Anders Altern") und Initiativen („RUT – Offene Initiative Lesbischer Frauen“), generations-übergreifende Wohnprojekte ("Lebensort Vielfalt") und Arbeitskreise ("BALSAM"). Im Bereich der Altenpflege sind weitere Bemühungen nötig: Mit Stand November 2013 gibt es nur einen ambulanten Pflegedienst, der sich speziell an Lesben und Schwule richtet. Allerdings gibt es einen weiteren Anbieter, der sich an den Erwartungen schwul-lesbischer Pflegewohngemeinschaften orientiert und dort eine entsprechend konzipierte ambulante Pflege durchführt. Ein Wohnprojekt für ältere lesbische Frauen mit integrierter Pflege-WG ist darüber hinaus in Planung und wird voraussichtlich 2017 eröffnen. Die Nachfrage nach solchen, speziell auf Menschen mit LSBTI-Lebensweise³² zugeschnittenen Angeboten steigt stetig an.

Neben den „klassischen Angeboten“ der pflegerischen Versorgung steigt zudem allgemein der Bedarf nach niedrigschwelligen Pflegeangeboten. Im Vordergrund stehen dabei Angebote der hauswirtschaftlichen Unterstützung, Begleit- und Besuchsdienste, Beratungsangebote oder adäquate Freizeitangebote. Vor diesem Hintergrund verändern sich auch Kompetenzanforderungen an die Dienstleistenden. Dies betrifft z.B. die hauswirtschaftliche Leitung in einem Seniorenwohnheim, Präsenzkkräfte in betreuten Wohneinrichtungen oder die Erbringung hauswirtschaftlicher Dienstleistungen in Privathaushalten, um Seniorinnen und Senioren länger ein selbstbestimmtes sowie eigenständiges Leben zu ermöglichen. Die Schnittstelle zwischen hauswirtschaftlicher Unterstützung und grundpflegerischen Tätigkeiten bildet ein ambulantes Dienstleistungsangebot, dass noch (teil)mobilen Seniorinnen und Senioren mit leichten Unterstützungsbedarfen ein Leben in der eigenen Wohnung ermöglicht.

3.3 Strukturelle Wandlungsprozesse in der Branche

Neben den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen sind auch strukturelle Veränderungen in der Altenpflege zu konstatieren.

³¹ Ataman (2009), in maximal 5/2009.

³² LSBTI ist die Abkürzung für „Lesben, Schwule, Bi-, Trans- und Intersexuelle“.

3.3.1 Neue Wohnformen im Alter

Bestand früher oftmals nur die Alternative zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, differenziert sich dieser Bereich stetig. Zu neuen und innovativen Wohnformen, die eine verstärkte Aufmerksamkeit erfahren, zählen Senioren-Wohngemeinschaften, Selbsthilfe-Wohnprojekte 50plus, altersgerechte Wohnungen und integrative Wohnprojekte wie Mehrgenerationenhäuser.³³ Vor allem für Menschen in einem frühen Stadium von Pflegebedürftigkeit, die sich austauschen und mitreden wollen, sind diese Angebotsformen von Interesse. Darüber hinaus erprobt z.B. ein Berliner Träger der Altenhilfe momentan die Umsetzung einer Wohnform, in der ältere Ehepaare mit einem pflegebedürftigen Partner in einem gemeinsamen Apartment mit getrennten Schlafzimmern und angeschlossener Betreuung weiterhin gemeinsam wohnen.³⁴ Für solche Fälle, in denen ein Partner anspruchsvolle Betreuung braucht, der andere aber weiterhin mit ihr oder ihm an einem gemeinsamen Ort leben möchte, gibt es bisher noch nicht ausreichend adäquate Angebote.

3.3.2 Trend zur Ambulantisierung

Ambulantisierung steht für den Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und damit generell für die Ausweitung ambulanter Versorgungsstrukturen gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Entwicklung findet sich in den zwei Grundsätzen des seit 1992 gültigen Geriatrie-Rahmenkonzepts wieder. Mit diesem Konzept soll die ambulante und stationäre Versorgung älterer Menschen in Berlin verbessert werden.³⁵

Der Trend zur professionellen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Dienste und in Pflegeheimen setzt sich weiter fort. Dabei wird die ambulante Pflege weiterhin Vorrang vor der Pflege in stationären Einrichtungen haben.³⁶

Die mit der Ambulantisierung verbundenen Entwicklungen beeinflussen die Arbeitsbereiche Altenpflege auf unterschiedliche Art und Weise. Im stationären Pflegebereich zeigen sich folgende Trends: Jüngere Altersgruppen oder generell Menschen, die nicht in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkt sind, sind nur noch selten in Pflegeheimen zu finden. Stattdessen gehören vorrangig Hochbetagte und stark Pflegebedürftige mit umfangreichem Unterstützungsbedarf zum Klientel der Heime. 2011 waren zwei Drittel der Neueinzüge in Berliner Pflegeheimen 80 Jahre und älter.³⁷

³³ Eine Übersicht über Beispiele aus Berlin bietet die Seite:
<http://www.stadtentwicklung.berlin.de/wohnen/alter/de/links.shtml>

³⁴ Hans-Peter Distelkamp-Franken, Einrichtungsleiter des Stephanus-Seniorenzentrum Müggelsprees auf der Tagung „Umschulung/ Nachqualifizierung zum/r Hauswirtschafter/in mit Zusatzqualifizierung Pflege und soziale Betreuung – eine erste Bilanz“, Berlin, im Rahmen des Projekts „Zukunftsperspektive im Berufsfeld Hauswirtschaft/Pflege: Innovative Dienstleistung – Praxisnahe Qualifizierung“.

³⁵ Die Grundsätze sind: 1. Prävention und Rehabilitation vor Pflege, 2. ambulante vor stationärer Versorgung. Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S. 476f.

³⁶ Während die Zahl der stationären Einrichtungen im Jahr 2011 stagnierte, gab es bei den ambulanten Pflegediensten erneut einen Anstieg (siehe Tabelle 4).

³⁷ SenGS (2013), S. 211.

Für die ambulanten Dienste bedeutet der Trend eine steigende Nachfrage bei sich gleichzeitig stark verändernden Bedarfssituationen ihrer Kundschaft. So gibt es neben alten Menschen mit leichten Einschränkungen eine große Bandbreite an Patientinnen- und Patientengruppen, wie ältere Erwachsene mit akuten oder auch chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, zunehmend demenziellen Erkrankungen bis hin zu schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Auch wächst die Zahl an ambulant zu erbringenden anspruchsvollen Versorgungsleistungen (z.B. bei akut- und schwerkranken Patientinnen und Patienten), da biomedizinische, pharmakologische sowie technologische Fortschritte die ehemals rein stationär leistbare Versorgung nun auch im ambulanten Bereich möglich machen.³⁸

Auch bei der hospizlichen Versorgung lässt sich der Trend zur Ambulantisierung beobachten. Momentan sind zwar Krankenhäuser der wesentliche Sterbeort und so gibt es auch zwölf Hospize in Berlin. Demgegenüber verfügt Berlin aber bereits über 22 Hospizdienste für Erwachsene, die oft größtenteils auf Basis qualifizierter Ehrenamtlicher durchgeführt werden.³⁹ Zukünftig lässt sich ein steigender Bedarf vermuten, da das Angebot an palliativer und hospizlicher Begleitung in den letzten Jahren in Berlin gestiegen ist.⁴⁰ Hier bieten sich Verknüpfungen der Angebotsstrukturen zwischen Pflegeheimen und ambulanten Hospizdiensten an, die die Ambulantisierung weiter wachsen lassen.

3.3.3 Entwicklung von Netzwerken sowie Care und Case Management

Der Trend geht weg von singulären Pflegeangeboten hin zu Netzwerken, in denen Pflege- sowie Unterstützungsleistungen koordiniert und gesteuert werden. Das sogenannte Case und Care Management, also die Begleitung und Vernetzung von individuellen Pflegefällen, spielt dabei eine große Rolle. Bestehende Angebote sollen miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt werden, so z.B. Beratungen zur jeweiligen Lebenssituation, ambulante Pflegedienste, haushaltsnahe Dienstleistungen, Mobilitätshilfen, Tagespflege, Begegnungsräume, Selbsthilfegruppen, Ärzte, Pflegeheime, Krankenhäuser, Ehrenamt und kulturelle Angebote.

Vernetzungen lassen sich in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg vielfältig bereits erkennen: Der Masterplan *Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg* verknüpft auf politischer Ebene die strategischen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern. Weiterhin ist die Einführung der Berliner Pflegestützpunkte 2009 eine Entwicklung hin zur Vernetzung. Diese wohnortnahen Anlaufstellen informieren pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige umfassend, unabhängig und unentgeltlich zu Fragen rund um die Pflege und Betreuung. Die Pflegestützpunkte stehen in einer gemeinsamen Trägerschaft aller Pflege- und Krankenkassen sowie des Landes Berlin. Sie haben eine Lotsenfunktion für die Hilfesuchenden inne, die sich aus den Komponenten Beratung, Begleitung und Vernetzung zusammensetzt. So sollen sie umfassendes und individuell gestaltetes Versorgungsmanagement ermöglichen. Mit Blick auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit Pflegebedarf – z.B. Menschen mit Migrationshintergrund – ist zu beachten, dass diese auch in der Beratung integriert und

³⁸ Vgl. ebd.

³⁹ Abgeordnetenhaus Berlin (2011).

⁴⁰ Vgl. ebd.

besonders angesprochen werden.⁴¹ Weitere Entwicklungen hin zur Vernetzung gibt es im Feld der „demenzfreundlichen Kommunen“, von denen es bereits mehrere in unterschiedlichen Berliner Bezirken gibt. Demenzfreundliche Kommunen schaffen ein demenzfreundliches Umfeld für Anwohnerinnen und Anwohner.

Ein Kinderbauernhof in Friedrichshain-Kreuzberg fördert über den Kontakt mit Tieren das Zusammenleben von Kindern und Menschen mit Demenz. Der Berliner Bezirk Spandau erweitert bestehende Netzwerke um zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure wie z.B. Wohnungsgesellschaften, Stadtteil- und Quartiersmanagements, Einzelhändler, Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen. Die Öffentlichkeit wird durch Informationsangebote für die Lebenssituation von Menschen mit Demenz sensibilisiert. Kontaktpersonen wie z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Stadtteilcafés, Hausmeister, Ehrenamtliche im Besuchsdienst, denen eine zunehmende Verwirrung oder Hilfebedarf im Alltag auffallen, werden zu „Demenzlotsen“ ausgebildet.

Sie bilden kleine wohnortnahe Netzwerke, vermitteln nachbarschaftliche Hilfe und kennen professionelle Hilfs- sowie Beratungsangebote. In Tempelhof-Schöneberg beispielsweise erstellte die evangelisch-lutherische Kirchengemeinde ein Kompendium mit Beispielen für eine aufsuchende, gemeindenähe, seelsorgerische Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrem angestammten häuslichen Umfeld. Gemeindemitglieder und Seelsorger werden darin gestärkt, sich der spirituellen Bedürfnisse demenziell Erkrankter achtsam anzunehmen. Ergebnis der Bemühungen war eine dokumentierende Handreichung. Im Zuge ihrer Umsetzung erfolgte der Aufbau einer Gruppe Ehrenamtlicher, die innerhalb der Kommune seelsorgerisch bei Menschen mit Demenz tätig wird.

3.3.4 Ergebnis- und Qualitätssicherung

Die steigende Bedeutung von Ergebnis- und Qualitätssicherung spielt in der Pflege eine große Rolle für den strukturellen Wandel. Die im Rahmen der Pflegereform 2008 umgesetzten Maßnahmen – vornehmlich die jährlichen Prüfungen aller Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (sogenannter Pflege-TÜV) – sind hierbei zu nennen. Die Existenz solcher Instrumente ist als positiv zu bewerten, da sie eine einheitliche Begutachtung der Qualität der Pflege ermöglichen und damit die Sicherung der Qualität der Pflege anstreben. Auch die Veröffentlichung der Ergebnisse für die Öffentlichkeit durch die Pflegelotsen ist positiv. Die Umsetzung dieser sogenannten Transparenzoffensive erfolgt auf der Transparenzplattform „Pflegelotse Berlin“.⁴²

Im Bereich der Umsetzung gibt es noch Spielräume zur Verbesserung. Dabei ist u.a. zu beachten, welche Zusatzaufgaben durch die in diesem Zusammenhang notwendigen Dokumentationen auf die Pflegekräfte zukommen. Hier wandeln sich zunehmend die Profile und Tätigkeiten der Pflegekräfte hin zur bürokratisch-organisatorischen Arbeit neben der pflegerischen Versorgung. Eine im Juli 2013 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege (OBF) vorgestellte Studie benannte Empfehlungen zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation.⁴³ Ebenso ist die Gewichtung einzelner Faktoren der jährlichen Prüfungen der Pflegeeinrichtungen für die Endergebnisse zu überprüfen. Fraglich ist z.B. ob eine gute Dokumentationsarbeit das Ergebnis einer Einrichtung

⁴¹ <http://www.taz.de/Interkulturelle-Pflege/!85374/> (11.01.2012).

⁴² www.pflegelotse-berlin.de (15.05.2014)

⁴³ Vgl.: BMG (2014).

so beeinflussen kann, dass die Note für die direkte Arbeit an den Patientinnen und Patienten nicht mehr ins Gewicht fällt.

3.3.5 Digitalisierung und Technologieintensivierung

Das Erbringen und die Organisation von Versorgungsleistungen sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zunehmend technologieintensiv. Hier besteht ein Bedarf an Fähigkeiten im Umgang mit modernen Geräten auf Seiten des Personals sowie an kontinuierlichem Training und Angeboten der Weiterbildung auf Seiten der Einrichtungen, um Pflegekräfte für den Umgang mit neuen Techniken zu qualifizieren.

In weiten Teilen der Wirtschaft und der Gesellschaft ist die Digitalisierung bereits fester Bestandteil. Produktions- und Dienstleistungsprozesse profitieren von den Möglichkeiten digitaler Vernetzung. Digitale Technologien durchdringen zunehmend die Arbeitswelt und können Abläufe effizienter und innovativer machen. Im Bereich des Gesundheitswesens und speziell in der Altenpflege gibt es aber noch erhebliche Entwicklungspotenziale.

Im Pflegebereich ermöglicht die Digitalisierung eine effiziente Pflegedokumentation, veränderte Arbeitsabläufe können zusätzliche Zeitreserven für andere Tätigkeiten schaffen. Smartphones, Tablets und integrierte Software-Lösungen sind der Motor für eine innovative Pflegegestaltung: Vitaldaten wie Blutdruck und -zucker können digital überwacht und zeitgleich dokumentiert werden. Integrierte digitale Lösungen können die Pflegedokumentation, Waren- und Medikamentenbestellungen sowie weitere pflegebegleitende Prozesse erleichtern und effizienter machen. „Medizinische Produkte und Dienstleistungen sind unabdingbar, wenn es darum geht, eine altersgerechte Versorgung in Therapie und Pflege, ob ambulant oder stationär, zu gewährleisten. Dazu gilt es, verstärkt Konzepte wie Ambient Assisted Living und Gerontechnologien (selbstbestimmtes Leben durch innovative Technik) sowie Healthy Aging (Gesundes Altern) oder Telemonitoring weiterzuentwickeln und zu implementieren.“⁴⁴

Die Skepsis gegenüber einer Digitalisierung der Pflege wird zumeist in Form von datenschutzrechtlichen Bedenken zum Ausdruck gebracht. Die Verwendung von Smartphones zur Kontrolle von Körpertemperatur oder Blutzucker wird ebenfalls nicht nur unkritisch gesehen. Mit entsprechenden Apps können die Werte der Patientin/ des Patienten gespeichert und dem Arzt übermittelt werden. Per Infrarot funktioniert ein Modul zur Körpertemperaturmessung, das einfach an die Stirn gehalten wird. Dies hat auch Grenzen – nach Ansicht von Expertinnen und Experten können mobile Applikationen nicht den Anspruch einer umfangreichen Klinikanalyse erfüllen – aber den Alltag der Pflegekräfte vereinfachen. Entscheidend ist, dass Pflegekräfte adäquat auf den Umgang mit entsprechenden Programmen und Geräten vorbereitet werden.

Die bereits beschriebene verstärkte Erfolgs- und Qualitätskontrolle erfordert eine genaue Dokumentation des Pflegeprozesses, der geplanten sowie durchgeführten Schritte der jeweiligen Pflegeleistung. Um die Pflegeplanung und -dokumentation durchzuführen, existieren verschiedene Software-Systeme.⁴⁵ Teilweise lässt sich die Etablierung umfassender Systeme beobachten: So setzen einzelne Berliner Pflegeanbieterinnen und -anbieter bereits auf professionelle Software-Unterstützung durch ein Customer-Relation-Management-System

⁴⁴ Health Capital (2014), S. 25.

⁴⁵ Pflegewiki (2012).

(CRM), welches einen optimierten Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Pflegeverantwortlichen herbeiführen soll.

Auch werden neue Geräte in der Arbeit verwandt. Bereits jetzt gibt es arbeitsentlastende Technologien und ergonomische Arbeitsgeräte wie z.B. Gleitmatten und Haltegürtel, die die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern. Daneben wird auch an der Weiterentwicklung von Pflege-Robotern geforscht, die die körperliche Belastung von Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen verringern sollen: So übernehmen Pflegeroboter in Modellprojekten bereits sowohl Routinetransporte als auch die Bedienung und Unterhaltung von Pflegebedürftigen. Sofern es Probleme gibt, kann der Pflegeroboter das Pflegepersonal informieren.⁴⁶ Mit der Pflege-Robbe „Paro“ wurden darüber hinaus Erfolge in der Arbeit mit Demenzkranken erzielt.⁴⁷

Zu berücksichtigen sind letztendlich aber auch die möglichen ambivalenten Auswirkungen technischer Neuerungen: Einerseits bieten sie zwar Raum für verbesserte Pflege und mehr Zeit für menschliche Interaktion. Andererseits birgt ihre Einführung Potenzial für weitere zeitliche Arbeitsverdichtung, Arbeitskontrolle oder Patientinnen- und Patientenüberwachung.

3.4 Zwischenfazit

Der Bedarf an professioneller Pflege wächst und geht einher mit sich kontinuierlich wandelnden Anforderungen für die Beschäftigten. Die älter werdende Gesellschaft und die gleichzeitige Verringerung des familiären Pflegepotenzials bewirkt eine wachsende Nachfrage nach professioneller Altenpflege. In Berlin wird bis zum Jahr 2030 mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen auf fast 170.000 Frauen und Männer gerechnet.

Die Nachfrage in der Altenpflege differenziert sich mit der Komplexität der Krankheitsbilder. Es gibt Hochbetagte mit umfangreichem Unterstützungsbedarf auf höchstem (technischen) Niveau und auch eine steigende Nachfrage nach niedrigschwelligen Angeboten.

Eine weitere Vielfalt resultiert aus der Berliner Bevölkerungsstruktur. Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit gleichgeschlechtlicher Lebensweise benötigen ein adäquates Angebot in der Altenpflege. Erforderlich ist diesbezüglich die konzeptionelle Weiterentwicklung von Pflegeangeboten und ebenso die Qualifizierung der Beschäftigten. Hierbei bietet sich die Förderung von Pilotprojekten an, um die wirtschaftlichen Potenziale von neuen und innovativen Pflegekonzepten sowie Dienstleistungen zu erproben und um den zukünftigen Nachfragen entsprechen zu können.

Gleichzeitig schreiten strukturelle Wandlungsprozesse weiter fort. Die steigende Bedeutung der Ergebnis- und Qualitätssicherung in der Pflege steht hier an erster Stelle. Mit der Ausweitung der Ambulantisierung (z.B. durch ambulante Hospiz- und Palliativdienste) sowie der Entwicklung hin zu Pflegenetzwerken (z.B. durch die Pflegestützpunkte oder „Demenzfreundliche Kommunen“) sind weitere Veränderungen deutlich erkennbar. Diese wiederum zeigen sich auch in den neuen Wohnformen wie Seniorinnen- und Seniorenwohngemeinschaften und integrativen Wohnprojekten, die für die älter werdende Bevölkerung zunehmend an Attraktivität gewinnen.

⁴⁶ Die Welt (26.06.2014): „Vergreistes Japan setzt in der Pflege auf Roboter“, <http://www.welt.de/regionales/duesseldorf/article130163186/Mit-Humor-gegen-die-Belastungen-in-Pflegeberufen.html>.

⁴⁷ Vitafil (2011), Generation Netzwerk Deutschland (2011).

Für das Leben im Alter – sei es in einer stationären Einrichtung oder versorgt von einem ambulanten Dienst oder auch in einer altersgerechten Wohnung – wird die Qualität der Pflegedienstleistung auf höchstem technischen Niveau erwartet. Technische Innovationen – neue medizinische Verfahren wie Smartphones zum Messen der Körpertemperatur sowie Kommunikations- und Informationssoftware – sind somit ein Bestandteil der laufenden Wandlungsprozesse in der Altenpflege.

Forschung und technische Entwicklung können – wenn integrativ betrieben – unter Einbeziehung pflege-, kulturwissenschaftlicher und technologischer Aspekte die Wissensbasis der Altenpflege maßgeblich erweitern, das Dienstleistungsangebot weiterentwickeln und zur Qualität der pflegenden Dienstleistung beitragen.

Insgesamt sind und bleiben die Beschäftigten das Kernpotenzial der Branche. Sie müssen sich kontinuierlich den neuen An- und Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit stellen und diese bewältigen. Im interaktiven Arbeitsfeld Altenpflege sind Entwicklungs- und Veränderungsprozesse der Branche eng mit den Kompetenzen der Beschäftigten verknüpft. Dies wird auch im Kapitel 5.5.4 Akademisierung der Pflegeberufe weiter ausgeführt werden.

4. Beschäftigungspotenziale und -struktur der Altenpflege in Berlin

Im Folgenden wird die Beschäftigtenstruktur und -entwicklung in der Berliner Altenpflege näher betrachtet. Dabei werden Aspekte wie Qualifikationsstand, Altersstruktur, Teilzeitquote und Anzahl der Auszubildenden geschlechtsspezifisch analysiert. Basis der Analyse bilden die Angaben der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahr 2013 (Stichtag 30. September). Die verwendeten Daten ergeben sich aus der statistischen Eingrenzung der Branche nach Wirtschaftszweigen (WZ) 2008.

Folgende Wirtschafts(unter)zweige werden betrachtet: WZ 87 (Heime, ohne Erholungs- und Pflegeheime), WZ 88.1 (Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter). Die verwendete Statistik der Bundesagentur für Arbeit erfasst alle in diesen genannten Wirtschaftszweigen Tätigen, d.h. neben dem in diesen Wirtschaftsbereichen beschäftigten Altenpflegepersonal sind auch ärztliches Personal, Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen etc. in der Statistik enthalten (Vgl. Statistisches Bundesamt: Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen 2008, S. 145).

4.1 Verteilung von weiblichen und männlichen Beschäftigten in der Altenpflege

Wie bereits in Kapitel 2.2 ausgeführt, arbeiteten in 2013 (Stichtag: 30. September) 55.958 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege (gegenüber 50.405 im Jahr 2010). Mit 76,5 Prozent ist die Mehrheit der Beschäftigten weiblich. Damit ist der Altenpflegebereich – wie das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt – eine klar von Frauen dominierte Branche. Betrachtet man die einzelnen Unterzweige der Altenpflege, stellt man fest, dass in den Heimen der Männeranteil mit 25,5 Prozent etwas höher ist als im (ambulanten) Bereich „Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter“ (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013, nach Geschlecht

Wirtschaftsabteilungen	Beschäftigte insgesamt	Frauen (Anteil)	Männer (Anteil)
Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt	185.225	142.003 (76,6 %)	43.222 (23,4 %)
Altenpflege insgesamt	55.958	42.787 (76,5 %)	13.171 (23,5 %)
Davon Heime	31.767	23.667 (74,5 %)	8.100 (25,5 %)
Davon soz. Betreuung älterer Menschen u. Behinderter	24.191	19.120 (79,0 %)	4.217 (21,0 %)

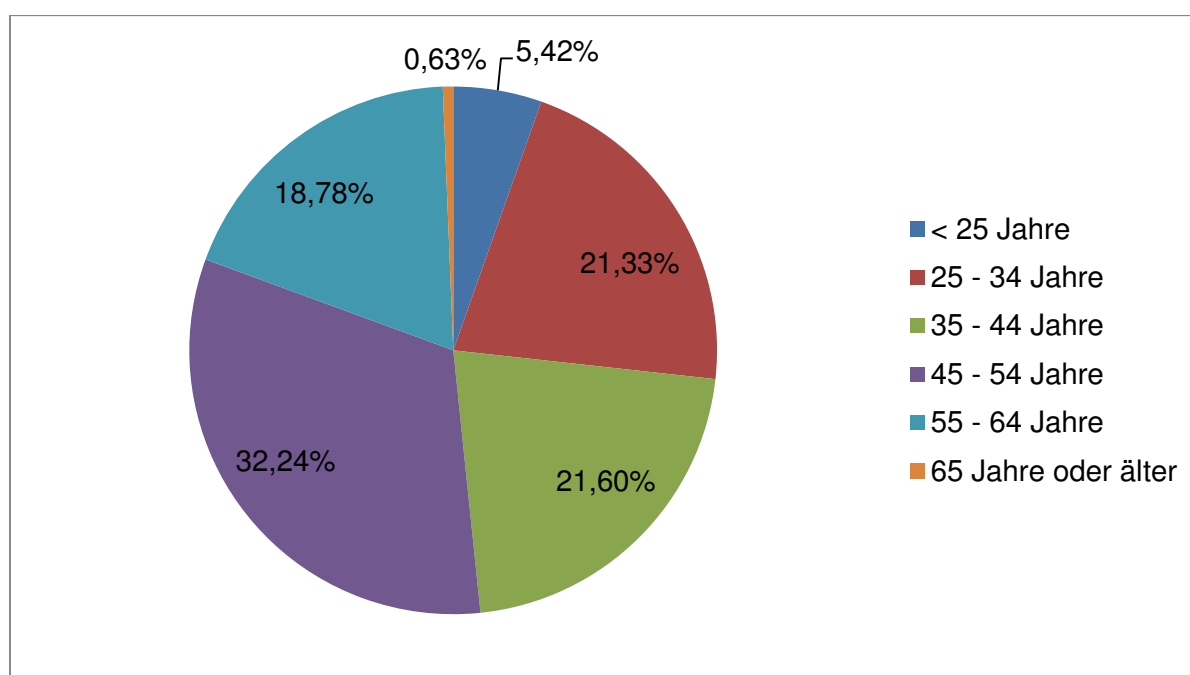
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

4.2 Altersstruktur der Beschäftigten in der Altenpflege in Berlin

Schon auf den ersten Blick wird deutlich, dass die Themen „demografischer Wandel“ und „älter werdende Belegschaften“ sowohl für die Gruppe der weiblichen (vgl. Abbildung 2) als auch der männlichen Beschäftigten (vgl. Abbildung 3) große Bedeutung haben.

So waren im Jahr 2013 bereits 19,4 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in der Altenpflege älter als 55 Jahre (2010 waren es 15,9 Prozent). Demgegenüber gab es 2013 aber nur einen Anteil von 5,4 Prozent Frauen unter 25 Jahren (2010 waren es noch 6,9 Prozent). Der Anteil derjenigen, die altersbedingt in den nächsten 10 bis 15 Jahren ausscheiden, kann demzufolge nicht mit dem Anteil der jungen „Nachkommenden“ ausgeglichen werden.

Abbildung 2: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in der Berliner Altenpflege, Stichtag: 30.09.2013



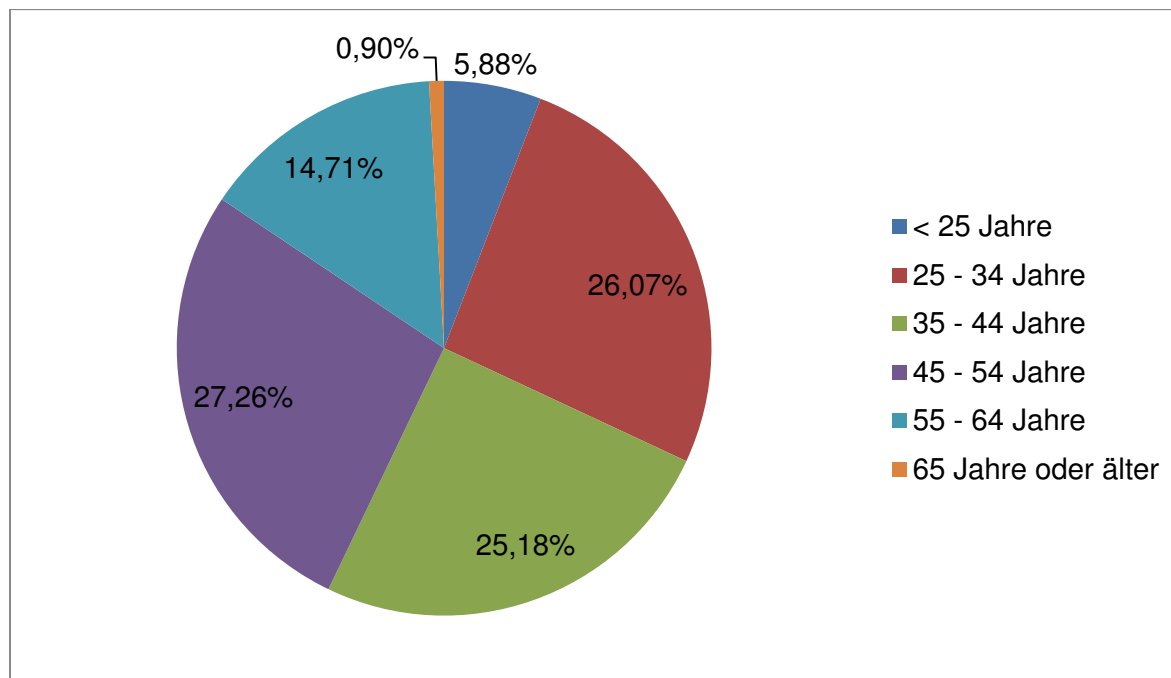
Grafik: Wert.Arbeit GmbH, Berlin, Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Unter den männlichen Beschäftigten stellt sich die Problematik der älter werdenden Belegschaft weniger gravierend dar, ist aber nichtsdestotrotz vorhanden. 15,6 Prozent der Männer in Altenpflegeberufen sind über 55 Jahre alt (2 Prozent mehr als 2010). Der Anteil der jungen Beschäftigten unter 25 Jahren liegt bei 5,9 Prozent (2010 waren es noch 7,2 Prozent). Damit ist die Diskrepanz zwischen den beiden Altersgruppen bei den Männern zwar nicht so deutlich ausgeprägt wie bei den Frauen, aber der Trend der Alterung der Beschäftigten ist auch hier spür- und sichtbar.

Ein Ausgleich der altersbedingten Fluktuation durch jungen Nachwuchs in den nächsten Jahren sowie die hieraus resultierende Frage der „Fachkräftesicherung“ erscheint anhand der

vorliegenden Zahlen insgesamt gesehen als wichtiges Thema.⁴⁸ Dem Erhalt des Arbeitspotenzials der älteren Beschäftigten muss in diesem Kontext besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Abbildung 3: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer in der Berliner Altenpflege, Stichtag: 30.09.2013



Grafik: Wert.Arbeit GmbH, Berlin, Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Hinzu kommt: Knapp ein Drittel der weiblichen und mehr als 39,0 Prozent der männlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind zwischen 30 und 44 Jahre alt und damit in der Altersgruppe, die den strukturellen Wandel mit vollziehen müssen. Doch vor allem diese knapp 14.000 Frauen und über 5.100 Männer befinden sich in ihrer „Rush-Hour-of-Life“, der Lebensphase, in der neben der beruflichen Konsolidierung auch Aufgaben der Kindererziehung und -betreuung sowie der Pflege älterer Angehöriger oftmals hohe Priorität haben. Hierdurch entstehen für sie vermehrt Doppelbelastungen, die häufig – gerade bei Frauen – eine Reduzierung der Beschäftigung auf Teilzeit- oder sogar Minijobbasis zur Folge haben.

⁴⁸ Die Situation in den einzelnen Branchenteilen ist dabei sehr ähnlich: Sowohl in den Heimen als auch im Bereich „Soziale Betreuung“ sind insgesamt weniger als 6,0 Prozent aller Beschäftigten jünger als 25 Jahre. Demgegenüber stellen Beschäftigte, die 55 Jahre und älter sind, in den Heimen 19,5 Prozent aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, im Bereich „Soziale Betreuung“ ist ihr Anteil mit 17,2 Prozent etwas niedriger.

4.3 Arbeitszeitvolumen in der Altenpflege in Berlin

50,1 Prozent aller Beschäftigten in der Altenpflege arbeiten auf Teilzeitbasis (im Jahr 2010 waren es noch 42,5 Prozent).⁴⁹ Dies ist im Vergleich zur Teilzeitquote in der Gesamtwirtschaft (rund 34,5 Prozent) ein sehr hoher Anteil. Über die verschiedenen Altenpflegebereiche und Geschlechter hinweg ist festzustellen, dass die Teilzeitarbeit in der Altenpflege von einem ohnehin hohen Wert noch einmal deutlich gestiegen ist. So arbeiten annähernd 55,0 Prozent der Frauen in der stationären Altenpflege auf Teilzeitbasis. Der „beste Wert“ ist noch bei den männlichen Beschäftigten im Bereich „Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter“ festzustellen. Hier arbeiten „nur“ 44,1 Prozent in Teilzeit (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung, Stichtag: 30.09.2013

Wirtschaftsabteilungen	Beschäftigte insgesamt	Vollzeit (Anteil)	Teilzeit (Anteil)
Altenpflege insgesamt	55.958	27.896 (49,9 %)	28.062 (50,1 %)
Frauen	42.787	20.379 (47,6 %)	22.408 (52,4 %)
Männer	13.171	7.417 (56,3 %)	5.654 (34,7 %)
Davon Heime	31.767	15.440 (48,6 %)	16.327 (51,4 %)
Frauen	23.667	10.756 (45,4 %)	12.911 (54,6 %)
Männer	8.100	*	*
Davon soziale Betreuung Menschen Behinderter u. älterer	24.191	12.456 (51,5 %)	11.735 (48,5 %)
Frauen	19.120	9.623 (50,3 %)	9.497 (49,7 %)
Männer	5.071	2.833 (55,9 %)	2.238 (44,1 %)

* Zahlen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erhältlich.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

⁴⁹ Statistisch gilt alles als Teilzeit, was nicht der in der Branche üblichen Stundenzahl einer Vollzeitstelle entspricht, aber trotzdem als sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gilt (hiervon ausgenommen sind geringfügige Beschäftigungsverhältnisse).

4.4 Geringfügige Beschäftigung

In geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen – den sogenannten Minijobs – arbeiteten im Jahr 2013 in Berliner Altenpflegeeinrichtungen 8.043 Beschäftigte (2010 waren es 6.878 Beschäftigte). Damit sind 12,6 Prozent aller Berufstätigen in der Branche⁵⁰ Minijobbeschäftigte. Die Beschäftigungsform wird – wie auch Teilzeittätigkeit – überwiegend von Frauen ausgeübt. Im Bereich „Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter“ ist der Frauenanteil unter Minijobbeschäftigten mit 72,0 Prozent höher als in den Heimen mit 68,8 Prozent (vgl. Tabelle 10).

Langfristige Datenreihen zur Entwicklung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheits- und Sozialwesen zeigen insgesamt, dass die Zahl der geringfügig Beschäftigten in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Auch der Anteil der Minijobbeschäftigten an der Gesamtzahl der Beschäftigten ist gestiegen: Lag er 2005 noch bei 11,0 Prozent, waren im Jahr 2013 bereits mehr als 12,0 Prozent aller Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in geringfügigen Arbeitsverhältnissen tätig. Betrachtet man die Entwicklung der Minijobbeschäftigten in der Altenpflege zwischen 2010 und 2013, zeigt sich eine deutliche Zunahme. Insgesamt nahm die Zahl der Minijobbeschäftigten in diesem Zeitraum um 1.165 Personen zu. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten an der Gesamtzahl der Beschäftigten stieg damit im gleichen Zeitraum um 16,9 Prozentpunkte. Deutlich wird also auch hier, dass die Bedeutung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse in der Altenpflege eher zu- als abnimmt.

Tabelle 10: Geringfügig Beschäftigte in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013, nach Geschlecht

Wirtschaftsabteilungen	geringfügig Beschäftigte insgesamt	Frauen (Anteil)	Männer (Anteil)
Gesundheits- und Sozialwesen	25.607	18.038 (70,4 %)	7.569 (29,6 %)
Altenpflege	8.043	5.704 (70,9 %)	2.339 (29,1 %)
Davon Heime	2.645	1.820 (68,8 %)	825 (31,2 %)
Davon soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter	5.398	3.884 (72,0 %)	1.514 (28,0 %)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

⁵⁰ Die Gesamtzahl bezieht sich auf die Summe aus sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und geringfügig Beschäftigten.

Interessant ist auch ein Blick auf die Zahlen und Anteile der geringfügig Beschäftigten, unterschieden nach solchen, für die geringfügige Beschäftigung die einzige Verdienstquelle darstellt und solchen, die im Nebenjob zusätzlich geringfügig tätig sind (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob in der Altenpflege in Berlin, Stichtag: 30.09.2013

Wirtschaftsabteilungen	geringfügig Beschäftigte insgesamt	ausschließlich geringfügig Beschäftigte (Anteil in %)	geringfügig Beschäftigte im Nebenjob (Anteil in %)
Altenpflege insgesamt	8.043	4.084 (50,8 %)	3.959 (49,2 %)
Davon Heime	2.645	1.672 (63,2 %)	973 (36,8 %)
Davon Soz. Betreuung älterer Menschen u. Behinderter	5.398	2.412 (44,7 %)	2.986 (55,3 %)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Differenziert nach Geschlecht und Branchenzweigen in der Altenpflege lässt sich feststellen, dass in den Heimen Frauen zu einem etwas höheren Anteil eine geringfügige Beschäftigung im Nebenjob ausüben als Männer (38,0 Prozent zu 33,0 Prozent). Im Bereich „Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter“ lassen sich hingegen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen. Beide Geschlechter arbeiten dort zu 55,0 Prozent geringfügig beschäftigt im Nebenjob.⁵¹

Generell ist kritisch anzumerken, dass geringfügige Beschäftigungsverhältnisse weitreichende negative Konsequenzen nach sich ziehen. Minijobbeschäftigte erhalten weniger Lohn für gleiche Arbeit – Urlaub und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall werden ihnen zum Teil vorenthalten. Eine eigenständige Existenzsicherung ist nicht möglich und nur marginalste Ansprüche in der Sozialversicherung können erworben werden. Armut im Alter ist somit vorprogrammiert. Neben den materiellen Auswirkungen und dem fehlenden Schutz für die Minijobberinnen und Minijobber führt dieser Trend zu erheblichen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungssysteme.

4.5 Qualifikationsniveau

Beschäftigte in der Altenpflege weisen ein allgemein gutes Qualifikationsniveau auf. 60,2 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung (gegenüber 54,3 Prozent in 2010), weitere 9,5 Prozent sogar über einen

⁵¹ Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

(Fach-)Hochschulabschluss (vgl. Tabelle 12).⁵² Allerdings gilt auch knapp jede/r zehnte Beschäftigte in diesem Bereich als „gering Qualifizierte/r“, da bei ihnen keine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf vorhanden ist.⁵³

Der hohe Anteil an Beschäftigten mit Berufsabschluss erweist sich im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt als leicht überdurchschnittlich (57,6 Prozent haben eine abgeschlossene Berufsausbildung). Allerdings liegt im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen der Anteil der „hoch Qualifizierten“ [mit (Fach-)Hochschulabschluss] fast doppelt so hoch wie in der Altenpflege, der Anteil der „gering Qualifizierten“ ist dort zudem leicht niedriger (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der Altenpflege Berlin, Stichtag: 30.09.2013

Wirtschaftsabteilungen	Beschäftigte insgesamt	ohne Berufsabschlus s	mit Berufsabschlus s	mit Hochschulabschluss	keine Angaben
Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt	185.225	15.840	106.778	33.601	29.006
Prozentuale Verteilung		8,6 %	57,6 %	18,1 %	15,7 %
Altenpflege gesamt	55.958	6.261	33.717	5.307	10.673
Prozentuale Verteilung		11,2 %	60,2 %	9,5 %	19,1 %
Davon Heime	31.767	3.844	20.956	3.430	3.537
Prozentuale Verteilung		12,1 %	66,0 %	10,8 %	11,1 %
Davon Soz. Betreuung von alten Menschen und Behinderten	24.191	2.417	12.761	1.877	7.136
Prozentuale Verteilung		10,0 %	52,7 %	7,8 %	29,5 %

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

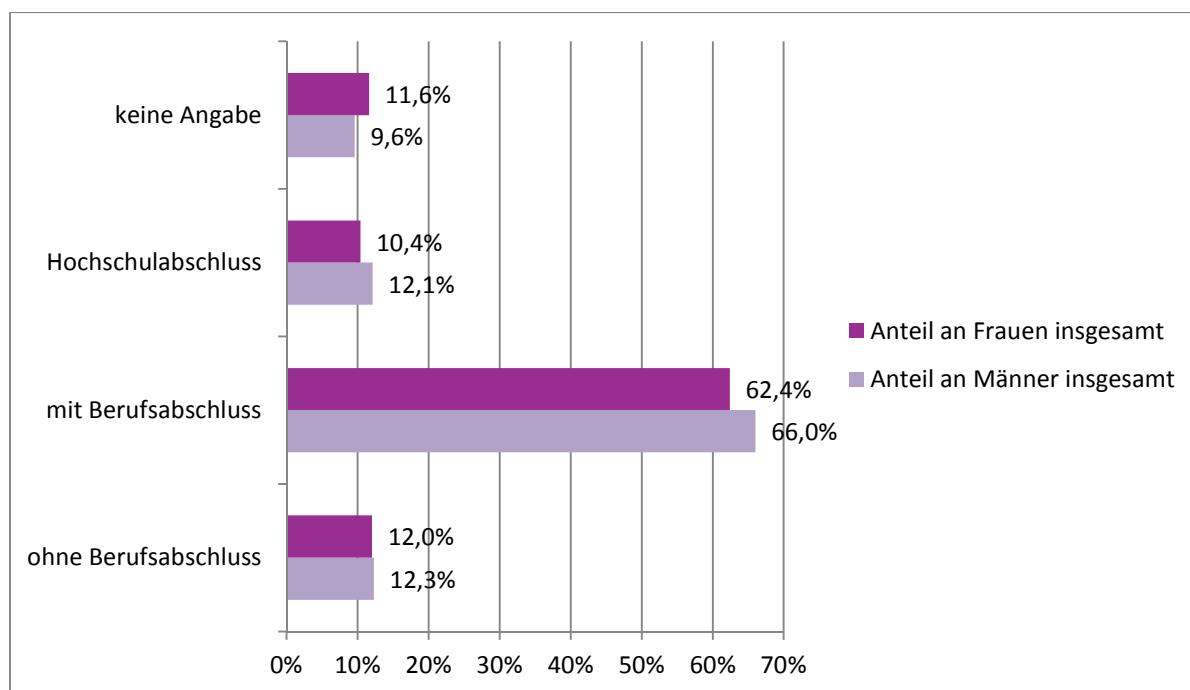
Betrachtet man die einzelnen Zweige der Altenpflege, zeigen sich auch innerhalb der Branche Unterschiede. So hat in den Heimen ein größerer Anteil an Beschäftigten einen Berufsabschluss sowie (Fach-)Hochschulabschluss als im Bereich „Soziale Betreuung von alten Menschen und Behinderten“. Gleichzeitig gibt es in den Heimen aber auch eine anteilig

⁵² Zu berücksichtigen bleibt allerdings, dass die Beschäftigten, die keine Angaben zur Qualifikation gemacht haben, eine relativ große Gruppe darstellen. Im Bereich „Altenpflege insgesamt“ haben 19 Prozent der Beschäftigten keine Angaben gemacht bzw. der Abschluss war unbekannt.

⁵³ Über einen erheblichen Anteil der Beschäftigten (19,0 Prozent) liegen keine Angaben zum Qualifikationsniveau vor, was bei der Betrachtung der Zahlen nicht außer Acht gelassen werden darf.

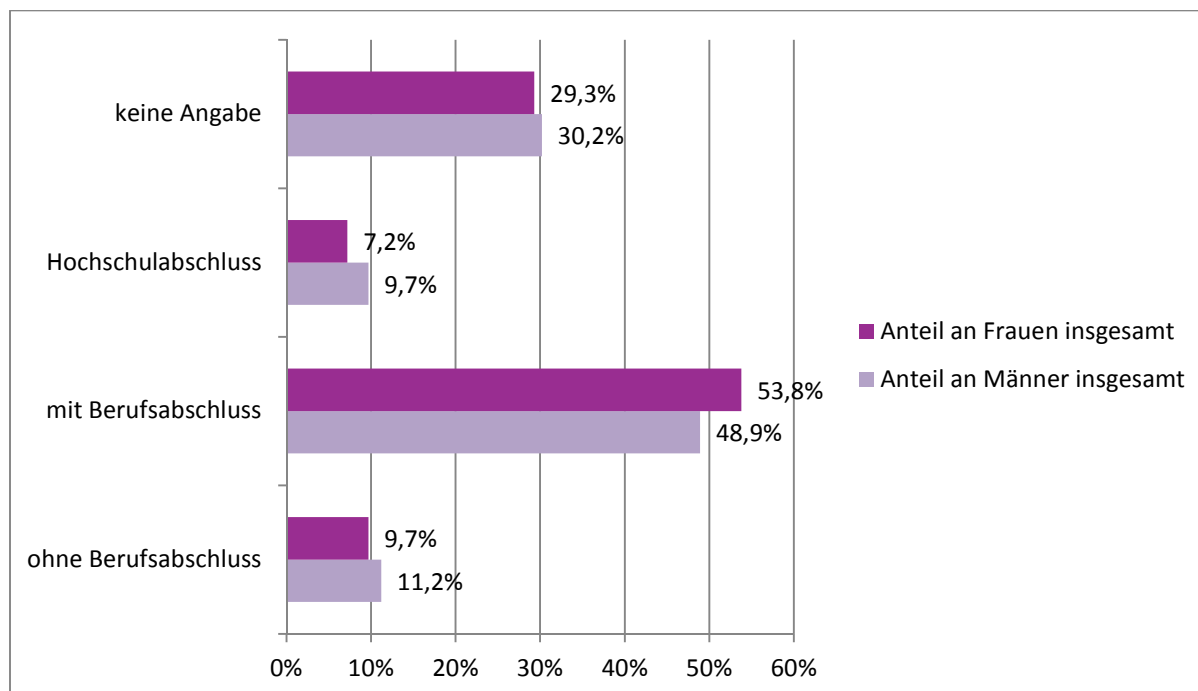
größere Gruppe an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung (vgl. Abbildung 4 und 5).

Abbildung 4: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich „Heime“ in Berlin nach Geschlecht, Stichtag: 30.09.2013



Grafik: Wert.Arbeit GmbH, Berlin, Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich „Soziale Betreuung von alten Menschen und Behinderten“ in Berlin nach Geschlecht, Stichtag: 30.09.2013



Grafik: Wert.Arbeit GmbH, Berlin, Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Diese Ergebnisse müssen unter Vorbehalt betrachtet werden, da von fast einem Drittel der Beschäftigten im Bereich „Soziale Betreuung von alten Menschen und Behinderten“ keine Angaben zur Qualifikation vorliegen. Es ist zu vermuten, dass sich hier bei besserer Datenlage die prozentuale Verteilung zwischen den unterschiedlichen Qualifikationsgruppen deutlich verändern würde. Allerdings muss auch angemerkt werden, dass gegenüber 2010 der Anteil derjenigen, die keine Angabe gemacht haben, bereits um ein Viertel zurückgegangen ist. Über die einzelnen Zweige der Altenpflege hinweg ist der Rückgang in der Spalte „keine Angabe“ vermutlich mit verantwortlich dafür, dass sich die Anteile der Beschäftigten mit Berufsabschlüssen gegenüber 2010 deutlich verbessert haben (im Schnitt um 7,0 Prozent), bei den weiblichen wie bei den männlichen Beschäftigten.

Mit Blick in die Zukunft lassen sich langfristig zwei Tendenzen bezüglich der Qualifikationsstruktur feststellen: Einerseits steigt durch die Akademisierung der Pflege der Anteil von professionellen Pflegekräften mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Andererseits gibt es zunehmend geringqualifizierte Arbeitskräfte, die auf der Grundlage des Pflegebasisscheins/ der Pflegebasisqualifikation in der Pflege beschäftigt sind. Zukünftig ist somit von einer Vergrößerung des Abstands der Qualifikationsniveaus von Beschäftigten in der Altenpflege auszugehen.

Akademisierung der Pflege beschreibt den Prozess der Verlagerung bzw. Einführung von Erstausbildung in der Pflege an Fachhochschulen und Universitäten. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass alle Pflegenden ihre Berufsausbildung an einer Hochschule absolvieren oder dort ablegen. Laut dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) würde es ca. 100 Jahre dauern, bis eine zehnprozentige Durchdringung von Pflegeakademikerinnen und Pflegeakademikern im Berufsstand bestände, unter der Annahme einer gleichbleibenden Anzahl von Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen. Zur Akademisierung siehe auch Kapitel 5.5.4.

Der Pflegebasiskurs bzw. die Basisqualifikation Pflege ist eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme von ca. 200 Unterrichtsstunden. Es gibt keine einheitlichen Richtlinien für berufliche Qualifizierungsmaßnahmen in der Pflege. Absolventinnen und Absolventen können im Anschluss zwar in der Pflege arbeiten, werden aber als ungelernte Kräfte tätig. Die Einführung einer 1,5-jährigen Pflegehilfeausbildung in Berlin wird derzeit geplant.

4.6 Ausbildungssituation

Insgesamt 1.435 Auszubildende zählte der Berliner Altenpflegebereich im September 2013. Rund 74,0 Prozent der Auszubildenden waren weiblich. 864 Auszubildende machen ihre Ausbildung in Pflegeheimen, die restlichen im Bereich „Soziale Betreuung alter Menschen und Behinderter“. Damit wurden im Jahr 2013 weniger als 20,0 Prozent aller Auszubildenden des Gesundheits- und Sozialwesens in Einrichtungen der Altenpflege ausgebildet. Zudem stellten sie nur 2,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Altenpflege dar.

Tabelle 13: Auszubildende in der Altenpflege in Berlin nach Geschlecht, Stichtag: 30.09.2013

Wirtschaftsabteilungen	Azubis insgesamt	Frauen (Anteil)	Männer (Anteil)
Gesundheits- und Sozialwesen	7.374	5.902 (80,0 %)	1.472 (20,0 %)
Altenpflege insgesamt	1.435	1.063 (74,1 %)	372 (25,9 %)
Davon Heime	864	605 (70,0 %)	259 (30,0 %)
Davon soziale Betreuung alter Menschen und Behinderter	571	458 (80,2 %)	113 (19,8 %)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (April 2014); eigene Berechnungen.

Dies sind extrem geringe Zahlen, berücksichtigt man nicht nur den bestehenden Fachkräftemangel, sondern auch die demografische Struktur der Branche.⁵⁴ Bundesweite Erhebungen zur Ausbildung in der Altenpflege zeigen eine Abnahme der Altenpflege-Auszubildenden seit 2003, in den vergangenen Jahren stiegen die Zahlen jedoch wieder leicht an. Im Schuljahr 2011/2012 befanden sich bundesweit knapp 56.000 Schülerinnen und Schüler in einer Ausbildung zur Altenpflege.⁵⁵

Die für junge Menschen sinkende Attraktivität einer Beschäftigung im Altenpflegebereich – trotz krisensicherer Berufsaussichten – wird vielfach auf das „schlechte Image“ der Pflege zurückgeführt.⁵⁶ Die abnehmende Attraktivität des Berufsfeldes gerät dabei mehr und mehr in Gegensatz zu den zunehmenden Erwartungen an die Professionalität und den Bedarfen. Das schlechte Image wird zum Hemmschuh für vielversprechende Wachstumschancen und führt unter dem Blickwinkel des gesellschaftlichen Strukturwandels zu einem deutlichen Engpass. Eine weiter zunehmende Verschärfung der Fachkräftesituation ist ein wahrscheinliches Szenario. Hier ist dringender Handlungsbedarf angezeigt.

4.7 Prekäre Beschäftigungstrends

Neben geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen, die aufgrund ihrer negativen Auswirkungen auf Einkommen und (langfristige) soziale Absicherung der Beschäftigten als prekäre Arbeitsform zu bezeichnen sind, gibt es weitere Formen prekärer Beschäftigung, auf die in diesem Kontext der Blick gerichtet werden soll. Dies betrifft die Arbeit ausländischer entsandter Beschäftigter, die im Bereich der häuslichen Pflege tätig sind sowie von Beschäftigungsverhältnissen auf Leiharbeitsbasis, die vor allem in stationären Pflegeeinrichtungen vermehrt auftreten.

4.7.1 Arbeitnehmerfreizügigkeit und ihre Auswirkungen auf häusliche Pflege

Der Beitritt der sogenannten MOE-Staaten (Mittel- und Osteuropäischen Staaten) in die EU in den Jahren 2004⁵⁷ und 2007⁵⁸ bedeutete für deren Bürgerinnen und Bürger nicht automatisch, dass sie in Deutschland einer Beschäftigung nachgehen können. Aufgrund einer speziell für Deutschland eingeführten Übergangsregelung waren sie in den ersten sieben Jahren nach dem Beitritt, somit bis in das Jahr 2011 bzw. Anfang 2014, in ihrer sogenannten Arbeitnehmerfreizügigkeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt eingeschränkt. Die Aufnahme einer abhängigen unmittelbaren Beschäftigung, d.h. ein Arbeitsverhältnis mit deutschen Arbeitgebern, war den Mittel- und Osteuropäerinnen und -europäern grundsätzlich nur mit einer Arbeitsgenehmigung der Bundesagentur für Arbeit möglich. Diese Genehmigung wurde für jegliche Formen von Pflege- und Betreuungsarbeit im Haushalt sowie für haushälterische Arbeiten so gut wie nie erteilt.

⁵⁴ Vgl. hierzu Kapitel 4.2.

⁵⁵ Statistisches Bundesamt (2011/2012), S. 14.

⁵⁶ Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 5.

⁵⁷ Dazu zählen: Polen, Ungarn, Tschechien, Slowenien, Estland, Lettland, Litauen und die Slowakei.

⁵⁸ Dazu zählen: Rumänien und Bulgarien.

Während der Zugang zu einer unmittelbaren Beschäftigung in Deutschland für mittel- und osteuropäische Pflegekräfte, Betreuerinnen und Haushälterinnen starken Einschränkungen unterlag, war es den Unternehmen aus diesen Ländern seit dem EU-Beitritt grundsätzlich möglich, ihre Dienstleistungen in Deutschland anzubieten. So konnte ein Unternehmen, etwa aus Polen oder Rumänien, mit Privathaushalten Verträge über die Erbringung von Pfl egetätigkeiten und haushaltsbezogenen Dienstleistungen abschließen und seine eigenen Beschäftigten zur Ausführung dieser Arbeiten entsenden.

Zwar sind zum 1. Mai 2011 die Schranken für die Direkteinstellung von Beschäftigten aus Polen, Tschechien, der Slowakei, Lettland, Litauen, Estland und Ungarn in Deutschland weggefallen, und seit dem 1. Januar 2014 sind nun auch Bulgaren und Rumänen auf dem deutschen Arbeitsmarkt gleichberechtigt, dennoch hat sich aufgrund der bisherigen Entwicklungen das Modell der Entsendung von ausländischen Pflege- und Betreuungskräften durch ausländische Unternehmen fest etabliert. Die wenigsten Angehörigen kommen auf den Gedanken, eine ausländische Pflege- oder Betreuungskraft direkt im Haushalt einzustellen.

Diese Entwicklung wird sowohl aus Sicht der ausländischen Beschäftigten als auch der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen als problematisch eingeschätzt – nicht ohne Grund. In der Vergangenheit sind immer wieder Fälle von menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen „entsandter Beschäftigter“ – dies der feststehende Begriff – bekannt geworden. In Berlin gibt es für die Fragen und Probleme entsandter Beschäftigter eine Beratungsstelle, die seit Mai 2010 existiert.⁵⁹ Das Beratungsangebot richtet sich nicht nur an entsandte Beschäftigte, sondern an alle ausländischen Beschäftigten, die vorübergehend in Berlin arbeiten, unabhängig von der Branchenzugehörigkeit. Sie ist zwar für Berlin zuständig, erhält aber Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet – gerade auch aus dem Bereich der Pflege. Ein weiteres Beratungsprojekt – Faire Mobilität des DGB-Bundesvorstands⁶⁰ – bietet in seinem Berliner Büro ebenfalls bundesweite Beratung für Beschäftigte in der Pflege.

Genaue Zahlen darüber, wie viele entsandte Pflegekräfte in Berlin tätig sind und welcher Nationalität sie angehören gibt es nicht. Diejenigen, die sich (aus dem gesamten Bundesgebiet) an die beiden Beratungsstellen wenden, kommen zu rund 90,0 Prozent aus Polen oder Rumänien. Kundinnen und Kunden in Deutschland sind hauptsächlich private Haushalte. Zeitarbeitsfirmen zeigen sich aber auch vermehrt interessiert an ausländischen Beschäftigten.

Die entsandten Pflegekräfte wohnen in der Regel mit im Haus des/der Pflegebedürftigen. Dadurch kommt es zu einer Verquickung zwischen dem Beruflichen und Privaten, was für Beschäftigte zahlreiche negative Folgen nach sich zieht. Die Tätigkeit einer Betreuungs- bzw. Pflegekraft wird durch die zu Pflegenden und deren Angehörige selten als deren Berufstätigkeit wahrgenommen. Es wird Zuwendung und Leistungsbereitschaft einer „Ersatztochter“ erwartet, wobei diese die daraus entstammenden Nachteile bzw. Einschränkungen zu tragen hat. Diese Erwartung spiegelt sich zunächst darin, dass in der Regel die Verantwortung für die Pflegeperson häufig rasch und weitgehend auf die Betreuerin übertragen wird. Häufig ist sie für die zu pflegende Person allein zuständig, die Erwartungen

⁵⁹ Die Beratungsstelle ist in Folge der Beteiligung des DGB an der Umsetzung der europäischen Dienstleistungsrichtlinie geschaffen worden. Sie basiert auf einem Kooperationsvertrag des DGB-Bezirks mit der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen und stellt einen Pedant zu dem „Einheitlichen Ansprechpartner“ Berlin dar.

⁶⁰ Im Rahmen des Beratungsprojektes, welches aus den Mitteln des BMAS finanziert wird, sind seit 2011 bundesweit mehrere Beratungsstellen entstanden, welche für die einzelnen Branchen als sog. Kompetenzzentren agieren.

an ihre pflegerische Leistungen gehen dabei über das Zumutbare und rechtlich Zulässige hinaus: Neben Aufgaben wie Ankleiden, „Gesellschaft leisten“, Unterstützung beim Essen, bei Körperhygiene und Mobilität, wechseln die – oft pflegerisch unqualifizierten – Migrantinnen Verbände und verabreichen Medikamente. Damit nehmen sie fachpflegerische Aufgaben wahr, ohne hierfür entsprechend qualifiziert zu sein. Die Gefahr der (pflege)fachlichen Überforderung und der daraus entstehenden Pflegefehler werden übersehen bzw. in Kauf genommen. Die zu leistenden Arbeiten überschreiten oftmals auch im Hinblick auf die Zahl der zu betreuenden Personen den vereinbarten Rahmen, z.B. dadurch, dass neben der Betreuung der pflegebedürftigen Person auch noch die von Kindern der Angehörigen verlangt wird. Hinzu kommen zahlreiche hauswirtschaftliche Aufgaben, deren Umfang je nach Bedarf des Haushalts beliebig gestaltet wird.

Die Erwartungen seitens der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sind somit von dem tatsächlich vorliegenden Pflegebedarf entkoppelt. In den seltensten Fällen sind die zu Betreuenden tatsächlich – beispielsweise aufgrund von Bettlägerigkeit oder starker Demenz – „Rund-um-die-Uhr“ betreuungsbedürftig. Obwohl im Normalfall keine Vollzeitbetreuung benötigt wird, erwarten die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine permanente Anwesenheit der Beschäftigten im Haushalt der Familie⁶¹. Dieser sogenannte Bereitschaftsdienst ist rechtlich als Arbeitszeit zu qualifizieren und als solche entsprechend zu vergüten. Anders als beim Pflegepersonal oder Krankenschwestern in Pflege-einrichtungen ist das jedoch in den Haushalten nie der Fall.

Angesichts dieser Erwartungshaltung verwundert es nicht, dass die Pflegekräfte regelmäßig davon berichten, keine freie Verfügbarkeit über ihre verbleibende Freizeit zu haben, bis hin zum ausdrücklichen, teilweise sogar im Arbeitsvertrag verankerten Verbot, das Haus zu verlassen. In einer Konstellation, in der die Grenze zwischen Arbeitszeit und Freizeit verschwimmt, werden feste Arbeitszeiten ebenso wenig eingehalten wie die nächtlichen Ruhezeiten oder Ruhepausen während der Arbeit. Demzufolge arbeiten viele der Beschäftigten, die sich an die beiden Beratungsstellen in Berlin wenden, 14-17 Stunden täglich und das an sieben Tagen in der Woche.

Infolge dieser Einschränkungen haben die ausländischen Betreuungskräfte in den Haushalten kaum die Möglichkeit, soziale Kontakte in Deutschland aufzubauen und zu pflegen. Neben den fehlenden Sozialbeziehungen sind auch die mangelnden Sprachkenntnisse ein Grund dafür, dass sich die entsandten Pflegekräfte selten mit ihren Problemen an Dritte wenden. Zwar seien die Kenntnisse ausreichend für die „Grundkommunikation“ mit den zu Pflegenden sowie deren Angehörigen, so die Erfahrungen der Beratungsstelle für entsandte Beschäftigte, aber mit Problemen an die Öffentlichkeit zu gehen oder an Beschwerdestellen heranzutreten ist für die entsandten Pflegekräfte oftmals schwierig.

Da der Arbeitsplatz im Privathaushalt weitestgehend der öffentlichen Kontrolle entzogen bleibt, gibt es kaum Möglichkeiten einer Qualitätskontrolle und kaum wirksame Mittel, um die bestehenden Missstände zu beseitigen.⁶²

⁶¹ ver.di (2014), S. 22.

⁶² Vgl. ver.di (2014), S. 13.

Auch die vertraglichen Regelungen, auf deren Basis die entsandten Beschäftigten in deutsche Privathaushalte kommen, erschwert das Erstreiten von Rechten. Die Anstellung in Privathaushalten erfolgt meist über ein kompliziertes Vermittlungssystem aus Agenturen in Deutschland sowie dem jeweiligen Herkunftsland der entsandten Pflegekräfte.

Dem Einsatz einer ausländischen Pflegekraft im deutschen Haushalt sind folgende Schritte vorgeschaltet: Die Angehörigen einer pflegebedürftigen Person wenden sich an eine Pflegevermittlungsagentur mit Sitz in Deutschland und schließen mit ihr einen Vertrag über die Vermittlung einer Betreuungskraft ab. Anschließend wendet sich die deutsche Pflegevermittlungsagentur an ihren ausländischen Kooperationspartner – in der Regel eine Vermittlungsagentur ohne eigene Geschäftstätigkeit in der Pflegebranche – welche die Betreuungskraft rekrutiert und sie „unter Vertrag nimmt“. Danach schließt der deutsche Kunde – unterstützt durch die Vermittlungsagentur vor Ort – einen Dienstleistungsvertrag über die Erbringung von pflegerischen und/ oder häuslichen Leistungen mit dem polnischen Unternehmen, welches die Betreuerin dann zur Verfügung stellt. Die Endkunden sind durch dieses Regelwerk also keine direkten Arbeitgeberinnen/ Arbeitgeber, sondern Bezieherinnen und Bezieher von Dienstleistungen; haben somit augenscheinlich erst mal keine Verantwortung als Arbeitgeberin/ Arbeitgeber.

Die vereinbarte Dienstleistungsvergütung zahlen die deutschen Kundinnen und Kunden an das polnische Unternehmen. Abhängig von Anforderungen der zu betreuenden Person sowie den sprachlichen und fachlichen Kompetenzen der Betreuungskraft beträgt diese zwischen 1.800 und 2.400 Euro im Monat. Da die in Deutschland ansässige Vermittlungsagentur weder an dem Dienstleistungsvertrag formal beteiligt ist noch als Partei des Vertrages mit der Betreuungs- bzw. Pflegekraft auftritt, hält sie sich formal aus jeglicher Verantwortung für die Probleme zwischen der Pflegekraft und der Endkundin/ dem Endkunden heraus. Sie kann weder von der Pflegekraft auf Zahlung des Lohnes verklagt werden, noch haftet sie gegenüber der deutschen Familie für eventuelle Fehler der Betreuerin. Dennoch berechnen die deutschen Vermittlungsagenturen für die Betreuung der Kundinnen und Kunden während der vermittelten Beschäftigung in der Regel eine jährliche Pauschale von 850 – 1.000 Euro im Jahr – eine rechtliche Verantwortung entsteht dadurch jedoch nicht.

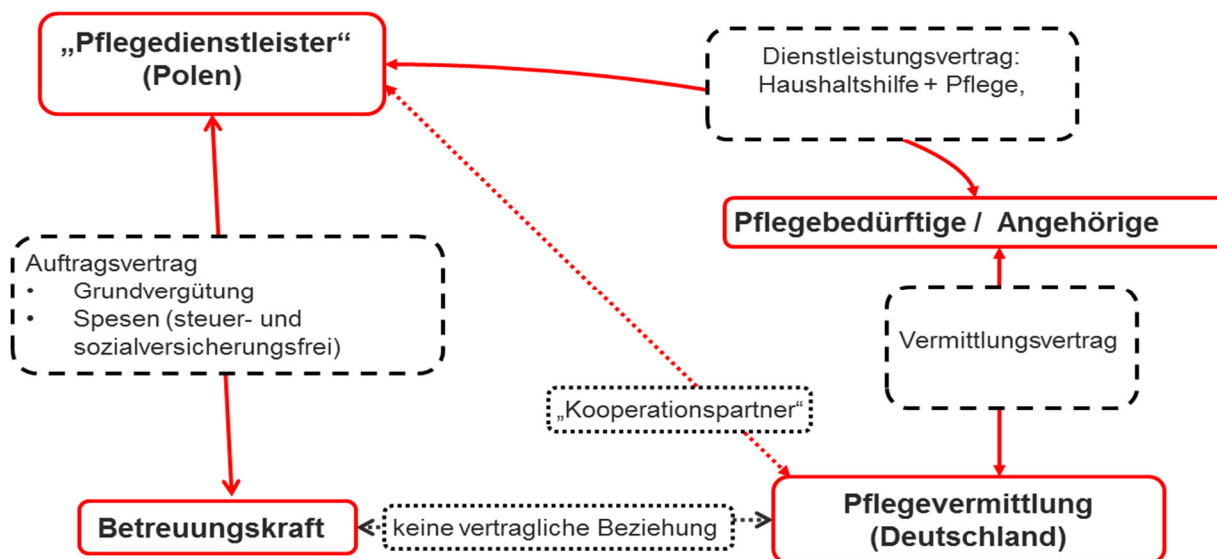
Betrachtet man wiederum genauer das Beschäftigungsverhältnis der Pflegekraft, so wird schnell deutlich, dass es sich hier keineswegs um eine entsandte Beschäftigte in dem herkömmlichen Sinne handelt: Sie ist keine Arbeitnehmerin des sie entsendenden Unternehmens, sondern dessen Auftragnehmerin. Aus Sicht des deutschen Rechts handelt es sich hier zwar um Arbeitsverhältnisse unter dem Deckmantel der Selbständigkeit. Anders sieht es jedoch in den jeweiligen Mitgliedstaaten aus: In Polen entziehen sich diese sogenannten Auftragsverträge der klassischen Zweiteilung zwischen abhängiger Beschäftigung und Selbständigkeit, sie werden durch die Politik als Mittel zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit gefeiert und durch die Rechtsprechung im zunehmenden Umfang zugelassen. Im Volksmund gelten die Auftragsverträge zu Recht als „Müllverträge“: Die Auftragnehmerinnen arbeiten ohne jegliche wirtschaftliche Eigenverantwortung und sind an eine Auftraggeberin/ einen Auftraggeber gebunden, unterliegen jedoch – hinsichtlich der Arbeitszeit, der Vergütung oder des Kündigungsschutzes – nicht den Schranken des Arbeitsrechts. Nachteile und Risiken, welche für die Beschäftigte dadurch entstehen, werden von diesen – nicht zuletzt mangels Alternativen – in Kauf genommen.

Die zwischen dem polnischen Auftraggeber und der Betreuungskraft als Auftragnehmerin vereinbarte Vergütung wird in der Regel in zwei Teile aufgespalten. Ein geringfügiger Teil, nicht höher als 390 – 400 Euro/ Monat gilt als sozialversicherungs- und steuerpflichtige

„Grundvergütung“. Für den Fall einer Dienstreise ins Ausland (deren Dauer sich faktisch mit der Dauer der Beschäftigung deckt) wird zudem eine „Dienstreisepauschale“ in Tagessätzen vereinbart, die ca. 700 Euro/ Monat beträgt und als Spesen weder der Steuer- noch der Sozialversicherungspflicht unterliegt. So kommt die Pflegekraft auf eine Nettovergütung von ca. 1.000 Euro/ Monat bei minimalen Lohn- und Sozialabgabenbelastungen – die hohe Gewinnspanne für die Vermittler liegt damit auf der Hand.

Abbildung 6: Das Vermittlungssystem in der häuslichen Pflege

Grafisch lässt sich die Vermittlungsstruktur wie folgt darstellen:



Grafik: M. Böning

Dass diese Vertragskonstruktion Probleme für die Beschäftigten mit sich bringt, ist offensichtlich. So gibt es etwa auf deutscher Seite offiziell keine/-n Zuständige/-n bei Fragen und Problemen. Die zuständige polnische Agentur ist in den meisten Fällen nur eine Briefkastenfirma und somit auch nur ein scheinbar verlässlicher Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Die entsandten Beschäftigten könnten zwar ihre Rechte einklagen – sowohl in Deutschland als auch in Polen. Allerdings ist dies aus verschiedenen Gründen, wie etwa fehlender Beweislage, Unwissenheit der polnischen Behörden über bestehendes EU-Recht oder deutsche Mindestlohnbestimmungen oder aber der Scheu der entsandten Beschäftigten, Klage zu erheben, schwierig.

Auf Basis dieser Darstellungen lassen sich die von den Gewerkschaften bereits seit langem geäußerten Befürchtungen eines neuen „Dienstmädchenwesens“⁶³ mit schlechten Arbeitsbedingungen und schlechter Bezahlung nicht von der Hand weisen. Das sich hieraus auch Einbußen bezüglich der Betreuungsqualität ergeben, scheint zu befürchten, muss aber noch eingehend geprüft werden. Das Problem fehlender Qualitätskontrollen – sowohl was die Arbeitsbedingungen als auch die Qualifikationen der in Privathaushalten eingesetzten entsandten Beschäftigten betrifft – scheint aber offensichtlich.⁶⁴

⁶³ Vgl. ebd., S. 26.

⁶⁴ Ebd.

Ein weiteres sowie lange bekanntes Problem stellt die illegale Beschäftigung von Pflegekräften im häuslichen Bereich dar. Es ist völlig unklar, wie viele mittel- und osteuropäische Pflegekräfte ohne jegliche vertragliche Absicherung in deutschen Haushalten, so zu sagen „schwarz“, arbeiten. Inoffizielle Schätzungen gehen insgesamt von 115.000 bis 300.000 mittel- und osteuropäischen Pflegekräften in Deutschland aus. Diese Beschäftigungsverhältnisse werden jedoch nirgendwo erfasst. Damit ist eine Aussage darüber, wie viele Personen auf der Grundlage eines schriftlichen Vertrages mit einem ausländischen Unternehmen und wie viele aufgrund einer mündlichen Absprache mit der zu pflegenden Person bzw. deren Angehörigen ihre Arbeit leisten, nicht möglich.

Insgesamt weist dieses stark verbreitete Angebot von illegalen oder quasilegalen Dienstleistungen im häuslichen Pflegebereich auf strukturelle Probleme im deutschen Pflegesystem hin: Zum einen lässt sich daraus schließen, dass die Nachfrage nach häuslicher Pflege nicht durch das momentane Angebot gedeckt werden kann, zum anderen wird hieraus das Problem der Finanzierbarkeit von (legaler) häuslicher Pflege deutlich, die für viele Familien einen finanziellen Luxus bzw. eine hohe Belastung darstellt, da sie nicht vollständig über die Pflegeversicherung abgedeckt ist.⁶⁵

4.7.2 Leiharbeit

Leiharbeit in Deutschland hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen – auch im Bereich der Pflege – wenn auch die absoluten Zahlen im Vergleich zu anderen Branchen der Wirtschaft gering sind. Zwischen 2005 und 2011 hat sich die Zahl der Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter in den Pflegeberufen um 400,0 Prozent erhöht.⁶⁶ Die steigenden Zahlen weisen auf die wachsende Personalknappheit im Pflegebereich hin. Entgegen des Geschlechterverhältnisses bei Leiharbeitsbeschäftigten in anderen Branchen, sind in der Pflege fast 80,0 Prozent der Leiharbeitskräfte weiblich.⁶⁷

Leiharbeit bringt viele (finanzielle) „Vorteile“ für die Einrichtungen, da ihr Einsatz eine schnelle Reaktion auf Änderungen im Personalbedarf ermöglicht. So können bei hoher Auslastung oder bei Personalengpässen aufgrund von Krankheit oder Ferienzeiten Leiharbeitskräfte schnell und flexibel angefordert und eingesetzt werden. Zudem lassen sich durch den Einsatz von Leiharbeitskräften Personalkosten reduzieren, da in Leiharbeitsfirmen in der Regel schlechtere Tarife als in den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegesektors selbst gelten. Billiger sind Leiharbeitnehmerinnen und -nehmer oftmals auch, weil sie nur für die tatsächlich geleistete Arbeit bezahlt werden müssen, nicht aber bei Krankheit oder wenn gerade kein Bedarf besteht.

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 10 f.

⁶⁶ Deutscher Bundestag (2013), Drucksache 17/12968, 02.04.2013.

⁶⁷ Vgl. Bräutigam (2010), S. 8.

Auch bei Sonderzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld gelten für Stamm- und Leiharbeitspersonal nicht dieselben Regeln. In Zusatzversorgungssysteme, wie der betrieblichen Altersvorsorge, sind sie nicht integriert. Für Einrichtungen, die die Auflage haben, beim Personal zu sparen, ist es zudem manchmal günstig, Leiharbeitskräfte einzusetzen, weil die Ausgaben dafür nicht unter Personalkosten verbucht werden.⁶⁸

Zunehmend ist auch der Trend zum Outsourcing des Stammpersonals oder neu eingestellter Pflegekräfte in hauseigene „Service GmbHs“ zu beobachten. Dies ermöglicht – gerade für bundesweit operierende Pflegeeinrichtungen – den standortflexiblen Einsatz des Personals.

Gründe für die Leiharbeit aus Sicht der Beschäftigten sind der schnelle Wiedereinstieg in den Beruf und das Sammeln von Erfahrungen.⁶⁹ Von Vorteil bewerteten so befragte Pflegekräfte, dass Leiharbeit auf einfache Weise ermögliche, nach längerer Arbeitslosigkeit (wieder) in den Beruf einzusteigen oder sich einen Überblick über die Arbeitsumstände in verschiedenen Einrichtungen zu verschaffen und auf Basis der gemachten Erfahrungen eine Arbeitgeberin/einen Arbeitgeber nach seinen Vorstellungen zu wählen. Zudem bewerben sich manche bewusst bei Zeitarbeitsfirmen, weil sie nur eine bestimmte Phase ohne Einkommen überbrücken wollen oder hoffen, dass sie ihre eigenen Flexibilitätswünsche als Leiharbeiterin und Leiharbeiter besser umsetzen können. Ob Letzteres tatsächlich funktioniert, wird allerdings infrage gestellt.⁷⁰

Insgesamt gesehen ist davon auszugehen, dass der Trend zum stärkeren Einsatz von Leiharbeit negative Auswirkungen auf die Arbeit in der Pflege hat – sowohl aus der Perspektive der Beschäftigten als auch der Patientinnen und Patienten. Die Attraktivität und Qualität der Arbeit leidet. Pflegekräfte müssen sich immer neu auf die Struktur- und Organisationsweise sowie die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten einstellen. Für diese birgt der Einsatz von Leiharbeiterinnen und -nehmern die Gefahr, dass die Versorgungs- und Betreuungsqualität aufgrund der Aufweichung fester Belegschaftsstrukturen und Teamkonstellationen sowie mangelnder Einarbeitung der Leiharbeitskräfte sinkt.

4.8 Prognostizierte Beschäftigungstrends und Zwischenfazit

Mit einem Beschäftigtenanteil von 30,0 Prozent und deutlichen Wachstumsraten ist die Altenpflege ein Kernbereich des Gesundheits- und Sozialwesens. In der Branche besteht eine hohe Entwicklungsdynamik, die gute Beschäftigungsprognosen nach sich zieht. Bereits in den letzten Jahren war allgemein ein Anstieg in der Nachfrage nach Altenpflegepersonal zu verzeichnen. Die Arbeitsmarktberichterstattung 02/2014 der Bundesagentur für Arbeit bestätigt diesen Trend. Ein Fachkräfteengpass wird für das gesamte Bundesgebiet – also auch für Berlin – festgestellt. Die Arbeitslosigkeit von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ist seit Jahren rückläufig, insbesondere die Nachfrage nach examinierten Fachkräften ist hoch.⁷¹ Betrachtet man die demografischen Rahmenbedingungen – Alterung der Gesellschaft wie auch der Beschäftigten im Altenpflegebereich – ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weiteres Beschäftigungswachstum in der Branche zu erwarten. Die Brandenburger *Fachkräftestudie*

⁶⁸ Vgl. Bräutigam u.a. (2010), S. 4 ff.

⁶⁹ Zeitarbeit in Pflegeberufen, In: Süddeutsche Zeitung, 17.12.2012.

⁷⁰ Vgl. Hans-Böckler-Stiftung (2010), S. 26.

⁷¹ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2014), S. 4, 8.

Pflege geht beispielsweise von einer Verdoppelung des Personalbedarfes bis 2030 aus. Dabei handelt es sich um Erweiterungsbedarfe. „Ersatzbedarfe infolge von Berufsaussteigern wurden in dieser Rechnung nicht berücksichtigt“.⁷²

Allerdings zeigen die aktuellen Ausbildungszahlen sowie der bereits seit längerer Zeit bestehende Fachkräftebedarf, dass gute Zukunftschancen ein Berufsfeld nicht automatisch für potenzielle Beschäftigte attraktiv machen. Viel entscheidender ist, ob die Ausgangs- und Rahmenbedingungen stimmen, damit die angebotenen Beschäftigungsverhältnisse von den (potenziellen) Beschäftigten als gut charakterisiert werden.

Die vorliegenden Zahlen sprechen in einigen Punkten dagegen: Dass dies der Fall ist, zeigt der Bereich Altenpflege. So herrscht hier – bei weiblichen wie männlichen Beschäftigten – eine überdurchschnittliche Teilzeitquote. Mehr als 12,0 Prozent aller Beschäftigten in der Branche – überwiegend weibliche Beschäftigte – arbeiten zudem auf Basis eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses. Der Anteil hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse wie Leiharbeit gewinnen an Bedeutung. Im häuslichen Bereich kommen immer öfter entsandte oder auch illegal Beschäftigte aus dem europäischen Ausland zum Einsatz. Unwürdige Arbeitsbedingungen sind bei diesen Arbeitsverhältnissen oftmals an der Tagesordnung, konterkarieren eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in der Branche und untergraben zusätzlich die Bemühungen um ein attraktives Berufsbild und seriöse Wettbewerbsbedingungen in der Altenpflege.

Wachstumschancen für Wertschöpfung und Beschäftigung in der Altenpflege werden damit vergeben. Fachkräftesicherung wird unter diesen Bedingungen auch in Zukunft nicht wirklich umsetzbar sein. Hier gilt es entscheidende Maßnahmen zur qualitativen Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen zu ergreifen.

⁷² MASF (2014), S. 15.

5. Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

In den vorangegangenen Kapiteln ist gezeigt worden, dass sich die Altenpflege sowohl in ökonomischer Hinsicht als auch mit Blick auf die quantitative Beschäftigung in Berlin positiv entwickelt hat – wenn auch nicht uneingeschränkt. Auch die Zukunftsprognosen fallen positiv aus. Der zu erwartende Wandel in der Gesellschaft begünstigt das weitere (Beschäftigungs- und Wirtschafts-)Wachstum im professionellen Pflegebereich. Aus dieser Perspektive könnte die Altenpflege ein Beruf mit hoher Attraktivität sein, allerdings sind die guten Erwartungen aufgrund der zum Teil prekären Beschäftigungsverhältnisse und der belastenden Arbeitsbedingungen zu relativieren. Das Bild der Altenpflege als „attraktives Beschäftigungsfeld mit Zukunft“ wird erheblich getrübt.

Im folgenden Kapitel werden die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege unter Aspekten wie Entlohnung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben sowie Wertschätzung des Berufszweigs dargestellt. Es sind Antworten auf folgende Fragen zu finden: Kann die Altenpflege für (junge) Menschen mit beruflichen Entwicklungswünschen oder für Beschäftigte mit privaten Betreuungsaufgaben attraktiv sein? Kann die Branche auf den demografischen Wandel „in den eigenen Reihen“ – also unter den Beschäftigten selbst – Antworten geben und hier Ausgangs- sowie Rahmenbedingungen für gute Arbeit ohne gesundheitliche Einschränkungen bis zum Eintreten in die Rentenphase bieten?

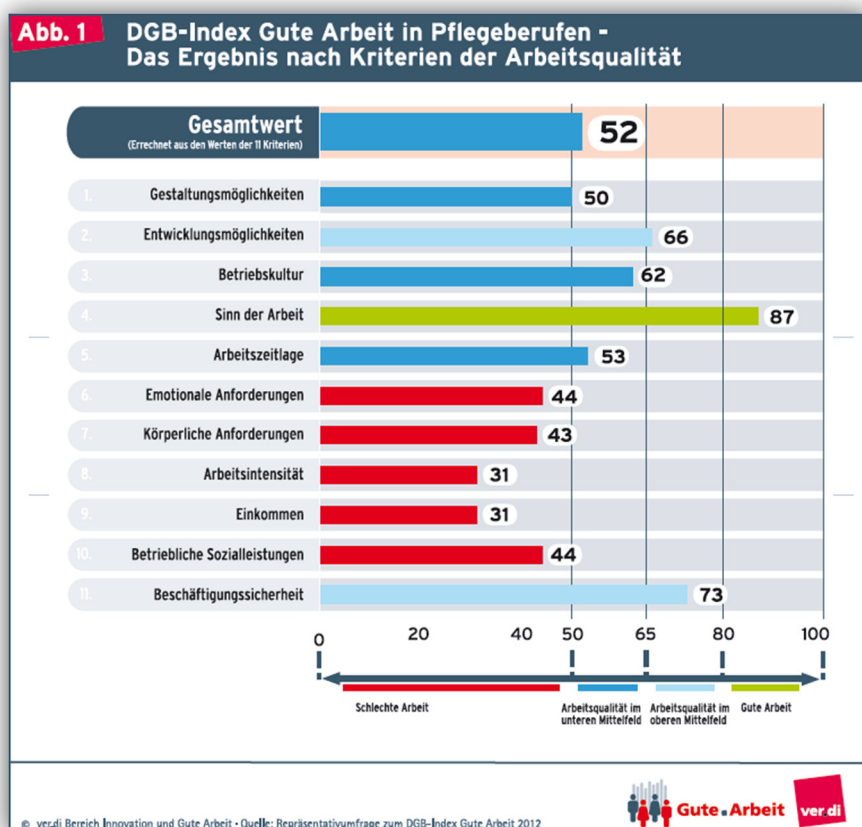
Schaut man auf die Ergebnisse der Repräsentativbefragung zum DGB Index „Gute Arbeit“ zu den Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen aus dem Jahr 2013, zeigt sich eher ein düsteres Bild. Laut den Ergebnissen der Befragung arbeiten Pflegekräfte „insgesamt unter Bedingungen, die nur knapp über der Grenze zu „schlechter Arbeit“ liegen.“⁷³

Besonders negativ werden die Einkommensbedingungen und die Arbeitsintensität bewertet. Im Bewertungsschema des DGB-Index „Gute Arbeit“ erhalten beide Indikatoren bei den Befragten nur 31 von 100 möglichen Punkten. Damit fällt die Bewertung eindeutig in den Bereich „schlechte Arbeit“. Hier finden sich alle Bewertungen wieder, die weniger als die Hälfte der möglichen Punktzahl erreichen (100 Punkte sind immer möglich).

Auch die Kriterien emotionale Anforderungen/ körperliche Anforderungen sowie betriebliche Sozialleistungen werden negativ bewertet. All diese Bereiche erhalten von den befragten Beschäftigten in der Pflege auf der Bewertungsskala weniger als 50 Punkte und fallen deshalb in den Bereich der „schlechten Arbeit“ (vgl. Abbildung 7). Was führt in den Pflegeberufen zu diesen – im Vergleich zu den Ergebnissen aus anderen Beschäftigungsbereichen – schlechten Befragungswerten? Und wie sieht die Situation speziell in Berlin aus? Statistische Daten wie Ergebnisse aus Workshops mit Beschäftigten in Berliner Pflegeeinrichtungen geben Aufschluss über diese Fragen.

⁷³ ver.di (2013), S. 4.

Abbildung 7: Sichtweisen und Einschätzungen der Beschäftigten in Pflegeberufen



Quelle: Arbeitsethos hoch – Arbeitshetze massiv – Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen – So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage zum DGB Index „Gute Arbeit“ (2012), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.

5.1 Entlohnung

Die professionelle Arbeit in der Altenpflege ist eine große Herausforderung, die von den allermeisten Beschäftigten mit großem Engagement erbracht wird. Doch in der Entlohnung schlägt sich dies laut der Umfrage zum DGB Index „Gute Arbeit“ offenbar nicht nieder. Nur 21,0 Prozent der Pflegerinnen und Pfleger geben an, ein leistungsgerechtes Einkommen zu beziehen.⁷⁴

Nach Auswertungen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg erhielten in Vollzeit Tätige im zweiten Quartal 2012 in Berliner Pflegeheimen einen Bruttostundenverdienst von 14,14 Euro. Hochgerechnet auf den Monatsverdienst⁷⁵ lagen die Einkünfte in Altenpflegeheimen bei rund 2.260 Euro brutto im Monat. Weibliche Beschäftigte verdienten im Schnitt etwas weniger als männliche Beschäftigte (vgl. Tabelle 14).

⁷⁴ Ebd., S. 7.

⁷⁵ Hier wurde zur Berechnung eine Monatsstundenzahl von 160 Stunden zu Grunde gelegt.

Tabelle 14: Durchschnittlicher Bruttostundenverdienst Vollzeitbeschäftigter in Pflegeheimen in Berlin, 2. Quartal 2012

Pflegeheime	
Insgesamt	14,14 Euro (monatlich: 2.262,40 Euro)
Frauen	14,13 Euro
Männer	14,23 Euro

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Viertjährliche Verdiensterhebung in Berlin, (2012).

Das Bild über die Einkommenssituation differenziert sich, wenn man nach unterschiedlichen Berufsabschlüssen unterscheidet und danach, ob – und wenn ja welche – tarifvertragliche Bindung besteht. Nach Angaben von ver.di verdienen Pflegefachkräfte, die in einer durch die öffentliche Hand geführten Einrichtung tätig sind und nach Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) entlohnt werden, durchschnittlich 2.500 Euro brutto im Monat. Bei Unternehmen ohne Tarifbindung schwanken die Einkommen – sie beginnen je nach Träger und Berufserfahrung der Pflegefachkraft zwischen 1.750 und 2.400 Euro brutto. Allerdings werden zunehmend bei Neueinstellungen mindestens 1.900 bis 2.100 Euro Entlohnung angeboten, um überhaupt Chancen auf die Einstellung der Pflegefachkraft zu haben. Pflegedienstleitungen erhalten etwa 3.000 Euro brutto aufwärts.

Deutlich schlechter gestaltet sich die Verdienstsituation für Pflegehilfskräfte. In Einrichtungen privater Träger ohne tarifvertragliche Bindung verdienen sie durchschnittlich gerade einmal 1.500 Euro im Monat. Dies entspricht dem für die Branche geltenden Mindeststundenlohn von 9,00 Euro. In Einrichtungen, die dem TVöD unterliegen verdienen sie hingegen – genau wie Pflegefachkräfte – deutlich mehr.

Der Mindestlohn in der Pflege ist geregelt über die Pflegearbeitsbedingungsverordnung. Diese gilt für Beschäftigte in der Pflege, die vorwiegend in der Grundpflege tätig sind, seit dem 01.07.2013. Es wurde ein Mindestentgelt von 9,00 Euro/brutto im Westen und 8,00 Euro/brutto im Osten die Stunde festgelegt. Diese Festsetzung der Lohnuntergrenze hat bis Ende 2014 Bestand. Am 04. September 2014 hat sich die Pflegekommission auf höhere Mindestlöhne in der Pflegebranche ab 2015 geeinigt. Im Westen steigt der Mindestlohn ab dem 01.01.2015 demnach auf 9,40 Euro/brutto pro Stunde, bis 2017 schrittweise auf 10,20 Euro/brutto. Im Osten werden ab dem 01. 01. 2015 zunächst 8,65 Euro/brutto pro Stunde gezahlt, bis 2017 erfolgt ebenfalls eine schrittweise Anhebung auf dann 9,50 Euro/brutto in der Stunde.⁷⁶ In den Verhandlungen hatte ver.di für die anspruchsvolle Pflegetätigkeit einen Mindestlohn von 12,50 Euro gefordert, dies war jedoch innerhalb der Kommission nicht durchsetzbar.⁷⁷ Erfreulich ist allerdings, dass ab dem 01.10.2015 auch Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Betreuerinnen und Betreuer von Menschen mit dementiellen Erkrankungen sowie Assistenzkräfte in die Mindestlohnregelung einbezogen werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass – mit Blick auf die bestehenden Trägerstrukturen in der Altenpflege (vgl. Kapitel 2.3) – die Mehrheit der Beschäftigten nicht nach TVöD vergütet wird.

⁷⁶ BMAS 2014, Pressemitteilung Nr. 44, 05.09.2014.

⁷⁷ ver.di 2014, Pressemitteilung vom 27.02.2014, www.verdi.de/presse/pressemitteilungen.

Gerade der Bereich der ambulanten Pflege ist stark privatwirtschaftlich geprägt und aufgesplittet in viele Kleinunternehmen, die keiner Tarifbindung angehören. Hinzu kommt, dass nach Erfahrungen von ver.di Beschäftigte in der Altenpflege – ungeachtet guter Verhandlungspositionen – ihre Interessen trotz zunehmender Stellenangebote noch immer unzureichend einfordern. Eine Bewusstseinsänderung, dass Pflegefachkräfte zunehmend begehrt sind und daher höhere Anforderungen stellen können, findet nur langsam statt. Dies führt dazu, dass Einkommen generell niedriger sind und über die Berufsjahre hinweg nur geringe Steigerungen erfahren.⁷⁸

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut der Hans-Böckler-Stiftung hat von 2006 bis 2012 Einkommensdaten für Pflegeberufe erhoben und kommt unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger verdienen weniger als das Durchschnittseinkommen aller Pflegeberufe und rangieren damit am unteren Ende der Gehaltsskala.
- Mit steigender Betriebsgröße steigt auch das Gehalt. Die Einkommensspanne zwischen kleinen Betrieben und Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten beträgt mehr als 500 Euro brutto.
- Beschäftigte in tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen erhalten im Schnitt 19,0 Prozent mehr als ihre Kolleginnen und Kollegen in nicht tarifgebunden Betrieben.⁷⁹

Die steigende Nachfrage nach qualifiziertem Altenpflegepersonal schlägt sich offensichtlich noch nicht – wie anzunehmen wäre – in einer besseren Entlohnung nieder. Auch die Tatsache, dass nur ein geringer Teil der Pflegedienste von Tarifverträgen erfasst ist, ist für die Entlohnung der Beschäftigten eher von Nachteil.

5.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben

Pflege muss 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr geleistet werden. Dies stellt hohe zeitliche Ansprüche an die Beschäftigten. Hier sehen viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhebliche Erschwernisse. Und gerade für Beschäftigte mit privaten Betreuungs- und Versorgungsaufgaben für Kinder oder eigene zu pflegende Angehörige stellt sich die Arbeitszeitflexibilität als enorme Belastung dar.

Die Arbeit in der Altenpflege ist allgemein für den hohen Stundenumfang als auch für die hohen Erwartungen an die Flexibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekannt. Kurzfristige Schichtplanänderungen und „Rufen aus dem Frei“⁸⁰ sind jederzeit möglich, Urlaub kann nicht immer nach den Vorstellungen und Präferenzen der Beschäftigten genommen werden und freie Wochenenden werden zu einem kostbaren Gut. Zudem werden gesetzlich vorgeschriebene Ruhezeiten teilweise missachtet.⁸¹ Freizeit ist damit kaum planbar, Erholung kaum machbar.

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben ist deshalb ein wichtiges Thema. Zwar wird zunehmend ein Bewusstseinswandel

⁷⁸ Jäger (2011), S. 12.

⁷⁹ Bispinck/Dribbusch et al (2012), S. 3.

⁸⁰ Zusätzlicher und ungeplanter Dienst während der eigentlich vereinbarten Freizeit.

⁸¹ U.a. durch „Rufen aus dem Frei“.

erkennbar. Gesehen wird, dass neben guter Entlohnung auch die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben für Beschäftigte ausschlaggebend ist, einen bestimmten Beruf zu ergreifen oder eine Arbeitgeberin/ einen Arbeitgeber auszuwählen. Doch in der Praxis ist – auch aufgrund des bereits spürbaren Fachkräftemangels – eine balanceorientierte Personalpolitik und familienfreundliche Unternehmenskultur noch nicht ausreichend umgesetzt. Auch eine Zertifizierung als „familienfreundlicher Arbeitgeber“ oder als „Great Place to Work“⁸² ist eher Seltenheit, wird aber, wenn vorhanden, gezielt als Werbung für neue Fachkräfte eingesetzt. Insgesamt lässt sich aber konstatieren, dass eine Personalpolitik, die die Work-Life-Balance für die Beschäftigten unterstützt, in vielen Einrichtungen nicht ausreichend umgesetzt ist. Dies spiegelt sich u.a. in den geringen Zahlen der Rückkehrerinnen und Rückkehrer aus Elternschaft oder privaten Pflege Tätigkeiten in die stationäre Tätigkeit wider. Auch der Wechsel aus der Pflege in andere Arbeitsbereiche ist keine Seltenheit, wie das Statement einer ehemaligen Pflegefachkraft vermuten lässt:

„Ich selbst bin ganz bewusst raus aus der Altenpflege gegangen und in den Bereich Ergotherapie gewechselt, weil ich den Schichtdienst nicht mit meiner Familie in Einklang bringen konnte.“⁸³

Eine weitere Möglichkeit, trotz bestehender und bisher ungelöster zeitlich-organisatorischer Schwierigkeiten im Pflegeberuf zu bleiben, ist der Wechsel von Voll- in Teilzeit oder gar in ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis, wie die steigenden Zahlen in beiden Beschäftigungsbereichen zeigen (siehe Kapitel 4.3). Diese Option scheint teilweise von Pflegekräften gewählt zu werden – auch wenn eigentlich der Wunsch nach einem zeitlich umfangreicheren Beschäftigungsverhältnis besteht. Zugleich nutzen Einrichtungen Teilzeitbeschäftigung auch als Instrument der Flexibilisierung und bieten diese den Beschäftigten daher vermehrt an. In Berlin arbeiteten Ende September 2013 die Hälfte (50,1 Prozent) der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege in einem zeitlich reduzierten Arbeitsverhältnis (2010 waren es 42,5 Prozent). Dies waren rund 28.000 Beschäftigte.⁸⁴ Hinzu kamen nochmals 8.000 geringfügig Tätige. Befragungen in den alten Bundesländern ergaben, dass über 80,0 Prozent der Teilzeitkräfte oder geringfügig Beschäftigten den Pflegeberuf aus persönlichen, familiären oder sonstigen Gründen nicht in Vollzeit ausüben wollen.⁸⁵ Die problematische zeitliche Organisation ist hier sicher ein Auslöser, ebenso wie ein Mangel an Betreuungsmöglichkeiten zu sogenannten „Randzeiten“⁸⁶ wie auch an Wochenenden oder während der Ferienzeiten. Die von den Beschäftigten gewählte Form zur Kompensation der bestehenden Mängel – gerade die Ausübung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse – zieht für sie weitreichende finanzielle Folgen⁸⁷ nach sich.

Neue Formen der Arbeitszeitgestaltung und eine Balanceorientierte Dienstplangestaltung müssen verstärkt in den Blick genommen werden, um die Arbeitszufriedenheit der

⁸² Siehe hierzu auch: www.greatplacetowork.de/beste-arbeitgeber-gesundheit-soziales-2015 (Stand: Mai 2014).

⁸³ Aussage einer Betriebsratsvorsitzenden aus einer Berliner Altenpflegeeinrichtung auf dem Fachdialog „Pflege für die Pflegenden – Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben – passt dies auch in den Pflegeeinrichtungen zusammen?“, am 28.06.2011 in Berlin.

⁸⁴ Vgl. Kapitel 4.3.

⁸⁵ Enste (2011), S. 4.

⁸⁶ Vor 7 bzw. 8 Uhr morgens sowie nach 18 Uhr abends.

⁸⁷ In Bezug auf aktuelle Einkünfte wie auch zukünftige Rentenansprüche.

Beschäftigten zu erhöhen und den Beruf Altenpflege attraktiver zu machen. Immer mehr Pflegedienste sehen die Notwendigkeit bereits und versuchen, innovative Lösungen zu finden um die Anforderungen einer Pflegeeinrichtung mit den Bedürfnissen der Beschäftigten besser in Einklang zu bringen.

5.3 Arbeits- und Gesundheitsbelastungen

Die Arbeit mit und am Menschen ist generell keine einfache Tätigkeit. In der Altenpflege erfordert sie neben medizinischem und pflegerischem Fachwissen sowie Empathie für die zu Pflegenden auch die Fähigkeit, sich mit Krankheit und Tod auseinanderzusetzen und damit umgehen zu können. Mit dem zunehmenden Anteil Hochaltriger in den Pflegeheimen nimmt auch die Sterbebegleitung mehr Raum ein. Allgemein stellen die Arbeitsbedingungen hohe Anforderungen an die Beschäftigten, die sich nicht selten stark psychisch wie physisch belastet fühlen – teils stärker als andere Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen.

In Deutschland ist zudem die Relation von Patientin/ Patient zu Pflegekraft ungünstiger als in den meisten anderen EU-Staaten. Laut einer großen europäischen Vergleichsstudie liegt die durchschnittliche Pflegekraft-Patientinnen-/Patienten-Relation in den verglichenen Staaten bei 8. Während in Norwegen 1 Pflegeperson 5 Pflegebedürftige betreut, kommen in Deutschland und Spanien 13 Pflegebedürftige auf eine/n Pflegende/n.⁸⁸

Laut der bereits genannten Repräsentativbefragung zum DGB-Index „Gute Arbeit“ von ver.di aus dem Jahr 2012 liegt der Anteil der in der Pflege Beschäftigten, die „sehr häufig“ oder „oft“ körperlich schwer arbeiten müssen, unter den Pflegenden doppelt so hoch wie im Bundesschnitt für die Beschäftigten in allen Berufen. Gleiches gilt für das Kriterium Konflikte oder Streitigkeiten mit den zu Pflegenden. Und 59,0 Prozent der Befragten antworteten auf die Frage „Wie oft ist es in den letzten vier Wochen vorgekommen, dass Sie sich nach der Arbeit leer und ausgebrannt gefühlt haben?“ mit „sehr häufig“ (32,0 Prozent) oder „oft“ (27,0 Prozent).⁸⁹

Die Befragung aus dem Jahr 2012 bestätigt Ergebnisse aus dem DGB Index „Gute Arbeit“ aus dem Jahr 2009. Dort werden Belastungserscheinungen erfragt, die während oder unmittelbar nach der Arbeit auftreten. Beim Altenpflegepersonal sind dies am häufigsten Schmerzen im unteren Rücken, im Nacken- sowie Schulterbereich. Etwas mehr als 98,0 Prozent der Befragten gaben an, von derartigen Beschwerden betroffen zu sein. Knapp 94,0 Prozent gaben an, unter allgemeiner Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung zu leiden. Kopfschmerzen, Nervosität und Reizbarkeit sind ebenfalls Symptome, die bei mehr als 80,0 Prozent der Befragten als arbeitsbedingte Belastungserscheinung auftreten (vgl. Tabelle 16). Von anderen Berufsgruppen im Gesundheits-, Sozial- wie auch Erziehungswesen werden diese Symptome etwas seltener angegeben. Insgesamt weichen die Befragungsergebnisse des Altenpflegepersonals zum Teil deutlich von den Durchschnittswerten im Gesundheits- sowie Sozialwesen ab.

Die beschriebenen Belastungen wirken sich langfristig deutlich auf Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten aus. Dies zeigt sich auch an der Zahl der Krankheitstage im

⁸⁸ Vgl. RN4CAST Studie, Pressemeldung unter <http://blog.tagesanzeiger.ch/datenblog/index.php/4145/eine-pflegerin-kuemmert-sich-um-8-patienten>, 02.07.2014.

⁸⁹ ver.di (2013), S. 10.

Jahresdurchschnitt. Im Jahr 2012 lag der Durchschnitt aller Branchen pro Versichertenjahr bei 17,3 Arbeitsunfähigkeitstagen. Pflegekräfte kamen hingegen auf 25,0 AU-Tage.⁹⁰

Tabelle 15: Gesundheitliche Belastungen im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen insgesamt, Berufsgruppen und ausgewählte Berufe: Betroffenheit (Mehrfachantworten, Angaben in Prozent).

	Gesamt	Gesundheitsdienstberufe	Soziale Berufe	Lehrberufe	Krankenschwester/-pfleger	Erzieherinnen/Erzieher	Altenpflegerinnen/-pfleger
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	89,7	87,3	91,4	92,4	93,1	92,7	93,9
Schmerzen im unteren Rücken, im Nacken- und Schulterbereich	87,0	91,4	88,9	79,2	97,0	90,9	98,3
Kopfschmerzen	81,9	81,5	86,5	82,7	82,7	89,7	87,4
Nervosität oder Reizbarkeit	76,9	67,7	80,1	85,1	70,6	82,0	80,7
Niedergeschlagenheit	66,7	62,4	68,8	59,1	66,4	66,2	72,3
Nächtliche Schlafstörungen	62,7	61,3	66,9	62,1	68,8	64,5	70,2
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien	54,7	59,1	53,3	49,8	63,3	63,2	77,2
Schmerzen in den Beinen, Füßen, geschwollene Beine	54,4	59,1	53,3	43,0	67,2	53,2	76,4
Magen- und Verdauungsbeschwerden	49,4	44,9	54,3	49,8	52,2	54,4	55,8
Schmerzen in Armen und Händen	44,0	48,9	51,3	26,3	55,9	50,4	68,2

Quelle: Dathe, D. (2011), S. 17.

Bei Workshops mit Beschäftigten aus Berliner Pflegeeinrichtungen⁹¹ wurden die momentane Arbeitssituation sowie bestehende Belastungen thematisiert. Dabei stellte sich heraus, dass

⁹⁰ Wissenschaftliches Institut der AOK (2012), Pressemeldung, S. 10: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_fzr12_082012.pdf (13.06.2014).

⁹¹ Die Workshops wurden zwischen Dezember 2010 und April 2011 im Rahmen des Projekts „Gesellschaftliche Wertschätzung von Dienstleistungen steigern! Dienstleistungsqualität – Arbeitsqualität – Zeitinnovationen“ umgesetzt.

nicht nur die Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten als herausfordernd empfunden wird, sondern dass gerade Strukturen und Rahmenbedingungen, in denen die Beschäftigten agieren müssen, maßgeblich zu Belastungen führen. Bei der Analyse der bestehenden Belastungen wurde nach unterschiedlichen (Problem-)Bereichen differenziert. Neben Arbeitszeiten, Arbeitsabläufen und konkreten Arbeitstätigkeiten wurde nach möglichen Belastungen durch fehlende oder unzureichende Qualifizierungen gefragt. Auch das Betriebsklima sowie psychische und physische Belastungen allgemein wurden thematisiert.

Im Bereich der Arbeitszeit, Arbeitstätigkeit sowie der Gestaltung von Arbeitsabläufen ergeben sich für viele der Beschäftigten Probleme aufgrund einer stetig steigenden Arbeits- und Leistungsverdichtung. Diese ist bedingt durch steigende Kundinnen- und Kundenanforderungen (von Seiten der zu Pflegenden sowie deren Angehörigen), die Ausweitung von Aufgabengebieten (nicht nur Pflege, sondern zunehmend auch Dokumentation muss geleistet werden), aber auch aufgrund einer zu dünnen Personalbesetzung. Eine Beschäftigte in der Altenpflege beschreibt ihre Situation wie folgt:

„Der Arbeitsdruck ist immens, die Arbeit ist unheimlich verdichtet. Wir sollen patienten- und bedürfnisorientiert arbeiten, aber das ist mit dem heutigen Personalstand gar nicht schaffbar. Er müsste vervielfacht werden. Das was wir tun wollen für eine würdevolle und gute Versorgung, geht schlicht nicht, und es ist auch keine Hilfe in Sicht.“⁹²

Gerade dann, wenn Beschäftigte aufgrund von Krankheit ausfallen, ergeben sich zeitliche Belastungen durch zusätzlich anfallende Stunden für die übrigen Beschäftigten. „Rufen aus dem Frei“, kurzfristige Dienstplanänderungen bzw. notwendiger Dienstaustausch sind ein „regulär“ auftretendes Phänomen – erhalten aber durch Krankheitsfälle nochmals eine besondere Brisanz. Ruhe- und Erholungsphasen werden zwangsweise verkürzt.

Auch bei der Umsetzung von Arbeitsabläufen treten Probleme und Belastungen auf. So müssen bei fehlender bzw. unzureichender Personaldecke Arbeitsabläufe in anderer Form als geplant durchgeführt werden. Mehrfach wurde kritisiert, dass keine bzw. nicht ausreichend Zeit für Dienstübergaben zwischen den unterschiedlichen Teams eingeplant wird bzw. Übergaben insgesamt zu selten stattfinden. Die fehlende Information führt dann zu weiteren Unsicherheiten.

Diese strukturellen Probleme und Belastungen lösen Unzufriedenheit bei den Beschäftigten aus. Es wurde berichtet, dass das Gefühl entsteht, nicht allen Anforderungen gerecht werden zu können. Schuldgefühle treten in der Folge vor allem gegenüber den zu versorgenden Patientinnen und Patienten auf. Diese tragen Beschäftigte nicht nur in ihrem Arbeitsalltag mit sich herum, sondern „die Schuld geht mit nach Hause“ – so die Beschreibung von Teilnehmenden eines Workshops. All diese Beeinträchtigungen haben negativen Einfluss auf das Betriebsklima und das Zusammengehörigkeitsgefühl im Team.

5.3.1 Psychische Belastungen

Die Berufstätigkeit, insbesondere in der Altenpflege, ist eine sinnstiftende Tätigkeit, die wichtige psychosozial stabilisierende Funktionen hat, wie soziale Kontakte, Strukturierung des Alltags, Identitätsstiftung. Gleichzeitig kann der Arbeitsplatz Gesundheitsrisiken bergen und (Mit)Verursacher von Erkrankungen sein. Die Sorge vor steigenden psychischen Belastungen

⁹² Auf dem Fachdialog „Pflege für die Pflegenden – Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben – passt dies auch in den Pflegeeinrichtungen zusammen?“, am 28.06.2011 in Berlin.

„spiegeln sich in einer öffentlichen Debatte um den Schutz vor „Burnout“ oder Stress am Arbeitsplatz wider“.⁹³

Die Zahl psychischer Belastungen nimmt auch in der Altenpflege zu. Arbeitsverdichtung, ökonomische Zwänge und Zeitdruck führen dazu, dass sich Pflegekräfte erschöpft und ausgebrannt fühlen. Laut der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sind Pflegekräfte 62,0 Prozent häufiger wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig als andere Berufsgruppen.⁹⁴ Konfliktsituationen und Belastungen entstehen auch durch Interaktion mit den Pflegebedürftigen. Der tägliche Umgang mit Verwirrtheit, Krankheit und Tod sowie der Wechsel von emotionaler Nähe und professioneller Distanz erfordern eine starke emotionale Belastbarkeit. Ein sehr hohes Engagement ist in der Pflege weit verbreitet. Das kann dazu führen, dass sich Beschäftigte gedanklich nicht von ihrer Arbeit lösen können und schnell ausgebrannt sind.

Um das Ausmaß psychischer Belastungen in den Pflegediensten einschätzen zu können, sind diese im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen zu bewerten. Nach Angaben von ver.di werden Gefährdungsbeurteilungen in Pflegediensten, insbesondere zu psychischen Belastungen, noch nicht ausreichend durchgeführt.⁹⁵

Diese Einblicke in die Arbeitssituation von Pflegekräften verdeutlichen, wie facettenreich die Belastungsgründe und -erscheinungen sind. Nicht nur die Tätigkeit selbst, sondern auch die Rahmenbedingungen führen zu körperlichen wie auch vermehrt psychischen Belastungen. Umfassende Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zur Gesundheitsförderung sind deswegen essentiell, um Beschäftigte langfristig leistungsfähig zu halten und das Wohlbefinden in und mit dem Beruf als Altenpflegekraft zu sichern. Schließlich geht es auch darum, die Pfl egetätigkeit bis zum Rentenalter ausüben zu können. Doch laut Befragung gehen nur etwa 20,0 Prozent der Beschäftigten davon aus, bis zum Renteneintritt arbeitsfähig zu bleiben, 73,0 Prozent rechnen nicht damit.⁹⁶ Was aber kann der hohen Arbeitsbelastung entgegengesetzt werden? Die Befragten nannten vor allem drei Maßnahmen: Mehr Personal, mehr Zeit für die einzelnen Arbeitsvorgänge und mehr Einfluss auf die Arbeitsabläufe. Die Problematik der älter werdenden Belegschaft wird auch im neuen Masterplan *Gesundheitsregion Berlin Brandenburg* aufgegriffen: „Im Rahmen des thematischen Schwerpunkts ´Arbeitswelt gesund gestalten und erhalten´ sollten zudem Maßnahmen gefördert werden, die auf die wachsende Zahl älterer Arbeitnehmer abzielen, wie die Einrichtung altersgerechter Arbeitsplätze, Maßnahmen zur Vermeidung von Frühverrentungen und Wiedereingliederungsmanagement. Ein besonderer Fokus ist dabei auf im demografischen Wandel befindliche Berufsgruppen, wie etwa Pflegeberufe, zu legen.“⁹⁷

Zeit ist ein wesentlicher Aspekt der Arbeitsbedingungen in einer Branche, in der Schichtarbeit notwendig ist. Wechselnde Arbeitszeiten erfordern Flexibilität und können belastend sein, etwa wenn sie mit den Anforderungen von Familie/ Privatleben kollidieren. Eine innovative Dienstplangestaltung kann den Beschäftigten die Arbeit im Schichtsystem erleichtern und so einen Einfluss auf das Thema psychische Gesundheit haben.

⁹³ Berger/Schneller/Maier (Hrsg.) (2013), S. 89.

⁹⁴ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2012), S. 1.

⁹⁵ ver.di (2013), S. 12.

⁹⁶ Ebd., S. 14.

⁹⁷ Health Capital (2014), S. 38.

Ein weiterer Punkt, der maßgeblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Beschäftigten hat, ist der Aspekt der Wertschätzung – auf gesellschaftlicher sowie auf betrieblicher Ebene.

5.4 (Selbst-)Wertschätzung in und für die Altenpflege

Es gibt viele Möglichkeiten, Wertschätzung gegenüber einer Arbeitsleistung auszudrücken. Ein bestimmender und gut messbarer Faktor ist die Entlohnung für erbrachte Leistung. Hier sind deutliche Defizite zu erkennen, die auch immer wieder von Beschäftigten und (betrieblichen) Interessenvertretungen benannt werden und die in diesem Report bereits dargestellt wurden. Darüber hinaus sind Anerkennung und Respekt ebenfalls Messgrößen, die Wertschätzung ausdrücken. Diese muss sich für Beschäftigte im betrieblichen wie gesellschaftlichen Kontext zeigen, damit diese dann mit Empathie den Pflegebedürftigen begegnen können.

Die Beschäftigten in der Altenpflege haben eine sehr genaue Vorstellung davon, was Wertschätzung für sie in ihrem beruflichen Alltag bedeutet bzw. wo sich Schwachstellen im betrieblichen Alltag in Bezug auf Wertschätzung zeigen. Gefragt nach konkreten Punkten für eine „Agenda der Wertschätzung“, ergaben sich bei Workshops mit Beschäftigten in Berliner Pflegeeinrichtungen folgende elementare Bestandteile, die den hohen Stellenwert zwischenmenschlicher Beziehung für das Empfinden von Wertschätzung in der Altenpflege verdeutlichen:

1. **Gute Kommunikation:** Zwischen Beschäftigten und Führungskräften, unterschiedlichen Abteilungen und Arbeitsgruppen. Dieser Aspekt wird aufgrund der Taylorisierung der Arbeit als wichtig benannt, ist aber wegen des Trends zum Outsourcing oftmals erschwert bzw. gestört.
2. **Positives Betriebsklima:** Respekt und Vertrauen untereinander und zu Führungspersonen, Anerkennung der erbrachten Leistung durch regelmäßiges Lob, Offenheit für fachliche Fragen und Austausch, Identifikation mit dem Unternehmen. Gerade letzteres wird als schwierig in Einrichtungen erachtet, in denen Leiharbeit stark genutzt wird und dadurch oft Personalwechsel stattfinden.
3. **Eigene Handlungsspielräume:** Keine Zwangskontrolle, sondern Unterstützung, wenn Unterstützungsbedarf da ist, Mitbestimmungs- / Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Arbeitszeiten und -abläufe. Dass dies im betrieblichen Alltag umgesetzt werden kann, ist maßgeblich vom „Vertrauen der Leitungsebene“ abhängig.
4. **Vertrauen der Leitungsebene:** Um eigene Handlungsspielräume wahrnehmen bzw. haben zu können, ist das Vertrauen der Leitungsebenen gegenüber den Beschäftigten elementar und wird als positiver Einflussfaktor auf die Motivation der Beschäftigten und die Qualität der erbrachten Arbeit bewertet.

Wie diese Punkte belegen, erhält die Führungsebene in diesem Kontext besondere Bedeutung. Sie kann maßgeblich dazu beitragen, dass gegenseitiger Respekt, eine offene Kommunikationskultur sowie Mitbestimmungsmöglichkeiten und damit eigene Handlungsoptionen für die Beschäftigten bestehen. All diese Aspekte sind für die Beschäftigten essentielle Bausteine einer wertschätzenden Unternehmenskultur.

Darüber hinaus ist wichtig, dass die Selbstwertschätzung der Beschäftigten für die von ihnen erbrachten Leistungen gesteigert wird. Dies ist eng verbunden mit dem Aspekt der „Selbstpflege“. Beschäftigte in der Pflege sehen zwar einen hohen Sinngehalt sowie gesellschaftlichen Nutzen in ihrer Arbeit⁹⁸, die entsprechende gesellschaftliche Anerkennung ihrer Tätigkeit bleibt ihnen jedoch oft verwehrt. Ihre „Liebe zum Beruf“ bewirkt nicht, dass sich eine Art von „Arbeits- bzw. Produzentenstolz“ entwickelt. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Belastungen hingenommen werden und als negative Effekte zeigen sich dann die hohen Krankenstände. In betrieblichen Prozessen ist mit den Beschäftigten und mit den Führungskräften eine wertschätzende Unternehmenskultur zu entwickeln, die auf motivierte und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzielt. Denn dies ist grundlegend für die Qualität der Pflegedienstleistung.

5.5 Aus- und Weiterbildungssituation

Ebenso bedeutsam für die Qualität der Dienstleistung und die Gewinnung sowie Bindung der Fachkräfte ist die Aus- und Weiterbildung.

5.5.1 Ausbildungssituation

Bezüglich der Ausbildung in der Altenpflege finden derzeit zwei bildungspolitische Diskurse mit weitreichender Bedeutung statt, deren Auswirkungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht absehbar sind. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung sieht eine Ausbildungsreform in der Pflege vor.⁹⁹ Dabei sollen die drei bestehenden Pflegeberufe zu einem Berufsbild zusammengeführt werden. Ziel dieser geplanten Entwicklung ist es, den Pflegeberuf breit aufzustellen und durch Generalisierung – statt vorhandener Spezialisierung – weitergehende berufliche Perspektiven zu eröffnen und die Attraktivität des Berufes zu erhöhen. Die derzeitige Ausbildung zur Altenpflegerin/ zum Altenpfleger wird in der EU nicht anerkannt, da es diese spezielle Ausbildungsform nur in Deutschland gibt.¹⁰⁰ Eine Vereinheitlichung der Gesundheits- und Pflegeberufe wird durch die EU-Staaten angestrebt.

Innerhalb der EU fordert eine deutliche Mehrheit der Mitgliedsstaaten im Rahmen der Überarbeitung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG zudem eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege von der abgeschlossenen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung auf eine zwölfjährige allgemeine Schulbildung (Abitur) bzw. gleichwertige Lösungen.¹⁰¹ Laut EU-Kommission soll dies nur

⁹⁸ Vgl. ver.di (2012), S. 4.

⁹⁹ „Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren.“, Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD (2013), S. 60.

¹⁰⁰ Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung wird hingegen anerkannt.

¹⁰¹ Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland (2012), EU aktuell vom 18.01.2012.

Klinikkrankenpflegerinnen und -pfleger betreffen. Betrachtet man allerdings die erwähnte Diskussion um die Generalisierung der Pflegeausbildung, könnte dies zukünftig auch auf die – dann spezialisierte – Altenpflege zutreffen. Daher ist es zu begrüßen, dass der Vorschlag nicht ausschließlich das Abitur als Zugangsvoraussetzung meint, sondern auch gleichwertige Lösungen anerkennt.¹⁰² Das Bundesministerium für Gesundheit plädiert, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels, für die Beibehaltung der bestehenden Zugangsvoraussetzungen mit einer zehnjährigen allgemeinen Schulbildung.¹⁰³ Etwaige erhöhte Zugangsvoraussetzungen würden den Personenkreis für eine Altenpflegeausbildung vermutlich erheblich einschränken.

Auswirkungen der Einführung und der Umsetzung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) auf die Altenpflegeausbildung sind auch zu erwarten. Der DQR soll es ermöglichen, erworbene Kompetenzen aus Schule, beruflicher Bildung, Hochschul- und Weiterbildung zu erfassen und in einer achsstufigen Matrix¹⁰⁴ einzuordnen – umfassend und bildungsbereichsübergreifend. Zukünftig sollen auch informelle Lernkompetenzen berücksichtigt werden.

Die Entwicklung des DQR ergibt sich aufgrund der Aktivitäten der Europäischen Union zur Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). Dieser hat das Ziel, die Durchlässigkeit der Europäischen Bildungssysteme zu verbessern und die Anerkennungspraxis von Bildungsabschlüssen in Europa zu vereinfachen. Der EQR sieht vor, alle Qualifikationen – vom Schulabschluss über Zeugnisse der beruflichen Aus- und Weiterbildung bis hin zu akademischen Abschlüssen – auf acht verschiedenen Niveaustufen einzuordnen. Zur Umsetzung des EQR auf nationaler Ebene hat die Bundesrepublik mit dem DQR ein nationales Kompetenzkonzept entwickelt.

Diese Kompetenzorientierung ist zu begrüßen und eröffnet Wege für diejenigen, die bereits Berufserfahrungen erworben haben.

Die bisherige Diskussion um die Einstufung der verschiedenen Ausbildungsberufe und schulischen Abschlüsse in Deutschland ergab, dass alle drei- und dreieinhalb jährigen Erstausbildungen der Niveaustufe vier im DQR zugeordnet werden.¹⁰⁵ Dies trifft damit auch auf die Altenpflege-Ausbildung zu und stimmt mit der Empfehlung der Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens überein, die Pflegeausbildungen auf der Stufe vier des DQR anzusiedeln. Offen ist noch, welchem DQR-Niveau die allgemeinen Bildungsabschlüsse – wie das Abitur – zugeordnet werden¹⁰⁶ und ob auf diesem Weg auch die Gleichwertigkeit von allgemeiner und beruflicher Bildung erzielt wird.

Ausbildungsfinanzierung

Der theoretische Teil der Ausbildung an den Altenpflegesschulen wird größtenteils über das Land finanziert, die Kosten für die praktische Ausbildung übernehmen die ausbildenden Pflegebetriebe. Die privaten Berufsfachschulen für Altenpflege werden als sogenannte Ersatzschulen zu 90,0 Prozent über Landesmittel finanziert. Die restlichen 10,0 Prozent der Kosten werden über das Schulgeld eingenommen, das im Durchschnitt 150 Euro beträgt und von den Schülerinnen und Schülern – sozial gestaffelt – erhoben wird. Das Schulgeld wirkt sich allerdings negativ auf die Nachfrage nach der Ausbildung aus. Sofern die gesamte

¹⁰² Vgl. ebd.

¹⁰³ BMG (2012), Pressemitteilung vom 27.01.2012.

¹⁰⁴ Dabei ist die Niveaustufe eins die niedrigste und Stufe acht die höchste.

¹⁰⁵ BMBF (2012), Pressemitteilung vom 31.01.2012.

¹⁰⁶ Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012).

dreijährige Ausbildung mittels Bildungsgutschein finanziert wird und das Schulgeld entfällt, steigt die Nachfrage.¹⁰⁷ Ist dies nicht der Fall, ist sie sehr viel geringer, so die Aussage der Beschäftigten in einer Altenpflegeschule in Berlin in einem persönlichen Gespräch. Erfreulich ist vor diesem Hintergrund die Etablierung einer öffentlichen Altenpflegeschule in Berlin, an der auf die Zahlung von Schulgeld verzichtet wird. Im Hinblick auf 30 weitere private Berufsfachschulen¹⁰⁸ bestehen hier allerdings Verbesserungspotenziale. Einige Bundesländer haben aufgrund des Fachkräftemangels eine Finanzierungslösung gefunden, um die Schulgeldzahlungen zu übernehmen. Rechtliche Schwierigkeiten bestehen allerdings in der Tatsache, dass hierdurch eine Besserstellung gegenüber privaten Ersatzschulen in anderen Ausbildungszweigen entsteht.

Finanzierung der Ausbildung durch die Unternehmen

Auch im Hinblick auf den praktischen Ausbildungsteil ist die momentane Situation nicht zufriedenstellend. Die Kosten der Ausbildung können von den Einrichtungen auf die Tagessätze der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner umgelegt werden. Dadurch können höhere Tagessätze bei denjenigen Trägern entstehen, die ausbilden. Gegenüber den nicht ausbildenden Einrichtungen entsteht hierdurch ein möglicher Wettbewerbsnachteil. Für eine relevante Erhöhung der Ausbildungsquote ist dies kontraproduktiv. Im ambulanten Bereich, der in den letzten Jahren folgend der Prämisse „ambulant vor stationär“ erheblich ausgebaut worden ist, fehlt bis dato ein tragfähiges Konzept der Refinanzierung von Ausbildungskosten. Angesichts des gesellschaftlich hohen Stellenwerts der Altenpflege sowie des sich abzeichnenden Fachkräftebedarfs ist es unerlässlich, dass Einrichtungen der Branche vermehrt ausbilden.

Als Möglichkeit der gerechteren Verteilung der Ausbildungskosten besteht die Option einer Umlagefinanzierung. Bei der Umlagefinanzierung zahlen alle Einrichtungen, unabhängig davon ob sie ausbilden, in einen Fond ein. Die Zahlungen werden somit auf alle Pflegeeinrichtungen verteilt. Der § 25, Abs. 1 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) erlaubt die Einführung einer solchen Umlage, wenn „ein Ausgleichsverfahren erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen.“¹⁰⁹

Wie Erfahrungen aus anderen Bundesländern zeigen, kann über ein Umlageverfahren die Bereitschaft zur Ausbildung in der Altenpflege durch die Träger erhöht werden. Nach Aussage der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ergab eine Überprüfung des Ausbildungsplatzangebots im Sommer 2013 keine rechtliche Grundlage, um eine Umlagefinanzierung in Berlin einzuführen.

Umschulung

Umschulungen zur Altenpflegefachkraft können durch die Agentur für Arbeit und das Jobcenter über einen Bildungsgutschein für zwei Lehrjahre finanziert werden. Die Finanzierung umfasst die theoretische Ausbildung sowie eventuell notwendige Hilfen zum Lebensunterhalt. Der praktische Ausbildungsteil sowie das dritte Lehrjahr werden durch die Pflegeeinrichtungen getragen. Da das Pflegeberufegesetz ein Bundesgesetz ist, kann eine

¹⁰⁷ Das dritte Ausbildungsjahr wird in diesem Fall vom Träger der praktischen Ausbildung gezahlt und betrifft nicht die Aus- sondern die Umschulung.

¹⁰⁸ Vgl. www.berlin.de/imperia/md/content/senbildung/bildungswege/berufliche_bildung/altpfl_schulen_berlin.pdf?start&ts=1349947207&file=altpflschulen_berlin.pdf (08.05.2014).

¹⁰⁹ Altenpflegegesetz (AltPflG), zuletzt geändert am 13.03.2013.

Verkürzung der Ausbildung auf zwei Jahre nicht erfolgen. Allerdings gab es bereits mehrfach Qualifizierungsprogramme der Bundesregierungen, über die das dritte Ausbildungsjahr finanziert worden ist (z. B. Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive des Bundes). Das Auflegen dieser Bundesprogramme führt zu einer verstärkten Nachfrage nach einer Umschulung.

Im Projekt „QSnova“ des BildungsWerks in Kreuzberg (BWK) und der zukunft im zentrum GmbH (ziz) erhalten Migrantinnen und Migranten die Möglichkeit, das erste Jahr der Altenpflegeausbildung bzw. -umschulung in Modulen zu absolvieren. Dies wird als Teil der Berufsausbildung bzw. Umschulung anerkannt. Zusätzlich werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch eine fachspezifische Sprachförderung unterstützt.

Verbesserung der Konzepte zur Berufsorientierung junger Migrantinnen und Migranten

Angesichts der steigenden Nachfrage nach kultursensibler Pflege ist es vielversprechend, verstärkt junge Migrantinnen und Migranten für eine Ausbildung in der Altenpflege anzusprechen. Pflegeteams mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen bringen eine wertvolle Kompetenz für eine kultursensible Pflege mit.

Die Chancen junger Migrantinnen und Migranten sind allgemein geringer, direkt nach dem Schulabschluss eine Ausbildung zu absolvieren. Erheblich häufiger durchlaufen Schulabgängerinnen und Schulabgänger aus Migrantenfamilien schwierige und langwierige Übergangsprozesse bei der Suche nach einer beruflichen Ausbildung.¹¹⁰ Daher ist die Verbesserung der Konzepte zur Berufsorientierung junger Migrantinnen und Migranten ein wichtiger Ansatzpunkt.

In Berlin bestehen bereits mehrere Projekte, die junge Migrantinnen und Migranten speziell für eine Ausbildung in der Altenpflege zu gewinnen versuchen. Ansätze wie diese müssen fortgesetzt werden, um das Potenzial junger Migrantinnen und Migranten auch im Bereich der Altenpflege einzusetzen. Daher ist die Verbesserung bestehender und weiterer Konzepte zur Berufsorientierung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund weiterhin geboten. Dieses Potenzial gilt es zielgerichtet zu mobilisieren.

Das Projekt „Berlin braucht dich!“ bringt Jugendliche, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer mit Betrieben zusammen mit dem Ziel, den Anteil Jugendlicher mit Migrationshintergrund in unterschiedlichen Ausbildungsbereichen zu erhöhen, in denen die Politik als Arbeitgeber Verantwortung trägt. Der Berliner Klinikbetreiber Vivantes spielt dabei im Feld der Pflegeberufe eine zentrale Rolle. Zusammen mit verschiedenen Einrichtungen führt Vivantes Qualifizierungen und Vorbereitungskurse für an der Pflege interessierte Jugendliche durch, die durch weitergehende Förderung in die Berufsausbildung vermittelt werden können. Derzeit wird die Ausweitung auch auf weitere Träger als Kooperationspartner geplant.

<http://www.berlin-braucht-dich.de/>

5.5.2 Nachqualifizierungspotenziale

Unter Nachqualifizierung werden Qualifizierungsangebote verstanden, die auf das Ablegen einer Abschlussprüfung (gemäß BBiG § 37) vorbereiten. Formal geringqualifizierte

¹¹⁰ www.bibb.de/de/60272.html, (14.06.2014).

Beschäftigte, die bereits über einschlägige Berufserfahrung verfügen, können dabei eine Teilanerkennung erhalten.

Es gibt bereits seit Jahren ein Modellprojekt in Berlin, das Nachqualifizierungsmöglichkeiten entwickelt. Die Vitanas Akademie startete 2011 in einem Schulversuch eine neue modularisierte, kompetenzbasierte, verkürzte und berufsbegleitende Altenpflegeausbildung („modulkompA“). Vitanas ist Mitglied im Netzwerk der „Serviceagentur Nachqualifizierung“ (SANQ), die Standards für modulare Nachqualifizierung erarbeitet hat und somit für die Qualität der Nachqualifizierung sorgt. Der Versuch des Landes Berlin, die modularisierte Ausbildung regelhaft einzuführen, ist am Widerstand des Bundesrates gescheitert.

Der Anteil der in der Altenpflege Tätigen mit Berufsabschluss ist in Berlin bereits hoch (vgl. Tabelle 12, Kapitel 4.5). Dennoch gibt es eine große Gruppe von ca. 6.260 Beschäftigten, die keinen Berufsabschluss in einem gesundheitspflegerischen Beruf besitzen. Darüber hinaus arbeiten ca. 10.700 Personen in der Berliner Altenpflege, über deren Berufsabschluss keine Angaben bestehen.

Es gibt also eine große Gruppe von Beschäftigten, die von einer Nachqualifizierung profitieren könnten.

Geringqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Ausbildung in der Altenpflege. Diese dauert in der Regel vier Jahre und stellt für die Auszubildenden aufgrund der Doppelbelastung eine große Herausforderung dar. Erfreulicherweise machen allerdings Pflegeeinrichtungen von dieser Variante der Ausbildung zunehmend Gebrauch, um bewährte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Pflegefachkraft auszubilden.

Eine berufsbegleitende Ausbildung kann nach § 7 AltPflG um ein Jahr durch die Teilnahme an einem berufspsychologischen Gutachten und einem anschließenden Kompetenzfeststellungsverfahren verkürzt werden. Dabei erfolgt eine Überprüfung durch eine Berufsfachschule für Altenpflege dahingehend, dass die theoretischen Kenntnisse des ersten Jahres der Ausbildung vorhanden sind. Bisher ist allerdings die Quote derer, die über diesen Weg die Ausbildung in Berlin verkürzen, relativ gering. Die Ausgangsbasis aufgrund der Teilnahme an einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in der Pflege (Pflegebasiskurs) und zweijähriger beruflicher Tätigkeit in der Pflege ist als Voraussetzung für die Verkürzung als unzureichend zu beurteilen. Die Einführung einer landesrechtlich geregelten Helferinnen- und Helferausbildung in der Pflege ist daher sinnvoll. Dies sichert die Anschlussfähigkeit an eine Fachkraft-Ausbildung. Eine verbesserte Durchlässigkeit des Pflegesystems wäre hilfreich und ist anzustreben. Ein Curriculum für eine 1,5-jährige Pflegehilfeausbildung wurde im Rahmen des Projektes *Fachkräftesicherung in der Altenpflege* erstellt. Möglicherweise kann der erste Lehrgang im September 2015 beginnen, sofern die Ausgestaltung der Ausbildung geregelt ist.

5.5.3 Weiterbildungssituation

Weiterbildung und persönliche Kompetenzentwicklung der Beschäftigten unter dem Schlagwort „Lebenslanges Lernen“ sind in allen Phasen des Berufslebens in der Branche relevant und notwendig. Hohe zeitliche Arbeitsbelastungen, Schichtdienste und Arbeitsverdichtungen sowie finanzielle Hindernisse erschweren jedoch die Teilnahme der Beschäftigten an den Weiterbildungsangeboten.

Die Bandbreite und Angebotslandschaft beruflicher Weiterbildungen in der Berliner Altenpflege ist groß und unübersichtlich.¹¹¹ Eine Vielzahl von Anbieterinnen und Anbietern vereint diverse Kurse unterschiedlicher Dauer und Themen mit unterschiedlichen inhaltlichen Tiefen. Dabei kann nach:

- ein- bis mehrtägigen Fortbildungen zum Erwerb eines weiteren beruflichen Abschlusses oder Teilabschlusses,
- Weiterbildungen und Spezialisierungen für vertiefte Kenntnisse im pflegerischen Aufgabenfeld,
- Weiterbildungen zur Erweiterung der beruflichen Aufgabenfelder sowie
- Fortbildungen zum beruflichen Aufstieg (beispielsweise zur Wohnbereichsleitung oder zur Praxisanleitung)

unterschieden werden.

Themen von Weiterbildungen sind etwa:

- „Kommunikation bei Demenz“ und „Evaluation des Pflegeprozesses“,
- Weiterbildung in „Kultursensibler Pflege“
- Spezialisierungsweiterbildungen zu „Gerontopsychiatrie“ oder „Wundversorgung“,
- Weiterbildungen zur/ zum Qualitätsbeauftragten oder
- Aufstiegsweiterbildungen zur Wohnbereichsleitung oder zur Praxisanleitung.

Praktische Probleme ergeben sich vor allem im Hinblick auf die Rahmenbedingungen von Fortbildungen bzw. Weiterbildungen: Wann besteht die Zeit zu Fortbildungen/ Weiterbildungen und wie funktioniert die Finanzierung? Die Problematik „Weiterbildungen/ Fortbildungen ja – aber wann?“ macht sich vor allem dann bemerkbar, wenn diese zur eigenen Sache der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erklärt wird. Müssen Beschäftigte ihre Freizeit bzw. ihren Urlaub für Fort- bzw. Weiterbildungen investieren, besteht weniger Raum und Zeit für ihre meist dringend nötige Erholung (vgl. Kapitel 5.3). Arbeits- und Gesundheitsbelastungen wirken sich dann auch hemmend auf das Lernen aus. Daher sind Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freigestellt werden, langfristig eine bessere Investition in die Qualität der Pflege. Die zeitliche Abstimmung von Nachfrage und Angebot von Fort- oder Weiterbildungen ist eine Herausforderung – sowohl für die Pflegeeinrichtungen und ihre Beschäftigten als auch für die Anbieter von Weiterbildungen. Hier bedarf es innovativer zeitlicher Konzepte und flexibler Lernangebote, um die notwendigen Weiterbildungen berufsbegleitend zu organisieren.

Im Hinblick auf die Finanzierung ist zu beachten, inwiefern diese von den Einrichtungen oder den Beschäftigten übernommen wird. Einseitige Belastungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter forcieren den Eindruck, dass Fort- oder Weiterbildungen die Sache jeder/ jedes Einzelnen ist. Dies ist für die Qualitätssicherung in der Altenpflege nicht förderlich. Zumal die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, regelmäßig Weiterbildungen durchzuführen und nachzuweisen.

Es wird zukünftig noch wichtiger sein, die Qualität der Weiterbildungen zu verbessern. Denn neben der Ausbildung sind Weiterbildungen unerlässlich für die Sicherung der Qualität und

¹¹¹ Es gibt derzeit keine Übersichtsdarstellung, die alle Angebote der Fort- oder Weiterbildung in der Pflege übersichtlich vereint.

des Fachkräftebedarfs in der Branche und müssen besonderen Qualitätsansprüchen genügen. Handlungsempfehlungen dazu beinhalten die verstärkte Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren, die Verbesserung des Zugangs zu Weiterbildungsangeboten, die Etablierung einer weiterbildungsfreundlichen Unternehmenskultur in Altenpflegeeinrichtungen, die Professionalisierung des Lehrpersonals sowie die bedarfs- und teilnehmendenorientierte Gestaltung der Weiterbildungsangebote.¹¹²

5.5.4 Akademisierung der Pflegeberufe

Bedingt durch die bereits in Kapitel 3 skizzierte Zunahme an chronischen Erkrankungen und multimorbiden älteren Menschen im Zuge des demografischen Wandels steigen die Anforderungen an die Pflege rapide. Für die Altenpflege bedeutet dies ebenso wie für alle anderen Gesundheitsberufe, sich den Herausforderungen der fortschreitenden technischen Entwicklungen, dem wachsenden ökonomischen Druck und dem steigenden Qualitätsanspruch – der Pflegebedürftigen wie deren Angehörigen – zu stellen. Im Rahmen zunehmender interdisziplinärer Kooperationen sind Altenpflegekräfte in den Versorgungssystemen entscheidende Akteurinnen und Akteure.

Gleichzeitig sehen sich die Pflegepersonen zunehmend mit den Fragen konfrontiert, ob ihre Kompetenzen in der Praxis effektiv eingesetzt sind, inwieweit das Bildungsangebot für Pflegeberufe zu reformieren ist und mit welchen Maßnahmen dem wachsenden Bedarf spezialisierter und hoch qualifizierter Pflegekräfte begegnet werden kann. Noch ist etwa die Entscheidung für ein berufsbegleitendes Bachelor-Studium zur Aufstiegsqualifikation relativ selten. Zwar ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Hochschulabschluss in der Altenpflege in Berlin seit 2010 von 7,5 auf mittlerweile 9,5 Prozent gestiegen. Vielfach wird jedoch noch kein hinlänglicher Bedarf einer Etablierung eines „Managementsegments“ im Pflegeprozess gesehen, durch das die Pflegetätigkeiten in ihren bereits heute spezialisierten Anforderungen gesteuert werden können. Welche individuellen Bedarfe haben MRSA-Patienten, Menschen mit Demenzerkrankung, psychischen Erkrankungen, ältere Menschen mit einem hohen SGB V Pflegebedarf und ältere Menschen mit einer Suchtgeschichte? Wie können entsprechende Bedarfe effizient und qualitätssichernd gesteuert werden? Wer managt die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen? Wie erfolgt ein effizienter und qualitätssichernder Einsatz der Beschäftigten bei einem zunehmenden Qualifikationsmix in der Altenpflege?

Zunehmend wird von den Pflegefachberufen mehr Handlungsautonomie abverlangt. Daher sind bestehende Qualifikationen und vorhandenes Erfahrungswissen mit den aktuellen und zukunftsorientierten Anforderungen zu reflektieren.

In vielen europäischen Ländern wird die Pflegeausbildung auf einem akademischen Niveau mit Bachelorabschluss durchgeführt. In Deutschland wird im Hinblick auf eine zu erwartende Generalisierung der Pflegeberufausbildung eine entsprechende Diskussion in Ansätzen geführt.

Es gibt in der deutschen Hochschullandschaft unterschiedliche Studiengänge, die die Spezialisierung und die Vertiefung des Wissens in verschiedenen Bereichen der Altenpflege ermöglichen – so z.B. Gerontopsychologie oder Pflegewissenschaft. Für den beruflichen Aufstieg in die Führungs- und Leitungsebene ist das Studium des Pflegemanagements, Health Care Management oder `Gesundheit und Management für Gesundheitsberufe` möglich. Dabei

¹¹² Vgl. <http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads.html> (14.05.2012).

ist für die Zulassung zu einem Studium nicht mehr unbedingt das Abitur vorzuweisen. Das Berliner Hochschulgesetz erlaubt die Öffnung für das Studium teilweise auch für Personen mit Realschulabschluss und einer Berufsausbildung (teilweise wird keine Berufserfahrung vorausgesetzt). Durch diesen Schritt konnte die Durchlässigkeit für diejenigen erhöht werden, die vielleicht erst ihr Potenzial entfalten, nachdem sie die Schule ohne Abitur verlassen haben. Allerdings kann die Anerkennungs- und Zulassungspraxis von Hochschule zu Hochschule variieren.

Für die Beschäftigten im Berufsfeld Altenpflege bedeutet eine erhöhte Durchlässigkeit, dass den potenziellen Auszubildenden vermehrt die Möglichkeit der Weiterentwicklung und Karriereplanung gegeben wird.

Modellprojekte zeigen, dass innovative Wege zur akademischen Laufbahn in der Altenpflege möglich sind. Die Evangelische Hochschule Berlin bietet beispielsweise den integrierten Studiengang Bachelor of Nursing an. Durch wechselnde Phasen von Studium und Praxis können in vier Jahren zwei Abschlüsse erworben werden, einmal einen qualifizierten Abschluss als Pflegefachkraft und einen Bachelorabschluss. Weitere modellhafte Studiengänge mit verzahnten Elementen von Ausbildung und Studium sind bereits geschaffen worden.

Es gibt derzeit fast 50 Studiengänge bundesweit, die im Pflegebereich ein Studium aufbauend auf eine Berufsausbildung oder beides kombinierend ermöglichen. Wenn auf diesen Wegen ein Bachelorabschluss erreicht ist, kann daran anschließend sogar noch eine weitere Spezialisierung erfolgen. So gibt es klinische Masterstudiengänge für Diabetologie, Wundheilung oder Gerontologie.

Abschließend kann festgehalten werden, dass mit zunehmender Aufstiegs- und Karrieremöglichkeit und einem breit gefächerten Tätigkeitsfeld die Attraktivität der Pflegeberufe steigt.

5.6 Zwischenfazit

Die vorausgegangenen Ausführungen belegen, dass die Arbeits- und Einkommensbedingungen in der Branche von den Beschäftigten als eher belastend empfunden werden. Dies belegt der Gesamtwert von 52 Punkten (100 Punkte sind möglich) bei der Befragung zum DGB-Index „Gute Arbeit“ von ver.di.

Die Entlohnung in der Branche ist sehr unterschiedlich und differiert deutlich nach dem Grad der Tarifbindung, öffentlicher oder privater Trägerschaft und Status. Die Mehrheit der Beschäftigten wird nicht nach dem Leittarif (TV-L) bezahlt und die Tarifbindung ist im stark privat geprägten Altenpflegebereich schwach. Teilweise entstehen dabei Unterschiede von rund 800 Euro im Bruttomonatsverdienst. In einigen Bereichen und Beschäftigtengruppen bietet selbst der Mindestlohn keine wirksame Untergrenze, da versucht wird, ihn zu umgehen. Davon sind vor allem Pflegehilfskräfte betroffen. Eine Tätigkeit in der Altenpflege erbringt für viele Beschäftigte – größtenteils Frauen – kein ausreichendes existenzsicherndes Einkommen. Vor allem für die große Zahl an Teilzeitbeschäftigten (50,1 Prozent) sowie Minijobberinnen und Minijobbern (12,6 Prozent) in der Berliner Altenpflege ist fraglich, ob sie ihren Lebensunterhalt unabhängig finanzieren können. Geringfügige Beschäftigung ist nicht existenzsichernd, gleiches gilt bedingt für Teilzeitbeschäftigung, wenn ein gewisser Stundenumfang unterschritten wird.

Aus Brandenburg kommen erste Anzeichen, dass etwas Bewegung in der Entlohnungsdynamik entstehen könnte. Fünf große Wohlfahrtsverbände und die

Gewerkschaft ver.di haben Ende Juni 2014 in Potsdam eine gemeinsame Absichtserklärung für einen Altenpflege-Tarifvertrag unterzeichnet. Ziel ist ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag, der landesweit für alle Beschäftigten in der Altenpflege gelten soll. Gespräche über die konkrete Entgeltstruktur eines Tarifvertrages zwischen den Verbänden und der Gewerkschaft werden vermutlich bald aufgenommen. Diese Entwicklung ist sicher eine Reaktion auf den steigenden Bedarf an Pflegekräften bei gleichzeitiger nicht angemessener Entlohnung.

Weiterhin stellt die Arbeit in der Pflege hohe Anforderungen an die zeitliche Disponibilität der Beschäftigten. Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben wird zwar zunehmend wahrgenommen, ist aber überwiegend noch nicht befriedigend gelöst und führt zu verbreiteter Unzufriedenheit und Überforderung auf der Seite der Beschäftigten. Vor allem im Hinblick auf die dringend nötige Erholung und Freizeit müssen oft Abstriche gemacht werden. Hier wird die Problemlösung allzu oft den Beschäftigten überlassen, u.a. unter Hinnahme von finanziellen Verlusten. Übersteigen die Anforderungen des Berufs die persönlichen Grenzen, finden häufig Wechsel in andere Berufsfelder bzw. von der Vollzeit in Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung statt. Daran schließen sich die erwähnten Probleme im Bereich der Entlohnung an. Auf der betrieblichen Ebene wird noch in zu geringem Maße nach verlässlichen Lösungen für die Beschäftigten gesucht.

Die als belastend empfundenen Arbeitsbedingungen beziehen sich nicht nur auf die unmittelbare Arbeit mit den Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch auf die Organisation der Arbeitsprozesse (kurzfristige Dienstplanänderungen), die zeitliche Verdichtung der Arbeit (keine Zeit für Dienstübergaben) sowie die Rahmenbedingungen und -strukturen. Mehr als 98,0 Prozent der Beschäftigten haben mit Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen zu kämpfen. Erschöpfung und Reizbarkeit sind weitere typische Symptome, denen die überwiegende Zahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger kontinuierlich ausgesetzt ist. Psychische Erkrankungen nehmen einen zunehmend größeren Anteil bei der Arbeitsunfähigkeit ein. Der hohe Krankenstand in der Branche mit 25 Arbeitsunfähigkeitstagen im Durchschnitt verdeutlicht die Auswirkungen auf die physische und psychische Verfassung der Beschäftigten.

Diese Belastungen werden darüber hinaus häufig individuell als Unzufriedenheit, als Gefühl den Anforderungen nicht gerecht zu werden oder auch als Schuldgefühle verarbeitet. Hinzu kommt, dass Wertschätzung der Pflegearbeit auf betrieblicher wie gesellschaftlicher Ebene oftmals nicht ausreichend gegeben ist. Sowohl bei der Selbstwertschätzung der Arbeit und der Entwicklung von Arbeitsstolz der Beschäftigten als auch bei der gelebten Wertschätzung durch Führungskräfte sowie in Bezug auf ein gutes Betriebs- und Kommunikationsklima besteht noch erheblicher Handlungsbedarf.

Aus- und Weiterbildungen in der Altenpflege werden ebenfalls noch nicht ausreichend genutzt, um das bestehende Fachkräfteproblem anzugehen. Dabei ist zum einen die Teilfinanzierung der Ausbildung durch die Auszubildenden selbst (durch ein monatliches Schulgeld) eine Hürde, und zum anderen die Sicherung des Nachwuchses durch die Unternehmen. Die Einführung einer Umlagefinanzierung und damit die Unterstützung der ausbildenden Betriebe wäre ein positiver Schritt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen erschweren die Einführung allerdings. Das Potenzial junger Migrantinnen und Migranten für die Branche ist erheblich und weitergehende Bemühungen zur Eingliederung dieser Zielgruppe in die Berufsorientierung sind anzustreben. Angesichts der großen Zahl an Geringqualifizierten und Hilfskräften ist das bestehende Modellprojekt zur Nachqualifizierung zu Fachkräften zu begrüßen. Diese Bestrebungen sollten ausgeweitet und wenn möglich in reguläre Angebote überführt werden.

Auch die Einführung einer landesrechtlichen Helferinnen- bzw. Helferausbildung mit Anschlussfähigkeit an die Fachkraftausbildung ist denkbar. Die Auswirkung der bildungspolitischen Diskurse um die Reform der Pflegeausbildungen, den DQR und die mögliche Anhebung der Zugangsvoraussetzungen bleiben abzuwarten. Mit Blick auf die Weiterbildung in der Branche gilt es, innovative und zeitlich flexible Angebote zu schaffen, die sowohl für Beschäftigte als auch für Pflegeeinrichtungen annehmbar sind. Die Finanzierung von Weiterbildungen sollte nicht als Aufgabe der Beschäftigten betrachtet werden, zumal regelmäßige Weiterbildungen für die Pflegeeinrichtungen verpflichtend sind.

Es gibt aktuell in der Hochschullandschaft vielfältige Studiengänge, die die Spezialisierung und die Vertiefung des Wissens in verschiedenen Bereichen der Altenpflege ermöglichen. Für einen langfristigen beruflichen Aufstieg in die Führungs- und Leitungsebene werden inzwischen auch Master-Studiengänge angeboten. So kann eine zunehmende Akademisierung der Altenpflege Entwicklungsmöglichkeiten bieten und damit auch die Attraktivität des Berufsfeldes erhöhen.

Die teilweise prekären Arbeitsverhältnisse, die belastenden Arbeitsbedingungen und die gesundheitlichen Auswirkungen, das geforderte Höchstmaß an zeitlicher Flexibilität, die steigenden Anforderungen sowie die Rahmenbedingungen für Aus- und Weiterbildungen trüben das Bild eines attraktiven Arbeitsfeldes.

6. Die Potenziale der Altenpflege in Berlin mobilisieren und die Herausforderungen gestalten! – Ausblick und Empfehlungen

Die Altenpflegebranche in Berlin ist durch ihre umfangreichen Verflechtungen mit anderen Dienstleistungsanbietern ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor mit guten Entwicklungsperspektiven. Aufgrund des demografischen Wandels mit einhergehender steigender Nachfrage nach professioneller Pflege wird sich die dynamische Entwicklung fortsetzen. Qualitativ hochwertige Pflegedienstleistungen sind zudem zentral für die öffentliche Daseinsvorsorge und mitentscheidend für die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger im Land Berlin.

Das Spektrum der Dienstleistungen ist vielfältig und diversifiziert sich weiter. Denn im Zuge der demografischen Entwicklung ist nicht nur von weiteren Zuwächsen der Altenpflegedienstleistungen auszugehen, sondern gleichzeitig auch von einem Wandel der Kundinnen- und Kundenanforderungen in der ambulanten und in der stationären Altenpflege sowie in den „neuen Wohnformen“ für älter werdende Menschen in Berlin. Die Nachfrage in der Altenpflege differenziert sich mit der Komplexität der Krankheitsbilder und der sich verändernden Kundinnenstruktur. Es gibt Hochbetagte mit umfangreichem Unterstützungsbedarf auf höchstem (technischen) Niveau und auch eine steigende Nachfrage nach niedrigschwelligen Angeboten. Zudem nimmt die Zahl der Migrantinnen und Migranten sowie von Menschen, die bewusst ihre gleichgeschlechtliche Lebensweise auch im Alter aufrechterhalten wollen, unter den zu Pflegenden zu.

Darüber hinaus verändert sich das Spektrum der Dienstleistungen und Tätigkeiten in der Altenpflege durch:

- Strukturelle Wandlungsprozesse – wie die Ambulantisierung und die Etablierung von Pflegenetzwerken, die zunehmend arbeitsteiliges Vorgehen in der Pflegeversorgung bewirken.
- Die steigende Bedeutung der Ergebnis- und Qualitätssicherung in der Pflege.
- Vermehrter Einsatz von Technologien im medizinischen und pflegerischen Bereich, aber auch in der Informations- und Kommunikationstechnik.
- Neue Anforderungen an die Qualifikationen der Beschäftigten.

Sich wandelnde Tätigkeiten und die Ausweitung des Dienstleistungsangebots gehen einher mit veränderten Qualifikationsanforderungen an die weiblichen und männlichen Beschäftigten. Dabei ist die Pflegedienstleistung von einer „Besonderheit“ geprägt: Es handelt sich um „interaktive Arbeit“. Die Qualität der Pflegedienstleistung ist somit maßgeblich von einer guten Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen abhängig. Alle medizinisch-technischen Erneuerungen und Innovationsprozesse müssen, um ihre Wirkungen entfalten zu können, in diese alltäglichen Interaktionen integriert werden.

Die skizzierten Ausgangs- und Rahmenbedingungen sowie die Entwicklungsperspektiven der gesellschaftlich notwendigen Arbeit in der Pflege erfordern aktives Handeln in der Bundes- und Landespolitik, von den Akteurinnen und Akteuren der Branche sowie auch in den Pflegeeinrichtungen selbst.

Zukünftig bedarf es einer aktiven Arbeits- und Beschäftigungspolitik mit Blick:

- auf die Arbeitsverhältnisse,
- auf die Arbeitsbedingungen und
- auf die Aus- und Weiterbildungen in der Altenpflege.

Die Aus- und Weiterbildung ist dabei vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der gestiegenen Anforderungen an die Pflege eine zentrale Herausforderung innerhalb der Wandlungsprozesse der Branche.

Nur mit einer aktiven Arbeits- und Beschäftigungspolitik ist ein ausreichendes Pflegeangebot sicherzustellen, um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden. Eine aktive Struktur- und Wirtschaftsförderung soll die Potenziale heben und perspektivisch weiter entwickeln. Hierzu ist es notwendig, Kooperationen mit den Forschungs- und Wissenschaftseinrichtungen Berlins weiter auszubauen, ebenso wie mit den Netzwerken in der Branche und auch entlang der Wertschöpfungsketten.

In der Gesamtheit sollten die Aktivitäten auf eine erhöhte gesellschaftliche Wertschätzung dieser Tätigkeiten abzielen und damit die Voraussetzung schaffen für mehr Selbstwertschätzung der Beschäftigten für die eigenen Leistungen. Dies und die Verbesserung der (gesetzlichen) Rahmenbedingungen sind zentral, um gute Pflegequalität zu gewährleisten.

Qualität der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse verbessern

Qualität in der Pflege und der Pflegearbeit braucht gute Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse, die auf einer wertschätzenden Kultur gegenüber der geleisteten Arbeit basieren. Das umfasst unter anderem eine angemessene Entlohnung, eine ausreichende Personalbemessung sowie die Verbesserung von Personal- und Organisationsprozessen in den Einrichtungen. Dies ist in der Realität leider (oftmals) nicht der Fall, wie z.B. die geringe Tarifbindung in der Altenpflege belegt. Generell gilt es, den prekären Trends entgegenzuwirken und Arbeitsverhältnisse zu schaffen, die langfristig sicher und existenzsichernd sind. Mit der Einführung eines Mindestlohns in der Pflege ist ein Schritt gegen prekäre Entlohnung in der Altenpflege unternommen worden. Darüber hinaus gilt jedoch grundsätzlich, dass sich die anspruchsvolle Tätigkeit der Pflege auch in einer angemessenen finanziellen Wertschätzung ausdrücken muss.

Eine große Gruppe, die hierbei in den Fokus gerückt werden muss, ist die der (unfreiwillig) **geringfügig Beschäftigten und Teilzeittätigen**. Von den über 64.000 weiblichen und männlichen Pflegenden in der Berliner Altenpflege sind 8.000 in geringfügigen Arbeitsverhältnissen tätig. Für die Hälfte dieser geringfügig Beschäftigten ist es die einzige Verdienstquelle, die andere Hälfte führt die Tätigkeit im Nebenjob aus. Generell ist kritisch anzumerken, dass geringfügige Beschäftigungsverhältnisse weitreichende negative Konsequenzen nach sich ziehen. Eine eigenständige Existenzsicherung ist durch ein Minijobverhältnis nicht möglich und nur marginalste Ansprüche in der Sozialversicherung können erworben werden. Armut im Alter ist somit vorprogrammiert und auch während der Berufstätigkeit ergibt sich für viele dieses Problem. Auch für Teilzeittätige stellt sich – je nach Höhe des Stundenumfangs – die Frage der Existenzsicherung. In der Berliner Altenpflege arbeiten 50,0 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit – weibliche Beschäftigte stärker als männliche. Für beide Gruppen – Teilzeittätige wie Minijobber – stellt sich die Frage, inwiefern diese Beschäftigungsverhältnisse freiwillig gewählt werden konnten und ob nicht ein Ausbau

des Erwerbsverhältnisses gewünscht ist. Durch die Überführung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse in sozialversicherungspflichtige mit höherem Stundenumfang könnte ein wichtiger Schritt hin zu mehr existenzsichernden Beschäftigungsverhältnissen in der Altenpflege geleistet werden. Gleiches gilt für Teilzeitbeschäftigte. Zudem könnten hierdurch bestehende Beschäftigungspotenziale genutzt werden, um gegen den bestehenden Fachkräftemangel vorzugehen.

Auch **Leiharbeit** wird in der Altenpflege immer stärker genutzt, um temporäre Personalengpässe auszugleichen. Der vermehrte Einsatz von Leiharbeit kann negative Konsequenzen für die Pflegequalität und auch Auswirkungen auf Tarifstrukturen haben. Leiharbeit gilt es deshalb einzudämmen, mehr langfristige und existenzsichernde Beschäftigungsverhältnisse sind zu schaffen, um so ebenfalls dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Zur Sicherung der Arbeits- und Pflegequalität muss auch die Situation der **entsandten Beschäftigten** im häuslichen Bereich in der öffentlichen wie politischen Debatte stärker thematisiert und gezielte Maßnahmen zur Verhinderung prekärer Arbeitsverhältnisse eingeleitet werden, die einem „modernen Dienstmädchenwesen“ gleichen. Eine bessere Informationspolitik über Rechte und Pflichten entsandter Beschäftigter für interessierte ausländische Pflegekräfte kann hier ebenso hilfreich sein wie eine stärkere Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern

Neben der Qualität der Arbeitsverhältnisse sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Diese sind mitentscheidend für die Attraktivität des Arbeits- und Berufsfeldes sowie grundlegend für die Qualität der Pflegedienstleistung. Hier sind die Entscheidungsträger in den Pflegeeinrichtungen und der Branche aufgefordert zu handeln.

Grundlegend ist, eine **gelebte Kultur der Wertschätzung** in den Pflegeeinrichtungen zu etablieren. Eine solche Kultur, an der alle Beteiligten mitwirken, ist durch gute Kommunikation, konstruktive Zusammenarbeit sowie ein positives Betriebsklima gekennzeichnet. Erforderlich ist es, den Beschäftigten Handlungsspielräume zu ermöglichen, um sich zu beteiligen und zu entwickeln. Vertrauen und geäußerte Anerkennung der Leitungsebene sorgen zudem dafür, dass Beschäftigte selbstbewusst auf ihre Arbeit blicken können. Auch eine transparente Führungskultur und existenzsichernde Entlohnung sind von großer Wichtigkeit, damit Wertschätzung im Arbeitsalltag gelebt wird. Dies alles zielt auf **innovationsfördernde betriebliche Rahmenbedingungen** ab. Mitbestimmungsrechte und Beteiligungsmöglichkeiten sind hier essentiell. Denn Beschäftigte sind – wie eingangs bereits dargestellt – die Trägerinnen und Träger von Innovationen, die in ihrer alltäglichen interaktiven Arbeit mit den zu pflegenden Menschen die Pflegequalität gewährleisten.

Um das Potenzial der Beschäftigten langfristig zu erhalten und zu fördern, sind neben einer gelebten Kultur der Wertschätzung u.a. Maßnahmen zur Verbesserung der Work-Life-Balance notwendig. Ein geeignetes Set an Maßnahmen umfasst dabei mehrere Handlungsfelder:

- **Arbeits(zeit)gestaltung im Sinne der und mit den Beschäftigten** gestalten. Hierbei sind zu realisieren:
 - Passgenauigkeit (Arbeitsumfang, Dienstzeiten, Arbeitsdauer pro Tag und Dienst-Frei-Rhythmus müssen zur aktuellen familiären Situation der Beschäftigten passen).
 - Verlässlichkeit (Abweichungen vom Dienstplan nur in Ausnahmefällen).
 - Mitsprachemöglichkeit bei der Arbeitszeitgestaltung und ein familienfreundliches Betriebsklima sind elementare Bausteine, um eine balanceorientierte Arbeitszeitgestaltung zu realisieren.
- Das Altern der Belegschaften stellt neue Anforderungen an eine **demografiefeste Personalpolitik**. Es ist wichtig, die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und alternsgerechte Arbeitskonzepte zu entwickeln. Dies kann eine längere Verweildauer der Beschäftigten im Altenpflegeberuf befördern.
- **Gesundheitsschutz und -förderung** sind wichtige Bestandteile – nicht nur für ältere Beschäftigte, sondern insgesamt.
- Auch wird immer deutlicher, dass eine **betriebliche Unterstützung der Beschäftigten bei Betreuungs- und Pflegeaufgaben** – sei es für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige – immer wichtiger wird, auch unter dem Aspekt einer langfristigen Fachkräftebindung. Maßnahmen zur Unterstützung sind vielfältig und nicht immer kostenintensiv.

Aus- und Weiterbildung fördern

Die Möglichkeiten, neue Impulse in der Altenpflege zu setzen, sind auch und besonders abhängig von dem Fachwissen sowie den Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten. Von daher ist die Aus- und Weiterbildung zu fördern.

Gute Ausgangs- und Rahmenbedingungen für Aus- und Weiterbildung sind zentral, um langfristig den Herausforderungen der Branche gerecht zu werden und um die vorhandenen Potenziale zugunsten der Kundinnen und Kunden zu entfalten.

Für den Bereich der Ausbildung ist es wichtig, den **Bekanntheitsgrad der Ausbildungsmöglichkeiten zu erhöhen** und die **Rahmenbedingungen hierfür zu verbessern**. Mögliche Stellschrauben sind die nachhaltige Finanzierung der Ausbildung (mit Verzicht auf Schulgeldzahlungen durch die Auszubildenden), die Einführung einer Umlagefinanzierung für eine Steigerung der Ausbildungszahlen oder die gesetzliche Anerkennung von Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern als Pflegefachkräfte. Der ambulante Pflegebereich muss zudem in die Lage versetzt werden, sich in stärkerem Maße an der Ausbildung des Nachwuchses beteiligen zu können.

Eine weitere Aufgabe ist die zusätzliche **Schaffung von Ausbildungsplätzen**. Zur Stärkung ihrer Wettbewerbsfähigkeit sind die Unternehmen hier besonders gefordert. Auch gilt es, **mehr junge Menschen für eine Ausbildung in der Altenpflege zu gewinnen**, insbesondere solche mit Migrationshintergrund. Pflegeteams mit Beschäftigten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund können ihre Kompetenz für eine kultursensible Pflege einbringen. Momentan scheint der Bedarf an kultursensibler Pflege allerdings höher als das bereitstehende Angebot. Hier sind weiterführende Anstrengungen notwendig, die sowohl die Nachfrage nach individuellen Pflegesettings berücksichtigen als auch potenzielle Beschäftigte mit Migrationshintergrund stärker für eine Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen

ansprechen. Dafür müssen die Konzepte der Berufsorientierung und die Integration von jungen Migrantinnen und Migranten weiter verbessert werden.

Im Bereich der Fortbildung müssen Maßnahmen ergriffen werden, **mehr Entwicklungsmöglichkeiten für formal gering qualifizierte Beschäftigte** zu bieten und so weitere positive Impulse gegen den Fachkräftemangel zu setzen. Dazu sind unter anderem Maßnahmen zur Nach- als auch Aufstiegsqualifizierung zu entwickeln und umzusetzen. Hierfür gibt es auf Landes- und auf Bundesebene zahlreiche Förderprogramme. Bestehende Modellversuche auf Landesebene sind weiterzuführen und eine entsprechende Einflussnahme auf der Bundesebene auszuüben. Zudem ist die durch den DQR angestoßene Kompetenzorientierung zu befürworten, vor allem im Hinblick auf die Durchlässigkeit von Aus- und Weiterbildungen. Ein verbesserter Zugang zum Kompetenzfeststellungsverfahren nach § 7 AltPflG zur Verkürzung der Ausbildung und deren Evaluierung sind weitere Bausteine für eine verbesserte Nutzung der Personalressourcen für die Altenpflege.

Generell müssen Pflegekräfte über aktuelles Fachwissen verfügen und ebenso in der Anwendung moderner Techniken und Verfahren geschult sein. Nur so können Beschäftigte den steigenden qualitativen Anforderungen an die Pflege entsprechen. Hierzu muss **Qualifizierung/ Lebenslanges Lernen als systematischer Bestandteil** in den betrieblichen Alltag integriert sein. Das heißt: Es muss Zeit und Raum sowie zeitliche Flexibilität für Lebenslanges Lernen – bei der Arbeit wie durch entsprechende Qualifizierungen – gegeben sein. Die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen refinanziert werden und sich daher in den Kostensätzen wiederfinden. Institutionalisierte Formen der Anerkennung für das Pflegepersonal wären wünschenswert.

Aktive Struktur- und Wirtschaftspolitik für Innovationen und Pflegequalität

Neben diesen arbeits- und beschäftigungspolitischen Handlungserfordernissen bedarf es einer aktiven Struktur- und Wirtschaftspolitik, um die ökonomischen Potenziale der Branche für Berlin perspektivisch weiter zu entwickeln.

Berlin verfügt über ein breites Spektrum an Forschungs- und Wissenschaftseinrichtungen. **Kooperationen mit den Anbieterinnen und Anbietern der Pflegedienstleistungen sowie den Forschungs- und Wissenschaftseinrichtungen** in Berlin gilt es auszubauen. Insbesondere im Rahmen einer zunehmenden Akademisierung der Pflegeberufe (Pflegewissenschaften, Pflege-management) sollten die Möglichkeiten der Kooperation zur qualitativen Verbesserung in den Einrichtungen genutzt werden.

Fördermöglichkeiten für die Umsetzung neuartiger Pflegekonzepte müssen bereitgestellt werden, damit wirtschaftliche Potenziale von neuen und innovativen Pflegekonzepten erprobt und auf ihre Praxis- bzw. Markttauglichkeit getestet werden können, bei der die Qualität der Pflege im Zentrum steht.

Darüber hinaus sind **integrative Ansätze von Forschung und Entwicklung** voranzutreiben, die neben Pflegeaspekten auch kulturwissenschaftliche und technologische Aspekte miteinander verknüpfen. Hierdurch kann das Dienstleistungsangebot weiter entwickelt und wichtige Impulse für die weitere wirtschaftliche Entwicklung dieses Wirtschaftssegments gesetzt werden. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass ein **aktiver Austausch zwischen Forschung/ Entwicklung und Pflegepraxis** stattfindet, so dass neue Ergebnisse aus der Forschung für die Dienstleister der Branche (Unternehmen sowie ihre Beschäftigten) nutzbar sind bzw. gemacht werden und im Gegenzug auch neue Impulse aus der Pflegepraxis in Forschung und Entwicklung aufgenommen werden können.

Ganz generell gilt es, zum einen die bestehenden Pflegeangebote weiter auszubauen, um Veränderungen in den Kundinnen- und Kundenstrukturen sowie der Nachfragesituation als auch den sich wandelnden (Dienstleistungs-)Ansprüchen an die Altenpflege in der Metropolregion Berlin zu begegnen. Gleichzeitig müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die anspruchsvolle Tätigkeit der Altenpflege für (potenzielle) Beschäftigte attraktiver zu gestalten und so den Fachkräftebedarfes heute und morgen zu sichern.

Literaturverzeichnis

- Abgeordnetenhaus Berlin (2011): 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (Würde in der letzten Lebensphase). Drucksache 16/2902 und 16/3246. http://www.hospiz-aktuell.de/uploads/media/3._Hospiz_und_Palliativkonzept_fuer_das_Land_Berlin_2010___Wuerde_in_der_letzten_Lebensphase.pdf (13.06.2014).
- Backes, G. M./Amrhein, L./Wolfinger, M. (2008): WISO Diskurs. Gender in der Pflege – Herausforderung für die Politik. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf>, (13.06.2014).
- Berger, M./Schneller, C./Maier, W. (Hrsg.) (2013): Arbeit, Psychische Erkrankungen und Burnout: Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. In: Schröder, L./ Urban, H.J. (Hrsg.) (2013): Gute Arbeit. Anti-Stress-Initiativen. Impulse aus Praxis und Wissenschaft. Bund Verlag, Frankfurt am Main.
- Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, Gütersloh. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6FCCE1CA-A3FD56AC/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf (13.06.2014).
- Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F./et al. (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. In: Arbeitspapier 07/2012 des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Instituts WSI. http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf (13.06.2014).
- Bräutigam, C./ Dahlbeck, E./ Enste, P./et al. (2010): Das letzte Mittel? Leiharbeit in der Pflege. In: Forschung aktuell 10/2010 des Instituts Arbeit und Technik (IAT). <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2010/fa2010-10.pdf> (13.06.2014).
- Bräutigam, C./Dahlbeck, E./Enste, P./et al. (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. In: Arbeitspapier 215 der Hans Böckler Stiftung. www.boeckler.de/pdf/p_arbp_215.pdf (18.06.2014).
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Hinweise für die Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen, Bonn.
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarktbericht-erstattung.<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Arbeitsmarkt-Allgemein/generische-Publikationen/Altenpflege-2013.pdf> (18.06.2014).
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2011): Junge Menschen mit Migrationshintergrund. Trotz intensiver Ausbildungsstellensuche geringere Erfolgsaussichten. <http://www.bibb.de/de/60272.html> (14.06.2014).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS (2011): Beschäftigung und Entsendung von Unionsbürgerinnen und -bürgern. 50 Fragen und Antworten zum 1. Mai 2011, Bonn.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF (2012): Wichtiger Schritt hin zum Bildungsraum Europa. Pressemitteilung vom 31.01.2012. <http://www.lifepr.de/pressemitteilung/bmbf-bundesministerium-fuer-bildung-und-forschung/Wichtiger-Schritt-hin-zum-Bildungsraum-Europa/boxid/285333> (13.06.2014).

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (2011): Erwerbstätigkeit. In: Pressemitteilung (02.07.2011). <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=88094.html> (13.06.2014).
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2014): Abschlussbericht zum Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf (13.06.2014).
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2012): Mitarbeiterorientierte Personalpolitik in allen Bereichen der Pflege führt zum Unternehmenserfolg. In: Pressemitteilung (27.01.2012). <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-01/pflegeberufe-attraktiver-machen.html> (13.06.2014).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie BMWt (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/chancen-zur-gewinnung-von-fachkraeften-in-der-pflegewirtschaft,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> (13.06.2014).
- CAREkonkret (2011): CURA-Unternehmensgruppe setzt auf neues CRM-System. www.cura-ag.com/CURA-AG/Bereich-CURA-AG/Seite-6/leftColumn/0110/document/2011_08_02_Cura%20Unternehmensgruppe_CRM.pdf (13.06.2014).
- CDU Deutschland/CSU Landesleitung/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (13.06.2014).
- Dathe, D./Paul, F. (2011): Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen. Eine Analyse mit dem DGB-Index „Gute Arbeit“, Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012): Das Wichtigste 1 – Epidemiologie der Demenz. http://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf. (13.06.2014).
- Deutscher Bundestag (2013): Entgeltdiskriminierung von Frauen – insbesondere im Gesundheits- und Pflegebereich. In: Drucksache 17/12968: Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Yvonne Ploetz, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, Berlin.
- DGB Bezirk Sachsen/DGB Bezirk Berlin-Brandenburg (2011): Entsendung nach Deutschland. Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Dresden.
- Enste, D. H. (2010): Die Pflege. Jobmotor der Gegenwart und Wachstumsbranche der Zukunft. Kurzstudie für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Köln. http://www.grieshaber-medien.de/fileadmin/spalte_rechts_dateien/Pflegewirtschaft_2011.pdf (13.06.2014).
- Enste, D. H. (2011): Pflegewirtschaft 2011. Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte. Im Auftrag des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Köln.

- Enste, D. H./Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 35. Jahrgang, Heft 4/2008. <http://www.iwkoeln.de/Studien/IWTrends/tabid/148/articleid/23557/Default.aspx> (14.6.2014).
- Eurostat (2013): EU27 Bruttogeburtenziffer – Tables, Graphs and Maps Interface (TGM). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00112> (13.05.2014).
- Gehrz, A. (2011): Neue Pflegeausbildung? Vom Spezialisten zum Generalisten. Folienvortrag vom 11. DEVAP Bundeskongress am 22.09.2011, Forum III/2. http://www.devap.info/fileadmin/user_upload/dateien/nachlese/forenreihe%203/III_2_NEUE_Pflegeausbildung_Gehrz.pdf. (13.06.2014).
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2012): „gesund pflegen“ – Sicherheit und Gesundheitsschutz in der Altenpflege. http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/gemein_strat/documents/GDA_Flyer_Pflege.pdf. (18.06.2014).
- Germis, C. (2013): Meine rollende Nachtschwester heißt Rimo. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung (28.9.2013). <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/pflegeroboter-meine-rollende-nachtschwester-heisst-rimo-12595879.html> (13.06.2014).
- Goesmann, C./Nölle, K. (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik, Dortmund. Görres, S. (2010): Differenzierte Modelle. In: Altenpflege (April 2010), Hannover, S. 49-51.
- Grass, K. (2012): Die vergessenen Dementen. In: taz (11.01.2012). <http://www.taz.de/Interkulturelle-Pflege/!85374/> (18.06.2014).
- Gustafsson, A./Michael, D. J. (2003): Competing in a Service Economy. How to create a competitive advantage through service development and innovation, San Francisco.
- Health Capital (2014): Gemeinsam Innovationen gestalten. Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Berlin, Potsdam.
- Jäger, M. (2011): Situation der Pflegenden in Berlin – Aus gewerkschaftlicher Sicht. In: Wert.Arbeit GmbH, Berlin: Wertschätzung für die Pflegenden ist grundlegend für die Fachkräftesicherung! – Was muss sich in Berlin noch ändern? Dokumentation des Fachdialogs am 28.03.2011, S. 7-15. http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20110328_Doku_Pflege_Wertschaetzung.pdf (18.06.2014).
- Jahn, F./Ulbricht, S. (2011): „Mein nächster Beruf“. Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege. In: iga Report 17. <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-17.html> (18.06.2014).
- Jannig, M. (2012): Zeitarbeit in Pflegeberufen. Einsatzkräfte im OP. In: Süddeutsche Zeitung (17.05.2012). <http://www.sueddeutsche.de/karriere/zeitarbeit-in-pflegeberufen-einsatzkraefte-im-op-1.1359144> (15.06.2014).
- Kampe, C. (2012): Fachkräftebedarf in der Berliner Pflege. Basisszenario 4.1. auf Grundlage der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und der Bevölkerungsprognose des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, Berlin.

- Knyphausen, O. von (2008): Berlins erstes Pflegeheim für Homosexuelle. In: Tagesspiegel (15.01.2008). http://www.tagesspiegel.de/berlin/berlins-erstes-pflegeheim-fuer-homosexuelle/v_print,1140958.html?p (14.05.2014).
- Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Körner, A. (2011): Pflegekräfte aus Osteuropa – Licht ins Dunkel der Schwarzarbeit? Zur sozialrechtlichen Bewertung der Tätigkeit von Pflegekräften in Privathaushalten im Hinblick auf die Erweiterung der Arbeitnehmer-Freizügigkeit zum 01.05.2011. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht NZS Heft 10/2011, S. 370-374.
- Landesagentur für Struktur und Arbeit Brandenburg GmbH LASA/ HealthCapital Berlin-Brandenburg (2010): Beschäftigtenstrukturanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Ein Kooperationsprojekt. Teltow (LASA-Studie 48). http://www.lasa-brandenburg.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/schriftenreihen/Studien/stud_48_LASA_2_Auflage.pdf (13.06.2014).
- Lieblisch, K. (2011): Für ein gutes Leben im Alter – Landesinitiative in und für die Altenpflege in Berlin. In: Wert.Arbeit GmbH, Berlin: „Pflege für die Pflegenden“ – Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben – passt dies auch in Pflegeeinrichtungen zusammen? Dokumentation des Fachdialogs am 28.06.2011, Berlin. http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20110725_Doku_Fachdialog_28_06_11.pdf (18.06.2014).
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2014): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Potsdam.
- Österreichischer Rundfunk ORF (2011): Technik entlastet Pflegepersonal. In: Online-Beitrag (09.06.2012). <http://orf.at/stories/2094727/2094725/> (13.06.2014).
- Pflegewiki (2011): Pflegedokumentation. <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegedokumentation> (18.06.2014).
- Polnische Arbeitgeberkammer (2011), In: Entsendung. Fachzeitschrift der polnischen Arbeitgeberkammer (deutsche Ausgabe), 2010/2011.
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R (2011): Barmer GEK Pflegereport 2011. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. : https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/-Pflege/Pflegeinformationen/Pflegereport/Pflegereport-2011/Artikel/Pflegereport-2011.html?w-cm=CenterColumn_t305172&w-prv=search (18.06.2014).
- Senat Berlin/ Land Brandenburg (2007): Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“. <http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-wirtschaft/masterplaene/gesundheitsregion.pdf?start&ts=1196686883&file=gesundheits-region.pdf> (14.05.2014).
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales SenGS (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gesoz/gesundheitsregion/spezialberichte/gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf?start&ts=1393515352&file=gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf (13.05.2014).

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales SenGS (2014): Gepflegt in die Zukunft. Online-Kampagne. <http://www.berlin.de/gepflegt-in-die-zukunft/home.html>, (13.06.2014).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz SenGUV (2011): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2010/2011. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin. http://www.berlin.de/imperia/md/content/senstatistikgessoz/basisberichte/bb_20102011.pdf?start&ts=1320661970&file=bb_20102011.pdf (13.06.2014).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz SenGUV (2011): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2010/2011. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gessoz/basisberichte/bb_20102011.pdf?start&ts=1320661970&file=bb_20102011.pdf (13.06.2014).

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2009): Demografiekonzept für Berlin. http://www.berlin.de/imperia/md/content/demografiekonzept/demografiekonzept_berlin.pdf?download.html (14.06.2014).

SPD Landesverband Berlin/ CDU Landesverband Berlin(2011): Berliner Perspektiven für starke Wirtschaft, gute Arbeit und sozialen Zusammenhalt. Koalitionsvereinbarung zwischen Sozialdemokratischer Partei Deutschland (SPD) Landesverband Berlin und Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) Landesverband Berlin für die Legislaturperiode 2011-2016, Berlin.

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012): Gleichwertigkeit von beruflicher und allgemeiner Bildung. Pressemitteilung (31.01.2012). <http://www.kmk.org/presse-und-aktuelles/meldung/gleichwertigkeit-von-beruflicher-und-allgemeiner-bildung.html> (14.05.2014).

Statistik Berlin-Brandenburg (2012): Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeld in Berlin 2011. In: Statistischer Bericht K IIIV 1/2j /11. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2012/SB_K08-01-00_2011j02_BE.pdf (13.06.2014).

Statistik-Service Ost (2014): Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik für Berlin zum Stichtag 30.09.2013. <http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI414706>(13.06.2014).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. In: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1/2011. http://www.statistikportal.de/statistikportal/demo-grafischer_wandel_heft1.pdf (13.05.2014).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. In: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2/2011. http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (14.06.2014).

Statistisches Bundesamt (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikationwz2008_erl.pdf?__blob=publicationFile. (14.05.2014).

- Statistisches Bundesamt (2012): Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt – Deutschland und Europa, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereFrauenMaennerArbeitsmarkt0010018129004.pdf?__blob=publicationFile (13.06.2014).
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (13.06.2014).
- Sundbo, J./Gallouj, F. (2000): Innovation as a Loosely Coupled System in Services. In: Metcalfe, S./Miles, I. (Hrsg.): Innovation Systems in the Service Economy. Measurement and Case Study Analysis, New York, S. 43-68.
- Universität Duisburg-Essen (2011): Projektbeschreibung WiMiCare. <https://www.uni-due.de/wimi-care/> (14.05.2014).
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten, Berlin.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (2013): Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen. Beschäftigte in Pflegeberufen – So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen. http://www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m51d11e5e1fb38_verweis1.pdf (18.06.2014).
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (2010): Branchenbericht: Die Arbeitssituation von Migrantinnen in der Pflege, Berlin.
- Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland (2012): Krankenschwester nur noch mit Abitur? Die Fakten. http://ec.europa.eu/deutschland/press/pr_releases/10405_de.htm (14.06.2014).
- Vitafil (2011): Roboter-Robbe lässt Demenzkranke wieder sprechen. <http://www.vitafil.de/6826/roboter-robbe-lasst-demenzkrank-wieder-sprechen> (14.06.2014).
- Wert.Arbeit GmbH, Berlin (2010): Pflegende Dienstleistungen im Wandel in der Metropolregion Berlin. <http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/Pflegende-DL.pdf> (13.06.2014).
- Wert.Arbeit GmbH, Berlin (2011): EQR und DQR – in ihrer Bedeutung für die Pflegebranche. Dokumentation des Fachdialogs am 24.10.2011. <http://dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads.html> (14.06.2014).
- Wert.Arbeit GmbH, Berlin (2012): Qualität der Weiterbildung in der Altenpflege in Berlin – Empfehlungen an die Praxis. Fachbeitrag. <http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads.html> (14.06.2014).
- Zauner, Margrit (2011): Pflege für die Pflegenden – Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben – passt dies auch in Pflegeeinrichtungen zusammen. In: Wert.Arbeit GmbH, Berlin: Dokumentation des Fachdialogs am 28.06.2011, Berlin, S. 21-22. http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20110725_Doku_Fachdialog_28_06_11.pdf (13.06.2014).

Anhang

Für ein gutes Leben im Alter in Berlin

Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für Fachkräftesicherung in der Altenpflege

Bisher erstellte Publikationen – Übersicht

Stand: Dezember 2014

Altenpflege in Berlin

- Weiterbildungslandkarte, Mai 2013 und Homepage: www.pflegebildungslandkarte.de, Oktober 2014
- Förderwegweiser Pflege, Juni 2014
- Altenpflege in Berlin – Zahlen, Daten, Fakten
Die Zusammenfassung des Reports in Form des Fact Sheets, Mai 2014
- Faire Arbeitsmobilität und Qualitätssicherung in der Altenpflege gestalten, April 2013
- Die Altenpflege in Berlin – Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche, Juli 2012
- Altenpflege im Wandel – Stellenwert von Aus- und Weiterbildung und neue Herausforderungen, Diskussionspapier, Oktober 2012
- Pflegende Dienstleistungen im Wandel in Berlin, Expertise, April 2010

Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege

- Berliner Bündnis für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege 2014 – aktiv!, Dokumentation der Tagung, Mai 2014
- Berliner Bündnis für Altenpflege – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege: Zusammenfassende Darstellung der vorgeschlagenen Maßnahmen, Mai 2014
- Kick-off-Veranstaltung „Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege, Mai 2013
- Für ein gutes Leben im Alter in Berlin – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für Fachkräftesicherung in der Altenpflege, Positionspapier, Februar 2013

Zum fünf Punkte Programm

1. Attraktivität der Arbeit steigern

- Was tun, wenn Pflegepersonal knapp wird? – Unterstützung zur Personalentwicklung im Land Berlin, Dokumentation des Fachdialogs, Juni 2014
- Aktive und innovative Personalentwicklung in der Altenpflege – Herausforderung und Grenzen, Dokumentation des Fachdialogs, Februar 2014

- Fit, gesund, motiviert – auch im Alter: Alternsgerechte Arbeit in der Altenpflege, Dokumentation des Fachdialogs, Oktober 2013
- Darstellung guter Praxis erfolgreicher Personalentwicklung in der Altenpflege mit Berliner und bundesweiten Beispielen, Folder, August 2013
- Balanceorientierte Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege, Expertise, Juni 2013
- Geschlechtersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Altenpflege, Expertise, Juni 2013
- Wertschätzung in der Altenpflege – Fachbeitrag zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfelds, September 2012
- Pflege für die Pflegenden, Dokumentation des Fachdialogs, Juni 2011
- Beruf und Privatleben – Geht das auch in Pflegeeinrichtungen zusammen? Broschürenfolder, Juni 2011
- Wertschätzung von Pflegenden, Dokumentation des Fachdialogs, März 2011

2. Vielfalt der Lebensentwürfe in Berlin erfordert ein adäquates Angebot in der Altenpflege

- Welche Antwort hat Berlin auf die Vielfalt der Lebensentwürfe im Alter?, Dokumentation des Fachdialogs, November 2013

3. Potenziale heben – Nachqualifizierung ermöglichen

- Berufsausbildung landesrechtlich anerkannte Pflegeassistentin mit Schwerpunkt Altenpflege, Flyer, Dezember 2014
- Deutsch für Pflege und Ausbildung Pflegeassistentin mit anerkanntem Abschluss, Karte, Dezember 2014
- Nachqualifizierung in der Altenpflege, Dokumentation des Fachdialogs, November 2011

4. Die Attraktivität der Ausbildung steigern! Ausbildung in der Pflege tut gut!

- Wege in die Altenpflege
Überblicksdarstellung zur Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege, Juli 2012
- Junge Leute in die Altenpflege
Strategien und Handlungsanregungen für das Berufsmarketing, Dokumentation des Workshops, April 2012
- Altenpflege-(d)eine Chance, verschiedene Druckerzeugnisse sowie Homepage:
<http://www.altenpflege-deine-chance.de/> und Facebook-Auftritt:
<https://www.facebook.com/Altenpflege.Deine.Chance>

5. Weiterentwicklung der Pflegeberufe

- Ländervergleichende Studie über Berufsbildung, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und Image von Pflegeberufen in der Europäischen Union, Dezember 2013
- Struktur der Pflegeberufe im transnationalen Vergleich – Brauchen wir in Deutschland und Berlin eine neue Antwort?, Dokumentation des Fachdialogs, November 2013
- Weiterbildung in der Altenpflege, Dokumentation des Fachdialogs, Juni 2012

- Zeit für berufsbegleitendes Lernen in der Pflege, Kurzexpertise, Juni 2012
- Qualität in der Weiterbildung in der Altenpflege in Berlin, Empfehlung an die Praxis, Fachbeitrag, April 2012
- EQR und DQR – in ihrer Bedeutung für die Pflegebranche, Dokumentation des Fachdialogs, Oktober 2011

Die Materialien finden Sie auf unserer Webseite: <http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/altenpflege.html> bzw. Sie können diese auch über die Wert.Arbeit GmbH, Berlin, E-Mail: info@wertarbeitgmbh.de anfordern.



In Kooperation:



Projekträger:



Projekt: Fachkräftesicherung in der Altenpflege (ESF-Nr. 2014000279-2-N)

Das Projekt wird gefördert aus Mitteln der Europäischen Union und durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen des Landes Berlin.



<http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/altenpflege.html>