



Positionspapier Teilhabe und Pflege alter Menschen - Professionalität im Wandel

Sektion IV - Soziale Gerontologie und Altenarbeit
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

1. Einführung

Bereits in den 1990er Jahren hat die DGGG in ihrem Positionspapier „Professionelle Pflege alter Menschen“ der Sektion Soziale Gerontologie und Altenarbeit zum Status und den Handlungserfordernissen in der Pflege Stellung bezogen. Im Vordergrund standen die Anerkennung und Notwendigkeit von Professionalität in der Pflege und damit verbundene Qualifizierungsprozesse.

**DGGG bezieht
erneut Position**

Nicht zuletzt angestoßen durch die Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) im Jahr 1994 und dessen Weiterentwicklung in den Jahren 2002 und 2008 haben sich Anforderungen und Arbeitsfelder in der Pflege gewandelt. Unter anderem als Folge des demografischen Wandels ist der Bedarf an professioneller Pflege außerordentlich gestiegen und wird auch weiter zunehmen. Gleichzeitig hat die seit den 1990er Jahren forcierte Akademisierung der Pflege zu einer verbesserten wissenschaftlichen Fundierung bestehender sowie zur Entwicklung neuer Versorgungs- und Pflegekonzepte in der Altenpflege geführt. Ungeachtet des damit einhergehenden wachsenden professionellen Selbstbewusstseins der Berufsangehörigen ist das gesellschaftliche Ansehen der Altenpflege weiterhin gering.

**Veränderungen in
der Pflege und
deren Rahmen-
bedingungen**

Parallel zu diesen Entwicklungen ist der ökonomische Druck auf Dienstleistungsanbieter weiter gestiegen. Rationalisierungs- und Konzentrationsprozesse sowie Fusionierungen und Outsourcing waren und sind Merkmale dieser Entwicklung. Da prognostisch von einem sich dramatisch verstärkenden Fachkräftemangel in der Altenpflege auszugehen ist, finden bereits jetzt Verlagerungen von Tätigkeitsbereichen wie die Übernahme einfacher Pflegetätigkeiten und Hilfestellungen bei der Alltagsbegleitung auf geringer qualifizierte Berufs- und Helfergruppen statt.¹

¹ Hinweise zu den verwendeten Quellen finden sich im Anhang des Positionspapieres.



Das Positionspapier wendet sich an alle, die im Feld der Pflege und Betreuung alter Menschen tätig sind. Als unabhängige Fachgesellschaft und aus Sicht der vertretenen Fachleute aus Wissenschaft und Praxis möchte die DGGG Tendenzen, Chancen und Probleme bei der Bereitstellung bedürfnisbezogener Unterstützungsangebote aufzeigen, auf aktuelle Fehlentwicklungen aufmerksam machen und die Diskussion um zukünftige Handlungserfordernisse zur Weiterentwicklung der Pflege vorantreiben.

2. Ausgangslage

Die lebenslange Sicherung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe sowie der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis zum Lebensende zählen unbestreitbar zu den Leitbildern, die den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung sehr nah kommen. Sie haben den fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs sowie die Gesetzgebung der zurückliegenden Jahrzehnte nachhaltig geprägt.

**Aktuelle Leitbilder:
Selbstbestimmung
und Soziale Teilhabe
& Verbleib in der
eigenen Häuslichkeit**

Die daraus resultierenden Anforderungen an die altersgruppenunabhängige Verfügbarkeit einer sozialraumorientierten Alltags- und Unterstützungsinfrastruktur und die Gestaltung eines Versorgungsmixes, der die Selbsthilfepotentiale des Einzelnen und des Gemeinwesens stärkt, können sich allzu oft nicht gegen institutionelle Logiken und wirtschaftlichen Interessen von sektoral agierenden Sozialleistungsträgern sowie Einrichtungen und Diensten durchsetzen. Die besondere Verantwortung von Kommunen und Gemeinden¹ als gestaltende und moderierende Kraft für eine wohnortnahe Pflegeinfrastruktur Sorge zu tragen, ist hinreichend bekannt. Inwieweit diese Verantwortung regelmäßig aktiv übernommen und ausgefüllt wird, ist vor dem Hintergrund der vorliegenden Zahlen und Deskriptionen mehr als zu bezweifeln.

**Weitgehend
unzureichende
Übernahme der
Verantwortung von
Gemeinden
und Kommunen**

Die Themen Teilhabe und Pflege alter Menschen werden in Deutschland seit 1994 weitestgehend von der Pflegeversicherung dominiert. Infrastrukturelle Gegebenheiten, die sich bisweilen regional sehr unterschiedlich darstellen, und ein permanent wachsendes Angebot wettbewerblich organisierter Pflegedienstleistungen sind Ergebnisse eines ständigen Wechselspiels von demografischen Veränderungen, sozialrechtlicher Regulierung, einer sich entfaltenden Marktdynamik und einer altenpolitisch oft noch wenig ambitionierten kommunalen Sozialraumplanung und -gestaltung.

**Dominanz der
Pflegeversicherung**



Aus dem Blick geraten bei allen Struktur- und Finanzierungsdebatten sehr schnell diejenigen, um die es an sich geht: Hochaltrige Menschen, die auf Hilfe und Unterstützung bei der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbstbestimmten Lebens angewiesen sind.

3. Lebenslagen älterer Menschen

Die alternde Gesellschaft stellt für die kommenden Jahrzehnte eine enorme gesellschaftliche Herausforderung dar. Folgt die Weiterentwicklung professionellen Handelns in der Pflege und Betreuung dem Ziel, die Selbstbestimmung und soziale Teilhabe alter Menschen auch in prekären Lebenssituationen sicherzustellen, sind aus gerontologischer Sicht folgende Feststellungen und Annahmen richtungsweisend.

Lebenslagen und Handlungsspielräume älterer Menschen

Ältere Menschen weisen eine hohe interindividuelle Variabilität bezüglich ihrer Probleme, Ressourcen und Bewältigungsstile auf. Es ist anzunehmen, dass dies zukünftig noch weiter zunehmen wird, da vor allem ökonomische und soziale Lebensbedingungen sich weiter ausdifferenzieren werden. Eine auf dem Lebenslagenansatz begründete Analyse bestehender Unterstützungsbedarfe älterer Menschen sollte deshalb folgende Parameter als Grundlage zur Definition von Professionalität und Handlungsanforderungen in der Altenpflege berücksichtigen.

**Hohe
Variationsbreite an
Lebenslagen und
Bewältigungsstilen**

Einkommenssituation und finanzielle Ressourcen

Die Einkommenssituation älterer Menschen ist durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Dabei ist in den letzten Jahren der Anteil älterer Menschen, die in Armut leben, deutlich gesunken. Gleichzeitig ist die Differenz zwischen reichen und armen Teilen auch bei der älteren Bevölkerung größer geworden. Als Folge brüchiger Erwerbsbiografien und unzureichender sozialer Absicherung, insbesondere bei dauerhaft niedrigen Erwerbseinkommen, ist für die Zukunft eine erneute Zunahme von Armut im Alter anzunehmen. Da ökonomische Ungleichheiten wiederum unterschiedliche Zugänge zu benötigten Hilfen und Möglichkeiten für eine subjektiv zufriedenstellende Lebensführung bedingen, ist von einem erneut ansteigenden Anteil älterer Menschen mit finanziellem Unterstützungsbedarf auszugehen.

**Ökonomische
Ungleichheiten und
prognostisch
erneuter Anstieg
von Altersarmut**



Kontakte, Kooperationsbezüge, soziale Verankerung

Ältere Menschen unterscheiden sich in Ausmaß, Struktur und Qualität ihrer sozialen Netzwerke voneinander. Isolation und Einsamkeit älterer Menschen lassen sich dabei empirisch nicht belegen. Allerdings sind alleinlebende ältere Menschen, zu denen vor allem ältere Frauen zählen, besonders gefährdet, in prekären sozialen Netzen zu leben und bei eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nur unzureichend auf familiäre Hilfen und informelle zurückgreifen zu können. Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft aufgrund sich verändernder Familienkonstellationen die Verfügbarkeit und Belastbarkeit familiärer Netzwerke ab- und die Bedeutsamkeit außerfamiliärer sozialer Netze zunehmen wird.

Abnahme familiärer Netzwerke - Bedeutung außerfamiliärer Unterstützung

Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand von Menschen im dritten und vierten Lebensalter hat sich insgesamt verbessert. Allerdings steigt mit hohem Alter weiterhin das Risiko für das Auftreten chronischer Erkrankungen einschließlich Demenz sowie funktioneller Einschränkungen und die daraus resultierende Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Hochaltrige, alleinlebende Frauen sind hiervon besonders betroffen, wobei verhaltens- und verhältnisbezogene Variablen zu berücksichtigen sind. Ältere Menschen mit geringerer Bildung haben zudem vielfach ein höheres Erkrankungsrisiko und verfügen seltener über Strategien für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und angemessen frühe Inanspruchnahme von Dienstleistungen.

Zusammenhang von Bildung, Erkrankungsrisiko und Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigung

Bildung

Ältere Menschen unterscheiden sich in erheblichem Ausmaß in der Verfügbarkeit und dem Rückgriff auf im Lebensverlauf erworbene Kompetenzen. Biografisch entstandene Bildungsungleichheiten verstärken sich im Alter, da Menschen mit höherer Schulbildung und qualifizierterer Berufsausbildung stärker an bestehenden Bildungsangeboten partizipieren und dadurch ihre Kompetenzen weiter ausbauen. Zudem lassen sich Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstand und dem Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen nachweisen. Ältere Menschen mit höherer Bildung haben eine höhere Lebenserwartung und nutzen stärker Angebote zur eigenen Gesundheitserhaltung und zur Mitgestaltung von Behandlungs- und Unterstützungsprozessen. Die Durchsetzung eigener Wünsche und Beteiligungsmöglichkeiten bei Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit ist in erheblichem Maß von kommunikativen Kompetenzen abhängig, über die diese Zielgruppe besser verfügt.



Kulturelle Zugehörigkeit

Auch wenn der Anteil älterer Menschen mit einem Migrationshintergrund derzeit noch vergleichsweise gering ist, wird seine Bedeutung zukünftig steigen. Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen sozialen Milieus ist dabei zu beachten, dass Art und Umfang einer Integration wie auch spezifische Problemlagen innerhalb der Gruppe von Migrantinnen und Migranten stark variiert. Nationalität und kultureller Traditionen, Aufenthaltsdauer in Deutschland sowie Umstände der Zuwanderung differieren sehr stark und nehmen Einfluss auf soziale Integration wie besonders auch Bildungsstand und ökonomische Ressourcen.

Differenzierung durch Migration und soziale Milieus

Wohnsituation und Wohnquartier

Die meisten älteren Menschen, auch in der Gruppe der über 80-Jährigen, wohnen in Privathaushalten und wünschen eine weitgehende Kontinuität ihrer individuellen Lebens- und Wohnformen auch unter Bedingungen erhöhter Betreuungs- und Pflegeerfordernisse. Ihre Teilhabemöglichkeiten und die Verfügbarkeit von benötigten Hilfen werden durch die sozialräumliche Wohninfrastruktur maßgeblich mitbestimmt. Als prekär stellt sich häufig die Situation von Personen mit kognitiven und emotionalen Einschränkungen in privaten Haushalten dar.

Betonung der Teilhabemöglichkeiten durch sozialräumliche Infrastruktur

4. Infrastruktur zwischen Angebot und Nachfrage

4.1. Angebote

Kennzeichnend für die Pflegeinfrastruktur in Deutschland ist eine sehr hohe und weiterhin zunehmende Versorgungsdichte bei den klassischen institutionalisierten Pflegeformen, die dem Anstieg der Anzahl von Menschen mit einem Unterstützungs- und Pflegebedarf nahezu spiegelbildlich folgt. Das Angebot an ambulanten Pflegediensten, an vollstationären Pflegeplätzen, an Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen ist im zurückliegenden Jahrzehnt rasant gestiegen.² Eher langsam schreitet eine Diversifizierung durch ergänzende und alternative Angebote fort mit einem hohen Maß an regionaler Unterschiedlichkeit und partiellen Versorgungslücken sowie Fehlanreizen.

Hohe Versorgungsdichte bei den klassischen institutionalisierten Pflegeformen – Versorgungslücken bei alternativen Wohn- und Pflegeangeboten

Während sich die ambulanten Pflegedienste hinsichtlich der durchschnittlich je Pflegedienst betreuten



alten Menschen (nur) geringfügig vergrößert haben, ist diese Zahl im Bereich der vollstationären Pflege geringfügig gesunken. Daraus einen Trend hin zu relativ kleinen Heimen abzuleiten³, scheint nicht sachgerecht, da die Zahl der Einrichtungen mit bis zu 50 BewohnerInnen insgesamt gesunken, die der mittelgroßen Einrichtungen (> 61 Plätze) hingegen gestiegen und nur die Zahl der ganz großen Einrichtungen (> 201 Plätze) gesunken ist.

Einrichtungen und Dienste werden größer

Infrastrukturell bemerkenswerter erscheint die überdurchschnittliche Steigerung der Zahl der Tagespflegeplätze, die auf Grund späterer leistungsrechtlicher Veränderungen⁴ nochmals erheblich an Dynamik gewonnen hat. Es ist zu vermuten, dass diese Veränderungen zu einer Stärkung häuslicher Pflegearrangements bzw. zu einer Entlastung der Pflegepersonen beitragen können.

Tagespflege boomt

Der Zuwachs bei Angeboten der nach SGB XI zugelassenen Kurzzeitpflege bleibt weit hinter dem der Tagespflege und etwas hinter dem der vollstationären Wohn- und Pflegeformen zurück. Dies ist mit Blick auf abgestufte und aufeinander abgestimmte sowie rehabilitativ orientierte Versorgungsarrangements problematisch. Häufig auftretende Versorgungslücken nach der Krankenhausentlassung alter Menschen, im Sinne einer fehlenden Versorgungskette mit Überleitung in die geriatrische (Früh-) Rehabilitation, die ambulante pflegerische Versorgung und die Sicherstellung gegebenenfalls notwendiger Wohnraumanpassungsmaßnahmen, muss die Kurzzeitpflege schließen. Strukturierte, erprobte und validierte Formen der interdisziplinären mobilen Rehabilitation sind noch nicht existent.

rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege: wichtiges, aber fehlendes Glied in Versorgungskette

Zu den ergänzenden und alternativen Angeboten, die bundesweit betrachtet bisher nur Nischen füllen, gehören u.a. ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften, Wohnen in Gemeinschaft, Begleitetes Wohnen für unterschiedliche Zielgruppen (Menschen mit Demenz, beatmungspflichtige Menschen, Menschen im Wachkoma usw.). Die größte Rolle spielen hierbei die Angebote für Menschen mit Demenz, die in den zurückliegenden Jahren in einigen Regionen einen regelrechten Boom erfahren haben. Inzwischen handelt es sich um ein Angebot, das in der Regel von ambulanten Pflegediensten initiiert wird und nach wie vor Fragen hinsichtlich der zu erfüllenden Anforderungen aufwirft.⁵

Zuwachs ambulant betreuter Haus- und Wohngemeinschaften

Daneben hat sich seit den 1990er Jahren ein breites Angebot von Betreutem Wohnen bzw. Service-wohnen für Senioren in den unterschiedlichsten Preiskategorien und mit verschiedensten Leistungs-



paketen etabliert. Wohnen mit Conciergediensten und der Ausbau haushaltsnaher Dienstleistungen, wie sie insbesondere in den letzten Jahren zu beobachten sind, betonen in besonderer Weise die frei wählbaren Dienstleistungen und richten sich allerdings eher an die Gruppe der finanziell besser ausgestatteten Seniorinnen und Senioren.

In der Fläche angekommen: Betreutes Wohnen

Eine Infrastrukturentwicklung der anderen Art verändert seit den 1990er Jahren mit mobilen elektronischen Geräten und IT-Systemen den Arbeits- und den Lebensalltag. Die Weiterentwicklung dieser Geräte und die Entwicklung neuer Anwendungsszenarien wird es zukünftig ermöglichen, lebensunterstützende Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living Systeme – AAL Systeme) in das Wohnumfeld und den Lebensalltag älterer Menschen zu integrieren.

Technische Assistenzsysteme auf dem Weg in den Alltag

Einen wesentlichen Impuls zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur sollte das 2002 in Kraft getretene Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz mit dem Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote mit sich bringen, um so eine gezielte Stärkung häuslicher Pflegearrangements herbeizuführen. Wenngleich der Aufbau von Betreuungsgruppen, Helferkreisen, Tagesbetreuung, Einzelbetreuung, Vermittlungsagenturen, familienentlastenden Diensten und anderen Angeboten in der Folge forciert wurde, bleibt die Entwicklung weit hinter den Möglichkeiten und Bedarfen zurück, wobei die regionalen Unterschiede zum Teil gravierend sind.⁶

Niedrigschwellige Angebote bleiben hinter Möglichkeiten zurück

Seit vielen Jahren gewinnt das Thema der unzureichenden Beratung und Beratungsangebote für Menschen mit Hilfe- und Pflegeerfordernissen und deren Angehörige im fachlichen Diskurs stetig an Bedeutung und Brisanz. Nicht zuletzt wissenschaftlich begleitete SGB XI-Modellprojekte, so zum Beispiel zum persönlichen Pflegebudget⁷, haben die Themen Case- und Caremanagement im Kontext von Pflege deutlich belebt. Ein vorläufiges Ergebnis ist die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz initiierte Stärkung der Pflegeberatung mittels der Pflegestützpunkte. Die Landesstrategien zur Implementierung von Pflegestützpunkten⁸ haben jedoch sehr deutlich gezeigt, dass das Konzept der Pflegestützpunkte dort gut aufgenommen wurde, wo bereits in den zurückliegenden Jahrzehnten entsprechende Beratungsangebote gezielt gefördert, auf- und ausgebaut wurden. An dieser Stelle werden die großen regionalen Unterschiede, wie sie auch bei den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu finden sind, mehr als deutlich.

Ohne Beratung - Probleme bei Orientierung und Zugang



In Deutschland sterben die meisten Menschen in Krankenhäusern und Heimen, obwohl es der Wunsch vieler Menschen ist, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Vor diesem Hintergrund haben sich seit den 1990er Jahren, maßgeblich von ehrenamtlichen Hospizgruppen und –initiativen einerseits und der Palliativmedizin andererseits initiiert, durch Förderprogramme des Bundes, der Länder und von Stiftungen gestärkt und durch eine schritt- und teilweise Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) flankiert, ambulante – und besonders stationäre - Palliativ- bzw. Hospizdienste etablieren können. Mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde eine neue Versorgungsform (GKV) mit dem Ziel eingeführt, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Leider ist die SAPV nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel, so dass sich die Situation nur für einen kleinen Teil der Betroffenen verbessert hat.⁹ Hospizkultur und Palliative Care setzen sich nur langsam in den verschiedenen institutionalisierten Settings der Altenpflege durch, wenngleich eine Reihe von Modellprojekten sowie der fachliche Diskurs eine spürbare Entwicklung angestoßen haben.¹⁰

**Zwischen Wunsch
und Wirklichkeit:
Palliative Care**

Dass die vorhandene Infrastruktur nur ungenügend die individuellen Bedarfe der Betroffenen erfasst, zeigen beispielhaft Versorgungsarrangements, die sich in der Grauzone zwischen illegaler und angemeldeter Beschäftigung bewegen. Unter dem Stichwort „Pflegerinnen aus Osteuropa“ finden sich zu meist Arrangements, die eine 24-Stunden-Betreuung im privaten Haushalt sicherstellen sollen.¹¹

**Trotz vielfältiger
Angebote weiterhin
bestehende Versor-
gungslücken**

4.2. Versorgungskonzepte

In den Fachdiskursen der 1980er und 1990er Jahre¹² wurde u.a. auch in der Förderung des Wettbewerbs der Schlüssel zu mehr Qualität und Professionalität in der Pflege gesehen. Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erfolgte neben der Umstellung von einer Fürsorge- auf eine Versicherungsleistung eine weitestgehende Marktöffnung und wettbewerbliche Ausrichtung des Pflegesektors. Dies führte in der Folge u.a. zu einer zunehmenden betriebswirtschaftlichen Ausrichtung der Angebote. Daneben vollzog sich ein spürbarer Professionalisierungsschub in der Altenpflege. Die Einführung einer obligatorischen Pflichtweiterbildung für verantwortliche Pflegefachkräfte im Umfang von mindestens 460 Stunden, die Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems,

**Entwicklung von
Wettbewerb,
Professionalität und
Qualität**



die Einführung von Qualitätsprüfungen und die Veröffentlichung der Ergebnisse, die Vereinbarung von einrichtungsbezogenen Fortbildungsplänen mit den Kostenträgern und die Verpflichtung zur Einführung und Anwendung von Expertenstandards seien hier nur beispielhaft genannt. Mit der Pflegeversicherung wurde vom Gesetzgeber erstmals ein pflegewissenschaftlich begründetes Verständnis von Pflege definiert, wenngleich der einseitig verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff weiterhin in der Kritik steht und die Einführung eines neu erarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriffs sich noch immer in der politischen Diskussion befindet.

Die sozialrechtlich normierten Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder „Rehabilitation vor Pflege“, die bei ihrer strikten Umsetzung erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungskonzepte und die Infrastruktur haben würden, spielen in der täglichen Praxis eine eher untergeordnete Rolle.

**Mehr Grundsätze
auf dem Papier als
in der Praxis**

In den zurückliegenden Jahren bestimmten vornehmlich die Suche nach adäquaten gerontopsychiatrischen Versorgungsformen und die sachgerechte Qualifikation der Mitarbeitenden den fachlichen Diskurs in der Altenpflege. In diesem Kontext ist auch die Entstehung der Pflegeeinrichtungen der 4. Generation (Hausgemeinschaftseinrichtungen)¹³, die Einführung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI und die Entwicklung von Pflegeoasen zu verorten.

**Fortschritte durch
neue Konzepte**

Die Pflegeeinrichtungen der 4. Generation stellen in besonderer Weise eine Abkehr von den bisherigen Konzepten der vollstationären Versorgung dar. Mit der Dezentralisierung und der Verlagerung der unterschiedlichen Dienst- und Unterstützungsleistungen in die Wohnbereiche der dort lebenden alten Menschen und der Betonung von Wohnen und Alltagsgestaltung vollzieht sich eine erhebliche Aufwertung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Diese werden zum wesentlichen Strukturelement im Tagesablauf der Bewohnerinnen und Bewohner. Durch eine größere Nähe zum einzelnen alten Menschen und eine Aufgabenerweiterung um betreuende Komponenten erhält insbesondere die Präsenzkraft¹⁴ eine besondere Bedeutung. Mit der Neugewichtung ganzer Aufgabenbereiche im Modell der stationären Hausgemeinschaften kommt der übergreifenden Personaleinsatzplanung eine erhebliche Relevanz zu. Die Anwesenheit einer Präsenzkraft tagsüber und der punktuelle Einsatz von Pflegefachkräften in den einzelnen Wohnbereichen, ähnlich wie in der ambulanten Pflege, stellt einen Paradigmenwechsel (nicht nur) in der Organisationskultur stationärer Pflegeeinrichtungen dar. Da diese Einrichtungen aber nur einen kleinen Teil der 11.600 stationären Pflegeeinrichtungen¹⁵ ausmachen,

**Alltagsorientierung
und Haushaltsma-
nagement als
Leitbilder**

**Kein Kulturwandel
in der stationären
Versorgung**



kann davon ausgegangen werden, dass sich die Konzepte der vollstationären Pflege und Betreuung insgesamt in den letzten beiden Jahrzehnten kaum verändert haben.

Hierbei bleibt auch zu diskutieren, inwieweit die Verbreitung von Palliative Care als konzeptionelle Grundlage oder groß angelegte Forschungsprojekte wie H.I.L.DE¹⁶ zu einer nachhaltigen Veränderung des Alltags oder gar zu einem Kulturwandel in den Einrichtungen führen.

Bei diesen Betrachtungen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass lediglich 31 Prozent der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in einem Pflegeheim leben. Insofern bedarf die ambulante Versorgung besonderer Aufmerksamkeit.

Die erhebliche Steigerung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Einführung der Pflegeversicherung hat zwar zu einer höheren Dichte an Diensten, aber an sich nicht zu einer neuen Versorgungssituation oder zu neuen Versorgungskonzepten geführt. Mit der Einführung der Beratungsbesuche, der Pflegekurse und der zusätzlichen Betreuungsleistungen wurden den Pflegediensten zwar Instrumente für eine konzeptionelle Neuausrichtung an die Hand gegeben, die aber nur partiell genutzt werden. So hat die Stiftung Warentest 2009¹⁷ ambulante Pflegedienste getestet und besonders im Bereich Erstberatung „erstaunliche Defizite“ festgestellt.

Die Vernetzung mit geriatrischen Schwerpunktpraxen und Einrichtungen der geriatrischen Akutversorgung und Rehabilitation, der Ausbau der Geriatrie in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, die Initiierung von integrierten Versorgungsmodellen und vernetzten Versorgungsverbänden sowie die Einbettung eines tragfähigen Case- und Caremanagements bieten erhebliche Entwicklungsmöglichkeiten für individuell auf den betroffenen Menschen abgestimmte Unterstützungs- und Pflegeleistungen, die aber aus den verschiedensten Gründen oft ungenutzt bleiben. Inwieweit mit der in den letzten Jahren zu beobachtenden Überarbeitung zahlreicher Landesgeriatriekonzepte eine konzeptionelle Neuausrichtung erfolgt, bleibt abzuwarten.

In den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe spielt das Thema Pflege alter behinderter Menschen sowohl quantitativ als auch qualitativ eine zunehmend größere Rolle. Viele der alt gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung sind inzwischen pflegebedürftig geworden und benötigen

Forschung und Konzeptentwicklung nur zum Teil am Bedarf ausgerichtet

Entwicklungserfordernisse in der ambulanten Pflege

Gemeinsame Herausforderungen für Behinderten- und Altenhilfe



mehr als pädagogische und soziale Betreuung. Neben den Besonderheiten einer Behinderung im Alter sind Demenzerkrankungen von erheblicher Bedeutung. Denn Menschen mit Behinderung, insbesondere wenn sie mit einem Down-Syndrom zur Welt gekommen sind, sind erheblich gefährdet, frühzeitig an einer Demenz zu erkranken.¹⁸ Für diese Gruppen von Menschen müssen adäquate Pflege- und Betreuungskonzepte möglichst gemeinsam von Behinderten- und Altenhilfe entwickelt und erprobt werden.

5. Konsequenzen für die Sicherstellung angemessener Pflege und Teilhabe

Je stärker sich das Alter als Lebensphase ausweitet und differenziert, umso stärker scheint sich im Verlauf dieses Alterungsprozesses eine Polarisierung herauszubilden bzw. zu verstärken, die für den Zugang und die Angebote sozialer, medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen relevant ist. Hierbei handelt es sich um die Pole

- des **aktiven/autonomen Alters** mit den Merkmalen: Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Teilhabe, Gestaltungsoptionen und neue(n) Ziele(n) unter der Voraussetzung von Gesundheit und ökonomischer Absicherung
- des **passiven/abhängigen Alters** mit den Merkmalen: Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit, Einschränkungen der Selbstständigkeit, Hilfeempfangstatus/Klientelisierung, insbesondere in ungünstigen Lebenslagen.

Polarisierung des
Alters

Hier weisen als Folge einer Kumulation von Benachteiligungen folgende Gruppen eine erhöhte Vulnerabilität auf und bedürfen besonderer Formen der Hilfe und Unterstützung:

- älter werdende Menschen mit Behinderungen
- ältere Menschen mit Migrationshintergrund
- ältere Menschen mit eingeschränkten Kompetenzen
- ältere Menschen mit erheblichem Pflegebedarf und prekären Unterstützungsnetzen

Die Differenzierung des Alters in eine aktive, autonome Phase und eine eher passive, abhängige Phase unter Berücksichtigung individueller Lebenslagen hat zur Konsequenz, dass die Konzepte und



Kumulation von Benachteiligungen und Begünstigungen

Abbau von Barrieren und Einschränkungen

Dienstleistungen nur interdisziplinär zu entwickeln sind. Hierbei sind Professionen aus den Bereichen Sozialarbeit, Pflege, Gerontologie, Medizin, Stadtentwicklung, Raumplanung, Politik und Bildung einzubeziehen.

Für das autonome und unabhängige Alter wird sich die Ausrichtung von Angeboten verstärkt auf den Erhalt von Selbstständigkeit, Partizipation, auf die Vorbereitung auf und den Übergang in die Nacherwerbsphase sowie die sozialräumliche Quartiergestaltung konzentrieren. Die Förderung von neuen Lebensformen, Netzwerken und Netzwerkstrukturen wird hierbei im Gemeinwesen eine wesentlich größere Rolle spielen müssen als bisher.

Im Hinblick auf das eher abhängige und hilfebedürftige Alter stehen vor allem die Bereiche Pflege, geriatrische Medizin und die Unterstützung in der Bewältigung mehrfach belasteter Lebenslagen im Vordergrund. Hier ergeben sich Handlungserfordernisse insbesondere zur pflegerischen Versorgung sowie zur Sicherstellung eines selbstbestimmten Lebens und sozialer Teilhabe auch bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bezogen auf die

- quartiersnahe Beratung und Unterstützung auch bei Maßnahmen der Wohnraumanpassung zur Sicherung selbständigen Wohnens
- Koordination und Vermittlung differenzierter Beratungs-, Betreuungs-, Behandlungs- und Versorgungsangebote durch qualifiziertes Case- und Caremanagement
- Ausweitung von Angeboten im Bereich Palliative Care in der ambulanten und stationären Versorgung
- stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse schwerpflegebedürftiger und gerontopsychiatrisch erkrankter älterer Menschen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und in der ambulanten Versorgung
- Stützung informeller Helfer, die Pflegeverantwortung übernehmen
- unterstützende ehrenamtliche Hilfen zur Stärkung bzw. Ergänzung von Selbsthilfepotenzialen.

Um den unterschiedlichen Bedarfslagen und Kompetenzen zur Selbsthilfe insbesondere bei ökonomisch und bildungsbezogen benachteiligten Gruppen sowie bei älteren Menschen mit brüchigen sozialen Netzwerken entsprechen zu können, werden speziellere und erweiterte Angebote benötigt.



Hierzu zählen u.a.

- Ausbau beratender und edukativer Anteile in der Pflege
- Schaffung niederschwelliger Zugänge unter Berücksichtigung spezifischer Lebens- und Bewältigungsstile und sozialer Milieus
- Intensivierung enger miteinander verzahnter Versorgungsabläufe und –institutionen.

**Interdisziplinarität
als sektoren- und
berufsgruppen-
übergreifende Zu-
sammenarbeit**

Da die Unterstützung hilfebedürftiger Menschen als Querschnittsaufgabe zu begreifen ist, die sektoren- und berufsgruppenübergreifend zu erfolgen hat, ist auf eine funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Felder hinzuwirken, da dies zugleich eine Erfolgsdeterminante ist. Dies ist aus unterschiedlichen Gründen bislang nur unzureichend erfolgt und erfordert eine noch klarere Positionierung professioneller Pflege insbesondere gegenüber der Medizin und der sozialen Arbeit und die Verständigung auf fachliche Grundlagen und Prinzipien professionellen Handelns.

6. Konsequenzen für das Arbeitsfeld Pflege

Aus der Diversität der Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe älterer Menschen und aus der Diversität der vorhandenen und noch zu entwickelnden Angebote zur Befriedigung dieser Bedarfe ergeben sich qualitative Anforderungen an eine professionelle Tätigkeit im Arbeitsfeld Pflege und Betreuung.

**Diversität des
Arbeitsfeldes**

Aus dem demografischen Wandel mit einer wachsenden Anzahl älterer Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, einer abnehmenden Anzahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter und einer zunehmenden Alterung der Belegschaften folgen die quantitativen Probleme der Deckung eines steigenden Personalbedarfs im Arbeitsfeld Pflege.

Eine professionelle Pflege, die diese qualitativen und quantitativen Anforderungen und Probleme befriedigen kann, muss sich an Prinzipien professionellen Handelns orientieren, die sich unmittelbar aus der diesem Positionspapier zugrunde liegenden Prämisse ergeben: Jegliche unterstützende Tätigkeit für – ältere – Menschen hat deren Autonomie zu achten und zu fördern.

- Professionelles Handeln zur Sicherstellung von Pflege und sozialer Teilhabe orientiert sich an den Lebenslagen und Handlungsspielräumen älterer Menschen.



- Leitprinzipien allen professionellen Handelns in Pflege und Betreuung sind die Ermöglichung von und die Verpflichtung zur Eigenverantwortlichkeit und Fortführung eines selbstbestimmten Lebens im Alter.
- Die Steuerungsfunktion zur Wahrnehmung der eigenen Interessen und Bedürfnisse geht von den Betroffenen aus. Erst wenn sie hierzu nicht mehr in der Lage sind, wird professionelle Unterstützung angeboten.
- Professionelles Handeln in Pflege, Betreuung und Versorgung orientiert sich an den Ressourcen und erworbenen Bewältigungsstilen älterer Menschen.

Prinzipien professionellen Handelns in der Pflege alter Menschen

Eine Orientierung an den Lebenslagen älterer Menschen setzt die Abgabe von Definitionsmacht der Pflege voraus, zu entscheiden, welche Hilfen ein älterer Mensch benötigt. Dies erfordert ein neues Selbstverständnis der an den Hilfen beteiligten Berufe sowie erweiterte Kompetenzen für die Bedürfnisfeststellung, Bedarfserhebung, Wahrnehmung, Kommunikation und Selbstreflexion.

Neues berufliches Selbstverständnis von Altenpflege

6.1. Fachkräftebedarf oder strukturelle Aspekte einer Tätigkeit in der Altenpflege

War in den vergangenen Jahren die Debatte um die Professionalisierung und Professionalität pflegerischen Handelns überwiegend von der Qualität dieses Handelns und adäquaten Qualitätssicherungsmaßnahmen geprägt, so wird in der Zukunft neben die Frage nach den notwendigen Qualifikationen des Pflegepersonals immer dringender die quantitative Frage treten, wie der Personalbedarf in der Altenpflege überhaupt gedeckt werden kann.

Der demografische Wandel führt nicht nur zu einer Zunahme der Zahl von Menschen mit Pflegebedarf. Gleichzeitig verringert sich die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter und der Altersdurchschnitt der Belegschaften steigt.

Die Strategie zur Bewältigung des zunehmenden Personalmangels in der Pflege ist eine doppelte:

- (1) Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze und Arbeitsprozesse in der Altenpflege
- (2) Erschließung neuer Kreise von Personen für die Arbeit in der Altenpflege

Personalbedarf und Personalentwicklung



Im selben Maße, in dem sich professionelles pflegerisches Handeln am Wohl und an den Bedürfnissen der betroffenen alten Menschen zu orientieren hat, muss sich die Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsprozesse am Wohl und an den Bedürfnissen der professionell Pflegenden orientieren. Im betrieblichen Qualitätsmanagement tritt neben die Pflegequalität die Personalentwicklung.

Ziel dieser Personalentwicklung ist es, mit Arbeitszeitmodellen, die sich an den Bedürfnissen der Pflegenden orientieren, mit einer Arbeitsorganisation, die Belastungen verringert, mit einer konsequenten betrieblichen Gesundheitsförderung und mit der Ausweisung spezifischer Arbeitsplätze für ältere Mitarbeitende eine professionelle Tätigkeit im Arbeitsfeld Pflege so attraktiv zu gestalten, dass sich die Berufsverweildauer erhöht und offensiv auf Menschen zugegangen werden kann, um sie für eine Arbeit in der Altenpflege zu gewinnen.

Die Bereitschaft zur Durchführung pflegerischer Handlungen im engeren Sinne darf keine Voraussetzung für eine Tätigkeit im Rahmen der Begleitung und Versorgung pflege- und unterstützungsbedürftiger älterer Menschen sein. Der Übernahme von Steuerungsverantwortung und der Koordinierung der verschiedenen Leistungserbringer wird in diesem Arbeitsfeld dabei eine wachsende Bedeutung zukommen.

Berufliche Diversität im Arbeitsfeld Pflege und Betreuung ist nicht nur aus Gründen der optimalen Ausschöpfung des Erwerbspotentials erforderlich, sondern auch als fachlich adäquate Antwort auf die Diversität der Lebenslagen und Situationen älterer Menschen mit ihrem höchst unterschiedlichen Pflege- und Unterstützungsbedarf. Pflegebedürftigkeit ist keine einheitliche Lebenslage, deren Bedarfe durch eine einzelne Profession abgedeckt werden könnten.

6.2. Qualifikation oder inhaltliche Aspekte einer Tätigkeit in der Altenpflege

Der Differenziertheit der Lebenssituationen, Interessen und Fähigkeiten der Menschen, die sich für eine Tätigkeit in der Altenpflege qualifizieren lassen wollen, müssen auch die Qualifizierungswege entsprechen. Mögliche Qualifizierungen müssen vertikal wie horizontal modular aufgebaut sein, wobei vertikal wie horizontal eine hohe Durchlässigkeit anzustreben ist. Jedes absolvierte Modul berechtigt zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit auf einem bestimmten Leistungsniveau.

Diversifikation/Vielfalt von Qualifikationsmöglichkeiten, –wegen und -niveaus



Die Arbeitsfelder werden in den Dimensionen der Art der Tätigkeit und der Anforderung an Qualifizierung sehr vielfältig sein. Haushalte Alleinlebender, in Familie lebende Menschen mit Unterstützungsbedarf, solche in gemeinschaftlichem Haushalt mit ‚Wahlverwandten‘ und institutionalisierten Wohnformen mit betrieblichem Gepräge stellen unterschiedliche Anforderungen: Beispielsweise mag beim Alleinwohnen das professionelle Augenmerk auf dem Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung, der Vermeidung sozialer Isolation oder dem Aufrechterhalten einer Tagesstruktur liegen. Das gemeinschaftliche Zusammenwohnen bringt für Mitarbeitende Aufgaben der Einflussnahme auf Gruppendynamik und Verhinderung sozialer Ausgrenzung mit sich. Familiäre Pflegesituationen erfordern einfühlsame, aber professionelle Beratung zur Belastungs- und Krankheitsprävention sowie didaktische Fähigkeiten; Haushalte von Älteren mit somatischen Einschränkungen mögen nach Hilfe bei der Körperpflege und Haushaltsführung, nach Begleitdiensten oder Gesellschaftsdame fragen - oder auch nach spezieller krankenschwägerischer Expertise. Quer durch alle Settings kann die Umsetzung ärztlicher Anordnungen oder ein Monitoring des körperlichen Zustands bedeutsam sein. Diese Settings können in den verschiedensten Kombinationen vorkommen.

Dimensionen von Unterstützungserfordernissen eröffnen Dimensionen für Tätigkeitsoptionen

Qualifizierungen für eine Tätigkeit in einem dieser Settings liegen auf sehr unterschiedlichen Niveaus und finden an unterschiedlichen Orten statt. Rein vom zeitlichen Umfang her betrachtet reichen sie von einem wenige Wochen umfassenden Kurs bis hin zu einer mehrjährigen akademischen Ausbildung. Dazu kommt ein weites Spektrum an Weiterbildungen, um die inhaltliche Bandbreite möglicher Tätigkeiten zu erweitern. Eine Erhöhung der Durchlässigkeit innerhalb der verschiedenen Qualifizierungssysteme, die Modularisierung einzelner Qualifizierungseinheiten und die Verbesserung der Anrechenbarkeit bereits erworbener Qualifikationen sind weiter voranzutreiben.

Neue Bestimmungsgröße für Qualität und Qualifizierung

Ein Bemühen, in dieses weite Feld von Qualifikationen und damit verbundenen Kompetenzen mittels der hergebrachten Unterscheidung von ungelernten Kräften, von Helferinnen und Helfern mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung, von Fachkräften mit einer dreijährigen Berufsausbildung und von Akademikern mit Bachelor- oder Master-Abschluss eine tragfähige Ordnung einzuziehen, kann zwar den ordnungsrechtlichen Anforderungen von Aufsichtsbehörden und Leistungsträgern genügen, ist aber für eine umfassende Definition von Professionalität im Arbeitsfeld Pflege unzureichend. Ein gemeinsamer und verbindender Begriff von Professionalität längs durch alle Qualifizierungsniveaus wird



so nur extern über den gemeinsamen „Gegenstand“ der Tätigkeit gesichert. Ebenso bleiben die verschiedenen Berufe – Pflege, Hauswirtschaft, Sozialarbeit, Ergotherapie u.a. – im Arbeitsfeld Pflege unverbunden nebeneinander stehen. Vielgestaltige und flexible Kompetenzprofile müssen an die Stelle eines fixen Fachkraft-Begriffes treten.

**Professionalität:
Begründetes und
qualitätsgesicher-
tes Handeln**

Ein Begriff von Professionalität, der sich als Ordnungsrahmen und als Mittel der Unterscheidung und Abgrenzung versteht, dient berufsständischen Zwecken, wird aber dem besonderen Charakter professioneller Tätigkeit im Arbeitsfeld Pflege nicht gerecht. Professionalität als begründetes und qualitätsgesichertes Handeln in der Pflege muss vom pflegebedürftigen Menschen her gedacht werden. Der Respekt vor der Autonomie des - zu pflegenden – Subjekts bedingt es, dass jegliche professionelle Tätigkeit für dieses Subjekt sich vor dem Hintergrund dieser Autonomie auf ihre Angemessenheit hin befragen und so auf ihre Qualität hin überprüfen lassen muss.

Die Angemessenheit pflegerischen Handelns bemisst sich letztlich an den Wünschen und Bedürfnissen des auf diese Unterstützung angewiesenen Menschen. Wissenschaftlich erarbeitete Handlungsanweisungen für bestimmte Klassen pflegerischer Intervention – i.e. Expertenstandards – sind – wenn vorhanden - immer notwendiger Bestandteil der Begründung des jeweiligen konkreten pflegerischen Handelns, ohne aber dafür hinreichend sein zu können. Die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung der Pflege muss spätestens seit ihrer Verankerung im SGB XI nicht mehr begründet werden. Die Befolgung von Standards allein aber genügt nicht. Entscheidend ist, dass die Ausführung der Standards durch die Wünsche und Bedürfnisse des zu Pflegenden bestimmt wird.

**Orientierung an
den individuellen
Gegebenheiten un-
ter Berücksichti-
gung allgemeiner
Standards**

Von den Pflegenden erfordert dies ein hohes Maß an Urteilskraft, an der Fähigkeit, eine Situation richtig einzuschätzen, den passenden Handlungsrahmen zu erkennen und angemessen einzusetzen. Diese Bereitschaft, sich ständig neu auf die individuelle Situation des unterstützungsbedürftigen Menschen einzulassen, ist kennzeichnend für eine professionelle Tätigkeit im Arbeitsfeld Pflege – in allen Settings und auf allen Kompetenzniveaus. Die Ausbildung dieser Fähigkeit ist der Kern jeder Qualifizierung in diesem Arbeitsfeld.

Im ständigen Blick auf die Situation des pflegebedürftigen Menschen erhält die Erfahrung eine zentrale Bedeutung. Professionalität zeigt sich darin, dass diese Erfahrung auf der persönlichen Ebene fort-



Reflektierte Praxiserfahrungen als Ausgangspunkt für Veränderungen

Lernen innerhalb und außerhalb der pflegerischen Praxis

laufend reflektiert wird. Auf der fachlichen Ebene bewirkt sie die Adaption der Profession an die Bedürfnisse der Menschen. Die oft beklagten ständigen Neuerungen in der Pflege sind Ausdruck dieser Adaption. Die höchst individuellen Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf und die ständige Veränderung dieser Wünsche und Bedürfnisse verlangen von der Pflege ein hohes Maß an Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft. Pflegerische Professionalität ist nicht nur eine Professionalität im Wandel. Wandelbarkeit ist Merkmal dieser Professionalität. Pflegerische Professionalität ist Wandel.

Dieser Begriff von Professionalität erweist seine Brauchbarkeit, indem er ein gemeinsames zentrales Element in der Qualifikation von Menschen, die im Arbeitsfeld Pflege arbeiten, bestimmt. Die Ausbildung eines Verständnisses von professioneller Tätigkeit im Arbeitsfeld Pflege als Wandel kann nur zum Teil in formal definierten Ausbildungsgängen geschehen. Deren Besuch stellt eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für professionelles Handeln dar. Unabdingbar ist eine theorie- bzw. wissensgeleitete Reflexion der täglichen Praxis, das Infrage stellen des eigenen Tuns, ob es fachlich richtig ist und den Wünschen und Bedürfnissen des zu pflegenden Menschen entspricht.

Diese Erfahrungsreflexion sichert die Qualität pflegerischer Praxis. Sie kann und muss auf allen Kompetenzniveaus geschehen. Ihre systematische Ausformung erlaubt schon bei niedrigschwelligen Angeboten mit ehrenamtlichen oder formal gering qualifizierten Mitarbeitenden eine kontinuierliche Weiterbildung und Qualitätssicherung und gibt auch deren Arbeit ein grundlegendes Maß an Professionalität. Dies gilt auch für privat organisierte und bezahlte Pflegepersonen in der 24-Stunden-Pflege in der eigenen Häuslichkeit.

In einem durch vielfältige horizontale und vertikale Wege gekennzeichneten Qualifizierungssystem ist die systematische Reflexion der Praxis die Konstante, die sich in allen Zweigen und auf allen Ebenen durchzieht. Mit ihr ist es auch möglich, Berufserfahrung so zu fassen, dass sie als Teil der notwendigen Qualifikation für den Übergang auf ein höheres Kompetenzniveau genutzt werden kann.

Damit diese Reflexion ihre Funktionen der immanenten Weiterbildung und Qualitätssicherung erfüllen kann, bedarf es einer Unterstützung der Praktiker in ihren Reflexionsprozessen. Dies könnte eine Aufgabe und Perspektive für Pflegenden mit akademischer Ausbildung sein. Sie sind in der Lage, verschie-



dene Interventionsalternativen und Erklärungsansätze miteinander zu vergleichen. Sie können Bewertungen und Begründungen auf Richtigkeit überprüfen und für die Einhaltung von Standards der Qualitätssicherung sorgen.

Pflegende mit akademischer Ausbildung befähigen in ihrer neuen Rolle der Begleitung der Praktiker diese zu einem eigenverantwortlichen, angemessenen Agieren in den unterschiedlichsten sozialen und pflegerischen Situationen. Sie begleiten sie beim Lernen, auf Bedürfnisse der Pflegenden nicht schematisch, sondern phantasievoll und kreativ zu reagieren. Ziel ist es, dass die in der Pflege Tätigen ihre Arbeit ständig durch ein Denken begleiten, das so dynamisch ist wie der Wandel in der Pflege.

7. Professionalität ist Wandel

Einer hohen Variationsbreite von Lebenslagen und Bewältigungsstilen im Alter und einer damit einhergehenden höchst individuell ausgeprägten Nachfrage steht in der Regel eine geringe Variationsbreite von etablierten Standardangeboten zur Unterstützung, Betreuung und Pflege älterer Menschen gegenüber.

Pflegebedürftigkeit allein ist keine Lebenslage an sich, sondern ein Merkmal, das neben anderen Merkmalen die Lebenssituation und -bedingungen eines Menschen kennzeichnet. Auch Eigenverantwortung und Selbstbestimmung eines älteren Menschen sind beeinflusst von der Ausprägung und dem Zusammentreffen unterschiedlicher Lebenslagemerkmale.

**Ganzheitlichkeit
neu denken**

Die Erhaltung von Autonomie, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung auch in prekären – durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichneten – Lebenssituationen muss handlungsleitend für die Unterstützung, Betreuung und Pflege älterer Menschen sein.

Die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung älterer Menschen ist aber immer dann akut gefährdet, wenn Standardangebote und Standardantworten nicht in der Lage sind, die jeweils individuelle Situation der Betroffenen aufzunehmen und abzubilden.

**Von Standard-
angeboten zu
individuellen
Arrangements**

Einer Diversität von Lebenslagen und Anforderungen muss eine zunehmende Diversität sowohl von



Unterstützungsangeboten und Pflegearrangements als auch von Qualifikations- und Kompetenzprofilen der in der Betreuung und Pflege tätigen Mitarbeitenden folgen. Lässt sich eine solche Variationsbreite in den Maßnahmen nicht wiederfinden, gefährdet dies nicht nur die Sicherung der Versorgungssituation, sondern auch die Selbstbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer und die Berufszufriedenheit der im Arbeitsfeld Tätigen.

Dienst- und Marktorientierungen im Pflegesektor stoßen Entwicklungen an, die Nachfrage erzeugen und kanalisieren. Zugleich erfolgen Steuerungen durch SGB XI-Regulationen, die einerseits einen bestimmten Leistungskatalog vorgeben und andererseits den Zugang über Anspruchskriterien begrenzen. Eine regulierte bzw. gesteuerte Nachfrage führt auf der Angebotsseite zur infrastrukturellen Vernachlässigung individuell ausgeprägter Hilfe- und Pflegebedürfnisse. Es entstehen Fehlanreize und –entwicklungen, beispielsweise durch eine leistungsrechtliche Privilegierung einzelner Versorgungsformen. Die starre leistungsrechtliche Trennung beispielsweise zwischen ambulanten und stationären Angeboten ist von daher abzubauen. Eine Vereinheitlichung des Leistungsanspruchs unabhängig von der Wohn- und Lebenssituation wirkt als Korrektiv. Daraus resultierende neue Organisationsformen von Pflege benötigen in der Folge geänderte ordnungs- und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen. Diese Entwicklungen können sowohl zu einer Entbürokratisierung als auch zu einer Erschließung systeminduzierter Wirtschaftlichkeitsreserven in der Sozialverwaltung führen.

**Erneuerung
ordnungs- und
leistungsrechtlicher
Rahmenbedingungen**

Eine einseitige Dienstleistungs- und Marktorientierung im Pflegesektor führt zu einer infrastrukturellen Vernachlässigung der individuellen Lebensperspektiven, der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen. Diese Probleme und Herausforderungen sind seit langer Zeit bestens bekannt. Der Bundesgesetzgeber hat mehrfach Impulse zur Infrastrukturentwicklung gegeben. In der Fläche sind diese indes nur teilweise angekommen. Eine leistungsrechtliche Privilegierung einzelner Versorgungsformen, wie zurzeit in der stationären Pflege, ist daher abzulehnen. Vereinheitlichte Leistungsansprüche würden dagegen lebenslage- und lebensweltfremde Angebotsverzerrungen verhindern.

**Alltagsmanagement
und Hauswirtschaft
bedürfen der Aufmerksamkeit**

Die Vielschichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten erfordert eine Vielschichtigkeit von Qualifikations- und Kompetenzprofilen, die nicht von einer Berufsgruppe abgebildet werden können. Vor diesem Hintergrund sind tradierte Fachkraftquoten in Frage zu stellen und Vorbehaltsaufgaben einzelner Berufsgruppen kritisch zu überprüfen.



Eine Unterscheidung zwischen Care als Sorgearbeit und Cure als Fachpflege macht nur dann Sinn, wenn eine Orchestrierung der verschiedenen Leistungen und Qualifikationsprofile sichergestellt und die Mitbestimmung der Betroffenen gewahrt wird. Hierbei kann die Fachpflege im Alltagsmanagement der Betroffenen durchaus in den Hintergrund treten und die Unterstützung bei der Haushaltsführung an Bedeutung gewinnen.

Orchestrierung der Angebote

Aufgrund der Differenziertheit der Arbeitsfelder der Pflege der Zukunft können bei der Akquise von Mitarbeiterinnen im Arbeitsfeld Pflege auch Personen angesprochen werden, die weniger an pflegerischem Handeln im engeren Sinne (Grund- und Behandlungspflege) interessiert sind als vielmehr in Bereichen wie Alltagsgestaltung und psycho-soziale Betreuung oder Planung, Führung, Koordination tätig werden wollen.

Tätigkeitsvielfalt als Wettbewerbsvorteil im Arbeitsfeld Pflege

Alle Versorgungskonzepte müssen sich daran messen lassen, inwieweit es ihnen gelingt, die häusliche Lebens- und Pflegesituation der Betroffenen zu stabilisieren und deren lebenslang gewachsene Kontinuität so weit wie möglich zu erhalten. Grundlagen bilden die Lebenswelt und das Alltagsmanagement der älteren Menschen, die es zu erfragen, erfassen und aufzugreifen gilt. Vor diesem Hintergrund sind Unterstützungs- und Pflegearrangements als Aushandlungsergebnisse zu verstehen, die in einem vielschichtigen Koproduktionsprozess aller beteiligten Akteure entstehen.

Pflege und Betreuung als komplexer Koproduktionsprozess



Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
Sektion IV
Geschäftsstelle
Seumestr. 8
10245 Berlin

Telefon: 030 52137271
Fax: 030 52137272
Email: gs@dggg-online.de

Hauptquellen & Hinweise

- ¹ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!, Berlin 2010
- ² Pflegestatistik 2001, Statistisches Bundesamt, Bonn 2003
- ³ Vgl. dazu Geiger, M. (2009)
- ⁴ durch das 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- ⁵ Vgl. auch: Modellprojekt - Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen (nicht nur) mit Demenz, <http://www.wg-qualitaet.de/-ausgangslage.html> (Abruf am 20.03.2011)
- ⁶ Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drucksache 16/7772
- ⁷ <http://www.pflegebudget.de>
- ⁸ Werkstatt Pflegestützpunkte – 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009, KDA, Köln 2009
- ⁹ Vgl. auch <http://www.sapv.de/pv.html>
- ¹⁰ Andreas Heller, Frank Kittelberger (Hg.), Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter, Lambertus, Freiburg 2010
- ¹¹ Stiftung Warentest, test, Pflege zu Hause – Vermittlungsagenturen im Test, 05.08.2009
- ¹² Heimkonzepte der Zukunft, Deutschen Zentrum für Altersfragen und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln und Berlin 1991
- ¹³ Klassifikationsmodell des KDA für die verschiedenen Entwicklungsstufen von stationären Pflegeeinrichtungen
- ¹⁴ Die Bezeichnungen sind in Deutschland unterschiedlich, da es sich nicht um ein rechtlich geschütztes Berufsbild handelt (Präsenzkraft, Alltagsbegleiter,...)
- ¹⁵ Stand: 31.12.2009
- ¹⁶ Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker des Institut für Gerontologie (IfG) der Universität Heidelberg
- ¹⁷ Stiftung Warentest, test, Heft 7/2009
- ¹⁸ Herausforderung für Politik und Gesellschaft - Zahl der älteren Menschen mit geistiger Behinderung steigt. Pressemitteilungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Köln. 25. Jun 2004. http://www.kda.de/news-detail/items/archiv_199.html (Abruf am 28.03.2009)

Teilhabe und Pflege alter Menschen-Professionalität im Wandel