

Fachkraftentwicklung – steigende Nachfrage, fachliche Optionen

Prof. Dr. Roland Schmidt (FH Erfurt)

1. Nachfrage nach Pflege im demographischen Wandel

Im demographischen Wandel steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht zwingend proportional zur Alterung. Die Verminderung des Sterblichkeitsrisikos im Alter ab 60 Jahren ist durch Fortschritte vor allem bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, sollte es gelingen, lebensverkürzende Effekte durch Übergewichtigkeit zu kompensieren. Anders hingegen argumentiert die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2009). Hier wird die Auffassung vertreten, dass der Mortalitätsrückgang im hohen (vierten) Lebensalter zukünftig flacher ausfallen wird, da ein frühzeitiges Ableben in Lebensphase zuvor selten geworden ist.

Entscheidend für die Nachfrage nach Pflege morgen ist der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (= Prävalenz von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit). Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung, Rostock, sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Eine „Kompression der Morbidität“ mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich an (Vaupel/v. Kistowski 2008, S. 42). Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit höherer Bildung sinkt, wird angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren auch zukünftig ein Rückgang des Pflegerisikos vermutet. Auch der GEK-Pflegereport 2009 legt eine solche Entwicklung nahe. Die Autoren bezifferen den Rückgang des Pflegerisikos in den Jahren zwischen 2000 und 2008 bei Männern um 8 Prozent und bei Frauen 25 Prozent. „In den höheren Altersklassen“ so Rothgang u.a. (2009, S. 17), ist der Anteil der „population at risk“ somit „zunehmend kleiner“.

Die steigende Nachfrage nach Pflegekräften im demographischen Wandel wurde durch die Langzeitpflege ausgelöst, während das Akutkrankenhaus Pflegepersonal zuletzt abbaute. Klinikbehandlungen werden zukünftig, so die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, legt man ein Status-quo-Szenario zu Grunde (= konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosewahrscheinlichkeiten), maximal um zwölf Prozent von 17 Mio. in 2005 auf 19 Mio. in 2030 zunehmen. Geht man hingegen in einem Alternativszenario von sinkenden Behandlungsquoten aus (= Menschen leben länger gesund und schwere Krankheiten und Krankenhausbehandlungen treten erst später auf), steigt die Zahl der Klinikbehandlungen auf nur 17,9 Mio. Fälle im Jahr 2030 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, S. 10ff.).

Dies legt nahe, in SGB V und SGB XI von einer vermehrten Nachfrage nach Pflegefachkräften auszugehen. Aber sie muss nicht zwingend so breit ausfallen, wie man das bei konstanten Rahmenbedingungen ohne Kompressionseffekt anzunehmen wäre. Genauer: Man hat von zwei parallelen Prozessen ausgehen: einem Anstieg der Nachfrage nach Pflegepersonal insgesamt bei gleichzeitig relativer Verlagerung des Gewichts von der Akut- zur Langzeitpflege. Nach Auffassung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) ist im stationä-

ren Sektor der Langzeitpflege bis zum Jahr 2020 mit einem Mehrbedarf in Höhe von rund 50.000 Fachkräften zu rechnen (Augurzky 2009).

2. Pflege zwischen Haushaltsproduktion und Dienstleistung

Von zentraler Bedeutung für die Versorgung von Menschen im hohen Alter ist die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen (= Entwicklung der Pflegeorte). Ihre Versorgungspräferenzen liegen eindeutig auf einem Verbleiben im privaten Haushalt. Ob das realisierbar ist, hängt weniger ab von der Leistungsfähigkeit ambulanter Dienste, sondern ist abhängig von den privaten Unterstützungsressourcen in der Familie. Drei Trends gewinnen mit Blick auf Familienstrukturen zukünftig an Gewicht: (1) Der Geburtenrückgang resultiert in erster Linie aus dem steigenden Anteil von (Ehe-) Paaren, die zeitlebens kinderlos geblieben sind. Deren Ressourcen zur Bewältigung von Pflegesituationen sind stark limitiert (Hoff 2004, 259f.). (2) Der Abstand zwischen den Generationen vergrößert sich. Menschen werden zukünftig mit Pflege von Angehörigen vermehrt in Situationen konfrontiert, in denen sie selbst noch erwerbstätig sind. (3) Dies vollzieht sich auf der Folie einer sozial differenzierten, gleichwohl allmählich Raum greifenden Entwicklung hin zur „multilokalen Familie“ in Folge von Mobilitätsanforderungen an die jüngere Generation.

In solchen Situationen wird Pflege zukünftig seltener im Sinne von „Haushaltsproduktion“ realisiert werden können. Der Rückgang sozialer Ressourcen in der Familie wird vornehmlich durch steigenden Dienstleistungsbezug zu kompensieren sein. Angesichts dieser Entwicklung prognostiziert Schnabel (o.J., S. 17f.), dass der Trend zur vollstationären Pflege dauerhaft anhält, die Familienpflege sukzessiv abnimmt und sich die Zahl der Sachleistungsempfänger in der häuslichen Pflege verdoppelt. Mehr Heimpflege und mehr Sachleistungsbezug bewirken zusammen genommen steigende Beschäftigung in der Langzeitpflege.

Eine intensivierete Nachfrage nach Pflegefachkräften trifft allerdings auf den Umstand, dass die Rate der Schulabgänger, die sich für Pflegeberufe entscheiden, bei 4 bis 4,5 Prozent verweilt (N.N. 2009). Dieser recht konstante Anteil bedeutet bei rückläufigen absoluten Schulabgängerzahlen bereits heute sinkende absolute Schülerzahlen in der Pflege.

3. Impulse zur qualitativen Neuausrichtung der Pflege

Es zeichnet sich ab, dass der Wettbewerb in der Personalrekrutierung zwischen Akut- und Langzeitpflege an Schärfe gewinnen wird. Der Nachfrageschub speist sich in erster aus der Langzeitpflege. Gleichwohl befindet sich die Akutpflege in einer gewissen Vorteilsposition dadurch, dass sie bis heute klarer konturierte Aufstiegsmöglichkeiten zu bieten hat, die auf der Grundlage einer fortgeschrittenen vertikalen Spezialisierung vermehrt unterschiedliche Qualifikationsniveaus ausbildet – eine Entwicklung, die fortschreitet.

Gestalt und Funktionen der Pflegeberufe befinden sich im Wandel. Dies resultiert zum einen aus versorgungsstrukturellen Impulsen im Bereich SGB V und SGB XI und zum anderen aus der Ausdifferenzierung von Qualifikationsniveaus und Kompetenzprofilen der Pflegeberufe. In diesem sich fortlaufend neu speisenden Prozess ist auch die Debatte um fehlende Fachkräfte und über Strategien ihrer

teilweisen Kompensation zu verorten. Dies heißt auch, dass in Gesundheitssystemen (SGB V und SGB XI) und -sektoren (ambulant und stationär) morgen nicht einfach ein Mehr an heutiger Pflege gefordert ist. Vielmehr ist zu vermuten, dass Pflege im Zuge von Prozessen der Hierarchisierung und funktionalen Differenzierung an Optionsbreite hinzugewinnen wird. Prozesse, die erst in der jüngeren Vergangenheit hierzulande z.B. mit der Entwicklung und Verbreiterung eines pflegerischen Case Managements, das nunmehr im Kontext der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine normative Grundlage erhalten hat, eingesetzt haben. Anstöße zur Diversifizierung der Pflege lieferten jüngst die Heilkundeübertragungsrichtlinie, die – zunächst unter Bedingungen von Modellversuchen – speziell qualifizierten Pflegefachkräften ermöglicht, als Leistungserbringer im SGB V tätig zu werden, und Klarstellung, dass das Erfordernis eines „Entlassmanagements“ Teil der Krankenbehandlung ist (§ 39 Abs. 1 SGB V).

Die Weiterentwicklung von Pflegeprofilen impliziert, dass deren mögliche Effekte auf den zukünftigen Personalbedarf derzeit bestenfalls in Ansätzen antizipierbar sind. Und das heißt auch, dass deren mögliche Effekte auf den zukünftigen Personalbedarf derzeit bestenfalls in Ansätzen antizipierbar sind.

4. Auswirkungen auf die Langzeitpflege

Betrachtet man die Folgen des demographischen Wandels für die pflegerische Versorgung weiter *nachfrageseitig*, so trifft ein ggf. gedämpftes Wachstum bei hinausgeschobener Prävalenz vermehrt auf Familienkonstellationen, die eine Verschiebung in der heutigen Verteilung der Pflegeorte – weg von der in Haushaltsproduktion vorgenommenen Sorgearbeit und hin zur Inanspruchnahme von (Pflege-) Dienstleistungen – nahe legen. Denn: der Fertilitätsrückgang kommt in erster Linie dadurch zu Stande, dass (Ehe-) Paare, und dies von Kohorte zu Kohorte bislang steigend, zu immer höheren Anteilen kinderlos bleiben. Die heute noch hohe Bedeutung familialer Sorge als unabdingbarer Basis, auf der im Sachleistungsbezug die (Pflege-) Dienstleistung aufsetzt und ohne die häusliche Pflege i.d.R. kaum oder nur erschwert realisierbar ist, ist bei Teilpopulationen vermehrt in Frage gestellt. Hierbei ist zu beachten, dass sich Kinderlosigkeit sozial selektiv niederschlägt. Es sind insbesondere Frauen und deren Partner, die hohe Ausbildungsabschlüsse besitzen und die somit öfter auch über einen breiteren materiellen Spielraum verfügen. Dieser erlaubt es ihnen prinzipiell, das „Abreißen der Solidarität in der Familie“ in der Generationenfolge anderweitig zu kompensieren. Ob sich dies zukünftig vermehrt in Form verdichteten Dienstleistungsbezugs (im Sinne eines betreuten Wohnens im Privathaushalt) oder in Form neuer Generationen institutionalisierten Wohnens (bei kundenorientierter Ausbalancierung von Selbstbestimmung und verlässlicher Versorgung) niederschlägt, ist derzeit nicht antizipierbar. Gewiss ist nur, dass auch die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen nicht konstant bleiben. Rechtlich sind hierfür sowohl im SGB V als auch SGB XI die Experimentierbühnen bereitet. Auch wenn zu beobachten ist, dass die Öffnung des Leistungserbringungsrechts durch die Ermöglichung neuer Vertragstypen, die in der letzten Reform des Pflegeversicherungsrechts erfolgte, bis dato noch kaum greifbare Resultate gezeitigt hat. Hier macht sich negativ bemerkbar, dass die Leistungsausgaben der Pflegekassen in Folge ihrer Ergänzungs- und Entlastungsfunktion unterhalb der Bedarfsdeckung mittels Versorgungsinnovation die in der Höhe nicht beeinflusst werden können. Es fehlt somit an materiellen Anreizen für die Leistungsträger, neue Angebotsformen zu verhandeln, zu experimentieren und mit Hilfe neuer Vertragsformen in die Regelver-

sorgung zu überführen. Dies erschwert die Anpassung an den demographischen Wandel.

Angebotsseitig ist die Situation der Pflege durch das branchenübergreifende allgemeine Erfordernis geprägt, Produkte und Dienstleistungen in steigendem Ausmaß mit Beschäftigten (Fachkräften und Nichtfachkräften) herzustellen, deren durchschnittliches Lebensalter sukzessiv steigt. Während der Anteil älterer Erwerbstätiger im Alter von 55 Jahren u.m. steigt, ist der Anteil junger Erwerbstätiger im Alter von unter 35 Jahren rückläufig. Wenn es gelingen sollte, den Anteil der Schulabgänger, die sich für die Pflegeberufe entscheiden, konstant zu halten – was angesichts der zuletzt gleich bleibenden Quote als möglich erscheint – sinkt trotzdem angesichts der laufend schwächer besetzten Jahrgänge die absolute Zahl an Schülern und Berufsanfängern. Eine Anteilserhöhung aber, die unabdingbar wäre, um die heutigen absoluten Schülerzahlen morgen halten zu können, müsste sich in verschärfter Konkurrenz mit anderen Wirtschaftszweigen durchsetzen – was angesichts heutiger Divergenzen im Verdienstniveau und bei Karriereoptionen eine höchst ambitionierte Zielsetzung darstellen würde.

Die Herstellung von (Pflege-) Dienstleistungen kann, das kommt hinzu, nicht auf ältere Mitarbeiter verzichten, die aus Rentenversicherungsgründen zudem länger erwerbstätig bleiben sollten. Gesundheitsförderung aller Mitarbeiter und Präventionen gegen berufsspezifische Gesundheitsrisiken in einem Settingansatz, der Verhaltens- und Verhältnisprävention umschließt, ist ebenso unverzichtbar wie eine auf die sich ändernde Alterszusammensetzung angemessen reagierende Arbeitsplatzgestaltung.

Dies greifen Strategien eines „demographiesensiblen Personalmanagements“ auf: ohne Engagement in Ausbildung und Gesundheitsförderung sowie ohne Anpassung von Arbeitsorganisation und –prozesse, die das Verweilen im Beruf und die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie positiv beeinflussen, ist ein Erfolg im Wettbewerb um das knappe Gut „Pflegefachkraft“ unwahrscheinlich.

Der demographische Wandel mit seinen Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage nach Pflegedienstleistungen trifft auf eine Ausgangslage, die, wie zuletzt skizziert, zudem durch Entwicklungen beeinflusst wird, die die Gestalt der Pflegeberufe verändern. Im Zuge der Ausdifferenzierung von Aufgaben der Pflegeprofession intern und der Neuordnung der Verantwortung innerhalb der Gesundheitsberufe übergreifend, wie dies die Heilkundeübertragungs-Richtlinie exemplarisch zeigt, werden sich die sprichwörtlichen „flachen Hierarchien“ in der Pflege so nicht dauerhaft aufrecht erhalten lassen. Der Trend zur Hierarchisierung und Spezifizierung resultiert einerseits aus professionsinternen Abstufungen innerhalb der Kompetenzprofile im Zuge der Akademisierung der Pflege und andererseits aus normativen Impulsen wie den Darlegungen des Bundessozialgerichts (BSG) zum Profil der „verantwortlichen Pflegefachkraft“ nach SGB XI.

Man kann es zugespitzt wie folgt formulieren: Neben den quantitativen Fachkräftemangel im Zuge der demographischen Entwicklung tritt ein qualitativer Fachkräftemangel. Letztere Dimension des Themas macht sich fest am Wettbewerb um besonders qualifizierte Mitarbeiter, die sich auf der Basis hochwertiger Ausbildung durch gezielte Add-ons zur Abrundung des Fachprofils Karriereoptionen eröffnet haben. In diesem Kontext ist allerdings zu konstatieren, dass sich solche Optionen vornehmlich in der Akutpflege bzw. im Gesundheitswesen verorten lassen, während sie sich in der Langzeitpflege bis dato nur vergleichsweise gering

entfalten konnten (Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, evtl. Einrichtungsleitung). Ein Umstand, der durchaus mit Kleinteiligkeit von Betriebsgrößen, begrenztem Umsatz und fehlender Ausbildung eines systematischen Personalmanagements im Unternehmen korrespondiert, der die Langzeitpflege – im Unterschied zum Krankenhaus – in der Majorität kennzeichnet.

Profitierte die Langzeitpflege zuletzt v.a. vom Krankenhaus, das ausbildete, aber selten einstellte, so deutet sich nunmehr an, dass dieser Pfad der Fachkräfterekrutierung an Bedeutung verliert. Unwägbarkeiten bestehen mit Blick auf die Internationalisierung des Wettbewerbs um Pflegefachkräfte. Die Bundesrepublik ist sowohl ein Land, das Fachkräfte abgibt, als auch ein Land, das um ausländische Fachkräfte wirbt. Wie sich die professionsspezifische Wanderungsbilanz kurz- und mittelfristig in Gewinnen und Verlusten ausdrückt, bleibt abzuwarten. Nicht zuletzt deshalb, weil das Pflege-Migrationsgeschehen auch beeinflusst wird von Finanzausstattung und Leistungsqualität der nationalen Sozialleistungs-/Sozialversicherungssysteme.

Neben demographischem Wandel und sich noch konturrierender Gestalt der Profession ist die *Rationalisierung der Versorgungsstrukturen* als weitere Einflussgröße für die Fachkräftesituation von Belang.

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ist, wie gesagt, auf der *Systemebene* in Grenzen beeinflussbar. Das heißt, der Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit und der Grad der Beeinträchtigung können in Grenzen hinausgeschoben bzw. minimiert werden. Entscheidend sind in diesem Kontext die (sozial-) rechtlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama (Rückgang akuter und Anstieg chronischer Erkrankungen) adäquat berücksichtigen. Also: die Relation von Akut- und Chronikermedizin neu justieren. Stichwörter sind in diesem Kontext v.a. Gesundheitsförderung und Prävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, medizinische Rehabilitation geriatrischer Patienten. Die hierfür erforderliche Implementierung system- und sektorenübergreifender Versorgungspfade „bricht“ sich unter gegebenen normativen Bedingungen an dem Umstand, dass seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung als eigenständigem Sozialversicherungszweig kein materieller Anreiz für die Krankenkassen besteht, Pflegebedürftigkeit gezielt zu vermeiden, hinauszuzögern oder zu mindern. Aus Sozialversicherungsperspektive wurde das Finalprinzip verletzt. Das heißt, der finanzierende Leistungsträger profitiert nicht von den erzielten ökonomischen Effekten seines Engagements. Profitieren tut vielmehr das angrenzende System, dessen Leistungsausgaben somit weniger steil ansteigen. Die Schnittstellenproblematik beider Sozialversicherungssysteme (SGB V und SGB XI) steht somit unvermindert als Reformfordernis an.

Auf der *Betriebsebene* werden Impulse gesetzt, bei klar gefasster Gesamtverantwortung der Pflege zwischen Fachkraft- und Assistenz Tätigkeiten präzise zu unterscheiden. Themen wie Delegation in der Pflege und Entwicklung neuer Bildungsgänge zur Qualifizierung von Assistenzfunktionen sind in dieser strategischen Komponente eng verbunden, mitunter erweitert um Aspekte bürgerschaftlichen Engagements im Welfare Mix. Fachkräftemangel impliziert (unweigerlich) funktionale Differenzierung, die an die Stelle des oftmals nebulös verwandten Konstrukts der Ganzheitlichkeit tritt. Dies hat zur Folge, dass im Zuge solcher Entwicklungen die Verantwortung in der Ausübung steuernder Funktionen im Pflegeprozess wächst und in einem arbeitsteiligen Erstellungsprozess klar her-

ausgestellt ist. Damit ist zugleich der Hinweis gegeben, dass die heutigen Aufbau- und Ablauforganisationen in der pflegerischen Versorgung so kaum dauerhaft Bestand haben können und werden. Man wird nicht umhin kommen, auf Varianten eines Primary Nursing zurückzugreifen – angepasst an die Bedingungen der Langzeitversorgung und variiert durch die vergleichsweise stärkere Präsenz von nicht Nichtfachkräften im ambulanten und stationären Versorgungssektor.

Es gibt mehrere Anknüpfungspunkte für Strategien im Umgang mit dem Fachkräftemangel. Ob diese ihn gegenstandslos werden lassen oder nur mildern, ist entwicklungs offen.

Literatur

- Augurzky, B. u.a.*: Pflegeversicherung, Ratings und Demographie. Herausforderungen für deutsche Pflegeheime. Exekutive Summerly. Essen 2009; vgl. auch *N.N.*: Experten: Beruf weiterentwickeln. In: Care konkret vom 25. September. 2009
- Hoff, A.*: Intergenerationale Familienbeziehungen im Alter. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Sozialer Wandel und individueller Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der zweiten Welle des Alterssurveys. Berlin 2004, S. 231-287.
- N.N.*: Experten: Beruf weiterentwickeln. Fachkräftemangel in Nordrhein-Westfalen. In: Care konkret vom 25. September 2009.
- Rothgang, H. u.a.*: GEK Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd 2009.
- Schnabel, R.*: Zukunft der Pflege. Universität Duisburg-Essen o.J. (2007) (Ms.).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder*: Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt* (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.
- Vaupel, J. W./v. Kistowski, K. G.*: Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hrsg.). Demographischer Wandel. Baden-Baden 2008, S. 33-49.